

Jaardocument 2012

Diaconessenhuis Leiden



Diaconessenhuis



Leiden

Fotograaf foto voorpagina:
Arno Massee

Jaardocument 2012

Inhoudsopgave

Deel I Jaarverslag

Voorwoord Raad van Bestuur	3
1 Uitgangspunten van de verslaglegging	4
2 Profiel van de organisatie	7
2.1 Cliënten, capaciteit, productie en personeel	7
2.2 Werkgebieden	8
3 Ontwikkelingen en prestaties	9
3.1 De patiënt centraal	9
3.2 Samenwerkingsrelaties	10
3.3 Kwaliteitsbeleid	11
3.3.1 Kwaliteit van zorg	11
3.3.2 Klachten	17
3.4 Personeelsbeleid en arbeidsomstandigheden	23
3.4.1 Kwaliteit van het werk	24
3.5 Financieel beleid, planning, control en risicomanagement	26
3.5.1 Financieel beleid	26
3.5.2 Planning- & controlcyclus	27
3.5.3 Risicomanagement	27
3.6 Financiële ontwikkelingen	28
3.6.1 Algemene financiële ontwikkelingen	28
3.6.2 Opbrengsten	29
3.6.3 Kosten	29
3.6.4 Ontwikkelingen in de balans	30
3.6.5 Kasstromen en financieringsbehoeften	30
3.7 Bedrijfsprocessen	30
3.8 Samenleving	33
4 Bestuur, toezicht en medezeggenschap	34
4.1 Zorgbrede Governancecode 2010	34
4.2 Raad van Bestuur	34
4.3 Verslag Raad van Toezicht	34
4.4 Medezeggenschap	40
4.4.1 Cliëntenberaad	40
4.4.2 Ondernemingsraad	40
4.4.3 Verpleegkundige Adviesraad	41

Deel II Jaarrekening

5.1 Jaarrekening 2012

5.1. Balans per 31 december 2012	51
5.1.2 Resultatenrekening over 2012	52
5.1.3 Kasstroomoverzicht over 2012	53
5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	54
5.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2012	59
5.1.6 Mutatieoverzicht materiële vaste activa/(financiële vaste activa)	69
5.1.7 Specificatie ultimo boekjaar onderhanden projecten en gereedgekomen projecten	72
5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2012	73
5.1.9 Toelichting op de resultatenrekening over 2012	74

5.2 Overige gegevens

5.2.0 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	83
---	----

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening.....	85
5.2.2 Statutaire regeling resultaatsbestemming	85
5.2.3 Resultaatsbestemming.....	85
5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum.....	85
5.2.5 Accountantsverklaring	86

Voorwoord Raad van Bestuur

In diverse opzichten was 2012 een overgangsjaar. Voor het eerst stagneerde de groei van het aantal patiëntenbezoeken, overeenkomstig de landelijke trendbreuk. De totale productie bleef iets onder die van 2011 steken. Wel kon 2012 met een positief bedrijfsresultaat worden afgesloten. Tevens stond 2012 in het teken van een nieuwe bekostigingssystematiek, met de invoering van de DOT's als vervanging van de DBC's. Dat bracht een proces van gewinning te weeg, deels in samenhang met de invoering van het nieuwe EZIS van Chipsoft. Pas in de loop van het jaar kwamen registratie en facturatie goed op gang. Dat hield tevens verband met de bijzonder late contractering met de meeste verzekeraars. In die opzichten gaat 2013 een stuk beter van start. Eind 2012 worden op de eerste afdelingen met succes EPD's geïntroduceerd.

In 2012 zijn ook majeure eerste stappen gezet op het terrein van de kwaliteit en patiëntenveiligheid. In december werd het belangrijke VMS keurmerk door NIAZ toegekend, waarvoor velen in huis een grote inspanning hebben geleverd. Dit is tevens de opmaat voor de complete NIAZ accreditatie die voor 2013 op de agenda staat. In het voorjaar werd aan het Diaconessenhuis Leiden de vierde ster toegekend van Gastvrijheid met Sterren, waarmee wij behoren tot een selecte groep ziekenhuizen in Nederland die de patiënt werkelijk centraal stelt. Voor de vijfde ster, die slechts twee ziekenhuizen in Nederland hebben, moeten we de komende jaren eerst enkele bepalende investeringen in onze faciliteiten doen. Regelmatig voeren we onderzoeken naar patiënttevredenheid uit, waarin onder meer een NPS-score wordt bepaald. Daaraan kunnen we aflezen dat de in 2012 onderzochte afdelingen (zeer) hoge scores behalen.

Afgelopen jaar was er een bestuurswisseling. Lid van de Raad van Bestuur drs. J.G. den Hollander nam per 1 juli afscheid om bestuurder te worden in Tergooi ziekenhuizen in Hilversum. Hij werd medio september opgevolgd door prof.dr M.W. de Jong. Later in het jaar werd de voorzitter van de Raad van Toezicht, prof. W.P. Moleveld RA, opgevolgd door Mevr. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper. Wij zijn Hans en Wim dankbaar voor hun jarenlange inspanningen en grote betekenis voor het Diaconessenhuis.

In 2012 zijn veel nieuwe ontwikkelingen in gang gezet. Dat geldt in bijzondere mate voor het overleg met de andere ziekenhuizen in het kader van Regiovisie, waarin goede voortgang werd geboekt. In 2013 verwachten we hiervan de vruchten te plukken. Met Marente werd een gemeenschappelijk transitiecentrum opgezet voor uitbehandelde patiënten. Ook met andere instellingen werden ketenzorg initiatieven opgezet. Onverminderd bleef onze aandacht gericht op laagdrempeligheid voor huisartsen en andere verwijzers. Intern was een hoogtepunt het meermaals voor het personeel vertonen van de mede door het Diaconessenhuis geïnitieerde productie De Limonadefabriek van theatergezelschap Plezant. De voorstelling gaf aanleiding voor intense discussies en initiatieven voor verbeteringen op de werkvloer. Tevens zijn we dit jaar gestart met het project Excellente Zorg bij de verpleegkundigen en doktersassistenten. Onder excellente zorg verstaan we zorg die wordt geboden door verpleegkundigen/doktersassistenten die hun werk met volle overgave volgens de laatste stand van de wetenschap doen. Zij doen dit in respectvolle samenwerking met artsen en management. De resultaten van dit project zullen er toe moeten leiden dat wij als een magneet werken op medewerkers en patiënten.

Het zijn allemaal illustraties van de bijzondere gemeenschap van mensen binnen en buiten het Diaconessenhuis die samen ten dienste staan van de best mogelijke patiëntenzorg in de regio. We willen iedereen bedanken die daar ook in 2012 zijn bijdrage aan leverde.

Leiden, 7 mei 2013

Raad van Bestuur

Prof. dr. M.W. de Jong

Mevrouw drs. M.J.L.E. Weijers

1 Uitgangspunten van de verslaglegging

In het Jaardocument 2012 geeft het Diaconessenhuis Leiden inzicht in de activiteiten en prestaties in het jaar 2012.

De verslagperiode betreft het boekjaar 2012. De reikwijdte betreft de Stichting Diaconessenhuis Leiden.

Het jaardocument is als volgt opgebouwd:

- Deel I: jaarverslag
 - Hoofdstuk 2: profiel van de organisatie met een aantal kerngegevens van het Diaconessenhuis Leiden
 - Hoofdstuk 3: ontwikkelingen en prestaties gedurende het jaar 2012
 - Hoofdstuk 4: onderwerpen met betrekking tot bestuur, toezicht en medezeggenschap
 - Bijlagen: organogram, personalia en een lijst met gebruikte afkortingen
- Deel II: jaarrekening
 - financiële prestaties: de jaarrekening van 2012 en de toelichting daarop

Bij dit jaardocument behoort DigiMV, een digitale set vragenlijsten waarin de kern- en productiegegevens van het Diaconessenhuis Leiden worden verzameld. Deze gegevens en het tekstuele deel worden geregistreerd bij het CIBG en zijn in te zien via www.jaarverslagenzorg.nl.

Het Diaconessenhuis Leiden registreert en publiceert de prestatie-indicatoren zoals voorgeschreven door de inspectie. Deze zijn te raadplegen via www.ziekenhuizentransparant.nl.

Het jaardocument is tevens digitaal beschikbaar op onze website, www.diaconessenhuis.nl.

Wij verwachten dat dit jaardocument een bijdrage levert aan transparantie, het is voor ons een belangrijke manier om verantwoording af te leggen over het afgelopen jaar.

DEEL I

JAARVERSLAG

2 Profiel van de organisatie

Het Diaconessenhuis Leiden levert sinds de oprichting in 1897 ziekenhuiszorg aan mensen uit de regio, waarbij wordt gehandeld in de geest van de christelijke identiteit. Het Diaconessenhuis levert kwalitatief goede, regionale basiszorg voor de bevolking in de regio Leiden en wijde omgeving, en kent daarnaast enkele specifieke aandachtsgebieden ter versterking van de basisfunctie.

Het Diaconessenhuis Leiden wil een ziekenhuis zijn waar de mens centraal staat in de meest brede zin van het woord. Dat betekent dat het ziekenhuis de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg verleent op een manier die vertrouwen wekt, in samenwerking met andere zorgverleners, met bewaarde, actieve en betrokken medewerkers, in een mensvriendelijke omgeving en tegen concurrerende prijzen.

2.1 Cliënten, capaciteit, productie en personeel

In onderstaande tabellen is een aantal kerngegevens van het Diaconessenhuis Leiden opgenomen. De kerngegevens zijn tevens beschikbaar via DigiMV.

Ontwikkelingen kerncijfers 2010-2012

	2012	2011	2010
Capaciteit			
Aantal beschikbare bedden voor klinisch capaciteit en dagverpleging	300	300	300
DBC's			
Aantal geopende DBC's	174.140	121.331	117.671
Aantal gesloten DBC's	112.477	124.888	115.883
Productie polikliniek			
Aantal eerste polikliniekbezoeken	79.668	80.660	74.462
Aantal overige polikliniekbezoeken	115.272	116.486	106.929
Productie kliniek			
Aantal klinische opnames exclusief interne overnamen	12.177	14.554	15.261
Aantal dagverplegingsdagen	15.198	14.489	13.361
Aantal klinische verpleegdagen	56.141	63.849	67.350

Tabellen over omvang personeel en ziekteverzuim 2010-2012

Personeelsomvang in aantallen medewerkers (per 31 december)

	2012	2011	2010
Personeel in loondienst (excl. medisch specialisten)	1.254	1.442	1.427
Medisch specialisten (in loondienst en vrij)	82	85	87
Totaal	1336	1.527	1.514

Ziekteverzuimpercentages

	2012	2011	2010
Vernet Diaconessenhuis *	4.00	3.86	3.82
Vernet branche	4.33	4.74	4.48

* Vernet = landelijk meldpunt ziekteverzuim, branche ziekenhuizen.

2.2 Werkgebieden

Het Diaconessenhuis Leiden staat open voor alle patiënten. Het adherentiegebied van het Diaconessenhuis Leiden omvat globaal Leiden en omstreken en de Duin- en Bollenstreek. De voornaamste gemeenten waar de patiënten (Eerste Administratief Consult) in 2011 vandaan komen zijn:

gemeente	herkomst patiënten in 2011
Katwijk	24,58%
Leiden	25,11%
Lisse	3,91%
Noordwijk	9,53%
Noordwijkerhout	5,46%
Oegstgeest	9,01%
Teylingen	13,01%
Voorschoten	2,62%
Primair Verzorgingsgebied	93,23%
Secundair verzorgingsgebied (Oost)	5,89%
Overige & buitenland	0,88%
Totaal	100%



3 Ontwikkelingen en prestaties

3.1 De patiënt centraal

Klantervaringen

Binnen het Diaconessenhuis vindt per afdeling tweejaarlijks onderzoek plaats naar de patiënttevredenheid. Met de uitkomsten verbeteren we de zorg en dienstverlening zodat we aansluiten bij de wensen en verwachtingen van onze patiënten. Wij werken met een online onderzoek, waarvoor wij Explora gebruiken, het systeem van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen.

De betreffende afdeling stelt een eigen vragenlijst samen. Naast algemene vragen (van de NVZ) die onder andere gericht zijn op ontvangst, bejegening, verzorging en behandeling, zijn er afdelingsspecifieke vragen opgenomen. Bovendien wordt altijd de Netto Promotor Score berekend. Na afronding en analyse van het onderzoek worden er door de teamleiders verbeteracties geformuleerd en uitgevoerd. De effecten van de verbeteracties worden in het volgende onderzoek weer gemeten of tussentijds als dat relevant is.

De volgende afdelingen hebben in 2012 een onderzoek afgerond:

- Polikliniek Interne Geneeskunde /MDL, exclusief de verpleegkundig specialisten
- Polikliniek KNO
- Afd 3A Kortverblijf en dagbehandeling
- Afd 3B Langverblijf Chirurgie en Orthopedie
- Afd 4B Gynaecologie / obstetrie
- Klinisch Chemisch Laboratorium

Patiënten kunnen hun ervaringen met het Diaconessenhuis ook kenbaar maken op de website van Independer, waarnaar wij een link hebben opgenomen op onze eigen website.

Wachttijden radiologie

De afdeling radiologie had te lange wachttijden voor de eerste lijn (huisartsen). De afdeling heeft daarom in 2012 gewerkt aan de drie speerpunten: optimale bereikbaarheid, maximaliseren van de productie en kortere wachttijden.

Er wordt gewerkt met een nieuw echoprogramma, waardoor de wachttijd voor echo's is gedaald. Voor bepaalde radiodiagnostische aanvragen is met name de service aan de eerste lijn verbeterd door rechtstreekse toegang en een inloopsprekkuur. De verslaglegging aan de huisartsen is versneld, sindsdien worden elk uur verslagen verstuurd aan huisartsen.

Poliklinische apotheek

Het jaar 2012 werd gebruikt om de voorbereidingen te treffen voor het starten van een poliklinische apotheek. Een apotheek in het ziekenhuis biedt een extra faciliteit voor onze patiënten. Het streven is om medio 2013 de poliklinische apotheek te openen.

Mens&Zorg

In 2012 kreeg het programma Mens&Zorg een vervolg, mede door deelname aan het programma Excellente Zorg van de V&VN en de NPCF. Excellente zorg wordt geboden door verpleegkundigen die hun werk met volle overgave volgens de laatste stand van de wetenschap doen. Zij doen dit in respectvolle samenwerking met artsen en management. In april 2012 heeft een nulmeting voor Excellente zorg plaatsgevonden onder verpleegkundigen, gebaseerd op de pijlers organisatie, patiënten en verpleegkundigen/verzorgenden. Uit de nulmeting bleek dat het Diaconessenhuis sterk is op de punten klinische autonomie, zeggenschap over de beroepsuitoefening, support van de direct leidinggevende en voldoende personeel. Ook kregen wij aanbevelingen vanuit de meting, op basis waarvan verbeteracties zijn ingezet. De aanbevelingen hebben te maken met de aspecten samenwerking met de artsen, vakbekwaamheid collega's, opleidingsmogelijkheden en patiëntgerichte zorgcultuur.

Ten aanzien van de bejegening door medewerkers werkten wij in 2012 mee aan de ontwikkeling van een theatervoorstelling van De Limonadefabriek. De voorstelling ging over

de dilemma's van de professional die de patiënt centraal stelt. De voorstelling is voor alle medewerkers en medisch specialisten worden opgevoerd en gaf stof tot nadenken en leidde tot discussies met elkaar. Op alle afdelingen en in alle werkoverleggen is hier aandacht aan besteedt en medewerkers hebben met elkaar verbeterpunten benoemd.

Opnameplein

In 2012 is het opnameplein van start gegaan, waarin het preoperatieve traject als keten is opgenomen, vanaf het bezoek van de patiënt op de polikliniek tot aan de datum van de operatie. Alle stappen in dit traject zijn samengevoegd in het opnameplein, waardoor alles voor alle betrokkenen duidelijk is en er geen fragmentering meer optreedt. Ook de patiënten zijn hier zeer tevreden over.

Organisatiestructuur

In het Beleidsplan 2011-2013 is aangegeven dat we de organisatie meer zullen afstemmen op de patiënt. In 2011 zijn de contouren geschetst voor een beoogde aanpassing van de organisatie op hoofdlijnen waarbij de patiëntengroepen centraal staan en waarbij de participatie van de specialisten gewaarborgd is. Daarmee werd een samenhangend kader gegeven voor de lopende, dan wel nog te starten reorganisaties binnen het Diaconessenhuis. In 2012 werd de nieuwe organisatie- en overlegstructuur verder uitgewerkt en ingevoerd, de herindeling van de clusters is in dit jaar gerealiseerd.

Zorgassistenten

Op de verpleegafdelingen willen wij gaan werken met zorgassistenten. Dit zijn gastvrouwen op de afdeling voor alle niet medische zaken, die voorheen gedaan werden door de schoonmakers, voedingsassistenten en afdelingsassistenten. Het voordeel is dat voor de patiënten sprake is van één gezicht. In 2012 is een pilot uitgevoerd op een van de verdiepingen in de kliniek. In 2013 zal na evaluatie van de pilot besloten worden of ook op de andere verdiepingen zorgassistenten zullen gaan werken.

Afspraken

In 2012 is onderzoek gedaan ten aanzien van centraal en decentraal afspraken maken. Het doel is het afspraken maken zo efficiënt en klantvriendelijk mogelijk te organiseren. Besloten is in 2013 niet veel te veranderen aan de wijze waarom het georganiseerd is. Mogelijk zal dit op een later moment wel gebeuren.

3.2 Samenwerkingsrelaties

Regionale ziekenhuizen/ regiovisie

Vanaf het najaar 2011 vinden gesprekken plaats tussen de drie ziekenhuizen in de Leidse regio; LUMC, Rijnland Ziekenhuis en Diaconessenhuis, samen met de zorgverzekeraar Zorg&Zekerheid. Het leidde er toe dat in 2012 de aftrap plaatsvond van de 'Zorgvisie regio Leiden'. Met het project Zorgvisie regio Leiden verkennen de drie ziekenhuizen of intensievere samenwerking in de regio mogelijk is. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid ondersteunt dit project. Themawerkgroepen, bestaande uit specialisten van de drie ziekenhuizen onderzoeken welke samenwerking er tussen de ziekenhuizen mogelijk is en hoe die samenwerking eruit kan komen te zien. Uiteindelijk doel is om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in de regio te verbeteren. Ten aanzien van de tweedelijns oncologie is afgesproken dat dit alleen nog in de perifere ziekenhuizen aangeboden zal worden. De werkgroep ouderengeneeskunde heeft een concreet plan opgesteld om te komen tot ene senior friendly region. Deze groep is gecombineerd met het Herstelzorgprogramma ouderen.

Geboorte Huis Leiden

Samen met het LUMC is hard gewerkt aan de vormgeving van een verloskundig centrum voor de regio Leiden. De voorbereidingen zijn vergevorderd en het Geboorte Huis zal gesitueerd worden in het gebouw van het LUMC. Het streven is in het jaar 2014 van start te gaan.

Kindergeneeskunde

De vakgroepen Kindergeneeskunde van het Rijnland Ziekenhuis en het Diaconessenhuis werken al lange tijd nauw samen, zij organiseren bijvoorbeeld samen de diensten. In het kader van de kwaliteit van zorg voor de klinische kindergeneeskunde werd in 2011 en 2012 gekeken naar meer mogelijkheden van samenwerking. De business case zal vóór 1 april 2013 bij de Raden van Bestuur aangeboden worden, waarna besluitvorming zal plaatsvinden.

Project populatiegebonden zorg

In gesprekken met Rijncoepel en Zorg en Zekerheid is de intentie uitgesproken samen te werken in het project populatiegebonden zorg. Voor dit project ontvangen wij tevens een bijdrage vanuit het rijk. Het project zal van start gaan in 2013.

Transitieafdeling met Marente

In het kader van het herstelzorgprogramma ouderen heeft Marente een transitieafdeling in Warmond geopend. Hier kunnen patiënten terecht die wel medisch uitbehandeld zijn, maar waarvan niet geheel duidelijk is hoe ze psychisch functioneren. Patiënten kunnen hier maximaal 3 maanden verblijven. Vervolgens gaan ze of naar huis of naar een verpleeghuis.

3.3 Kwaliteitsbeleid

3.3.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit, veiligheid en innovatie

INDICATOREN

In het kader van de marktwerking in de gezondheidszorg moeten de ziekenhuizen werken aan transparantie van de kwaliteit van zorg. Hierdoor ontstaat beter en vergelijkbaar inzicht voor zorgverzekeraars, de inspectie en patiënten. Daarnaast kunnen kwaliteitsindicatoren worden gebruikt voor interne sturing.

Het Diaconessenhuis publiceert alle landelijk verplichte indicatoren, zodat deze inzichtelijk zijn voor externen.

Intern worden de indicatoren gebruikt om bij te sturen en te verbeteren waar mogelijk. De ziekenhuisbrede kwaliteitscommissie besteedt structureel aandacht aan de kwaliteitsindicatoren en coördineert het eventuele vervolgtraject naar aanleiding van de resultaten.

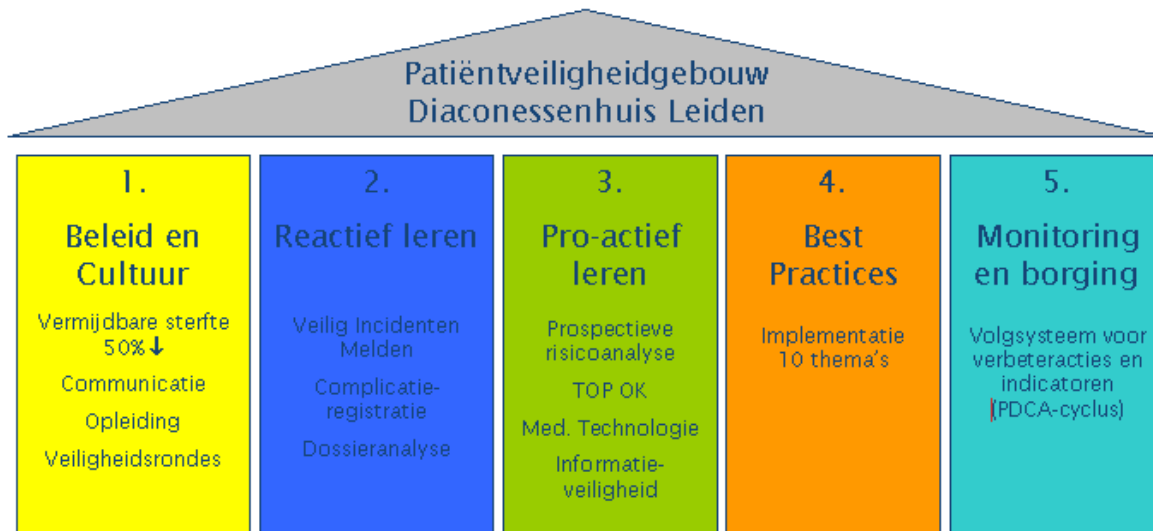
PATIENTVEILIGHEID

Het landelijke veiligheidsprogramma bestaat uit twee onderdelen: het invoeren van een veiligheids management systeem (VMS) en het reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op 10 thema's. Kern van een VMS is het inventariseren van risico's en het nemen en vastleggen van maatregelen om deze risico's te beheersen.

In 2012 lieten wij een audit doen door het NIAZ, zodat wij eind van het jaar de beschikking hadden over een gecertificeerd VMS. De verbeterpunten die uit de audit voortkwamen zijn meegenomen in de actieplannen t.a.v. veiligheid. Tijdens de ziekenhuisbrede audit in december 2013 zal NIAZ de voortgang op deze punten toetsen.

In het meerjaren Patiëntveiligheidsplan is dit veiligheidsprogramma voor het Diaconessenhuis in vijf onderdelen uitgewerkt, hieronder wordt de stand van zaken op deze onderdelen eind 2012 weergegeven.

Voor het Diaconessenhuis zijn de onderdelen van het landelijke veiligheidsprogramma bijeengebracht in onderstaande figuur:



Beleid en Cultuur

Succesvol veiligheidsmanagement is alleen mogelijk met de volledige steun en inzet van de Raad van Bestuur. Daarom is de Raad van Bestuur sinds de invoering van het VMS eindverantwoordelijk voor het veiligheidsbeleid. Het bouwen aan veilige zorg vraagt om een pro-actieve en open cultuur op de afdelingen. Door instrumenten als Veilig Incident Melden, Prospectieve Risico Inventarisaties, de verplichte introductiemiddag patiëntveiligheid, scholingen patiëntveiligheid en veiligheidsrondes is er de afgelopen jaren een groeiend bewustzijn ontstaan onder medewerkers over patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid is een structureel agendapunt geworden in elk werkoverleg op afdelingsniveau, dienstenniveau, overleg Raad van Bestuur, het Managementoverleg en overleg DB medische staf. Nieuwe medewerkers volgen een introductie patiëntveiligheid zodat zij bekend raken met het veiligheidsbeleid van het Diaconessenhuis en de onderdelen van het VMS. Richting externe partijen is middels de accreditatie van het VMS in 2012 aangetoond wat het Diaconessenhuis doet om de patiëntveiligheid te garanderen.

Veiligheidsrondes

Het uitvoeren van de veiligheidsronde draagt bij aan een veiligheidscultuur door over veiligheid te praten, incidenten te melden en inzichtelijk te werken volgens duidelijke richtlijnen en protocollen. Een veiligheidsronde wordt gedaan door een lid van de Raad van Bestuur, de coördinator VMS en een afvaardiging van het Cliëntenberaad. In een veiligheidsronde worden foto's van veilige en onveilige situaties op de afdeling besproken en een tweetal VIM meldingen. Daarna wordt een ronde over de afdeling gelopen waarbij allerlei veiligheidsaspecten aan bod komen. Tot slot wordt hier een verslag van gemaakt en schrijft de afdeling zelf een verbeterplan. De verslagen en verbeterplannen hiervan worden binnen de CVC besproken en gemonitord. Er hebben in 2012 vijf veiligheidsrondes plaatsgevonden, waarvan er één gepland stond voor 2011.

Scholing Patiëntveiligheid

In 2012 is maandelijks een korte introductie verzorgd voor nieuwe medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid. Daarnaast is er in 2012 vier keer een scholing patiëntveiligheid gegeven voor nieuwe medewerkers op zorggerelateerde afdelingen.

Reactief leren

Sinds de invoering van Veilig Incident Melden in 2008 is de analyse en afhandeling van incidenten verschoven van centraal naar decentraal niveau. Alle patiëntgebonden afdelingen zijn aangesloten bij het Veilig Incidenten Melden (VIM). Deze afdelingen hebben een multidisciplinaire VIM commissie, die meldingen van (bijna) incidenten behandelt, analyseert en verbetermaatregelen inzet. Voor de medicatiegerelateerde incidenten doet het ziekenhuis

mee aan het landelijk registratie systeem (CMR) waarbij de medicatiegerelateerde incidenten volgens een vaste indeling worden geclassificeerd. De VIM commissieleden zijn getraind in de SIRE methodiek voor het analyseren van incidenten. De Centrale VIM Commissie houdt zich bezig met trendanalyses en de monitoring van hoogrisico meldingen. Eind 2012 hebben alle maatschappen/vakgroepen een complicatieregistratie en vindt er overal een structurele bespreking van de geregistreeerde complicaties binnen de maatschappen plaats. Overleden patiënten worden in de necrologiecommissie besproken.

Proactief leren

Het identificeren van risico's is één van de onderdelen van het veiligheidsmanagementsysteem. Doel is om op voorhand de zwakke plekken van een proces te herkennen en hiervoor barrières in het zorgproces in te bouwen. Begin 2011 is een start gemaakt met het uitvoeren van Prospectieve Risico Inventarisaties op risicovolle processen.. Voorafgaand aan organisatorische, technische of procesmatige veranderingen wordt een PRI uitgevoerd. Een PRI maakt onderdeel uit van het format Businesscase. In 2012 zijn 11 prospectieve risico-inventarisatie (PRI's) uitgevoerd of gestart, daarbij waren diverse afdelingen betrokken. Afgesproken is dat jaarlijks elke zorggebonden afdeling betrokken is bij de uitvoering van een PRI.

PRI's zijn 2012 uitgevoerd voor de processen:

- Opname en verblijf van de HNP-patiënt
- Medicatie verificatie bij kinderen die via het POS op de kinderafdeling worden opgenomen.
- Toediening van zuurstof op de afdeling Longziekten
- Verhuizing Ouderengeneeskunde
- Het gebruik, de reiniging en desinfectie van endoscopen
- De OK-planning van een KNO patiëntje na wijziging van datum
- De overdracht van patiënten van 3a naar 3b
- Opname en verblijf van een patiënt met onregelde diabetes
- Samenvoeging chirurgie en orthopedie
- Colonicarcinoom
- Mobiliseren van neurologische patiënten

Medische techniek

De afdeling Medische Techniek houdt een overzicht bij van alle scholingen en trainingen met betrekking tot medische techniek met als doel de veiligheid te waarborgen. Risicoanalyses worden uitgevoerd om in kaart te brengen waar apparatuur wordt ingezet en wat zijn hoog-risico apparaten of omgevingen. Binnen de Vereniging Medische Instrumentatie (ziekenhuizen Bronovo, MCH, Groene Hart, Lange Land, LUMC, Rijnland en Diaconessenhuis) worden intercollegiale consultaties opgezet. Daarnaast worden binnen de vereniging documenten gedeeld en ervaringen uitgewisseld.

Best practices

In het landelijk veiligheidsprogramma zijn 10 inhoudelijke thema's vastgesteld waarvoor een best practice is ontwikkeld, te weten:

1. Voorkomen van wondinfecties na een operatie
2. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag
5. Kwetsbare ouderen
6. Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen
7. Vroege herkenning en behandeling van pijn
8. High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia
9. Verwisseling van en bij patiënten
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen
11. Veilige zorg voor zieke kinderen

Binnen het Diaconessenhuis zijn projectgroepen samengesteld die de implementatie van bovenstaande thema's hebben begeleid. Alle thema's zijn eind 2012 volledig geïmplementeerd, met uitzondering van de thema's 'Medicatieverificatie' en 'High Risk Medicatie.'

Monitoring en borging

Voor de monitoring en borging van het patiëntveiligheidsbeleid zijn de afgelopen jaren dezelfde uitgangspunten aangehouden als bij de overige kwaliteitsactiviteiten in huis: het zoveel mogelijk inbedden van de activiteiten in de bestaande organisatie. Juist vanwege het noodzakelijke draagvlak, maar ook vanwege de borging op de langere termijn, is er voor gekozen met zo min mogelijk specifieke kwaliteitsfunctionarissen en/of kwaliteitsafdelingen aan de slag te gaan.

Doelstelling was de uitvoering en het bijhouden van de resultaten van verbeteractiviteiten mee nemen in de normale Planning & Control cyclus van het ziekenhuis, met een voor iedereen heldere verantwoordelijkheidsverdeling. Eind 2012 is het nog niet voldoende gelukt patiëntveiligheid te integreren in de bestaande Planning & Control cyclus. Zo zijn kwaliteits- en veiligheidsindicatoren nog niet opgenomen in de managementrapportages. Ook zijn nog niet alle protocollen opgenomen in één, voor iedereen toegankelijk, documentbeheersysteem. Elementen van het veiligheidsplan dienden standaard onderdeel te zijn van de jaarplannen van de verschillende sectoren en afdelingen. Niet alle afdelingen werken met een jaarplan, dus de doelstellingen uit het meerjarenveiligheidsbeleid werden tot 2011 niet vertaald naar afdelingsniveau. In 2012 is het afdelingsplan patiëntveiligheid ingevoerd en werden doelstellingen ten aanzien van patiëntveiligheid vertaald naar afdelingsniveau. Het patiëntveiligheidsbeleid werd gecoördineerd en gemonitord door de ziekenhuisbrede kwaliteitscommissie (projecten/10 thema's) en de centrale VIM commissie.

Externe toetsing van het VMS vond plaats door verschillende externe partijen:

- IGZ
- Zorgverzekeraars
- Medirisk
- Zichtbare Zorg
- NIAZ

INCIDENTEN

In het kader van het VMS worden medewerkers en specialisten gestimuleerd om veilig incidenten te melden. In totaal zijn er in 2012 1640 incidenten gemeld via het VIM systeem. Dit is een lichte daling ten opzichte van vorig jaar toen er 1677 incidenten werden gemeld. Van deze 1640 meldingen heeft 87% een risico score toegekend gekregen. Hiervan heeft 64% een lage risico score, 32% een middel risicoscore, 3% een hoge risico score en 1% een zeer hoge risico score.

Jaar	Aantal meldingen
2008	1.110
2009	1.858
2010	1.932
2011	1.677
2012	1.640

De doelstelling is 3 verbeteracties per jaar per VIM-team te realiseren. In 2012 zijn er 209 verbeteracties geregistreerd in het VIM systeem. Dit zijn gemiddeld ruim 5 verbeteracties per VIM, hiermee is deze doelstelling behaald. De geregistreerde structurele verbeteracties worden in iedere vergadering van de Centrale VIM-commissie (CVC) besproken en bekeken op relevantie voor andere afdelingen. Dit is een vast agendapunt voor de co-projectleidersbijeenkomsten. Tevens wordt aandacht besteed aan hoog risico incidenten zonder verbeteracties.

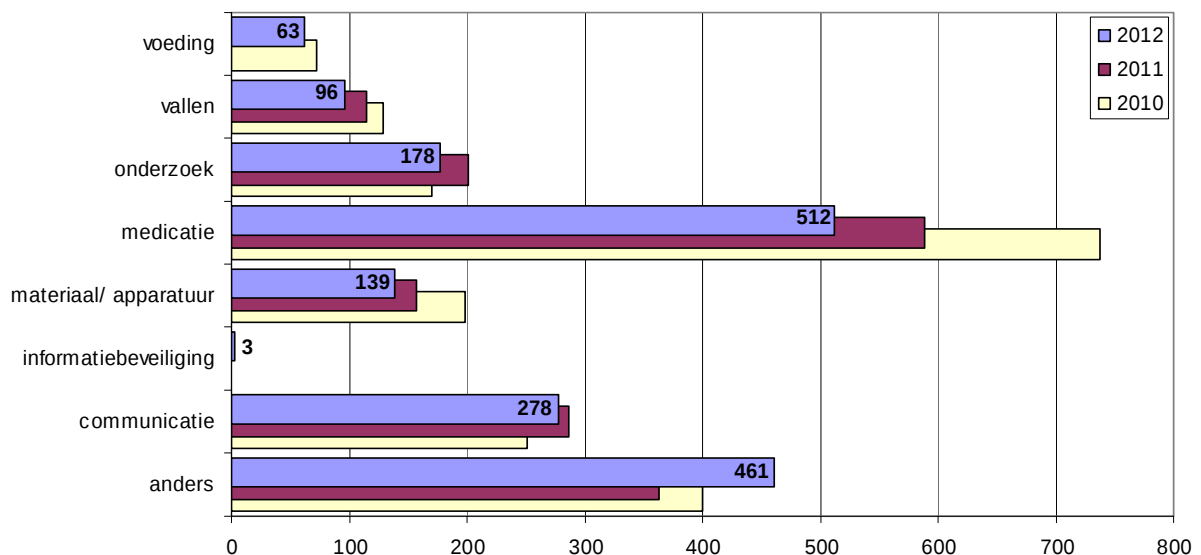
Risicoscore incidenten

1427 van de 1640 gemelde incidenten (87%) hebben een risicoscore toegekend gekregen, 213 incidenten (13%) hebben geen risico score toegekend gekregen. In onderstaande grafiek zijn de calamiteiten buiten beschouwing gelaten omdat deze via de calamiteitenprocedure worden behandeld. De verdeling van de risicoscores wijkt nauwelijks af van die in voorgaande jaren. Hoewel het aantal meldingen met de risicoscore middel lijkt af te nemen.

Aard incidenten

Onderstaande grafiek toont het aantal meldingen van 2012 naar de aard van het incident. Er is een, mede door de invoering van het EVS, dalende trend te zien ten opzichte van voorgaande jaren wat betreft medicatie meldingen. Op basis van een streekproef uit de meldingen in de categorie 'anders' kan geen trend worden gesignaleerd. Hiervoor is een uitgebreide analyse noodzakelijk. Deze zal medio 2013 worden uitgevoerd.

Op de meeste categorieën is een daling te zien ten opzichte van 2011, behalve op de categorie anders. Dit onderstreept de noodzaak om deze categorie te onderzoeken en waar mogelijk te specificeren.



Binnen VIM is afgesproken dat meldingen binnen 3 maanden worden afgehandeld. Op 6 februari 2013 is gekeken welke meldingen meer dan drie maanden open staan. Dit zijn er 138, een daling ten opzichte van vorig kwartaal en ook ten opzichte van 2011. Het lijkt erop dat over heel 2012 de meldingen minder lang open blijven staan dan voorheen.

Ingezette verbeteracties

Dit jaar zijn er meer verbeteracties geregistreerd dan in 2011. Uit deze aantallen kan echter geen conclusie worden getrokken aangezien de registratie van verbeteracties niet op een eenduidige manier gebeurt. Onderstaande cijfers dienen derhalve slechts als indicatie.

Jaar	Meldingen	Verbeteracties	Percentage
2008	1110	27	2,43%
2009	1858	210	11,30%
2010	1932	203	10,51%
2011	1677	184	10,97%
2012	1640	209	12,74%

Hoog risico- en calamiteiten meldingen

De CVC behandelde 5 zeer hoog risico meldingen (code rood). Hierop werd op verschillende manieren actie genomen. Zo zijn er verbeteracties als het aanpassen van protocollen en beleid, en het geven van (extra) scholing op een afdeling.

De Raad van Bestuur behandelt de code paars (calamiteiten)meldingen. Als er een calamiteit of een incidenten met een zeer hoog risico plaats heeft gevonden, kan er een SIRE analyse worden uitgevoerd. Een SIRE analyse heeft als doel om het systeem waarbinnen de calamiteit/het incident heeft plaatsgevonden te verbeteren en om herhaling te voorkomen. Sinds december 2012 worden alle SIRE analyses in de CVC besproken. Verbeteracties worden in de lijn neergelegd, maar monitoring vindt plaats door de CVC.

De Raad van Bestuur bepaalt of een calamiteit gemeld dient te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Jaar	SIRE analyses	Meldingen IGZ
2010	5	5
2011	6	4
2012	6	3

OVERIG KWALITEIT EN VEILIGHEID

Scopenbeheersplan

In 2011 is het scopenbeheersplan gereed gekomen. Dit is een document waarin de eisen van de organisatie staan ten aanzien van reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen, de ruimte, de aanschaf van flexibele endoscopen en het onderhoud daarvan. In 2012 werd het plan geaccordeerd door de Raad van Bestuur.

Documentbeheersysteem

Ook in 2012 is weer veel aandacht besteedt aan het verder actualiseren van verouderde documenten. Gedurende het jaar is er daarnaast veel energie gestopt in het verder aanpassen van het nieuwe documentbeheersysteem naar onze wensen en eisen. De invoering van het nieuwe documentbeheersysteem was uitgesteld tot 2012. Uiteindelijk is in december 2012 het nieuwe systeem opgeleverd en wordt met ingang van januari 2013 het systeem geïmplementeerd. Er is extra geïnvesteerd in afdelingen en gebruikers zodat zij zelf meer betrokken zijn bij het beheer van de documenten. Zo kan decentralisatie van het proces plaatsvinden met een centrale regie. In 2013 zullen ook alle beleidsdocumenten van het Diaconessenhuis in het documentbeheersysteem worden opgenomen.

Intern auditsysteem

In het afgelopen jaar is het intern auditsysteem verder ontwikkeld, zodat het kwaliteitssysteem systematisch getoetst kan worden. In het najaar van 2011 werden de eerste 12 auditoren getraind en voerden zij hun eerste audits uit. In de loop van het jaar zijn 10 nieuwe auditoren geselecteerd, zij zijn getraind in januari 2013. Hiermee is de capaciteit voor dit moment groot genoeg om de geplande audits uit te voeren.

In 2012 werden 13 afdelingen bezocht, te weten:

- Afd. 1A angiokamer en verpleegafdeling 1B cardiologie
- Afd. 2B interne geneeskunde
- Afd. 3A kortverblijf snijdend
- Afd. 4B verloskunde/kraam/gynaecologie
- Polikliniek Cardiologie
- Polikliniek Longgeneeskunde en longfunctie
- Scopieafdeling
- Inkoop, logistiek en magazijnen
- Medische technologie
- Voedingsdienst
- Radiologie
- Hygiëne en infectiepreventie
- Apotheek

ISO 9001

De afdeling Techniek heeft in 2011 gekozen voor het opstellen van een kwaliteitssysteem conform de systematiek van ISO 9001. De structuur van het systeem staat en de procedures zijn in 2012 opgesteld, maar in verband met het besluit tot ziekenhuisbrede NIAZ accreditatie is besloten niet verder ISO 9001 te implementeren.

3.3.2 Klachten

Klachtbehandeling door de klachtenfunctionaris

In het jaar 2012 is door 148 'klagers' een klacht ingediend bij de klachtenfunctionaris. Het aantal blijft door de jaren heen redelijk stabiel als dit bekeken wordt in de trend van de laatste 5 jaar.

Jaar	Totaal aantal klachten
2012	148
2011	161
2010	177
2009	176
2008	126

Eén klacht kan meerdere klachtonderdelen bevatten. Het aantal klachtonderdelen (# 156) is daardoor hoger dan het aantal klachten (# 148).

Uit de aard van de ingediende klachten kan veel informatie worden gehaald, die kan bijdragen aan de kwaliteitsverbetering binnen het ziekenhuis. Daarom is in dit jaarverslag gekozen voor een overzicht per aard van de klacht.

De aard van de klachten kan worden onderverdeeld in 5 hoofdgroepen:

- medisch-technisch handelen
- relationele aspecten
- organisatorische aspecten
- financiële zaken
- facilitaire zaken/hotel/bouw

Deze onderverdeling is in gebruik sinds 2012, waardoor vergelijk in aantallen en percentages met voorgaande jaren helaas niet goed mogelijk is.

Onderstaand een overzicht van het aantal klachten naar aard in 2012:

Aard	Aantal klachtonderdelen	Percentages
Medisch-technisch handelen	38	24%
Relationele aspecten	48	32%
Organisatorische aspecten	43	28%
Financiële zaken	16	9%
Facilitaire zaken	11	7%
Totaal	156	100%

Ingezette verbeteracties zijn het meest zichtbaar bij klachten van organisatorische en facilitaire aard.

Bij klachten die medisch-technisch of relationeel van aard zijn, is dit moeilijker, omdat hier de *aandacht* voor de patiënt en het *vertrouwen* van de patiënt in de behandeling de belangrijkste kernbegrippen zijn. Deze zijn moeilijker meetbaar. Door gebrek aan aandacht of vertrouwen voelen patiënten zich soms onveilig. Dit kan vervolgens resulteren in een klacht.

Medisch-technisch handelen

Dit betreft alles rond de behandeling en verzorging van de patiënt: van de informatie vooraf, de behandeling zelf tot de nazorg en het ontslag.

De meeste klachten betreffen hier:

- lang wachten op arts/verpleegkundige
- te weinig informatie voorafgaand aan de behandeling
- te weinig (na)zorg
- weinig onderzoek
- onjuiste diagnose/(medische) behandeling

Naar aanleiding van ingediende klachten worden regelmatig werkwijzen, protocollen of folders aangepast ter verbetering van de voorlichting van patiënten. Ook wordt soms een aanpassing gedaan in een behandelmethode.

Er is een lichte stijging zichtbaar in het aantal klachten over informatie voorafgaand aan de behandeling. Met name als het resultaat tegen valt, stijgt het aantal klachten hierover. Bij klachten ingediend over weinig onderzoek, onjuiste diagnose of medische behandeling mag niet onvermeld blijven, dat soms verwachtingen van patiënten hier een rol spelen. Het is niet altijd fout gegaan. Dit is dan echter wel de beleving van de patiënt. Mogelijk dat nog meer/duidelijker informatie vooraf dit kan voorkomen.

Er hebben zich in 2012 vijf incidenten tijdens of na behandeling voorgedaan waarover een klacht is ingediend. Als er sprake is van een incident wordt er tevens een VIM (Veilig Incidenten Melden) melding gedaan. Klagers dienen in deze gevallen vaak een schadeclaim in.

Relationele aspecten

De meeste klachten zijn van relationele aard. Ook in 2012 zijn hierover de meeste klachten ingediend: 48.

Hierbij kan worden gedacht aan:

- klantvriendelijkheid
- onvoldoende overleg
- zich niet serieus genomen voelen
- privacy
- vertrouwen
- informatie
- communicatie
- bejegening

Klachten van relationele aard zijn minder makkelijk meetbaar en vragen om blijvende aandacht en feedback. Dergelijke klachten worden ingediend om 'stoom af te blazen', ter verwerking en om er voor te zorgen dat het een ander niet overkomt.

Over informatie, communicatie en bejegening worden verreweg de meeste klachten ingediend. Dat is ieder jaar zo. Om die reden is het belangrijk dat hier doorlopend aandacht aan wordt besteed en dat medewerkers en specialisten zich hiervan bewust zijn.

Medewerkers en medisch specialisten zelf verantwoordelijk maken voor de afhandeling van een tegen hen gerichte klacht, kan hiertoe bijdragen.

Om die reden heeft de klachtenfunctionaris in 2012 een les verzorgd in de Eet&Weet bijeenkomst. Ook wordt regelmatig een klacht geëvalueerd met een team (wat is er gebeurd en wat kan beter).

Organisatorische aspecten

Evenals in voorgaande jaren betreft het grootste aantal klachten m.b.t. organisatorische aspecten:

- de telefonische bereikbaarheid (de meeste klachten)
- onjuist gemaakte afspraken/ afspraken meerdere malen verzet door het ziekenhuis
- de lange wachttijden op de poli's
- de slechte afstemming/coördinatie tussen beroepsbeoefenaren/afdelingen onderling

Het aantal klachten over de telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis is de laatste jaren opvallend hoog. Dit is dan ook een terugkerend punt in het jaarverslag van de klachtenfunctionaris. Mogelijk neemt dit hoge aantal klachten af als medio 2013 een nieuwe telefooncentrale wordt gerealiseerd.

Er worden ook veel klachten ingediend over het verzetten van afspraken door het ziekenhuis. In 2012 was dit met name het geval bij de oogheeskunde.

De lange wachttijden op de poli's zijn ook een bron van klachten. Ook hier scoorde de oogheeskunde hoog. Hier wordt het belang van goede informatie zichtbaar: op lang wachten stellen mensen zich in, maar gebrek aan informatie hierover genereert klachten. Met andere woorden: door meer informatie zal het aantal klachten op dit punt afnemen.

Aanbeveling klachtenfunctionaris: op de balie een bordje (met tijdsbalk) plaatsen dat aangeeft hoeveel minuten het spreekuur van de specialist uitloopt. Dit wordt opgelost wanneer tv schermen worden geplaatst in de wachtruimtes.

Ter verbetering van de processen voert de polikliniek oogheeskunde in 2013 een LEAN traject uit.

Er is in 2012 meer geklaagd over de coördinatie/afstemming tussen beroepsbeoefenaren of afdelingen. Patiënten (klagers) geven signalen af dat beroepsbeoefenaren of afdelingen onderling niet altijd even goed afstemmen. Patiënten weten hierdoor niet waar ze aan toe zijn ('wie is nu mij hoofdbehandelaar?' of 'waarom moet ik opeens naar een andere afdeling?'). Ze missen een centraal aanspreekpunt, een probleemeigenaar bij wie ze terecht kunnen. De zorg wordt regelmatig als fragmentarisch ervaren; iedere beroepsbeoefenaar neemt een deel voor zijn rekening, maar niemand houdt de 'grote lijnen' in de gaten.

Financiële zaken

Klachten op dit vlak betreffen met name rekeningen die te hoog of onterecht zijn. Wat opvalt is, dat patiënten het DBC/DOT systeem niet altijd begrijpen, waardoor ze schrikken van een hoge rekening. Met name als ze maar even binnen zijn geweest bij de specialist. Soms heeft een patiënt ten onrechte een rekening ontvangen, bijvoorbeeld een 'no show' rekening. Deze wordt dan na akkoord van de Raad van Bestuur aan de patiënt gecrediteerd.

Facilitaire zaken

In 2012 zijn 11 facilitaire klachten ingediend met betrekking tot het volgende:

- parkeren (parkeerautomaat, kosten en invalidenplaatsen)
- voeding
- bouwkundige voorzieningen (de zwenking van de deuren)
- hygiëne
- route
- faciliteiten op verpleegkamer (telefoon bij bed).

Het feit dat er in 2012 gedurende langere tijd geen betaalautomaat in de hal van de poliklinieken aanwezig was, leidde tot meer klachten. Met name mensen die slecht ter been waren, ondervonden hier last van en gaven dit aan middels een klacht. Inmiddels is er weer een betaalautomaat in de hal beschikbaar.

Ook over het aantal invalidenparkeerplaatsen (te weinig) of de locatie van de invalidenparkeerplaatsen (te ver) werd geklaagd.

De klachten over de voeding betroffen alle 3 de broodjes uit de automaat bij het restaurant. Dit is aangepast.

De zwenking van verschillende deuren binnen het gebouw heeft een paar keer geleid tot kleine ongelukken. Hier zijn wat aanpassingen gedaan: de zwenkrichting is aangegeven, de snelheid van de deuren is enigszins aangepast.

Trend

In 2012 is sprake van een lichte daling van het aantal ingediende klachten ten opzichte van voorgaande jaren. Door de jaren heen blijft het aantal echter redelijk stabiel. Hetzelfde geldt voor de *aard* van de klachten.

Er doet zich wel een nieuwe ontwikkeling voor bij de klachtafhandeling, namelijk dat klagers steeds vaker ook een schadeclaim indienen. Dit ondanks dat ze tevreden zijn met de afhandeling van de klacht. Deze trend is landelijk zichtbaar.

Klachtafhandeling door de klachtencommissie

De klachtencommissie kwam gedurende het verslagjaar zes keer bijeen voor een vergadering. Tweemaal heeft een hoorzitting plaatsgevonden. Voorafgaand aan de vergaderingen en de hoorzittingen zijn diverse besprekingen gehouden m.b.t. het bestuderen van het medisch dossier en de voorbereidingen op de uitspraak.

De klachtencommissie ontving in dit verslagjaar 7 klachten met in totaal 29 klachtonderdelen. Over 2 klachten met in totaal 8 klachtonderdelen volgt de uitspraak in 2013.

Onderzoek van de klachtencommissie

Bij één klacht werden zowel de beklaagde als de klager door de klachtencommissie uitgenodigd voor een hoorzitting. De hoorzittingen hebben apart plaatsgevonden.

In twee gevallen is er externe expertise ingewonnen.

In een geval heeft de klager zich na een gesprek met de beklaagde besloten om zich terug te trekken uit de klachtenprocedure. In dit geval is geen uitspraak gedaan.

Daarnaast heeft de klachtencommissie diverse malen aan een of meer partijen gevraagd bepaalde vragen van de klachtencommissie schriftelijk te beantwoorden. Voorts gaven alle klagers de klachtencommissie toestemming om het medisch dossier in te zien, en in haar overwegingen te betrekken. De klachtencommissie heeft hiervan ook steeds gebruik gemaakt.

Aard van de klachten

Klachten worden tijdens de behandeling door de klachtencommissie onderverdeeld naar de verschillende *klachtonderdelen*. Tabel 1 geeft een overzicht van de aard en het aantal van de klachtonderdelen. Het aantal klachtonderdelen is ten opzichte van 2011 verminderd met 28%. De meeste klachtonderdelen betreffen opnieuw het medisch technisch handelen.

Tabel 1: Aard van de klachtonderdelen

Aard	2012	2011	2010
<i>Medisch technisch handelen</i>			
Onvoldoende informatie (MT)	6	1	-
Diagnose en onderzoek	6	-	2
Behandeling en diagnose	4	16	12
Geen informed consensus (MT)	1	1	-
Behandeling en verpleging	2	2	15
Overig	2	-	3
Totaal medisch technisch handelen	21	20	32
<i>Relationeel</i>			
Onheuse bejegening/ niet serieus nemen	3	4	9
Onvoldoende begeleiding	1	2	-
Onvoldoende informatie (Rel)	2	1	-
Totaal Relationeel	6	7	9
<i>Organisatorisch</i>			
Bereik-/beschikbaarheid	-	-	-
Afspraken vlak van tevoren afgezegd	-	1	-

Bewegwijzering	-	1	-
Hygiëne / roken	-	-	-
Parkeren	-	-	-
Coördinatie onderzoeken	1	2	7
Faciliteiten/omstandigheden	-	-	-
Overplaatsing	-	-	-
Informatie	-	2	2
Behandeling en verpleging (org)	1	1	-
Geen informed consensus	-	1	-
Overig	-	-	4
Totaal organisatorisch	2	8	13
Financieel			
Rekening	-	1	-
Wegblijftarief	-	-	-
Totaal financieel	0	1	0
Verpleging			
Totaal verpleging	0	0	2
Voorzieningen			
Totaal voorzieningen	0	0	0
Onvoldoende informatie (overig)			
Totaal onvoldoende informatie (overig)	0	4	5
Anders	0	0	0
Totaal aantal klachtonderdelen	29	40	61
Totaal aantal klachten	7	11	17

Uitspraak

Over 5 klachten is in 2012 een uitspraak gedaan.

Over 2 klachten met in totaal 8 klachtonderdelen volgt de uitspraak in 2013.

Ten opzichte van het jaar 2011 was er sprake van een daling van het aantal klachten.

Tabel 2: Aantal klachten

Aantal	2012	2011	2010
Klachten ingediend in het jaar	7	11	17
Klachten uit jaar daarvoor	-	3	2
Totaal klachten in behandeling	7	14	19
Klachten waarover uitspraak werd gedaan	5	14	13
Klachten waarover uitspraak in het volgend jaar volgt	2	-	3
Klachten waarover geen uitspraak is gedaan	-	3	3

In 3 gevallen werd de termijn van behandeling (vier maanden) overschreden. Dit kwam in één geval door het inwinnen van externe expertise en het hier niet meer werkzaam zijn van de beklagde. In het tweede geval is de termijn overschreden deels doordat de patiënt zelf om uitstel heeft verzocht, en deels door uitval van de medisch specialisten van de klachtencommissie in de zomerperiode.

In het laatste geval was dit te wijten aan de te late reacties van de beklagde.

Uit tabel 3 blijkt dat 21% van de klachtonderdelen gegrond is verklaard. In 2011 was dat 35%. Toch kan er nog niet gezegd worden dat er sprake is van een daling in verband met de 8 klachtonderdelen waarvan de uitspraak in 2013 volgt.

Tabel 3: Oordeel klachtencommissie

Oordeel klachtonderdelen	2012	2011	2010
Gegronnd	6 (21%)	14 (35%)	34 (56%)
Ongegrond	14 (48%)	22 (55%)	20 (33%)
Deels gegrond, deels ongegrond	1 (4%)	1 (2%)	-
Geen uitspraak over gedaan		3 (8%)	7 (11%)
Uitspraak volgt in het volgend jaar	8 (27%)	-	-
Totaal	29 (100%)	40 (100%)	61 (100%)

In tabel 4 is het aantal klachtonderdelen en welke daarvan gegrond zijn verklaard, gespecificeerd naar specialisme en afdeling.

*Over 2 klachten uit 2012 met 8 klachtonderdelen (5 m.b.t. de afdeling chirurgie en 3 m.b.t. de afdeling urologie) wordt in 2013 een uitspraak gedaan.

Tabel 4: Behandelde klachten naar specialisme/afdeling

Specialisme /afdeling	2012 Klachtonderdelen	2012 waarvan gegrond	2011 klachtonderdelen	2011 waarvan gegrond
Anesthesie	-	-	1	-
Cardiologie	-	-	3	2
Chirurgie	12	2 <i>de rest volgt</i>	-	-
Dermatologie	3	1	10	5
Gynaecologie	-	-	14	5
Interne Genees. - Verpleging 2B	-	-	1	-
Longziekten	7	3	-	-
Neurologie	-	-	2	1
MDL	3	-	-	-
Plast. chirurgie	-	-	3	-
Receptie	1	-	-	-
Urologie	3	<i>volgt nog</i>	6	1
Totaal	29	6 (21%)	40	14 (35%)

Naar aanleiding van een gegrond oordeel van de klachtencommissie moet, volgens het klachtenreglement, de beklagde binnen een maand aan de patiënt melden in afschrift aan de Raad van Bestuur en de klachtencommissie, of hij of zij maatregelen zal nemen naar aanleiding van het geponde klachtonderdeel en zo ja, welke.

Aanbevelingen van de klachtencommissie

In totaal werden in 2012 aan de Raad van Bestuur 3 aanbevelingen gedaan.

In 2 gevallen is het advies door de maatschap aangenomen. Een casus is al besproken met de medisch specialist, maar is verder nog in behandeling.

Tevens heeft de Raad van Bestuur in alle gevallen een gesprek gehad met de beklagde medisch specialist of leidinggevende van de beklagde afdeling. Hierbij zijn specifieke afspraken tot verbetering of verandering gemaakt.

Opmerkingen van de klachtencommissie

De klachtencommissie heeft gesignaleerd dat:

- er weliswaar sprake is van minder klachten, maar dat meer klachten zeer complex van aard zijn en meer tijd in beslag nemen.
- op dermatologisch gebied plekje als actinische keratose en basaalcelcarcinomen middels een tekening nauwkeuriger te lokaliseren en controleren zijn en derhalve aan het medisch dossier zouden moeten worden toegevoegd.
- Er bij chronische problematiek in de behandeling aandacht besteed dient te worden aan evt. psychologische ondersteuning van de patiënt.

- de behandeling van patiënten met kanker vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Binnen de richtlijnen van de oncologische zorg behoren deze patiënten besproken te worden in het multidisciplinair oncologisch overleg, zodat er een optimaal behandelplan gemaakt kan worden voor de patiënt.

In 2012 was het aantal ingediende klachten lager dan in 2011 en 2010.

Bij vrijwel alle klachten is sprake van meerdere klachtonderdelen. Meer dan tweederde van de klachtonderdelen was van medisch technische aard. Dit was in 2011 nog de helft. Vertraging in de termijn van behandeling ontstond door het inwinnen van externe expertise en in een ander geval deels doordat de patiënt zelf om uitstel heeft verzocht, en deels door uitval van de medisch specialisten van de klachtencommissie in de zomerperiode. In 2 gevallen hebben de beklaagden de termijn van 1 maand voor het reageren op de uitspraak en/of aanbevelingen overschreden. Eenmaal werd dit veroorzaakt door de zomervakantieperiode.

Schadeclaims

Het Diaconessenhuis werd in het verslagjaar in totaal 15 keer aansprakelijk gesteld. Of de schadeclaims zijn erkend of afgewezen, is nog niet volledig bekend omdat veel zaken nog in behandeling zijn. Het aantal claims per jaar neemt toe in het Diaconessenhuis.

Aantal ingediende schadeclaims per jaar

Jaar	Aantal claims
2012	15
2011	13
2010	11

Zoals reeds eerder aangehaald is er een trend zichtbaar dat naast een klacht tevens een schadeclaim wordt ingediend.

Het percentage gehonoreerde claims is in het Diaconessenhuis relatief hoog (46%), vergeleken met de referentiegroep (32%). Dat betekent dat er in die gevallen daadwerkelijk wat verkeerd is gegaan en er niet enkel een claim wordt ingediend omdat de klachtenafhandeling niet naar tevredenheid is verlopen.

Tuchtzaken

In 2012 was in relatie tot het Diaconessenhuis sprake van 1 tuchtzaak.

3.4 Personeelsbeleid en arbeidsomstandigheden

Het personeelsbeleid verandert op hoofdlijnen niet ten opzichte van voorgaande jaren. Het is gericht op het werven en behouden van goed opgeleide, bekwame, actieve en betrokken medewerkers en leidinggevend. De druk op productiviteit, efficiency en beheersing van personeelskosten, zonder aan kwaliteit en patiëntgerichtheid in te boeten, is hoog. De rol van de leidinggevende m.b.t. het uitvoeren van het personeelsbeleid wordt steeds prominenter en zal daarom gefaciliteerd moeten worden.

Opleidingsbeleid

In 2012 is het opleidingsbeleid vastgesteld. Daarbij zijn ook procedures ontwikkeld voor o.a. het aanvragen en goedkeuren van opleidingsfaciliteiten. Eind 2012 heeft een intensieve inventarisatie plaatsgevonden om beter inzicht te krijgen in de noodzakelijke en gewenste scholingsplannen. Deze cyclus van vaststellen van scholingsplannen en opleidingsbudgetten zal in 2013 verder worden geprofessionaliseerd. Een betere aansluiting van scholingsplannen op strategische keuzes is daarbij van belang.

Functiegebouw

Het actualiseren van het functiegebouw blijft een bijzonder arbeidsintensief proces waarvoor specialistische kennis en capaciteit onmisbaar is. Halverwege 2011 is daarom een externe FWG-specialist ingehuurd voor het opstellen van de functiebeschrijvingen. In 2012 de leidinggevendens intensief betrokken bij het opstellen en bespreken van de functiebeschrijvingen. In 2012 zijn met name de secretaresse, verpleegkundige en leidinggevende functiebeschrijvingen goedgekeurd door de Raad van Bestuur. Ook zijn in het kader van organisatieveranderingen, diverse functiebeschrijvingen opnieuw be- of herschreven.

In 2013 worden de gefiatteerde functiebeschrijvingen aangeboden aan de medewerkers.

Werving en selectie

Tot 2012 is een enorme besparing gerealiseerd van werving en selectie kosten van bijna 90% ten opzichte van de werving en selectie kosten in 2008. In 2012 zijn de werving en selectie kosten op een laag niveau gebleven. In 2012 zijn 153 vacatures gesteld waarvan er 132 zijn vervuld.

Ontwikkeling van medewerkers en leidinggevendens

Eind 2012 is besloten om een MD-Programma (Management Development) voor de MO-leden (Management Overleg) op te zetten. De eerste voorbereidingen zijn hiervoor getroffen zodat in 2013 een 5-tal bijeenkomsten kunnen plaatsvinden die door de MO-leden zelf georganiseerd zullen worden. Daarnaast is voor de MO-leden een pilot gestart waarbij vooraf resultaatafspraken voor 2013 worden vastgesteld en vastgelegd in een zogenoemd Management Contract. De mate van het behalen van deze resultaatafspraken zullen tussendoor en na een jaar worden besproken en beoordeeld.

Inzicht en helderheid over de verwachtingen en wensen met betrekking tot het functioneren en de ontwikkeling van medewerkers maken we concreet door middel van het voeren van jaargesprekken. De doelstelling was dat in 2012 dat 80% van de medewerkers een jaargesprek heeft gehad met de leidinggevende. Ondanks de vele aandacht die de afgelopen jaren aan dit onderwerp is gegeven is het percentage in 2012 niet significant verhoogd. In 2010 t/m 2012 heeft respectievelijk 58%, 35% en 48% van de medewerkers een jaargesprek gehad.

In 2012 ontvangen we weer een aantal erkenningen voor opleidingen, waarmee we een goede opleidingsomgeving voor deze opleidingen waarborgen voor ons personeel. De eet & weet-bijeenkomsten blijven een heel effectieve vorm om medewerkers bij te scholen en te informeren over nieuwe ontwikkelingen.

Aandacht voor tijdige registratie in kwaliteitsregisters en/of BIG-registers is aan de orde. Verbeterde registratie van aanwezige en nog te ontwikkelen kennis, competenties en vaardigheden zal aandacht krijgen in 2013 en daarna.

Ook is in 2012 het concept van de leer-/werkkamers succesvol doorgezet.

Moreel beraad

Ter ondersteuning van onze medewerkers bij het nemen van besluiten en het bespreken van casuïstiek is moreel beraad geïntroduceerd bij de zorgafdelingen. Vanuit de commissie ethiek zijn de geestelijk verzorgers geschoold zodat zij een moreel beraad kunnen begeleiden.

Leer-werkkamers

In oktober 2012 startte de samenwerking met de Hogeschool Leiden op het gebied van drie leer-werkkamers. Derde en vierdejaars studenten Verpleegkunde van Hogeschool Leiden kunnen hun differentiatiefase doorlopen in het Diaconessenhuis Leiden. Met coaching van een werkbegeleider en praktijkopleiders voeren de studenten de zorg uit op de afdelingen longziekten, kraam/gynaecologie of interne geneeskunde. Zij werken samen met elkaar, met artsen, verpleegkundigen en andere disciplines. Een docent van Hogeschool Leiden verzorgt de lessen tijdens deze fase in het ziekenhuis. Zo leren de studenten samen verantwoordelijkheid te dragen; het leren van en met elkaar staat centraal.

3.4.1 Kwaliteit van het werk

Veiligheid en arbeidsomstandigheden voor personeel

In 2011 heeft elke afdeling een eerste Risico Inventarisatie (RI&E) met betrekking tot de veiligheid en arbeidsomstandigheden van medewerkers opgesteld. In 2012 zijn verbeterpunten opgepakt. In 2013 zal elke afdeling worden bezocht om de actualiteit van de RI&E en de voortgang van de benodigd verbeterpunten opnieuw vast te stellen.

In 2012 zijn er diverse onderzoeken uitgevoerd i.v.m. het werkklimaat of andere werkomstandigheden. Er is, in vergelijking met andere jaren, bij enkele teams meer en intensieve aandacht besteedt aan het verbeteren van de onderlinge sfeer en verhoudingen. Deze inspanning draagt ook bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de uitstraling naar de patiënten en bezoekers.

Om medewerkers zich veiliger te laten voelen in situaties waar sprake kan zijn van agressie, zijn in 2012 twee workshops (elk van 6 bijeenkomsten) als pilot succesvol afgerond. De voorbereidingen zijn getroffen om voor nog 4 tot 6 groepen in 2013 de training "Effectief omgaan met weerstand en agressie" aan te kunnen bieden. Subsidie is hiervoor aangevraagd.

Brandveiligheid en BHV

In 2012 heeft een aanzienlijke uitbreiding van het aantal opleidingen van BHV'ers plaatsgevonden, omdat in samenwerking met de clustermanagers Zorg meer verpleegkundigen met wisseldiensten zijn opgeroepen. Ook in 2012 zijn de meeste afdelingen weer bezocht door de VAM coördinator, waarbij een instructie is gehouden over de ontruiming bij een brandalarm. Deze exercitie wordt jaarlijks herhaald omdat niet elke afdeling altijd geoefend kan zijn.

Er zijn 9 brandalarmen binnengekomen, waarvan twee veroorzaakt werden door werkzaamheden in de bouw, waarbij was vergeten de rookmelder af te dekken. De overige brandmeldingen werden veroorzaakt door onder andere verkeerd gebruik van een afwasapparaat en een pan in de keuken, een verkeerd gebruik van apparaten en vanwege verkeerd gebruik van de melders. De alarmmeldingen zijn goed opgevangen door het BHV-team.

Om te voorkomen dat de bezetting van de BHV in de nacht een probleem is, wordt door de VAM coördinator regelmatig vanuit het roostersysteem gerapporteerd aan de clustermanagers. Na een nieuwe aanpassing van de BHV organisatie is er aanzienlijke verbetering bereikt, voortdurende monitoring blijft echter noodzakelijk.

Ook in 2012 zijn op alle afdelingen in het ziekenhuiscomplex weer rondgangen brandveiligheid gemaakt, waarvan een rapportage is opgesteld. Bij de rondgang is gelet op plaatsing van voorwerpen in vluchtroutes, voor blusmiddelen, voor nooduitgangen en compartimenteringdeuren, bekendheid met de BHV en het bedrijfsnoodplan. Na afronding van alle rondgangen is een totaalrapport opgesteld. Het veiligheidsbewustzijn blijkt te zijn vergroot, maar verbeteringen waren soms nog nodig.

Er zijn in 2012 twee oefeningen gehouden, in de kinderopvang en de laboratoria KCL en MMI. Daarvan zijn evaluatierapporten gemaakt. In 2012 is in een audit rapport van de NIAZ certificatie geconstateerd dat de oefencyclus te laag is, de instructiebijeenkomst per afdeling is hierin overigens niet meegenomen. Er wordt onderzocht of een andere manier van oefenen toch voldoende ervaring biedt met minder impact op een afdeling in bedrijf.

Beheersing van verzuim en verzuimkosten

Eind 2012 is het verzuimpercentage (voortschrijdend) net op de 4% uitgekomen en is daarmee iets gestegen t.o.v. 2011 (3,86%) maar lager dan de benchmark van de sector (4,33%). De meldingsfrequentie is gedaald. Door een adequate aandacht voor begeleiding bij verzuim presteren wij in 2012 bij middenlang en langdurig verzuim significant beter dan de branche.

Het percentage medewerkers dat langer dan 2 jaar ziek was (0,08%), is een stuk lager dan het branchegemiddelde (0,28%). In 2012 was 35% van alle medewerkers nooit ziek.

De verzuimkosten per fte zijn gelijk gebleven t.o.v. 2011 (conform cijfers Vernet) maar wij behoren nog steeds tot de beter presterende ziekenhuizen binnen de branche.

In 2013 moeten we attent zijn dat het verzuim en de kosten niet verder oplopen. Door aandacht te geven aan de afdelingen waar een bovengemiddeld verzuim zichtbaar is moeten we het verzuim weer terugdringen en de gezondheid en de inzetbaarheid van de medewerkers verbeteren.

Verder zijn er vanaf eind 2012 al een aantal nieuwe activiteiten opgestart die een bijdrage kunnen leveren aan gezondheid. We zullen daar in 2013 nog enkele activiteiten voor ontwikkelen.

3.5 Financieel beleid, planning, control en risicomanagement

3.5.1 Financieel beleid

Het financieel beleid van het Diaconessenhuis is erop gericht de solvabiliteit in de loop van enkele jaren op te krikken tot een acceptabel niveau (15%, in 2011 9,7%). In 2012 is een positief resultaat behaald van 1,8 mln, hetgeen bijdraagt aan die doelstelling. Voor 2013 is een begroting opgesteld die een positief resultaat van € 1.4 mln laat zien op basis van een haalbare productie en een beheersbare kostenbegroting. De meerjarige begroting laat zien dat een resultaat in dezelfde orde van grootte voor de komende jaren haalbaar is bij een productiegroei die de demografische groei niet te boven gaat en binnen enkele jaren leidt tot de het gewenste solvabiliteitsdoel.

Het Diaconessenhuis streeft er naar tijdig contracten af te sluiten met de zorgverzekeraars, zodat de facturatiestroom zonder haperen door kan gaan. Dat is in 2012 niet gelukt. Pas in december kwam het laatste deel van de facturatie op gang. Ook voor 2013 stokt de facturatie, omdat de herziening van de DOT-systematiek het tot stand brengen van prijs-offertes buitengewoon lastig bleek te maken. Begin mei is gestart met factureren, liquiditeitsproblemen lijken daarmee vermeden.

De prestatiebekostiging maakt het administreren en bewaken van de productie zeer ingewikkeld. In 2012 zijn daarom aanneemsommen en plafonds afgesproken met de verzekeraars en zijn de tarieven in goed overleg zodanig ingeregeld dat de afgesproken bedragen zouden worden gefactureerd, ook als de productie, uitgedrukt in DOT, tegen zou vallen. Omdat de tariefstelling wat erg voorzichtig was ingestoken ontstond sloeg eind 2012 het liquiditeitstekort om in een liquiditeitsoverschot. In het licht van de moeizame start van de facturatie in 2013 is dat een gelukkige bijkomstigheid met betrekking tot de liquiditeit. In het transitieproces blijkt de hoge facturatie te leiden tot een terugbetalingsverplichting, die in 2013 nog tot een transitiebedrag van €2 miljoen leidt.

In het kader van de opbrengstverantwoording 2012 is de inrichting van de boekhouding aangepast aan de situatie dat per verzekeraar meerdere 'plafonds' bewaakt moeten worden. Het ziekenhuis verwacht daarmee de verschillende opbrengstenstromen in 2013 afdoende te kunnen bewaken en tijdig te kunnen signaleren wanneer scheefte ontstaat tussen de afspraken per verzekeraar en de realisatie daarvan.

In de toekomst zijn verschuivingen in de zorgportfolio's tussen ziekenhuizen te verwachten: niet elk ziekenhuis levert dan nog (bijna) alle zorg. De tarifiering van de zorgproducten van het Diaconessenhuis is daarom zodanig ingeregeld dat, wanneer een bepaald pakket zorg wordt ingeruild of verdwijnt, met de opbrengsten ook een evenredig deel van de kosten verdwijnt. Met andere woorden: het ziekenhuis kent niet langer zeer winstgevende zorg, die niet zonder grote consequenties verplaatst of ingeruild kan worden, alle zorg wordt tegen (licht) winstgevende prijzen aangeboden aan de verzekeraars.

De druk op de prijzen groeit van jaar tot jaar. Ook het Diaconessenhuis ontkomt er niet aan de zorg tegen minder kosten te realiseren. De Raad van Bestuur heeft ervoor gekozen in te zetten op een betere organisatie van de bedrijfsvoering om deze doelstelling te bereiken. In de begroting 2013 is al een aantal plannen met betrekking tot het beddenhuis en de OK verwerkt. Voor 2013 is de invoering van het EPD voor een aantal specialismen gepland.

waardoor op termijn aanzienlijke personele besparingen naast verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid kunnen worden bereikt.

3.5.2 Planning- & controlcyclus

Versterking planning- & controlcyclus

In de loop van 2012 is gestart met het project om de managementinformatie verder te versterken en te integreren, zodat het management adequaat inzicht heeft in het reilen en zeilen van de organisatie. Uiteindelijk moet dit traject leiden tot dashboards waarbij de managers in één oogopslag kunnen zien of zij “in control” zijn. Door overgang naar EZIS in 2012 heeft de uitrol hiervan vertraging opgelopen. Eind 2012 is geconstateerd dat de managementinformatie niet de vereiste kwaliteit heeft en is door de manager F&C (a.i.) een plan van aanpak opgesteld dat in de eerste helft van 2013 zal leiden tot een aangepaste managementinformatie. Een zogenaamd ‘dashboard’ geeft een eerste overzicht van de stand van zaken, waarna kan worden ‘doorgeklikt’ naar meer gedetailleerde niveaus.

Versteving interne controlefunctie gewenst

Gezien de voortschrijdende verschuiving van budgetfinanciering naar een bekostiging op basis van geleverde prestaties is een versteving van de interne controle functies vereist. Vroeger was slechts een beperkt aantal parameters bepalend voor de omvang van (het variabele deel van) het budget. Tegenwoordig is het zo dat elke DBC tijdig, volledig en juist moet zijn geregistreerd.

Om de kwaliteit van de registraties te kunnen monitoren zijn binnen de Zorgadministratie procedures en controlerapporten ontwikkeld en in gebruik genomen. De Zorgproduct-specialisten koppelen de resultaten van die monitoring terug naar de betrokken medisch specialisten en afdelingen.

In de loop van 2012 werd duidelijk dat de implementatie van EZIS niet geheel naar wens was verlopen. De inrichting van de systemen alsmede de wijze van registratie veroorzaakten teveel uitval, dus nawerk. Daarom is besloten in 2012 een project op te starten dat gericht is op de optimalisering van inrichting en gebruik van EZIS. Dit project wordt in 2013 gecombineerd met het invoeren van het EPD.

3.5.3 Risicomanagement

Het belang van risicomanagement binnen de zorg neemt toe, de behoefte aan transparantie in de maatschappij is groot. Risicomanagement staat dan ook hoog op de agenda van zorginstellingen. Oorspronkelijk gedreven vanuit de beheersing van risico's op het gebied van kwaliteit en veiligheid en gericht op het beperken van de schadelast, wordt risicomanagement ook steeds vaker toegepast op andere risicogebieden. Dat geldt in het bijzonder de toegenomen risico's op het terrein van de informatiebeveiliging, waar ook in het recente verleden is gebleken dat reputatieschade snel is opgelopen. Onlangs is door een extern bureau de in onze opdracht vervaardigde risicoanalyse Informatiebeveiliging opgeleverd.

De risicoanalyse Informatiebeveiliging was voor het Diaconessenhuis aanleiding om een inventarisatie van risicomanagement in het Diaconessenhuis te maken. Ook in het Diaconessenhuis is immers sprake van risico's op verschillende gebieden. Deze risico's worden zoveel mogelijk afgedekt door de hieronder genoemde maatregelen.

Kwaliteit en veiligheid

Binnen het ziekenhuis bevinden de belangrijkste risico's zich op het gebied van patiëntveiligheid. Het Diaconessenhuis doet mee aan het landelijke veiligheidsprogramma, wat bestaat uit twee onderdelen: het invoeren van een veiligheids management systeem (VMS) en het reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op 10 thema's. Kern van een VMS is het inventariseren van risico's en het nemen en vastleggen van maatregelen om deze risico's te beheersen. De onderdelen van het landelijke veiligheidsprogramma zijn bijeengebracht in vijf pijlers: beleid en cultuur, reactief leren, proactief leren, *best practices* en monitoring en borging.

Eind 2012 is ons VMS geaccrediteerd door NIAZ.

Financieel

De overgang naar de DOT systematiek introduceert nieuwe risico's in de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen, met name doordat de productie uit het verleden niet langer een eenvoudige maat is voor de prestaties in het lopende jaar. Een tweede risico wordt gevormd doordat per verzekeraar budgetten worden afgesproken voor het ziekenhuisdeel en voor het honorariumdeel, zodat de productie buitengewoon lastig te monitoren bleek te zijn. Tevens stelt de accountant een management letter op. De daarin genoemde punten pakt de organisatie op in een plan van aanpak. In het 3-5-8 maands rapport wordt de vordering gerapporteerd. Daarmee worden de financiële risico's in voldoende mate afgedekt.

Informatiebeveiliging

Het doel van informatiebeveiliging is het waarborgen van de kernaspecten van informatie, de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid. Daarbij komen de volgende aspecten aan bod: beveiligingsbeleid, beveiligingsorganisatie, beheer van middelen, personeel, fysieke beveiliging & omgeving, beheer, toegangsbeveiliging, ontwikkeling en onderhoud, beveiligingsincidenten, bedrijfscontinuïteit en naleving.

In 2012 is een integrale risicoanalyse uitgevoerd voor informatiebeveiliging. De beveiligingsmaatregelen die zijn genomen dekken de geïdentificeerde dreigingen en risico's geheel of gedeeltelijk af. De rapportage is gereed en er zijn restrisico's benoemd. De Raad van Bestuur heeft de rapportage vastgesteld en de restrisico's geaccepteerd. De rapportage is omvangrijk en kan op verzoek toegestuurd worden.

Human Resources

Belangrijkste risico's betreffen de kwantiteit en kwaliteit van het personeelbestand. Het gaat dan om de factoren: vacaturebeleid en instroom, ongewenste uitstroom, opvolgplanning en vervanging, opleidingsbeleid en veilig werken. Op deze factoren vindt sturing plaats, maar er is nog geen speciaal traject gericht op risicomanagement.

Inkoop en Logistiek

De belangrijkste risico's worden vermeden door het opstellen van contactafspraken, het uitvoeren van leveranciersselecties (voor risicovolle producten). De leverancier wordt gecontroleerd aan de hand van de kwaliteitssystemen en binnen ons eigen kwaliteitssysteem is een *recall* procedure. Risicomanagement rondom medische apparatuur is binnen het VMS geborgd, waar nodig wordt in de aankoopprocedure een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd.

Huisvesting en Techniek

De risico's op gebied van gebouw, installaties en terreinen zijn vastgelegd in de RIE van de afdeling H&T. Belangrijkste aandachtgebieden hierbij zijn (brand)veiligheid gebouw, betrouwbaarheid installaties en aanwezigheid van noodvoorzieningen. Ten aanzien van alle drie deze aandachtgebieden zijn beheersplannen c.q. procedures beschikbaar.

Wet- en regelgeving

Op een ziekenhuis is veel wet- en regelgeving van toepassing. Met name de wijzigingen hierop vormen een risico. Wijzigingen moeten worden bijgehouden en tijdig in de werkprocessen worden verwerkt. De risico's op dit gebied worden op twee manieren ingeperkt. Iedere functionaris is verantwoordelijk voor het signaleren en toepassen van wijzigingen in de wet- en regelgeving op zijn eigen terrein. Daarnaast ontvangt de Raad van Bestuur aankondigingen van wijzigingen en zorgt dat de betreffende functionaris hiermee aan de slag gaat.

3.6 Financiële ontwikkelingen

3.6.1 Algemene financiële ontwikkelingen

De doelstelling bij het vaststellen van de begroting 2012 was het behalen van een positief resultaat van €1,5 miljoen. Dankzij de inzet van de gehele organisatie inclusief de medische staf is deze doelstelling uiteindelijk gerealiseerd. Het bedrijfsresultaat over 2012 bedraagt €1.8 miljoen.

3.6.2 Opbrengsten

Met ingang van 2012 is de prestatiebekostiging van de ziekenhuizen van kracht geworden. Om te voorkomen dat ziekenhuizen door de systeemwisseling in de problemen zouden komen is een vangnet geconstrueerd in de vorm van het zogenaamde schaduwbudget. Daarin werd een totale maximale omzet vastgelegd, die vervolgens is vertaald naar prestatiecontracten, uitgedrukt in aantallen maal prijs DBC-zorgproducten per verzekeraar. De opzet was, dat ziekenhuizen die dit schaduwbudget niet middels declaraties zouden kunnen financieren, het verschil (transitiebedrag) gecompenseerd zouden krijgen en wel over 2012 voor 95% en over 2013 voor 70%.

Het Diaconessenhuis Leiden heeft contracten afgesloten met de zorgverzekeraars in de vorm van een aanneemsom of een plafond-afpraak. Door in goed onderling overleg de prijzen aan de hoge kant vast te stellen werd bereikt dat de afgesproken omzetten zouden worden gerealiseerd. De boven contract gedeclareerde omzet zou worden teruggestort.

De NZa heeft de regelgeving zodanig ingericht dat

- het schaduwbudget zou worden nagecalculeerd voor de parameterproductie
- het verschil tussen financiering en budget in 2012 voor 95% moet worden teruggestort
- datzelfde verschil in 2013 voor 70% moet worden teruggestort.

De contracten, die met de verzekeraars zijn gesloten bevatten een aantal sub-plafonds die in de praktijk niet of nauwelijks te bewaken bleken, temeer daar pas in het najaar de contractvorming zover was gevorderd dat declaratie voor het overgrote deel van de verzekeraars mogelijk werd en pas in het voorjaar 2013 voor alle labels.

Eind 2011 heeft de NZa een aanvullende tabel opgesteld waarin de introductie van DOT in 2012 werd vertaald naar het oude A-segment en het oude B-segment (de zogenaamde 'kruisjestabel'). Door de keuzes die de NZa in deze tabel heeft gemaakt, is voor het Diaconessenhuis Leiden een forse aantoonbare verschuiving zichtbaar naar meer productie in oud-B. Puur door deze beleidsmatige keuzes en invulling, is het daarvoor voor het Diaconessenhuis in 2012 niet mogelijk met eenzelfde productie als in 2011 een even hoog Schaduw-budget te realiseren. Dat betekent dat de financiering van het schaduwbudget (A-segment) achter bleef door deze 'kruisjestabel'. Voor het Diaconessenhuis Leiden is dit effect te becijferen op € 1.4 mln. Aan de verzekeraars is gevraagd medewerking te verlenen aan een nacalculatie van het schaduwbudget, waarin de effecten van de 'kruisjestabel' worden gemitigeerd. Dit heeft voor de verzekeraars geen financiële consequenties, maar gezien het politieke klimaat hebben de verzekeraars gezamenlijk besloten de nacalculatie volgens een landelijk protocol af te laten handelen door teams die afkomstig zijn van meerdere verzekeraars. Als met de verzekeraars niet tot overeenstemming kan worden gekomen wordt het resultaat ongeveer €1 miljoen lager.

Het afronden van de jaarrekening 2012 heeft daardoor al met al nogal wat voeten in de aarde gehad. Al een jaar geleden hebben de gezamenlijke accountants, verenigd in Coziek, aan de NZa en VWS aangegeven dat de opbrengsten van de ziekenhuizen door hen niet kon worden voorzien van een goedkeurende verklaring. Pas in het najaar van 2012 is daarop gereageerd met het opstellen van een Handreiking, waarin de wijze van berekening van schadelast en ziekenhuisopbrengst is beschreven.

Deze handreiking is door het Diaconessenhuis Leiden toegepast bij het berekenen van de opbrengsten 2012.

3.6.3 Kosten

Bij de kosten vertonen de kosten voor het personeel niet in loondienst (ingehuurd van detacheringbureaus) een stijging ten opzichte van de begroting. Ondanks de inspanning van de afdelingen lukt het onvoldoende om eigen personeel te werven en/of te behouden. Omdat het voor een deel afdelingen betreft die essentieel zijn voor de continuïteit van de zorg binnen het ziekenhuis (OK, IC), is het noodzakelijk dat het vereiste aantal diensten wordt ingevuld. Dit gebeurt dus ten dele met personeel dat ingehuurd wordt via detacheringbureaus. Totaal effect bedroeg €0.8 miljoen.

De patiëntgebonden kosten vertonen een stijging van €1.8 miljoen ten opzichte van de begroting en het jaar 2011. De kosten zijn geheel toe te schrijven aan de post 'dure medicijnen', waarvoor via de ad-on's binnen de DOT systematiek in de opbrengsten gecompenseerd wordt. De dure medicijnen zijn vooralsnog als schatting in de jaarrekening verwerkt.

De terrein- en gebouwgebonden kosten overschrijden de begroting met €0.4 miljoen doordat onderhoudsprojecten zijn gestart.

De financieringskosten zijn in 2012 duidelijk lager dan begroot als gevolg van de overfinanciering in 2011.

3.6.4 Ontwikkelingen in de balans

In de jaarrekening worden de afzonderlijke posten in de balans toegelicht. Een aantal posten wordt hierna nog verder kort toegelicht.

Ook in 2012 voerden wij een update uit op de impairmenttest op de waardering van de vaste activa van het ziekenhuis. Uit deze berekeningen blijkt niet dat de waardering van de gebouwen neerwaarts zou moeten worden bijgesteld. De komende jaren zullen deze berekeningen jaarlijks worden uitgevoerd in het kader van de verslaggevingsvereisten en nieuwe vormen van prestatiebekostiging.

De waardering van het onderhanden werk, de niet afgeronde DBC's in het A- en B-segment, is gestegen ten opzichte van 2011. De reden hiervan is tweeledig: ten eerste brengt de nieuwe DOT-systematiek een gemiddeld langere doorlooptijd van de DBC-zorgproducten met zich mee en ten tweede is ultimo 2011, met het oog op de nieuwe systematiek per 2012, een zo groot mogelijk aantal DBC's afgesloten.

Het eigen vermogen kan dit jaar weer verder worden versterkt door het positieve resultaat van (afgerond) €1,9 miljoen. Het totale eigen vermogen inclusief overige reserves komt hierdoor uit op ruim €11,7 miljoen. In termen van ratio's treedt er een verbetering op van het weerstandsvermogen met bijna 2% tot 13,3% van de omzet (2011 was 11,9%). De solvabiliteit stijgt tot 10.8% (9,7% in 2011). Het financiële beleid blijft onveranderd gericht op een verdere verbetering van deze ratio's. Het Diaconessenhuis zit nog steeds onder het landelijk gemiddelde, ondanks dat er in de afgelopen jaren een inhaalslag is gepleegd.

3.6.5 Kasstromen en financieringsbehoeften

De financieringsbehoeften worden via een liquiditeits- en vermogensbehoeftenraming bij de begroting en gedurende het jaar gemonitord. Een belangrijke rol in de kasstromen speelt de overfinanciering door de zorgverzekeraars als gevolg van de gemaakte prijsafspraken met de verzekeraars. Ultimo 2012 is de totale post overfinanciering ruim €33 miljoen. De post zal waarschijnlijk pas eind 2013 uit de balans zijn verdwenen.

De zorgverzekeraars zijn steeds minder bereid andere dan onderhanden werk financiering te verschaffen en de banken zien het niet als hun taak de problemen die daardoor ontstaan te compenseren door een ruimere kredietfaciliteit. De problemen die daaruit voortvloeien dwingen het ziekenhuis tot een terughoudende terugbetaling van de overfinanciering, hetgeen vervolgens de verhouding met de verzekeraars niet ten goede komt. Uiteindelijk is de oplossing te komen tot een versterking van het eigen vermogen. In de meerjarenbegroting is te zien dat bij een geringe groei van 1% per jaar en een goede kostenbeheersing de noodzakelijke groei binnen enkele jaren gerealiseerd kan worden.

3.7 Bedrijfsprocessen

ICT-projecten

Wat betreft ICT-projecten stond ook het jaar 2012 voor een groot deel in het teken van de implementatie van het nieuwe ZIS-EPD: EZIS van leverancier ChipSoft.

Naast EZIS is POINT gerealiseerd en is gewerkt aan de implementatie van Vidavi.

EZIS

De implementatie van EZIS is gestart in 2011 en was een enorme operatie die veel heeft gevraagd van de organisatie. Ook in 2012 is verder gewerkt aan de implementatie van nieuwe modules, zoals ordermanagement, verpleegkundig dossier en EPD's.

De organisatie is met deze introductie op een andere manier gaan werken. Een groot verschil met de introductie van EZIS is de registratie die nu bij de bron plaatsvindt. In het verleden werd registratie van bijvoorbeeld verrichtingen eerst op papier gedaan, waarna de administratie dit overzette in het ZIS. Nu registreren de medisch specialisten en de medewerkers op de afdelingen direct in EZIS.

Ordermanagement (elektronische ordercommunicatie) is geïmplementeerd voor de laboratoria, radiologie, fysiotherapie, diëtetiek, multidisciplinair overleg mamma en intercollegiale consulten.

In de tweede helft van het jaar zijn de EPD's voor longziekten en urologie ingericht en geïmplementeerd, evenals de paramedische dossiers voor diëtetiek, fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Voor de overige specialisten zullen de EPD's gefaseerd worden ingericht en geïmplementeerd, in de periode 2013-2015.

Het elektronisch verpleegkundig dossier is ingericht en geïmplementeerd op de afdelingen interne geneeskunde en longziekten. De implementatie voor de overige afdelingen staat gepland voor 2013, met een uitloop naar 2014.

POINT

Binnen Sleutelnet is gewerkt aan de invoering van een verwijsapplicatie die regionaal de coördinatie van beschikbare plaatsen in onder andere verzorgingshuizen en verpleeghuizen faciliteert. Binnen POINT wordt transferinformatie uitgewisseld met de verpleeghuizen.

Vidavi

In 2012 is gewerkt aan de invoering van een nieuw financieel en logistiek pakket, Vidavi, waarbij de winst met name te vinden is in de meer optimale logistieke afhandeling. Door omstandigheden bij de leverancier is de implementatie in 2012 niet gehaald, in februari 2013 is Vidavi live gegaan.

Bouw

In 2012 werd een strategisch vastgoeddocument opgesteld, met daarin de visie op vastgoed voor de komende 20 jaar. In 2013 wordt dit document geactualiseerd indien de nieuwe meerjarenvisie daar aanleiding toe geeft.

Een meerjarenonderhoudsplan werd opgesteld voor de technische installaties, dit geldt voor de komende 5-7 jaar. Met ingang van 2013 treedt het plan in werking.

Het Diaconessenhuis werkte ook in 2012 aan de verbetering van diverse gebouwdelen.

Een groot project waren de verbouwingen op het OK-complex, na zes jaar van verbouwen is het OK-complex werd het eindstadium eind 2012 bereikt en werd het complex in januari 2013 opgeleverd.

De gang F1 werd verder geschikt gemaakt voor gebruik als polikliniekruimte, waarmee de polikliniek werd uitgebreid.

De verhuizing en inhuizing van de medische microbiologie van het Bronovoziekenhuis in het Diaconessenhuis werd gerealiseerd. Op de afdeling radiologie werd een C-boogkamer gerealiseerd.

In het D-gebouw, waarin met name kantoren gehuisvest zijn, is de afdeling Financiën & Control verhuisd van de eerste naar de achtste verdieping, daarvoor is D8 deels vernieuwd. Op de eerste verdieping konden vervolgens piketkamers en magazijnen worden gerealiseerd. In 2012 vindt de afronding plaats van de verbouwingen op de OK, tevens worden komend jaar de radiologieafdeling en de laboratoria verbouwd.

Erfpacht parkeerterrein

Met de gemeente Leiden is na uitvoerig overleg in 2012 afgesproken dat de erfpacht van het parkeerterrein P2 in de nabije toekomst afgekocht wordt. Dit heeft te maken met de bouwplannen van het project Dieperhout. Dit betekent dat wij plannen moeten maken voor vergroting van de parkeercapaciteit op een andere plaats.

Inkoop

De te bereiken inkoopvoordelen blijken in de praktijk lastig te meten. In 2012 is een inkoopvoordeel gerealiseerd van € 570.000.

Medische technologie

Ziekenhuisbreed zijn in 2012 alle bewakingsmonitoren vernieuwd. Ook de infuus- en spuitpompen zijn volledig vernieuwd en het aantal daarvan is uitgebreid. Ten aanzien van de medische gassen is in 2012 een enorme slag gemaakt, zodat nu alles voldoet aan de laatste normen, wet- en regelgeving. Al deze verbeteringen dragen bij aan een meer veilige zorg.

OK

Eind 2012 is gestart met de voorbereiding van een nieuw masterrooster voor de OK. Doel hiervan is het optimaliseren van de OK benutting op basis van de productieafspraken. Dit is nieuw voor het Diaconessenhuis, aangezien de roosters eerder op basis van historie werden gemaakt. In april 2013 heeft het masterrooster zijn beslag gekregen en is het van start gegaan.

IC/CCU

In 2012 zijn de IC en de CCU geïntegreerd tot één afdeling. Vanaf het najaar is op geleide van de intensivisten een intensieve samenwerking tot stand gekomen met het Rijnland ziekenhuis. Hierdoor kunnen kwaliteit, veiligheid en continuïteit op de IC/CCU gewaarborgd worden.

Laboratoria

Op 1 juli 2012 vond de officiële overgang plaats van het Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL) naar ATAL/Medial. Daarbij houden wij ons aan de business case, er heeft in 2012 een kostenreductie plaatsgevonden van € 258.000. In 2013 zal dit bedrag € 652.000 moeten zijn en vanaf 2014 € 1,4 miljoen.

Op basis van de samenwerking tussen Diaconessenhuis en Bronovo heeft eind 2012 de integratie plaatsgevonden van de Medische Microbiologie en Infectiepreventie (MMI) op de locatie van het Diaconessenhuis. De opening vond plaats in januari 2013. In 2012 heeft dit nog geen kostenreductie opgeleverd.

In 2013 wordt onderzocht of ten aanzien van de MMI een vorm van samenwerking mogelijk is met het Rijnland.

Apotheek

De apotheken van LUMC, Rijnland ziekenhuis en Diaconessenhuis stelden zich tot doel een onderzoek te doen om te komen tot samenwerking in de back-office. Met het LUMC is deze samenwerking niet tot stand gekomen. Met het Rijnland ziekenhuis wordt gezamenlijk medicatie ingekocht en wordt gezamenlijk farmaceutisch overleg gevoerd. Beide apotheken delen ene kwaliteitsfunctionaris om protocollen te synchroniseren. In 2013 worden gesprekken geopend voor gezamenlijk VTGM.

Medicatie

Het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) is ingevoerd op de poliklinieken.

Medicatie-toediening wordt nu digitaal ondersteund, zodat dit veiliger wordt. Hierbij gaat het om uitzet- en toedieningsregistratie.

In 2012 is in de kliniek een pilot gedaan met de benoeming van een medicatiemanager op een klinische afdeling. Daarbij is gekozen voor een apothekersassistente in plaats van voor een verpleegkundige, in verband met de kennis en kunde met betrekking tot medicatie. De benoeming van de medicatiemanagers heeft een gunstig effect op de kwaliteit en veiligheid van opname, verblijf en ontslag. Naar verwachting vindt in 2013 de uitrol plaats bij de overige klinische afdelingen.

Informatievoorziening en managementrapportage

In 2012 is toegewerkt naar een eenduidige managementrapportage, die de lijnorganisatie inzicht biedt in financiële, productie- en personeelsgegevens. De ontwikkeling hiervan gaat door. In 2013 streven wij er naar ook kwaliteitsindicatoren op te nemen in de rapportage.

3.8 Samenleving

Maatschappij

Het Diaconessenhuis tracht te realiseren dat patiënten zo goed mogelijk worden geholpen. Wanneer behandelingen in het Diaconessenhuis niet mogelijk zijn, zorgt het ziekenhuis voor goede afspraken met andere zorgaanbieders in de regio. Daardoor kan een patiënt zonder belemmeringen en vertraging worden doorverwezen.

Ziekenhuisrampenopvangplan

Het Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) van het Diaconessenhuis heeft als doel het zo snel en efficiënt mogelijk voorbereiden en laten verlopen van grote patiëntenstromen en daaraan verbonden triage- en behandelprocessen.

De beide ZiROP plannen van het ziekenhuis zijn in juli 2012 aangepast naar de actuele en personele situatie. In januari 2012 is een ZiROP oefening gehouden, waarbij een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren zijn gekomen, die in een plan van aanpak zijn verwoord. Bovendien zijn door organisatorische wijzigingen ook nieuwe functionarissen deel gaan uitmaken van het Crisisbeleidsteam, hetgeen betekent dat zij opgeleid en geoefend moeten worden.

Het crisisplan annex continuïteitsplan is in conceptvorm ontwikkeld en heeft als bijlage de continuïteitsschema's per sleutelafdeling.

Milieubeleid

In 2012 is de verlenging van de milieuvergunning ontvangen. De in de vergunning opgenomen eis om dit jaar een energie- en waterbesparingsplan op te stellen is opgevolgd, de plannen zijn aan de omgevingsdienst gepresenteerd door de afdeling Huisvesting & Techniek. De opvolging van die plannen worden via het plan van aanpak gevolgd door een projectteam.

Ten aanzien van de inventarisatie gevaarlijke stoffen wordt naar tevredenheid gebruik gemaakt van het programma van het Milieu Platform Zorg.

In 2012 is inmiddels een brug gebouwd tussen het parkeerterrein Kikkerpolder II (Lugdunum terrein) en de Zweilandweg, waardoor medewerkers dit parkeerterrein beter kunnen benutten. Het terrein loopt echter snel, wat een nieuw probleem is voor de medewerkers van het ziekenhuis die vanwege hun diensten wat later beginnen.

Er is geen nieuwe actie gevoerd richting openbaar vervoer, ook vanwege de provinciale contractwijziging, waardoor een andere openbaar vervoerder het busvervoer in de regio ging doen. Overleg met de gemeente, samen met andere vertegenwoordigers van bedrijven en instellingen in Leiden, is echter nog gaande.

De nieuwe milieuvergunning eist van het Diaconessenhuis dat wij aantoonbaar inspanningen doen om het energiegebruik en watergebruik terug te dringen. Daartoe is een projectgroep opgericht om reeds genomen maatregelen te inventariseren, mogelijke maatregelen vast te stellen en plannen te ontwikkelen om het energiegebruik terug te dringen. De eerste inventarisaties zijn gemaakt, een rapport is door een bureau opgesteld, daaruit is een Plan van Aanpak in ontwikkeling. Eind 2012 is ook een werkgroep geformeerd om dit te doen ten aanzien van het watergebruik. Het Diaconessenhuis gaat daarnaast de komende jaren gefaseerd over op led verlichting, daarmee is een start gemaakt in 2012.

Op milieugebied samenwerking is gezocht met het LUMC, Rijnland ziekenhuis, Groene Hart ziekenhuis en het Rode Kruis ziekenhuis. Er heeft een masterclass bijeenkomst plaatsgevonden, waar concrete leer- en verbeterpunten uit zijn gekomen, samengevat door de Omgevingsdienst. Deze punten liggen o.a. op het gebied van (stads-)verwarming, waterbesparende maatregelen en isolatie van pand en installatie. In 2013 vindt een vervolgbijeenkomst plaats.

4 Bestuur, toezicht en medezeggenschap

4.1 Zorgbrede Governancecode 2010

Het Diaconessenhuis Leiden hanteert de Zorgbrede Governancecode 2010 als uitgangspunt. In de reglementen van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur is de werkwijze nader uitgewerkt. De activiteiten en de stand van zaken op dit terrein zijn elk jaar periodiek onderwerp van gesprek in de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De reglementen van het Diaconessenhuis en de personalia en nevenfuncties van de bestuurders en toezichthouders worden via de website van het ziekenhuis openbaar gemaakt.

4.2 Raad van Bestuur

De bezoldiging van de Raad van Bestuurleden past binnen de landelijke richtlijnen. De belangrijkste gegevens met betrekking tot de bezoldiging zijn openbaar en worden opgenomen in de jaarverantwoording.

In 2012 wisselde de samenstelling van de Raad van Bestuur. Per 1 juli vertrok de heer Den Hollander en werd lid van de Raad van Bestuur van Tergooiziekenhuizen. Hij was sinds 2004 lid van de Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis en was verantwoordelijk voor de portefeuille bedrijfsvoering.

4.3 Verslag Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op de realisatie van de doelstellingen van het ziekenhuis, het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken binnen het ziekenhuis. De Raad van Toezicht vervult de werkgeversrol en staat de Raad van Bestuur met advies terzijde.

Samenstelling

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden waaronder een voorzitter, een vicevoorzitter en een secretaris. De Raad van Toezicht kent een rooster van aftreden waarbij de leden een zittingsduur hebben voor een periode van vier jaar. Volgens de statuten is herbenoeming mogelijk voor slechts eenmaal een periode van 4 jaar. In uitzonderlijke situaties is het mogelijk een aftredend lid voor de tweede maal te herbenoemen. Bij het vaststellen van het eerste rooster van aftreden is gekozen voor een gefaseerde aftreding. Om die reden is de tweede zittingstermijn van een aantal leden niet gelijk aan vier jaar.

De Raad van Toezicht kent in 2012 twee commissies: de Auditcommissie en de Remuneratiecommissie. In december 2012 is de commissie Kwaliteit en Veiligheid geïnstalleerd.

Eind december 2012 nam de voorzitter, de heer Moleveld, na bijna 16 jaar afscheid van de Raad van Toezicht. Er werd op passende wijze afscheid van hem genomen en de Raad van Toezicht bedankt hem voor zijn deskundige inbreng en inzet gedurende alle jaren dat hij lid en voorzitter was.

Mevrouw Moolenburgh-Pieper treedt na het vertrek van de heer Moleveld aan als voorzitter van de Raad van Toezicht.

Samenstelling Raad van Toezicht in 2012

Naam	(Voormalige) hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties per 31 december 2012
Mw. mr. drs. L. M. de Blaey	Senior Beleidsmedewerker, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	Gemeenteraadslid Alphen a/d Rijn.
Dr. J. Burggraaf	Research director Centre for Human Drug Research	Hoogleraar Translationeel Geneesmiddelenonderzoek Universiteit Leiden

Naam	(Voormalige) hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties per 31 december 2012
Prof. dr. T.L.C.M Groot	Hoogleraar Management Accounting Vrije Universiteit, Amsterdam	- Voorzitter Raad van Commissarissen van het archeologisch bedrijf VUHbs van de Vrije Universiteit - Lid Raad van Commissarissen van De Opvoedpoli - Voorzitter Economisch Wetenschappelijke Adviesraad van DBC-Onderhoud
Prof. W.P. Moleveld, RA	Emeritus hoogleraar Accountancy Nyenrode Business Universiteit	- Arbiter Nederlands Arbitrage Instituut - Vicevoorzitter Stichting Administratiekantoor aandelen Telegraaf Mediagroep NV - Voorzitter bestuur stichtingen, die houders zijn van B-aandelen Newomij - Voorzitter van Stichting Cantate Domino - Medewerker van VCHolland visitatie pensioenfondsen
Mevr. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts	Huisarts	- Lid klachtencommissie politie Hollands Midden en commissie Toezicht Arrestantenzorg politie Hollands Midden - Lid Regionale Contactgroep politie Hollands Midden - Lid vertrouwenscommissie Katwijkse Voetbalvereniging Quick Boys
S. Pranger	Directielid Achmea Zorg (voormalige functie)	- Penningmeester Stichting Koppeling - Lid Commissie Pensioen en Inkomen van de Achmea Gepensioneerden Vereniging
Dr. C. de Visser	Algemeen directeur Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) (voormalige functie)	- Bestuurslid Landelijk Samenwerkingsverband Exodus (SEN) voor de opvang van (ex) gedetineerden. - Bestuurslid van de Nederlandse Emissie autoriteit (NEa) op het ministerie Infrastructuur en Milieu - Commissaris van de woningcorporatie Dunavie te Katwijk

Rooster van aftreden

Naam	Eerste benoeming	Jaar van aftreden	Aantal bijgewoonde vergaderingen
Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij	20 mei 2010	2014 (herbenoembaar)	8/9
Dr. J. Burggraaf	20 mei 2010	2014 (herbenoembaar)	9/9
Prof. dr. T.L.C.M Groot	28 april 2011	2015 (herbenoembaar)	7/9
Prof. W.P. Moleveld, RA	15 mei 1997	2013	9/9
Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts	28 april 2011	2015 (herbenoembaar)	9/9
S. Pranger	25 mei 2005	2013	9/9
Dr. C. de Visser	24 mei 2007	2014	9/9

Functies binnen de raad in 2012

Naam	Functie in de Raad van Toezicht
Mw. mr. drs. L. M. de Blaeij	• Lid Raad van Toezicht • Secretaris Raad van Toezicht
Dr. J. Burggraaf	• Lid Raad van Toezicht • Lid commissie Kwaliteit en Veiligheid
Prof. dr. T.L.C.M Groot	• Lid Raad van Toezicht • Lid Auditcommissie
Prof. W.P. Moleveld, RA	• Voorzitter Raad van Toezicht • Lid Remuneratiecommissie
Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts	• Lid Raad van Toezicht • Lid Commissie Kwaliteit en Veiligheid
S. Pranger	• Lid Raad van Toezicht • Lid Auditcommissie
Dr. C. de Visser	• Vicevoorzitter Raad van Toezicht • Lid Remuneratiecommissie

Profiel en werving nieuwe leden

De Raad van Toezicht beschikt over een profielschets, die het uitgangspunt vormt voor de invulling van vacante posities, uiteraard met inachtneming van de werkwijze in het reglement. Deze profielschets bestaat uit algemene functie-eisen die voor elk lid van de Raad van Toezicht gelden en daarnaast vacaturegebonden functie-eisen met daarin opgenomen de persoonsgebonden aspecten. Gestreefd wordt naar een maatschappelijk evenwichtige samenstelling van de raad, waarbij sprake is van een zekere spreiding van leeftijd, verdeling van de functies over mannen en vrouwen en diversiteit van maatschappelijke achtergronden, deskundigheden en disciplines.

In 2013 verstrijkt de zittingstermijn van twee leden. Om tijdig twee nieuwe leden te kunnen benoemen vond eind 2012 het proces van werving en selectie plaats. Bij dit proces maakte de raad gebruik van de hiervoor genoemde profielschets. De werving geschiedde door plaatsing van advertenties in een regionale dagblad en publicaties op enkele relevante websites. De selectie vond plaats door een ad hoc commissie, bestaande uit leden van de Raad van Toezicht. In het begin van het nieuwe jaar worden twee kandidaat-leden voorgedragen aan de Raad van Toezicht. Raad van Bestuur, Ondernemingsraad en Cliëntenberaad voeren een kennismakingsgesprek met de kandidaten.

Deskundigheidsbevordering

Enkele leden van de Raad van Toezicht zijn naar deskundigheidsbevorderende bijeenkomsten voor toezichthouders geweest.

- Bijeenkomst Juridisch risicomanagement voor toezichthouders in de zorg (M. de Blaeij)
- Sectorbijeenkomst NVTZ over Kwaliteit en Veiligheid (C. Moolenburgh-Pieper)

- Bijwonen van de algemene vergaderingen van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (C. de Visser)

Honorering

De leden van de Raad van Toezicht krijgen een vergoeding per jaar. Conform de zorgbrede governancecode wordt de vergoeding openbaar gemaakt in de jaarverantwoording. De bedragen voor de vergoeding zijn inclusief reis- en andere onkosten en exclusief BTW. Per 1 januari 2013 is BTW heffing verplicht voor leden van Raden van Toezicht. Het Diaconessenhuis volgt daarbij waar mogelijk de adviezen van de NVTZ.

Vergaderingen

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis Leiden kwamen gedurende het verslagjaar negen maal bijeen om de algemene gang van zaken en het beleid te bespreken. Een van de vergaderingen werd specifiek besteedt aan de visie, strategie en ontwikkelingen in het ziekenhuis en de regio. De Raad van Bestuur, de voorzitter en de vicevoorzitter van de Raad kwamen maandelijks bijeen om goed op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen en in verband met de voorbereiding op de vergaderingen. Voorafgaand aan een van de vergaderingen is gesproken met een delegatie van het Cliëntenberaad. Een werkbezoek is gebracht aan de afdeling IC/CCU.

Verantwoording en controle

- Corporate Governance

De Raad van Toezicht werkt volgens de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording.

Het functioneren van de leden van de Raad van Toezicht wordt gekenmerkt door integriteit en een onafhankelijke opstelling. Dit betekent dat de leden in de uitoefening van de functie op geen enkele wijze zakelijk belang hebben bij het ziekenhuis.

In december 2012 voeren de voorzitter en vicevoorzitter functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht stemt in met de benoeming van de heer Den Hollander in het bestuur van de stichting Dutch Hospital Data.

De Raad van Toezicht evalueert elk jaar het eigen functioneren. In februari 2012 wordt buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur het functioneren van de Raad van Toezicht geëvalueerd aan de hand van de door alle leden ingevulde formulieren. Daarbij kwamen onder ander de volgende onderwerpen aan de orde: onafhankelijkheid van de leden, informatievoorziening en besluitvorming ten aanzien van strategische issues en externe profilering van het ziekenhuis.

In 2013 zal een externe gevraagd worden de evaluatie van de Raad van Toezicht te begeleiden.

- Informatievoorziening

Om te kunnen voldoen aan zijn toezichthoudende taken, wordt de Raad van Toezicht in ieder geval periodiek tijdig en volledig geïnformeerd over de realisatie van de doelstellingen, eventuele risico's verbonden aan activiteiten, de financiële verslaglegging, de kwaliteit en veiligheid van zorg, de naleving van wet- en regelgeving, de verhouding met de belanghebbenden en het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstellingen en verantwoordelijkheid van de organisatie. Jaarlijks wordt een vergaderrooster opgesteld met een aantal vaste agendapunten per vergadering. De raad wordt zijns inziens goed door het bestuur geïnformeerd. Daarnaast worden de voorzitter en vice-voorzitter van de Raad van Toezicht tussentijds geïnformeerd in het periodiek vooroverleg met de Raad van Bestuur. Tijdens dit overleg wordt ook de vergadering met de Raad van Toezicht voorbereid. De gehele raad dan wel de commissieleden worden, wanneer dit nodig is, op ad hoc basis van actuele en externe ontwikkelingen op de hoogte gebracht. In de nieuwe Zorgbrede Governancecode is de bepaling opgenomen dat afspraken over de informatievoorziening worden vastgelegd in een informatieprotocol. Het Diaconessenhuis beschikt over zo'n (vastgesteld) informatieprotocol.

- Auditcommissie

De auditcommissie ondersteunt de Raad van Toezicht bij het uitoefenen van zijn verantwoordelijkheden bij de evaluatie van de administratieve en controlefuncties. Dit omvat

de beoordeling van de financiële rapportages, het systeem van interne controle, omgang met financiële risico's, alsmede de accountantscontrole.

De auditcommissie kwam zes keer bijeen om de financiële situatie met de Raad van Bestuur te bespreken. Belangrijke onderwerpen van gesprek waren de vermogensontwikkeling, de begroting, de jaarrekening, de rapportage over de controle door de accountant en de managementletter. De externe accountant was eenmaal aanwezig bij de vergadering van de auditcommissie.

- **Remuneratiecommissie**

De Remuneratiecommissie heeft als aandachtsgebied de honorering van bestuurders en toezichthouders.

In 2012 adviseerde de commissie de Raad van Toezicht inzake de jaarlijkse aanpassing van de honorering van de bestuurders. De indexatie was gekoppeld aan de Beloningscode Bestuurders in de Zorg van de NVZD/NVTZ. In de bezoldiging van de leden Raad van Toezicht vond, met ingang van 1 januari 2012, een aanpassing plaats, conform het voorstel uit 2011.

- **Commissie Kwaliteit en Veiligheid**

De Raad van Toezicht hecht er waarde aan goed geïnformeerd te worden over de ontwikkelingen binnen het kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem van het Diaconessenhuis. Naast toezicht op kwaliteit en veiligheid wordt ook waarde gehecht aan het delen van en overleggen over lastige dossiers in dit kader. Daartoe stelt de raad in december 2012 een nieuwe commissie in. In 2012 zijn de leden van de commissie voorbereidend hierop driemaal bijeengekomen.

- **Overleg Ondernemingsraad**

Twee leden van de Raad van Toezicht zijn tweemaal aanwezig geweest bij een strategisch overleg met de Ondernemingsraad, in januari en oktober 2012.

Specifieke onderwerpen

Tijdens de vergaderingen met de Raad van Toezicht komen diverse thema's aan de orde.

Opvolging Raad van Bestuur

Per 1 juli 2012 vertrok de heer Den Hollander als lid Raad van Bestuur met portefeuille bedrijfsvoering. De Raad van Toezicht heeft gekozen voor handhaving van de bestaande 2-hoofdige invulling van de Raad van Bestuur. Daarbij is sprake van twee collegiale bestuurders met een financieel-economische respectievelijk zorginhoudelijke achtergrond en ervaring. De Raad van Toezicht heeft de heer De Jong benoemd als lid Raad van Bestuur met de portefeuille bedrijfsvoering. Per 16 september 2012 is hij gestart.

Visie, beleid en organisatie

De Raad van Bestuur rapporteert tijdens de vergaderingen over de voortgang van het beleid en de relevante interne en externe ontwikkelingen.

De Raad volgde nauwlettend de gesprekken van de Raad van Bestuur en medische staf met de regionale ziekenhuizen (LUMC en Rijnland Ziekenhuis) over de verkenning van een intensievere samenwerking.

De ontwikkelingen met betrekking tot de laboratoria (samenwerking en uitbesteding) werden door de Raad van Toezicht nauw gevolgd en intensief besproken met de Raad van Bestuur.

Kwaliteit

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht over verschillende onderwerpen betreffende de kwaliteit van zorg en de rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Gerapporteerd werd over het verloop van het jaargesprek met de inspecteur, de resultaten op het gebied van prestatie-indicatoren en de resultaten van de VMS audit. Ook de verbeteringen naar aanleiding van deze resultaten vormden onderwerp van gesprek.

Een van de clustermanagers zorg geeft een presentatie over het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in het algemeen en in het bijzonder hoe het Diaconessenhuis omgaat met patiëntveiligheid en met systeemdenken.

Jaarplan en begroting

Na opstelling van een ombuigingsplan presenteerde de Raad van Bestuur de begroting en het jaarplan voor 2012 in de eerste Raad van Toezichtvergadering van 2013. De Raad van Toezicht aanvaardde begroting en jaarplan 2012.

Aan het eind van het jaar is het jaarplan en de begroting 2013 in de vergadering besproken. De definitieve vaststelling vindt plaats in 2013.

Financiële ontwikkelingen

De stand van zaken rondom de productie en de financiën is een terugkerend onderwerp tijdens de vergaderingen van de Raad van Toezicht. De Raad bespreekt dit punt aan de hand van de periodieke rapportages van prognose en realisatie, die onderwerp van gesprek zijn in het overleg van de auditcommissie met de Raad van Bestuur. Specifieke aandacht is er in 2012 geweest voor de versterking van de functie van manager Financiën en Control.

Jaarrekening en jaardocument

De Raad van Toezicht besprak de jaarrekening 2011 en het jaardocument 2011. Ernst&Young onderzocht de jaarrekening over 2011, de goedkeurende verklaring maakt onderdeel uit van de jaarstukken. De auditcommissie was betrokken bij het vooroverleg over de totstandkoming van de jaarrekening 2011 en overlegde met van de Raad van Bestuur en de accountant. De Raad van Toezicht sluit zich aan bij het advies van de auditcommissie betreffende het oordeel van de accountant en keurt het maatschappelijk verslag 2011, de balans per 31 december 2011 en de resultatenrekening over 2011 goed. Daarmee dechargeert hij de Raad van Bestuur voor het gevoerde beleid.

Het beleid en de algemene gang van zaken

De Raad van Toezicht is van oordeel dat het door de Raad van Bestuur gevoerde beleid het ziekenhuis op goede wijze heeft gediend.

Besluitvorming in het kader van toezicht

Besluiten genomen in de vergaderingen van de Raad van Toezicht met de Raad van bestuur in het verslagjaar 2012:

19 januari 2012

- De Raad van Toezicht aanvaardt jaarplan en begroting 2012, in april 2012 vindt een herijking plaats.

25 april 2012

- Geeft goedkeuring aan het jaardocument 2011, waarin het maatschappelijk verslag en de jaarrekening 2011 zijn opgenomen.
- Stelt de begroting 2012 vast.

21 juni 2012

- Gaat akkoord met het voorgenomen besluit tot benoeming van de heer De Jong tot lid Raad van bestuur met portefeuille bedrijfsvoering.
- Stelt de gecorrigeerde jaarrekening 2011 vast.
- Stemt in met de klokkenluidersregeling.

12 juli 2012

- Stemt in met het aangaan van een overeenkomst met de gemeente Leiden inzake het voortijdig beëindigen van de erfpacht van parkeerterrein P2.

13 december 2012

- Installeert commissie Kwaliteit en Veiligheid en stelt het reglement voor deze commissie vast.
- Stelt het voorstel vast t.a.v. BTW heffing Raad van Toezicht leden.
- Stelt de (voorlopige) begroting 2013 vast.

Leiden, 16 mei 2013

w.g. Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts.
Voorzitter

w.g. Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij,
Secretaris

4.4 Medezeggenschap

4.4.1 Cliëntenberaad

In het Diaconessenhuis Leiden fungeert het Cliëntenberaad als cliëntenraad. Het Cliëntenberaad bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende patiëntenverenigingen in de regio Leiden, Duin- en Bollenstreek. Het beraad kwam in 2012 drie keer bij elkaar onder voorzitterschap van een regioconsulent van Zorgbelang Zuid-Holland. Vanuit het Diaconessenhuis was één van de leden van de Raad van Bestuur bij elke vergadering aanwezig voor uitleg en overleg.

Ondersteuning

De vergaderingen van het Cliëntenberaad vinden plaats in het Diaconessenhuis. Het Diaconessenhuis vergoedt aan Zorgbelang Zuid-Holland de door Zorgbelang Zuid-Holland gemaakte kosten voor de leden en voor de ondersteuning van de leden. De leden ontvangen van Zorgbelang Zuid-Holland een reiskostenvergoeding en vacatiegeld. De secretaresse Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis notuleert de vergaderingen.

Beleidsissues en adviezen

Gesprekspunten in de vergaderingen waren onder meer de regionale ontwikkelingen en beleid speerpunten, de plannen voor 2013 (kaderbrief), de (werkgroepen) patiëntenparticipatie en het project Mens&Zorg. Verder kwamen aan de orde de NIAZ-accreditatie VMS, het onderwerp mantelzorg en mantelzorgondersteuning, marketing ouderenzorg, de start van de energiecampagne voor de zorg en het elektronisch voorschrijven van medicatie. Het Cliëntenberaad maakte kennis met de heer De Jong, het nieuwe lid Raad van Bestuur. Door middel van presentaties werd het Cliëntenberaad op de hoogte gesteld over de patiëntveiligheid, de resultaten van het project Excellente Zorg en het cluster Gast&Service.

Het Cliëntenberaad werd ook dit jaar weer uitgenodigd mee te lopen met de zogenaamde veiligheidsrondes die vanuit de Centrale VIM Commissie structureel worden georganiseerd. Leden van het beraad stelden vragen en gaven advies over uiteenlopende zaken op het gebied van het Geboorte Huis, het gebruik van de evaluatieformulieren 'ontslag patiënt', het project 'bewegen aan bed' en het zich meer profileren middels een marketingspecialist.

4.4.2 Ondernemingsraad

De Raad van Bestuur heeft in 2012 regelmatig overleg gehad met de Ondernemingsraad (OR). Een keer werd een aparte bijeenkomst georganiseerd waarbij de Raad van Bestuur en de HR manager werden uitgenodigd om over bredere ontwikkelingen en/of de samenwerking met de OR van gedachten te wisselen. Twee keer vond strategisch overleg plaats met de Raad van Bestuur en was er overleg met een delegatie van de Raad van Toezicht.

In 2012 bestond de OR uit 12 leden. In 2012 hebben 2 nieuwe leden de OR versterkt.

De onderwerpen waarbij in 2012 onder andere instemming wordt verleend of positief advies is gegeven, zijn;

- Nieuwe werktijden bij MMI en de OK
- Nieuwe reiskostenregeling
- Opleidingsbeleid
- Integratie van Medische Microbiologie Diaconessenhuis/Bronovo
- Uitbesteding KCL

De OR werd in 2012 geïnformeerd over en volgt de ontwikkeling van diverse onderwerpen waaronder regionale samenwerking, begroting 2013, functiewaardering, voorbereidingen 2^e en 3^e fase EZIS/Chipsoft, zorgassistenten en vrijwilligersbeleid.

4.4.3 Verpleegkundige Adviesraad

De VAR is een door de Raad van Bestuur erkend onafhankelijk adviesorgaan, dat een bijdrage levert aan de beleidsontwikkelingen vanuit verpleegkundig perspectief binnen het Diaconessenhuis Leiden. Hiermee beoogt zij enerzijds de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren en anderzijds de professionaliteit van de verpleegkundige beroepsgroep te bevorderen.

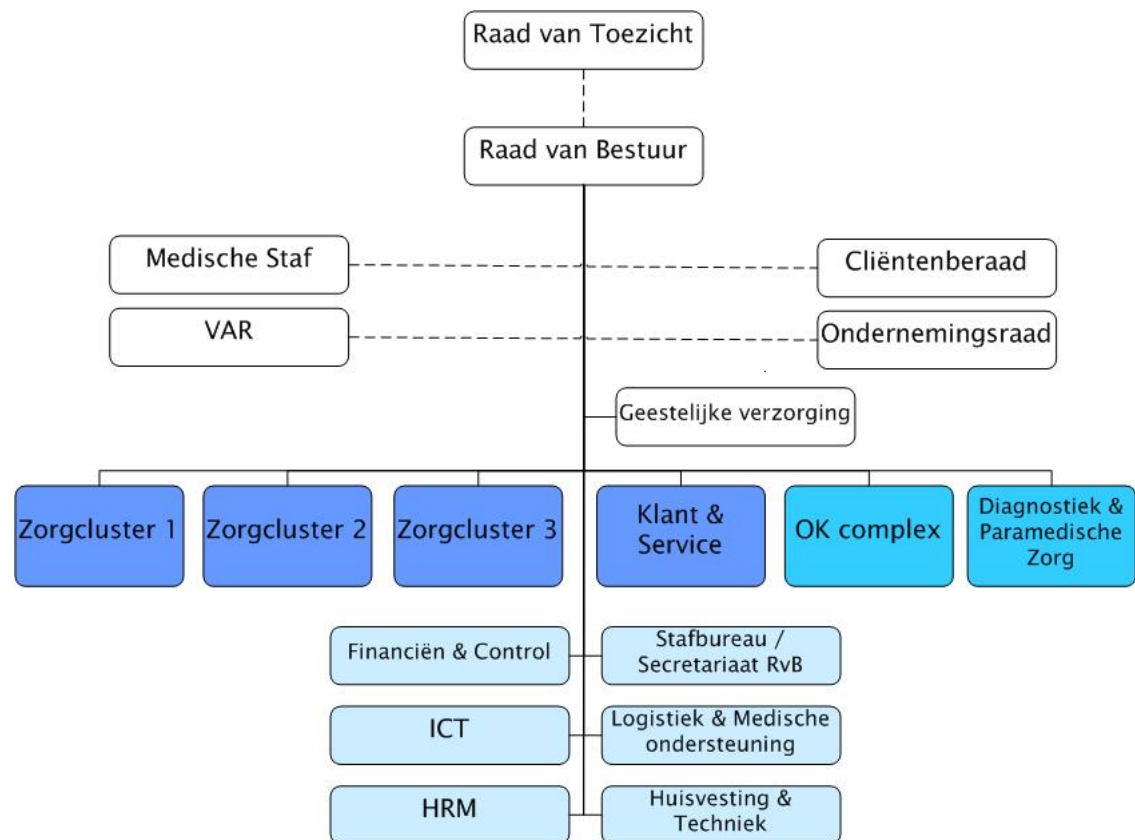
De VAR participeert actief in het traject Excellente Zorg en is van mening dat deelname aan Excellente Zorg positief zal zijn voor de kwaliteit van zorg. De acht essentiële kenmerken van de Excellente Zorg worden gemeten zodat er een afdeling- en instellingsbeleid gemaakt kan worden waarbij het leveren van Excellente Zorg het streven is. De Raad van Bestuur heeft het advies van de VAR over Excellente Zorg overgenomen en in april 2012 is de nulmeting van Excellente Zorg gestart.

De VAR heeft advies uitgebracht over de wijze waarop het dossier ontwikkeld moet worden, de implementatie en de borging hiervan. De ontwikkeling van het verpleegkundig digitaal dossier is inmiddels gestart door een speciaal hiervoor geformeerde werkgroep. De VAR is hierbij betrokken.

De VAR heeft een brede visie op verplegen ontwikkeld en beschreven voor de gehele organisatie. Hiertoe zijn focusgroepen geformeerd en heeft de VAR de perceptie van verpleegkundigen over dit onderwerp duidelijk in beeld gekregen. De nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundige beroepsgroep vragen naast aandacht van de VAR ook om een visie op verplegen.

De VAR is m.i.v. 2012 vertegenwoordigd in de ziekenhuisbrede kwaliteitscommissie.

Bijlage 1: Organogram Diaconessenhuis Leiden



Bijlage 2: Personalia

Raad van Bestuur

Naam	Nevenfuncties
Drs. J.G. den Hollander (tot 1 juli 2012)	• Bestuurslid NVZ vereniging van ziekenhuizen • Bestuurslid SAZ vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen • Lid Raad van Toezicht Intrakoop • Lid Raad van Toezicht Bartimeus • Bestuurslid coöperatieve vereniging Doktersdienst Duinen Bollenstreek
Prof. dr. M.W. de Jong (m.i.v. 16 september 2012)	• Bijzonder hoogleraar Management van Diensteninnovatie Amsterdam School of Business Universiteit van Amsterdam • Voorzitter Raad van Toezicht Communicatiemuseum Den Haag • Lid Raad van Toezicht Aafje thuiszorg huizen en zorghotels Rotterdam • Lid Raad van Advies SEO Economische Onderzoek Amsterdam
Mw. drs. M.J.L.E. Weijers	• Lid Raad van Toezicht Activite

Managementoverleg per 31 december 2012

Mw. drs. N. Capel, clustermanager Diagnostiek en Paramedische zorg
 Mw. drs. H. Diallo, clustermanager OK-complex
 E. van Eck, clustermanager Financiën & Control a.i.
 Mw. H. Hoekman, clustermanager Logistieke & Medische ondersteuning
 R. Holland, clustermanager Huisvesting & Techniek
 E. Humer, clustermanager sector Zorg
 Mw. drs. J. de Jong, secretaris Raad van Bestuur/hoofd Stafbureau
 W. de Lange, clustermanager ICT
 Drs. M.L.W. Schellekens, clustermanager sector Zorg
 Mw. drs. A.M.W. Skidmore-Vencken, clustermanager HRM
 Mw. A.P.M. Van Veldhuizen, clustermanager sector Zorg
 Vacature, clustermanager Klant & Service

Ondernemingsraad per 31 december 2012

J. Mohan
 Mw. C.K. Ouwehand
 Mw. H.J.E.M.C. Valckenier Kips
 Mw. A.C. Buurman
 Mw. I. Jacobs
 Mw. W. Jacobs
 Mw. M.A. de Jonge
 Mw. S.K. van der Leije
 Mw. D. Tibboel
 Mw. F.M. Schilderinck
 J. Bemer
 Mw. A.W. van der Vlugt, voorzitter

Ambtelijk secretaris

Mw. W.C.M. van Benten
 Mw. G.C.T. Slootbeek-Smit, vervangend

Bestuur Medische Staf

M.J. Wijffelman, voorzitter
P.M. ter Riet, secretaris
Mw. dr. A.W.E. Weverling-Rijnsburger, penningmeester

Bestuur Stafmaatschap

D.G. van den Broecke, voorzitter
L. Spaargaren, secretaris
Dr. L.F.S.J. Crobach, penningmeester

Verpleegkundige Adviesraad

Mw. J.A.C. Boogaard-Groothedde
Mw. T.P. van der Drift-Vink
Mw. C.E. Jonxis
Mw. C.E. Kerkhof-Jongbloed
Mw. A. Otten-Noe
Mw. S.A. Splinter-Oostra, voorzitter
Mw. M.G. Versteegen-Oosterveer

Cliëntenberaad

S. Balian
W. Bleije
Mw. C.W.M. Duivenvoorde
Mw. Duivesteijn-van Rooden
S. Geursen, voorzitter
Mw. A.R. Hoetmer
Mw. C. van der Hulst
P. Jonker
B. Judels
G. van der Meiden
Mw. W. Morsen
F. Winkel

Klachtencommissie

Mr. F.G.N. Vergeer, advocaat (voorzitter)
mw. M. Wassenaar, afgevaardigde van Zorgbelang Zuid-Holland
H. van Slooten, namens medisch specialisten
B.J. Hornstra, namens medisch specialisten, tijdelijk
H.C. Ablij, namens medisch specialisten (per 26 juni 2012)
mw. M. Pot-van der Mey, verpleegkundige
Mw. K.A.E. Lippits, ambtelijk secretaris

Plaatsvervangende leden:

mr. I.W. van Osch, advocaat (vice-voorzitter)
S. Geursen, afgevaardigde van Zorgbelang Zuid-Holland
G. Willemsen, namens medisch specialisten
P.J. Roscam Abbing, namens medisch specialisten (per 26 juni 2012)
mw. C.A.J. Meirink-Blonk, verpleegkundige

Medische Staf per 31 december 2012

Anesthesiologie

Dr. R.H.W.M. van den Hoogen
K. Liem
P.M. ter Riet
S.F. ter Riet
Mw. M.E. van der Wal
T.R. Werle

Cardiologie

Mw. A. Lorscheid
I. Padmos
Dr. T.J.J. Römer
Dr. A.A. de Rotte

Chirurgie

Dr. R.M. de Bie Leuveling Tjeenk
Dr. W.E. Hueting
Mw. A.J. Ploeg
H. Stigter
Dr. R. Vree

Dermatologie

C.L.A. van Eijk
Dr. R.L. van Leeuwen
Mw. H. Sterneberg-Vos

Geestelijke Verzorging

Ds. M. de Leeuw
Dr. A.C. Kooijman

Gynaecologie

Mw. J.V.S. van der Does
Mw. H.S. Kok
G.A. van Unnik
F. Vork
Mw. J.M. Williams

Intensive Care

H. Bouter

Interne Geneeskunde en M.D.L.

Ir. H.C. Ablj
E. Batman
Dr. C.H.M. Clemens
Dr. L.F.S.J. Crobach
Dr. W.R. ten Hove
Dr. S.W. Kok
Dr. E.V. Planken
Mw. A.M.C. Witte

KNO-Heelkunde

Dr. C.J. Brenkman
Mw. I.M.J.H. Coene
Dr. F.W.A. Otten

Kindergeneeskunde

Mw. A.J.M. van den Broek
D.A.J.P. Haring
P.H.M. Ooijevaar
Mw. M.E. Poorter
Mw. J.G.C.M. van Zoest

Klinische Chemie

Drs. C. Beijer
Mw. drs. R.C. Rotteveel

Klinische Farmacie

Dr. R. Fijn
Drs. J.R. Toornvliet

Longziekten

Mw. J. Dolsma
Mw. E.C. van Dooren-Coppens
Mr. H.C.J. van Klink

Medische Microbiologie

Dr. M.J. Becker
Dr. J.J. Kerremans
Mw. M. Leversteijn-van Hall

Medische Psychologie

Mw. drs. J.H. van Mullekom
Mw. drs. M.W. Pleket
Mw. dr. A.M. Stradmeijer
Drs. R.A. Wijvekate

Neurologie

Dr. J.L.A. Eekhof
Mw. dr. E. Hoitsma
Mw. dr. M.A. Hoving
R.P.G. Molenaar

Oogheelkunde

Mw. C.M.E. Dobbe
Mw. E. Ganteris-Gerritsen
Dr. P.J. Kruit
Mw. dr. M.Th.P. Odenthal

Orthopedische chirurgie

Dr. R. Krips
J.B. Mullers
Dr. H.M. Schüller

Ouderengeneeskunde

Mw. dr. A.W.E. Weverling-Rijnsburger
G. Willemsen

Pathologie

Dr. J.F. Graadt van Roggen

Plastische chirurgie

D.G. van den Broecke

Radiologie

Drs. T.J.A. Bernt
Mw. M. Feenstra - Holtkamp
R.W. van der Gaag
W.J. Mees
Mw. M. Pijpers
P.J. Roscam Abbing
L. Spaargaren

Sportgeneeskunde

M.J.M. Verschure

Urologie

H.J. Arendsen
M.T. de Goeij
M.J. Wijffelman

Buitengewone stafleden

Dr. B.A. de Boer, *klinisch chemicus*

K.S. de Boer, *revalidatiearts*

Dr. R.W. Koot, *neurochirurg*

Dr. M.J.A. Malessy, *neurochirurg*

W. Pondaag, *neurochirurg*

Mw. W. Zonneveld, *uroloog*

Bijlage 3: Lijst met afkortingen

AO/IC Administratieve Organisatie/Interne Controle.

BHV	Bedrijfs hulpverlening
CCU	Coronary Care Unit
CVC	Centrale VIM Commissie
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EVS	Elektronisch Voorschriftsysteem
EZIS	Elektronisch Ziekenhuis Informatiesysteem
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KCL	Klinisch Chemisch Laboratorium
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MCH	Medisch Centrum Haaglanden
MD	Management Development
MMI	Medische Microbiologie en Infectiepreventie
MO	Managementoverleg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NPS	Netto Promotor Score
NVTZ	Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen
NVZD	Vereniging van Bestuurders in de Zorg
OK	Operatiekamers
OR	Ondernemingsraad
PRI	Prospectieve Risico-inventarisatie
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
VAM	Veiligheid, Arbo en Milieu
VAR	Verpleegkundige Adviesraad
VIM	Veilig Incidenten Melden
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZiROP	Ziekenhuisrampenopvangplan

DEEL II

JAARREKENING

5.1 JAARREKENING

5.1.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2012 (na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-12	31-dec-11
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Immateriële vaste activa	1	0	0
Materiële vaste activa	2	65.376.284	65.660.990
Financiële vaste activa	3	276.796	279.162
Totaal vaste activa		65.653.080	65.940.152
Vlottende activa			
Vorraden	4	780.755	816.587
Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten	5	2.788.643	-42.717
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	0	0
Vorderingen uit hoofde van transitierегeling	7	0	0
Overige vorderingen	8	39.617.567	17.168.031
Effecten	9	0	0
Liquide middelen	10	6.709	17.642.335
Totaal vlottende activa		43.193.674	35.584.236
Totaal activa		108.846.754	101.524.388
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Kapitaal	11	715.308	715.308
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		10.215.701	8.347.074
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		788.626	788.626
Totaal eigen vermogen		11.719.634	9.851.008
Voorzieningen			
Voorzieningen uit hoofde van macrobeheersinstrument	12	0	0
Overige voorzieningen		4.245.473	3.035.275
Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)	13	36.185.372	38.879.153
Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar)			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	18.397.080	29.773.770
Schulden uit hoofde van transitierегeling	7	2.558.848	0
Schulden uit hoofde van honorariumplafond	14	13.709	0
Schulden uit hoofde van macrobeheersinstrument	15	0	0
Overige kortlopende schulden	16	35.726.638	19.985.184
Totaal passiva		108.846.754	101.524.388

5.1.2 RESULTATENREKENING OVER 2012

	Ref.	2012 €	2011 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg	19	197.976	47.366.837
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten AWBZ (exclusief subsidies)	20	0	0
Beschikbaarheidsbijdragen medisch specialistische zorg vaste segment	21	0	0
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment)	22	754.395	1.526.713
Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	23	64.860.652	30.618.904
Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	24	18.205.136	
Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg	25	-2.558.847	0
Honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	26	133.000	0
Subsidies	27	810.040	607.543
Overige bedrijfsopbrengsten	28	4.636.295	2.898.712
Som der bedrijfsopbrengsten		87.038.648	83.018.709
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	29	48.966.276	49.190.360
Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	30	133.000	0
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	31	7.236.034	6.725.775
Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	32	0	0
Overige bedrijfskosten	33	26.968.048	24.645.305
Som der bedrijfslasten		83.303.358	80.561.440
BEDRIJFSRESULTAAT		3.735.290	2.457.269
Financiële baten en lasten	34	1.866.663	1.764.678
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING		1.868.627	692.591
Buitengewone baten	35	0	0
Buitengewone lasten	35	0	0
Buitengewoon resultaat		0	0
RESULTAAT BOEKJAAR		1.868.627	692.591
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2012 €	2011 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten		1.868.627	692.591
Partnerschap medische specialisten		-117.122	-96.517
Algemene reserve		117.122	96.517
		1.868.627	692.591

5.1.3 KASSTROOMOVERZICHT

Ref.	2012	2011
€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Bedrijfsresultaat	3.735.290	2.457.269
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	7.556.913	7.545.479
- mutaties voorzieningen	<u>1.210.198</u>	<u>721.252</u>
	8.767.111	8.266.731
Veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	35.832	-89.421
- mutatie onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten	-2.831.360	2.900.473
- vorderingen	-22.449.536	-691.650
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	-8.804.133	7.882.844
- kortlopende schulden (excl. schulden aan banken)	<u>8.107.912</u>	<u>6.847.174</u>
	-25.941.285	16.849.421
Kasstroom uit bedrijfsoperaties	<u>-13.438.885</u>	<u>27.573.421</u>
Ontvangen interest	17	3.963
Betaalde interest	-1.866.680	-1.768.642
Buitengewoon resultaat	<u>-1.866.663</u>	<u>-1.764.679</u>
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	-15.305.548	25.808.742
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings materiële vaste activa	-7.669.683	-10.612.369
Desinvesteringen materiële vaste activa	397.476	132.112
Investerings immateriële vaste activa		
Desinvesteringen immateriële vaste activa		
Investerings deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	-26.000	-26.935
Mutatie leningen u/g		
Overige investeringen in financiële vaste activa	<u>28.367</u>	<u>-39.405</u>
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	-7.269.840	-10.546.597
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	0	10.000.000
Aflossing langlopende schulden	<u>-2.693.780</u>	<u>-8.413.780</u>
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	-2.693.780	1.586.220
Mutatie geldmiddelen	<u><u>-25.269.168</u></u>	<u><u>16.848.365</u></u>
Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.		
<u>mutatie 2012-2011</u>		
Schulden aan kredietinstellingen	-7.633.542	0
Liquidemiddelen	<u>-17.635.626</u>	<u>16.848.364</u>
	<u>-25.269.168</u>	<u>16.848.364</u>

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.1 Algemeen

Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

Algemeen

ANBI status

Het diaconessenhuis beschikt sinds 01-01-2008 over de ANBI status. De ANBI-status wordt versterkt aan organisaties voor goede doelen die zijn erkend als Algemeen Nut Beogende Instellingen (ANBI). Zij zijn volledig vrijgesteld van schenkbelasting en erfbelasting. Een ANBI is een kerkelijke, levensbeschouwelijke, charitatieve, culturele, wetenschappelijke of andere instelling die het algemeen belang dient.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De 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.

Continuïteitsveronderstelling

Deze jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling. De cure-sector bevindt zich in een overgangsfase naar volledige prestatiebekostiging. Deze overgang gaat gepaard met een aantal inherente onzekerheden, welke in de grondslagen in paragraaf 'Toelichting onzekerheden als gevolg van sectorontwikkelingen 2012' nader zijn toegelicht.

De afspraak voor het schaduwbudget is in 2013 met de zorgverzekeraars overeengekomen. Met betrekking tot de productieafspraken voor het jaar 2013 vragen de onderhandelingen met de zorgverzekeraars conform vorig jaar veel tijd. Ten tijde van het opstellen van de jaarrekening is overeenstemming bereikt met twee zorgverzekeraars en vindt er overleg plaats met de overige drie zorgverzekeraars. Het bestuur verwacht deze onderhandelingen in juni 2013 af te kunnen ronden.

In de huidige liquiditeitsforecast is ervan uitgegaan dat de contracten in juni rondkomen en dat het vanaf juni mogelijk is om een inhaalslag te realiseren voor de volledige facturatie. Indien dit niet tijdig wordt gerealiseerd, kan Diaconessenhuis gebruik maken van de beschikbare kredietfaciliteit.

Verder is in de huidige liquiditeitsforecast nog geen rekening gehouden van het effect van een mogelijke / nog te realiseren ophoging van de onderhanden werk financiering op basis van de onderhanden werk Grouper. Het financiële effect van deze ontwikkeling wordt op dit moment nader in kaart gebracht als basis voor eventuele ophoging van de benodigde beschikbare kredietfaciliteit.

Verbonden partijen

Diaconessenhuis Leiden is medeaandeelhouder in Sleutelnet, dat de digitale communicatie verzorgt tussen zorgaanbieders in de regio Leiden. Het belang van Diaconessenhuis is 20%.

Activa en passiva

Activa en passiva worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs of de actuele waarde. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs. Toelichtingen op de posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

Immateriële vaste activa

Er zijn geen immateriële vaste activa meer opgenomen in deze jaarrekening.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

Materiële vaste activa

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan 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 hoofdstuk 121 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa.

De inschatting op basis van een globaal uitgevoerde impairmenttest bij het opstellen van het nieuwe Masterplan Huisvesting heeft aangetoond dat er ultimo 2012 geen sprake is van een bijzondere waardevermindering, dit mede gelet op basis van de verhoudingsgewijs lage gemiddelde resterende afschrijvingstermijnen.

De gehanteerde afschrijvingspercentages zijn die, welke door de Nederlandse Zorgautoriteit in zijn desbetreffende beleidsregel zijn vastgesteld. Investerings van geringe omvang (kleiner dan € 500,=) worden rechtstreeks ten laste van het resultaat gebracht.

Financiële vaste activa

De voor nacalculatie in aanmerking komende in 2007 afgeboekte immateriële vaste activa zijn onder de financiële vaste activa en vorderingen opgenomen.

Voorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen vaste verrekenprijzen, onder aftrek van een bedrag voor incurante voorraden; de voorraad geneesmiddelen is niet opgenomen maar betreft een schatting. De vaste verrekenprijzen worden bepaald op basis van de laatst bekende inkoopprijzen

Onderhandenwerk DBC's

Omdat de gehele systematiek van factureren en waarderen van de productie per 2012 opnieuw is ingericht, was het voeren van een bestendig beleid ten aanzien van de waardering van het onderhanden werk feitelijk niet mogelijk.

Het onderhanden werk uit hoofde van DBC zorgproducten is gewaardeerd voor het ziekenhuisdeel als 50% van de te verwachten uiteindelijke opbrengst en voor het honorariumdeel als 68% van de te verwachten uiteindelijke opbrengst. Bij deze waardering is aangesloten bij de 'Handreiking' en voor een behoudende waardering van het onderhanden werk. Dat het honorariumdeel voor 68% is gewaardeerd is gebaseerd op een drietal overwegingen.

1. de tijdsbesteding van de medisch specialist ligt met name in de eerste stadia (diagnose, ingreep) van het zorgtraject
2. de medische staf van het Diaconessenhuis in 2012 heeft een productie geleverd die hoger is dan de productie waarop het productieplafond is gebaseerd.
3. de honorariumomzet is daarom aangesloten bij het productieplafond

Op het onderhanden werk zijn de voorschotten, die ontvangen zijn van de verzekeraars, in mindering gebracht.

Financiële instrumenten

Financiële instrumenten omvatten handels- en overige vorderingen, geldmiddelen, leningen en overige financieringsverplichtingen, handelsschulden en overige te betalen posten. Diaconessenhuis heeft geen financiële instrumenten in de vorm van in contracten besloten afgeleide financiële instrumenten (derivaten).

Vorderingen, liquide middelen en schulden

De vorderingen, liquide middelen, voorzieningen en schulden zijn opgenomen voor de nominale waarde. Met oninbaarheid van vorderingen is rekening gehouden.

Eigen vermogen

Het niet collectief gebonden eigen vermogen staat ter vrije beschikking van het bestuur, het collectief gebonden eigen vermogen mag alleen worden gebruikt ten dienste van de zorg.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

Voorzieningen

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

Wanneer verplichtingen naar verwachting door een derde zullen worden vergoed, wordt deze vergoeding als een actief in de balans opgenomen indien het waarschijnlijk is dat deze vergoeding zal worden ontvangen bij de afwikkeling van de verplichting.

Pensioenen en andere personeelsbeloningen

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

Opbrengsten en resultaatbepaling

Het resultaat is berekend als opbrengsten (facturatiewaarde in 2012 geopende en gesloten DBC-zorgproducten plus mutatie onderhanden werk) minus kosten. Volgens de 'Handreiking' zijn de opbrengsten bepaald door de facturatie per verzekeraar te corrigeren voor rechtmatigheid en factureren boven de afgesproken contracten. Zoals uiteen gezet in de "Toelichting onzekerheden als gevolg van sectorontwikkelingen 2012", hebben systeemwijziging in combinatie met nieuwe contractvormen in 2012 geleid tot sectorbrede onduidelijkheden in normstellingen en vraagstukken over verwerkingswijzen rondom opbrengst en resultaatbepaling met als gevolg een aantal onzekerheden. De Handreiking en aanvullende richtlijnen van de NZA hebben het niveau van deze onzekerheden aanzienlijk teruggebracht. De opbrengsten en daarmee het resultaat over 2012 en het vermogen ultimo 2012 zijn echter beïnvloed door schattingen. De contracten met zorgverzekeraars zijn afgesloten op het schadejaar 2012 in plaats van boekjaar 2012 met als gevolg dat schattingen gemaakt zijn teneinde te bepalen welk deel van de opbrengsten toegerekend dient te worden aan boekjaar 2012 en welk deel aan het boekjaar 2013. Diaconessenhuis heeft de opbrengst (facturatie per verzekeraar) gecorrigeerd voor rechtmatigheid (definitie verpleegdagen, cope-controles) en voor verwachte overschrijding op gecontracteerde schadelast. De definitieve vaststelling van het transitiebedrag vindt plaats in 2014. Definitieve verrekening met zorgverzekeraars vindt plaats in 2014/2015. Dit betekent dat afwijkingen tussen schattingen en realisatie alsdan kunnen worden verrekend. De procedures daarvoor zijn ten tijde van opstelling van de jaarrekening nog niet bekend. Bijstellingen kunnen plaatsvinden op de omzet prestatiebekostiging of het te verrekenen transitiebedrag.

Toelichting onzekerheden als gevolg van sectorontwikkelingen 2012

Het jaar 2012 kenmerkt zich als een jaar met veel veranderingen die hebben geleid tot sectorbrede financiële risico's bij ziekenhuizen. De diverse systeemwijzigingen zijn tegelijk ingevoerd en hebben betrekking op de introductie van nieuwe DOT-zorgproducten, de uitbreiding van de financiering van dure geneesmiddelen, de verdere invoering van prestatiebekostiging en het macrobeheersingsinstrument alsmede invoering van het beheersmodel medisch specialisten. Hierbij is sprake van nieuwe contractvormen met zorgverzekeraars op basis van schadelastjaar en samenloop met zowel het transitiemodel als het beheersmodel medisch specialisten. Deze systeemwijzigingen hebben geleid tot aanpassingen in processen, systemen en verantwoordingsinformatie, administratie en declaratievoorschriften. Als gevolg van deze wijzigingen zijn ervaringscijfers (voor het maken van schattingen) beperkt beschikbaar.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

Toelichting onzekerheden als gevolg van sectorontwikkelingen 2012 vervolg

Het transitieproces voor uitbreiding van de prestatiebekostiging bepaalt de omvang van de vordering op het CVZ of de schuld aan het zorgverzekeringsfonds. Een overschrijding van het macro-omzetplafond wordt naar verwachting sectorbreed verrekend en overschrijdingen van het macro-honorariumplafond worden afgedragen aan het zorgverzekeringsfonds.

Het verrekenbedrag en de hiervoor genoemde eventuele overschrijdingen worden in belangrijke mate beïnvloed door voornoemde systeemwijzigingen en definitief vastgesteld in 2014 met finale evaluatie voor het beheersmodel in 2016.

Gelet op deze ontwikkelingen hebben de diverse veldpartijen (VWS, NZA, NFU, NVZ, ZN en Coziek) gezamenlijk een Handreiking omzetverantwoording 2012 opgesteld met nadere richtlijnen voor het bepalen van de opbrengsten en verrekeningen. De NZa heeft deze Handreiking geformaliseerd als nadere uitleg van haar (beleids)regels. De Handreiking staat verschillende methoden en uitgangspunten voor het bepalen van de opbrengsten en verrekeningen toe. Het bestuur heeft binnen deze mogelijkheden de methoden en uitgangspunten nader geïnterpreteerd.

Voornoemde ontwikkelingen leiden tot inherente onzekerheden rondom de omzet (onder andere bepaling van de schadelast en toerekening daarvan aan de boekjaren 2012 en 2013), de waardering van onderhandenwerk, de honorariavergoedingen voor vrijgevestigd medisch specialisten, verrekenbedragen met zorgverzekeraars, het CVZ en het zorgverzekeringsfonds en daarmee ook het resultaat over 2012 en het eigen vermogen ultimo 2012.

De Raad van Bestuur heeft ten behoeve van de bepaling van het resultaat en de financiële positie de best mogelijke schattingen gemaakt op basis van de beschikbare informatie en deze toegelicht bij de individuele posten onderhanden werk, het verrekenbedrag, de overlopende vordering op het CVZ/schuld aan het zorgverzekeringsfonds, de omzet en niet uit de balans blijvende verplichtingen.

Bij de uitwerking van deze ontwikkelingen zijn de volgende punten van belang:

- Met de vijf zorgverzekeraars zijn voor 2012 schadelastafspraken overeengekomen op basis van vier plafonds en één aanneemsom.
- Bij de bepaling van de verwachte over- respectievelijk onderschrijdingen van schadelastafspraken is de methode van de verwachte waarde gehanteerd.
- De verwachte schadelast is hierbij bepaald op basis van het prognosemodel genaamd "DOT 2013" van Casemix. Het model voorspelt op basis van historie en statistiek tot welke eindproducten onze onderhanden DBC-trajecten afleiden. De betrouwbaarheid van deze prognosetool is door ons (verder) vastgesteld.
- De waarde van het onderhandenwerk is bepaald op 50% van de te verwachten uiteindelijke omzet
- De gerealiseerde en de nog te verwachten schadelast per zorgverzekeraar in totaal komt ten opzichte van de schadelastafspraken uit tot een totale contractnuancering van zo'n €15 miljoen. Hierbij is de schadelast gemiddeld voor 86% toegerekend aan 2012 en voor 14% aan 2013. Deze toerekening is in overeenstemming met de Handreiking omzetverantwoording 2012.
- De verplichting uit verwachte overschrijdingen van schadelastafspraken is voor zover deze toegerekend kunnen worden aan het boekjaar opgenomen als kortlopende schuld, post contract nuancering. (zie 5.1.5.15).
- De nuancering van de gefactureerde omzet, vanwege controles door zorgverzekeraars na 2012 die er toe kunnen leiden dat een deel van de gefactureerde omzet afgewezen dan wel gecorrigeerd moet worden, is verwerkt in een voorziening. Ook de problematiek rondom dure geneesmiddelen heeft geleid tot nuancering van de gefactureerde omzet en maakt onderdeel uit van deze voorziening.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

- Er is geen sprake van verlieslatende contracten. De problematiek rondom verwijzers en gewijzigde definitie verpleegdagen heeft niet geleid tot omzetnuancering. De effecten daarvan zijn reeds verwerkt in de opbrengst 2012.
- De hoogte van het schaduwbudget is gebaseerd op definitieve voorcalculatorische afspraken met de zorgverzekeraars en de voorlopige realisatie.
- Aangezien de omzet prestatiebekostiging uitkomt boven het schaduwbudget is sprake van een transitiebedrag. Voor 2012 is 95% van dit bedrag opgenomen als te betalen verrekenbedrag. Het transitiebedrag 2012 is verwerkt in het resultaat en als kortlopende schuld. Het transitiebedrag 2013 wordt verantwoord als niet in de balans opgenomen verplichting.

De uiteindelijke uitkomsten zullen blijken uit de eindafrekeningen met zorgverzekeraars, het definitieve verrekenbedrag en een eventuele definitieve overschrijding van het macro-omzetplafond en macro-honorariumplafond en kunnen materieel afwijken van de in deze jaarrekening opgenomen bedragen gebaseerd op de beste schatting.

De Raad van Bestuur is van mening dat met voornoemde toelichting de jaarrekening het vereiste inzicht geeft in het resultaat en de financiële positie van de instelling.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

1. Immateriële vaste activa

n.v.t.

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Boekwaarde per 31 december	0	0

2. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	44.242.373	43.437.534
Machines en installaties	3.731.995	4.250.991
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	16.955.562	17.169.009
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	446.354	803.456
Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	0	0
Totaal materiële vaste activa	65.376.284	65.660.990

Het verloop van de materiële activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven:

	2012	2011
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	65.660.990	62.726.212
Bij: investeringen	7.669.683	10.612.369
Bij: herwaarderingen	0	0
Af: afschrijvingen	7.556.913	7.545.479
Af: terugname geheel afgeschreven activa	0	0
Af: desinvesteringen	397.476	132.112
Boekwaarde per 31 december	65.376.284	65.660.990
Aanschafwaarde	112.092.340	109.562.545
Cumulatieve herwaarderingen	0	0
Cumulatieve afschrijvingen	46.716.056	43.901.555

Toelichting:

Betreft terrein gelegen aan de Houtlaan 55 te Leiden, kadastraal bekend; gemeente Leiden, sectie P. nr. 2843, groot 3 ha, 83 a en 75 ca.

Voor een nadere specificatie van het verloop van de WTZi-vergunningplichtige vaste activa en de WTZi-meldingsplichtige vaste activa wordt per activagroep verwezen naar het mutatieoverzicht onder 5.1.6. In toelichting 5.1.7 zijn overzichten opgenomen voor de onderhanden en gereedgekomen projecten.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

De specificatie is als volgt:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Deelnemingen	77.935	51.935
Vorderingen op deelnemingen	0	0
Disagio WfZ	197.860	226.227
Overige vorderingen	443.170	443.170
Vakantiegeld-vordering NZA erkend	-442.170	-442.170
Afwaardering Vakantiegeld-vordering NZA		
Totaal financiële vaste activa	276.796	279.162

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:

	€
Boekwaarde per 1 januari 2012	279.162
Bij: Deelneming Medi-risk	26.000
Bij: Disagio WFZ	0
Af: Afschrijving Disagio WFZ	-28.367
Af: Afschrijving Aanloopkosten	0
Boekwaarde per 31 december 2012	276.795

Toelichting:

De waarde deelneming betreft aandeelhoudersrekening Medi-Risk
 Ten behoeve van beroepsaansprakelijkheid is het ziekenhuis aangesloten bij de onderlinge waarborgmaatschappij Medi-Risk
 Naast de aandeelhoudersrekening heeft het Diaconessenhuis een ledenrekening.
 Ultimo 2012 bedraagt de stand van de ledenrekening € 5.872, deze is niet in de deelnemingwaarde verwerkt

Toelichting op belangen in andere rechtspersonen of vennootschappen:

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Verschaft kapitaal	Kapitaalbe- lang (in %)	Eigen vermogen	Resultaat
				€	€
Rechtstreekse kapitaalbelangen >= 20%:					
Sleutelnet BV Leiden	ICT		20%		

Toelichting:

Het kapitaalbelang in Sleutelnet BV Leiden is afgewaardeerd tot nihil
 Sleutelnet BV is het samenwerkingsverband van alle zorgaanbieders en de zorgverzekeraar in de Regio Zuid Holland Noord
 op het gebied van ICT.
 Sleutelnet is opgericht om zonder winstoogmerk de kwaliteit en efficiency van de zorg te bevorderen door het
 optimaal inzetten van ICT

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

4. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Medische geneesmiddelen	383.741	383.741
Medische steriele voorraden CSA-OK	342.034	366.510
Overige voorraden:	54.980	66.336
Totaal voorraden	780.755	816.587

5. Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten

De specificatie is als volgt:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	633.650	5.869.557
Onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	13.227.513	3.224.892
Onderhanden projecten A & B segment honorarium vrijgevestigd	4.266.709	2.124.915
Af: ontvangen voorschotten	-15.339.229	-9.202.362
Af: voorziening onderhanden projecten	0	-2.059.719
Totaal onderhanden projecten	2.788.643	-42.717

De specificatie per onderhanden project is als volgt weer te geven:

Stroom DBC's / DBC-zorgproducten per zorgverzekeraar	Gerealiseerde projectkosten en toegerekende winst	Af: verwerkte verliezen	Af: ontvangen voorschotten	Saldo per 31-dec-2012
	€	€	€	€
Multizorg/VRZ	9.090.276	0	8.666.011	424.265
Achmea	3.938.386	0	3.370.000	568.386
VGZ	2.450.430	0	1.039.833	1.410.597
CZ	1.785.233	0	1.879.385	-94.152
Menzis	637.229	0	384.000	253.229
Overig	226.318	0	0	226.318
Totaal (onderhanden projecten)	18.127.872	0	15.339.229	2.788.643

Toelichting:

Ultimo 2012 is het OHW gewaardeerd op basis van de verwachte opbrengstwaarde. Voor het ziekenhuisdeel is daarbij 50% van deze waarde opgenomen als OHW, voor het honorarium vrijgevestigden 68%.

De ontvangen voorschotten van verzekeraars zijn in mindering gebracht op het saldo onderhanden werk. Door gebruik te maken van de Casemix tool is het mogelijk geworden om de waarde te bepalen op basis van verwachte opbrengstwaarde inplaats van de gemiddelde kostprijswaarde per specialisme.

De voorziening 2011 betrof verlieslatende DBC's.

Voor 2012 is onder de voorzieningen een voorziening rechtmatigheid/cope-controles opgenomen.

Onder de kort lopende schulden is de contract nuancering omzet opgenomen

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

6. Vorderingen uit hoofde van financieringstekort en schulden uit hoofde van financieringsoverschot

	t/m 2009 €	2010 €	2011 €	2012 €	totaal €
Saldo per 1 januari	-9.614.236	-8.237.787	-11.921.747	0	-29.773.770
Financieringsverschil boekjaar					
Correcties voorgaande jaren	20.000		177.976		197.976
Nacalculatie					
Betalingen/ontvangsten	3.099.734	8.078.980	0		11.178.714
Subtotaal mutatie boekjaar	3.119.734	8.078.980	177.976	0	11.376.690
Saldo per 31 december	-6.494.502	-158.807	-11.743.771	0	-18.397.080

Stadium van vaststelling (per erkenning):

A C C A

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Toelichting: In 2012 is er geen sprake meer van een wettelijk budget, hiervoor zijn de opbrengsten uit prestatiebekostiging en het transitiebedrag in de plaats gekomen. Derhalve is de 'Specificatie financieringsverschil in het boekjaar' voor 2012 niet meer ingevuld.

	31-dec-12 €	31-dec-11 €
Waarvan gepresenteerd als:		
- schulden uit hoofde van financieringsoverschot	-18.397.080	-29.773.770
	<u>-18.397.080</u>	<u>-29.773.770</u>

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2012 €	2011 €
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten		46.380.000
Budget oude jaren		
<i>Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:</i>		
Verpleeg- en verzorgingsgelden		
Dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging		
Honoraria medisch-specialistische hulp		55.673.151
Vergoedingen voor klinische en poliklinische verrichtingen		
Gedeclareerde DBC-omzet		
Mutatie onderhanden projecten (voor zover ter dekking wettelijk budget)		-2.020.934
Andere vergoedingen		4.649.530
Totaal financieringsverschil	<u>0</u>	<u>-11.921.747</u>

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

7. Vorderingen uit hoofde van transitie-regeling en schulden uit hoofde van transitie-regeling

De specificatie is als volgt:

	2012	2011
	€	€
Schaduwbudget (op basis van afspraken met verzekeraars)	46.276.475	0
Af: A omzet (inclusief overloop)	18.205.136	0
Af: B nieuw (binnen transitie-model = B-2012) honorariumomzet loondienst met vergoeding in schaduwbudget in B nieuw	30.764.863	0
Transitiebedrag	-2.693.524	0
	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Waarvan gepresenteerd als:		
- vorderingen uit hoofde van transitie-regeling	0	0
- schulden uit hoofde van transitie-regeling	2.558.848	0
	-2.558.848	0

Het transitiebedrag wordt verwerkt in:

2012	95%	2.558.848
2013	70%	1.885.466

Toelichting: De NZa vereist in de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-208) dat een instelling voor medisch specialistische zorg de gerealiseerde omzet uit prestatiebekostiging en de omzet die zou zijn behaald onder de oude bekostigingssystematiek jaarlijks vaststelt. Het verschil tussen beide bedragen wordt aangeduid met de term transitiebedrag. Diaconessenhuis heeft een schuld uit hoofde van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg, welke als afzonderlijke post in de balans is opgenomen.

8. Overige vorderingen

De specificatie is als volgt:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Vorderingen op debiteuren	7.168.538	6.099.893
Nog te factureren omzet DBC's	26.753.777	9.046.307
Overige vorderingen:		
Vorderingen op werknemers (fietsenplan etc)	61.373	52.776
Vorderingen op specialisten en instellingen	2.543.890	1.035.701
Vooruitbetaalde bedragen / nog te ontvangen bedragen	2.416.693	441.396
Overige overlopende activa:	673.296	491.957
Totaal overige vorderingen	39.617.567	17.168.031

Toelichting:

De sterke stijging van de post nog te factureren omzet is veroorzaakt doordat de contractering met verzekeraars pas in een laat stadium tot stand kwam en in januari nog € 26 mln. is gefactureerd
 De vordering op specialisten betreffen o.a. de honoraria, waarvan de eindafrekening nog moet plaats vinden
 De vooruitbetaalde bedragen / nog te ontvangen bedragen toename wordt o.a. veroorzaakt door nog te ontvangen bedragen i.v.m. de uitbesteding van het klinisch chemisch laboratorium (activa overdracht etc) als mede nog te ontvangen administratieve vergoedingen, alsmede hogere post vooruitbetaalde facturen
 De voorziening € 83.127, is na afboeking van € 28.089 aan vorderingen, in mindering gebracht op het debiteurensaldo.
 De toevoeging aan de voorziening debiteuren in 2012 bedroeg € 85.000 en is tenlaste van het resultaat gebracht.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

9. Effecten

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-12</u>	<u>31-dec-11</u>
	€	€
N.v.t.		
Totaal effecten	<u>0</u>	<u>0</u>

10. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-12</u>	<u>31-dec-11</u>
	€	€
Bankrekeningen (overgebracht naar passiva)	0	17.633.207
Kassen	6.709	9.128
Totaal liquide middelen	<u>6.709</u>	<u>17.642.335</u>

Toelichting:

Er is sprake van een negatief R/C saldo, gepresenteerd onder de kortlopende schulden

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

11. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	31-dec-12	31-dec-11
	€	€
Kapitaal	715.308	715.308
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	10.215.701	8.347.074
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	788.626	788.626
Totaal eigen vermogen	<u>11.719.634</u>	<u>9.851.008</u>

Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2012	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2012
	€	€	€	€
Kapitaal	715.308	0	0	715.308
	<u>715.308</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>715.308</u>

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2012	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2012
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:	7.662.940	1.868.627	0	9.531.567
Bestemmingsfondsen:				
Reserve innovatie / automatisering	684.134	0	0	684.134
Herwaarderingsreserve:				
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	<u>8.347.074</u>	<u>1.868.627</u>	<u>0</u>	<u>10.215.701</u>

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2012	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2012
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Partnership medische specialisten	608.444	0	117.122	491.322
Algemene reserve	180.182	117.122	0	297.304
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	<u>788.626</u>	<u>117.122</u>	<u>117.122</u>	<u>788.626</u>

Toelichting: Partnership medische specialisten

Dit vermogen (verkregen van de medisch specialisten) wordt in overleg met de medische specialisten besteed aan gezamenlijke doelen.

Na dat dit bestedingsdoel is gerealiseerd wordt dit niet collectief vrij vermogen toegevoegd aan de algemene reserve

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

12. Voorzieningen

<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	Saldo per 1-jan-2012	Dotatie	Onttrekking	Vrijval	Saldo per 31-dec-2012
	€	€	€	€	€
Voorziening dienstjaren-gratificatie	975.000	0	115.799	0	859.201
Voorziening levensfasebudget / PLB	1.124.050	656.330	0	0	1.780.380
Voorziening arbeidsongeschiktheid	376.538	0	172.425	0	204.113
Voorziening reorganisatie / sociaalplan	559.686	59.127	96.533	0	522.280
Voorziening rechtmatigheid/cope-controles		879.498	0	0	879.498
Totaal voorzieningen	<u>3.035.275</u>	<u>1.594.955</u>	<u>384.757</u>	<u>0</u>	<u>4.245.473</u>

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

	<u>31-dec-2012</u>
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	1.605.892
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	2.639.581
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	1.760.083

Toelichting per categorie voorziening:

Voor toekomstige verplichtingen in verband met dienstjaren-gratificaties is een berekening gemaakt van de op termijn eventueel verschuldigde dienstjaren-gratificatieuitkeringen aan personeel.
 De voorziening PLB betreft het opgebouwde PLB recht ultimo 2012
 De voorziening arbeidsongeschiktheid betreft een voorziening voor de huidige langdurig arbeidsongeschikten
 De voorziening 'sociaal plan' betreft de verplichting uit beeindiging van arbeidscontracten en verplichtingen voor afvloeiing voor personeel als gevolg van reorganisatie.
 Opgenomen is een Voorziening rechtmatigheid/cope-controles voor het ziekenhuisdeel & honorarium loondienst specialisten, voor dure geneesmiddelen en rechtmatigheidscontroles.

13. Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)

Totaal langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)	<u>36.185.372</u>	<u>38.879.153</u>
<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Stand per 31 december	<u>38.879.150</u>	<u>47.292.934</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	2.693.780	8.413.780
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>36.185.372</u>	<u>38.879.153</u>

Toelichting in welke mate (het totaal van) de langlopende schulden als langlopend moeten worden beschouwd:

Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	2.693.780	8.413.780
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	36.185.370	38.879.153
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	23.185.827	30.232.724

Toelichting:

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage overzicht langlopende schulden.
 De aflossingsverplichtingen zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.
 Het Diaconessenhuis maakt geen gebruik van derivaten en of rente swaps

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

14. Schulden uit hoofde van honorariumplafond

In €	Gedeclareerd aan het ziekenhuis	Gedeclareerd via het lokaal collectief	Totaal 2012	Totaal 2011
Lokaal omzetplafond	133.000	15.786.665	15.919.665	0
-/- gedeclareerd	119.407	13.364.670	13.484.077	0
-/- mutatie Onderhanden projecten	27.302	2.421.995	2.449.297	0
Saldo in balans (schuld)	<u>-13.709</u>	<u>0</u>	<u>-13.709</u>	<u>0</u>

Toelichting:

Als de honorariumomzet van de vrijgevestigd specialisten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandel centrum boven het door de NZa vastgestelde plafond uitkomt, draagt de zorginstelling het meerdere af aan het zorgverzekeringsfonds. Dit zogenaamde honorariumplafond is gebaseerd op de beleidsregel Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten (BR/CU-2041) en de Nadere regel Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten (NR/CU-207).

15. Schulden uit hoofde van macrobeheersinstrument

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-12</u>	<u>31-dec-11</u>
	€	€
N.v.t	0	0
Totaal	<u>0</u>	<u>0</u>

Toelichting:

15. Overige kortlopende schulden

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-12</u>	<u>31-dec-11</u>
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen (overgekomen van activa)	7.633.542	0
Crediteuren	4.141.190	4.087.207
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	2.693.780	8.413.780
Belastingen en sociale premies	2.026.911	1.772.427
Schulden aan specialisten en instellingen	0	99.853
Schulden terzake pensioenen	568.001	532.415
Nog te betalen salarissen	8.662	19.069
Vakantiegeld	1.553.547	1.589.753
Vakantiedagen	517.138	891.097
Andere personeelskosten	311.907	310.793
Nog te betalen kosten:	1.026.190	1.836.966
lopende rente termijnen	382.879	431.823
Contract nuancering	14.862.892	0
Totaal overige kortlopende schulden	<u>35.726.638</u>	<u>19.985.184</u>

Toelichting: kortlopende schulden

De kredietfaciliteit in rekening-courant bij de Deutsche Bank bedraagt per 31 december 2012 € 8 mln.

Contract nuancering betreft de meer gefactureerde omzet boven de met de zorgverzekeraars gemaakte productieafspraken.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS**Algemeen****16. Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen****Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten**

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2012	2011
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	0	647.268
Bij: indexering niet-bestede investeringsruimte	0	12.039
Bij: investeringsruimte verslagjaar	515.000	0
Af: investeringen verslagjaar	495.418	659.307

Beschikbare investeringsruimte 31 december	<u>19.582</u>	<u>0</u>
--	---------------	----------

Lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte: 19.582

Toelichting:**Obligo verplichting Waarborgfonds Gezondheidszorg**

Over het saldo van de door het WfZ geborgde leningen loopt het Diaconessenhuis een financieel risico van 3% Ultimo 2012 van het jaar bedraagt de stand € 1.166.375

Activa en verplichtingen uit hoofde van mogelijke toets door commissie ZN

Het verantwoordingskader voor de verantwoording van de omzet zoals opgenomen in de jaarrekening wordt in belangrijke mate gevormd door de NZA circulaire en beleidsregels, waaronder de NZa circulaire 'Omzetverantwoording medisch specialistische zorg 2012, (CI/13/9c) waarin de Handreiking omzetverantwoording 2012 is bekrachtigd. Recent is bekend geworden dat Zorgverzekeraars Nederland een commissie heeft ingesteld die de ingediende transitiebedragen gaat toetsen. Vanwege deze commissie zijn de betrokken verzekeraars vaak niet bereid standpunten in te nemen ten aanzien van resterende vraagstukken. Door verzekeraars wordt aangegeven dat verantwoordingen in dergelijke situaties eenzijdig moeten worden ingediend en dat vervolgens na ontvangst van alle verantwoordingen de balans zal worden opgemaakt door een in te stellen controlecommissie. Als gevolg hiervan bestaat onduidelijkheid over de mogelijke gevolgen voor de verantwoorde omzet naar aanleiding van de uitkomsten van de werkzaamheden van de commissie. Aangezien bij het vaststellen van de jaarrekening 2012 de commissie nog niet met zijn werkzaamheden is gestart, zijn de gevolgen voor de jaarrekening 2012 nog niet in te schatten. Derhalve worden eventuele te verwerken mutaties beschouwd als een aan het boekjaar 2013 toe te wijzen gebeurtenis en zijn deze niet in de jaarrekening 2012 verwerkt

Verplichtingen uit hoofde van het macrobeheersinstrument

Het macrobeheersinstrument wordt door de minister van VWS ingezet om overschrijdingen van het makro kader zorg terug te vorderen bij instellingen voor medisch specialistische zorg. Het macrobeheersinstrument is uitgewerkt in de Aanwijzing macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg. Jaarlijks wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit ambtshalve een mbi-omzetplafond vastgesteld. Tevens wordt door de NZa jaarlijks een omzetplafond per instelling vastgesteld, welke afhankelijk is van de realisatie van het mbi-omzetplafond van alle instellingen gezamenlijk. Deze vaststelling vindt plaats nadat door de Minister van VWS de overschrijding van het mbi-omzetplafond uiterlijk vóór 1 december van het opvolgend jaar is gecommuniceerd.

Voor 2012 is het mbi-omzetplafond door de NZa vastgesteld op EUR 16.634 miljoen (prijsniveau 2011).

Bij het opstellen van de jaarrekening 2012 bestaat nog geen inzicht in realisatie van het mbi-omzetplafond over 2012. Diaconessenhuis is niet in staat een betrouwbare inschatting te maken van de uit het macrobeheersinstrument voortkomende verplichting en deze te kwantificeren. Als gevolg daarvan is deze verplichting niet tot uitdrukking gebracht in de balans van de stichting per 31 december 2012.

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WTZi

5.1.6.1 WTZi-vergunningplichtige vaste activa

	NZa-IVA	Grond	Terrein- voorzieningen	Gebouwen	Semi perm. gebouwen	Ver- bouwingen	Installaties	Onderhanden Projecten	Subtotaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2012									
- aanschafwaarde	0	327.373	2.289.178	20.162.416	0	10.797.887	10.379.893	0	43.956.747
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	1.131.334	8.308.742	0	4.095.603	6.128.902	0	19.664.581
Boekwaarde per 1 januari 2012	<u>0</u>	<u>327.373</u>	<u>1.157.844</u>	<u>11.853.674</u>	<u>0</u>	<u>6.702.284</u>	<u>4.250.991</u>	<u>0</u>	<u>24.292.166</u>
Mutaties in het boekjaar									
- investeringen	0	0	0	0	0	3.507.559	0	0	3.507.559
- herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	0	0	114.460	402.464	0	730.916	518.996	0	1.766.836
- extra afschrijvingen NZa-goedgekeurd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>									
.aanschafwaarde	0	0	0	39.209	0	283.901	0	0	323.110
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	39.209	0	283.901	0	0	323.110
- <i>desinvesteringen</i>									
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>-114.460</u>	<u>-402.464</u>	<u>0</u>	<u>2.776.643</u>	<u>-518.996</u>	<u>0</u>	<u>1.740.723</u>
Stand per 31 december 2012									
- aanschafwaarde	0	327.373	2.289.178	20.123.207	0	14.021.545	10.379.893	0	47.141.196
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	1.245.794	8.671.997	0	4.542.618	6.647.898	0	21.108.307
Boekwaarde per 31 december 2012	<u>0</u>	<u>327.373</u>	<u>1.043.384</u>	<u>11.451.210</u>	<u>0</u>	<u>9.478.927</u>	<u>3.731.995</u>	<u>0</u>	<u>26.032.889</u>
Afschrijvingspercentage	0,0%	0,0%	5,0%	2,0%	10,0%	5,0%	5,0%	0,0%	

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WTZi

5.1.6.2 WTZi-meldingsplichtige vaste activa

	Trekkings rechten	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Instand- houding	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Subtotaal meldings- plichtige activa
	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2012							
- aanschafwaarde	28.459.163	803.456	29.262.619	5.558.648	0	5.558.648	34.821.267
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	7.463.542	0	7.463.542	3.157.910	0	3.157.910	10.621.452
Boekwaarde per 1 januari 2012	<u>20.995.621</u>	<u>803.456</u>	<u>21.799.077</u>	<u>2.400.738</u>	<u>0</u>	<u>2.400.738</u>	<u>24.199.815</u>
Mutaties in het boekjaar							
- investeringen	0	0	0	495.418	0	495.418	495.418
- herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	1.423.865	0	1.423.865	486.416	0	486.416	1.910.281
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>							
.aanschafwaarde	0	0	0	1.029.836	0	1.029.836	1.029.836
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	1.029.836	0	1.029.836	1.029.836
- <i>desinvesteringen</i>							
aanschafwaarde	0	357.102	357.102	40.017	0	40.017	397.119
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	<u>0</u>	<u>357.102</u>	<u>357.102</u>	<u>40.017</u>	<u>0</u>	<u>40.017</u>	<u>397.119</u>
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-1.423.865</u>	<u>-357.102</u>	<u>-1.780.967</u>	<u>-31.015</u>	<u>0</u>	<u>-31.015</u>	<u>-1.811.982</u>
Stand per 31 december 2012							
- aanschafwaarde	28.459.163	446.354	28.905.517	4.984.213	0	4.984.213	33.889.730
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	8.887.407	0	8.887.407	2.614.490	0	2.614.490	11.501.897
Boekwaarde per 31 december 2012	<u>19.571.756</u>	<u>446.354</u>	<u>20.018.110</u>	<u>2.369.723</u>	<u>0</u>	<u>2.369.723</u>	<u>22.387.833</u>
<i>Afschrijvingspercentage</i>	5,0%	0,0%		10,0%	0,0%		

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WTZi

5.1.6.3 WMG-gefinancierde vaste activa

	Inventaris	Vervoer- middelen	Automati- sering	Subtotaal WMG
	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2012				
- aanschafwaarde	21.831.719	7.735	8.945.077	30.784.531
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	10.507.893	4.641	3.102.988	13.615.522
Boekwaarde per 1 januari 2012	<u>11.323.826</u>	<u>3.094</u>	<u>5.842.089</u>	<u>17.169.009</u>
Mutaties in het boekjaar				
- investeringen	1.976.882	0	1.689.824	3.666.706
- herwaarderingen	0	0	0	0
- afschrijvingen	2.556.958	1.547	1.321.291	3.879.796
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>				
.aanschafwaarde	1.158.577	0	1.405.074	2.563.651
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	1.158.577	0	1.405.074	2.563.651
- <i>desinvesteringen</i>				
aanschafwaarde	826.172	0	0	826.172
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	<u>825.815</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>825.815</u>
per saldo	357	0	0	357
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-580.433</u>	<u>-1.547</u>	<u>368.533</u>	<u>-213.447</u>
Stand per 31 december 2012				
- aanschafwaarde	21.823.852	7.735	9.229.827	31.061.414
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	11.080.459	6.188	3.019.205	14.105.852
Boekwaarde per 31 december 2012	<u>10.743.393</u>	<u>1.547</u>	<u>6.210.622</u>	<u>16.955.562</u>
<i>Afschrijvingspercentage</i>	10,0%	10,0%	20%/10%	

5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN

Projectgegevens					Investerings				Goedkeuringen		
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	t/m 2011	2012	t/m 2012		Nominiaal bedrag WTZi	Indexering WTZi	Aangepaste goedkeuring
							gereed	onder-handen			
					€	€	€	€	€	€	€
0161036			Project MMI uitbreiding			315.358		315.358			0
0161033			Project B3 Mer en herinrichting			72.600		72.600			0
0161030			Bekabeling			24.614		24.614			0
0157701			D geb 1e etage Piketkamers etc			22.102		22.102			0
015-016			Div proj			11.680		11.680			0
Totaal					0	446.354	0	446.354	0	0	0

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREEDGEKOMEN PROJECTEN

Projectgegevens						Investerings				Toekomstige lasten	
Nummer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	Activapost	WTZi	WMG	Overige	Totaal	Afschrijving WTZi	Rentekosten
						€	€	€	€	€	€
0157601			Toegangsbeheer fase 2 + 3	Instandhouding		152.800			152.800	15.280	6.570
0158500			Hoofdverdeelkasten fase 2	Instandhouding		34.975			34.975	3.498	1.504
0161016			Parkeerinstallatie	Instandhouding		83.250			83.250	8.325	3.580
0161041			Buitenlift oprit	Instandhouding		54.740			54.740	5.474	2.354
0161027			Poli geriatrie / POS	Instandhouding		14.905			14.905	1.491	641
0161040			Glaswanden polikliniek	Instandhouding		5.600			5.600	560	241
0161046			Gevelonderhoud	Instandhouding		149.148			149.148	14.915	6.413
Subtotaal instandhouding						495.418	0	0	495.418	49.542	21.303
0158107			Renovatie OK fase IV	Verbouwingen		1.162.000			1.162.000	116.200	49.966
0158109			Renovatie OK 2,3 plafond	Verbouwingen		148.075			148.075	14.808	6.367
0161022			Renovatie Poli F1/C1	Verbouwingen		1.216.272			1.216.272	121.627	52.300
0161025			Scope reiniging	Verbouwingen		7.310			7.310	731	314
0161037			Aanpassing beddenhuis	Verbouwingen		110.000			110.000	11.000	4.730
0161042			Aanpassing Kamer 6 radiologie	Verbouwingen		370.805			370.805	37.081	15.945
0157708			Renovatie D gebouw 8e etage	Verbouwingen		82.000			82.000	8.200	3.526
0161045			E1 Uitslaapkamer Scopie	Verbouwingen		111.097			111.097	11.110	4.777
0161035			Brandwerende voorzieningen (brandcomp)	Verbouwingen		300.000			300.000	30.000	12.900
Subtotaal verbouwingen						3.507.559			3.507.559	350.756	150.825
Totaal						4.002.977			4.002.977	400.298	172.128

BIJLAGE

5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2012

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale looptijd	Soort lening	Werke-lijke-rente	Restschuld 31 december 2011	Nieuwe leningen in 2012	Aflossing in 2012	Restschuld 31 december 2012	Restschuld over 5 jaar	Resterende looptijd in jaren eind 2012	Aflos-singswijze	Aflossing 2013	Gestelde zekerheden
		€			%	€	€	€	€	€			€	
B.N.G.	1-02-80	2.268.901	40	onderhands	4,940	510.502	0	56.723	453.779	170.165	8	lineair	56.723	Basiszekerheid
B.N.G.	1-12-80	2.268.901	40	onderhands	4,940	510.502	0	56.723	453.779	170.165	8	lineair	56.723	Basiszekerheid
B.N.G.	1-09-92	2.268.901	40	onderhands	5,410	567.224	0	56.723	510.502	226.887	9	lineair	56.723	Basiszekerheid
B.N.G.	16-03-82	2.268.901	40	onderhands	5,235	623.947	0	56.723	567.224	283.610	10	lineair	56.723	Basiszekerheid
B.N.G.	1-08-94	2.268.901	20	onderhands	3,795	340.335	0	113.445	226.890	0	2	lineair	113.445	Basiszekerheid
B.N.G.	31-08-95	2.268.901	20	onderhands	3,020	425.419	0	113.445	311.974	0	3	lineair	113.445	Basiszekerheid
B.N.G.	14-09-01	5.000.000	50	onderhands	4,710	4.025.000	0	100.000	3.925.000	3.425.000	39	lineair	100.000	Basiszekerheid
B.N.G.	14-09-01	3.600.000	30	onderhands	4,240	2.430.000	0	120.000	2.310.000	1.710.000	19	lineair	120.000	Basiszekerheid
B.N.G.	17-12-02	6.000.000	15	onderhands	4,925	6.000.000	0	0	6.000.000	0	5	einde looptijd	0	Basiszekerheid
B.N.G.	17-12-02	5.600.000	14	onderhands	4,420	2.100.000	0	400.000	1.700.000	0	4	lineair	400.000	Basiszekerheid
B.N.G.	17-12-02	4.400.000	10	onderhands	4,180	660.000	0	440.000	220.000	0	1	lineair	220.000	Basiszekerheid
B.N.G.	16-12-03	5.000.000	9	onderhands	4,400	5.000.000	0	5.000.000	0	0	0	einde looptijd	0	Basiszekerheid
B.N.G.	29-12-05	5.000.000	15	onderhands	3,705	5.000.000	0	0	5.000.000	5.000.000	8	einde looptijd	0	Basiszekerheid
B.N.G.	29-12-05	7.000.000	7	onderhands	3,290	1.500.000	0	1.000.000	500.000	0	1	lineair	500.000	Basiszekerheid
B.N.G.	6-08-10	8.000.000	20	onderhands	3,590	7.600.000	0	400.000	7.200.000	5.200.000	18	lineair	400.000	Basiszekerheid
B.N.G.	14-09-11	10.000.000	20	onderhands	3,600	10.000.000	0	500.000	9.500.000	7.000.000	18	lineair	500.000	Basiszekerheid
Totaal						47.292.932	0	8.413.782	38.879.151	23.185.827			2.693.780	

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

19. Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg	2012		2011	
	€	€	€	€
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar				47.240.000
Productieafspraken verslagjaar				709.664
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling			776.156	
Prijsindexatie materiële kosten			388.078	
Groei normatieve kapitaalslasten			181.467	
		0		1.345.701
Uitbreiding erkenning en toelating:				
- loonkosten				
- materiële kosten				
- normatieve kapitaalslasten				
		0		0
Beleidsmaatregelen overheid:				
- generieke budgetkortingen			-2.839.397	
		0		-2.839.397
Nacalculeerbare kapitaalslasten:				
- rente			109.250	
- afschrijvingen			-137.202	
- overige				
		0		-27.952
Overige mutaties:				
Dure geneesmiddelen			-199.105	
Lokale produktiegebonden toeslag			16.247	
Adherentiegroei			97.655	
overig			37.187	
				-48.016
Subtotaal wettelijk budget boekjaar				46.380.000
Correcties voorgaande jaren		197.976		986.837
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg		197.976		47.366.837

Toelichting:

In 2012 is er geen sprake meer van een wettelijk budget, hiervoor zijn de opbrengsten uit prestatiebekostiging en het transitiebedrag in de plaats gekomen. Zie in de toelichting onderdeel 24 en 25. Derhalve is deze toelichting 'Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten' in 2012 niet meer ingevuld, met uitzondering van de post correcties oude jaren.

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

BATEN

21. Beschikbaarheidsbijdragen medisch specialistische zorg vaste segment

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
	0	0
	0	0
Totaal	<u>0</u>	<u>0</u>

22. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment)

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Opbrengsten in opdracht van andere instellingen	374.498	318.932
Eigen bijdragen en betalingen cliënten voor niet-verzekerde zorg en opbrengsten uit aanvullende zorgverzekering		
Persoonsgebonden en -volgende budgetten		
Opbrengst kraamzorg		
Opbrengsten uit Wmo-prestaties op het gebied van huishoudelijke hulp		
Overige niet-gebudgetteerde zorgprestaties	379.898	1.207.781
Totaal	<u>754.395</u>	<u>1.526.713</u>

23. Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Gefactureerde omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	53.944.847	31.716.935
Mutatie onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	10.915.805	-1.098.031
Totaal	<u>64.860.652</u>	<u>30.618.904</u>

24. Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Gefactureerde omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	22.369.904	61.899.193
Mutatie onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	-4.164.768	-3.597.446
Totaal	<u>18.205.136</u>	<u>58.301.747</u>

Toelichting: Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A - B segment

Door een uitbreiding van het vrij onderhandelbare deel (B) ten kosten van het A-segment zien we een verschuiving. In de gefactureerde omzet en het nog te factureren deel

De prognose voor de totale facturatiewaarde van DBC's en DBC-zorgproducten 2012 is hoger dan de omzetafspraken die met verzekeraars zijn gemaakt.

Derhalve heeft op de productie een afwaardering van € 15,0 miljoen plaatsgevonden voor het aan 2012 toegerekende deel van de productie welke als gevolg van plafondoverschrijdingen niet door de zorgverzekeraars betaald zal worden.

Van de afwaardering heeft € 7,5 mln. plaatsgevonden in het A-segment

Voor het B-segment heeft een afwaardering van € 5 mln. plaats gevonden

Tevens zijn de honorarium delen met € 2,5 mln. afgewaardeerd

In 2014 zal op basis van de daadwerkelijk gefactureerde waarde een definitieve afrekening plaatsvinden.

De verantwoording van de omzet vond voorheen plaats via het wettelijk budget.

In de jaarrekening 2012 is er sprake van prestatiebekostiging. Het verschil tussen het afgesproken schaduwbudget en de daadwerkelijk gefactureerde productie wordt via het transitiebedrag verrekend.

Daarnaast heeft een afwaardering van € 0,8 miljoen op de productie plaatsgevonden als gevolg van verwachte correcties als gevolg van de cope-controles, waarvan € 0,6 miljoen betrekking heeft op het A-segment."

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING**BATEN****25. Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg***De specificatie is als volgt:*

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Schaduw-FB	46.276.475	0
Gedeclareerd ter dekking	-48.969.998	0
5% niet af te dragen	134.676	0
Totaal	<u>-2.558.847</u>	<u>0</u>

Toelichting

Omdat over 2012 sprake is van een schaduwbudget die lager is dan de opbrengst prestatiebekostiging, is 95% van dit bedrag uit hoofde van transitieregeling gecorrigeerd op de opbrengst prestatiebekostiging. Deze is als afzonderlijke post weergegeven

26. Honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren*De specificatie is als volgt:*

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Gerealiseerde omzet honorarium AAN	146.709	0
Verrekeningsbedrag	-13.709	0
Totaal honorariumplafond AAN	<u>133.000</u>	<u>0</u>

Toelichting:

AAN-plafond voor omzetjaar 2012 bedraagt €133.000 conform NZa-beschikking

27. Subsidies*De specificatie is als volgt:*

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Subsidies AWBZ/Zvw-zorg		
Rijksbijdrage werkplaatsfunctie en medische faculteit van UMC's		
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van Veiligheid en Justitie		
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS (waaronder opleidingsfonds)	740.003	524.927
Overige Rijkssubsidies		
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief Wmo-huishoudelijke hulp; inclusief overige Wmo-prestaties zoals maatschappelijke en vrouwenopvang, verslavingszorg)		
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	70.037	82.616
Totaal	<u>810.040</u>	<u>607.543</u>

28. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Overige opbrengsten		
Overige dienstverlening (w.o. restaurant en parkeeropbrengsten)	700.169	578.401
Vergoedingen voor algm. en adm. diensten (w.o. pers. voor derden, kinderopvang en baten en lasten oude jaren)	3.936.127	2.320.311
Totaal	<u>4.636.295</u>	<u>2.898.712</u>

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

29. Personeelskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Lonen en salarissen *	37.412.533	38.523.080
Sociale lasten*	4.651.930	4.286.121
Pensioenpremies	3.189.926	3.138.735
Andere personeelskosten:	1.289.561	945.870
Subtotaal	<u>46.543.950</u>	<u>46.893.806</u>
Personeel niet in loondienst	2.422.326	2.296.554
Totaal personeelskosten	<u><u>48.966.276</u></u>	<u><u>49.190.360</u></u>
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:		
Patientenzorg (51,9 fte KCL naar Medial)	655	690
Bedrijfvoering (incl 4,8 fte sociaalplan)	213	222
Voor derden	25	21
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	<u><u>893</u></u>	<u><u>933</u></u>

Toelichting: *

De vergelijkende cijfers 2011 zijn gepresenteerd conform de in 2012 gehanteerde methode betreffende loon tijdens ziekte

30. Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Honorarium gedeclareerd 'aan'	133.000	0
Totaal	<u><u>133.000</u></u>	<u><u>0</u></u>

31. Afschrijvingen vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	0	0
- materiële vaste activa	3.677.117	3.578.204
- financiële vaste activa	0	0
Overige afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	0	0
- materiële vaste activa	3.558.917	3.147.571
Totaal afschrijvingen	<u><u>7.236.034</u></u>	<u><u>6.725.775</u></u>

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

LASTEN

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	2012 €
Totaal afschrijvingslasten resultatenrekening	7.236.034
waarvan nacalculeerbare afschrijvingen	3.677.117
In het externe budget verwerkte vergoeding voor nacalculeerbare afschrijvingslasten:	
- WTZi-vergunningplichtige vaste activa	1.766.836
- WTZi-meldingsplichtige vaste activa	1.910.281
- WMG-gefinancierde vaste activa	0
- DHAZ-gefinancierde vaste activa	0
Totaal vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	3.677.117
Aanschafwaarde desbetreffende vaste activa	81.030.926
Cumulatieve afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	32.610.204
Cumulatieve vergoedingen voor nacalculeerbare afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	81.030.926

32. Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa

De specificatie is als volgt:

	2012 €	2011 €
Bijzondere waardeverminderingen van:		
- immateriële vaste activa	0	0
- materiële vaste activa	0	0
Totaal	0	0

33. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	2012 €	2011 €
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2.654.891	2.703.255
Algemene kosten	5.412.428	5.396.011
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	16.625.055	14.668.518
Onderhoud en energiekosten:		
- Onderhoud	1.141.750	755.462
- Energiekosten gas	104.935	116.271
- Energiekosten stroom	531.275	550.049
- Energie transport en overig	246.659	211.246
Subtotaal	2.024.619	1.633.028
Huur en leasing	166.055	159.493
Dotaties en vrijval voorzieningen	85.000	85.000
Totaal overige bedrijfskosten	26.968.048	24.645.305

Toelichting:

De patiëntgebonden kosten zijn toegenomen door de uitbesteding van klinisch chemisch laboratorium naar Stichting Atal-Medial. Alle kosten die Atal-Medial aan het Diaconessenhuis in rekening brengt, zijn verantwoord onder 'patiënt gebondenkosten'.

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

34. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Rentebaten	-17	-3.963
Resultaat deelnemingen	0	0
Waardeveranderingen financiële vaste activa en effecten	0	0
Overige opbrengsten financiële vaste activa en effecten	0	0
Subtotaal financiële baten	<u>-17</u>	<u>-3.963</u>
Rentelasten	1.838.313	1.735.025
Resultaat deelnemingen	0	0
Waardeveranderingen financiële vaste activa en effecten	0	0
Overige financiële lasten	28.367	33.617
Subtotaal financiële lasten	<u>1.866.680</u>	<u>1.768.641</u>
Totaal financiële baten en lasten	<u><u>1.866.663</u></u>	<u><u>1.764.678</u></u>

35. Buitengewone baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Buitengewone baten	0	0
Buitengewone lasten	0	0
Totaal buitengewone baten en lasten	<u><u>0</u></u>	<u><u>0</u></u>

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

36. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Als bestuursmodel is het Raad van Toezichtmodel van toepassing
Het bestuur bestaat uit een collegiale raad van bestuur

De samenstelling van het bestuur is een bestuurder patiëntenzorg en een bestuurder bedrijfsvoering

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2012 is als volgt:

Naam	J.G. den Hollander	M.J.L.E. Weijers	M.W. de Jong
1 Als bestuurder in dienst vanaf:	1-5-2004	1-4-2009	16-9-2012
2 Op dit moment nog deel uitmakend van het bestuur	nee	ja	ja
3 Als bestuurder werkzaam binnen de organisatie tot:	30-jun-12		
4 Als voorzitter van het bestuur gewerkt	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5 Aantal maanden als voorzitter van het bestuur	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6 De aard van de (arbeids)overeenkomst is	1	1	2
7 De salarisregeling is toegepast volgens de	NVTZ	NVTZ	NVTZ
8 De deeltijdfactor (percentage) is	100%	100%	100%
9 Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering, salaris en andere vaste toelagen	107.064	157.774	46.017
a. Waarvan: verkoop verlofuren	13.365	-	-
b. Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren	-	-	-
10 Bruto-onkostenvergoeding	-	12.332	-
11 Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.226	8.453	2.438
12 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	9.786	17.525	5.182
13 Ontslagvergoeding	-	-	-
14 Bonussen	-	-	-
15 Totaal inkomen (9 t/m 14, excl. 9a en b)	121.076	196.084	53.638
16 Cataloguswaarde auto van de zaak	-	-	-
17 Eigen bijdrage auto van de zaak	-	-	-

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht van de zorginstelling over het jaar 2012 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging €
L.M. de Blaeij	lid	5.000
J. Burggraaf	lid	5.000
T.L.C.M. Groot	auditcommissie	6.000
W.P. Moleveld	voorzitter	7.500
C.C.W. Moolenburgh	lid	5.000
S. Pranger	auditcommissie	6.000
C. de Visser	vice voorzitter	6.000

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

38. Honoraria accountant

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
De honoraria van de accountant over 2012 zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	66.000	55.000
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	28.000	21.000
3 Fiscale advisering	41.000	36.000
4 Niet-controlediensten	0	28.000
Totaal honoraria accountant	<u>135.000</u>	<u>140.000</u>

39. Transacties met verbonden partijen

Van transacties met verbonden partijen is sprake wanneer een relatie bestaat tussen de instelling, haar deelnemingen en hun bestuurders en leidinggevende functionarissen.

Er hebben zich geen transacties met verbonden partijen voorgedaan op niet-zakelijke grondslag.

De bezoldiging van de bestuurders en toezichthouders is opgenomen onder punt 36.

Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

W.G.
Mw. drs. M.J.L.E. Weijers

W.G.
Prof. dr. M.W.de Jong

W.G.
Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts

W.G.
Dr. C. de Visser

W.G.
Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij

W.G.
drs. L.A.S. van der Ploeg, RA, RC, EMFC

W.G.
Prof. dr. T.L.C.M. Groot

W.G.
Dr. J. Burggraaf

W.G.
B. Stolk

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van Stichting Diaconessenhuis Leiden heeft de jaarrekening 2012 vastgesteld in de vergadering van 18 juni 2013.

De raad van toezicht van de Stichting Diaconessenhuis Leiden heeft de jaarrekening 2012 goedgekeurd in de vergadering van 20 juni 2013.

5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming

In de statuten zijn geen specifieke bepalingen opgenomen ten aanzien van resultaatbestemming.

5.2.3 Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 5.1.2.

5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum

Niet van toepassing

5.2.5 Controleverklaring

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.

Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan: de raad van toezicht en de raad van bestuur van Stichting Diaconessenhuis Leiden

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport opgenomen jaarrekening 2012 van Stichting Diaconessenhuis Leiden te Leiden gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2012 en de resultatenrekening over 2012 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 Stichting Diaconessenhuis Leiden is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven in overeenstemming met de *Regeling verslaggeving WTZi*. De raad van bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

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

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

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

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

Oordeel betreffende de jaarrekening

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en samenstelling van het vermogen van Stichting Diaconessenhuis Leiden per 31 december 2012 en van het resultaat over 2012 in overeenstemming met de *Regeling verslaggeving WTZi*.

Benadrukking van onzekerheden als gevolg van sectorontwikkelingen 2012

Wij vestigen de aandacht op paragraaf 5.1.4 in de toelichting op de jaarrekening waarin de raad van bestuur een nadere toelichting heeft opgenomen op de sectorontwikkelingen 2012 en de hiermee samenhangende onzekerheden. Deze situatie doet geen afbreuk aan ons oordeel.

Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

Ingevolge artikel 2 *Regeling verslaggeving WTZi* juncto artikel 2:393 lid 5 onder e BW vermelden wij dat ons geen tekortkomingen zijn gebleken naar aanleiding van het onderzoek of de in artikel 2:392 lid 1 onder b tot en met h BW vereiste gegevens zijn toegevoegd.

Den Haag, 20 juni 2013

Ernst & Young Accountants LLP

w.g. H. de Wilde RA