

**Groene Hart Ziekenhuis**   
*Open voor iedereen*

**JAARDOCUMENT 2011**  
MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING ZORG



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord Raad van Bestuur</b>	<b>4</b>		
<b>Voorwoord Raad van Toezicht</b>	<b>11</b>		
<b>Leeswijzer</b>	<b>14</b>		
<b>DEEL A MAATSCHAPPELIJK VERSLAG</b>	<b>16</b>		
1. Uitgangspunten van de verslaglegging	17		
2. Profiel van de organisatie	18		
2.1 Algemene identificatiegegevens	18		
2.2 Structuur van het concern	19		
2.2.1 Structuur van het GHZ	19		
2.2.2 Nevengeschikte structuur	22		
2.2.3 Gelieerde entiteiten	23		
2.3 Kerngegevens	25		
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	25		
2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie	27		
2.3.3 Werkgebieden	27		
2.4 Samenwerkingsrelaties	28		
3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	30		
3.1 Normen voor goed bestuur	30		
3.2 Raad van Bestuur	31		
3.3 Toezichthouders	33		
3.4 Bedrijfsvoering	41		
3.5 Vereniging Medische Staf	47		
3.6 Cliëntenraad	48		
3.7 Ondernemingsraad	49		
3.8 Verpleegkundige Adviesraad	49		
4. Beleid, inspanningen en prestaties			50
4.1 Meerjarenbeleid			51
4.2 Algemeen beleid			51
4.3 Toegangstijden en wachttijden			58
4.4 Algemeen kwaliteitsbeleid			59
4.5 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten			60
4.5.1 Kwaliteit van zorg			60
4.5.2 Klachten			61
4.5.3 Patiëntveiligheid			62
4.6 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers			64
4.6.1 Personeelsbeleid			64
4.6.2 Kwaliteit van het werk			66
4.7 Samenleving			68
4.7.1 Maatschappelijke betrokkenheid			68
4.7.2 Milieu			69
4.8 Financieel beleid			70
<b>DEEL B FINANCIEEL VERSLAG</b>			<b>73</b>
5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2011			75
5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011			75
5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011			76
5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT OVER 2011			77
5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING			78
5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011			81
5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA			90
5.1.7 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2011			92
5.1.8 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011			94

ENKELVOUDIGE JAARREKENING 2011	
5.1.9 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2011	96
5.1.10 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2011	97
5.1.11 ENKELVOUDIG KASSTROOMOVERZICHT OVER 2011	98
5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS EN RESULTATENREKENING 2011	98
5.1.13 ENKELVOUDIG MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA	99
5.2 OVERIGE GEGEVENS	100
5.2.1 VASTSTELLING EN GOEDKEURING JAARREKENING	100
5.2.2 STATUTAIRE REGELING RESULTAATBESTEMMING	100
5.2.3 RESULTAATBESTEMMING	100
5.2.4 GEBEURTENISSEN NA BALANSDATUM	100
5.2.5 ONDERTEKENING DOOR BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS	100
5.2.6 CONTROLEVERKLARING	101
5.3 BIJLAGEN	102
5.3.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2011 EN RESULTATENREKENING OVER 2011 VAN DE IN DE CONSOLIDATIE OPGENOMEN ENTITEITEN	102
<b>DEEL C BIJLAGEN</b>	<b>103</b>
I Vaststelling jaardocument	105
II Gegevens Digi/MV	106
III Zorgbrede Governance Code GHZ	116
IV Verklaring Raad van Toezicht	129
V Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2011	130
VI Personalía	132
VII Lijst van afkortingen	135



# Voorwoord Raad van Bestuur

## INLEIDING

Het verslagjaar laat zich kort samenvatten met de begrippen "stagnatie" en "ontwikkeling". Die twee begrippen zijn tegenstrijdig aan elkaar. Toch weerspiegelen ze de twee polen waarbinnen het GHZ in 2011 zijn maatschappelijke taak tot uitvoering bracht. Stagnatie in de ontwikkeling kende twee belangrijke oorzaken. In de eerste plaats is veel tijd besteed aan een goede voorbereiding op de wijzigingen in het systeem van vergoedingen: van 65% gebudgetteerd en 35% DBC's naar zogenaamde DOT-zorgproducten die marktconform gecontracteerd gaan worden. Tegelijk duurde het tot november voordat het GHZ na moeizame onderhandelingen met zorgverzekeraars tot productieafspraken kon komen voor het al bijna verstreken jaar. In de tweede plaats is door vele medewerkers en het bestuur een niet geringe inzet geleverd ten behoeve van het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Hierdoor resteerde er minder tijd en energie voor de ontwikkeling van de eigen organisatie. Het naburige ziekenhuis kende vanaf het voorjaar een ongekend groot financieel probleem waardoor het voortbestaan ter discussie kwam te staan.

Toch kan op diverse terreinen van ontwikkeling gesproken worden. Een mijlpaal in de geschiedenis van de ziekenhuiszorg in onze regio was dat op 16 mei de eerste paal voor het nieuwe hoofdgebouw de grond in ging. Hiermee ging voor veel betrokkenen binnen en buiten het GHZ een lang gekoesterde wens in vervulling. Memorabel is dat medio 2011 bijna alle Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) in de zorg gebruik maakten van het elektronisch patiëntendossier Norma. Naast de toepassing van het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) was de afronding van dit grote project een flinke stap voorwaarts ten aanzien van kwaliteit en veiligheid van zorg aan onze patiënten. Alle laboratoria van het ziekenhuis behaalden de CCKL-accreditatie en de Intensive Care afdeling bereikte de begeerde Level II-status. In de volle breedte van het ziekenhuis werd een Awareness Campagne over de veiligheid voor patiënten en medewerkers zelf uitgevoerd. Deze campagne maakte deel uit van een veelomvattend programma in het kader van het landelijke VMS-project (Veiligheid Management Systeem).

## ZORGPRODUCTIE BLIJFT GROEIEN; VERGOEDING BLIJFT ACHTER

In 2011 werd het ziekenhuis wederom door meer patiënten bezocht. Aan het einde van het jaar moest zelfs pas op de plaats worden gemaakt omdat zorgverzekeraars niet bereid bleken om de zorg die boven de met hen gemaakte afspraken uitkwam, te vergoeden. Vanzelfsprekend werd zorg verleend in acute omstandigheden en gingen geplande operaties door. Het GHZ moest de geleverde meerproductie grotendeels uit eigen middelen bekostigen. Het bestuur acht deze gang van zaken verwerpelijk. Het GHZ heeft zich immers steeds binnen de grenzen van het vastgesteld macrokader van de ziekenhuizen begeven en wordt 'gestraft' voor groei buiten dat kader elders in het land. Het bestuur dringt bij zorgverzekeraars met een groot marktaandeel in onze regio aan op het maken van meerjarige afspraken. Hierdoor kunnen bestuur en medische staf beter sturen op een wenselijk evenwicht tussen vraag en aanbod van medisch specialistische zorg in de regio. Het bestuur heeft ook oog voor de relatie tussen de groei van het aantal verrichtingen in 2011 en het aantal patiënten dat het ziekenhuis bezocht. Dit fenomeen vraagt om nader onderzoek. Het vergoedingensysteem op basis van verrichtingen kan hierop van invloed zijn. Daarnaast is de vraag in hoeverre er sprake is van een 'verdichting' in de zorg aan patiënten. Met andere woorden: de zorg wordt complexer, de mogelijkheden in het opsporen van ziekte worden door toegenomen kennis en technologie groter en de patiënt verlangt het beste dat aan medische zorg beschikbaar is.

## ONTWIKKELINGEN TEN AANZIEN VAN DE INHOUD VAN DE ZORG

Het GHZ baseert zich in zijn medisch- en zorgbeleid op de speerpunten in de zorg zoals beschreven in het strategisch beleidsplan 2011-2015. Deze zijn: oncologie, vaatziekten en vasculaire geneeskunde, moeder- en kindzorg, ouderengeneeskunde en acute zorg en spoedzorg. Het GHZ wil als aanvulling op en dicht achter de huisartsgeneeskunde een breed pakket van medisch specialistische zorg bieden van hoog niveau.

Voor de uitvoering van complexe en relatief weinig voorkomende heelkundige ingrepen bij kanker, zoekt het GHZ uit kwaliteit- en kostenoverwegingen de samenwerking binnen de zogenaamde Coöperatie van A12 ziekenhuizen. In 2011 werd de concentratie van de ingrepen bij mensen met blaas- en longkanker voorbereid. De planning is dat deze ingrepen begin 2012 in Antoniushove worden uitgevoerd, overigens ook door specialisten uit Gouda. Het unieke is dat de patiënt voor de diagnose en na zijn behandeling terecht kan in het "eigen" ziekenhuis, dichtbij huis. Het GHZ gaat steeds intensiever samenwerken binnen de Coöperatie, maar blijft ook partner van het LUMC ten behoeve van medische opleiding, onderzoek en patiëntenzorg. Op een beperkt aantal terreinen werd de samenwerking met andere academische centra (Rotterdam, Utrecht) en topklinische centra (Nieuwegein) gecontinueerd.

Binnen de RVE Radiologie is gewerkt aan de uitbouw van de interventieradiologie. Het aantal endovasculaire ingrepen in het GHZ is voor patiënten met afwijkingen van de bloedvaten in de jaren 2010-2011 ongeveer verdubbeld. In het licht van de ontwikkelingen op dit terrein elders in Europa en in de VS, is de verwachting dat in een land slechts plaats is voor een beperkt aantal –perifere- centra voor dit type ingrepen. Interventieradiologen, vaatchirurgen en dermatologen zullen nieuwe verbanden aangaan om expertise te bundelen. Het ligt voor de hand dat het GHZ de opgedane kennis en ervaring inbrengt in coöperatieverband of in een nog breder opgezette samenwerking in het westen van het land.

In 2011 werden de laboratoria en de buitendiensten met 31 prikpunten in de regio van de Trombosedienst Midden-Holland en het Huisartsenlaboratorium Gouda (HAG) samengevoegd tot het Groene Hart Diagnostisch Centrum. Door de reeds bestaande nauwe samenwerking met de laboratoria van het ziekenhuis (Klinische Chemie, Medische Microbiologie, Pathologie) ontstond een voor de regio uniek expertisecentrum op diagnostisch gebied. Door de sterke toename van digitale toepassingen beschikken huisartsen en specialisten vaak al dezelfde dag over de uitslag van een onderzoek. Wij verwachten als bestuur dat de verdere ontwikkeling van de diagnostische functies binnen de regio, samen met de beschikbare expertise bij de beeldvormende afdelingen en de transmuraal opererende apotheek van het ziekenhuis, een sleutelrol zullen kunnen spelen bij de modernisering van de medische zorg in de regio.



## VERANTWOORDELIJKE MEDEWERKERS

Iedere medewerker is op zijn of haar eigen terrein primair zelf verantwoordelijk voor zijn doen en laten. Op verschillende manieren is aandacht gegeven aan deze pijler onder de strategie van het ziekenhuis. De organisatie schept voorwaarden om die verantwoordelijkheid waar te maken. In goed overleg met de ondernemingsraad werd het beginsel van de verantwoordelijke medewerker uitgewerkt in een nota over het te voeren HRM-beleid. Opleiding en bijscholing zijn belangrijke middelen om op een steeds hoger plan je professie te kunnen uitoefenen. De meeste interne scholingsactiviteiten zijn ondergebracht in het Landsteiner Instituut. Naast MCH en GHZ, namen vanaf 2011 ook Bronovo en het LangeLand Ziekenhuis deel in dit Leerhuis van de ziekenhuizen in coöperatieverband.

E-learning maakt steeds meer deel uit van het opleidingsprogramma. Daarnaast blijven cursussen in groepsverband van belang voor het onderlinge contact en het-van-elkaar-leren. Het bestuur hecht zeer aan uiteenlopende vormen van permanente educatie. Van de cursus Medisch rekenen voor verpleegkundigen tot en met de managers en de medisch specialist die met veel energie stevige MBA-programma's volgen. Wij willen geld blijven steken in traineeprogramma's voor jonge high potentials om zich te ontplooiën binnen het ziekenhuisbedrijf. Hetzelfde geldt onze deelname aan het Europese uitwisselingsprogramma HOPE. Hierdoor kunnen jonge en hoogopgeleide professionals een maand lang ervaring opdoen in een ander land van de Europese Unie.

## FINANCIËEL RESULTAAT ONDER DRUK

Het boekjaar 2011 kon worden afgesloten met een resultaat van € 10 miljoen in de plus. Dit is 6,5% van de totale bedrijfsopbrengsten. Een belangrijke oorzaak van dit hoge resultaat is het toewijzen van onze claim voor kapitaallasten in verband met de nieuwbouw voor een bedrag van € 15,2 miljoen door de NZa. Eerder had de NZa onze gerechtvaardigde claim, en door de accountant goedgekeurde aanspraken op grond van de door diezelfde NZa vastgestelde beleidsregels, afgewezen. Een belangrijk deel van deze eenmalige opbrengst is gebruikt om de voorziening grootonderhoud aan te vullen met € 4,3 miljoen. Een bedrag van € 3,8 miljoen is aangewend voor het treffen van een voorziening voor asbestsanering. In 2010 heeft het GHZ op basis van aanwezige onderzoeksrapporten gebruik gemaakt van financiële ruimte die door het NZa beschikbaar is gesteld om de kotsten van (toekomstige) asbestsanering op te kunnen vangen. Recent onderzoek heeft echter uitgewezen dat eerder uitgevoerd onderzoek niet volledig is geweest. Het GHZ moet daarom een substantieel bedrag toevoegen aan de reeds bestaande voorziening.

Met dit totale resultaat kan het GHZ de bouwplannen met vertrouwen doorzetten: er zijn harde afspraken gemaakt met het Waarborgfonds én de solvabiliteit van het GHZ ontwikkelt zich langs de lijnen van het oorspronkelijke Meerjaren Financieel Plan dat ten grondslag heeft gelegen aan de financieringsaanvraag voor de bouw. Een achterliggend vraagstuk is de problematiek van de kapitaallasten die is ontstaan als gevolg van de liberalisering van het vastgoed in de zorgsector, voorgaande kabinetten hebben deze problematiek doorgeschoven naar de toekomst.

Op zichzelf is het bereikte totaal resultaat dus zeer positief. Minder positief is de constatering dat het resultaat uit de normale bedrijfsvoering slechts € 3.3 miljoen bedraagt. De samenstelling van dit resultaat laat zien dat het GHZ de zorg die niet door de verzekeraars werd vergoed uit eigen middelen heeft betaald. Daarnaast heeft een aantal in 2011 gestarte bezuinigingsprojecten een tegenvallend resultaat opgeleverd. Ultimo 2011 is onze verwachting dat landelijke overschrijdingen in 2012 opnieuw zullen doorwerken in de taakstellingen per ziekenhuis. Voor het bestuur is dit reden om ziekenhuisbrede kortingen reeds in de begroting van een label te voorzien dan wel tijdig maatregelen te nemen om risico's te vermijden. De hoofdreden dat het begrote resultaat uiteindelijk vrijwel behaald is, ligt in de financieringsbaten. Deze baten zullen met de voltooiing van de hervorming van de bekostigingssystematiek in 2014 vrijwel volledig verdwijnen. Wij zijn ons hiervan bewust.



## GHZ VAN EN VOOR DE REGIO

Diverse medisch specialisten en andere professionals van het GHZ gaven acte de présence tijdens bijeenkomsten in de regio, huisartsbezoeken en thematische patiëntenbijeenkomsten en via online seminars voor huisartsen. Het GHZ had hiermee de Nederlandse primeur van digitale en interactieve nascholing door medisch specialisten met accreditatie van huisartsen. Het bestuur staat een open cultuur voor waarin voor een ieder zichtbaar is hoe het GHZ zich wenst te onderscheiden als professioneel instituut van en voor patiënten en bezoekers.

De toegankelijkheid van het GHZ kreeg in oktober een nieuwe impuls doordat patiënten langs digitale weg een afspraak kunnen maken met een specialist. Tegelijkertijd werd de nieuwe website [www.ghz.nl](http://www.ghz.nl) in gebruik genomen. Dat het ziekenhuis meer is dan een gebouw blijkt eens te meer nu zowel GHZ als zijn gebruikers 7 x 24 uur in de lucht zijn via sociale media als Twitter en Facebook. Patiënten en bezoekers laten duidelijk blijken wat hun oordeel is over zorg en dienstverlening van het GHZ. Met het programma Zorgdomein kunnen huisartsen al meerdere jaren hun patiënten aanmelden bij de poliklinieken. In 2011 werd een record aantal patiënten langs deze weg aangemeld. Omgekeerd rapporteren medisch specialisten steeds vaker binnen 24 uur langs digitale weg terug aan de huisarts. Alle inspanningen op de digitale snelweg leiden gaandeweg tot een open portaal waarin patiënten, huisartsen en specialisten met elkaar communiceren over een aandoening, therapie, medicatie, leefregels en herstel. Dit plaatst de slepende (landelijke) discussie over een centraal beheerd elektronisch patiëntendossier (EPD) in een ander perspectief, omdat de patiënt zelf de beheerder is van informatie over zijn ziekte en behandeling.

## VOORUITBLIK

Alle tekenen wijzen erop dat 2012 een breuk met het verleden zal brengen. Het GHZ zal zijn weg moeten vinden te midden van verschillende tegenstrijdigheden. De overheid predikt de zegeningen van de vrije markt maar grijpt tegelijkertijd naar het vertrouwde instrument van de centrale planning door een deksele te leggen op het macro beschikbare bedrag voor de collectief verzekerde zorg. De zorgverzekeraar heeft als dijkbewaker de regio gekregen over de aanwending van de beschikbare middelen. De afspraken binnen het zogenaamde hoofdlijnenakkoord tussen minister, verzekeraars en ziekenhuizen krijgen per zorgverzekeraar hun specifieke en eenzijdige invulling. Dit is mede ingegeven doordat zij thans voor eigen rekening en risico handelen. Burgers en aanbieders van zorg zoals huisartsen en ziekenhuizen krijgen per saldo de rekening gepresenteerd in de vorm van een kleiner verzekerd pakket, hogere premies en eigen bijdragen en –risico's. Intussen worden de aanbieders geconfronteerd met forse kortingen door lager te contracteren "zorgkosten" en de werking van het prijsmechanisme. Het ziekenhuis blijft echter feitelijk te maken houden met een doorgaande groei van de vraag naar medisch specialistische zorg. De voorspelde trend in het goed gedocumenteerde rapport van GGD en RIVM voor onze regio (2010) blijkt ieder jaar opnieuw uit te komen. Hoe om te gaan met deze dilemma's? Zullen hogere eigen bijdragen en risico's de burger ervan weerhouden (te snel) naar de dokter te gaan? Waarschijnlijk niet. Zullen huisartsen bereid en/of in staat zijn de overlopende vraag van het ziekenhuis op te vangen? Wij denken dat dit mogelijk is mits er nauwe samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuis is. Hierbij nemen wij onze verantwoordelijkheid door in te zetten op het samen maken van programmatische afspraken over "wie wat doet". De grote verzekeraars in onze regio moeten hierbij actief betrokken zijn.

Ook met de aanbieders van opvolgende zorg na behandeling in het ziekenhuis is een betere en structurele afstemming noodzakelijk. Dit om te voorkomen dat het ziekenhuis in toenemende mate voor eigen rekening de opvang moet regelen van patiënten voor wie (nog) geen plaats beschikbaar is in een zorgcentrum of thuiszorg. Het ziekenhuis wil actief betrokken zijn bij initiatieven op het gebied van herstel-, hotel- en pensionfuncties. Dit vraagt overstijgend denken en handelen van alle betrokkenen; alleen op die manier voorkomen we dat het zorgsysteem in de regio vastloopt.

Een volgende opgave waarvoor het bestuur zich geplaatst weet, is het vinden van een nieuwe balans tussen de specialistische functies die geconcentreerd worden op geleide van een hogere kwaliteit tegen lagere kosten en een verantwoord pakket ziekenhuisvoorzieningen op regionale schaal. Het bestuur zal in nauw overleg met de in 2011 aangetreden nieuwe cobestuurders, de VMS (Vereniging Medische Staf) en toezichthouders hierover een positie innemen binnen de Coöperatie van ziekenhuizen (A12-groep) en in andere verbanden waarbinnen wordt samengewerkt.

## TENSLOTTE

We kunnen vaststellen dat er in 2011 toch voldoende ontwikkeling was. Het GHZ heeft in 2011 zijn marktpositie weten te behouden getuige de groei die opnieuw optrad. Er is heel hard gewerkt door iedereen en de resultaten mogen er zijn. Wij willen een ieder van harte dankzeggen voor de getoonde inzet en betrokkenheid voor de zorg aan de patiënten die aan ons waren toevertrouwd. Om hen gaat het tenslotte!

Gouda, maart 2012

Dirk Jan Verbeek MHA, voorzitter bestuur  
ir. Monique Verdier, lid bestuur  
drs. Jim Kemper, KNO-arts, cobestuurder  
drs. Annelies Dalman, neuroloog, cobestuurder



**Voorwoord  
Raad van Toezicht**

Voor het Groene Hart Ziekenhuis was 2011 een jaar van oogsten en van zaaien. Oogsten konden we het resultaat van jarenlang denken, ontwerpen, onderhandelen over onze gebouwen; de eerste paal voor de nieuwbouw kon worden geslagen. De Raad van Toezicht heeft al die jaren nadrukkelijk meegekeken en gezien met hoeveel enthousiasme en verantwoordelijkheidsgevoel door het bestuur en de betrokken medewerkers aan dit project is gewerkt. Een felicitatie aan al deze mensen is op zijn plaats.

Dat het Groene Hart Ziekenhuis een sterke positieve band heeft opgebouwd met patiënten, verwijzers en eigen medewerkers is minstens zo'n belangrijke oogst. Burgers en huisartsen in het groene hart van Nederland kiezen voor ons ziekenhuis, zo blijkt uit de getallen. De Raad van Toezicht sprak in 2011 met de Cliëntenraad en zag, hoewel het altijd beter kan, zijn positief oordeel bevestigd. Ook met de Ondernemingsraad en de vertegenwoordigers van de medische staf werd gesproken, niet in het minst ook over de inspanningen die de Raad van Bestuur voor het ziekenhuis in Zoetermeer leverde. Hoewel uiteraard met nuances van verschil voortkomend uit de verschillende verantwoordelijkheden, bleken Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en medewerkers en stafleden op de belangrijkste strategische punten op één lijn te zitten. Dat is in deze tijd een groot en niet overal aanwezig goed.

Maar er is ook gezaaid en dat is in deze tijd meer dan nodig. De organisatieverandering naar resultaatverantwoordelijke eenheden werd voltooid; de Raad van Toezicht heeft grote verwachtingen van de oogst in betrokkenheid, kwaliteit en kostenbeheersing die daarmee bereikt zal worden. Hetzelfde geldt voor de investeringen in de automatisering van de patiëntenzorg en in de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers; zonder dat is het Groene Hart Ziekenhuis onvoldoende op de toekomst voorbereid.

Maar het moeilijkst zaaien was het toch in de aarde om ons heen. De besprekingen met de zorgverzekeraars waren lastig en zullen dat nog wel even blijven. Een nieuwe taal (DOT), een knellend hoofdlijnenakkoord (beperking van de groei terwijl de patiënten blijven komen), verschillen in visie tussen zorgverzekeraars; als ergens de uitdrukking moving target van toepassing is dan hier wel. De Raad van Toezicht en zijn financiële commissie hebben zich voortdurend laten informeren over de voortgang en gevolgen van deze besprekingen en daarbij een scherp oog gehouden voor het moeten realiseren van de ombuigingsdoelstellingen die daarmee gepaard gaan. Het stemt tevreden dat toch in 2011 een positief resultaat aan het eigen vermogen kon worden toegevoegd.

Last but not least vroegen de relaties met zorginstellingen om ons heen veel zaaiwerk. De Raad van Toezicht heeft hierover intensief met de Raad van Bestuur overlegd, evenals een aantal malen met leden van de Raden van Toezicht, Raden van Bestuur en Stafbesturen van de ziekenhuizen waarmee een coöperatief verband is aangegaan: Medisch Centrum Haaglanden, Bronovo en het LangeLand Ziekenhuis. Inzet daarbij was tweërlei: behoud van een volwaardig basisspecialistisch ziekenhuis in Zoetermeer en voortgang op de gezamenlijk afgesproken projecten. De problemen rond het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer hebben veel energie en oplossingskracht gevraagd van bestuur en medewerkers van het Groene Hart Ziekenhuis; onevenredig veel energie wellicht. Gelukkig was aan het einde van 2011 zicht op de oplossing die wij met onze inzet hebben nagestreefd. Dit hele Zoetermeerse avontuur heeft de verhoudingen met de overige coöperatieziekenhuizen soms op scherp gezet en dat is goed; samenwerking bewijst zijn waarde niet bij mooi weer. Maar het is naar de mening van de Raad van Toezicht nu wel tijd om de verwachtingen die wij van de Coöperatie hebben nog eens goed tegen het licht te houden en het eens te worden over de organisatievorm die bij deze verwachtingen het beste past. Dat zaaiwerk staat voor 2012 nadrukkelijk op de agenda.

Toezicht houden op het reilen en zeilen van het Groene Hart Ziekenhuis is een spannende maar mooie taak waarvan de leden van de Raad van Toezicht zich ook in 2011 met veel energie en betrokkenheid hebben willen kwijten. De Raad heeft de samenstelling die past bij de vele competenties die in deze voor de zorg spannende tijd vereist zijn. Op de agenda stonden zaken als strategie en positionering, kwaliteit en veiligheid van zorg, financiën en bouw alsmede het eigen functioneren en dat van de Raad van Bestuur. Voor dat laatste sluit de Raad van Toezicht elk jaar een management contract met de Raad van Bestuur waarin de belangrijkste onderwerpen van bestuurlijke aandacht en de te behalen resultaten zijn vastgelegd. Deze werkwijze die in de zorg nog niet breed is verspreid, maakt het mogelijk om het toezicht van vooral reactief meer proactief te maken en de interactie met de Raad van Bestuur te objectiveren.

Rest mij iedereen die heeft bijgedragen aan het vele en goede dat het Groene Hart Ziekenhuis in 2011 heeft bereikt daarvoor te bedanken. Met zoveel enthousiaste medewerking van binnen en buiten het Groene Hart Ziekenhuis ziet de Raad van Toezicht de toekomst, hoe spannend ook, met vertrouwen tegemoet.

Prof. dr. Geert H. Blijham,  
voorzitter Raad van Toezicht Groene Hart Ziekenhuis



**Leeswijzer**

Dit jaardocument bestaat uit drie delen. Het is samengesteld volgens de richtlijn Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2011, die voortvloeit uit de wettelijke informatie- en verantwoordingsplicht voor de gehele zorgsector.

## DEEL A – MAATSCHAPPELIJK VERSLAG

Hoofdstuk 1: Uitgangspunten van de verslaglegging

Hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie

Hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

Hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen en prestaties

## DEEL B – JAARREKENING

## DEEL C – BIJLAGEN

### BEKNOPT OVERZICHT

Op onze website [www.ghz.nl/jaarverslag](http://www.ghz.nl/jaarverslag) verschijnt een korte samenvatting van het jaardocument. Deze samenvatting is bestemd voor algemeen publiek. Ook is het gehele jaardocument te downloaden.

### AFKORTINGEN

Een lijst met afkortingen is opgenomen in bijlage VII.



# Deel A maatschappelijk verslag



# 1. Uitgangspunten van de verslaglegging

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

Het GHZ toont de wijze waarop het zich in de maatschappelijke context als ondernemer begeeft. Vanwege de grote hoeveelheid aan activiteiten en ontwikkelingen kan niet alles uit het jaar 2011 aan de orde komen. Hieruit is voor dit document een selectie gemaakt. Meer informatie vindt u op [www.ghz.nl](http://www.ghz.nl), onder meer in het nieuwsarchief.

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

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

De verslagleggingperiode van dit jaardocument betreft het jaar 2011.



## 2. Profiel van de organisatie

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

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

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

De patiëntenzorg van het GHZ richt zich op het realiseren van optimale gezondheidswinst. Het ziekenhuis biedt daarbij een hoog niveau van diagnostiek, behandeling, verpleging en verzorging.

Het GHZ speelt een actieve rol in de samenwerking met ketenpartners en participeert in preventieve zorg. Kennis en expertise staan ter beschikking van andere zorgaanbieders. Daarnaast verzorgt het GHZ medisch-specialistische, verpleegkundige en andere opleidingen.

### 2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

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

## 2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN

### 2.2.1 Structuur van het GHZ

#### Juridische structuur

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

#### Besturingsmodel/Intern toezicht

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

#### Organisatiestructuur

Het bestuur van het ziekenhuis wordt gevormd door een tweehoofdige RvB, bestaande uit de heer D.J. Verbeek MHA (voorzitter) en mevrouw ir. M.J. Verdier. Op strategisch niveau participeren twee medisch specialisten van de Vereniging Medische Staf als cobestuurders in het bestuur van het ziekenhuis. In 2011 is een nieuw cobestuur aangetreden; de heer dr. D.J. Swank, stafvoorzitter (chirurg) is in april opgevolgd door de heer drs. J. Kemper, stafvoorzitter (KNO-arts). De heer dr. R.P.L.M. Hoogma, lid stafbestuur (internist) is in oktober opgevolgd door mevrouw drs. J.E. Dalman, lid stafbestuur (neuroloog).

De directeuren van de Commerciële Eenheid, Concernstaf en Financiën en Informatievoorziening nemen deel aan het bestuursoverleg. Zo worden het belang van de verantwoordelijke medewerker, de verbinding met de buitenwereld en de financiën benadrukt.

#### RVE-structuur

Het GHZ is georganiseerd in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (hierna te noemen RVE's). De besluitvorming inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden ligt daar, waar de kennis van de patiëntenzorg het grootst is: bij de medisch specialist. De medisch leider is - binnen de door RvB vastgestelde kaders - verantwoordelijk voor de integrale organisatie en bedrijfsvoering van de RVE, en krijgt ondersteuning van een manager bedrijfsvoering. De medisch leider legt rechtstreeks verantwoording af aan de RvB.

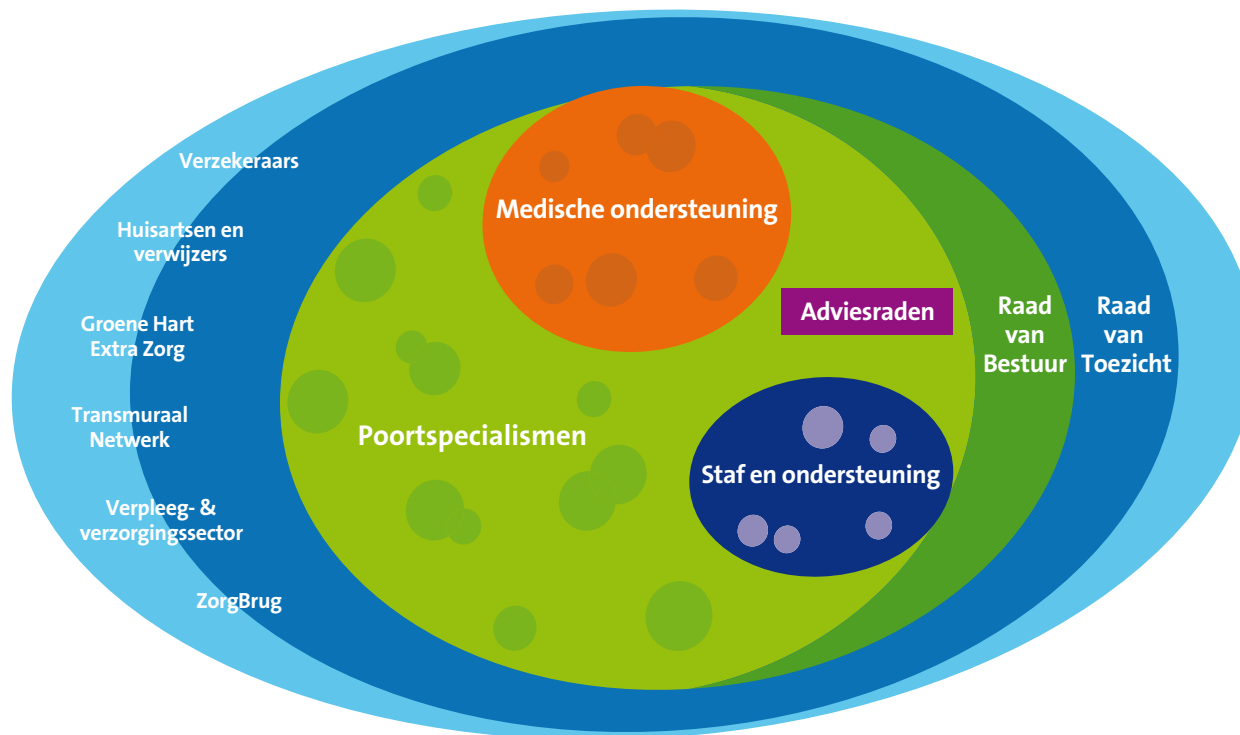
De essentie van de organisatieontwikkeling richting RVE's ligt in het decentraliseren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het doel hiervan is sneller schakelen op ontwikkelingen van buitenaf, ofwel het stimuleren om van 'buiten' naar 'binnen' te denken. Doel is ook verantwoordelijkheid (leren)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

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

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

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

Het organogram van het GHZ ziet er als volgt uit:



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

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

### Medezeggenschapstructuur

De medezeggenschapstructuur van het GHZ bestaat uit een Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Vereniging Medische Staf en de Verpleegkundige Advies Raad.

### Commissies en functionarissen

Naast bovengenoemde raden adviseren de volgende commissies de RvB:

COMMISSIES	WERKZAAMHEDEN
<b>Medische Ethische Commissie</b>	Bevordert het ethische bewustzijn en adviseert over de lokale uitvoerbaarheid van medisch wetenschappelijk onderzoek
<b>Incidentencommissie</b>	Adviseert over VIM-meldingen (Veilig Incidenten Melden)
<b>Klachtencommissie</b>	Doet uitspraken over klachten van patiënten
<b>Infectiepreventiecommissie</b>	Adviseert over het infectiepreventiebeleid
<b>Reanimatiecommissie</b>	Adviseert over het reanimatiebeleid
<b>Geneesmiddelencommissie</b>	Adviseert over geneesmiddelen en geneesmiddelendistributie
<b>Commissie Seksuele Intimidatie en Agressie</b>	Behandelt klachten op het gebied van seksuele intimidatie en agressie
<b>Commissie Vermoeden Kindermishandeling</b>	Adviseert over het vermoeden van kindermishandeling en over een eventuele in kennis stelling aan het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

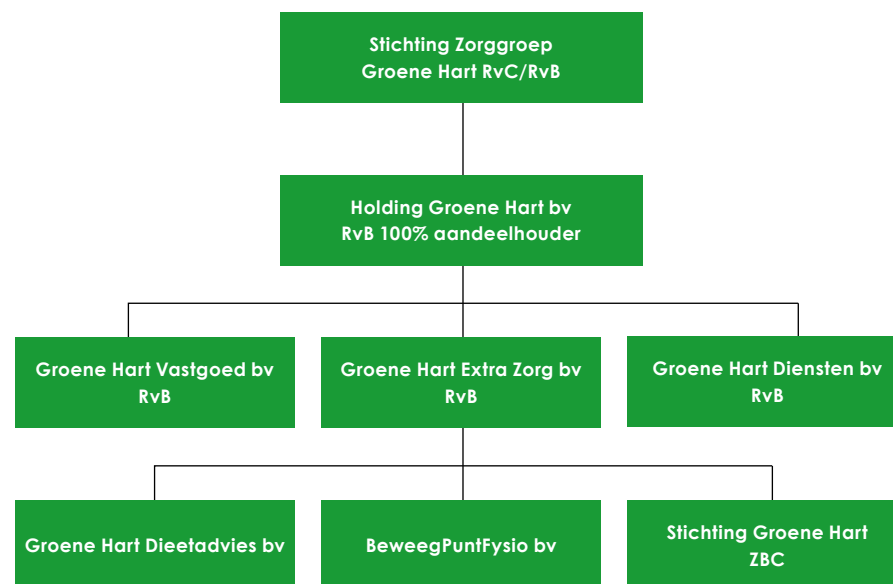
Daarnaast zijn de volgende functionarissen werkzaam, die ook de RvB adviseren:

FUNCTIONARISSEN	
<b>FG (functionaris gegevensbescherming)</b>	<p>Adviseert over onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• privacywet- en regelgeving</li> <li>• het elektronisch patiëntendossier</li> <li>• het (veilig) verstrekken van persoons-gegevens aan zorgverleners in de regio</li> </ul>
<b>CISO (Coöperatie Informatie Security Officer)</b>	<p>Werkt voor de Coöperatie aan het zeker stellen van integriteit, vertrouwelijkheid en beschikbaarheid van de informatie die voor het ziekenhuis en de patiënten van belang is.</p> <p>De CISO ziet erop toe dat de eigenaren van informatiemiddelen verantwoordelijkheid nemen voor hun informatie en dat maatregelen werken. Daarbij wordt gewerkt volgens NEN 7510/7511 norm.</p>
<b>Vertrouwenspersoon uitvoeren klokkenluisregeling</b>	<p>Hoort een medewerker die een vermoeden van een misstand wenst te melden, vertrouwelijk aan. Daarnaast verricht de vertrouwenspersoon (intern) onderzoek naar de vermeende onregelmatigheden.</p> <p>De vertrouwenspersoon rapporteert schriftelijk aan de RvB en de voorzitter van het bestuur van de medische staf met afschrift aan de betrokken personen. Op basis van de bevindingen adviseert hij of zij omtrent te nemen maatregelen.</p>

## 2.2.2 Nevengeschiedte structuur

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

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



### Groene Hart Extra Zorg bv

Groene Hart Extra Zorg heeft volledig eigendom en zeggenschap over Groene Hart Dieetadvies en BeweegPuntFysio bv.

Groene Hart Extra Zorg bv biedt reguliere ziekenhuiszorg en zorg die hierop aanvullend is.

- Groene Hart Dieetadvies bv geeft voeding- en dieetadvies aan (poli)klinische patiënten.
- BeweegPuntFysio bv is een centrum voor fysiotherapie, revalidatie en sport voor (poli)klinische patiënten, particulieren en eigen medewerkers.
- Stichting Groene Hart ZBC verricht de volgende activiteiten:
  - Allergologie: medisch specialistische zorg (met WTZI-erkenning) aangeboden vanuit de GHZ-polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel en een gezondheidscentrum in Hellevoetsluis
  - Arbopakket: een pakket voor werkgevers met snelle, arbeidsgerichte diagnostiek
  - Screeningsechografieën: echo's voor zwangeren in samenwerking met In Zwang (een vereniging van gynaecologen en verloskundigen in Midden-Holland)
  - CheckPuntGezondheid: breed pakket van gezondheidsonderzoeken en keuringen voor bedrijven en particulieren
  - Lactatiekundig spreekuur, gestart in 2011. Hier krijgen moeders begeleiding en ondersteuning bij het geven van borstvoeding.

### **Financiering**

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

### **Transparantievereisten en governance**

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

### **Recht van enquête**

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

### **Consolidatie**

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

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

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

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

### **2.2.3 Gelieerde entiteiten**

Gelieerde entiteiten van het Groene Hart Ziekenhuis zijn:

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

#### **ZorgBrug bv**

Het GHZ is medeoprichter van ZorgBrug bv. ZorgBrug is een dochteronderneming van Vierstroom, het Groene Hart Ziekenhuis en Thuiszorg Hollands Midden. De samenwerking is in 2002 gestart onder de naam Transmuraal Centrum Midden-Holland. Doel hiervan is het optimaal inzetten en vergroten van de kennis en expertise van de gespecialiseerd verpleegkundigen voor cliënten met een chronische gezondheidsbeperking.

ZorgBrug biedt op deze wijze een unieke manier van transmuraal werken aan. De gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (Nurse Practitioners) werken zowel in de eerste als in de tweede lijn. Zij kunnen op die manier de cliënt begeleiden in het ziekenhuis, op de polikliniek, maar ook thuis of in een verpleeghuis. Daarnaast resulteert de concentratie van de transmuraal werkende verpleegkundigen in een grote hoeveelheid kennis en expertise, en innovatief vermogen voor de moederorganisaties.

Circa 70 gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn werkzaam bij ZorgBrug. Zij zijn georganiseerd rondom tien verschillende expertisevelden en worden hierin ondersteund door de directeur, drie coördinatoren op de gebieden HRM, ICT en scholing en een klein secretariaat. In 2011 heeft ZorgBrug aan circa 12.000 cliënten gespecialiseerd verpleegkundige zorg thuis, of op locatie geboden. Daarnaast zijn onder meer thuiszorgtechnologie en medisch specialistisch verpleegkundige zorg thuis geleverd, transfers van zorg na ziekenhuisopname geregeld en scholingen aangeboden.

### **Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis**

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

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

In 2011 heeft de stichting een substantieel aandeel geleverd aan onder andere nieuw speelgoed op de poliklinieken, bedbanken op de Verlos- en kraamafdeling, materialen voor de activiteitenruimte Geriatrie en bilblankets (lichtgevende matjes tegen geelverkleuring bij baby's).

### **Coöperatie**

Samen met drie andere ziekenhuizen participeert het GHZ in de Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A. (hierna: de Coöperatie). De andere drie ziekenhuizen zijn de Stichting Bronovo-Nebo te Den Haag, Stichting Medisch Centrum Haaglanden met locaties in Den Haag (Westeinde) en in Leidschendam (Antoniushove) en Stichting het LangeLand Ziekenhuis te Zoetermeer.

De Coöperatie is formeel opgericht in oktober 2008. In de praktijk zijn de vier leden al sinds begin 2008 bezig met gezamenlijke activiteiten. De samenwerking biedt vele kansen om, vanuit de gedachte van concentratie en spreiding van zorg, een toename in kwaliteit en tegelijkertijd een kostenbesparing te realiseren. De coöperatieziekenhuizen bedienden in 2011 ieder zelfstandig hun eigen zorgmarkt en voerden als zelfstandig ziekenhuis onderhandelingen met de zorgverzekeraars. De coöperatiedoelstellingen laten zich samenvatten in new, better and cheaper business. Vanuit deze doelstellingen is een aantal projecten tot stand gekomen. De projecten inclusief resultaten staan beschreven in paragraaf 4.2.

De Coöperatie organiseert regelmatig bijeenkomsten waarbij specialisten, managers, leidinggevend en medewerkers van de vier ziekenhuizen elkaar ontmoeten en inspireren. Zonder uitzondering is de sfeer op deze dagen goed en constructief.

Op 12 maart 2011 vond de Invitational Conference voor medisch specialisten plaats in het ADO Stadion in Den Haag. Externe sprekers informeerden zo'n 100 medisch specialisten uit de coöperatieziekenhuizen over de landelijke ontwikkelingen op het gebied van concentratie en spreiding. Ook de vier stafvoorzitters gaven een presentatie van hun zienswijze op concentratie en spreiding in coöperatieverband. Daarnaast was er ruimte om kennis te maken met collega's en informatie te delen over de invloed van concentratie en spreiding op hun werkzaamheden.

Ongeveer 140 zorgmanagers en leidinggevend zorg hebben elkaar in 2011 ontmoet bij een aantal bijeenkomsten. Tijdens de eerste bijeenkomst stelden zij vragen aan bestuurders, namen zij deel aan workshops en maakten zij kennis met collega's met vergelijkbare functies bij de andere ziekenhuizen. In groepen kregen zij opdrachten zoals het vergelijken van procedures en functieprofielen en het uitwisselen van succesvolle projecten. Tijdens een vervolgbijeenkomst presenteerden de deelnemers de uitkomsten van hun opdrachten.



### **Landsteiner Instituut**

Het Landsteiner Instituut zet zich vanaf 2012 in voor alle vier de coöperatieziekenhuizen op de gebieden opleiding, ontwikkeling en wetenschap. Dat betekent dat in 2011 daarvoor alle voorbereidingen zijn getroffen.

### **Groene Hart Diagnostisch Centrum**

Het Groene Hart Diagnostisch Centrum (GHDC), voorheen Medisch Diagnostisch Centrum (MDC), is in 2011 opgericht, om de diagnostiek van het Groene Hart toegankelijker en klantvriendelijker te maken voor huisartsen en hun patiënten.

Ter voorbereiding is een projectteam samengesteld met als doelen:

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

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

## **2.3 KERNGEGEVENS**

### *2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering*

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

2161 medewerkers, 154 medisch specialisten, 255 oproepkrachten en 95 vrijwilligers zetten zich in om patiënten kwalitatief hoogwaardige en complete zorg op maat te bieden.

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

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

In 2011 zijn veelbesproken thema's:

- herordening van de taakverdeling tussen huisarts en ziekenhuis
- concentratie en spreiding van zorg
- verdere digitalisering van processen

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

### Geleverde zorg

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

Onder basiszorg wordt alle zorg verstaan die ieder specialisme moet kunnen bieden en die niet valt onder zorg in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen of topreferente zorg. Het betreft veelvoorkomende aandoeningen.

Basiszorg plus is hooggespecialiseerde zorg voor bepaalde categorieën patiënten, geboden door een beperkt aantal specialismen. Mede op basis van de te verwachten vergrijzing in Midden-Holland en de mogelijkheden tot samenwerking binnen de Coöperatie is in het strategisch plan 2011-2015 van het GHZ gekozen voor een aantal medisch inhoudelijke speerpunten. Deze zijn:

- oncologie
- vaatziekten en vasculaire geneeskunde
- moeder- en kindzorg
- acute zorg en spoedzorg
- ouderengeneeskunde
- preventieve zorg

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

Het GHZ kent de volgende medische specialismen:

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

### 2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie

Ook in 2011 is de productie van het GHZ weer gestegen. Deze ontwikkeling verloopt nog steeds langs de lijnen zoals geschetst in het rapport "Groeien in Gezondheid II" dat in 2010 is verschenen. Uit dit rapport blijkt dat de vergrijzing en de daaraan gekoppelde ziektebeelden zich vanaf 2010 in een stijgende lijn ontwikkelen omdat de regio twee procentpunten achterligt bij de gemiddelde vergrijzing in Nederland.

Met de naderende voltooiing van de omvorming van het bekostigingsstelsel heeft het GHZ er dit jaar voor gekozen om het voorgeschreven format voor de productiegegevens te volgen en hiermee aan de wettelijke verplichting te voldoen. Er is geen sprake van uitbreiding van het aantal specialismen, waardoor in 2011 dezelfde patiëntencategorie is aangetrokken als in voorgaande jaren,

### 2.3.3 Werkgebieden

Het GHZ levert in Gouda op zowel de Bleuland- als de Jozeflocatie zeven dagen per week 24-uurszorg voor patiënten in de directe verzorgingsgebieden. Daarnaast levert het voor een groot aantal specialismen poliklinische zorg in de polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel. Het GHZ werkt bovenregionaal binnen een Coöperatie samen met drie ziekenhuizen, het Medisch Centrum Haaglanden in Den Haag, het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag en het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer.

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



## 2.4 SAMENWERKINGSRELATIES

RELATIE	TOELICHTING / RESULTATEN
<b>BESTUURLIJK</b>	
Transmuraal Netwerk Midden-Holland	<p>Het GHZ vormt samen met de volgende partijen het Transmuraal Netwerk Midden-Holland:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereniging Medische Staf GHZ</li> <li>• Zorgpartners Midden-Holland/De Zevenster</li> <li>• Vierstroom</li> <li>• GGZ Midden-Holland/Rivierduinen</li> <li>• Gemiva-SVG Groep</li> <li>• ROH Midden-Holland</li> </ul> <p>Het doel van dit netwerk is: het realiseren van een logisch, samenhangend en kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod voor de inwoners van Midden-Holland.</p> <p>Zorgaanbieders werken samen op het gebied van ketenzorg, preventie, behoud van voldoende zorgpersoneel en digitale uitwisseling van zorggegevens.</p> <p>Het GHZ en zijn VMS participeren in meer dan tien zorgketens, waaronder CVA (beroerte) en palliatieve zorg. Door een gezamenlijke investering is een beter beeld verkregen over de arbeidsmarkt en konden gerichte investeringen worden gedaan.</p>
Zorgpartners	Periodiek bestuurlijk overleg met Zorgpartners vindt zes keer per jaar plaats. Doel van het overleg is het bevorderen van een goede overgang van patiënten vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio.
Bestuurlijk overleg HAP-MH en ROHMH	Kwartaaloverleg tussen bestuur GHZ, VMS, Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland (ROHMH) en Huisartsenpost Midden-Holland (HAPMH) voor een optimale afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg.
Vierstroom	Bestuurlijk overleg met Vierstroom vindt drie keer per jaar plaats.
GGZ	Bestuurlijk overleg met de GGZ Midden-Holland vindt vier keer per jaar plaats. Doel van het overleg is het bevorderen van een goede overgang van patiënten uit het ziekenhuis naar de GGZ en vice versa.
Gemeente Gouda	<p>Bestuurlijk overleg wethouder inzake arbeidsmarktbeleid; lid RvB is voorzitter van het OOO-overleg (Overheid, Opleiding, Ondernemerschap).</p> <p>In augustus 2011 is een bijeenkomst geweest met alle wethouders uit de Midden-Holland gemeentes. Hierin is onder meer de strategie van het ziekenhuis besproken en is het thema gezondheidswinst als gemeenschappelijk thema voor de komende jaren gedefinieerd.</p>
Coöperatie	Zie voor een toelichting paragraaf 2.2.3

RELATIE	TOELICHTING / RESULTATEN
<b>ZORGINHOUDELIJK</b>	
Reinier de Graaf Gasthuis	De Medische Microbiologie van het GHZ vormt samen met de Medische Microbiologie van het Reinier de Graaf Gasthuis, locatie Delft één gezamenlijke vakgroep.
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Het Klinisch Chemisch Laboratorium van het GHZ vormt samen met het Klinisch Chemisch Laboratorium van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden één gezamenlijke vakgroep. Over en weer zijn de klinisch chemici buitengewoon staflid van de medische staf van het andere ziekenhuis.
Sophia Revalidatie	Naast de polikliniek revalidatiegeneeskunde in het GHZ zijn de revalidatieartsen verbonden aan Sophia Revalidatie Gouda. Dit is een instelling waar poliklinische dagbehandeling plaatsvindt.
Overige	Om een goede doorstroom naar verschillende zorgaanbieders te bewerkstellings zijn er diverse zelfstandige zorgaanbieders gehuisvest in het GHZ, zoals het Sport Medisch Adviescentrum Midden-Holland, Beter Horen, een orthopedisch schoenmaker en een podotherapeut.
<b>EERSTELIJNSZORG</b>	
DienstApotheek Midden-Holland (DAM)	De DAM is een samenwerkingsverband van alle openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen in de regio Midden-Holland. De DAM verzorgt de farmaceutische zorg in de regio Midden-Holland tijdens de avonden en in de weekenden en is gevestigd in het GHZ.
<b>VERZEKERAARS</b>	
CVZ	Als enige ziekenhuis in de regio heeft het GHZ een overeenkomst gesloten en verlengd met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om zorg te kunnen verlenen aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.
UVIT, Achmea/ Agis, CZ Delta Lloyd groep, Multizorg VRZ, Menzis	<p>Met zorgverzekeraars werden in het A-segment afspraken gemaakt over groei en innovatie.</p> <p>Met betrekking tot het B-segment werden met alle zorgverzekeraars afspraken gemaakt en werden voor het eerst meerjarige contracten gesloten.</p> <p>In 2011 overhandigde de Raad van Bestuur van Menzis het GHZ alle topzorgpredicaten. Een gedeelte van deze predicaten waren reeds in het bezit van het GHZ.</p> <p>Met Achmea en VGZ zijn samenwerkingsafspraken gemaakt op het gebied van de zorgbemiddeling. Het GHZ heeft een klinische les verzorgd voor de afdeling zorgbemiddeling van Achmea.</p> <p>Met verschillende verzekeraars werden kwaliteitsbijeenkomsten georganiseerd in samenwerking met medisch specialisten.</p> <p>Het GHZ heeft in 2011 in totaal 34 materiële controles ontvangen van de verschillende zorgverzekeraars. Dit betrof de declaraties over de jaren 2008 tot en met 2011. Van deze 34 controles zijn er, tot en met april 2012, 11 volledig afgerond en wordt er voor 21 controles op reactie gewacht van de zorgverzekeraar op de bevindingen van het GHZ. Voor twee controles moeten de eerste reactie van het GHZ nog worden opgestuurd, dit valt nog binnen de daartoe gestelde tijd.</p> <p>Om het aantal bevindingen van de zorgverzekeraars zo laag mogelijk te houden en de kwaliteit van de registratie blijvend te verbeteren, heeft het GHZ verschillende interne controlemaatregelen getroffen. Waaronder de implementatie van ValueCare, een controletool op de registratie in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS).</p>

## 3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

### 3.1 NORMEN VOOR GOED BESTUUR

Het GHZ past de Zorgbrede Governance Code (hierna te noemen: Code) sinds 2006 toe. Die Code is in 2010 geactualiseerd. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport onderschrijft het belang van professioneel toezicht. Met de nieuwe Zorgbrede Governance Code is rekening gehouden bij het opstellen en herzien van de volgende reglementen:

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

In de statuten:

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

Bijlage III bevat een overzicht, waaruit blijkt op welke wijze aan de Code wordt voldaan. De paragrafen 3.2 en 3.3 beschrijven onder meer:

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



## 3.2 RAAD VAN BESTUUR

### Taak RvB

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

### Transparantievereisten

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

### Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de RvB is vastgesteld door de RvT. Vermelding in het kader van de Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) heeft plaatsgevonden en de bezoldiging voldoet bij één lid RvB niet geheel aan de normen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). De reden hiervoor is dat het GHZ ten behoeve van haar activiteiten in het LangeLand Ziekenhuis (zie voorwoord) en de Coöperatie daadkrachtig leiderschap vereist. Zoals het zich er nu naar laat aanzien zal voldaan worden aan de nieuwe WMT-normering. Kwantitatieve gegevens over de bezoldiging blijken uit de jaarrekening. Meer informatie over de bezoldiging en het informatieprotocol treft u aan in paragraaf 3.3. Concrete cijfers over de bezoldiging van het bestuur zijn opgenomen in Digi/MV.

### Belangenverstrengeling

In reglementen is vastgelegd dat de RvB moet waken voor strijdigheid tussen zijn persoonlijke belangen en de belangen van de stichting.

### Nevenactiviteit

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

Uit de verklaring van de RvT (bijlage IV) blijkt dat naar zijn mening geen belangenverstrengeling is opgetreden. In het geactualiseerde reglement RvT is de regeling ter voorkoming van belangenverstrengeling aangescherpt.

De volgende tabel geeft weer hoe de RvB is samengesteld, hoe de portefeuilles zijn verdeeld en welke nevenfuncties de leden hebben. In verband met de tijdelijke inzet van de voorzitter RvB in het LangeLand Ziekenhuis heeft het lid RvB vanaf 15 augustus tijdelijk een aantal taken in de aansturing van de RVE's/afdelingen waargenomen voor de voorzitter.

NAAM	M/V	PORTEFEUILLES	OVERLEGGEN/GREMIA	NEVENFUNCTIES
D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB en de daaraan gelieerde bv's, sinds september 2003	M	Organisatieonderdelen <ul style="list-style-type: none"> <li>• RVE's medische ondersteuning</li> <li>• SEH</li> <li>• Financiën en ICT</li> <li>• Concernstaf</li> <li>• Commerciële eenheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RvT</li> <li>• RVE-beraad</li> <li>• Ondernemings-raad</li> <li>• Cliëntenraad</li> <li>• Samenwerkings-verband medisch specialisten</li> <li>• Stafbestuur/VMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lid dagelijks bestuur Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West- Nederland Coöperatief U.A.</li> <li>• voorzitter RvB Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen</li> </ul> <p>Als gevolg van de statuten van Stichting Zorggroep Groene Hart vinden de activiteiten plaats ter ondersteuning van het werk van Stichting Groene Hart Ziekenhuis. Tevens zijn de activiteiten ter bevordering van het welzijn van patiënten, consumenten en anderen in het verzorgingsgebied van voormeld ziekenhuis. Benoeming van deze functie heeft plaatsgevonden met kennis van de RvT van het GHZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• voorzitter RvT Stichting RIAGG Rijnmond</li> <li>• bestuurslid Stichting Trombosedienst Gouda e.o.</li> <li>• interimbestuurder Stichting het LangeLand Ziekenhuis (1 augustus t/m 31 december 2011) (50% van de tijd)</li> </ul>
ir. M.J. Verdier, lid RvB sinds juni 2009	V	Organisatieonderdelen <ul style="list-style-type: none"> <li>• RVE's patiëntenzorg</li> <li>• KVA (Kort Verblijf Afdeling)</li> <li>• Polikliniek Nieuwerkerk</li> <li>• Vastgoed, huisvesting en beheer</li> <li>• Gastvrijheid</li> <li>• Bouwbureau</li> <li>• Landsteiner Instituut overleggen/gremia</li> <li>• Centrale Opleidings Commissie</li> <li>• Klachtencommissie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RvT</li> <li>• RVE-beraad</li> <li>• Stafbestuur/VMS</li> <li>• VAR (verpleegkundige adviesraad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bestuurslid Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen</li> <li>• voorzitter Transmuraal Netwerk Midden-Holland</li> <li>• bestuurslid VNO-NCW RijnGouwe</li> <li>• voorzitter Stichting de Gele Linde, Boskoop</li> </ul>



### 3.3 TOEZICHTHOUDERS

Deze paragraaf bevat informatie over de toezichthouders van het GHZ.

prof. dr. G.H. Blijham (m)

voorzitter

15-10-1946

**Eerste benoeming: mei 2009**

**Moment aftreden: mei 2017**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 5/5**

**Bezoldiging: € 12.000,-**

#### Aandachtsgebieden

- zorg en zorgstrategie
- sturing en besturing
- externe relaties en media

#### Nevenfuncties

##### Toezicht

- voorzitter Bestuur Academisch Hospice Demeter, de Bilt
- voorzitter RvT Huisartspraktijk Essenkamp, de Bilt
- lid Raad van Toezicht Universitair Medisch Centrum/Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht
- lid RvT Nederlands Kankerinstituut/ Anthonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
- voorzitter Board of Trustees Ndlovu Care Group Globersdal Zuid Afrika
- lid Bestuur Fundashon Hospital Nobo Curaçao, Willemstad, Curaçao
- president-commissaris Julius Clinical Research bv, Bunnik
- lid RvT Stichting St. Annadal, Maastricht
- lid RvC Stichting Zorggroep Groene Hart

##### Advies

- international Advisor Executive Board University Hospital Cambridge, UK
- lid Taskforce Stimulerend Financiering Grootschalige Onderzoeksfaciliteiten, ministerie van OCW, Den Haag
- lid High Profile Group Life Sciences Health, ministerie van EZ, Den Haag
- lid Regiegroep Life Sciences & Health, ministerie van ELI, Den Haag
- voorzitter Task Force Roadmaps van Regiegroep Life Sciences & Health
- lid Commissie Medical Technology Assessment Gezondheidsraad, Den Haag
- lid Raad van Advies Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- voorzitter Raad van Advies Parelsnoer initiatief
- medical advisor, Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven
- adviseur Ondersteuningsstructuur Palliatieve Zorg voor ministerie van VWS, Den Haag

##### Overig

- lid Gezondheidsraad
- lid Utrecht Development Board, Utrecht
- lid bestuur Stichting John en Marine van Vlissingen, Zeist
- voorzitter Stichting H.N. Werkman, Groningen
- voorzitter Stichting N. Huffels, Utrecht
- voorzitter Stichting Lint vol Lust, Zeist
- lid Comité van Aanbeveling Stichting Tubereuze Sclerose Nederland

dr. P.C. Hermans (m)

30-4-1954

vicevoorzitter

**Eerste benoeming: februari 2005**

**Moment aftreden: februari 2014**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 4/5**

**Bezoldiging: € 10.000,-**

#### **Aandachtsgebieden**

- patiënt- en consumentenbelangen
- medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken/kwaliteit consumentenbelangen

#### **Nevenfuncties**

- lid RvB VitaValley (vanaf mei 2011)
- voorzitter RvB College voor zorgverzekeringen (tot mei 2011)
- lid Raad van Advies Stichting STG/Hmf
- moderator Avicenna Academie voor Leiderschap
- lid Raad van Advies Avicenna Academie voor Leiderschap
- lid RvT van de NIGZ

drs. N. Zefzafi (v)

6-10-1965

**Eerste benoeming: november 2005**

**Moment aftreden: februari 2014**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 5/5**

**Bezoldiging: € 8.000,-**

#### **Aandachtsgebieden**

- patiënten- en consumentenbelangen
- arbeidsvoorwaarden, personeel, Ondernemingsraad
- regionale samenwerkingsvraagstukken

#### **Nevenfuncties**

- secretaris Stichting Marokko-Nederland 400 jaar
- bestuurder Zorgcentrum Korte Akkeren
- bestuurslid Avicenna Academie voor Leiderschap
- zelfstandig consultant

ir. G.S. Groot (m)

29-4-1947

voorzitter financiële commissie

**Eerste benoeming: april 2005**

**Moment aftreden: februari 2014**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 5/5**

**Bezoldiging: € 8.000,-**

#### **Aandachtsgebieden**

- financieel-economische deskundigheid
- bouw, gebouwen en onderhoud
- gevoel voor zakelijke verhoudingen, markt

#### **Nevenfuncties**

- directeur Market Development, Brocacef bv
- RvT CENZO bv, centraal netwerk van psychologische zorg
- advisor productie ter bevordering van wondgenezing voor RvB Koninklijke Uthermöhlen
- opleider voor Pharmamarkt C&E bank
- opleider Marketing & Communicatie in de Geneesmiddelenmarkt, Brugge
- lid postdoctorale opleidingen Universiteit Utrecht afd. Farmaco-Economics
- lid Beroepenveld Commissie Opleiding Farmakunde Hogeschool Utrecht
- lid RvC Stichting Zorggroep Groene Hart

dr. M.E.M. van Dijen (v)

5-4-1961

**Eerste benoeming: januari 2005**

**Moment aftreden: februari 2014**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 4/5**

**Bezoldiging: € 8.000,-**

#### **Aandachtsgebieden**

- medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken, kwaliteit
- arbeidsvoorwaarden, personeel, OR

#### **Nevenfuncties**

- partner Ernst & Young Advisory
- bestuurslid Sector Health Care EY
- adviesraad Avicenna Academie voor Leiderschap

drs. W. Zoetewij (m)

8-10-1950

lid financiële commissie

**Eerste benoeming: februari 2010**

**Moment aftreden: februari 2018**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 5/5**

**Bezoldiging: € 8.000**

#### **Aandachtsgebieden**

- financieel-economische deskundigheid
- juridische deskundigheid
- bouw, gebouwen en onderhoud

#### **Nevenfuncties**

- vicevoorzitter RvT Gemiva-SVG, Gouda
- secretaris bestuur Diaconessenstichting De Wijk, Gouda
- secretaris bestuur Dr. Hofsteestichting Alkmaar
- voorzitter RvC Crystal Marbles Almere
- lid Raad van Advies Bisnez Management Bergambacht
- lid Raad van Advies WB Consulting Utrecht
- lid Raad van Beroep tuchtrecht organisaties advies
- lid Corporate Tenderboard Rijkswaterstaat

P. Hoogendoorn RA (m)

25-11-1945

lid financiële commissie

**Eerste benoeming: februari 2010**

**Moment aftreden: februari 2018**

**Aantal bijgewoonde vergaderingen: 4/5**

**Bezoldiging: € 8.000**

#### **Aandachtsgebieden**

- financieel-economische deskundigheid
- bestuurs- en besturingsdeskundigheid
- regionale samenwerkingsvraagstukken

#### **Nevenfuncties**

- lid RvC van Conquaestor bv
- lid RvC Bodegraven bv
- bestuurslid Stichting Deloitte Fair Chance Foundation
- voorzitter RvC van Dorp Installatietechniek BV
- voorzitter Raad van Advies Smaal BV

In 2011 is de RvT gevraagd het aantal en de aard van de nevenwerkzaamheden te evalueren. In de loop van 2012 zullen mogelijk nevenwerkzaamheden worden afgestoten als blijkt dat deze contraproductief zijn voor hun verantwoordelijkheid om te voldoen aan de toekomstige nieuwe governancenormen.

#### **Taken**

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

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

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

#### **Nieuwe leden RvT**

De werving van nieuwe kandidaten van de RvT ligt vast in het reglement RvT. De raad bestond in 2011 uit zeven leden, met een goede mix aan deskundigheden en affiniteiten.

#### **Functioneren/bezoldiging RvT**

Voor het eigen functioneren hanteert de RvT de normen uit de Zorgbrede Governancecode (zie bijlage III). De Raad beoordeelt het functioneren van de RvT en van de individuele leden. De eerstvolgende beoordeling is gepland in mei 2012. De RvT voldoet voor wat betreft de eigen bezoldiging aan de landelijke normen en de WOPT (Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens) is toegepast.

### Aantal vergaderingen

In 2011 heeft de RvT vijf keer vergaderd, in aanwezigheid van de RvB. Vóór iedere vergadering vond agendaoverleg plaats tussen de RvB, de voorzitter en de vicevoorzitter van de RvT.

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

In 2011 bleek dat het voortbestaan van het LangeLand Ziekenhuis, één Coöperatiepartners, als zelfstandig ziekenhuis met behoud van het volledige zorgaanbod, in gevaar was. Op verzoek van de RvT en RvB van het LangeLand Ziekenhuis hebben de Raden van Toezicht van Medisch Centrum Haaglanden, Bronovo Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis ingestemd met een onderzoek naar de mogelijkheden voor het behoud van een algemeen ziekenhuis in Zoetermeer door een overname door de Coöperatie tot stand te brengen. De RvT is nauw betrokken geweest bij dit onderzoek. De heer D.J. Verbeek, voorzitter van de RvB van het Groene Hart Ziekenhuis, is door de Coöperatie voorgedragen als interim bestuurder in het LangeLand Ziekenhuis. Eind 2011 is van een overname geen sprake meer, dankzij alle inspanningen. Het ziekenhuis in Zoetermeer kan als zelfstandig ziekenhuis blijven bestaan, gesteund door de Coöperatie en na doorvoering van een reorganisatie. Hiertoe zal acquisitie plaatsvinden voor een nieuwe voorzitter RvB.

De heer Verbeek bleef tevens voorzitter van het bestuur van het GHZ en was vanaf augustus 2011 tot eind december 2011 halftijds beschikbaar. De RvT heeft nauw toegezien op de mogelijke consequenties voor de besturing van het Groene Hart Ziekenhuis.

Bij het bestuur en bij de RvT was er behoefte om de fiscaal juridische structuur te evalueren en de mogelijkheden van vereenvoudiging te onderzoeken. Op basis van de evaluatie is de conclusie getrokken dat de fiscaal juridische structuur gewijzigd dient te worden en is gezocht naar een model dat voldoet aan de vereisten die gelden in het kader van governance, mededinging en fiscale wetgeving. Besluitvorming hierover vindt begin 2012 plaats.

In de vergadering van de RvT zijn verder uitgebreid aan de orde geweest:

- financiering bouw
- veiligheidsmanagementsysteem
- gang van zaken rondom het operatief proces

Binnen het GHZ bestaat de jaarplan- en managementreviewsystematiek. Stuurinformatie over financiën en productie is goed ontwikkeld en wordt gepresenteerd in de zogenaamde Thermometer, waardoor de risico's inzichtelijk worden. Op basis hiervan wordt het compliancebeleid geformuleerd. De Thermometer wordt uitgebreid besproken met de financiële commissie van de RvT en komt tevens aan de orde in de vergaderingen van de voltallige RvT.

Kwalitatieve stuurinformatie was voorheen partieel beschikbaar en versnipperd. Om hierin verbetering aan te brengen is de Barometer ontwikkeld en ingevoerd in 2011. Mede op basis hiervan wordt het kwaliteit- en veiligheidbeleid aangescherpt. Iedere RVE ontvangt de "eigen" Barometergegevens, de RvB bespreekt de ziekenhuisbrede Barometer. De Barometer wordt toegespitst op voor de RvT relevante informatie en wordt tweemaal per jaar met de RvT besproken. De RvT heeft nog geen kwaliteitscommissie. De RvT heeft voorgesteld om bij de evaluatie in mei 2012 te bespreken of het wellicht wenselijk is om een kwaliteitscommissie in te stellen.

De afdeling AO/IC (administratieve organisatie en interne controle) heeft de rapportage DBC-registratie en declaratie DBC's opgesteld. Deze rapportage is besproken met de RvT.

Het GHZ voldoet aan de vereisten van de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering (rekening houdend met landelijk voorkomende beperkingen).

**Goedkeuringsbesluiten RvT**

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

- managementcontract RvB/RvT 2011
- de jaarrekening. Na toelichting door de accountant en op basis van het positief advies van de financiële commissie van de RvT keurt de RvT de jaarrekening 2010 goed.
- de begroting 2012
- Jaarplan 2012

**Informatieprotocol**

Voortvloeiend uit de statuten van het GHZ en de vigerende reglementen RvT en RvB verschaft de RvB tijdig aan de RvT alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening voor zijn toezichthoudende taak. In de statuten van het GHZ is vastgelegd waarover de RvT moet worden geïnformeerd. Het reglement RvT bevat nog aanvullende regelingen. Dit kader tezamen wordt beschouwd als het informatieprotocol.

**Bronnen voor informatie**

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

**De auditcommissie**

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

- (financiering van) de nieuwbouw
- de liquiditeit
- onderhandelingen met de financiers
- adviezen van de accountant

Samenstelling auditcommissie:

- ir. G.S. Groot
- drs. W. Zoetewij
- P. Hoogendoorn RA

De auditcommissie is in 2010 vijfmaal bijeen geweest.

Aandachtspunten waren:

- bouw en financiering van de bouw
- accountantsverslag, jaarrekening 2010 en begroting. Deze worden in aanwezigheid van een externe accountant besproken. De accountant wordt voor zijn oordeel en advies ingeschakeld over elk onderwerp dat de RvT noodzakelijk acht.
- DBC-registraties
- honorarium medisch specialisten

De auditcommissie bespreekt daarnaast maandelijks de financiële, productie- en overige resultaten.

### **De bezoldigingscommissie**

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

Vermelding in het kader van de Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) heeft plaatsgevonden en de bezoldiging voldoet deels aan de normen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). Er is gezorgd voor een maatschappelijke passende beloning waarmee het GHZ in staat is gebleken gekwalificeerde bestuurders aan te trekken en te behouden. Zie ook paragraaf 3.2 over bezoldiging.

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 handelswijze, die in werking treedt al naar gelang de verschillende situaties die kunnen ontstaan. In de arbeidsovereenkomst is verder een uitgebreid artikel opgenomen over het uitoefenen van nevenfuncties en de bezoldiging daarvan.

Samenstelling bezoldigingscommissie:

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

### **Beoordeling bestuurders**

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



## 3.4 BEDRIJFSVOERING

### 3.4.1 Planning en controlcyclus

Het in 2010 opgestelde strategisch plan 2011-2015 vigeert nog steeds. Er zijn geen belangrijke tussentijdse koerswijzigingen opgetreden waardoor het strategisch plan aanpassing behoeft. De planning- en controlcyclus is derhalve verlopen conform plan. Elke eenheid heeft een jaarplan opgesteld en ingediend waarop vervolgens de jaarbegroting van de betreffende eenheid is gebaseerd. Op deze afzonderlijke deelplannen en de wenselijke ontwikkeling van rentabiliteit en solvabiliteit zoals opgenomen in het eerste meerjaren financieel plan dat ten behoeve van de bouw is opgesteld, is de totale begroting 2011 van het GHZ opgesteld. Aangezien de deelplannen tot onvoldoende kostenbeheersing hebben geleid zijn daarom aanvullend taakstellingen geformuleerd enerzijds bij de betreffende eenheden anderzijds bij de Raad van Bestuur. In de begroting zijn de financiële risico's voor de korte en lange termijn opgenomen. Elk kwartaal heeft een bespreking van de voortgang van het jaarplan en de bijbehorende financiële verantwoording met de Raad van Bestuur onder begeleiding van een bedrijfskundig adviseur plaatsgevonden. Tevens is elk kwartaal een specifiek onderwerp besproken zoals benoemd in het strategisch plan. Hierbij valt onder meer te denken aan onderwerpen die het personeel en werknemerstevredenheid betreffen, kwaliteit etc. De Raad van Toezicht is met de Raad van Bestuur een management contract overeengekomen waarin de belangrijkste prestatie-indicatoren met concrete ontwikkelingsrichting voor de gehele organisatie zijn opgenomen. Dit management contract wordt periodiek door de Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur besproken en geëvalueerd.

### 3.4.2 Risico & beheersing

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

#### **Concurrentie**

Door de overgang in 2012 op het systeem van bekostiging van zorgproducten waarbij een groot deel van de omzet in het marktafhankelijke B-segment wordt geplaatst, neemt de concurrentie tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra verder toe. In 2011 zijn verzekeraars door de Minister van Volksgezondheid expliciet aangewezen om de groei van het budgettair kader zorg te beheersen. Dit versterkt de positie van verzekeraars aanzienlijk. Complicerende factoren hierbij zijn de effecten die voortvloeien uit Basel III voor banken en Solvency II voor verzekeraars waardoor (tijdige) financiering van ziekenhuizen niet meer gegarandeerd is. Dit naast de financiële problemen die verzekeraars afzonderlijk hebben en de mogelijk wordt afgewenteld op de zorg verlenende instellingen. In ieder geval is uit recente publicaties gebleken dat verzekerde zorg voor verzekeraars ook een belangrijke bron voor het genereren van winst is. Hierdoor kunnen bestaande sectorale verhoudingen aanzienlijk onder druk komen te staan.

Deelname in de Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland samen met het Medisch Centrum Haaglanden, het Bronovo-Nebo ziekenhuis en 't Lange Land Ziekenhuis is essentieel om op geleide van kwaliteitsverbetering van zorg en het terugdringen van kosten deze ontwikkeling op adequate wijze het hoofd te bieden. In het afgelopen jaar zijn verdere plannen ontwikkeld om deze samenwerking verder vorm en inhoud te geven. De belangrijkste stap die in dit proces nog genomen moet worden betreft toetsing van de voornemens bij NMa en NZa.

De Coöperatie versterkt ook de reeds bestaande sterke alliantie met het Leids Universitair Medisch Centrum op het gebied van opleiding en onderzoek. Hierdoor worden vak ontwikkeling en het uitbreiding van opleidingen nadrukkelijk gestimuleerd. In het Landsteiner Instituut hebben het GHZ en het Medisch Centrum Haaglanden de ondersteuning van opleiding en wetenschap vormgegeven.

### **Nieuwbouw**

In mei 2011 is het GHZ begonnen met de bouwactiviteiten van de vervangende nieuwbouw op de Bleulandlocatie. De voornaamste risico's voortvloeiend uit de nieuwbouw betreffen met name de kosten van de bouw, de renteontwikkeling en operationele risico's. Met betrekking tot het beheersen van de kosten van de nieuwbouw is er voor gekozen om prijs- en loonstijgingen af te kopen. Belangrijkste risico dat resteert zijn de veranderende eisen gedurende de bouwtijd van de gebruikers. Op geleide van de gesloten financieringscontracten dient het GHZ in belangrijke mate haar renterisico af te dekken. Het operationele risico blijft bestaan totdat de ingebruikname gekoppeld aan een volledige inhuizing in 2014 een feit is.

### **Operationele risico's**

#### *Patiëntveiligheid*

Onder patiëntveiligheid wordt verstaan 'het voorkomen van onnodige schade aan de patiënt door de wijze waarop zorg wordt verleend'. Dit risico vormt voor het GHZ het belangrijkste operationele risico waaraan veel aandacht wordt besteed. Paragraaf 4.5.3. beschrijft onder andere op welke wijze het GHZ in 2011 de risico's rond de veiligheid van de patiënt heeft beheerst.

#### *Integriteit van vertrouwenshandelingen*

Het GHZ heeft een bevoegdhedenregeling en een treasurystatuut waarin vermeld staat welke bevoegdheden de medewerkers in het ziekenhuis hebben ten aanzien van financiële en contractuele handelingen. Naast de procuratie zijn hierin onder andere personeelsbeleid, strategisch beleid, contracten en procuratie voor de onderhandelingen met verzekeraars opgenomen. Zowel het treasurystatuut als de procuratieregeling worden ieder jaar herzien en vastgesteld door de Raad van Bestuur conform de planning- en controlcyclus. De afdeling Administratieve Organisatie / Interne Controle (AO/IC) heeft als kernactiviteit het toetsen van de juistheid, volledigheid en tijdigheid voortvloeiend uit diverse operationele en financiële processen. De afdeling is bevoegd om onafhankelijk audits uit te voeren en ongeraagd advies te geven over de verbetering van de processen die voorwerp van onderzoek zijn geweest. In 2011 zijn audits uitgevoerd op de bouwadministratie, diverse financiële processen en fiscaliteit. Ten aanzien van de informatiebeveiliging heeft het GHZ in 2011 voldaan aan de eisen van de Inspectie voor de Volksgezondheid om ten aanzien van de NEN 7510 norm minimaal het niveau 2 te behalen.

Conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) heeft de Raad van Bestuur een functionaris gegevensbescherming benoemd. In de WBP staan de regels en de voorwaarden beschreven ter bescherming van de privacy van onder andere medewerkers en patiënten. De functionaris gegevensbescherming toetst of binnen het GHZ in overeenstemming met de WBP en met het GHZ privacyreglement wordt gehandeld. De functionaris rapporteert, signaleert en adviseert de Raad van Bestuur over privacy aangelegenheden 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 4.6 geeft een overzicht van de inspanningen op het gebied van arbobeleid in 2011.

### Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RIE)

Paragraaf 4.6.1 geeft een overzicht van de inspanningen om risico's te voorkomen.

### Energievoorziening

Het GHZ beschikt over vier noodaggregaten. Deze noodaggregaten produceren voldoende vermogen om de kritieke functies te ondersteunen bij een stroomuitval van het publieke netwerk. Bij stroomuitval wordt automatisch overgeschakeld op noodstroomvoorziening. Het GHZ beschikt over een, door TNO getoetst, protocol hoe te handelen in zo'n situatie.

### Imago

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

### Financiële risico's

De belangrijkste financiële risico's betreffen:

- de toegenomen marktwerking tussen zorginstellingen, de concentratie van zorg en de toegenomen invloed van verzekeraars
- de realisatie van de taakstellingen die voortvloeien uit de gewenste ontwikkeling van solvabiliteit en rentabiliteit en de kortingen (direct en indirect) die door de overheid worden opgelegd en doorgevoerd
- de onzekerheden in de bekostigingssystematiek met de invoering van zowel DOT als de voorgenomen gelijktijdige vergroting van het B-segment. Pas in augustus zullen de meeste ziekenhuizen zien of zij "DOT proof" zijn ten aanzien van hetgeen in het schaduwbudget is afgesproken en de uitwerking van de nieuwe declaratiesystematiek
- de uitkomst van de onderhandelingen met verzekeraars, ingegeven door de besparingen die in de toekomst voor de zorg noodzakelijk worden geacht
- de druk door verzekeraars opgelegd vanuit hun eigen financiële perspectief en de doorwerking van Solvency II
- de risico's verbonden aan de bouw met betrekking tot beheersing van de bouwkosten en bijkomende kosten verbonden aan dit omvangrijke project
- de renteontwikkeling op de geld- en kapitaalmarkt voor zover deze niet zijn afgedekt
- de beschikbaarheid van voldoende middelen veroorzaakt door de huidige economische crisis

### Wet- en regelgeving risico's

De maatregelen met betrekking tot sturing op de ontwikkeling en harmonisatie van de inkomens van vrijgevestigd medisch specialisten geven aanleiding tot zorg met betrekking tot de afstemming tussen de ontwikkeling van de zorgvraag en de feitelijke prestatie die door deze beroepsgroep zal worden geleverd. De voorgenomen regeling bevat nog veel feitelijke onduidelijkheden die opheldering behoeven alvorens partijen tot een gezamenlijke visie en afstemming kunnen komen. Het GHZ krijgt in de toekomst in toenemende mate te maken met fiscale regelgeving, met name op het gebied van Vennootschapsbelasting en BTW. Begin 2012 heeft het GHZ met de belastinginspecteur een convenant gesloten over het horizontaal toezicht dat vanaf 1 januari 2012 geldt.

### DBC en DOT systematiek

De overgang van DBC naar DOT systematiek brengt een groot aantal risico's met zich mee. De belangrijkste zijn:

- ZIS leveranciers zijn niet in staat tijdig en juist alle noodzakelijke wijzigingen te verwerken
- de belangen tussen medisch specialist en ziekenhuis zijn nog onvoldoende gelijkgericht waardoor mogelijk niet gefinancierde groei of de verkeerde productie wordt gerealiseerd
- DBC onderhoud blijft wijzigingen doorvoeren in de productstructuur waardoor ZIS leveranciers opnieuw wijzigingen moeten doorvoeren
- de prijzen van zorgproducten zijn bepaald op een niet volledige grondslag waardoor materiële financiële afwijkingen kunnen ontstaan tussen begroting en werkelijkheid
- verzekeraars blijven met terugwerkende kracht controles uitoefenen waardoor systemen langdurig in de lucht moeten worden gehouden met de bijbehorende kennis
- de accountants hebben al aangegeven dat er voor de omzetverantwoording 2012 landelijk grote inherente onzekerheden zijn

### 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 2011 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

#### ICT strategie

Flexibilisering van ICT diensten wordt belangrijker naarmate meer met ICT wordt gewerkt. Na de afronding van de invoering van het EPD in het GHZ wordt de focus gelegd op de flexibilisering van ICT, voor medewerker (Bring Your Own Device) maar ook de patiënt die in het digitale tijdperk niet alleen zijn medisch dossier wenst te raadplegen, maar ook in hetzelfde dossier actief participeert. Dit moet veilig, betrouwbaar en snel gebeuren.

De eerste stappen zijn gezet met het digitaal aanbieden van de afsprakenbalie (project OLA) en het ombouwen van de werkplek van de medewerker zodat deze snel en flexibel bij zijn gegevens kan op iedere plek in het ziekenhuis en daarbuiten. Hierbij is specifiek extra aandacht aan veiligheid geschonken door het gebruik van de ziekenpas als aanvulling op de traditionele gebruikersnaam-wachtwoord combinatie.

ICT diensten worden transparant in kosten/opbrengsten aangeboden aan de afnemers (RVE's) die uit een groeiende product diensten catalogus kunnen selecteren en direct de kosten van het gebruik inzichtelijk hebben. Dit heeft in een aantal gevallen tot rationalisatie in de besluitvorming waardoor kosten omlaag zijn gebracht.

Op korte termijn wordt de richting van ICT bepaald door de nieuwbouw op de Bleulandlocatie, de toenemende samenwerking binnen de Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West Nederland U.A. (SZWN) en wordt sterk gestuurd op het afronden van bestaande projecten alvorens nieuwe initiatieven te ontplooien.

#### ICT organisatie

In 2011 is de organisatie van ICT onderverdeeld in een viertal zelfsturende teams, conform de organisatiestructuur binnen het cluster Finance & ICT indien de organisatorische omstandigheden dit mogelijk maken. De teams hebben een duidelijke gezamenlijke maar ook onderlinge verantwoordelijkheid voor het leveren van een maximale dienstverlening binnen het portfolio. De teams zijn onderverdeeld in:

- Servicedesk
- Applicatie- en Technisch beheer
- Management Informatie
- Programma- en projectmanagement

#### ICT besturing

Besturing van ICT gaat langs twee assen. De as van het bestuur en anderzijds de as van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE). Vanuit ICT worden behoeften in kaart gebracht bij de diverse afnemers en gepresenteerd aan het bestuur die gezamenlijk met de algemene strategische richting opdracht geeft tot verdere uitvoering van de richting en de bijpassende behoeften vanuit de RVE's. Meerdere malen per jaar vinden naast de managementreviews statusupdates plaats tussen de Raad van Bestuur en de vertegenwoordiging van de ICT.

Op tactisch niveau heeft ICT accountmanagement ingericht richting de managers bedrijfsvoering van de RVE en wordt actief geparticipeerd in de tactische overleggen met de gehele RVE en de VMS.

### *ICT-veiligheid/NEN 7510*

In het kader van de NEN7510 heeft het GHZ conform de eis van de Inspectie voor de Volksgezondheid de audit succesvol doorlopen en wordt door het GHZ en in het bijzonder op het aandachtsgebied ICT gestuurd op het vervolg om door te groeien naar een hoger volwassenheidsniveau. Om de NEN7510 en andere normen goed te kunnen managen is in 2011 besloten binnen de gehele SZWN een centraal Information Security Management System in te richten die in 2012 verder wordt geïmplementeerd waarin normen, kaders en rollen multi-dimension aan elkaar kunnen worden gekoppeld.

### *Projecten*

In 2011 zijn diverse projecten afgerond. De meest in het oog springende voor het GHZ zijn de afronding van een oogheeskundig PACS om het werkproces op deze afdeling optimaal digitaal te ondersteunen. De voorbereidingen op de introductie van DOT in het GHZ. Ook gerelateerd is de lifegang van Online Afspraken maken (OLA) en het bouwen van een digitale workflow om SurPass te ondersteunen.

### *3.4.4 Goederenlogistiek en inkoop*

#### *Inkoop*

In 2011 is binnen de coöperatie verder inhoud gegeven aan de samenwerking op het gebied van inkoop. Er is een vaste coöperatie inkoopmanager aangetrokken die met ingang van het komend boekjaar definitief vorm en inhoud zal geven aan het coöperatieve deel van de inkooporganisatie. Het ligt in de lijn der verwachting dat begin 2013 de gehele inkooporganisatie onder zijn leiding wordt gebracht. De uitvoeringsgedachte hierbij is gebaseerd op het shared service concept in tegenstelling tot het shared service center. De hiermee beoogde voordelen: afronding van de eigen trajecten en de gedegen voorbereiding van de eigen organisaties op de beoogde integratie van de back-offices waartoe ook inkoop behoort.

### *Logistiek*

In 2011 is er door logistiek doorgedaan op de ingeslagen weg uit 2010 en zijn er wederom slagen gehaald in het verbeteren van de dienstverlening. Vooral de leverbetrouwbaarheid op het gebied van de Key Point Indicators backorders en pickfouten zijn aanzienlijk verbeterd. Daarnaast is de afdeling patiënten transport en goederenlogistiek samengevoegd tot een logistieke servicedienst aangestuurd vanuit de RVE Gastvrijheid. Vanaf het tweede kwartaal zijn de nodige voorbereidende werkzaamheden verricht betreffende het succesvol implementeren van Oracle (een bestelsysteem voor onder meer kantoor en verpleegartikelen) en zijn daarnaast enkele voorraadkasten op de verpleegafdelingen geoptimaliseerd.

### 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 2011 vergaderde het bestuur van de VMS wekelijks. Daarnaast vonden er vijf algemene vergaderingen van de VMS plaats.

#### Managementparticipatie medische staf

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

#### Medisch deel Strategisch Beleidsplan

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

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

#### Professionele kwaliteit medisch specialisten

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

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

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

Op 31 december waren er in het totaal een kleine 50 evaluatiegesprekken met medisch specialisten gevoerd. Er zijn nieuwe gespreksleiders geworven en getraind. Zij doorliepen eerst zelf het evaluatietraject en volgden daarna een gespreksstraining. De bedoeling is dat eind 2012 alle medisch specialisten een keer het IFMS traject hebben doorlopen.

### **Samenwerkingsverband Medisch Specialisten (SVMS)**

Het merendeel van de vrijgevestigde medisch specialisten van het GHZ is verenigd in het SVMS. Doel van het SVMS is het bevorderen van de gemeenschappelijke belangen van de vrijgevestigde medisch specialisten, met name daar waar deze betrekking hebben op de economische aspecten van hun beroepsuitoefening. In het GHZ is circa 75% van de medisch specialisten vrijgevestigd.

In mei 2011 hebben het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ vereniging van ziekenhuizen een convenant gesloten met betrekking een beheersmodel voor de specialistenhonoraria 2012-2014. Het SVMS-bestuur heeft in 2011 hard gewerkt aan de lokale invulling van dit nieuwe model. Uitgangspunt vormde het loon naar werken principe, leidend tot een redelijke inkomensverdeling tussen de verschillende medische specialismen. Met behulp van vergelijkingsgegevens uit andere ziekenhuizen, aangeleverd door een adviesbureau, is een model ontwikkeld waarvoor een breed draagvlak is gevonden. Ondanks grote tijdsdruk is het gelukt om eind 2011 besluitvorming over een uitgewerkte nieuwe structuur af te ronden.

### **3.6 CLIËNTENRAAD**

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

De raad doet dit door vanuit een onafhankelijke en kritische positie de RvB te adviseren. De samenstelling is zoveel mogelijk representatief voor de cliënten van het GHZ. De raad wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en heeft een eigen budget.

Sinds 2006 heeft de Cliëntenraad ook enquêterecht.

In 2011 is advies gevraagd over de volgende onderwerpen:

- Stichting MDC fase 1
- herbenoeming leden klachtencommissie
- benoeming leden klachtencommissie
- rookbeleid
- Kaderbrief 2012
- horeca centrale hal en bouwdeel F
- adviesaanvraag overname het LangeLand Ziekenhuis door coöperatieziekenhuizen
- Jaarplan en begroting 2012



### 3.7 ONDERNEMINGSRAAD

Conform de Wet op OndernemingsRaden (WOR) heeft het GHZ een Ondernemingsraad (OR). 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 vergadert het bestuur met de OR.

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

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

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

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

De bijeenkomsten zijn in 2011 naar tevredenheid van Ondernemingsraad en RvB verlopen. De OR heeft in 2011 ook vergaderd met de ondernemingsraden van de andere ziekenhuizen binnen de Coöperatie.

Onderstaand de onderwerpen waarover in 2011 advies of instemming is gevraagd aan de Ondernemingsraad.

*Adviesaanvragen:*

- Stichting MDC fase 1
- rookbeleid
- Kaderbrief 2012
- overname het LangeLand Ziekenhuis door de coöperatieziekenhuizen
- Jaarplan en begroting 2012
- integratie GHZ- en LLZ-afdelingen
- adviesaanvraag nieuwbouw
- HRM-strategie
- gedragsregels schenkingen
- verzelfstandiging fysio
- uitgangspunten goede doelen

*Instemmingsaanvragen:*

- procedure werving en selectie medisch specialisten
- wijziging klokkenluisregeling
- richtlijn medisch rekenen
- bezwaarreglement en sanctiebepaling WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten)
- uitruil reiskosten
- HRM-strategie



### 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 RvB.

In 2011 heeft de VAR gewerkt aan de voorbereiding tot omvorming in een vereniging. Binnen een vereniging kan de verpleegkundige beroepsgroep zich beter profileren en zo uitgroeien tot een gelijkwaardige partner binnen alle lagen van de organisatie. De VAR wil de inspraak van verpleegkundigen binnen de organisatie verbeteren en recht doen aan de positie van de verpleegkundige. Het doel blijft het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De statuten van de vereniging zijn in december 2011 door het bestuur goedgekeurd.

In 2011 heeft de raad onder meer geadviseerd over:

- rookbeleid
- richtlijn medisch rekenen
- Kaderbrief 2012
- Jaarplan en begroting 2012

De VAR heeft in 2011 ook overlegd met de adviesraden van de andere coöperatieziekenhuizen, onder meer over de opleiding en bijscholing van verpleegkundigen.

## 4. Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1 MEERJARENBELEID

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

#### Missie en kernwaarden

"Het Groene Hart Ziekenhuis. Open voor iedereen."

Het Groene Hart Ziekenhuis is voor inwoners uit Midden-Holland hét ziekenhuis waarmee zij zich nauw verbonden voelen. Vanuit partnerschap met de patiënt bieden wij een breed, hoogwaardig en op maat toegesneden zorgpakket aan. Dit doen wij samen met onze partners in de keten. We zijn een opleidingsziekenhuis, een open en lerende organisatie en onze klantgerichte en toegankelijke patiëntenzorg kenmerkt zich door gastvrijheid, betrokkenheid en voortdurende ambitie tot verbetering.

De kernwaarden van het GHZ zijn:

- open-minded
- gedreven
- no-nonsense

#### Visie

Het GHZ is hét ziekenhuis van en voor de patiënten in Midden-Holland. De patiënt is daarbij onze partner. Dit houdt in dat het GHZ kiest voor maatwerk in de patiëntenzorg, toegesneden op de behoeften en wensen van het individu. Een keuze ook voor complete zorg op maat, die verder gaat dan de ziekte alleen. Aandacht voor de ziekte én de zieke, voor de zieke en voor diens omgeving. Voor diagnostiek en behandeling én voor preventie. Zorg en aandacht die al beginnen voor de voordeur en verder gaan dan de achterdeur van het ziekenhuis. Zorg waarin wij nauw samenwerken met onze partners in de keten.

De patiëntenzorg van het GHZ richt zich op het realiseren van optimale gezondheidswinst. Het GHZ biedt daarbij een hoog niveau van diagnostiek, behandeling, verpleging en verzorging. Het GHZ speelt een actieve rol in de samenwerking met ketenpartners en participeert in preventiezorg. Kennis en expertise van het GHZ staan ter beschikking van andere zorgaanbieders.

#### Strategie

Het strategisch plan 2011-2015 geeft in hoofdlijnen de richting voor het ziekenhuis voor de komende jaren aan. Het biedt inzicht in de drijfveren van onze organisatie, toegespitst op een aantal strategische keuzes. Strategie betekent 'kiezen'. Het strategisch plan focust op de zaken die er de komende jaren écht toe doen.

Het GHZ maakt de volgende strategische keuzes:

- I. de patiënt als partner
- II. het GHZ als ziekenhuis van en voor de regio
- III. verantwoordelijke medewerkers
- IV. samenwerking in de Coöperatie om continuïteit te garanderen



## 4.2 ALGEMEEN BELEID

Het strategisch plan vormt de leidraad voor het jaarplan van de organisatie. In het GHZ- jaarplan 2011 zijn de doelstellingen voor het verslagjaar benoemd voor de vier strategische keuzes die het GHZ heeft gemaakt.

Deze paragraaf vermeldt de doelstellingen, de inspanningen en de resultaten die in 2011 zijn behaald voor het algemene organisatiebrede beleid.

ad I. Patiënt als partner

DOELSTELLING	INSPANNINGEN 2011	RESULTAAT 2011
<p><b>Korte toegangstijden</b> De helft van de specialismen heeft een toegangstijd van maximaal één week en alle specialismen hebben een toegangstijd van maximaal twee weken c.q. maken plannen om de toegangstijd terug te dringen.</p>	<p>De pilot van het poli efficiency project is uitgevoerd. Een aantal specialismen houdt een avondpoli. Voor enkele specialismen is de specialistenformatie uitgebreid om de wachttijd terug te dringen. Verschillende specialismen hebben verbeterplannen om de wachttijd terug te dringen doorgevoerd.</p>	<p>30% van de specialismen voldoet aan de norm voor de toegangstijd van maximaal één week 63% van de specialismen voldoet aan de norm voor de toegangstijd van maximaal twee weken</p>
<p><b>Patiënttevredenheid en loyaliteit</b> Tevreden patiënten die terug willen komen in het GHZ en die het ziekenhuis zouden aanbevelen bij anderen. Het GHZ streeft naar structurele verhoging van de patiënttevredenheid. Deze wordt ziekenhuisbreed gemeten met het Patiënttevredenheidonderzoek (PTO). Daarnaast hebben afdelingen eigen PTO's.</p>	<p>Het PTO is in 2011 door alle RVE's gehouden. De individuele RVE's ontvangen de resultaten voor hun eigen eenheid. Per RVE zijn verbeterplannen doorgevoerd. Deze betroffen bijvoorbeeld: het verbeteren van patiënteninformatie, o.a. folders, verbeteringen in de interne communicatie, training in bejegeningaspecten voor medewerkers met direct patiëntencontact.  Er zijn verschillende initiatieven genomen op het gebied van gastvrijheid, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de pilot Redesign Patient Proces, waarbij volledig vanuit de patiënt de rondgang door het ziekenhuis wordt gemaakt</li> <li>• een geuronderzoek bij de endoscopie</li> <li>• de mogelijkheid voor patiënten om kerstkaarten te versturen vanuit het ziekenhuis.</li> </ul>	<p>Eindscore patiënttevredenheid onderzoek voor het GHZ is 7,7. De loyaliteitsvraag "Zou u dit ziekenhuis aanbevelen bij anderen?" wordt gemeten met de Net Promotor Score. Deze score (het aantal promotors met een score van 9-10 minus het aantal critici met een score van 1-6) is het gehele jaar boven de norm van 20% gebleven.  Het GHZ heeft de derde prijs gewonnen van de CZ Zorgprijs. Het GHZ ontving de prijs voor een belevingsonderzoek onder patiënten en hun partners. Opgenomen patiënten en hun partners werd gevraagd hun persoonlijke beleving en ervaring te beschrijven in een dagboekje. De informatie uit de dagboeken levert veel informatie die helpt de zorgverlening te verbeteren.</p>
<p><b>Verbeteren communicatie met de patiënt via nieuwe media</b></p>	<p>Het project Online afspraken is in december 2011 gestart met een pilot bij Chirurgie en is in 2011 volledig uitgerold.  Vorbereidingen en introductie nieuwe website.</p>	<p>Online afspraken maken kan vanaf oktober 2011 door vrijwel alle poortspecialismen gebruikt worden. De laatste twee specialismen starten hiermee in 2012.  De nieuwe website is op 1 oktober online gegaan. Deze biedt veel nieuwe mogelijkheden, waaronder formulieren om vragen te stellen, verschillende zoekpaden naar informatie over specialismen en poliklinieken, profielinformatie van medisch specialisten en een duidelijke routing naar het maken van een (online) afspraak.  In 2011 zijn de uitgangspunten van het social media beleid vastgesteld. Er is gestart met het communiceren over het GHZ en met patiënten en andere belangstellenden via Twitter, Facebook, YouTube en LinkedIn.</p>

## ad II. Het GHZ als ziekenhuis van en voor de regio

DOELSTELLING	INSPANNINGEN	RESULTAAT
<p><b>Optimale patiëntenzorg door een goede samenwerking met de huisartsen in de regio</b></p> <p>Groei in digitale informatie-uitwisseling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huisartsenavonden.</li> <li>Eerste Jonge dokters avond voor huisartsen en specialisten jonger dan veertig.</li> <li>Bezoeken aan huisartsen in de regio, deels in aanwezigheid van een specialist.</li> <li>Minisymposium GHZ Polikliniek Nieuwerkerk voor huisartsen en praktijkondersteuners.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal verwijzingen via Zorgdomein is gegroeid met 30%.</li> <li>GHZ is gestart met thematische en interactieve online seminars voor huisartsen over reumatologie, allergologie en vaatchirurgie. Dit was een primeur in Nederland. Uit evaluatie blijkt dat 100% van de deelnemers deze vorm van nascholing zou aanbevelen aan collega's.</li> </ul>
<p><b>Integratie van eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en preventieve zorg dicht bij de patiënt in de regio</b></p>	<p>In 2011 zijn de mogelijkheden onderzocht om in nauwe samenwerking met de huisartsen, de gemeente en woningcorporaties een gezondheidscentrum in Schoonhoven mogelijk te maken.</p> <p>Ook werd met de huisartsen in Nieuwerkerk een plan ontwikkeld om in de toekomst een breed gezondheidscentrum op te richten waar eerste- en tweedelijns samenwerken onder één dak.</p>	<p>Een definitief besluit is in 2011 nog niet genomen, partijen onderzoeken in 2012 verdere mogelijkheden. Dit geldt zowel voor Schoonhoven als voor Nieuwerkerk.</p>
<p><b>Oprichting Groene Hart Diagnostisch Centrum (GHDC)</b></p> <p>Verbetering en uitbreiding medische diagnostiek ten behoeve van de eerstelijnszorg via één loket.</p>	<p>Vorbereidingen oprichting GHDC.</p>	<p>In juni 2011 is het Groene Hart Diagnostisch Centrum van start gegaan. Het is een samenvoeging van de Trombosedienst Gouda e.o. (TDG) en het Huisartsenlaboratorium Gouda (HAG).</p>
<p><b>Samenwerking Groene Hart Diagnostisch Centrum en Trombosedienst Zuwe Hofpoort Ziekenhuis</b></p> <p>Gewaarborgde goede bezetting door doseer advisering van trombosezorg op één locatie (Gouda) te concentreren.</p>	<p>Organisatorische voorbereiding samenwerking.</p>	<p>Intentieverklaring is getekend in oktober 2011 om per januari 2012 de doseer advisering op de locatie Gouda te concentreren.</p>

## ad III. De verantwoordelijke medewerker

Zie paragraaf 4.6.

#### ad IV. Samenwerking in de Coöperatie om continuïteit te waarborgen

Van 2008 tot 2011 zijn circa 25 projecten gestart die in verschillende stadia van ontwikkeling zijn. De koplopers hiervan zijn:

PROJECT	TOELICHTING
Oncologie	De voorbereidingen rond samenwerking op oncologisch gebied hebben geleid tot de start op 1 januari 2012 van concentratie van oncologische operaties van blaas- en longkanker door gespecialiseerde behandelteams in MCH Anthoniushove. Het is beter om deze hoogcomplexe chirurgie te concentreren, omdat cijfers uitwijzen dat de resultaten beter worden wanneer een klein aantal chirurgen of andere disciplines deze operaties vaker uitvoeren.
Acute Zorg	Binnen de coöperatieziekenhuizen is de acute zorg in kaart gebracht en zijn ideeën voor een nieuwe structuur uitgewerkt. Er zijn voorstellen op papier gezet voor een toekomstbestendige structuur van de acute zorgketen binnen de Coöperatie.
Liesbreukcentrum	Het LangeLand Ziekenhuis is als voorbereiding op een coöperatief Liesbreukcentrum in 2011 gestart met een pilot voor dit centrum. Later kunnen de andere coöperatieziekenhuizen hierbij aansluiten.
Inkoop	Projecten zoals Handschoenen, Radiologistents en Dialysebenodigdheden en –apparatuur zijn succesvol afgerond. Door het doorlopen van stappen als volumebundeling, harmonisering van diensten en goederen en assortimentsbeheer, wordt de inkooporganisatie steeds professioneler. Er is een gezamenlijke inkoopprocedure opgesteld, die als doel heeft dat in alle huizen dezelfde artikelen gebruikt worden. Deze zal in 2012 in gebruik worden genomen. Daarnaast is de werving van een Coöperatie Inkoopmanager in 2011 gestart.
ICT	In 2011 leverde de ICT-projectgroep samen met adviesbureau KPMG een verregaande studie op voor de integratie van ICT met een voorstel over de ICT-samenwerking op technisch gebied, zoals hardware, netwerk en dataopslag en op het gebied van de softwaresystemen. Daaruit volgde een driesporenbeleid waarin de techniek en systemen zijn uitgewerkt en tussenoplossingen zijn bedacht.
HRM	<p>Sociaal plan</p> <p>Er is een sociaal plan op grond waarvan binnen de Coöperatie de bereidheid aangegeven wordt om op sociaal gebied met elkaar samen te werken en werknemers van elkaar op te nemen.</p> <p>Gezamenlijk systeem voor personeels- en salarisadministratie</p> <p>Bronovo, GHZ en MCH hebben per 1 januari 2011 Profit, een personeels- en salarisadministratiesysteem in gebruik genomen. Dit systeem is een belangrijk hulpmiddel voor het bereiken van meer efficiency en kostenreductie binnen de Coöperatie.</p>

Naast de genoemde vier pijlers heeft het GHZ in 2011 de volgende doelstellingen gerealiseerd op het gebied van continuïteit en condities.

Continuïteit en condities (financiën, zichtbaarheid kwaliteit, huisvesting- en bouw, ICT)

DOELSTELLING	INSPANNINGEN	RESULTAAT
<p><b>Continuïteit en condities</b></p> <p><b>Continuïteit GHZ financieel geborgd.</b></p>	<p>Kostenreductie van 2,6% (personele en materiële kosten, minus kapitaallasten en incidentele lasten, gecorrigeerd voor productiegroei 2011).</p> <p>Afspraken met de banken afgerond voor de financiering van het nieuwe bouwdeel G.</p>	<p>Het jaar 2011 is afgesloten met een positief bedrijfsresultaat van € 10 miljoen.</p>
<p><b>Behoud van het gemiddelde marktaandeel van 70% in de regio en realiseren productiegroei</b></p>	<p>Kwaliteitsinspanningen, innovaties, activiteiten gericht op samenwerking met de huisartsen en activiteiten gericht op verhoging van de patiënttevredenheid.</p>	<p>Het aantal patiënten dat het GHZ bezocht groeide in 2011 met circa 3%.</p> <p>De gerealiseerde productiegroei was 3,6% (variabele omzet A, B en D-segment).</p> <p>Het GHZ heeft zijn marktpositie in 2011 bestendigd.</p>
<p><b>Zichtbaarheid kwaliteit</b></p>	<p>Kwaliteitsinspanningen, innovaties in de medische zorg en ondersteuning, zoals het programma tegen ondervoeding. Een goede eter voelt zich beter, activiteiten gericht op samenwerking met de huisartsen en activiteiten gericht op verhoging van de patiënttevredenheid hebben bijgedragen aan verbetering van de zichtbare kwaliteit, ook in de media.</p>	<p>In de jaarlijkse Algemeen Dagblad ziekenhuis top 100 stond het GHZ op plaats 28. De waardering van de kwaliteit van zorg voor borstkankerpatiënten valt hierin op.</p> <p>In het Elsevier beste ziekenhuizen onderzoek is het GHZ iets gedaald in positie (op basis van cijfers uit 2010): voor medische zorg en patiëntgerichtheid konden maximaal vier punten behaald worden, het GHZ scoorde twee keer drie punten.</p> <p>In 2011 golden de volgende Menzis Topzorg predicaten: knieartrose, heupartrose, amandelen, rughernia, meniscus, staar, borstkanker, spataderen, liesbreuk en slaapapneu.</p> <p>Toekenning van niveau 2 door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NIVC). Dit betekent dat ook complexere patiënten voor hoogwaardige IC-zorg bij het GHZ terecht kunnen.</p>
<p><b>Nieuwbouw GHZ</b></p> <p>Start bouw nieuwe ziekenhuisdeel (bouwdeel G) in 2011 met als doel uiterlijk in 2014 samenvoegen Jozef- en Bleulandlocatie.</p>	<p>In 2011 zijn de laatste bestaande bouwdelen gesloopt.</p> <p>Een volgend punt in de voorbereiding naar start bouw is het sluiten van de hoofdingang en het in gebruik nemen van de ingang SEH aan de Bleulandweg als hoofdingang. Hiervoor zijn aanpassingen in de bewegwijzering en toegankelijkheid gedaan.</p>	<p>Op 16 mei 2011 is tijdens een feestelijke bijeenkomst de eerste paal geslagen van het nieuwe ziekenhuisdeel van 28.000m2.</p>



DOELSTELLING	INSPANNINGEN	RESULTAAT
<p><b>Invoering Oracle bestelsysteem</b></p> <p>Standaardisatie van ICT-systemen binnen de Coöperatie van samenwerkende ziekenhuizen.</p>	<p>Vorbereiding Invoering Oracle in het GHZ en het LangeLand Ziekenhuis.</p> <p>Het MCH en Bronovo werken al met dit systeem.</p>	<p>De implementatie Oracle-bestelsysteem start in januari 2012. Alle afdelingen kunnen dan hun bestellingen doen via één Oracle-webwinkel. Ze kunnen de status van de bestelling volgen vanaf hun werkplek en de bestelling goedkeuren.</p>
<p><b>Invoering personeels- en salarissysteem Profit</b></p>	<p>Vorbereiding invoering van Profit .</p> <p>Voorlichtingsbijeenkomsten voor personeel over het gebruik.</p> <p>Training leidinggevenden.</p> <p>Conversie naar Profit.</p>	<p>Sinds 1 januari 2011 kan iedere medewerker zijn eigen digitale loonstrook raadplegen via Profit web, ook thuis in een beveiligde omgeving. Daarnaast kan de medewerker zelf persoonlijke gegevens wijzigen.</p>
<p><b>Gastvrije uitstraling van het ziekenhuis door de inrichting van gebouwen en terreinen</b></p>	<p>Opknappen van ruimtes waar zowel uitstraling en comfort voor de patiënten van belang zijn als het faciliteren van optimale werkomstandigheden.</p>	<p>De verloskamers en de kleine verrichtingen kamers zijn gerenoveerd.</p>
<p><b>Veilige gebouwen en installaties</b></p> <p>Waarborg van continuïteit van de bedrijfsvoering (primair proces) en verantwoorde zorg.</p>	<p>Maatregelen rondom brandveiligheid zoals aanbrengen extra detectie, extra deursturingen, en extra brandscheidingen conform plan van eisen zoals opgesteld in samenwerking met de brandweer.</p> <p>Aanpassen milieuplein met o.a. opslagkluisen gevaarlijk afval.</p> <p>Aanpassingen straatwerk.</p> <p>Op peil brengen terreinverlichting</p> <p>aanleggen van video- intercomsystemen.</p> <p>Aanleggen hekwerk met schuifpoort.</p> <p>Reviseren luchtbehandeling en vervangen van de koelmachine op de operatiekamer van de Jozeflocatie.</p> <p>Installeren drubbewaking op de OK's.</p> <p>Inrichten installatie medische gassen conform wettelijke eisen in samenwerking met apotheker.</p>	<p>De gebouwen en installaties voldoen aan de eisen in wet- en regelgeving.</p>

### 4.3 TOEGANGSTIJDEN EN WACHTTIJDEN

In onderstaande tabel staan de toegangstijden tot de polikliniek en de wachttijden voor een aantal belangrijke behandelingen. Het betreft de stand per 1 januari 2012.

TOEGANGSTIJD IN WEKEN	POLIKLINIEK GOUDA	POLIKLINIEK NIEUWERKERK	DAGBEHANDELING	BEHANDELING KLINIEK
Cardiologie	2		1	0
Chirurgie	1	1	4-6	4-6
Dermatologie	3			
Maag-, Darm- en Leverziekten	2			
Interne Geneeskunde	2	4		
Kaakchirurgie	2			
KNO	3	1		
Kindergeneeskunde	2		1	0
Geriatric	0	3		
Longziekten	4	1	1	1
Neurologie	3	2	1	1
Neurochirurgie	6		1	7
Oogheelkunde	5	6	3	3
Orthopedie	1	3	2	2
Plastische Chirurgie	9	9	2-4	4-6
Reumatologie	1	1	1	0
Revalidatie	8	6		
Urologie	2	3	4	4

## 4.4 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Het GHZ werkt aan kwaliteit op de volgende gebieden:

ONDERDEEL	UITGANGSPUNTEN EN ACTIVITEITEN IN 2011
<b>Systematisch realiseren van kwaliteitsverbeteringen</b>	Uitgangspunt is Total Quality Management, een managementstroming die zich richt op voortdurende verbetering van algemene prestaties
<b>Bedrijfsveiligheid</b>	<p>Trainingen Kleine Blusmiddelen en Ontruimingsoefeningen met als extra aandachtspunt, alarmeren bij calamiteiten. De training Kleine Blusmiddelen is toegevoegd aan het opleidingsprogramma voor verpleegkundigen en onder de aandacht gebracht tijdens onderstaande campagne.</p> <p>Campagne Veiligheid, onze gezamenlijke zorg. Onder dat motto is in 2011 binnen het GHZ een bewustwordingscampagne onder alle medewerkers gehouden. Hierbij stonden vier thema's centraal; Beveiligingsorganisatie, Toegangsbeheer &amp; Veilige werkomgeving, Patiëntveiligheid en Informatiebeveiliging &amp; Privacy.</p> <p>Dit gebeurde onder meer met inzet van een brochure, posters en brieven. Daarnaast is een nulmeting gedaan, is een veiligheidsmarkt voor personeel georganiseerd en zijn mystery visits afgelegd op elke afdeling.</p> <p>De campagne is afgesloten met voldoende initiatieven om de bewustwording in 2012 nog beter te borgen binnen alle lagen van het GHZ. Resultaat van de campagne is een toegenomen bewustwording onder de medewerkers. De campagne is volledig gesubsidieerd vanuit het Ministerie van VWS.</p>
<b>Kwaliteitsmanagementsysteem</b>	<p>Het GHZ beschikt over een digitaal kwaliteitsmanagementsysteem op basis van procesmanagement en het INK-model. Alle afspraken en processen met daaraan gekoppelde documenten, formulieren en protocollen zijn beschreven. De processen zijn vastgelegd in stroomschema's.</p> <p>De Deming cirkel (Plan-Do-Check-Act) wordt gebruikt als centrale en decentrale regelkring voor de borging en verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem.</p> <p>In 2011 zijn het nieuwe documentbeheersysteem en intranet GHZ-intern gerealiseerd. Alle vastgestelde processen en bijbehorende documenten zijn via GHZ-intern voor iedere medewerker toegankelijk.</p> <p>In 2011 zijn bij de volgende vier afdelingen interne audits uitgevoerd: Commerciële Eenheid, Concernstaf, Eenheid Gastvrijheid en de Eenheid Vastgoed, Huisvesting en Beheer. Hierbij wordt een norm gehanteerd en tevens wordt beoordeeld of eenheden werken volgens de vastgestelde afspraken en processen. Vooruitlopend op ons streven een ISO-certificatie te behalen, is er op basis van de norm ISO 9001:2008 geaudit. Aan de hand van de geconstateerde bevindingen zijn verbeteracties uitgezet.</p>

## 4.5 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN

### 4.5.1 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
<b>Kwaliteit van zorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het GHZ werkt met een elektronisch patiëntenfeedbacksysteem van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Na ontslag worden patiënten uitgenodigd om thuis, via internet, hun ervaringen met het GHZ kenbaar te maken.</li> <li>• Onderwerpen zijn onder meer bejegening, informatievoorziening en kwaliteit van zorg.</li> <li>• Meer dan de helft van alle patiënten levert respons via het feedbacksysteem.</li> <li>• De resultaten worden op afdelingsniveau kenbaar gemaakt en gebruikt bij het realiseren van verbeteringen.</li> </ul>
<b>Patiënttevredenheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingen verrichten zelf onderzoek naar de tevredenheid van hun patiënten. In 2011 hebben twaalf klinische en poliklinische afdelingen dit onderzoek verricht. Een aantal van deze onderzoeken loopt continu door.</li> <li>• Zes afdelingen hebben in 2011 een nieuw patiënttevredenheidonderzoek gestart. Afdelingen die geen eigen aanvullend onderzoek uitvoeren, draaien mee in het ziekenhuisbrede onderzoek naar Patiënttevredenheid dat continu loopt.</li> <li>• Er zijn binnen het GHZ ook afdelingen die onderzoek doen naar interne klanttevredenheid. Denk hierbij aan facilitaire afdelingen en HRM. Hierbij kan sprake zijn van meerdere onderzoeken per afdeling.</li> </ul>
<b>Barometer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwalitatieve stuurinformatie is beschikbaar voor de RVE's via een kwaliteit- en veiligheidbarometer. Hiermee is de mogelijkheid om verantwoording af te leggen en sturing op kwaliteit verbeterd.</li> <li>• Tijdens de vier jaarlijkse managementreviews tussen bestuur en leiding van een RVE worden de kwalitatieve resultaten besproken en wordt indien nodig bijgestuurd.</li> <li>• Kwalitatieve stuurinformatie wordt eens per kwartaal gepresenteerd aan het bestuur via een ziekenhuisbrede Barometer.</li> </ul>
<b>Zichtbare zorg</b>	<p>Het GHZ heeft in 2011 alle aandoeningensets (zowel verplichte als niet-verplichte) van zichtbare zorg aangeleverd en openbaar gemaakt. De zorgverzekeraars maken gebruik van deze informatie voor hun zorginkoop.</p> <p>Zowel de afdeling Gynaecologie/Verloskunde als de Kindergeneeskunde hebben het borstvoedingscertificaat van de WHO/UNICEF.</p> <p>Meer resultaten als gevolg van onze aandacht voor zichtbare zorg staan vermeld in paragraaf 4.2.</p>

#### 4.5.2 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. De meeste mensen dienen hun klacht digitaal of schriftelijk in (vaak ook na telefonisch advies over de procedure). De meeste klachten in 2011 hadden betrekking op effectiviteit van de zorg en organisatie van de zorg.

Procedures en resultaten in 2011 met betrekking tot bemiddeling en de Klachtencommissie waren als volgt:

##### **Klachtenbemiddeling**

Een adviseur Kwaliteit staat de klager zo snel mogelijk, uiterlijk binnen twee werkdagen, te woord. Vervolgens licht deze toe welke trajecten van klachtafhandeling mogelijk zijn.

Resultaten:

- In 2011 zijn 383 klachten ontvangen, onderverdeeld in 488 deelmeldingen, die via het traject van de klachtenfunctionaris zijn afgehandeld.
- Van de klachten waarbij bemiddeling heeft plaatsgevonden, is 90% naar volledige of gedeeltelijke tevredenheid afgesloten.
- Van de klagers voor wie is bemiddeld, heeft er één aangegeven de klacht alsnog te willen voorleggen aan de Klachtencommissie.
- Het GHZ streeft naar afhandeling van klachten binnen 30 dagen na binnenkomst. In 2011 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd tot afhandeling 28 dagen.

##### **Klachtencommissie**

De Klachtencommissie heeft zes, niet in het GHZ werkzame, leden en een jurist als voorzitter. De commissie komt op basis van hoor en wederhoor (schriftelijk of mondeling) tot een uitspraak over de gegrondheid van (een gedeelte van) de klacht. De streeftermijn van de afhandeling van een klacht is drie tot vier maanden. De commissie doet aanbevelingen aan de RvB. Gegronde klachten leiden altijd tot een advies.

Resultaten:

- In 2011 zijn er negen klachten naar de Klachtencommissie gegaan. De gemiddelde doorlooptijd van geregistreerde en afgeronde klachten ligt tussen de vier en vijf maanden. Dit is iets langer dan vorig jaar. De reden hiervoor is dat de complexiteit van de klachten en het aantal deelmeldingen toenemen.

### 4.5.3 Patiëntveiligheid

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

#### **Landelijk programma Patiëntveiligheid**

Het GHZ participeert in dit programma en maakt deel uit van het Netwerk West-Nederland.

Bestaande en nieuwe projectleiders krijgen advies en begeleiding vanuit de afdeling Kwaliteit & Veiligheid. Bij elk project zijn een medisch specialist en een projectleider van de afdeling Kwaliteit & Veiligheid betrokken.

In 2011 is het volledige VMS-Veiligheidsprogramma volgens planning operationeel. Er is gewerkt aan de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem en tien patiëntgebonden projecten.

#### **Hospital Standardized Mortality Rate**

In 2011 zijn de HSMR-cijfers (Hospital Standardized Mortality Rate) over de periode 2008-2010 gepubliceerd. De HSMR is een maat voor de sterftecijfers van het ziekenhuis, vergelijkbaar gemaakt met die van andere ziekenhuizen. Het gemiddelde ziekenhuis heeft een HSMR van 100. Scoor je hoger dan doe je het minder goed, scoor je onder de 100 dan doe je het beter dan gemiddeld. De HSMR-rapportage leert dat de HSMR van het GHZ over de afgelopen jaren niet afwijkt van het landelijk gemiddelde. Een daling van de HSMR over de periode 2008-2010 van 101 naar 97 laat zien dat we stabiel functioneren. Dit neemt niet weg dat we er van kunnen leren. Wij vinden het immers belangrijk om ons te blijven verbeteren. De HSMR-rapportage levert voldoende aanknopingspunten om met behulp van gestructureerd dossieronderzoek op zoek te gaan naar punten waarop wij onze zorg kunnen optimaliseren. Het is de bedoeling om op basis van sterftecijfers en gegevens over onverwacht lange opnameduur vier keer per jaar dossieronderzoek te gaan doen. Hiervoor worden vanaf begin 2012 een aantal dossieronderzoekers opgeleid.

#### **Risico-audit**

Dit is een objectief onderzoek met als doel het maken van een risico-inschatting van de consequenties van incidentele interne of externe gebeurtenissen.

In 2011 is een risico-audit op basis van door de schadeverzekeraar aangemerkte risicogebieden uitgevoerd m.b.v. de Centramonitor. Het GHZ heeft 3,5 van de vier sterren gehaald.

### Incident- en calamiteitenmeldingen

Het GHZ stimuleert medewerkers om (mogelijk) onveilige situaties of gebeurtenissen te melden. Dit kan onder meer via een intern digitaal meldingssysteem, genaamd VIM (Veilig Incidenten Melden).

Daarnaast functioneert een centrale VIM-commissie. In 2011 is de procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg verder verbeterd en geïmplementeerd.

Op basis van deze procedure zijn mogelijke calamiteiten gemeld bij de RvB. Deze kan besluiten tot nader onderzoek. In 2011 zijn in totaal acht meldingen van mogelijke calamiteiten gedaan bij de Raad van Bestuur. Alle binnengekomen meldingen die een mogelijke calamiteit betreffen worden intern nader onderzocht en afgehandeld door middel van een formele beoordeling door de Raad van Bestuur en het cobestuur. Daarbij worden aanbevelingen gedaan ter voorkoming van een mogelijke calamiteit in de toekomst. Vijf meldingen hebben geleid tot de beoordeling "geen calamiteit", bij twee meldingen is sprake van een calamiteit en bij één melding is dit nog in onderzoek. Calamiteiten en mogelijke (nog te onderzoeken) calamiteiten waarbij sprake is van ernstige gevolgen voor de patiënt en waar niet bij voorbaat kan worden uitgesloten dat het zorgproces van invloed is geweest op de uitkomst, worden gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In 2011 zijn vijf meldingen (van de acht) aan de IGZ gemeld. De centrale VIM-commissie heeft op basis van trends in incidentmeldingen aanvullend onderzoek verricht.

### Crisiscoördinatie

Het onderwerp crisiscoördinatie krijgt in- en extern ruime aandacht. Er hebben twee awareness sessies plaatsgevonden om tot de BIARA-rapportage (Business Impact Analyse / Risico Analyse) te komen als eerste fase in de bedrijfscontinuïteitsplannen.

De BIARA-rapportage is goedgekeurd door de RvB. Er zijn aanpassingen gedaan naar aanleiding van de nieuwe wet veiligheidsregio's.

Medewerkers hebben deelgenomen aan een internationaal oefensysteem voor crises, de waarnemertraining, de oefenleidertraining en de CBRN-voorbereiding (Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair) in de regio.

Het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) is geactualiseerd.

### Aantal incidentmeldingen

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

ONDERDEEL	2011	2010	2009	2008	2007
<b>Centrale meldingen</b>	In 2010 is het GHZ volledig overgegaan op decentraal melden. Er is dus geen sprake meer van de centrale meldingen.		321	805	888
<b>Decentrale meldingen</b>	2478	2715	2660	655	329
<b>Totaal</b>	2478	2715	2981	1460	1217

## 4.6 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

### 4.6.1 Personeelsbeleid

DOELSTELLING	INSPANNINGEN	RESULTATEN
<b>Veiligheid / gezondheid</b>	<p>Vormgeven nieuw arbobeleidsplan.</p> <p>Overige activiteiten gericht op preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sterker sturen op verzuim 3 tot 13 weken</li> <li>• training fysieke belasting voor (leerlingen) verpleegkundigen</li> <li>• workshops Arbo voor leidinggevendenden, verpleegkundigen, secretaresses</li> <li>• open spreekuur Fysiotherapie</li> <li>• Op maat trainingen fysieke belasting</li> <li>• bedrijfsmaatschappelijk werk</li> <li>• werkplekonderzoek en advies</li> <li>• vitaliteitstraining voor medewerkers</li> <li>• herzien/beoordelen van bestaande RI&amp;E's</li> <li>• aanstellen van experts</li> </ul>	<p>Concept arbobeleidsplan gereed.</p> <p>Verzuimpercentage stabilisatie rond 4% en meldingsfrequentie van 1,37 naar 1,26</p> <p>Grotere mate van bewustzijn.</p> <p>Druk bezochte veiligheidsmarkt in november.</p> <p>Plan van aanpak n.a.v. RI&amp;E's.</p>
<b>Voldoende en bekwaam personeel</b>	<p>Vorbereiden invoering nieuwe HRM-website (werken bij het GHZ).</p> <p>Nieuw recruitmentsysteem in Coöperatie.</p> <p>Invullen kritieke functies.</p> <p>Personeelsplanningsinstrument ontwikkelen en instructie leidinggevendenden.</p> <p>Onderzoek naar medewerkerstevredenheid uitgerold.</p> <p>Gezondheidsmanagementsysteem ontwikkelen gericht op langdurige inzetbaarheid van medewerkers.</p> <p>Onderzoek verhoging parttime percentage.</p> <p>Nieuwe functies voor talent.</p> <p>Onderzoek naar efficiënter roosteren.</p> <p>Richtlijnen ontwikkeld voor medisch roosteren.</p>	<p>Concept van nieuwe HRM-website gereed, online voorjaar 2012.</p> <p>Vorbereiding gereed, live gang voorjaar 2012.</p> <p>Veel kritieke vacatures ingevuld o.a. OK.</p> <p>Instrument voor personeelsplanning gevonden, uitrol in 2012.</p> <p>In 2011 is het GHZ met een nieuw, eigen medewerkers tevredenheidsonderzoek gestart. Ruim 50% van afdelingen heeft deelgenomen. Van de onderzoeken was de gemiddelde score 7,55.</p> <p>Het onderzoek is ondersteund met een informatiecampagne per afdeling en ondersteuning door HRM van de leidinggevendenden bij de conclusies en presentatie in de RVE's.</p> <p>Plan ontwikkeld, mogelijke implementatie in 2012.</p> <p>Verkenning van de mogelijkheden van eigen kinderopvang.</p> <p>Teamleider en senior verpleegkundige functies ingevuld.</p> <p>Voorstel voor richtlijnen gereed, besluit in voorjaar 2012.</p>



DOELSTELLING	INSPANNINGEN	RESULTATEN
<b>Beïnvloeding van de cultuur</b>	<p>Diverse interventies:                      coachingtrajecten en workshops met leidinggevenden                      intervisietrajecten met verpleegkundigen/ leidinggevenden                      nieuwe training functioneringstrajecten en -gesprekken                      veranderingstrajecten gericht op samenwerking, gedrag en patiënttevredenheid                      workshop en presentaties ziekteverzuim en gedrag voor leerling verpleegkundigen, leidinggevenden en gespecialiseerd verpleegkundigen</p> <p>Programma Leiderschap.</p>	<p>Positieve effecten op HRM-gebied (o.a. lager verzuim).</p> <p>Projectvoorstel gereed, implementatie in 2012.</p>
<b>Organisatie-veranderings-trajecten</b>	<p>Invoering Elektronisch Patiënten Dossier .</p> <p>Verzelfstandiging Fysiotherapie.</p> <p>Effectieve inzet van personeel op gebied van roosteren.</p> <p>Ontwerpen strategisch beleidsplan HRM.                      Invoering teamleider en senior verpleegkundige (herinrichting RvE's).</p>	<p>Doel van het EPD was sneller en dichter bij de bron digitaal gegevens invoeren door zorgverleners zelf en vooral medisch specialisten. Dat had tot gevolg dat er minder administratief personeel nodig was, zowel op de afdelingen als in het Centraal Medisch Archief. De taakstelling daarin is gehaald.</p> <p>Vorbereiding afgerond; marktomstandigheden hebben geleid tot afblazen van de verzelfstandiging.</p> <p>Twee projecten van start gegaan, pilots op verpleegafdelingen uitgevoerd.</p> <p>Strategisch beleidsplan HRM 2011-2015 gereed.</p> <p>Past bij de wens om meer op basis van (vak)inhoud te sturen (senioriteit) en minder leidinggevenden te hebben. De functie van zorgcoördinator (zoco) (met een combinatie van taken van teamleider en senior verpleegkundige) is opgeheven. Hierdoor zijn er op dit moment minder teamleiders dan er voorheen zoco's waren.</p>

Voor meer informatie over vacatures en verloop zie bijlage II.

#### 4.6.2 Kwaliteit van het werk

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

##### **Opleiding en wetenschap**

Het Landsteiner Instituut faciliteert de samenwerking tussen GHZ en Medisch Centrum Haaglanden op de gebieden opleiding, ontwikkeling en wetenschap. De voorbereiding om dit uit te breiden naar de andere twee coöperatieziekenhuizen Bronovo en het LangeLand Ziekenhuis is in 2011 gedaan. In 2012 wordt dit definitief vormgegeven. Activiteiten blijven veelal lokaal gecoördineerd. Nieuwe activiteiten, bijvoorbeeld meer ondersteuning van medische opleidingen en wetenschap, e-learning en managementopleidingen, worden gezamenlijk ontwikkeld en uitgevoerd. Via internet hebben de specialisten toegang tot de Walaeus-bibliotheek van het Leids Universitair Medisch Centrum.

##### **Deskundigheid medewerkers 'op peil'**

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

##### **Initiële opleidingen**

Het GHZ is een erkend leerbedrijf en biedt een breed pakket aan met beroepsopleidingen en specialistische vervolgopleidingen. Per jaar heeft het GHZ 100 beroepsbeoefenaren via de 'werken leren variant' in opleiding. Daarnaast heeft het GHZ 140 stageplaatsen voor diverse beroepsopleidingen. Op de leerafdeling Geriatrie zijn de studenten verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg. De verpleegkundigen coachen de studenten. Ook verzorgt het GHZ het theoretisch onderwijs op maat. Voor pas afgestudeerde verpleegkundigen via de leren/stage route op MBO- en HBO-niveau is er een traineeprogramma van een jaar. Speerpunt in het kader van patiëntveiligheid is de training bedreigde vitale functies voor verpleegkundigen. Deze training heeft als doel verpleegkundigen handvatten te geven in de vorm van de Early Warning Score (EWS) om bedreigende situaties bij patiënten in vroegtijdig stadium te signaleren, te kunnen onderbouwen en de juiste acties te ondernemen. Daarnaast is er een intern en extern scholingsaanbod voor de diverse andere beroepsgroepen, zoals voor de medewerkers van het Klinisch Chemisch Laboratorium, Radiologie, de Operatieafdeling en het Facilitair bedrijf. Hiervoor wordt jaarlijks een plan vastgesteld, onder andere op basis van wettelijke regelgeving en/of beroepsaccreditatie. Daarnaast zijn er diverse opleidingsmogelijkheden voor leidinggevenden, veelal in coöperatieverband.

### **E-learning**

In 2011 is e-learning een vast onderdeel geworden voor het volgen van trainingen. Er zijn veel modules ontwikkeld op het gebied van vakdeskundigheid. Medewerkers zijn in de gelegenheid om hun deskundigheid op peil te houden met digitale modules. Zo leert ieder wanneer het hem of haar uitkomt. Voor de ondersteunende afdelingen zijn er modules ontwikkeld voor onder andere de roomassistenten, medewerkers bedrijfshygiëne, Radiologie, Klinisch Chemisch Laboratorium, Pathologie en secretaresses. Op het gebied van e-learningmodules is er een samenwerkingsverband met verschillende ziekenhuizen door het hele land.

### **Studenten Geneeskunde**

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

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
- Gezondheidspsychologie

Een aantal opleidingen uitgevoerd in 2011:

- twee- en vierdaagse introductietrainingen voor arts-assistenten
- e-learning, diverse modulen op gebied van vakdeskundigheid
- bedreigde vitale functie training
- senioropleiding + management 1 en 2 in samenwerking met Transfergroep Rotterdam
- Nightingale programma voor verpleegkundigen in samenwerking met de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

## 4.7 SAMENLEVING

Het GHZ geeft op verschillende manieren uiting aan zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het GHZ ziet Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO) als integraal onderdeel van de bedrijfsvoering. Het gaat hierbij om People, Planet en Profit.

In onderstaande paragrafen komen de maatschappelijke betrokkenheid en het milieu aan de orde. In paragraaf 4.6.1 komen zaken aan de orde betreffende medewerkers (People).

### 4.7.1 Maatschappelijke betrokkenheid

#### **Voorlichting**

Tijdens elf informatieavonden voor patiënten en andere belangstellenden geven specialisten, verpleegkundigen en/of paramedici uitleg over bepaalde thema's en is er ruimte om vragen te stellen.

Tijdens 48 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, sociale media en regionale kranten verspreidde het GHZ nieuws over het ziekenhuis.

#### **Veiligheid**

Het GHZ behoort tot de keten gezondheidszorg binnen de veiligheidsregio Hollands Midden.

Het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) bevat onder meer richtlijnen voor een rampmelding, de voorbereiding voor de opvang van slachtoffers en alarmeringsschema's.

Het Pandemieplan geeft het beleid weer zoals gehanteerd binnen de veiligheidsregio.

Meer informatie over veiligheid is te lezen in paragraaf 4.5.3.

#### **Overige**

Het GHZ heeft in 2011 opnieuw betrokkenheid getoond bij diverse goede doelen en projecten, zoals deelname aan de Donorweek en Borstkankermaand.

Met de Stichting Vrienden van het GHZ zijn veel kwaliteitsverbeterende projecten gerealiseerd en zijn waardevolle contacten gelegd met onder andere het bedrijfsleven en serviceclubs in de regio.

De betrokkenheid van het GHZ bij de ontwikkeling van jongeren in de regio komt tot uiting door deelname in het bestuur van de Goudse Weekendschool.

Ook door een actieve bestuursfunctie in het OndernemersFondsGouda en daarbij behorende evenementen toont het GHZ zijn maatschappelijke betrokkenheid. Zo biedt het project Gouda Beweegt praktijkstages voor studenten en worden diverse (zorg- en educatieve) ondernemers op een unieke manier aan elkaar verbonden. Door deelname aan dit evenement stimuleert het GHZ de inwoners van Gouda en omgeving om meer te bewegen en schenken we aandacht aan preventieve zorg.

#### 4.7.2 Milieu

De Milieudienst heeft geconcludeerd dat de huidige milieuvergunningen toereikend zijn en de voorschriften dekkend.

De totale hoeveelheid afval komt in 2011 uit op zo'n 610 ton. Dit betekent een lichte stijging ten opzichte van het voorafgaande jaar. Enkele grote verbouwingen leverden namelijk zo'n 12 ton ongesorteerd bouw- en sloopafval op.

Het onderdeel gevaarlijk afval stijgt sinds 2005. Sinds dat jaar is de hoeveelheid gevaarlijk afval met 35% toegenomen tot een kleine 60 ton per jaar in 2011. Daarbinnen daalt het aandeel afgevoerde labvloeistoffen en blijft het specifiek ziekenhuisafval elk jaar stijgen; inmiddels tot een kleine 50 ton in 2011.

Van alle niet-gevaarlijk afval was ruim 160 ton herbruikbaar (zachte folie, papier, karton, batterijen, glas, swill en vet).

In 2011 is ruim 35% van het afval gescheiden ingezameld. Dit percentage is lager dan voorgaande jaren en wordt o.a. veroorzaakt door het fors grotere aanbod ongesorteerd bouw- en sloopafval. De nu behaalde score van 35% komt overeen met het gemiddelde in de ziekenhuisbranche.

De vervuilingswaarde van het afvalwater is 7% gestegen en bedraagt nu 687 vervuilingseenheden. De hoeveelheid ingenomen water, die met 9% steeg, is van invloed op de vervuilingswaarde. Hiermee is er een eind gekomen aan de sterke daling daarvan die in 2008 inzette.

De warmte-koudebronnen op het ziekenhuisterrein hebben in 2011 voor zo'n 2.000 Megawatt bijgedragen aan de warmte- en koudebehoefte. Een equivalent aan energie behoefde daardoor niet te worden ingekocht.

In 2011 is het elektriciteitsverbruik met ruim 500.000 kWh gedaald (= 260 ton minder CO<sup>2</sup> uitstoot). We gaan geleidelijk over op energiezuinige verlichting, bewegingsensoren voor verlichting, halvering van het aantal printers/kopieerapparaten en het beter afregelen van nachtverlichting. Daarnaast zijn alle liftbesturingen vervangen en dragen nieuwe luchtbehandelingskasten belangrijk bij aan het lagere energieverbruik.

Omdat in 2011 het stookseizoen minder koud was dan gemiddeld, is ruim 245.000m<sup>3</sup> minder gas verbruikt dan het jaar ervoor.

Een Installatie Performance Scan (IPS) is opgesteld als voorbereiding op een Energiebesparingsplan.

#### Milieubarometer

Transparantie in de milieuprestaties door deelname aan de Milieubarometer. Het GHZ is sinds 2009 aangesloten bij de Milieubarometer voor midden- en kleinbedrijf. In deze Internettool worden elk jaar de milieurelevante gegevens opgeslagen. Dit levert niet alleen een vergelijking op met de andere aangesloten ziekenhuizen, ook is voor elke parameter de jaarlijkse GHZ-ontwikkeling te zien.

## 4.8 FINANCIËEL BELEID

### Resultaat

In 2011 heeft het GHZ een geconsolideerd positief resultaat geboekt van € 10,0 miljoen. Het jaar daarvoor, in 2010, was dit € 2,6 miljoen. De belangrijkste reden voor dit zeer sterk toegenomen resultaat wordt in positieve zin veroorzaakt door de uitspraak van de NZa waarbij onze in eerste instantie afgewezen onderbouwde claim met betrekking tot het kapitaallastendossier in tweede instantie wel is toegewezen. Dit betreft een eenmalige bate van € 15,2 miljoen. Het resultaat is in neerwaartse richting bijgesteld door een dotatie aan de voorziening groot onderhoud ten bedrage van € 4,3 miljoen en een dotatie aan de voorziening voor asbestsanering ten bedrage van € 3,8 miljoen. Het resultaat van 2011 is overigens in lijn met dat van 2010 ondanks de door de overheid opgelegde korting van € 3,5 miljoen in 2011. Het feit dat deze volledig is geabsorbeerd geeft naar de mening van het GHZ niet het vertrouwen dat een nieuwe korting opnieuw volledig kan worden geabsorbeerd. Dit met name in het licht van de samenstelling van het resultaat 2011.

Met dit resultaat is in belangrijke mate voldaan aan de richting waarin de solvabiliteit zich, volgens het meerjaren financieel plan dat ten behoeve van de bouw is opgesteld, moet ontwikkelen. De kwaliteit van het resultaat laat echter ruimte voor zorg. Enerzijds wordt dit veroorzaakt door het niet tijdig en volledig realiseren van taakstellingen die bij resultaatverantwoordelijke afdelingen en de stafafdelingen inclusief de Raad van Bestuur zijn neergelegd en het door verzekeraars niet vergoede deel van de productie 2011. Dit betreft met name de productie van radiologische stents. Deze methodiek verlengt met name het gebruik van ledematen waardoor patiënten langer een volwaardig en productief leven kunnen leiden. Het feit dat voor deze behandeling, die het GHZ in 2010 als regionaal centrum heeft vormgegeven, in 2010 geen heldere productieafspraken zijn gemaakt werkt vrijwel volledig door in de bekostiging van 2011. Gezien het maatschappelijk belang dat aan deze behandelingsmethode is verbonden, heeft het GHZ besloten om in 2011 voor eigen rekening deze behandeling voort te zetten en uit te bouwen. Voor het komend boekjaar stuurt het GHZ op een resultaat van

€ 3,5 miljoen om aan zijn ambities te kunnen voldoen. De bijbehorende begroting inclusief benoemde taakstellingen is inmiddels in het kader van de planning en control cyclus door bestuur en Raad van Toezicht goedgekeurd.

Over de kwaliteit van het resultaat kan gesteld worden dat dit niet geheel aan de verwachtingen voldoet. Enerzijds wordt dit veroorzaakt door de taakstellingen die in 2011 slechts ten dele zijn gerealiseerd en de overheidskortingen anderzijds. Compensatie werd in 2011 met name gevonden in de bijdrage aan het resultaat op het aandachtsgebied treasury. Voor 2012 zijn maatregelen genomen om taakstellingen eenduidig te koppelen aan eigenaarschap waardoor aanspreekbaarheid door het bestuur wordt vergroot.

### Solvabiliteit

De solvabiliteit ontwikkelt zich sneller dan op grond van het ten behoeve van de bouw opgestelde meerjaren financieel plan is voorspeld. Dit effect wordt met name veroorzaakt doordat in het plan rekening is gehouden met de overgangsregeling kapitaallasten waaronder de problematiek van de afrekening van de immateriële activa in eerste instantie leek te worden afgehandeld. Naar het nu is gebleken wordt deze problematiek in een jaar afgehandeld en verwerkt. Dit betekent weliswaar een versnelde verhoging van de solvabiliteit, maar met het oog op de onrendabele top zoals deze zich met name in de jaren 2014 tot en met 2018 zal voordoen is dit solvabiliteitsniveau tezamen met de geprognosticeerde bedrijfsresultaten voor deze periode noodzakelijk om aan bancaire eisen te voldoen. Uitgedrukt volgens de WfZ normering bedraagt de solvabiliteit (vermogensratio) ultimo 2011 18,1% (2010: 10,2%).

### **Bedrijfsopbrengsten**

De totale bedrijfsopbrengsten bedragen € 152,7 miljoen (2010: € 170,8 miljoen). In vrijwel alle onderdelen is sprake van een stijging van de omzet behoudens die van het wettelijk budget. Deze daling wordt veroorzaakt door een tweetal factoren: enerzijds de doorwerking van de opgelegde overheidskorting van € 3,5 miljoen en het feit dat in 2010 de volledige claim van de kapitaallasten uit hoofde van immateriële activa is verantwoord ten bedrage van € 17,8 miljoen. Gecorrigeerd voor deze beide factoren resteert een daling van € 2,8 miljoen op het zogeheten A-segment. Op dit moment is nog niet bekend of de minister weer zal overgaan tot het opleggen van een generieke korting om de overschrijdingen op de gezondheidszorg te beperken. Wij hebben begrepen dat momenteel nagedacht wordt over een systematiek waarbij kortingen aan specifieke budgetoverschrijders worden opgelegd in plaats van een generieke korting. Wij zijn voorstander van een dergelijke systematiek omdat daarmee “de sprong naar voren” en het “verleggen van de rekening” geen separate elementen zijn maar behoren tot een eenduidige systematiek “de overschrijder betaalt”.

### **Personele kosten**

De personele kosten zijn met € 1,8 miljoen gestegen ten opzichte van 2010. De verklaring hiervoor ligt in een stijging van het aantal personeelsleden met 23 fte tot 1.541 fte (gemiddelde). Daarnaast gaat het om CAO stijgingen en het gegeven dat PLB- en vakantieuren extra doorwerken als er een restrictief personeelsaannamebeleid wordt gevoerd. De inzet van personeel niet in loondienst is teruggebracht van € 5,6 miljoen in 2010 tot € 4,4 miljoen in 2011. Desalniettemin streeft het GHZ naar een voldoende niveau van flexibele inzet.

Inmiddels is vanuit de Coöperatie verdere aanzet en invulling gegeven aan de activiteiten van de backoffice en het primaire proces. Zo is in 2011 ondermeer gezamenlijk overgegaan op AFAS als salarisverwerkend- en personeelssysteem en wordt met ingang van 1 januari 2012 in de gehele coöperatie gebruik gemaakt van Oracle Business Suite ten behoeve van administratieve, inkoop en logistieke processen.

### **Bouw en investeringen**

In 2011 zijn de financieringsovereenkomsten gesloten en is in mei gestart met de bouw. Naar verwachting wordt het nieuwe bouwdeel vlak voor het laatste kwartaal van 2013 opgeleverd waarna de inhuizingsactiviteiten kunnen beginnen. De belangrijkste risico's verbonden aan de bouw zijn gemitigeerd. Stijging van personele en materiële kosten zijn afgekocht, het renterisico wordt afgedekt. Het belangrijkste risico wat resteert zijn wijzigingen die gedurende het lopende bouwtraject moeten worden doorgevoerd op grond van gewijzigde inzichten.

### **Bedrijfswaardetoets**

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

### **Risico's**

De voornaamste risico's zijn als volgt te benoemen;

- invoering zorgproducten (DOT) zowel ten aanzien van de uitwerking van de systematiek als ondersteuning door de leverancier van het Ziekenhuis informatie Systeem
- gemeenschappelijkheid van handelen tussen ziekenhuis en medisch specialist
- grote inherente onzekerheden over de omzetverantwoording 2012
- beheersing van de bouwkosten
- erkenning van de extra stijging van de regionale zorgvraag door de verzekeraars in het landelijk contracteringsbeleid en VGZ in het bijzonder op grond van het marktaandeel van deze verzekeraar

### **DBC's op weg naar transparantie**

Vanaf 1 januari 2012 zal DOT (DBC's Op weg naar Transparantie) worden ingevoerd. In DOT wordt een belangrijke wijziging in de registratie van zorgproducten gecombineerd met een verdere uitbreiding van de markwerking. Door het GHZ is in het kader van de invoering van DOT een project stuurgroep structuur ingericht. Binnen deze structuur zijn onder andere de kostprijzen herijkt ten behoeve van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Ook is veel aandacht besteed – ten behoeve van het kunnen factureren van DBC zorgproducten - aan het aanpassen van het Ziekenhuis Informatie Systeem. Desondanks zal – naar verwachting – facturatie van DBC zorgproducten pas in het 2e kwartaal 2012 mogelijk zijn.







# Deel B Financieel verslag

# Inhoudsopgave jaarrekening Stichting Groene Hart Ziekenhuis 2011

<b>5.1</b>	<b>GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2011</b>	<b>75</b>
5.1.1	GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011	75
5.1.2	GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011	76
5.1.3	GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT OVER 2011	77
5.1.4	GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING	78
5.1.5	TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011	81
5.1.6	GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA	90
5.1.7	OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2011	92
5.1.8	TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011	94
	<b>ENKELVOUDIGE JAARREKENING 2011</b>	
5.1.9	ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2011	96
5.1.10	ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2011	97
5.1.11	ENKELVOUDIG KASSTROOMOVERZICHT OVER 2011	98
5.1.12	TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS EN RESULTATENREKENING 2011	98
5.1.13	ENKELVOUDIG MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA	99
<b>5.2</b>	<b>OVERIGE GEGEVENS</b>	<b>100</b>
5.2.1	VASTSTELLING EN GOEDKEURING JAARREKENING	100
5.2.2	STATUTAIRE REGELING RESULTAATBESTEMMING	100
5.2.3	RESULTAATBESTEMMING	100
5.2.4	GEBEURTENISSEN NA BALANSDATUM	100
5.2.5	ONDERTEKENING DOOR BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS	100
5.2.6	CONTROLEVERKLARING	101
<b>5.3</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>102</b>
5.3.1	BALANS PER 31 DECEMBER 2011 EN RESULTATENREKENING OVER 2011 VAN DE IN DE CONSOLIDATIE OPGENOMEN ENTITEITEN	102

## 5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2011

### 5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011 (na resultaatbestemming)

ACTIVA (IN €)	REF	2011	2010
<b>Vaste activa:</b>			
Materiële vaste activa	1	115.760.993	92.034.947
Financiële vaste activa	2	249.574	209.211
Totaal vaste activa		116.010.567	92.244.158
<b>Vlottende activa:</b>			
Voorraden	3	1.223.066	1.098.316
Onderhanden werk DBC's	4	12.710.200	(945.800)
Vorderingen en overlopende activa	5	42.220.192	44.004.179
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	6.894.871	13.187.544
Liquide middelen	7	346.364	241.904
Totaal vlottende activa		63.394.692	57.586.143
<b>Totaal activa</b>		<b>179.405.259</b>	<b>149.830.301</b>

PASSIVA (IN €)	REF	2011	2010
<b>Eigen vermogen:</b>	8		
Kapitaal		136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		26.896.832	16.636.488
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		706.962	748.175
		27.603.930	17.384.799
<b>Vorzieningen:</b>	9		
		11.614.637	4.536.879
<b>Langlopende schulden:</b>	10		
		48.193.338	25.292.469
<b>Kortlopende schulden:</b>			
Overige schulden/overlopende passiva	11	91.993.354	102.616.154
<b>Totaal passiva</b>		<b>179.405.259</b>	<b>149.830.301</b>

## 5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011

IN €	REF	2011	2010
Wettelijk Budget aanvaardbare kosten	13	86.844.332	110.911.785
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	14	7.662.301	6.180.790
DBC opbrengst B-segment	15	43.489.512	42.880.393
Subsidies	16	5.809.083	4.328.200
Overige bedrijfsopbrengsten	17	8.871.972	6.511.312
Som der bedrijfsopbrengsten			
		152.677.201	170.812.480
Personeelskosten	18	86.677.622	84.937.100
Afschrijvingen vaste activa	19	12.291.536	11.282.448
Terugname afwaardering vaste activa	19	(619.200)	17.864.200
Overige bedrijfskosten	20	42.542.870	52.144.970
Som der bedrijfslasten		140.892.828	166.228.718
Financiële baten en lasten	21	1.776.118	1.975.771
		142.668.946	168.204.489
<b>Resultaat</b>		<b>10.008.256</b>	<b>2.607.990</b>

IN €	2011	2010
<b>Bestemming resultaat:</b>		
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	10.260.344	3.147.960
- Niet-collectief gefin. vrij vermogen Groene Hart Ziekenhuis	8.706	(320.915)
- Niet-collectief gefin. vrij vermogen in cons. opgen. entiteiten	(260.794)	(219.055)
<b>Resultaat</b>	<b>10.008.256</b>	<b>2.607.990</b>

### 5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT (INDIRECTE METHODE)

IN €	REF	2011	2010
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten:</b>			
Bedrijfsresultaat		11.784.373	4.583.761
Aanpassingen voor:			
- afschrijvingen en afwaarderingen	19	11.672.336	29.146.648
- mutaties voorzieningen	9	7.077.758	(4.045.389)
		30.534.467	29.685.020
Veranderingen in vlottende middelen:			
- voorraden	3	(124.750)	(186.750)
- onderhanden werk DBC's	4	(13.656.000)	(2.880.366)
- vorderingen	5	1.783.988	7.920.221
- vorderingen financieringstekort	6	6.292.673	(15.785.776)
- kortlopende schulden	11	(2.547.894)	12.222.389
		(8.251.983)	1.289.718
Kasstroom uit bedrijfsoperaties		22.282.484	30.974.739
Ontvangen interest	21	84.991	307.293
Betaalde interest	21	(1.861.109)	(2.283.064)
		(1.776.118)	(1.975.771)
<b>Totaal kasstroom uit operationele activiteiten</b>		<b>20.506.366</b>	<b>28.998.968</b>
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten:</b>			
- investeringen materiële vaste activa	1	(35.398.382)	(28.161.889)
- mutatie financiële vaste activa	2	(40.363)	5.118.689
<b>Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>		<b>(35.438.744)</b>	<b>(23.043.200)</b>
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten:</b>			
- nieuw opgenomen leningen	10	30.000.000	3.200.000
- aflossingen langlopende leningen	10	(6.099.111)	(5.427.763)
<b>Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>		<b>23.900.889</b>	<b>(2.227.763)</b>
<b>Mutatie geldmiddelen/bankschulden</b>		<b>8.968.510</b>	<b>3.728.005</b>
<b>Stand geldmiddelen/bankschulden:</b>			
Liquide middelen	7	346.364	241.904
Bank- en Bouwkrediet	11	(39.377.575)	(48.241.625)
		(39.031.211)	(47.999.722)
<b>Mutatie geldmiddelen/bankschulden</b>		<b>8.968.510</b>	<b>3.728.005</b>

## 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 2011 zijn gering van omvang, de totale omzet bedroeg € 2 miljoen en is volledig gegenereerd 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 het Groene Hart Ziekenhuis beslissende zeggenschap, direct of indirect, kan uitoefenen. Intercompany-transacties en onderlinge vorderingen en schulden tussen groepsmaatschappijen en andere in de consolidatie opgenomen rechtspersonen worden geëlimineerd.

#### Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

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

#### Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

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

#### Consolidatie

De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld met toepassing van de grondslagen voor de waardering en de resultaatbepaling van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis. De financiële gegevens van de in de consolidatie opgenomen entiteiten zijn volledig in de geconsolideerde jaarrekening opgenomen onder eliminatie van onderlinge verhoudingen en transacties.

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 (Gouda)
  - Holding Groene Hart B.V. (Gouda)
  - Groene Hart Diensten B.V. (Gouda)
  - Vastgoed Groene Hart B.V. (Gouda)
  - Groene Hart Extra Zorg B.V. (Gouda)
    - Groene Hart Dieetadvies B.V. (Gouda)
    - Beweegpunt Fysio B.V. (Gouda)
- Stichting Groene Hart Diagnostisch Centrum (Gouda)

Groene Hart Dieetadvies B.V. en Beweegpunt Fysio B.V. zijn verwerkt in de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis door consolidatie van de geconsolideerde jaarrekening van Groene Hart Extra Zorg B.V.

De Stichting Groene Hart Diagnostisch Centrum is op 20 juni 2011 opgericht door de bestuurders van het Groene Hart Ziekenhuis en de Trombose dienst Gouda en omstreken. Doel van de stichting is het bevorderen van de volksgezondheid door het in stand houden en exploiteren van een diagnostisch centrum.

In Zorgbrug B.V. (Gouda) heeft het Groene Hart Ziekenhuis een direct belang van 33,33%. In de Nederlandse Obesitas Kliniek West (Huis ter Heide) heeft het Groene Hart Ziekenhuis een indirect belang van 6,125%.

Zorgbrug B.V. en de Nederlandse Obesitas Kliniek West zijn als deelneming verwerkt in de cijfers. Gegeven de omvang van de activiteiten van deze deelnemingen voegt consolidatie niets wezenlijks toe aan het uit de jaarrekening blijkende inzicht omtrent de omvang van het vermogen per 31 december 2011 en het resultaat over 2011.

#### **Verbonden rechtspersonen**

Alle groepsmaatschappijen, zoals opgenomen in deze paragraaf, evenals de deelnemingen toegelicht onder de toelichting op de financiële vaste activa, (paragraaf 5.1.5.2), worden aangemerkt als verbonden partij.

#### **Vergelijking met voorgaand jaar**

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

### **5.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva**

#### **Activa en passiva**

Activa en passiva worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs, tenzij specifiek anders vermeld. Toelichtingen op de posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

#### **Materiële vaste activa**

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs of vervaardigingskosten onder aftrek van jaarlijkse lineaire afschrijvingen. Op terreinen wordt niet afgeschreven. Er wordt rekening gehouden met de bijzondere waardeverminderingen die op balansdatum worden verwacht. WTZi-vergunningplichtige 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.

De afschrijvingstermijnen zijn gebaseerd op de economische levensduur.

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

#### **Financiële vaste activa**

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

#### **Vorraden**

De voorraden zijn gewaardeerd tegen verkrijgingprijs 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. De liquide middelen zijn opgenomen tegen nominale waarde.

### 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 nominale waarde 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.

##### Personeelsbeloningen

Lonen, salarissen en sociale lasten worden op grond van de arbeidsvoorwaarden verwerkt in de winst- en verliesrekening voor zover ze verschuldigd zijn aan werknemers.

### Rentebaten en rentelasten

Rentebaten en rentelasten worden tijdsevenredig verwerkt, rekening houdend met de effectieve rentevoet van de betreffende activa en passiva. Bij de verwerking van de rentelasten wordt rekening gehouden met de verantwoorde transactiekosten op de ontvangen leningen die als onderdeel van de berekening van de effectieve rente worden meegenomen.

### Pensioenen

Het ziekenhuis heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen welke afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Het ziekenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. De over het verslagjaar verschuldigde premie wordt als last verantwoord. De pensioenen van de werknemers zijn per 1 januari 2011 niet geïndexeerd en de dekkingsgraad van de Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn was per december 2011 97%.

#### 5.1.4.4 Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is bepaald overeenkomstig de indirecte methode.



### 5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011

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

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

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

#### 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 2011. De overgangsregeling en versnelde afschrijvingsregeling voor immateriële vaste activa zouden, afhankelijk van de impact en uitwerking van prestatiebekostiging voor diverse problemen van oudbouw en recente nieuwbouw, in ieder geval een gedeeltelijke en tijdelijke oplossing kunnen bieden. Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid van eigen beleidsregels af te wijken ten einde maatwerkoplossingen te kunnen bieden voor additionele problematiek.

Vanaf 1 januari 2012 vindt de bekostiging van ziekenhuizen plaats op basis van prestatiebekostiging. Voor de wijziging van een budgetsysteem naar een bekostiging op basis van geleverde prestaties is door de NZa een transitie-model ontwikkeld. Er is landelijk nog onzekerheid over de exacte financiële uitwerking van de prestatiebekostiging en de daarbij behorende transitie-methodiek.

### Bedrijfswaarde

Het Groene Hart Ziekenhuis heeft langs twee verschillende berekeningsmethodieken getoetst of er sprake is van een mogelijke impairment. Uit deze toetsen is gebleken dat hiervan geen sprake is. Derhalve is geen correctie noodzakelijk ten aanzien van de verwachte resterende levensduur van het huidige vaste activa complex.

In 2007 heeft een afwaardering plaatsgevonden ten laste van het resultaat van immateriële en materiële vaste activa van € 5,6 miljoen. In 2008 heeft terugname van deze afwaardering plaatsgevonden op grond van de beleidsregels rondom de overgangsregeling kapitaalslastenvergoeding. Deze terugname is verantwoord als een financieel vast actief. De afschrijvingen werden verwerkt conform de in het verleden toegepaste systematiek. In 2010 heeft afwaardering plaatsgevonden van de resterende boekwaarde. Van de totale claim inzake de immateriële vast activa problematiek ad € 17,9 miljoen is € 15,2 miljoen toegewezen. Van het afgewezen bedrag is € 1,6 miljoen gereactiveerd. Dit bedrag zal via de overgangsregeling kapitaallastenvergoeding alsnog worden geclaimd. Er is rekening gehouden met bijzondere waardeverminderingen. In dit verband is een bedrag van € 0,5 miljoen onder de overgangsregeling kapitaallasten niet inbaar en als zodanig in 2011 als impairment beschouwd en volledig afgeboekt.

### Afschrijvingen en gebruiksduur

De tot en met 2011 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 gehanteerde afschrijvingspercentages zijn:

- Gebouwen:	2%
- Terreinvoorzieningen, verbouwingen, installaties en trekkingsrechten:	5%
- Inrichting en medische apparatuur en instandhouding:	10%
- PET/CT-scan:	12,5%
- Automatiseringsapparatuur en auto's:	20%
- Parkeergarage:	4%
- Tijdelijke parkeergarage:	20%
- Installaties parkeergarage:	10%

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

Het Groene Hart Ziekenhuis heeft in het verleden- voorzichtigheidshalve een voorziening getroffen voor een deel van de eerder genoemde geclaimde vergoeding van € 17,9 miljoen. De voorziening is opgenomen als onderdeel van de totale voorziening financieringsrisico's. Van de totale claim is € 15,2 miljoen toegewezen en is € 1,6 miljoen gereactiveerd omdat naar de mening van de NZA dit deel van de claim onder de overgangsregeling kapitaallasten valt. € 15,7 miljoen is vrijgevallen ten gunste van het resultaat.

### 5.1.5.1 Materiële vaste activa

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Terreinen en terreinvoorzieningen	5.438.700	5.699.000
Gebouwen	72.797.520	51.012.943
Installaties	11.711.300	7.073.900
Inventarissen	25.813.473	26.076.010
Activa in uitvoering	-	2.173.094
<b>Totaal materiële vaste activa</b>	<b>115.760.993</b>	<b>92.034.947</b>
Het verloop van de materiële vaste activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven:		
Boekwaarde per 1 januari	92.034.947	93.019.706
Bij: investeringen	35.398.382	28.161.889
Af: aanpassing boekwaarde	619.200	(17.864.200)
Af: afschrijvingen	(12.291.536)	(11.282.448)
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b>115.760.993</b>	<b>92.034.947</b>

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

De aanpassing boekwaarde ad € 619.200 betreft een aanpassing van de cumulatieve afschrijvingen tot en met 2010 in verband met de afgewezen afwaardering voor trekkingsrechten- en instandhoudingsinvesteringen. Deze afschrijvingen zullen alsnog via de overgangsregeling kapitaallasten geclaimd worden in de jaren 2012 tot en met 2015.

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

DE ACTIVA IN UITVOERING PER 31 DECEMBER BETREFFEN: (IN €)	2011	2010
Concentratiebouw	-	1.904.807
Instandhouding	-	268.287
	-	2.173.095

Alle bestedingen met betrekking tot de bouw in 2011 zijn per 31-12-2011 opgeleverd (al dan niet in deelopleveringen) waarmee er geen activa in uitvoering op de balans 31-12-2011 bestaat.

### 5.1.5.2 Financiële vaste activa

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	STAND PER 01-01-2011	OVERIGE MUTATIES IN 2011	AFBOEKING IN 2011	STAND PER 31-12-2011
<b>Langlopende vorderingen:</b>				
Ledenrekening Centramed	203.211	40.363	-	243.574
	203.211	40.363	-	243.574
<b>Deelnemingen:</b>	6.000	-	-	6.000
<b>Totaal financiële vaste activa</b>	<b>209.211</b>	<b>40.363</b>	<b>-</b>	<b>249.574</b>

De ledenrekening van de Coöperatie is gewaardeerd op nihil.

DE SPECIFICATIE VAN DEELNEMING IS ALS VOLGT: (IN €)	VERSCHAFT KAPITAAL	AFWAARDERING DEELNEMING	STAND PER 31-12-2011
Zorgbrug B.V. 33,33%	6.000	-	6.000
NOK West 6,125%	9.188	(9.188)	-
	<b>15.188</b>	<b>(9.188)</b>	<b>6.000</b>

### 5.1.5.3 Voorraden

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Geneesmiddelen	530.946	493.600
Medische middelen	692.120	604.716
<b>Totaal Voorraden</b>	<b>1.223.066</b>	<b>1.098.316</b>

Een voorziening voor incurantheid wordt niet nodig geacht.

### 5.1.5.4 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Onderhanden werk DBC's A-segment	10.426.000	13.132.215
Onderhanden werk DBC's B-segment	4.255.000	5.153.790
Onderhanden werk DBC's Zorggroep	352.683	288.261
Af: voorschotten zorgverzekeraars	(2.023.483)	(19.220.066)
Af: voorziening onderhanden werk	(300.000)	(300.000)
<b>Totaal Onderhanden werk</b>	<b>12.710.200</b>	<b>(945.800)</b>

### 5.1.5.5 Vorderingen en overlopende activa

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Debiteuren	28.548.569	31.377.673
Vorderingen op gelieerde partijen	5.025.131	2.692.573
Overlopende activa	8.646.491	9.933.933
<b>Totaal Vorderingen en overlopende activa</b>	<b>42.220.192</b>	<b>44.004.179</b>

De vorderingen op gelieerde partijen worden vanaf dit jaar zichtbaar afzonderlijk gepresenteerd. De gelieerde partijen waarop vorderingen bestaan, zijn Zorgbrug B.V., Stichting Groene Hart Diagnostisch Centrum, Groene Hart Dieetadvies B.V. en BeweegpuntFysio B.V. De vergelijkende cijfers over 2010 zijn hierop aangepast.

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

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Stand per 1 januari	854.401	810.004
Toevoeging ten laste van de exploitatie, conform budget	170.030	180.020
Toevoeging ten laste van de exploitatie	809.498	-
Afboekingen wegens oninbaarheid	(220.929)	(135.623)
<b>Stand per 31 december</b>	<b>1.613.000</b>	<b>854.401</b>

### 5.1.5.6 Vorderingen van financieringstekort en/of schulden van financieringsoverschot

(IN €)	2011	2010
Saldo per 1 januari	13.187.544	(2.598.232)
Bij/af: financieringsverschil boekjaar	(9.106.079)	15.512.535
Af: verrekening financieringsverschil	8.482.074	698.459
Bij/af: correcties voorgaande jaren	(5.668.668)	(958.215)
Bij/af: onderlinge mutaties	-	532.997
<b>Saldo per 31 december</b>	<b>6.894.871</b>	<b>13.187.544</b>
Stadium van vaststelling:	a	c

a = interne berekening

b = overeenstemming met zorgverzekeraars

c = definitieve vaststelling NZa

SPECIFICATIE FINANCIERINGSVERSCHIL IN HET BOEKJAAR (IN €)	2011	2010
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	92.513.000	111.870.000
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget	(101.619.079)	(96.357.465)
Financieringsverschil	(9.106.079)	15.512.535
Verrekening financieringsverschil voorgaande boekjaren	8.482.074	698.459
Onderlinge mutaties	-	532.997
Mutaties Wettelijk budget 2010	(5.668.668)	(958.215)
	(6.292.673)	15.785.776
Stand per 1 januari	13.187.544	(2.598.232)
<b>Financieringsverschil boekjaar</b>	<b>6.894.871</b>	<b>13.187.544</b>

DIT BETREFT DE NACALCULATIE OVER 2010: (IN €)	NACALCULATIE	JAARREKENING	VERSCHIL
2010	106.201.332	111.870.000	(5.668.668)

STAND PER 31 DECEMBER 2011 GESPECIFICEERD NAAR JAARLAGEN: (IN €)	
tot en met 2010	16.000.950
2011	(9.106.079)
	<b>6.894.871</b>

SPECIFICATIE VERGOEDINGEN TER DEKKING VAN HET WETTELIJK BUDGET: (IN €)	2011	2010
DBC's A-segment:		
- Onderhanden werk per 31 december	10.126.000	12.832.215
- Af: onderhanden werk per 1 januari	(12.832.215)	(10.807.000)
- Mutatie onderhanden werk	(2.706.214)	2.025.215
- Mutatie nog te factureren	1.340.386	(2.749.333)
- Gefactureerd	87.340.823	81.056.299
	85.974.995	80.332.181
Ondersteunende en overige producten 1e lijn	10.046.440	9.674.368
Opbrengst trajecten en Opbrengst overige producten	2.255.034	2.224.839
Honoraria-opbrengsten voor med.specialisten in loondienst	3.342.611	4.126.077
	15.644.084	16.025.284
	<b>101.619.079</b>	<b>96.357.465</b>

### 5.1.5.7 Liquide middelen

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Liquide middelen in consolidatie opgenomen entiteiten	345.071	239.925
Kas	1.293	1.979
<b>Totaal liquide middelen</b>	<b>346.364</b>	<b>241.904</b>

De liquide middelen staan ter vrije beschikking.

### 5.1.5.8 Eigen vermogen

HET EIGEN VERMOGEN BESTAAT UIT DE VOLGENDE COMPONENTEN: (IN €)	2011	2010
Kapitaal	136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	26.896.832	16.636.488
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	706.962	748.175
<b>Totaal eigen vermogen</b>	<b>27.603.930</b>	<b>17.384.799</b>

HET VERLOOP IS ALS VOLGT WEER TE GEVEN: (IN €)	SALDO PER 01-01-2011	RESULTAAT BESTEMMING	OVERIGE MUTATIES	SALDO 31-12-2011
<b>Kapitaal</b>	136	-	-	136
<b>Collectief gefinancierd gebonden vermogen</b>	16.636.488	10.260.344	-	26.896.832
<b>Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen Groene Hart Ziekenhuis</b>	1.296.667	8.706	-	1.305.373
<b>Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen in consolidatie opgenomen entiteiten</b>				
Stichting Zorggroep Groene Hart	(548.492)	(210.651)	(15.314)	(774.457)
Stichting Groene Hart Diagnostisch Centrum	-	(50.143)	226.189	176.046
	(548.492)	(260.794)	210.875	(598.411)
<b>Totaal eigen vermogen</b>	<b>17.384.799</b>	<b>10.008.256</b>	<b>210.875</b>	<b>27.603.930</b>

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

De mutatie van het **niet-collectief gefinancierd vrij vermogen** van het Groene Hart Ziekenhuis betreft resultaten uit parkeren, verhuur en overige niet collectieve activiteiten.

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

De **solvabiliteit** is bepaald overeenkomstig de systematiek van het WfZ. De solvabiliteit op basis van het totale vermogen per 31 december 2011 in relatie tot de totale opbrengsten 2011 komt uit op 18,1%, in 2010 was dit 10,2%.

## 5.1.5.9 Voorzieningen

HET VERLOOP IS ALS VOLGT WEER TE GEVEN: (IN €)	SALDO PER 01-01-2011	DOTATIE	ONTTREKING	SALDO 31-12-2011
Financieringsrisico's	1.440.000	-	(1.440.000)	-
Groot onderhoud	505.341	4.489.320	(5.354)	4.989.307
Asbestsanering	-	3.785.000	-	3.785.000
Claims, geschillen en rechtsgedingen	1.238.000	287.025	(83.025)	1.442.000
Jubileumuitkeringen	736.000	-	(30.170)	705.830
Arbeidsongeschiktheid	45.038	74.962	-	120.000
Persoonlijke Levensfase Budget	572.500	-	-	572.500
<b>Totaal voorzieningen</b>	<b>4.536.879</b>	<b>8.636.307</b>	<b>(1.558.549)</b>	<b>11.614.637</b>

Het deel van de voorzieningen dat een looptijd heeft korter dan een jaar, staat opgenomen bij de kortlopende schulden. Van het saldo van de voorzieningen per 31 december 2011, heeft € 7,5 miljoen een looptijd langer dan vijf jaar.

De voorziening **financieringsrisico's** diende ter dekking van het risico op mogelijk toekomstig niet realiseren van gedeclareerd wettelijk budget (inclusief bijzondere waardeverminderingen) of overige opbrengsten. Deze voorziening is ultimo 2011 vrijgevallen omdat er nu duidelijkheid is over de vergoeding uit hoofde van de overgangsregeling kapitaalslasten.

Aan de voorziening **groot onderhoud** is een extra bedrag gedoteerd van € 4,3 miljoen in verband met aangepaste ramingen van de lange termijn onderhoudsbehoefte van de Bleuland-locatie.

De voorziening **asbestsanering** is gebaseerd op een onderzoek naar aanwezigheid van asbest op de Bleuland-locatie.

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

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

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

De voorziening **Persoonlijke Levensfase Budget** (PLB) dient ter dekking van toekomstige aanspraken van personeelsleden op verlofuren die per 31-12-2009 voldeden aan de hiervoor geldende specifieke eisen. De voorziening is gewaardeerd tegen contante waarde van de toekomstige verplichtingen. De reguliere rechten op PLB zijn onder de kortlopende schulden verwerkt.

**5.1.5.10 Langlopende schulden**

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Schulden aan kredietinstellingen	45.646.952	22.689.360
Overige langlopende schulden	2.546.386	2.603.109
<b>Totaal langlopende schulden</b>	<b>48.193.338</b>	<b>25.292.469</b>
Het verloop is als volgt weer te geven:		
Stand per 1 januari	30.320.230	33.121.381
Bij: opgenomen leningen	30.000.000	3.200.000
Af: aflossingen in het boekjaar	(6.027.781)	(6.001.149)
	54.292.449	30.320.232
Af: aflossingsverplichtingen komend boekjaar	(6.099.111)	(5.027.763)
<b>Stand langlopende schulden per 31 december</b>	<b>48.193.338</b>	<b>25.292.469</b>
Toelichting in welke mate de langlopende schulden als langlopend moet worden beschouwd:		
Kortlopend deel (< 1 jaar), aflossingsverplichtingen	6.099.111	5.027.763
Middellang deel (tussen 1 en 5 jaar)	18.921.444	25.292.469

Per 1 augustus 2011 heeft het Groene Hart Ziekenhuis renteswaps afgesloten om het opwaartse renterisico van de rolloverlening af te dekken. De variabele 3-maands Euribor rente is ingeruild voor een vaste van 4,055% (€ 20 miljoen) respectievelijk 3,78% (€ 10 miljoen). De ingangsdatum van de renteswap is per 1 augustus 2011 met een onderliggend waarde van respectievelijk € 20 miljoen voor 20 jaar, € 10 miljoen voor 10 jaar. Aflossing voor beide leningen bedraagt € 250.000 per kwartaal.

De reële waarde van de in de balans verantwoorde swaps wijkt niet materieel af van de boekwaarde. Een mogelijke margincall is niet van toepassing. De onderliggende leningen worden aangehouden tot het einde van de overeengekomen looptijd.

Voor de financiering van het vernieuwbouwplan is op 19 juli 2011 een clubdealovereenkomst gesloten met ING Bank N.V. en ABN AMRO Bank N.V. voor in totaal € 224,3 miljoen, waaronder een werkkapitaal faciliteit van € 35,0 miljoen. Hiervoor zijn, naast een negatieve/positieve pledge en pari passu verklaring, de volgende zekerheden verstrekt:

Eerste recht in rang te vestigen door de Kredietnemer voor al hetgeen de Zekerhedenagent van de Kredietnemer te vorderen heeft of mocht hebben uit hoofde van de Parallele Schuld:

1. Samen met het WfZ en de Staat der Nederlanden, hypotheekrecht op alle registergoederen van de Kredietnemer voor een bedrag tot grootte van minimaal € 235 miljoen te vermeerderen met 40% van dat bedrag voor rente en kosten;
2. Samen met het WfZ, pandrecht op inventaris inclusief machinepark en rollend materieel van de Kredietnemer; en
3. Pandrecht op (i) huidige en toekomstige vorderingen uit hoofde van beroep en bedrijf (exclusief vorderingen op ziektekostenverzekeraars), (ii) voorraden en (iii) overige roerende activa (anders dan inventaris genoemd onder 2) van de Kredietnemer.

Tevens zijn de volgende financiële conventanten overeengekomen:

- a) Omzetratio: te allen tijde hoger dan 10%;
- b) Debt Service Coverage Ratio; met ingang van 2016 te allen tijde minimaal 1,1 te bedragen.

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 5.1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2011. 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.



### 5.1.5.11 Overige schulden en overlopende passiva

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Aflossingsverplichtingen 2012, respectievelijk 2011	6.099.111	5.027.788
Crediteuren	12.033.539	8.568.218
Bank- en Bouwkredieten	39.377.575	48.241.625
Schulden van in consolidatie opgenomen entiteiten	2.923.746	2.054.322
Nog te betalen salarissen en vakantierechten	7.608.063	6.280.823
Belastingen en premies sociale verzekeringen	3.385.820	3.086.056
Pensioenen	1.162.981	1.075.648
Schulden aan gelieerde partijen	3.750.835	1.781.315
Rekeningen courant specialisten	2.983.975	2.499.266
Overlopende passiva:		
- interest leningen/rekeningen-courant banken	690.378	540.628
- nog te betalen kosten/vooruitontvangen opbrengsten	11.977.332	23.460.466
<b>Totaal Overige schulden/overlopende passiva</b>	<b>91.993.355</b>	<b>102.616.155</b>

De afname van de nog te betalen kosten bestaat overwegend uit de vrijval van het kortlopend deel van de voorziening financieringsrisico's. Deze vrijval was mogelijk omdat duidelijk is geworden welke vergoeding het Groene Hart Ziekenhuis gaat krijgen uit de overgangsregeling kapitaalslasten.

De schulden aan gelieerde partijen worden vanaf dit jaar zichtbaar afzonderlijk gepresenteerd. Deze gelieerde partijen zijn Zorgbrug B.V., Stichting Groene Hart Diagnostisch Centrum en Groene Hart Dieetadvies B.V.. De vergelijkende cijfers over 2010 zijn hierop aangepast.

### 5.1.5.12 Niet in de balans opgenomen rechten en verplichtingen

Met de vernieuwbouw van de Bleulandlocatie is een totale bouwsom van € 134,3 miljoen gemoeid. Van deze bouwsom is per 31 december 2011 € 46,3 miljoen besteed en resteert nog € 88 miljoen als te besteden.

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 €)	2011	2010
Gebouwen	1.353.710	1.362.184
Medische apparatuur	52.733	78.478
Medische inventarissen	62.617	52.788
Automatiseringsapparatuur	-	800
Overig	132.253	184.241
	<b>1.601.313</b>	<b>1.678.491</b>

Bij het WfZ zijn leningen geborgd waardoor een verplichting kan ontstaan van 3% van de stand per 31 december 2011 ad € 16,2 miljoen zijnde € 485.000; in het uiterste geval kan het WfZ deze opeisen in de vorm van een renteloze lening.

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

## 5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

	%	AANSCHAFWAARDE IN €				AFSCHRIJVINGEN IN €				BOEKWAARDE IN €	
		PER 01-01-2011	TERUGN.GEH. AFGESCHR.	INVEST. 2011	PER 31-12-2011	TOT EN MET 2010	TERUGN.GEH. AFGESCHR.	IN 2011	TOT EN MET 2011	PER 01-01-2011	PER 31-12-2011
<b>Materiële vaste activa:</b>											
<i>WTZi vergunningsplichtige vaste activa</i>											
Terrein en terreinvoorzieningen	0/5	6.616.535	-	-	6.616.535	917.535	-	260.300	1.177.835	5.699.000	5.438.700
Gebouwen	2/2½	35.118.487	12.372.000	19.330.000	42.076.487	22.246.887	12.372.000	841.500	10.716.387	12.871.600	31.360.100
Verbouwingen	5	8.530.948	6.474.129	1.712.275	3.769.094	7.722.003	6.474.129	647.400	1.895.274	808.945	1.873.820
Installaties	5	9.098.000	492.000	5.310.000	13.916.000	2.343.900	492.000	694.500	2.546.400	6.754.100	11.369.600
Activa in uitvoering concentratiebouw		1.904.807		(1.904.807)	-	-	-	-	-	1.904.807	-
		61.268.777	19.338.129	24.447.468	66.378.116	33.230.325	19.338.129	2.443.700	16.335.896	28.038.452	50.042.220
<i>WTZi instandhoudingsplichtige vaste activa</i>											
Trekkingsrechten	5	30.364.113	-	3.854.000	34.218.113	5.348.313	164.400	1.711.300	6.895.213	25.015.800	27.322.900
Instandhouding	10	9.871.327	1.144.108	1.200.000	9.927.219	5.355.127	1.598.908	1.100.800	4.857.019	4.516.200	5.070.200
Activa in uitvoering		268.287	-	(268.287)	-	-	-	-	-	268.287	-
		40.503.727	1.144.108	4.785.713	44.145.332	10.703.440	1.763.308	2.812.100	11.752.232	29.800.287	32.393.100
<i>WMG gefinancierde vaste activa</i>											
Inrichting en medische apparatuur	10/12½	42.020.600	1.918.265	3.320.500	43.422.835	18.419.470	1.918.265	4.651.636	21.152.841	23.601.130	22.269.993
Automatisering	20	5.652.200	1.778.000	2.749.100	6.623.300	3.210.080	1.778.000	1.680.260	3.112.340	2.442.120	3.510.960
Auto's	20	79.600	7.500	19.600	91.700	46.840	7.500	19.840	59.180	32.760	32.520
		47.752.400	3.703.765	6.089.200	50.137.835	21.676.390	3.703.765	6.351.736	24.324.361	26.076.010	25.813.473
<i>Niet WTZi/WMG-gefinancierde vaste activa</i>											
Parkeergarage	4	6.567.182	-	-	6.567.182	1.590.282	-	574.500	2.164.782	4.976.900	4.402.400
Parkeergarage: installaties	10	464.723	-	76.000	540.723	144.923	-	54.100	199.023	319.800	341.700
Lampion	2	2.770.000	-	-	2.770.000	221.600	-	55.400	277.000	2.548.400	2.493.000
Pand Ridder van Catsweg	0	275.100	-	-	275.100	-	-	-	-	275.100	275.100
		10.077.005	-	76.000	10.153.005	1.956.805	-	684.000	2.640.805	8.120.200	7.512.200
<b>Totaal materiële vaste activa</b>		<b>159.601.910</b>	<b>24.186.002</b>	<b>35.398.381</b>	<b>170.814.288</b>	<b>67.566.960</b>	<b>24.805.202</b>	<b>12.291.536</b>	<b>55.053.294</b>	<b>92.034.950</b>	<b>115.760.993</b>

5.1.7 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2011

LENINGGEVER	DATUM	HOOFDSOM €	TOTALE LOOP TIJD	WERKELIJKE RENTE %	RESTSCHULD 31-12-10	NIEUWE LENINGEN IN 2011 €	AFLOSSING 2011 €	REST SCHULD 31-12-11	RESTSCHULD OVER 5 JAAR €	REST LOOPTIJD IN JAREN EIND 2011	AFLOSSINGS WIJZE	AFLOSSINGEN 2012 €	GESTELDE ZEKERHEDEN
BNG	2004	612.603	18	3,980	408.398		34.034	374.364	204.194	11	lineair	34.034	Gem.Gouda
BNG	2004	646.637	19	4,140	408.398		34.034	374.364	204.194	11	lineair	34.034	Gem.Gouda
BNG	2005	530.242	19	4,220	362.802		27.907	334.895	195.360	12	lineair	27.907	Gem.Gouda
BNG	1986	404.318	25	7,280	16.170		16.170	-	-	0	lineair	-	Gem.Gouda
Waterschapsbank	1988	2.112.884	40	4,780	950.844		52.820	898.024	633.924	17	lineair	52.820	Gem.Gouda
Waterschapsbank	1988	1.815.121	40	5,000	816.805		45.378	771.427	544.537	17	lineair	45.378	Gem.Gouda
BNG	2003	1.021.005	18	4,470	623.944		56.723	567.221	283.606	10	lineair	56.723	Rijk/WfZ
BNG	2003	646.637	19	4,500	408.398		34.034	374.364	204.194	11	lineair	34.034	Rijk/WfZ
Rabo	1989	1.633.609	30	3,840	490.079		54.454	435.625	163.355	8	lineair	54.454	Rijk/WfZ
PGGM	1989	2.268.901	40	4,500	1.077.724		56.723	1.021.001	737.386	18	lineair	56.723	Rijk/WfZ
Rabobank	2006	3.047.587	20	3,827	2.120.060		132.504	1.987.556	1.325.036	15	lineair	132.504	WfZ
BNG	2004	4.370.000	18	4,231	2.990.000		230.000	2.760.000	1.610.000	12	lineair	230.000	WfZ
BNG	2004	5.390.000	6	3,244	770.000		770.000	-	-	0	lineair	-	WfZ
BNG	2005	3.990.000	7	2,631	997.500		570.000	427.500	-	1	lineair	427.500	WfZ
Rabobank	2006	4.360.000	8	3,233	2.180.000		545.000	1.635.000	-	3	lineair	545.000	WfZ
Rabobank	2006	7.000.000	8	3,941	3.500.000		875.000	2.625.000	-	3	lineair	875.000	WfZ
Rabobank	2007	7.400.000	8	4,581	4.625.000		925.000	3.700.000	-	4	lineair	925.000	WfZ
v Iterson*	1983	791.054		1,514	791.054		-	791.054	791.054		afl.vrij	-	geen
de Wijk/Exploitatie*	1983	680.670		1,514	680.670		-	680.670	680.670		afl.vrij	-	geen
de Wijk/Bevordering*	1983	110.384		1,514	110.384		-	110.384	110.384		afl.vrij	-	geen
BNG	2004	4.200.000	25	4,860	3.192.000		168.000	3.024.000	2.184.000	18	lineair	168.000	WfZ
ING	2010	3.200.000	8	4,010	2.800.000		400.000	2.400.000	400.000	6	lineair	400.000	Verpanding gebruikersovk
ING/ABN	2011	20.000.000	20	4,055	-	20.000.000	500.000	19.500.000	14.500.000	20	lineair	1.000.000	hypothecair recht
ING/ABN	2011	10.000.000	10	3,785	-	10.000.000	500.000	9.500.000	4.500.000	10	lineair	1.000.000	hypothecair recht
<b>Totaal</b>		<b>86.231.652</b>			<b>30.320.230</b>	<b>30.000.000</b>	<b>6.027.781</b>	<b>54.292.449</b>	<b>29.271.894</b>			<b>6.099.111</b>	



## 5.1.8 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

### 5.1.8.13 Wettelijk budget aanvaardbare kosten

(IN €)	2011	2010
Wettelijk budget aanvaardbare kosten boekjaar	92.513.000	111.870.000
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorg. jaren	(5.668.668)	(958.215)
<b>Totaal Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</b>	<b>86.844.332</b>	<b>110.911.785</b>

### 5.1.8.14 Niet-gebudgetteerde zorgprestaties

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Zorgprestaties tussen instellingen	1.823.328	1.768.592
Zorgprestaties cliënten	38.153	17.016
Overige zorgprestaties	5.800.820	4.395.182
<b>Totaal Niet gebudgetteerde zorgprestaties</b>	<b>7.662.301</b>	<b>6.180.790</b>

### 5.1.8.15 DBC opbrengsten B-segment

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Onderhanden werk per 31 december	4.255.000	5.153.790
Af: onderhanden werk per 1 januari	(5.153.790)	(4.242.790)
Mutatie onderhanden werk	(898.790)	911.000
Gefactureerde DBC's	49.811.854	36.923.892
Mutatie nog te factureren DBC's	(5.423.552)	5.045.501
<b>Totaal DBC opbrengst B-segment</b>	<b>43.489.512</b>	<b>42.880.393</b>

### 5.1.8.16 Subsidies

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Subsidie zorgopleidingen	5.361.866	4.230.058
Overige subsidie	447.217	98.142
<b>Totaal subsidies</b>	<b>5.809.083</b>	<b>4.328.200</b>

De subsidieopbrengsten zijn toegenomen door de Subsidieregeling Ziekenhuisopleidingen ad. € 1,2 miljoen. In het verleden werden deze ziekenhuisopleidingen vergoed in het Wettelijk Budget.

### 5.1.8.17 Overige bedrijfsopbrengsten

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Opbrengst in consolidatie opgenomen entiteiten	4.505.427	1.438.066
Overige opbrengsten	4.366.545	5.073.246
<b>Totaal Overige bedrijfsopbrengsten</b>	<b>8.871.972</b>	<b>6.511.312</b>

### 5.1.8.18 Personeelskosten

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Lonen en salarissen	57.837.933	56.493.860
Sociale lasten	16.320.454	15.065.594
Pensioenpremies	5.348.880	5.412.925
Andere personeelskosten	2.731.505	2.332.456
Sub-totaal	82.238.772	79.304.835
Personeel niet in loondienst	4.438.850	5.632.265
<b>Totaal personeelskosten</b>	<b>86.677.622</b>	<b>84.937.100</b>
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	1.541	1.518

### 5.1.8.19 Afschrijvingen immateriële- en materiële vaste activa

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
<i>Waardeverminderingen:</i>		
- immateriële vaste activa	-	-
- materiële vaste activa	(619.200)	17.864.200
	(619.200)	17.864.200
<i>Nacalculeerbare afschrijvingen:</i>		
- immateriële vaste activa	-	-
- materiële vaste activa	4.050.100	3.512.700
<i>Overige afschrijvingen:</i>		
- materiële vaste activa	7.035.736	6.651.260
- instandhouding:	1.100.800	1.080.400
<i>Afschrijvingen in consolidatie opgenomen entiteiten:</i>	104.900	38.088
<b>Totaal afschrijvingen</b>	<b>12.291.536</b>	<b>11.282.448</b>

AANSLUITING AFSCHRIJVINGEN RESULTATENREKENING - VERLOOPOVERZICHT MATERIËLE VASTE ACTIVA: (IN €)	2011	2010
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	2.338.800	19.896.688
Afschrijving WTZi - meldingsplichtige vaste activa	2.812.100	2.598.700
Afschrijving WMG gefinancierde vaste activa	6.351.736	5.974.860
Afschrijving niet WTZi/WMG gefinancierde vaste activa	684.000	676.400
	12.186.636	29.146.648
Afschrijving in consolidatie opgenomen entiteiten	104.900	38.088
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	12.291.536	29.184.736
Totaal afschrijvingen resultatenrekening	11.190.736	10.240.136
Waardeverminderingen	-	17.864.200
Afschrijvingen instandhoudingsinvesteringen	1.100.800	1.080.400
<b>Totaal afschrijvingen resultatenrekening</b>	<b>12.291.536</b>	<b>29.184.736</b>

### 5.1.8.20 Overige bedrijfskosten

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	5.112.209	5.168.653
Algemene beheerskosten	(739.943)	13.038.407
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	27.353.556	26.739.679
Onderhouds- en energiekosten	3.221.414	3.256.435
Huur en leasing	1.601.313	1.678.491
Samenwerkingsverbanden	511.000	390.968
Ziekenhuisverplaatste zorg	75.810	152.169
Toevoeging afwaardering debiteuren	781.296	180.020
Kosten van de in de consolidatie opgenomen entiteiten	4.624.617	1.583.049
Overige kosten	1.598	(42.901)
<b>Totaal Overige bedrijfskosten</b>	<b>42.542.870</b>	<b>52.144.970</b>

### 5.1.8.21 Financiële baten en lasten

DE SPECIFICATIE IS ALS VOLGT: (IN €)	2011	2010
Rentelasten langlopende schulden	1.641.247	1.361.449
Rentelasten kortlopende schulden	219.862	921.615
Rentebaten	(84.991)	(307.293)
<b>Totaal Financiële baten en lasten</b>	<b>1.776.118</b>	<b>1.975.771</b>

### 5.1.8.22 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 2011 is als volgt:

	D. J. VERBEEK MHA		M. VERDIER	
	2011	2010	2011	2010
1 Werkzaam als bestuurder in het GHZ vanaf (datum)	01-09-03	01-09-03	01-06-09	01-06-09
2 Momenteel deelnemer bestuur (ja/nee)	ja	ja	ja	ja
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam				
4 Voorzitter (ja/nee)	ja	ja	nee	nee
5 Hoeveel maanden van het verslagjaar voorzitter	12	12	0	0
6 Aard van de (arbeids)overeenkomst	vast	vast	vast	vast
7 Toegepaste salarisregeling	anders	anders	anders	anders
8 Deeltijdfactor (%)	100%	100%	100%	100%
9 Bruto-inkomen, inclusief vakantiegeld	223.634	214.819	193.353	167.198
10 Waarvan verkoop verlofuren				
11 Waarvan nabetalingen voorgaande jaren				
12 Bruto-onkostenvergoeding	6.000	6.000	7.957	7.368
13 Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.767	4.790	7.479	7.108
14 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	49.700	47.415	39.993	34.236
15 Ontslagvergoeding				
16 Bonussen				
17 Totaal inkomen (9 + 12 t/m 16)	284.101	273.024	248.782	215.910
18 Cataloguswaarde auto van de zaak	51.095	51.095	-	-
19 Eigen bijdrage auto van zaak	-	-	-	-

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht over het jaar 2011 is als volgt:

NAAM	FUNCTIE	BEZOLDIGING 2011 €	BEZOLDIGING 2010 €
Prof. Dr. G. Blijham	voorzitter	12.000	12.000
Mevr. Dr. M.E.M. van Dijen	lid	8.000	8.000
Dhr. J.D. van Dijk	lid	n.v.t.	2.667
Mevr. Drs. N. Zefzafi	lid	8.000	8.000
Dhr. G.H. v. Nieuwpoort sr.	lid	n.v.t.	2.667
Dhr. Dr. P.C. Hermans	vice voorzitter	10.000	10.000
Dhr. Drs. W. Zoetewij	lid	8.000	7.000
Dhr. P. Hoogendoorn RA	lid	8.000	7.000
Dhr. Ir. G.S. Groot	lid	8.000	8.000

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

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

### 5.1.8.23 Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2011 in het kader van de Wopt verantwoord worden, is als volgt:

FUNCTIONARIS (FUNCTIENAAM)	INTENSIVIST*	INTENSIVIST*	INTENSIVIST*	INTENSIVIST	INTENSIVIST*	GERIATER
In dienst vanaf (datum)	01-12-04	01-09-08	01-11-08	01-05-05	01-09-09	02-01-97
In dienst tot (datum)						
Belastbaar loon ( in € )	172.336	150.176	134.838	180.851	130.462	186.084
Voorzeningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn ( in € )	42.270	36.665	32.966	44.063	31.964	37.274
Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband ( in € )						
<b>Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)</b>	<b>214.606</b>	<b>186.841</b>	<b>167.804</b>	<b>224.914</b>	<b>162.426</b>	<b>223.358</b>

FUNCTIONARIS (FUNCTIENAAM)	KINDERARTS	KINDERARTS	KINDERARTS*	VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR	LID RAAD VAN BESTUUR
In dienst vanaf (datum)	01-11-88	01-05-91	01-07-01	01-09-03	01-06-09
In dienst tot (datum)					
Belastbaar loon ( in € )	179.356	155.758	154.620	234.401	208.789
Voorzeningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn ( in € )	44.620	38.104	38.089	49.700	39.993
Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband ( in € )					
<b>Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)</b>	<b>223.976</b>	<b>193.862</b>	<b>192.709</b>	<b>284.101</b>	<b>248.782</b>

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.

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

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

Voorzitter Raad van Bestuur: beloning is marktconform.

Lid Raad van Bestuur: beloning is marktconform.

### 5.1.8.24 Honoraria accountant

DE HONORARIA VAN DE ACCOUNTANT ZIJN ALS VOLGT (INCLUSIEF BTW) (IN €)	2011	2010
1. Controle van de jaarrekening 2011	80.261	81.515
2. Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	22.563	41.805
3. Fiscale advisering	26.602	69.677
4. Niet controle-diensten	26.999	3.124
5. Meerjarenmodel	-	59.500
6. NEN audit Informatiebeveiliging	14.212	11.900
7. Audit Oracle implementatie	51.440	-
<b>Totaal honoraria accountant</b>	<b>222.077</b>	<b>267.521</b>

### 5.1.9 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2011 (NA RESULTAATBESTEMMING)

ACTIVA (IN €)	REF	2011	2010
<b>Vaste activa:</b>			
Materiële vaste activa	1	115.410.173	91.695.402
Financiële vaste activa	2	249.574	209.211
Totaal vaste activa		115.659.747	91.904.613
<b>Vlottende activa:</b>			
Voorraden	3	1.223.066	1.098.316
Onderhanden werk DBC's	4	12.357.517	(1.234.061)
Vorderingen en overlopende activa	5	40.943.432	43.366.080
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	6.894.871	13.187.544
Liquide middelen	7	1.293	1.979
Totaal vlottende activa		61.420.178	56.419.858
<b>Totaal activa</b>		<b>177.079.924</b>	<b>148.324.471</b>

PASSIVA (IN €)	REF	2011	2010
<b>Eigen vermogen:</b>	8		
Kapitaal		136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		26.896.832	16.636.488
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		1.305.373	1.296.666
		28.202.342	17.933.291
<b>Voorzeningen:</b>	9	11.614.637	4.536.879
<b>Langlopende schulden:</b>	10	48.193.338	25.292.469
<b>Kortlopende schulden:</b>			
Overige schulden en overlopende passiva	11	89.069.608	100.561.832
<b>Totaal passiva</b>		<b>177.079.924</b>	<b>148.324.471</b>



### 5.1.10 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2011

(IN €)	REF	2011	2010
Wettelijk Budget aanvaardbare kosten	13	86.844.332	110.911.785
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	14	7.662.301	6.180.790
DBC opbrengst B-segment	15	43.489.512	42.880.393
Subsidies	16	5.809.083	4.328.200
Overige bedrijfsopbrengsten	17	4.366.545	5.073.246
Som der bedrijfsopbrengsten		148.171.774	169.374.414
Personeelskosten	18	86.677.622	84.937.100
Afschrijvingen vaste activa	19	12.186.636	11.244.360
Terugname afwaardering/afw. vaste activa	19	(619.200)	17.864.200
Overige bedrijfskosten	20	37.918.253	50.561.921
Som der bedrijfslasten		136.163.311	164.607.581
Financiële baten en lasten	21	1.739.413	1.939.787
		137.902.724	166.547.368
<b>Resultaat</b>		<b>10.269.050</b>	<b>2.827.045</b>

(IN €)	2011	2010
<b>Bestemming resultaat:</b>		
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	10.260.344	3.147.960
- Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	8.706	(320.915)
<b>Resultaat</b>	<b>10.269.050</b>	<b>2.827.045</b>

### 5.1.11 ENKELVOUDIG KASSTROOMOVERZICHT OVER 2011

(IN €)	2011	2010
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten:</b>		
Resultaat	12.008.463	4.766.832
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen en afwaarderingen	11.567.436	23.982.060
- mutaties voorzieningen	7.077.758	(4.045.389)
	30.653.657	24.703.503
Veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	(124.750)	(186.749)
- onderhanden werk DBC's	(13.591.578)	(2.936.105)
- vorderingen	2.422.649	8.083.093
- vorderingen financieringstekort	6.292.673	(15.785.776)
- kortlopende schulden	(2.628.194)	11.616.968
	(7.629.200)	791.431
Kasstroom uit bedrijfsoperaties	23.024.457	25.494.935
Ontvangen interest	84.991	307.293
Betaalde interest	(1.824.404)	(2.247.080)
	(1.739.413)	(1.939.787)
<b>Totaal kasstroom uit operationele activiteiten</b>	<b>21.285.044</b>	<b>23.555.148</b>
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten:</b>		
- investeringen materiële vaste activa	(35.282.206)	(22.857.827)
- mutatie financiële vaste activa	(40.363)	5.118.689
<b>Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>	<b>(35.322.568)</b>	<b>(17.739.138)</b>
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten:</b>		
- nieuw opgenomen leningen	30.000.000	3.200.000
- aflossingen langlopende leningen	(7.099.111)	(5.427.763)
- overige mutaties eigen vermogen	-	-
<b>Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>	<b>22.900.889</b>	<b>(2.227.763)</b>
<b>Mutatie geldmiddelen/bankschulden</b>	<b>8.863.364</b>	<b>3.588.247</b>
<b>Stand geldmiddelen/bankschulden:</b>		
Liquide middelen	1.293	1.979
Bank- en Bouwkrediet	(39.377.575)	(48.241.625)
	(39.376.282)	(48.239.647)
<b>Mutatie geldmiddelen/bankschulden</b>	<b>8.863.364</b>	<b>3.588.247</b>

### 5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS EN RESULTATENREKENING 2011

Voor de toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2011 verwijzen wij naar de toelichting op de geconsolideerde balans en resultatenrekening 2011. Stichting Groene Hart Ziekenhuis zal haar vorderingen op de in de consolidatie opgenomen entiteiten 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.

#### Solvabiliteit

De solvabiliteit op basis van de WfZ systematiek zijnde het totale vermogen per 31 december 2011 in relatie tot de totale opbrengsten 2011 bedraagt 19,0% (2010: 10,6%).

## 5.1.13 ENKELVOUDIG MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

	%	AANSCHAFWAARDE IN €				AFSCHRIJVINGEN IN €				BOEKWAARDE IN €	
		PER 01-01-2011	TERUGN.GEH. AFGESCHR.	INVEST. 2011	PER 31-12-2011	TOT EN MET 2010	TERUGN.GEH. AFGESCHR.	IN 2011	TOT EN MET 2011	PER 01-01-2011	PER 31-12-2011
<b>Materiële vaste activa:</b>											
<i>WTZi vergunningsplichtige vaste activa</i>											
Terrein en terreinvoorzieningen	0/5	6.616.535	-	-	6.616.535	917.535	-	260.300	1.177.835	5.699.000	5.438.700
Gebouwen	2/2½	35.118.487	12.372.000	19.330.000	42.076.487	22.246.887	12.372.000	841.500	10.716.387	12.871.600	31.360.100
Verbouwingen	5	8.136.403	6.474.129	1.596.100	3.258.374	7.667.003	6.474.129	542.500	1.735.374	469.400	1.523.000
Installaties	5	9.098.000	492.000	5.310.000	13.916.000	2.343.900	492.000	694.500	2.546.400	6.754.100	11.369.600
Activa in uitvoering concentratiebouw		1.904.807	-	(1.904.807)	-	-	-	-	-	1.904.807	-
		60.874.232	19.338.129	24.331.293	65.867.396	33.175.325	19.338.129	2.338.800	16.175.996	27.698.907	49.691.400
<i>WTZi instandhoudingsplichtige vaste activa</i>											
Trekkingsrechten	5	30.364.113	-	3.854.000	34.218.113	5.348.313	164.400	1.711.300	6.895.213	25.015.800	27.322.900
Instandhouding	10	9.871.327	1.144.108	1.200.000	9.927.219	5.355.127	1.598.908	1.100.800	4.857.019	4.516.200	5.070.200
Onderhanden projecten		268.287	-	(268.287)	-	-	-	-	-	268.287	-
		40.503.727	1.144.108	4.785.713	44.145.332	10.703.440	1.763.308	2.812.100	11.752.232	29.800.287	32.393.100
<i>WMG gefinancierde vaste activa</i>											
Inrichting en medische apparatuur	10/12½	42.020.600	1.918.265	3.320.500	43.422.835	18.419.470	1.918.265	4.651.636	21.152.841	23.601.130	22.269.993
Automatisering	20	5.652.200	1.778.000	2.749.100	6.623.300	3.210.080	1.778.000	1.680.260	3.112.340	2.442.120	3.510.960
Auto's	20	79.600	7.500	19.600	91.700	46.840	7.500	19.840	59.180	32.760	32.520
		47.752.400	3.703.765	6.089.200	50.137.835	21.676.390	3.703.765	6.351.736	24.324.361	26.076.010	25.813.473
<i>Niet WTZi/WMG-gefinancierde vaste activa</i>											
Parkeergarage	4	6.567.182	-	-	6.567.182	1.590.282	-	574.500	2.164.782	4.976.900	4.402.400
Parkeergarage: installaties	10	464.723	-	76.000	540.723	144.923	-	54.100	199.023	319.800	341.700
Lampion	2	2.770.000	-	-	2.770.000	221.600	-	55.400	277.000	2.548.400	2.493.000
Pand Ridder van Catsweg	0	275.100	-	-	275.100	-	-	-	-	275.100	275.100
		10.077.005	-	76.000	10.153.005	1.956.805	-	684.000	2.640.805	8.120.200	7.512.200
<b>Totaal materiële vaste activa</b>		<b>159.207.365</b>	<b>24.186.002</b>	<b>35.282.206</b>	<b>170.303.568</b>	<b>67.511.960</b>	<b>24.805.202</b>	<b>12.186.636</b>	<b>54.893.394</b>	<b>91.695.405</b>	<b>115.410.173</b>

## 5.2 OVERIGE GEGEVENS

### 5.2.1 VASTSTELLING EN GOEDKEURING JAARREKENING

De Raad van Bestuur van Stichting Groene Hart Ziekenhuis heeft het Jaardocument 2011, inclusief de jaarrekening vastgesteld in de vergadering van 27 april 2012.

De Raad van Toezicht van Stichting Groene Hart Ziekenhuis heeft het Jaardocument 2011, inclusief de jaarrekening goedgekeurd in de vergadering van 15 mei 2012.

### 5.2.2 STATUTAIRE REGELING RESULTAATBESTEMMING

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

### 5.2.3 RESULTAATBESTEMMING

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in de resultatenrekening.

### 5.2.4 GEBEURTENISSEN NA BALANSDATUM

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

### 5.2.5 ONDERTEKENING DOOR BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS

D.J. Verbeek MHA, voorzitter Raad van Bestuur  
Prof. dr. G. Blijham, voorzitter Raad van Toezicht

## Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

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

### Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit jaardocument in hoofdstuk 5 opgenomen jaarrekening 2011 van stichting Groene Hart Ziekenhuis te Gouda gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2011 en de geconsolideerde en enkelvoudige resultatenrekening over 2011 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

### Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

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

### Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden en het Controleprotocol Jaarverantwoording zorginstellingen 2011. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten. Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V., Prinses Margrietplantsoen 46, 2595 BR Den Haag,  
Postbus 30715, 2500 GS Den Haag  
T: 088 792 00 70, F: 088 792 95 20, [www.pwc.nl](http://www.pwc.nl)

PwC is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 5144408), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op [www.pwc.nl](http://www.pwc.nl) treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.

hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de entiteit. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door de Raad van Bestuur van de instelling gemaakte schattingen, 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 om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

### Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van stichting Groene Hart Ziekenhuis per 31 december 2011 en van het resultaat over 2011 in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi.

### Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

Verder vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dit kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening en is opgesteld onder toepassing van de in de Regeling verslaggeving WTZi opgenomen bijlage 'Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen'.

Den Haag, 31 mei 2012  
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

Origineel getekend door  
drs. A. Hakbijl RA

## 5.3 BIJLAGEN

### 5.3.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2011 EN RESULTATENREKENING OVER 2011 VAN DE IN DE CONSOLIDATIE OPGENOMEN ENTITEITEN

	STICHTING GROENE HART DIAGNOSTISCH CENTRUM		STICHTING ZORGGROEP GROENE HART (GECONS)		GROENE HART EXTRA ZORG B.V.		GROENE HART DIENSTEN B.V.		VASTGOED GROENE HART B.V.	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
<b>BALANS PER 31 DECEMBER</b>										
Vaste activa	67.772	38.725	283.048	339.545	283.048	339.545	-	-	-	-
Leningen u/g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deelnemingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Onderhanden Werk	-	-	352.683	288.261	352.683	288.261	-	-	-	-
Overige Vorderingen	746.972	407.473	529.788	638.099	529.788	638.099	-	-	-	-
Liquide middelen	179.878	285.427	165.193	239.925	88.526	163.584	29.419	29.130	19.693	19.711
<b>TOTAAL ACTIVA</b>	<b>994.622</b>	<b>731.625</b>	<b>1.330.712</b>	<b>1.505.830</b>	<b>1.254.045</b>	<b>1.429.489</b>	<b>29.419</b>	<b>29.130</b>	<b>19.693</b>	<b>19.711</b>
Gestort kapitaal	-	-	-	-	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000
Overige reserves	176.046	226.189	(774.457)	(563.806)	(755.945)	(544.968)	69	(220)	(835)	(816)
Eigen Vermogen	176.046	226.189	(774.457)	(563.806)	(737.945)	(526.968)	18.069	17.780	17.165	17.184
Lening o/g GHZ	-	-	80.000	80.000	552.201	777.931	-	-	-	-
Kostprijs omzet GHZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Overlopende passiva GHZ	818.576	505.437	567.754	793.484	1.257.402	919.560	-	-	-	-
Honorarium Specialisten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Overige schulden derden	-	-	1.457.415	1.196.153	182.387	258.966	11.350	11.350	2.528	2.527
<b>TOTAAL PASSIVA</b>	<b>994.622</b>	<b>731.626</b>	<b>1.330.712</b>	<b>1.505.831</b>	<b>1.254.045</b>	<b>1.429.489</b>	<b>29.419</b>	<b>29.130</b>	<b>19.693</b>	<b>19.711</b>
<b>RESULTATENREKENING</b>										
Omzet	(2.455.543)	(2.351.335)	(2.049.884)	(1.438.066)	(2.049.884)	(1.438.066)	-	-	-	-
Kostprijs omzet	2.561.806	2.092.967	1.852.404	1.295.141	1.852.404	1.295.141	-	-	-	-
Interest	106.263	(258.368)	(197.480)	(142.925)	(197.480)	(142.925)	-	-	-	-
Resultaat uit deelnemingen	(2.604)	(1.832)	39.309	35.984	39.362	36.172	21	(71)	(12)	(94)
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algemeen beheer	21.100	21.656	83.800	38.088	83.800	38.088	-	-	-	-
Algemeen beheer	(74.616)	238.544	285.022	287.908	285.295	289.228	268	(916)	31	(295)
<b>RESULTAAT</b>	<b>50.143</b>	<b>-</b>	<b>210.651</b>	<b>219.055</b>	<b>210.977</b>	<b>220.563</b>	<b>289</b>	<b>(987)</b>	<b>19</b>	<b>(389)</b>



**DEEL C**  
**Bijlagen**

I Vaststelling jaardocument	105
II Gegevens Digi/MV	106
A Bijlage bij hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie	106
A1. Kernactiviteiten	106
A2. Kerngegevens	107
A3. Personeelsinformatie	108
B Bijlage bij hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	110
C Bijlage bij hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen, prestaties	112
C1. Algemeen kwaliteitsbeleid	112
C2. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	114
C3. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers	115
C4. Financieel beleid	115
III Zorgbrede Governance Code GHZ	116
1. Toepasselijkheid	117
2. Verantwoording	118
3. Raad van Bestuur	122
4. Raad van Toezicht	125
IV Verklaring Raad van Toezicht	129
V Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2011	130
VI Personalia	132
VII Lijst van afkortingen	135



## I VASTSTELLING JAARDOCUMENT

### **Vaststelling Jaardocument Raad van Bestuur**

De Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis verklaart hierbij dat het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2011 naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen zoals deze in 2011 van toepassing waren, is opgesteld.

Gouda, 2 mei 2012

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 15 mei 2012 te Gouda.

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

## II GEGEVENS DIGI/MV

### A Bijlage bij hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie

#### A1 Kernactiviteiten

NADERE TYPERING MEDISCH-SPECIALISTISCHE INSTELLINGEN	BIJZONDERE CONCERNONDERDELEN
Algemeen Ziekenhuis	Trombosedienst
Dialysecentrum	Medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	Apotheek

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

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

**A2 Kerngegevens**

KERNGEGEVEN	ANTWOORDCATEGORIE
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	442
Waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	0
Waarvan PAAZ- en PUK-bedden	0
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende DiagnoseBehandelingsCombinaties (DBC's) (ontleend aan ZIS, niet uit het DBC Informatie Systeem (DIS))	168.508
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven NZa)	124.746
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	43.762
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's (ontleend aan ZIS, niet uit DIS)	173.802
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven Nederlandse Zorgautoriteit (NZa))	129.393
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	44.509
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	7.629
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	904.339
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 ZIS, niet uit DIS)	67.729
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	21.617

KERNGEGEVEN	ANTWOORDCATEGORIE
Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	0
Aantal ontslagen patiënten/cliënten in verslagjaar	21.397
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	122.726
Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	196.371
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	21.602
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	0
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	108.061
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	0
Waarvan verkeerde-bed-dagen	2.223
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	2.161
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	1.535,89
Aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	154
Aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	126
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	152.677.201
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	86.844.332
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	65.832.869

### A3 Personeelsinformatie

A) PERSONEEL IN LOONDIENST	CODE REKENINGSHEMA	SALARISSEN VAN PERSONEEL IN LOONDIENST IN VERSLAGJAAR, IN EURO'S	AANTAL WERKZAME PERSONEN PER EINDE VERSLAGJAAR	AANTAL FTE'S PER EINDE VERSLAGJAAR
<b>1) Personeel patiënt/- cliëntgebonden functies in loondienst</b>				
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100	1.577.039	30	27,36
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300	6.799.322	239	180,78
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	3.603.610	148	96,14
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	334.631	15	9,89
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners (niveau 5)				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers (niveau 4)		16.638.414	584	414,08
Verzorgenden Individuele- en Algemene Gezondheidszorg (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers (niveau 3)				
Helpenden (niveau 2)				
Zorghulpen (niveau 1)				
Overig verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel		5.418.374	173	131,45
<b>Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal- (ped)agogisch personeel</b>	<b>413600</b>	22.056.788	757	545,53
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	8.424.719	117	109,73
<b>Subtotaal personeel patiënt/cliëntgebonden functies in loondienst</b>	<b>413000</b>	42.796.109	1.306	969,43
<b>2) Leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal- (ped)agogisch personeel in loondienst</b>				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners in opleiding (niveau 5)	414100			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 4)	414110	1.076.477	43	43
Verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 3)	414200 + 414400			
Helpenden in opleiding (niveau 2)	414500			
Zorghulpen in opleiding (niveau 1)	414700			
Overig leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	414800			
<b>Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal- (ped)agogisch personeel in loondienst</b>	<b>414000</b>	1.076.477	43	43
<b>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</b>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000	11.565.713	440	301
Personeel hotelfuncties	412000	5.552.750	320	200,64
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	1.135.024	32	29,36
<b>Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst</b>	<b>411+412+415000</b>	18.253.487	792	531
<b>4) Overig personeel in loondienst</b>				
			7	1,79
<b>Totaal personeel in loondienst</b>		62.126.073	2.148	1.545,22

B) INGEHUURD PERSONEEL EN ZELFSTANDIGEN	CODE	KOSTEN VAN INGEHUURD PERSONEEL EN ZELFSTANDIGEN IN VERSLAGJAAR, IN EURO'S	TOTALE KOSTEN INGEHUURD PERSONEEL
Uitzendkrachten en overige inhuur, verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch		2.386.363	2.386.363
Inhuur van management en staf; algemeen en administratief		113.300	113.300
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en inhuur specialisten in loondienst elders			
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel		2.035.062	2.035.062
<b>Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen</b>		<b>4.534.725</b>	<b>4.534.725</b>

C) ONBETAALD PERSONEEL	GEMIDDELD AANTAL WERKZAME PERSONEN IN VERSLAGJAAR
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
Overige stagiaires	
Vrijwilligers	92
<b>Totaal stagiaires en vrijwilligers</b>	<b>92</b>

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

Alle gegevens in hoofdstuk B hebben betrekking op het concernniveau.

#### Governancecode

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

#### Bestuursstructuur

STRUCTUUR	ANTWOORDCATEGORIE
Welke bestuursstructuur is op uw concern van toepassing?	1. Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht 2. Directie vallend onder eindverantwoordelijk stichtingsbestuur
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.	n.v.t.
Is het toezichhoudend 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 toezichhoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, evenals de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	Ja
Heeft uw concern de rechtsvorm van stichting of vereniging (als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek)?	Ja, Stichting
Zo nee, welke rechtsvorm heeft uw concern?	n.v.t.

**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?	Cliëntenraad

**Wijziging statuten**

TRANSPARANTIE-EIS	JA/NEE
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering belangrijke veranderingen plaatsgevonden?	Nee
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***C1. Algemeen kwaliteitsbeleid****Kwaliteitscertificaten per aanwezig certificaat/label/accreditatie**

NAAM	HKZ-CERTIFICATIESCHEMA DIALYSECENTRA (2009) ISO 9001: 2008
Reikwijdte	Afdeling Dialyse
Datum van uitreiking	November 2011
Datum van expiratie geldigheid	November 2013
Naam toetsende instantie	Lloyds Register & Plenaire Visitatiecommissie Nefrologie

NAAM	CCKL
Reikwijdte	Klinisch Chemisch Laboratorium & Huisartsenlaboratorium Gouda
Datum van uitreiking	Februari 2010
Datum van expiratie geldigheid	Februari 2013
Naam toetsende instantie	CCKL

NAAM	CCKL
Reikwijdte	Laboratorium Apotheek GHZ
Datum van uitreiking	November 2010
Datum van expiratie geldigheid	Februari 2013
Naam toetsende instantie	CCKL

NAAM	CCKL
Reikwijdte	Klinische Pathologie
Datum van uitreiking	Januari 2011
Datum van expiratie geldigheid	Januari 2016
Naam toetsende instantie	CCKL

NAAM	CCKL
Reikwijdte	Medische Microbiologie
Datum van uitreiking	December 2010
Datum van expiratie geldigheid	December 2015
Naam toetsende instantie	CCKL

NAAM	WHO/UNICEF CERTIFICAAT VOOR BORSTVOEDING
Reikwijdte	Afdeling Kindergeneeskunde
Datum van uitreiking	April 2009
Datum van expiratie geldigheid	April 2012
Naam toetsende instantie	Stichting Zorg voor Borstvoeding

NAAM	SMILEYS (3)
Reikwijdte	Kinderafdeling
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	Gehele organisatie
Datum van uitreiking	Juni 2010
Datum van expiratie geldigheid	n.v.t.
Naam toetsende instantie	Sterrengids Gastvrijheidszorg Zorginstellingen

NAAM	TOPZORG PREDICAAT MENZIS
Reikwijdte	Knieartrose, heupartrose, amandelen, rughernia
Datum van uitreiking	2010
Datum van expiratie geldigheid	2012
Naam toetsende instantie	Menzis

NAAM	TOPZORG PREDICAAT MENZIS
Reikwijdte	Meniscus, staar, borstkanker, spataderen, liesbreuk, slaapapneu
Datum van uitreiking	2011
Datum van expiratie geldigheid	2013
Naam toetsende instantie	Menzis

NAAM	BORSTKANKERLINTJE
Reikwijdte	Mammapoli
Datum van uitreiking	September 2011
Datum van expiratie geldigheid	Augustus 2012
Naam toetsende instantie	Borstkankervereniging Nederland

NAAM	SLAAPKLINIEK ***
Reikwijdte	OSAS verpleegkundige
Datum van uitreiking	Oktober 2011
Datum van expiratie geldigheid	Oktober 2013
Naam toetsende instantie	ApneuVereniging

NAAM	KEURMERK VAATZORG
Reikwijdte	Polikliniek Vaatchirurgie
Datum van uitreiking	December 2011
Datum van expiratie geldigheid	December 2012
Naam toetsende instantie	

NAAM	TOPZORG PREDICAAT MENZIS
Reikwijdte	Heupartrose
Datum van uitreiking	Januari 2012
Datum van expiratie geldigheid	December 2013
Naam toetsende instantie	Menzis

### Certificaten waaraan wordt gewerkt

NAAM	WHO/UNICEF CERTIFICAAT VOOR BORSTVOEDING
Reikwijdte	Afdeling Gynaecologie en Verloskunde
Datum van uitreiking	December 2008
Datum van expiratie geldigheid	December 2011
Naam toetsende instantie	Stichting Zorg voor borstvoeding
April 2012 hercertificering	

NAAM	ISO 9001
Reikwijdte	Vooralsnog Kinderafdeling en Radiologie
Naam toetsende instantie	ISO

NAAM	SCAS-CERTIFICERING
Datum van uitreiking	Augustus 2007
Datum van expiratie geldigheid	Augustus 2011
Reikwijdte	Sportmedisch Adviescentrum
Naam toetsende instantie	SCAS
2012 hercertificering	

### C2. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

#### Klachtenfunctionaris

GEGEVEN	ANTWOORDCATEGORIE
Kunnen patiënten/cliënten in uw concern terecht bij een klachtenfunctionaris	Ja

#### Aantallen klachten

GEGEVEN	AANTAL
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	9 klachten (in totaal 21 deelaspecten)
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	9 klachten (in totaal 21 deelaspecten)
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	12 deelaspecten (nog 3 deelaspecten in behandeling)
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	10 deelaspecten (nog 3 deelaspecten in behandeling)

**C3. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers****Verloop personeel excl. oproepkrachten en stagiaires**

VERLOOP PERSONEEL	AANTAL PERSONEELSLEDEN	AANTAL FTE
Instream personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	198	165,2
Uitstroom personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	214	153,4

**Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, alle sectoren met uitzondering van UMC's.**

VERZUIM	PERCENTAGE
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	4,16%

**Vacatures**

VACATURES	TOTAAL AANTAL VACATURES PER EINDE VERSLAGJAAR	AANTAL MOEILIK VERVULBARE VACATURES PER EINDE VERSLAGJAAR
Totaal personeel	106	15
Waarvan personeel met patiënt-/cliëntgebonden functies	30	6

**C4. Financieel beleid****Resultaatratio**

RESULTAATRATIO (NETTORESULTAAT GEDEELD DOOR DE TOTALE OPBRENGSTEN VAN DE BETREFFENDE ACTIVITEITEN)	VORIG JAAR	VERSLAGJAAR
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	1,5%	6,5%
Resultaat boekjaar	2.607.990	10.008.256
Totale opbrengsten boekjaar	170.812.480	152.677.201

**Liquiditeit**

LIQUIDITEIT	VORIG JAAR	VERSLAGJAAR
Quick ratio	43,12%	46,27%
Current ratio	56,12%	68,91%
Vlottende activa (minus voorraden, ohw uit hoofde van DBC's en financieringstekort, inclusief liquide middelen)	44.246.083	42.566.555
Vlottende activa	57.586.143	63.394.692
Totaal kortlopende schulden	102.616.154	91.993.354

**Solvabiliteit**

SOLVABILITEIT	VORIG JAAR	VERSLAGJAAR
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	11,6%	15,4%
Totaal eigen vermogen	17.384.799	27.603.930
Balanstotaal	149.830.301	179.405.259
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	10,2%	18,1%
Totaal eigen vermogen	17.384.799	27.603.930
Totaal opbrengsten	170.812.480	152.677.201

### III ZORGBREDE GOVERNANCE CODE GHZ

#### **Inleiding**

In onderstaand schema zijn de artikelen opgenomen die zijn vastgelegd in de Zorgbrede Governancecode 2011.

#### **Kolommen**

De eerste kolom bevat de letterlijke tekst uit de Zorgbrede Governance Code. In de kolommen twee en drie is aangegeven of is voldaan aan de inhoud van de Zorgbrede Governance Code. 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.

In dit schema is rekening gehouden met het Toezichtkader "Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid" en het "wetsvoorstel Bestuur en Toezicht".

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

## 1. Toepasselijkheid

1.1.DEZE CODE IS VAN TOEPASSING OP:	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
a. (Een) zorgorganisatie(s) en de rechtspersoon die deze zorgorganisatie(s) beheert/exploiteert;	+		
b. De door de hiervoor sub a bedoelde rechtspersoon beheerde/geëxploiteerde instelling(en) die geen toegelaten zorg levert;	+		Zie H. 2.2.2 ev in het Jaardocument.
c. Alle rechtspersonen en/of (zorg)instellingen die direct of indirect door de hiervoor sub a bedoelde rechtspersoon en de daarmee (groeps)verbonden rechtspersonen resp. samenwerkingsverbanden worden beheerd/geëxploiteerd en waarin deze rechtspersoon de overwegende zeggenschap heeft.	+		
Zorgorganisaties zijn ingevolge de WTZI toegelaten instellingen.	+		Stichting het Groene Hart Ziekenhuis en Stichting Groene Hart ZBC zijn ingevolge de WTZI toegelaten instellingen.
<b>Dispensatie kleine zorgorganisaties</b>			
Kleine zorgorganisaties zijnde zorgorganisaties met minder dan 10 zorggerelateerde personeelsleden en een zorgomzet van minder dan 1.000.000 euro zijn –mits zij in het laatst uitgebrachte Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording hierop expliciet een beroep gedaan hebben voor het verslagjaar en voor het daarop volgend jaar vrijgesteld van al hetgeen deze code bepaalt met uitzondering van 2.1.1, 2.1.2 en 2.3.1. Kleine zorgorganisaties worden wel geacht om waar mogelijk steeds in de geest van deze code te handelen. De dispensatie kent een maximale duur van twee jaar.	+		Extra Zorg BV heeft minder dan 10 zorggerelateerde personeelsleden en heeft een zorgomzet van minder dan 1 miljoen. Per 2012 komt Extra Zorg BV niet meer in aanmerking voor de dispensatie.
<b>Vennootschappen en de (coöperatieve) vereniging</b>			
Hoofdstuk 5 van de Zorgbrede Governance Code is slechts van toepassing als de zorgorganisatie wordt beheerd door een rechtspersoon in de vorm van een BV/NV of door een vereniging/coöperatieve vereniging.	+		GHZ is een stichting. Derhalve is hoofdstuk 5 van de Zorgbrede Governance Code niet van toepassing.

## 2. Verantwoording

2.1. DE ZORGORGANISATIE ALS MAATSCHAPPELIJKE ONDERNEMING	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
<p>De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als primaire doelstelling het bieden van zorg. Onder goede zorg wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.</p> <p>De maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie blijkt uit het hanteren van tenminste de volgende uitgangspunten:</p>			
a. De zorgorganisatie stelt de cliënt en zijn gerechtvaardigde eisen centraal;			<p>H. 3.4, 4.4, 4.5, 4.8 JMV            H. 4 JMV            (missie/speerpunten GHZ)</p>
b. De zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbare middelen zo effectief en doelmatig mogelijk worden aangewend;			<p>H. 4, 3.4 JMV doelmatige en effectieve aanwending            H. 4, 3.2 JMV.            Kwaliteitseisen: H.4.4 en 4.5</p>
c. De door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen;			<p>Doelmatige bedrijfsvoering.            H. 3.2, 3.4</p>
d. Uitkeringen van financiële middelen vinden uitsluitend plaats binnen de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie.			<p>Het JMV en bijlagen zijn goedgekeurd/ vastgesteld door de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, waarmee zij zich verantwoordelijk achten voor naleving van de code.</p>
<p>De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de governancestructuur van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en voor de naleving van de principes van deze code.</p>			

2.2 INVLOED EN BETROKKENHEID BELANGHEBBENDEN (VERTEGENWOORDIGING)	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
<p>1. De zorgorganisatie heeft als maatschappelijke onderneming een beleid voor dialoog met belanghebbenden. In het kader stelt de Raad van Bestuur (na voorafgaande goedkeuring van de RvT vast) vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wie de belanghebbenden van de organisatie zijn;</li> <li>- de wijze waarop vorm wordt gegeven aan het overleg met deze belanghebbenden of representatieve vertegenwoordiging daarvan over het voorgenomen beleid en de uitvoering daarvan door de zorgorganisatie;</li> <li>- de aard en inhoud van de informatieverschaffing;</li> </ul>	+		<p>H. 2.4, 4.7 JMV</p> <p>Van en voor belanghebbenden zijn jaarverslagen en/of reglementen (via internet) beschikbaar waaruit blijkt wie belanghebbenden zijn, de wijze waarop met hen een overleg plaatsvindt en de aard en inhoud van de informatieverschaffing.</p>
<p>2. De belanghebbenden (vertegenwoordiging) worden door de RvB van de zorgorganisatie in elk geval geïnformeerd en geraadpleegd over de volgende onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vaststelling of wijziging van de missie, doelstelling of grondslag van de zorgorganisatie;</li> <li>- hoofdlijnen strategisch beleid;</li> <li>- vastgestelde JMV;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg.</li> </ul> <p>Relevant zijnde belanghebbenden werknemers/specialisten/ Verpleegkundige/cliënten zijn vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad, Vereniging Medische Staf, Verpleegkundige Advies Raad en de Cliëntenraad. Zij worden geïnformeerd en geraadpleegd over de hiernaast vermelde onderwerpen.</p>	+		<p>H. 2.4, 3.5, 3.6, 3.7 en 3.8 JMV.</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>

2.3 VERANTWOORDING AAN BELANGHEBBENDEN	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De zorgorganisatie legt jaarlijks aan alle belanghebbenden verantwoording af middels het JMV over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties.	+		H. 4 JMV
2a. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van het JMV. De Raad van Toezicht ziet erop toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult.			Zie ook het voorwoord van de voorzitter Raad van Toezicht voor de wijze waarop aan de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht invulling is gegeven. H. 3.3, en de onderhavige bijlage.
2b. De zorgorganisatie draagt er zorg voor dat ook alle aan de zorgorganisatie verbonden vrijgevestigde (medische) professionals op geaggregeerd niveau (in ieder geval op het niveau van maatschappen en medische staven) verantwoording afleggen over de wijze van hun (be) handelen.			In kwalitatieve zin wordt verantwoording afgelegd. Een project zal duidelijkheid bieden over de wijze van verantwoording afleggen over kwalitatieve aspecten. Bronnen voor verantwoording zijn, o.a.: Jaarverslagen stafbestuur/ jaarverslagen en managementreviews maatschappen/vakgroepen. Jaarrekening samenwerkingsverband.
2c. De RvB legt in het JMV jaarlijks verantwoording af over het gevoerde beleid ten aanzien van belanghebbenden.			H. 3.5 t/m 3.8 JMV en H. 4 JMV
De RvT legt in het JMV verantwoording af over het in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.			Zie voorwoord RvT
De jaarlijkse verantwoording bevat, waar noodzakelijk, een bestuursverklaring.			



2.4 DE EXTERNE ACCOUNTANT EN DIENS RELATIE EN COMMUNICATIE MET DE ORGANEN VAN DE ZORGORGANISATIE.	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De externe accountant wordt benoemd en ontslagen door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur kan hierover advies uitbrengen aan de Raad van Toezicht.			Reglement Raad van Toezicht
2. De externe accountant wordt qua persoon periodiek gewisseld.	+		
3. De externe accountant verricht bij voorkeur geen advieswerkzaamheden voor de zorgorganisatie en maakt –indien dit in het te controleren boekjaar wel is gebeurd- in het verslag over de jaarrekening melding van de in dat jaar verrichte advieswerkzaamheden.	+		
4. De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij waarin de jaarrekening wordt besproken, goedgekeurd en/of vastgesteld.	+		
5. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen gelijkelijk aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.	+		

### 3. Raad van Bestuur

3.1 TAAK EN WERKWIJZE	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder meer in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie, en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De RvB legt hierover verantwoording af aan de RvT.	+		Statuten. H. 4 JMV en bronnen voor beleid: Inhoudelijk kader, Bedrijfsplan(nen), managementcontract.
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie, en weegt daarbij de in aanmerking komende belangen van de bij de zorgorganisatie betrokken belanghebbenden af.	+		H. 4, en 4.7 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. 3.1 jo. 4.8 JMV.
4. De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht.	+		GHZ-statuten/ reglement Raad van Toezicht/ Raad van Bestuur.
5. De RvB draagt ervoor zorg dat werknemers en anderen die in contractuele relatie tot de zorgorganisatie staan zonder gevaar voor hun rechtspositie de mogelijkheid hebben om aan een door hem aangewezen functionaris te rapporteren over vermeende onregelmatigheden binnen de zorgorganisatie van algemene, operationele en financiële aard. Vermeende onregelmatigheden die het functioneren van leden van de van de RvB betreffen worden gerapporteerd aan de voorzitter van de RvT. De klokkenluiderregeling wordt op intranet van de zorgorganisatie geplaatst.	+		GHZ beschikt over een klokkenluiderregeling en heeft een vertrouwenspersoon ter uitvoering van die regeling benoemd.

3.2 BEZOLDIGING EN OPENBAARMAKING DAARVAN	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
De RvT stelt de gewenste omvang van de RvB vast. RvT is verantwoordelijk voor benoeming, schorsing en ontslag, het vaststellen van de beloning, de contractduur, de rechtspositie en de andere arbeidsvoorwaarden van de individuele leden van de RvB.	+		Reglement RvT. Op grond van de profielschets, het functioneren en samenstelling van de RvB wordt de omvang van de RvB vastgesteld.
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur vast.	+		
2. In afwachting van de resultaten van een standpunt van de brancheorganisaties inzake het bezoldigingsbeleid, is een beloning aan de RvB toegekend die het GHZ in staat stelt gekwalificeerde bestuurders aan te trekken te behouden, alsook maatschappelijk passend is.			Normen Nederlandse Vereniging Ziekenhuisdirecteuren (NVZD)/Toezichthouders in de Zorg zijn leidend. Vermelding in het kader van de Wet Openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT).
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 Bestuur.	+/-		Bezoldiging volgens de richtlijnen NVZD, met uitzondering van het lid dat ook werkzaamheden verricht tbv Coöperatie en het LangeLand Ziekenhuis. Afwijking heeft plaatsgevonden om daadkrachtige bestuurder voor deze taken in te zetten. WOPT melding heeft plaatsgevonden.
4. Artikelen 3.2 leden 5, 6 van de ZC zijn niet van toepassing.	+		
5. De zorgorganisatie verstrekt aan haar bestuurders geen persoonlijke leningen, garanties en dergelijke, tenzij in de normale uitoefening van het bedrijf en tegen de daarvoor voor het gehele personeel geldende voorwaarden en na goedkeuring van de RvT. Leningen worden niet kwijtgescholden.			

3.3 BELANGENVERSTRENGELINGEN	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De Raad van Bestuur is integer en stelt zich toetsbaar op ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm van schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstremgeling tussen enig lid van de Raad van Bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden.	+		Arbeidsovereenkomst Raad van Bestuur.
2. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders spelen, die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of bestuurders, behoeven goedkeuring van de RvT.	-		Reglement RvB is hierop aangepast.
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, tenzij deze in een holding nauw verbonden is met de zorgorganisatie.	+		
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.	+		Vastgelegd in Arbeidsovereenkomst Raad van Bestuur
4. De Raad van Bestuur geeft de Raad van Toezicht op eerste verzoek inzicht in de door hem uitgeoefende nevenfuncties.	+		

#### 4. Raad van Toezicht

4.1 TAAK EN WERKWIJZE	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
<p>1. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie en staat de RvB met raad terzijde. De Raad van Toezicht bewaakt c.q. houdt toezicht op tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;</li> <li>• de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;</li> <li>• de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;</li> <li>• de financiële verslaglegging;</li> <li>• de naleving van wet- en regelgeving;</li> <li>• het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en de verantwoordelijkheid van de zorgonderneming.</li> </ul> <p>De RvT bespreekt in ieder geval eenmaal per jaar de strategie en de voornaamste risico's verbonden aan de zorgorganisatie, de uitkomsten van de beoordeling door de RvB van de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen, alsmede significante wijzigingen daarin. Van het houden van deze besprekingen wordt melding gemaakt in het jaarverslag van de RvT.</p>			<p>In de praktijk houdt de Raad van Toezicht op grond van de huidige statuten toezicht op de hiernaast vermelde onderwerpen. Een nadere uitwerking hiervan is opgenomen in reglementen.</p> <p>Bron: bestuursreglement, reglementen Raad van Toezicht/Raad van Bestuur. Deze documenten zijn vastgesteld door de Raad van Toezicht (RvT).</p> <p>Compliancenotitie juridische zaken, privacyjaarverslag, jaarverslag claims notulen vergadering RvT.</p>
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie, en weegt de in aanmerking komende belangen van de bij de organisatie betrokken belanghebbenden af.	+		H. 3, 4.7 JMV
3. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een functionerings- en beoordelingsgesprek.	+		Vastgelegd in Reglementen RvB/RvT
4. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren.	+		Reglement RvT
5. De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten hiervan.	+		Reglement RvT
6. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met de Raad van Bestuur als geheel een evaluatie-gesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie met elkaar.	+		Reglement RvT
7. De RvT en de toezichthouders afzonderlijk hebben een eigen verantwoordelijkheid om van de RvB en de externe accountant alle informatie te verlangen die de RvT behoeft om zijn taak als toezichthoudend orgaan goed te kunnen uitoefenen. Indien de RvT dit geboden acht, kan hij informatie inwinnen van functionarissen en externe adviseurs van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie stelt hiertoe de benodigde middelen ter beschikking.	-		Reglement RvT is aangepast

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

4.3 BEZOLDIGING	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht vast.	+		
2. De bezoldiging van een lid van de Raad van Toezicht is niet afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie.	+		Aandelen worden niet toegekend.
3. Het JMV van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Toezicht.	+		
4.4 ONAFHANKELIJKHEID	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten 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 het JMV verantwoording van de zorgorganisatie inzicht in de door hen uitgeoefende nevenfuncties.	+		
2. Het is niet gewenst dat de leden van de Raad van Toezicht op voordracht worden benoemd, dan wel door anderen dan de RvT worden benoemd. De leden RvT vervullen hun functie zonder last en zonder een deelbelang te laten prevaleren.	+		Regeling; op bindende voordracht van zendende stichtingen benoeming leden RvT is gewijzigd. 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.	+		Reglementen RvB/RvT
4. Een lid van de Raad van Toezicht kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van een Raad van Bestuur van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult, tenzij deze in een holding nauw verbonden is met de zorgorganisatie.	+		
5. Tot lid Raad van Toezicht is niet benoembaar een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie tot drie jaar na het einde van die functie. Evenmin zijn leden van de Raad van Toezicht benoembaar werknemers of personen die tot de zorgorganisatie toegelaten zijn tot drie jaar na het einde van hun arbeidscontract of toelating.	+		

4.5 BELANGENVERSTRENGELING	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstremgeling tussen enig lid van de Raad van Toezicht en de zorgorganisatie moet worden vermeden. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van leden van de RvT spelen, die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of voor de betreffende toezichthouders, behoeven de goedkeuring van de RvT.	+		Verklaring ondertekend door Raad van Toezicht. (bijlage: verklaring RvT)
2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de besluitvorming over het oplossen van zaken waarbij een belangenverstremgeling aan de orde kan zijn bij leden van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en bij externe accountants in relatie tot de zorgorganisatie.	+		(bijlage: verklaring RvT)

#### ARTIKEL 5 IS NIET VAN TOEPASSING OP HET GHZ.

6 OPENBAARMAKING EN INVOERINGSDATUM VAN DEZE CODE	JA	NEE	VINDPLAATS VOOR NADERE INFORMATIE EN INDIEN VAN BELANG WORDT EEN TOELICHTING GEGEVEN.
1. Deze Governancecode is op 1 januari 2010 volledig van kracht.	+		
2. De hoofdlijnen van de governancestructuur van de zorgorganisatie worden mede aan de hand van de principes die in deze code zijn genoemd in het JMV uiteen gezet.	+		
3. In dit JMV geeft GHZ uitdrukkelijk aan dat zij de principes van deze governance code 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).	+		



## IV VERKLARING RAAD VAN TOEZICHT

### **De Raad van Toezicht van Stichting het Groene Hart Ziekenhuis,**

verklaart hierbij,

in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg dat in 2011 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 2012

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

## V WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES MEDEWERKERS GHZ, 2011

### Apotheek

van Maarseveen EM, Man WH, Touw DJ, Bouma AW, van Zanten AR.

"Continuous and intermittent infusion of vancomycin equally effective: review of the literature.", in: Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155(42):A2667.

### Chirurgie

van Bommel AJ, van de Velde CJ, Schmitz RF, Liefers GJ.

"Prevention of seroma formation after axillary dissection in breast cancer: A systematic review.", in: Eur J Surg Oncol 2011.

### Gynaecologie

Dekker RR, Schutte JM, Stekelenburg J, Zwart JJ, van RJ.

"Maternal mortality and severe maternal morbidity from acute fatty liver of pregnancy in the Netherlands.", in: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;157(1):27-31.

Dijkhuizen K, Dekkers OM, Holleboom CA et al.

"Vaginal misoprostol prior to insertion of an intrauterine device: an RCT.", in: Hum Reprod 2011;26(2):323-329.

Jonkers M, Richters A, Zwart J, Ory F, van RJ.

"Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives.", in: Reprod Health Matters 2011;19(37):144-153.

Jozwiak M, Rengerink KO, Benthem M et al.

"Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial.", in: Lancet 2011.

Koopmans CM, Zwart JJ, Groen H et al.

"Risk indicators for eclampsia in gestational hypertension or mild preeclampsia at term.", in: Hypertens Pregnancy 2011;30(4):433-446.

Milani AL, Withagen MI, The HS, Nedelcu-van der Wijk I, Vierhout ME.

"Sexual Function Following Trocar-guided Mesh or Vaginal Native Tissue Repair in Recurrent Prolapse: A Randomized Controlled Trial.", in: J Sex Med 2011.

Van HN, Miltenburg AS, Zwart JJ, Bloemenkamp KW, van RJ.

"Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands.", in: Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(9):1010-1016.

Versteegh FG, Arkesteijn SG, Bakker-Verweij M et al.

"Hb Boskoop [HBA2c.112C>T p.Pro38Ser]: A New alpha2 Chain Variant Observed in a Moroccan Family.", in: Hemoglobin 2011;35(2):97-102.

Zwart JJ, Jonkers MD, Richters A et al.

"Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands.", in: Eur J Public Health 2011;21(2):229-234.

### Interne geneeskunde

Eshuis M, Verschoor AJ, Koster T.

"A case of sweet taste perception caused by lung cancer-related hyponatraemia.", in: Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155(26):A3150.

Houtman-van Duinen WJ, Ende-Verhaar YM, de Ruiter GC, van der Torren-Conze AM.

"Cerebrospinal fluid ascites from a ventriculoperitoneal shunt.", in: Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155(50):A4035.

### **Kindergeneeskunde**

Verbeek S, Vos RC, Mul D, Houdijk ME.

"The influence of an educational program on the HbA(1c)-level of adolescents with type 1 diabetes mellitus: a retrospective study.", in: J Pediatr Endocrinol Metab 2011;24(1-2):15-19.

Straasheijm LW, Starreveld JS.

"An infant with repeated projectile vomiting.", in: Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A1594.

### **Radiologie**

van der Linden E, Otoide-Vree M, Pattynama PM.

"Percutaneous Treatment of Peripheral Vascular Malformations in Children: Long-Term Clinical Outcome.", in: Cardiovasc Intervent Radiol 2011.

## VI PERSONALIA

### Raad van Bestuur

dhr. D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB  
mw. ir. M.J. Verdier, lid RvB

### Cobestuur

dhr. dr. D.J. Swank, chirurg (tot april 2011)  
dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, internist (tot oktober 2011)  
dhr. drs. J. Kemper, KNO-arts (vanaf april 2011)  
mw. drs. J.E. Dalman, Neuroloog (vanaf oktober 2011)

### Raad van Toezicht

dhr. prof. dr. G.H. Blijham, voorzitter  
mw. dr. M.E.M. van Dijen  
dhr. ir. G.S. Groot  
dhr. dr. P.C. Hermans  
dhr. P. Hoogendoorn RA  
mw. drs. N. Zefzafi  
dhr. drs. P. Zoetewij

### Bestuurssecretaris

mw. mr. drs. S.R. Tuin

### Directeuren

mw. ir. C. de Vries, directeur Concernstaf  
mw. drs. M. Daniëls, directeur Commerciële Eenheid  
dhr. M. Baaij, directeur Financiën en ICT

### Bestuur Vereniging Medische Staf

dhr. dr. D.J. Swank, voorzitter (tot april 2011)  
dhr. drs. J. Kemper, voorzitter (vanaf april 2011)  
mw. drs. J.E. Dalman, vice-voorzitter (vanaf oktober 2011)  
dhr. drs. R.G.W. Nijman, secretaris  
dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, penningmeester (tot oktober 2011)  
mw. dr. F. Bruynzeel, lid  
mw. drs. A.M.T.J. Raben, lid  
dhr. drs. E.G. Weijers, lid

### Secretaris Medische Staf

mw. drs. J. Hubrecht

**Medisch leiders RVE's per eind 2011**

dhr. P.G.J. Axt, Anesthesiologie  
dhr. E.P. Viergever, Cardiologie  
dhr. P.M. Schlejen, Chirurgie en Plastische Chirurgie  
dhr. B.R. Mooyart, Dermatologie  
mevr. dr. C.A.H. Janssen, Gynaecologie & Verloskunde  
dhr. M. Petjak, Intensive Care geneeskunde  
dhr. Dr. J.W. Eijgenraam, Interne geneeskunde & MDL  
dhr. D.R. Ramdat Misier, Kaakchirurgie  
dhr. J.C.M. Hoekx, Kindergeneeskunde  
dhr. dr. J.J.H. Hens, Klinische Chemie  
mevr. A.B.M. van der Sanden, Klinische geriatrie  
dhr. C.M. van Dijk, Klinische pathologie  
dhr. F.P. Bakker, KNO-heelkunde  
dhr. J. Prins, Longgeneeskunde  
dhr. E.R. van der Vorm, Medische microbiologie en Infectiepreventie  
dhr. M.C. Vosmeer, Medische psychologie en Psychiatrie  
dhr. L.M.H. Kloos, Neurologie  
mevr. G.J. Abels-Fransen, Nucleaire geneeskunde  
dhr. G.W.S. Thoe Schwarzenberg en Hohenlansberg, Oogheelkunde  
dhr. P.J.I.M Poelmann, Orthopedie  
dhr. H.M. de Bakker, Radiologie  
mevr. dr. T.H.E. Molenaar, Reumatologie  
mevr. M.A. van Loo, Revalidatie geneeskunde  
dhr. R.D. van Caubergh, Urologie  
mevr. M. Heeringa, Ziekenhuisfarmacie

**Ondernemingsraad**

dhr. W. Bijkerk duovoorzitter  
mw. H. van der Velden duovoorzitter  
mw. H. van Yperen-Janmaat secretaris  
dhr. M. van Esschoten, tweede secretaris  
mw. G. van den Bergh-Kempenaar  
dhr. R. Gerritse  
mw. M. Haasnoot  
mw. G. Huisman (tot maart 2011)  
mw. Lucia de Jong  
mw. I. Neeft-van der Putten  
mw. C. van Nieuwkerk (vanaf maart 2011)  
dhr. J. Ponsen (vanaf maart 2011 tot mei 2011)  
dhr. P. Rijk  
dhr. H. Sluijter  
mw. A. Spruyt  
mw. P. Vrouwenvelder  
mw. Th.M.J. van Leeuwen Leenders, ambtelijk secretaris

**Cliëntenraad**

mw. F. Horstmann, voorzitter  
mw. J. Hofstra-Stroink, secretaris/penningmeester (tot februari 2011)  
dhr. P.F.A. Greeven, secretaris/penningmeester (vanaf februari 2011)  
dhr. J.F. van Langeveld, vicevoorzitter  
dhr. A.F. Bredie  
dhr. R. Tighadouini  
dhr. J. Lammers (vanaf maart 2011)  
mw A. van den Brink-Muinen (vanaf maart 2011)  
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  
dhr. mr. W. van den Brink  
dhr. ir. G.S. Groot

**Raad van Bestuur Stichting Zorggroep Groene Hart**

dhr. D.J. Verbeek MHA  
mw. ir. M.J. Verdier  
mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige  
dhr. J. Prins, longarts

**Raad van Bestuur Holding Groene Hart bv**

dhr. D.J. Verbeek MHA  
mw. ir. M.J. Verdier  
mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige  
dhr. J. Prins, longarts

**Raad van Bestuur Extra Zorg bv**

dhr. D.J. Verbeek MHA  
mw. ir. M.J. Verdier  
mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige  
dhr. J. Prins, longarts

**Bestuurder Stichting ZBC Groene Hart**

mw. drs. M. Daniëls

## VII LIJST VAN AFKORTINGEN

AO/IC	Administratieve organisatie en interne controle	ROHMH	Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland
BIARA	Business Impact Analyse / Risico Analyse	RvB	Raad van Bestuur
CISO	Coöperatie Informatie Security Officer	RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
DBC	Diagnose Behandel Combinatie	RvT	Raad van Toezicht
DIS	DBC Informatie Systeem	SVMS	Samenwerkingsverband Medisch Specialisten
DOT	DBC's op weg naar Transparantie	TDG	Trombosedienst Gouda e.o.
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier	VAR	Verpleegkundige Adviesraad
EVS	Elektronisch Voorschrijf Systeem	VIM	Veilig Incidenten Melden
FG	Functionaris Gegevensbescherming	VMS	Vereniging Medische Staf
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst	VS	Verenigde Staten
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg	WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
GHDC	Groene Hart Diagnostisch Centrum	WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
GHZ	Groene Hart Ziekenhuis	WOPT	Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde Topinkomens
HAG	Huisartsenlaboratorium Gouda	WOR	Wet op OndernemingsRaden
HAPMH	Huisartsenpost Midden-Holland	WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
HRM	Human Resource Management	ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten	ZIS	Ziekenhuisinformatiesystemen
IMVA	Immaterieel Vast Actief		
LLZ	LangeLand Ziekenhuis		
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum		
MBA	Master of Business Administration		
MCH	Medisch Centrum Haaglanden		
MDC	Medisch Diagnostisch Centrum		
NIVC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care		
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen		
NVZD	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren		
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit		
OR	Ondernemingsraad		
PTO	Patiënttevredenheidonderzoek		
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne		