

Jaardocument 2013

Stichting Diakonessenhuis



Jaardocument
Stichting Diaconessenhuis 2013
Directieverslag

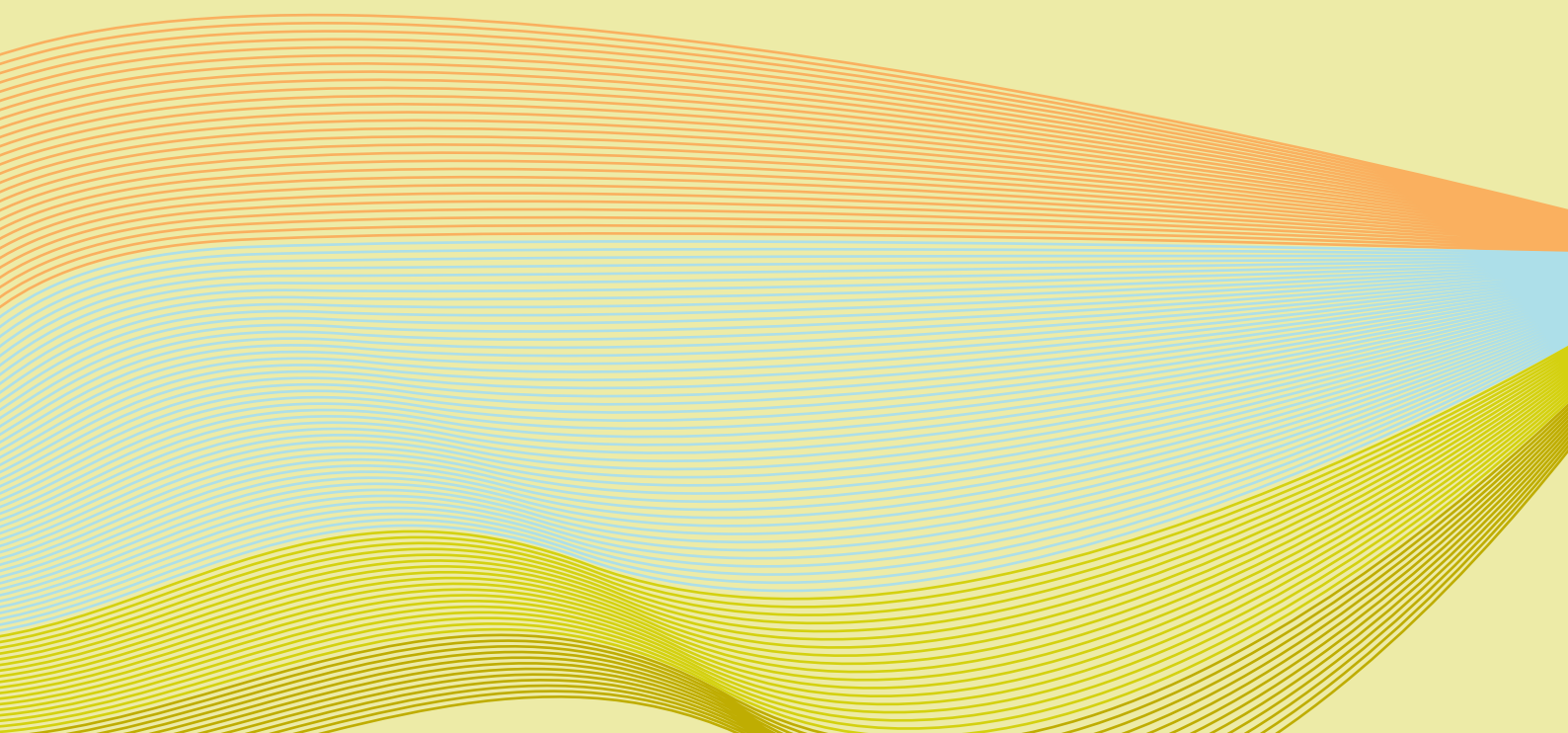


Inhoudsopgave directieverslag 2013

Voorwoord

1	Algemene informatie	
1.1	Algemene identificatiegegevens	6
1.2	Kerngegevens	6
2	Doelstellingen en resultaten beleid	
2.1	Strategie, missie en visie	9
2.2	Meerjarenbeleid en beleid 2013	9
2.3	Resultaten op ziekenhuisniveau 2013	10
2.4	Kwaliteit en veiligheid	12
2.5	Structuur van het concern, besturingsmodel en beleidscycus	17
2.6	Personeel, opleiden en organisatie	20
2.7	Infrastructuur: gebouwen, (medische) voorzieningen en ICT	21
2.8	Informatiebeveiliging	23
2.9	Financieel beleid	24
2.10	Risico's en maatregelen	28
3	Financiële instrumenten	
3.1	Derivaten, financiering en liquiditeit	31
3.2	Managementinformatie	31
4	Toepassing gedragscodes	
4.1	Naleving Zorgbrede Governancecode	34
5	Maatschappelijke aspecten van ondernemen	
5.1	Patiënten en cliënten	36
5.2	Medewerkers	38
5.3	Huisartsen	39
5.4	Externe toezichthouders (IGZ, NZa)	41
5.5	Gemeenten	41
5.6	Duurzaamheid en milieu	42
5.7	Beloning bestuurders en toezichthouders	42
5.8	Zorgverzekeraars	42
6	Onderzoek en ontwikkeling	
6.1	Medische opleidingen	44
6.2	Zorgopleidingen	46
6.3	Leiderschap en organisatieontwikkeling	48
6.4	Wetenschappelijk onderzoek	49

7	Actuele ontwikkelingen	
7.1	Rechtmatigheid in de zorg	52
7.2	Invoering van de integrale tarieven per 1-1-2015	53
8	Toekomst	55
9	Overig	
9.1	Verslag Raad van Bestuur	57
9.2	Verslag Raad van Toezicht	60
9.3	Verslag Bestuur van de Medische Staf	65
9.4	Kwaliteitsindicatoren: het zichtbaar maken van zorg 2013	68
 Bijlagen		
A	Doelen en resultaten per specialisme, afgeleid van A3-jaarplan Diakonessenhuis 2013	72
B	Publicaties en onderzoeksbijdragen 2013	84



VOORWOORD RAAD VAN BESTUUR

2013: de gezonde basis blijven versterken

Voor u ligt het directieverslag van het Diaconessenhuis. Hiermee leggen wij maatschappelijke verantwoording af over 'de beste zorg dichtbij' in het Diaconessenhuis in 2013. Wij informeren u en andere belanghebbenden bovendien over een aantal specifieke onderwerpen en over concreet bereikte resultaten. Het Diaconessenhuis vindt het vanzelfsprekend openheid van zaken te geven over de prestaties van het ziekenhuis. Een overzicht van onze zorginhoudelijke prestaties, de normen en uitleg over hoe de gegevens geïnterpreteerd kunnen worden, is te vinden op onze speciale website: www.diaconessenhuis.nl/feitenencijfers.

2013: patiëntenmeningen omzetten in verbeteracties met grotere kwaliteit van zorg als resultaat

2013 stond in het teken van het blijven versterken van de gezonde basis van het Diaconessenhuis. Daarom hebben we met elkaar hard gewerkt aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg aan onze klanten, de patiënten. Afgelopen jaar hebben we de mening van onze patiënten over de kwaliteit van dienstverlening van onze zorg verkregen via het zogenaamde klanttevredenheidsonderzoek. Op de vraag 'Welk cijfer geeft u?' geven de patiënten het Diaconessenhuis het cijfer 7,9. 24 op de 100 patiënten bevelen het ziekenhuis aan bij familie, vrienden en kennissen, een hoge waardering. In dit jaardocument leest u aan het begin van ieder hoofdstuk een aantal complimenten en verbeter suggesties van patiënten. De genoemde uitspraken kwamen in de uitkomsten van het onderzoek meerdere keren terug en werden door verschillende patiënten als feedback gegeven. Het laat zien waar het ons lukt de kwaliteit te leveren die we willen en ook waar wij als Diaconessenhuis nog stappen moeten zetten om de beste zorg dichtbij te bieden.

2013: verbeteren van de infrastructuur en versterken professionaliteit medewerkers

2013 stond ook in het teken van infrastructuurverbetering in gebouwen en ICT. De realisatie van het nieuwe acuut centrum is hiervan een voorbeeld. Daarin gaat een hoge belevingswaarde voor patiënten en medewerkers samen met technisch hoogstaande voorzieningen. Ook is een volledig geïntegreerde huisartsenpost in dit centrum opgenomen. 2013 is ook het jaar van de hernieuwde start van de Diakademie. Zij draagt bij aan het versterken van de professionaliteit van medewerkers en aan het stimuleren van onderzoek over kwaliteitsverbetering, met toegenomen relevante publicaties als resultaat. De verbeteringen in 2013 van de professionaliteit van medewerkers en van de infrastructuur zijn van essentieel belang voor de kwaliteit van de te leveren zorg in het Diaconessenhuis!

2014: onderscheiden door klantbeloften en kwaliteit van zorg

De risico's die we als Raad van Bestuur op verschillende terreinen in 2013 signaleerden, kunnen we dankzij diverse maatregelen op een acceptabel niveau beheersen. Dit alles heeft geresulteerd in goed financieel eindresultaat dat een solide basis vormt voor de toekomst. Het Diaconessenhuis is klaar voor de ontwikkelingen die komen gaan. We gaan met vertrouwen de gesprekken aan met zorgverzekeraars om afspraken te maken. Ook gaan we aan de slag met het invoeren van de integrale tarieven. Meer dan ooit moeten de belangen van de medische specialisten en het ziekenhuis een gezamenlijke focus hebben. Een nieuw strategisch beleidsplan, dat in het voorjaar van 2014 verschijnt, zal aan de toekomst van het ziekenhuis richting geven. Wij als Diaconessenhuis zullen ons vooruitlopend daarop in 2014 en volgende jaren nog meer onderscheiden door afspraken over klantbeloften en kwaliteit van zorg: dus de 'beste zorg dichtbij'.

Waardering en dank

Alleen samen met onze medewerkers en specialisten kunnen wij als Diaconessenhuis het verschil maken. Wij spreken daarom op deze plek onze waardering en dank uit naar onze medewerkers en specialisten voor hun deskundige inzet voor onze patiënten en hun naasten. Patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars en overige relaties bedanken wij voor het in ons gestelde vertrouwen. Tenslotte dankt de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht, het Bestuur Medische Staf, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Raad voor hun deskundige en waardevolle bijdragen.

Utrecht, april 2014

R. Florijn
voorzitter Raad van Bestuur

W.N.M. Hustinx
lid Raad van Bestuur

1

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Ik ben nog nooit eerder zo snel en vriendelijk geholpen in een ziekenhuis."

"Ik word gezien als persoon en niet als persoon met een ziekte."

1. ALGEMENE INFORMATIE

1.1 Algemene identificatiegegevens

De verslaggevende rechtspersoon is de stichting Diaconessenhuis, gevestigd aan de Bosboomstraat 1, 3582 KE te Utrecht.

Telefoon: 088 250 50 00

E-mailadres: info@diakhuis.nl

Website: www.diaconessenhuis.nl

Identificatienummer KvK: H 30172727

Het concern is een privaatrechtelijke stichting. De stichting Diaconessenhuis exploiteert een algemeen ziekenhuis op drie locaties: Utrecht, Zeist en Doorn (buitenpolikliniek). Er is sprake van één toelating ex WTZi. De bekostiging van de zorg vindt plaats op basis van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg en - voor zover van toepassing - de AWBZ.

1.2 Kerngegevens

Figuur 1: Kerngegevens capaciteit, budgetparameters, personeel, productie en opbrengsten en opleidingen.

Capaciteit	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013
	Utrecht	Zeist	Doorn	Totaal	Utrecht	Zeist	Doorn	Totaal
Aantal beschikbare bedden	399	111		510	378	102		480
- waarvan bedden voor hartbewaking	15			15				15
- waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid van beademing	8			8				8
- waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid van beademing	2			2				3

Bron capaciteit: bron afd. Zorglogistiek

Budgetparameters	2011	2012	2013
Aantal opnamen exclusief dagverpleging	26.609	26.981	24.579
Aantal dagverplegingen	36.647	37.174	32.766
Aantal eerste polikliniekbezoeken	165.505	161.209	153.973
Aantal overige polikliniekbezoeken	251.720	247.948	242.199
Aantal klinische verpleegdagen	129.126	128.118	122.793

Bron budgetparameters: Diakboard

Personeel	2011	2012	2013
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief stagiaires en medische specialisten	2500	2559	2509
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief stagiaires en medische specialisten	1645	1665	1683
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	163	175 *	185
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	139	152 *	162,42

* Definitie per 01-01-2012 gewijzigd

Bron FSC en secr. MS

Productie	2011	2012	2013
Aantal geopende DBC-zorgproducten	240.085	245.176	231.913
Aantal gesloten DBC's / DBC-zorgproducten	254.488	202.687	237.156

Bron FSC

Bedrijfsopbrengsten	2011	2012	2013
Totaal bedrijfsopbrengsten	177.384.289	180.767.703	185.039.333
Waarvan Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg	89.232.716	2.590.255	0
Waarvan Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	1.372.776	1.462.093	1.360.152
Waarvan Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	66.743.342	121.681.297	140.847.902
Waarvan Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment		36.868.176	25.746.135
Waarvan Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg		-4.902.796	-9.144.202
Waarvan Honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren		927.541	721.080
Waarvan Overige bedrijfsopbrengsten	20.035.455	22.141.137	25.508.266

Bron FSC

Figuur 2: Overzicht Arts-assistenten in opleiding 1e en 2e tranche

	2012	2013
Arts-assistenten in opleiding 1^e en 2e tranche	48,52	51,96
Waarvan Anesthesie	4,85	6,59
Cardiologie	0,00	0,00
Dermatologie*	nvt	0,00
Heelkunde	14,94	12,90
Interne geneeskunde	16,69	16,32
KNO	1,00	1,00
Klinisch Chemicus	1,00	0,91
Longziekten	0,24	0,89
Medische Microbiologie	0,92	1,08
Orthopedie	0,00	1,90
Pathologie	0,91	1,00
Verloskunde en Gynaecologie	4,92	6,73
Ziekenhuisapotheker	0,83	1,00
Gezondheidszorg Psychologie	0,74	0,89
Klinische Psychologie	0,75	0,75

* Opleidingserkenning eind 2013 verkregen

2

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

*“Ik vind de centrale receptie nogal saai en een beetje suf.
Heeft geen warme uitstraling. Het is meer een wachtruimte op het station.
Waar ik mij vooral aan erger is het roken voor de
centrale receptie. Het is smerig binnenkomen in het ziekenhuis.”*

*“Ik stond even te kijken waar ik heen moest en er
kwam gelijk iemand vragen of ik het kon vinden.”*

2 DOELSTELLINGEN EN RESULTATEN BELEID, INCLUSIEF RISICO'S EN MAATREGELEN

2.1. Strategie, missie en visie

Het Diaconessenhuis is het stadsziekenhuis voor de stad Utrecht en het streekziekenhuis van de Utrechtse Heuvelrug. Het ziekenhuis levert algemene ziekenhuiszorg, heeft een goede reputatie en de zorgprocessen zijn efficiënt ingericht. Het meerjarenbeleid van het Diaconessenhuis is gebaseerd op de missie en de visie van ons ziekenhuis zoals vastgelegd in het strategisch en medisch beleidsplan 2010-2015. In 2014 zijn de voorbereidingen gestart voor het opstellen van een nieuw strategisch beleidsplan 2015-2017. Dit plan zal in de eerste helft van 2014 worden vastgesteld.

Het Diaconessenhuis heeft de volgende missie:

- de primaire taak van het Diaconessenhuis is kwalitatief hoogwaardige medische en verpleegkundige zorg leveren op de juiste plaats en toegankelijk voor iedereen;
- het Diaconessenhuis doet dit vanuit een professionele, respectvolle en mensgerichte houding, met zelfstandige en resultaatgerichte medewerkers in een 'lerende organisatie'.

De volgende visie ligt ten grondslag aan het meerjarenbeleid van het Diaconessenhuis:

- het Diaconessenhuis wil een aantrekkelijk ziekenhuis zijn voor patiënten, hun 'achterban', professionals en partners in de zorg;
- het Diaconessenhuis wil een ondernemende en resultaatgerichte organisatie zijn, met vakmensen die een krachtig collectief vormen en plezier hebben in hun werk;
- het Diaconessenhuis wil een 'leerwerkplaats' bieden aan zijn medewerkers.

Het bovenstaande mondt uit in vier kernwaarden waarop alle medewerkers van het Diaconessenhuis zich willen laten aanspreken: gastvrij, vakkundig, ondernemend en resultaatgericht. Deze kernwaarden zijn de cultuurdragers van het Diaconessenhuis.

2.2. Meerjarenbeleid en beleid 2013

Het meerjarenbeleid van het ziekenhuis steunt op de volgende langetermijndoelstellingen:

- een betere afstemming van ons zorgaanbod op de zorgvraag van patiënten en verwijzers;
- een verhoging van de doelmatigheid van inzet van personeel en middelen die onlosmakelijk verbonden zijn met behoud van hoge kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Aan de doelstellingen liggen twee uitgangspunten ten grondslag, te weten:

1. patiëntbelangen, die het uitgangspunt zijn bij de inrichting van de organisatie en werkwijzen van professionals;
2. zorgvernieuwing, dat wordt gevoed vanuit het primaire proces en gefaciliteerd door ondersteunende diensten.

Rekening houdend met marktwerking, beleid van concentratie en spreiding, veranderingen in de bekostigings-systematiek van medische zorg, wijzigingen in de financiering van ziekenhuisvastgoed, efficiencykortingen, bezuinigingen en een kritischer publieke en politieke opinie blijft het Diaconessenhuis bovengenoemde doelstellingen nastreven.

Jaarlijks wordt de beleidsvisie geëvalueerd en bijgestuurd tijdens beleidsdagen in mei/juni. Dit leidt tot concretisering in een A3-jaarplan en een (financiële) kaderbrief. Het Bestuur van de Medische Staf neemt deel aan deze jaarlijkse beleidscyclus en vanaf 2013 namen ook de RVE-voorzitters (medisch managers) deel.

In 2013 waren voor het Diaconessenhuis de succesbepalende factoren:

1. Het voldoen aan kwaliteits-/veiligheidsindicatoren;
2. De implementatie en verdere ontwikkeling van de RVE-structuur met een integraal verantwoordelijk RVE-management;
3. Een onderscheidend hoge aantoonbare waardering patiënten;

4. Een onderscheidende en aantoonbaar goede relatie met verwijzers, zorgverzekeraars, ketenpartners en stakeholders;
5. Het actief beheersen en terugbrengen van verzuim;
6. De integrale professionele ontwikkeling van medewerkers, de zogenaamde Diakademie;
7. Een volumegroei van 2,5% in lijn met begroting, businessplan en de afspraken met banken;
8. De infrastructuur (gebouwen, medische voorzieningen, ICT etc.), investeringen en bemensing zijn op niveau;
9. Het maken van (strategische) keuzes op zorginhoudelijke ontwikkelingen en samenwerkingsverbanden.

De drie grootste risico's in het afgelopen jaar waren:

1. Het uitblijven van de noodzakelijke cultuuromslag rond kwaliteit en veiligheid;
2. Achterblijvende realisatie t.b.v. de begroting;
3. Onvoldoende effectieve interne communicatie binnen de lijnhiërarchie.

In onderstaand overzicht staan de resultaten geformuleerd zoals die in 2013 op basis van de geformuleerde doelstellingen in het jaarplan 2013 zijn opgenomen. Tevens is aangegeven in welke mate deze resultaten eind 2013 zijn behaald. In bijlage A zijn doelen en resultaten per specialisme opgenomen.

2.3 Resultaten op ziekenhuisniveau 2013 - A3 Diakonessenhuis

Figuur 4: A3 Diakonessenhuis, doelstellingen en behaalde resultaten

6. Klanten en partners		
Jaarplanitem	Omschrijving	Status
6.1	Ligduur wordt met 4% t.o.v. 2012 verkort tot 3,8 dagen	Deels gerealiseerd (per specialisme verschillend)
6.2	Alle veegproeven cytostatica zijn cf. protocol uitgevoerd en PDCA-cyclus is doorlopen	Gerealiseerd
6.3	Toegangs- en doorlooptijden voor medisch specialistische zorg zijn maximaal cf. Treeknorm	Op een enkele uitzondering na gerealiseerd
6.4	Intercollegiale kwaliteitsaudits en PDCA-cyclus zijn cf. vastgestelde planning uitgevoerd	Voor 90% gerealiseerd
6.5	Voor de top 10 van veel voorkomende behandelde aandoeningen zijn zorgpaden gerealiseerd en geïmplementeerd	Wel opgesteld, maar niet of onvoldoende geïmplementeerd
6.6	Klantbeloften benoemd en klanttevredenheidsonderzoek (KTO) is geïmplementeerd, resulterend in een top 5 verbeterpunten, waaronder telefonische bereikbaarheid	Grotendeels gerealiseerd, KTO is geïmplementeerd. Belangrijkste verbeterpunten: • het RVE-management rapporteert per kwartaal over klanttevredenheid voor het specialisme • teamhoofden bespreken de KTO-resultaten in de teamoverleggen en op de beleidsdag en werken gericht aan de aandachtspunten • wachttijd in de wachtkamers en de informatie daarover blijven aandachtspunten • bejegening door artsen en medewerkers: de patiënt wil duidelijke informatie over afspraken en het zorgtraject • parkeergelegenheid: terrein is vol en tarief is hoog

		• rokers bij de entree, regels moeten worden gehandhaafd en een rokersruimte is ingericht • het aantal enquêtes van oudere patiënten en ook IC-patiënten moet toenemen
--	--	---

7. Medewerkers		
Jaarplanitem	Omschrijving	Status
7.1	Arbeidstevredenheid neemt toe (gemiddelde score is > 7,2 m.b.t. werk, organisatie en collega's)	Meting medewerkerstevredenheids-onderzoek januari 2014
7.2	Actief beheersen en terugbrengen van verzuim tot max. 4%	Gerealiseerd, verzuimpercentage over 2013 gemiddeld 4,0%
7.3	> 80% van de medewerkers is een jaargesprek gevoerd en verslag in personeelsdossier aanwezig	Niet gerealiseerd, 50,34% jaargesprekken gevoerd
7.4	Maatregelen RI&E's uitgevoerd in 2012 zijn voor 80% uitgevoerd	80% gerealiseerd; verantwoording in kwartaalgesprekken
7.5	Voor 80% van de medewerkers is een persoonlijk opleidingsplan (POP) voor 2014 gemaakt, besproken en in het personeelsdossier gearhiveerd	Niet gerealiseerd, het voeren van POP-gesprekken is niet verplicht en deze gesprekken worden niet in het personeels-systeem bijgehouden
7.6	Alle basis-HRM processen op orde en in de lijn geborgd	Gerealiseerd, ondersteund door modules HRM-processen en Leiderschap in het Leermenu Leiderschap

8. Maatschappij		
Jaarplanitem	Omschrijving	Status
8.1	Registratie en prestatie is voor alle zorg-indicatoren (IGZ, ZiZo, verpleegkundige- en VMS-indicatoren op orde	Deels gerealiseerd, registratie op orde;
8.2	NEN7510-norm (informatiebeveiliging) wordt behaald	Uitvoering volgens Plan van Aanpak
8.3	De HSMR is <85 en geen SMR boven de 105. Wordt één keer per jaar gemeten	Niet gerealiseerd, HSMR 2012 is 102. HSMR 3 jaars gemiddeld 2010-2012 is 100. YSMR > 105
8.4	Plaats AD top-100 is verbeterd tot top 20	Niet gerealiseerd, het Diaconessenhuis stond in 2013 op plaats 62 in AD top-100
8.5	Aantal klachten en claims met 15% verminderd t.o.v. niveau 2012	Niet gerealiseerd, aantal klachten klachten-bemiddeling 2013 is 709 t.o.v. 690 in 2012
8.6	Alle VMS-thema's gerealiseerd	Voor 9 van de 10 gerealiseerd, borging behoeft nog aandacht
8.7	Het aantal calamiteiten is gedaald met 25% t.o.v. totaal 2012	Niet gerealiseerd, 8 calamiteiten-meldingen aan IGZ in 2013

9. Bestuur en financiers		
Jaarplanitem	Omschrijving	Status
9.1	Solvabiliteit minimaal 3% hoger dan de norm in contract met banken	Gerealiseerd, in 2013 7% hoger dan de norm
9.2	Gemiddelde volumegroei 2,5%, gedifferentieerd naar specialisme met minimaal 1% volumegroei met een begrote casemix (gemeten in patiënteneenheden)	Gerealiseerd, definitie gewijzigd, omzet DBC Zorgproducten 3,1% toename t.o.v. 2012
9.3	Resultaat van minimaal 5% op de totale omzet	Deels gerealiseerd, resultaat is 2,7% op de totale inzet
9.4	Productiviteit per fte groeit met minimaal 2%	Deels gerealiseerd, stijging t.o.v. 2012 is 0,7%
9.5	Capaciteitsbenutting (poli, bedden, OK) groeit met 5% t.o.v. 2012. Facturatie 2013 volledig opgestart voor 15-2-2013	Onbekend Niet gerealiseerd
9.6	Marktaandeel: groei 1% voor locatie Utrecht en behoud van aandeel op Utrechtse Heuvelrug	Nog geen actuele meetgegevens voor 2013
9.7	Bestuurlijk Samenwerkingsverband tussen Raad van Bestuur en Bestuur Medische Staf gerealiseerd	Gerealiseerd
9.8	Voldoen aan NIAZ-normen op alle thema's	Gerealiseerd, NIAZ-heraccreditatie is verleend in 2013

2.4 Kwaliteit en veiligheid

2.4.1 Algemeen

Het voortdurend bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening is voor het Diaconessenhuis een belangrijk uitgangspunt. Wij maken gebruik van het INK-managementmodel en hanteren een intern kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem, dat is opgebouwd volgens de Kwaliteitsnorm Zorginstelling van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In het toetsingskader zijn kwaliteit- en veiligheidsnormen opgenomen, onder andere vanuit wetgeving, het Veiligheids Management Systeem (VMS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Naleving van de normen wordt getoetst via de planning- en control-cyclus en door het uitvoeren van interne en externe audits. Er wordt gewerkt volgens een vaste verbetercyclus (plan-do-check-act), waarin beleid en maatregelen regelmatig worden getoetst op voortgang en doeltreffendheid. Een auditcommissie van de Raad van Toezicht ziet toe op de wijze waarop de Raad van Bestuur haar bestuurlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit en veiligheid waarmaakt.

2.4.2 NIAZ en interne audits

Het functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem is in december 2012 conform de vierjarencyclus voor de tweede keer door het NIAZ getoetst. In april 2013 heeft het NIAZ besloten de instellingsbrede accreditatiestatus van het Diaconessenhuis tot 1 mei 2017 te continueren. De NIAZ-auditors benoemden 16 verbeterpunten. Het Diaconessenhuis heeft hiervoor vervolgens een actieplan gemaakt. In september 2014 voert het NIAZ een toets op de voortgang van het actieplan uit.

Eén van de voorwaarden voor het verkrijgen van een NIAZ-accreditatiebewijs is een functionerend intern audit-systeem. In het Diaconessenhuis zijn 35 interne auditors (medewerkers en medisch specialisten) opgeleid die deze rol intern vervullen. In 2013 werden in totaal negen interne audits uitgevoerd.

In 2013 is onder andere in het Diaconessenhuis door IQ healthcare / UMC St. Radboud te Nijmegen een dieptestudie gedaan naar het interne auditsysteem. Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw. De resultaten van deze studie worden in 2014 verwacht en zullen benut worden bij de evaluatie en bijstelling van de interne procedures.

2.4.3 Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren geven een indicatie van de kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg. Al sinds 2003 maakt het Diaconessenhuis op verzoek van de IGZ de kwaliteitsindicatoren openbaar. De IGZ gebruikt deze indicatoren in haar toezicht op de ziekenhuizen. De resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van de IGZ-kwaliteitsindicatoren zijn te vinden op www.ziekenhuizentransparant.nl.

Sinds 2009 verzamelt het Diaconessenhuis ook informatie over kwaliteitsindicatoren in het kader van het landelijke project Zichtbare Zorg (ZiZo). Het gaat hier om aandoeninggerichte indicatoren. Deze indicatoren dienen als keuze-informatie voor patiënten, inkoopinformatie voor verzekeraars en verwijsinformatie voor bijvoorbeeld huisartsen. De resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van de ZiZo-indicatoren zijn te vinden op www.zichtbarezorg.nl.

Het Diaconessenhuis wil de kwaliteitsindicatoren beter benutten voor interne kwaliteitsverbetering. Om dit te ondersteunen is een aantal indicatoren inzichtelijk via dashboards in het informatiesysteem van het ziekenhuis. Deze worden maandelijks geactualiseerd. Leidinggevend en professionals kunnen daarmee zien of de afgesproken kwaliteitsdoelstellingen gehaald worden. Als een doelstelling niet wordt gehaald, worden verbeteracties gestart. In 2013 is het dashboard voor verpleegkundige indicatoren (delier, fysieke beperkingen, pijn, ondervoeding, decubitus, vallen, kwetsbare ouderen) geëvalueerd en doorontwikkeld. Daarnaast zijn dashboards gebouwd voor:

- VMS-indicatoren, bijvoorbeeld voor verwisseling, sepsis, high risk medicatie enzovoort;
- indicatoren van ZiZo en IGZ, bijvoorbeeld voor het percentage heroperaties na een ingreep aan de heup of knie;
- het uitvoeren van de stopmomenten op het operatiekamer complex.

In 2013 behaalde het Diaconessenhuis de 65e plaats in de AD-TOP 100. Door gerichte sturing op de kwaliteitsindicatoren wil het Diaconessenhuis de plaats op de landelijke ranglijst (AD) de komende jaren verbeteren.

2.4.4 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In het Diaconessenhuis is in 2013 verder gewerkt aan het VMS-programma om de mogelijke vermijdbare schade in het ziekenhuis verder terug te dringen. Het VMS-programma bestaat uit twee pijlers:

1. Werken aan een veiligheidsmanagementsysteem (VMS);
2. Werken aan zorginhoudelijke thema's (de zogenaamde VMS-thema's).

Ad 1: Werken aan een veiligheidsmanagementsysteem

Het NIAZ heeft getoetst of het Diaconessenhuis voldoet aan de normen voor het VMS. Dit heeft er toe geleid dat de VMS-certificering in 2013 is behaald. Patiëntveiligheid en kwaliteit zijn vaste onderdelen in de jaarplannen in het Diaconessenhuis, zowel op strategisch als op tactisch en operationeel niveau. In 2013 zijn de sturing- en monitoringsinstrumenten (dashboards) verder ontwikkeld. Hiermee monitoren de leidinggevend en de scores op verpleegkundige indicatoren en de indicatoren over de VMS-thema's. In 2013 zijn vier veiligheidsrondes uitgevoerd. Daarbij voeren de Raad van Bestuur, een vertegenwoordiger van de Cliëntenraad, Manager Zorg en Bedrijfsvoering en een medewerker van het Bureau Patiëntveiligheid en Kwaliteit gesprekken met medewerkers op de afdelingen over kwaliteit en patiëntveiligheid.

Er zijn drie prospectieve risico inventarisaties uitgevoerd:

1. Proces van secundaire sectio;
2. Reanimatie op pasgeborene;
3. Cardiaal belaste, electieve OK-patiënt.

Door middel van onder andere het uitwisselen van ervaringen en inhoudelijke presentaties tijdens VIM-terugkombijeenkomsten en het scholen van nieuwe VIM-commissieleden is gewerkt aan de professionele afhandeling van de meldingen van incidenten in decentrale VIM-commissies. Naar aanleiding van SIRE-onderzoeken hebben interne audits plaatsgevonden om de ingezette verbetermaatregelen te toetsen. In het introductie- en inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers is kwaliteit en patiëntveiligheid een vast onderdeel. Het Diaconessenhuis heeft in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) de patiëntveiligheidskaart voor kwetsbare ouderen ontwikkeld. De cartoons op de bestaande patiëntveiligheidskaarten zijn op verzoek van het Diaconessenhuis door de NPCF aangepast.

Ad 2: Werken aan zorginhoudelijke thema's

In 2013 is verdere vooruitgang geboekt in de implementatie van de zorginhoudelijke thema's. Voor het thema 'vitaal bedreigde patiënt' is in 2013 gestart met de dagelijkse SIT-bespreking. De drie meest zieke patiënten van elke vakgroep worden aan het eind van de dag plenair gepresenteerd en kort besproken. Medicatieverificatie bij opname en ontslag blijft, net als bij andere ziekenhuizen, een belangrijk aandachtspunt. Voor het monitoren en borgen van de VMS-thema's is naast de informatie die via het VMS-dashboard ontsloten wordt, ook informatie over de voortgang beschikbaar vanuit VMS-audits.

2.4.5 Sterftecijfer

Een van de jkpunten om vast te stellen hoe het ziekenhuis functioneert, is het sterfteprofiel. Hiermee wordt het aantal patiënten dat in het ziekenhuis overlijdt, vergeleken met het landelijke gemiddelde, waarbij rekening gehouden wordt met relevante casemixfactoren (patiëntenkenmerken). Dit gebeurt door de berekening van de Hospital Standardised Mortality Ratio (HSMR). Een HSMR onder de honderd geeft aan dat in het ziekenhuis minder patiënten overlijden dan verwacht mag worden op basis van het Nederlandse gemiddelde. Bij een HSMR boven de honderd heeft het ziekenhuis meer sterfte dan het Nederlandse gemiddelde.

Het Diaconessenhuis heeft over de periode van 2009-2011 gemiddeld een HSMR van 93. Het 95% betrouwbaarheidsinterval is 88 - 99. Dit betekent dus dat de HSMR van het Diaconessenhuis voor deze periode statistisch significant lager is dan het Nederlandse gemiddelde. De **HSMR 2012** geeft het meest actuele beeld van de ziekenhuissterfte. De HSMR van ons ziekenhuis is 102 (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 91-114). Het sterftecijfer wijkt niet significant af van het landelijk gemiddelde.

De HSMR over de **periode van 2010-2012** is preciezer, maar minder actueel. De HSMR 2010-2012 is 100 (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 94-106). Uit de analyse van significante afwijkende sterftecijfers per diagnosegroep (SMR) is vastgesteld dat er geen signalen zijn van suboptimale zorg die van invloed zou kunnen zijn op deze cijfers. Een pilot met het uitvoeren van dossieronderzoek van patiënten die overleden zijn in het ziekenhuis en een onverwachte langere opnameduur hadden, was te weinig informatief. Deze pilot heeft geleid tot een aangepaste werkwijze voor dossieronderzoek dat in de loop van 2014 wordt geïmplementeerd.

2.4.6 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

Alle medewerkers kunnen incidenten in de patiëntenzorg melden via het digitale Incident Management Systeem (IMS). Deze meldingen worden afgehandeld op de afdeling waar het incident ontstaan is door de VIM (Veilig Incident Melden)-commissies. De risicomanagers patiëntveiligheid lezen alle meldingen. Op basis van de risicomatrix en de inhoud van een melding wordt bepaald of de melding in behandeling wordt genomen door de MIP-commissie of door de VIM-commissie wordt behandeld. De meldingen die in de MIP-commissie behandeld worden gaan over ernstige incidenten, calamiteiten of trends binnen de meldingen.

Door te werken aan een open cultuur rondom het bespreken van wat er niet goed gaat in de zorg, kunnen er maatregelen genomen worden om herhaling van incidenten te voorkomen en de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren. Het risicomanagement levert een bijdrage aan het positief onder de aandacht brengen van het melden van incidenten en de wijze waarop de organisatie met de meldingen om gaat. Dit gebeurt onder meer in de maandelijkse introductie van nieuwe medewerkers en is er een scholing binnen het introductieprogramma voor alle nieuwe arts-assistenten. Daarnaast heeft de MIP-commissie een aandeel in de reguliere bijeenkomst voor nieuwe medisch specialisten.

In 2013 zijn in totaal 2.720 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) geregistreerd. In 2012 waren dit er 2.612. Dit is een stijging van 4,2 %.

Figuur 5: Aard van de incidenten

	2011	2012	2013
Behandeling / verzorging	842	664	692
Bloedproducten	36	38	32
Medicatie / intraveneuze medicatie / infusie	700	695	688
Medische- of patiënteninformatie		238	265
Overig	539	566	650
Techniek en onderhoud	176	142	166
Vallen	191	269	227

Bij calamiteiten en bij trends in het optreden van incidenten kan de MIP-commissie besluiten tot het uitzetten van een Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE-onderzoek). Dit is een methode om het ontstaan en verloop van incidenten op systematische wijze te analyseren en inzichtelijk te maken. Hierdoor wordt het mogelijk om de basisoorzaken te achterhalen en na te gaan welke maatregelen er genomen kunnen worden om herhaling te voorkomen.

In 2013 heeft de MIP-commissie 17 keer een SIRE uitgezet naar aanleiding van een incident of trend (in 2011 en in 2012 was dit aantal respectievelijk 11 en 9). Meldingen zijn een belangrijke bron om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren. Naar aanleiding van meldingen worden op afdelingen of ziekenhuisbreed aanpassingen in beleid gedaan, bijvoorbeeld door protocollen aan te passen en aanvullende scholing te ontwikkelen.

2.4.7 Klanttevredenheidsonderzoek

Klanttevredenheidsonderzoek

Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf hebben in de kaderbrief 2013 voor dat jaar het thema 'Kwaliteit en Veiligheid' centraal gesteld. Kwaliteit en veiligheid zijn daarmee de belangrijkste pijlers van de zorg en vormen de basis voor het vertrouwen van onze patiënten in het Diaconessenhuis. Om te meten en te weten wat onze patiënten vinden van de zorg in ons ziekenhuis, vraagt het Diaconessenhuis via een klanttevredenheidsonderzoek haar klanten naar hun mening. Het onderzoek geeft het ziekenhuis inzicht in de beleving van de patiënt.

De vragen worden gesteld volgens de belevingsketen van de patiënt die start bij binnenkomst in het ziekenhuis met de entree en vervolgens de balie polikliniek, wachtkamer, behandeling en het vertrek. De onderwerpen waarover vragen worden gesteld zijn: communicatie, bejegening, deskundigheid, wachttijd, interieur, hygiëne, informatieverstrekking over afspraken, uitslagen van onderzoek en aan verwijzers of nazorg. De resultaten worden gerapporteerd op ziekenhuis, afdeling-, specialisme en specialistenniveau.

De patiënten ontvangen per email, mits zij toestemming hebben gegeven, 24 uur na een polikliniekbezoek, onderzoek of na ontslag uit het ziekenhuis een uitnodiging voor deelname. In 2013 is door 34.266 patiënten een enquête ingevuld. Het responsepercentage is hoog, namelijk 41%. Dit komt neer op 2.800 vragenlijsten per maand, verdeeld over de locaties Utrecht, Zeist en Doorn.

Op de vraag "Welk cijfer geeft u?" geven de patiënten het Diaconessenhuis het cijfer 7,9. De NPS (netto promotor score=aanbevelingsscore) voor het Diaconessenhuis is 24. Dit houdt in dat 24 op de 100 patiënten het ziekenhuis aanbevelen bij familie, vrienden en kennissen. Uit benchmarkonderzoek blijkt dat dit een hoge waardering is. Meer informatie over het klanttevredenheidsonderzoek is te vinden op www.Diaconessenhuis.nl/feitenencijfers.

Klantbeloften

In het klanttevredenheidsonderzoek geven de patiënten duidelijk de beleving aan van de dienstverlening die het ziekenhuis biedt. Op basis van deze resultaten en op basis van landelijke onderzoeken heeft het ziekenhuis concrete beloften ontwikkeld aan onze patiënten en aan onze huisartsen.

Daarmee wil het Diaconessenhuis nog beter aansluiten op hun wensen. Door die beloftes ook echt waar te maken, stimuleren we de patiënt en de huisarts naar ons te (blijven) komen en te (blijven) verwijzen. Ook motiveren we met die informatie de zorgverzekeraars contracten met ons ziekenhuis te sluiten.

In het Diaconessenhuis staat de kwaliteit voorop. Dit betekent kwaliteit van:

- de behandeling;
- de uitkomst van zorg;
- de zorgbeleving door en service aan de patiënt.

De klantbeloften moeten ervoor zorgen dat er een professionele standaard van onze dienstverlening en bejegening is.

Uit diverse onderzoeken zoals het klanttevredenheidsonderzoek, klachtenbemiddeling, zorgconsumentonderzoek Motivaction, patiëntonderzoek NIVEL en onderzoek bij huisartsen komt naar voren wat patiënten en huisartsen belangrijk vinden. Dit is:

- tijdigheid: snel terecht kunnen;
- prettige bejegening (regierol);
- prettige relatie en communicatie met de patiënt, de huisarts en andere zorgverleners;
- goede informatievoorziening over de behandeling, over de wachttijd, over de dokter, enzovoort;
- toegankelijkheid: gemakkelijk te bereiken;
- faciliteiten: prettige omgeving, modern, comfortabel en schoon.

Een ziekenhuisbrede werkgroep van het Diaconessenhuis heeft een voorstel voor klantbeloften opgesteld, dat de Raad van Bestuur heeft vastgesteld. In 2014 wordt draagvlak voor de klantbeloften in de organisatie gecreëerd, waarna afspraken met de RVE's over de realisatie worden gemaakt.

2.4.8 Klachten

Het Diaconessenhuis streeft ernaar optimale zorg te verlenen. Toch kan het voorkomen dat er iets misgaat in de relatie tussen hulpverlener en patiënt. In het ziekenhuis werken klachtenfunctionarissen en is een onafhankelijke klachtencommissie actief. Laatstgenoemde doet uitspraak over de gegrondheid van een klacht. De klachtenfunctionarissen vangen klachten van patiënten en hun familieleden of vertegenwoordigers op en bemiddelen op verzoek tussen klager en ziekenhuismedewerkers tegen wie de klacht is gericht. Klachten worden zoveel mogelijk decentraal afgehandeld (op de plaats waar de klacht is ontstaan).

In 2013 dienden totaal 621 klagers 709 klachten in. In 2012 waren dit 583 klagers en 684 klachten.

Figuur 6: Aard van de klachten:

	Aantal 2012	% 2012	Aantal 2013	% 2013
Relationeel	247	36,1	283	39,9
Organisatorisch	207	30,3	191	26,9
Vakinhoudelijk	35	5,1	67	9,4
Financieel	75	11	79	11,1
Veiligheid	25	3,6	25	3,6
Algemene (on)tevredenheid	80	11,7	47	6,7
Overig	15	2,2	17	2,4
Totaal	684	100	709	100

De klachtencommissie neemt schriftelijke klachten van patiënten in behandeling en doet – op basis van schriftelijke en mondelinge hoor en wederhoor – een uitspraak over de gegrondheid van de desbetreffende klacht(en). De uitspraak en eventuele adviezen van de commissie worden bekendgemaakt aan de klager, de betrokken medewerkers en aan de Raad van Bestuur. Die neemt zo nodig maatregelen ter verbetering van de kwaliteit.

In 2013 heeft de klachtencommissie 14 klachten ontvangen, met in totaal 32 klachtonderdelen. In 2013 heeft de klachtencommissie over 16 klachten een uitspraak gedaan. De uitspraken betreffen 51 klachtonderdelen. Drie uitspraken in 2013 gaan over klachten uit 2011, 12 uitspraken over klachten uit 2012 en één uitspraak over een klacht uit 2013.

De klachtencommissie heeft in 2013 25 klachtonderdelen gegrond en 26 klachtonderdelen ongegrond verklaard. Ook klachten zijn een belangrijke bron om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren. Naar aanleiding van klachten worden op afdelingen of ziekenhuisbreed aanpassingen in beleid gedaan, bijvoorbeeld door protocollen aan te passen en aanvullende scholing te ontwikkelen.

2.5 Structuur van het concern, besturingsmodel en beleidscyclus

2.5.1 Structuur van het concern

Het concern wordt bestuurd door de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht houdt daarop toezicht. Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht in 2013 wordt verwezen naar de figuren 27 en 29.

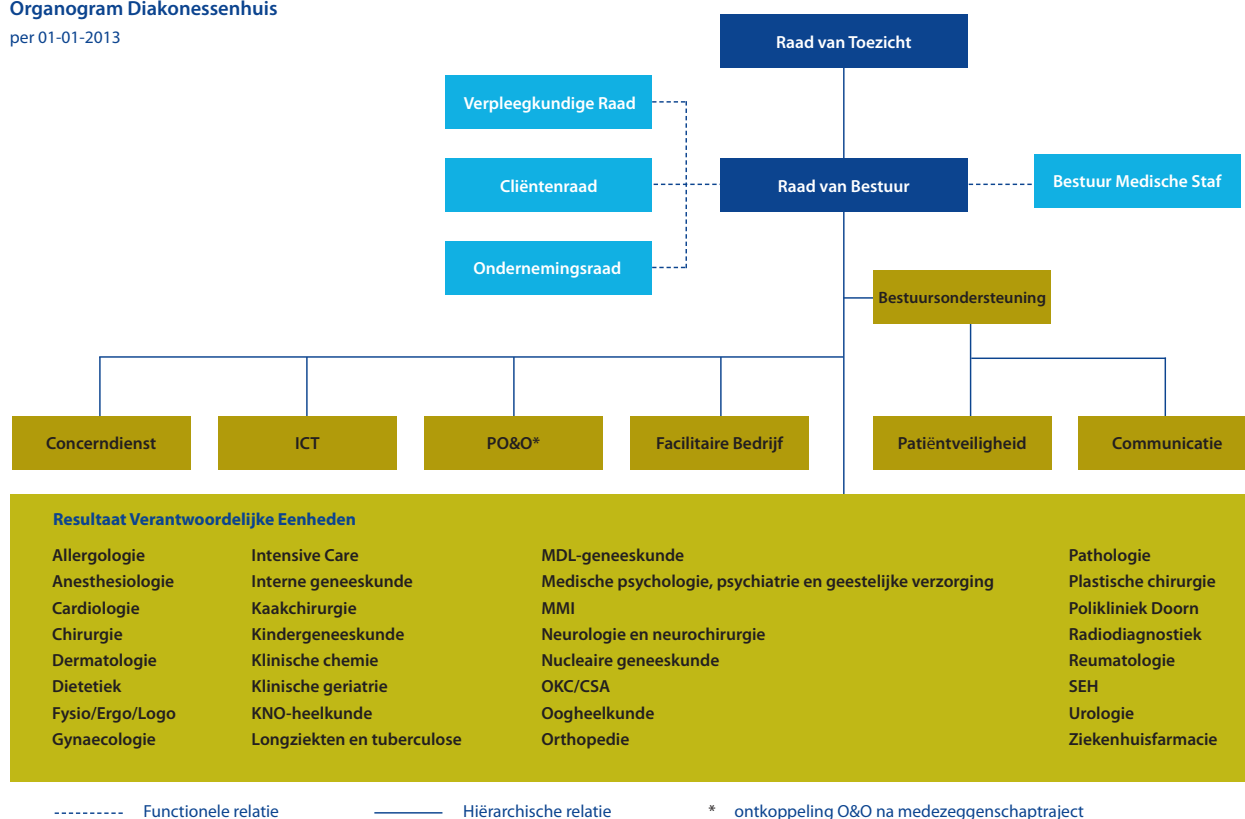
De Raad van Bestuur geeft leiding aan (zie ook figuur 7):

- de RVE-voorzitters en de managers zorg en bedrijfsvoering;
- de leidinggevenden van de lijnstafdiensten, waaronder de Concerndienst, Personeel en Organisatie, de Diakademie, het bureau bestuursondersteuning, het Bureau patiëntveiligheid, de afdeling Communicatie, ICT en het Facilitair Bedrijf.

Figuur 7: Organogram

Diakonessenhuis 2013

Organogram Diakonessenhuis
per 01-01-2013



De medezeggenschap van de medewerkers vindt plaats via een Ondernemingsraad, die functioneert op basis van de Wet op de Ondernemingsraden (WOR). De medezeggenschap van cliënten vindt plaats via een Cliëntenraad, die functioneert op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ).

2.5.2 Besturingsmodel

In 2012 heeft een belangrijke aanpassing plaatsgevonden van het besturingsmodel, namelijk de inrichting van het Bestuurlijk Samenwerkingsverband (BSV), de invoering van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) en de invoering van het nieuwe model toelatingsovereenkomst. Doel hiervan is dat de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf slagvaardig samenwerken om de beste patiëntenzorg, kwaliteit en veiligheid te garanderen. In 2013 is gestart met de invoering van het nieuwe besturingsmodel. De wijzigingen worden hieronder kort toegelicht.

De leden van de Raad van Bestuur wonen voortaan de kernstafvergadering integraal bij en de voorzitter en vice-voorzitter van het Bestuur van de Medische Staf hebben wekelijks overleg met de Raad van Bestuur in het overleg van het bestuurlijke samenwerkingsverband (BSV). Hiermee is de communicatie geborgd en wordt een betere samenwerking mogelijk. Daarnaast zijn Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) ingevoerd. Binnen deze RVE's nemen vakgroepen in het ziekenhuis expliciet medeverantwoordelijkheid voor het realiseren van goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Elke RVE wordt aangestuurd door een RVE-voorzitter (medisch manager) en een Manager Zorg en Bedrijfsvoering (MZ&B). Het RVE-management maakt inhoudelijke plannen voor de RVE op basis van het meerjarenbeleidsplan en het jaarplan van het ziekenhuis volgens de zogenaamde A3-systematiek (zie 2.5.3). Onderdeel van deze plannen zijn afspraken over de portfolio en de productie. Op basis van de productie verkrijgt de RVE opbrengsten en kan zij daarmee haar kosten dekken. Dit zijn bijvoorbeeld niet alleen haar eigen personele kosten, maar ook de doorbelasting van de kosten voor gebruik van ondersteunende diensten zoals laboratorium- en röntgendiagnostiek en OK-gebruik.

De nieuwe 'model toelatingsovereenkomst' is in het Diaconessenhuis sinds januari 2012 van toepassing. Hierin zijn de verantwoordelijkheden van iedere individuele specialist en van de Raad van Bestuur vastgelegd.

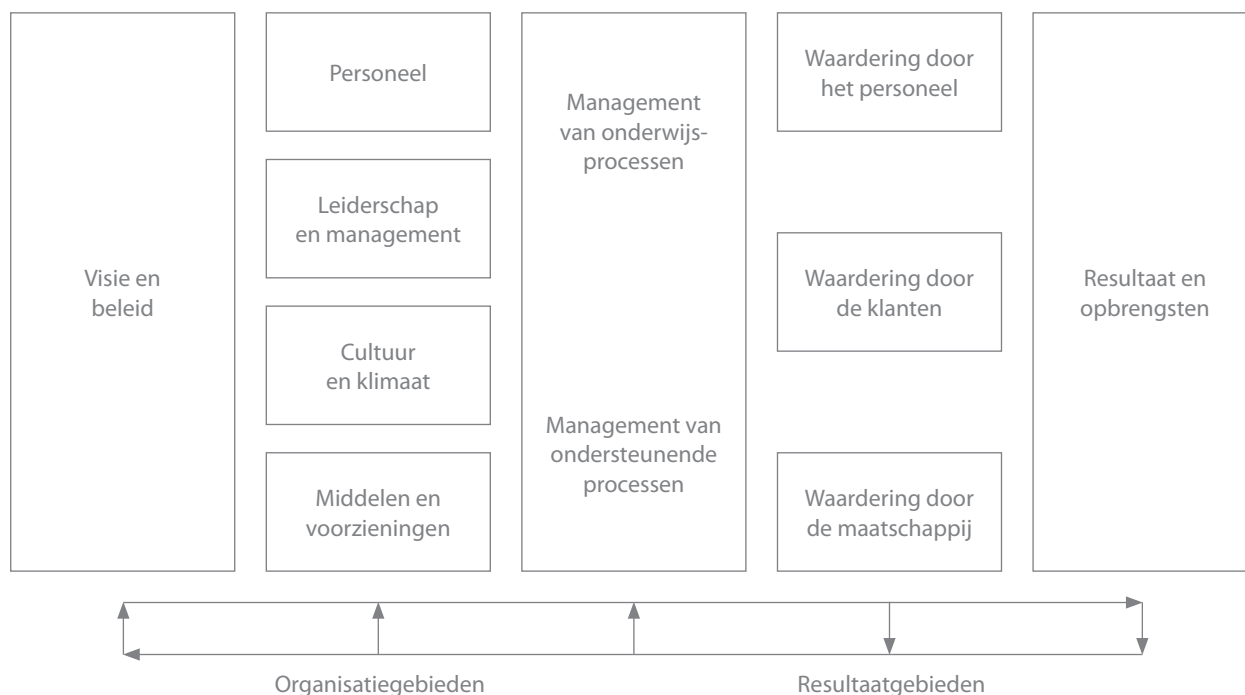
Bovengenoemd besturingsmodel sluit aan bij de prestatiebekostiging middels DOT-zorgproducten die de overheid in 2012 voor ziekenhuizen heeft ingevoerd. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen één bedrag krijgen voor alle zorg die ze leveren aan een patiënt met een bepaalde aandoening. Over de hoogte van dit bedrag en de kwaliteit van zorg maken ziekenhuizen afspraken met zorgverzekeraars. Het is in deze concurrerende omgeving belangrijk dat de kwaliteit van de zorg rond de patiënt nog beter wordt bewaakt en geborgd dan voorheen en dat zorg tegen een gunstige prijs wordt aangeboden. De gezamenlijke verantwoordelijkheid die de medisch specialist (als regisseur van zorg) en het ziekenhuismanagement binnen de nieuwe RVE-structuur dragen, is daarvoor belangrijk.

De Raad van Toezicht heeft medio 2013 opdracht gegeven een tussentijdse evaluatie van het functioneren van het BSV en van de RVE's op te stellen. Een externe partij is daarvoor gevraagd. Begin 2014 zullen de resultaten van deze evaluatie bekend zijn en verbeteracties worden geformuleerd en uitgevoerd.

2.5.3 Beleidscyclus

Om de uitgangspunten van het integraal management te laten bekijken in de gehele organisatie heeft de Raad van Bestuur in 2010 gekozen de beleids- en begrotingscyclus aan te passen door de A3-methodiek te introduceren.

Figuur 8: Diak beleidscyclus



De A3-methodiek heeft drie pijlers:

1. A3-jaarplannen per RVE: een jaarplan, afgeleid van het ziekenhuisbrede jaarplan, dat past op een A3-formaat;
2. A3-managementgesprekken: kwartaalverantwoordingsgesprekken aan de hand van het A3-format;
3. A3-digitaal: een digitaal hulpmiddel voor actuele managementinformatie. Met als resultaat: meer richting, consistentie, samenhang en feedback met daardoor betere feitelijke prestaties.

De Raad van Bestuur houdt rekening met het feit dat de implementatie van de A3-methodiek een aantal jaren vergt voordat het volledig geborgd is in de organisatie. De afgelopen jaren zijn verbeterresultaten behaald. Voor 2013 zijn de onderstaande resultaten behaald en op basis van de evaluatie verbeteracties voor 2014 geformuleerd.

Figuur 9: Verbeteringen beleidscyclus

2013	Resultaten belangrijke verbeterpunten
1	Per RVE integraal format managementrapportage 2013
2	Digitaal A3, Diakboard per RVE
3	Ontwikkeling normen per te rapporteren onderwerp
4	Digitaal meetbaar maken van de verpleegkundige indicatoren
5	Toetsing en vaststelling decentrale A3-jaarplannen 2014
6	Evaluatie invoering Bestuurlijk samenwerkingsverband en RVE's
7	Inhoudelijke jaarkalender met ziekenhuisbrede onderwerpen 2014
2014	Verbeteracties beleidscyclus
1	Opstellen nieuw strategisch beleidsplan
2	Inhoudelijke input RVE's op inhoud, koerswijzigingen, getallen
3	Cultuur: van reactief naar proactief beleid
4	Koppeling tussen verkoopproces en begrotingscyclus
5	Voorwaarden zorgverzekeraars in begrotingsproces geborgd
6	Professionalisering van begrotings- en jaarplangesprekken met RvB
7	Onderzoek naar opnemen van risico's en maatregelen in de beleidscyclus

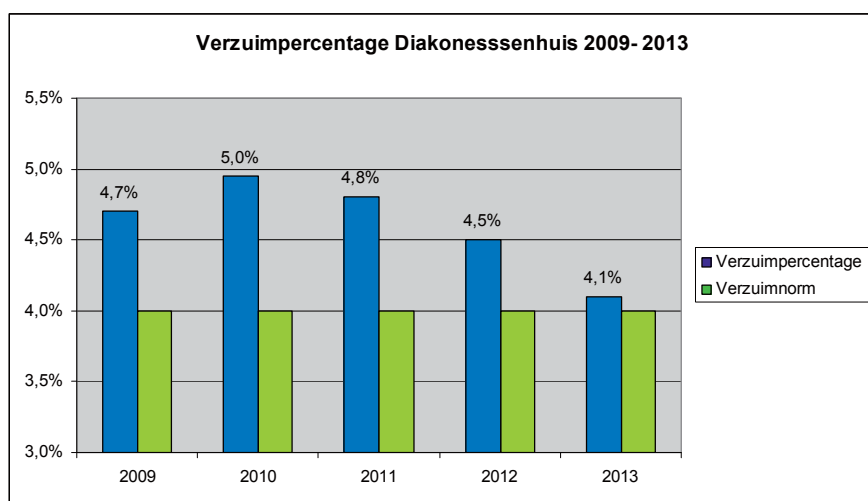
2.6. Personeel, opleiden en organisatie

In 2013 stonden verzuim en een veilige en gezonde werkomgeving hoog op de agenda in het Diaconessenhuis. In de onderstaande paragraaf wordt een korte samenvatting gegeven.

2.6.1 Verzuim

In de afgelopen jaren is het verzuim aanzienlijk afgenomen van 5% in 2010 naar 4,1% eind 2013, 0,1% hoger dan de doelstelling voor 2013. Het Diaconessenhuis presteert hiermee beter dan de branche ziekenhuizen. Het verzuimpercentage ligt in 2013 0,1% hoger dan de doelstelling van maximaal 4%. De doelstelling wordt bijna gehaald. Het is de verwachting dat in 2014 het Diaconessenhuis erin zal slagen het verzuim onder de 4% te laten dalen.

Figuur 10: Verzuimpercentage



De belangrijkste verklaringen voor het dalen van het verzuim zijn de actieve betrokkenheid van leidinggevenden bij uitvoering van het beleid verzuim, de ondersteuning door P&O hierbij en de gedragsmatige aanpak van verzuim. De samenwerking met de bedrijfsarts levert hieraan een zeer positieve bijdrage.

2.6.2 Veilige en gezonde werkomgeving

In het Diaconessenhuis is er ruime aandacht voor een veilige en gezonde werkomgeving. In 2013 is het arbo-beleidsplan opgeleverd. Het arbobeleid is onderdeel van het organisatiebeleid. Doelstelling van het arbobeleid is het realiseren van goede arbeidsomstandigheden voor wat betreft veiligheid, gezondheid en welzijn voor iedereen die in en voor het Diaconessenhuis werkzaam is.

Arbobeleid is niet vrijblijvend. Het Diaconessenhuis en de medewerker nemen ieder verantwoordelijkheid om te zorgen dat het werk de veiligheid en gezondheid niet schaadt. Wel elk met een eigen verantwoordelijkheid. Dat betekent onder andere het voorkomen van risico's voor veiligheid en gezondheid of het bij de bron aanpakken.

Naast het arbobeleid is er in 2013 door alle organisatieonderdelen veel aandacht besteed aan de uitvoering van het plan van aanpak (PvA) naar aanleiding van de uitgevoerde Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) in 2012. In het PvA wordt aangegeven welke maatregelen de desbetreffende afdeling gaat nemen in verband met de geconstateerde risico's en binnen welke termijn deze plaatsvinden om risico's te beperken of te vermijden. Het PvA is een 'levend' document dat niet gebonden is aan een kalender- of boekjaar. Het PvA is onderdeel van de verantwoordingsgesprekken van de Raad van Bestuur en het RVE-management.

Op basis van de opgestelde PvA is er in 2013 een organisatiebrede analyse gemaakt van de belangrijkste knelpunten. Deze punten zijn opgenomen in het arbojaarplan 2014.

2.7 Infrastructuur: gebouwen, (medische) voorzieningen en ICT

2.7.1 Gebouwen en terreinen

Utrecht

In 2013 is een start gemaakt met de renovatie van de locatie Utrecht. In de komende jaren zal daarop, zoals vastgelegd in het besluit Raad van Bestuur 13-0341 'Huisvesting- en terreinontwikkelpunten 2013-2017', de focus ook liggen. De vastgestelde vastgoedvisie blijft leidend. Na renovatie en nieuwbouw op de locatie Zeist en de oplevering van het acuut centrum in Utrecht is nu de rest van de locatie Utrecht toe aan renovatie. De kerngebouwen zijn op dit moment ongeveer 25 jaar oud. Hoewel de gebouwen nog prima zijn, voldoen ze qua uitstraling en voorzieningen niet meer aan de wensen van deze tijd. Vooral de luchtbehandeling is aan vervanging toe, wat een grote technische ingreep is in een bestaand gebouw.

Het betekent dat de komende jaren prioriteit wordt gegeven aan het renoveren van alle afdelingen, waaronder de poliklinieken en de dagbehandeling, het bouwen van een nieuwe entreehal en het realiseren van nieuwe kantoorfaciliteiten. Uitgangspunt bij deze projecten is dat binnen het taakstellende budget maximaal resultaat wordt opgeleverd. Daarbij worden de nieuwe ruimtes zo flexibel mogelijk ingericht zodat bij functiewijziging geen grote verbouwingen nodig zijn. Alle projecten worden in eigen beheer ontwikkeld en uitgevoerd.

In 2013 is ook een start gemaakt met de uitvoering van de terreinontwikkeling. Ook is gestart met de aanleg van parkeerterrein P3. Dit moet zorgen voor voldoende parkeerruimte wanneer P1 uit gebruik gaat. Op P1 gaat een eerstelijns gezondheidscentrum gerealiseerd worden en op P2 een parkeergarage.

Zeist

Op de locatie Zeist is de laatste jaren een stijging van het aantal polibezoeken en dagbehandelingen waarneembaar, maar ook een daling van het aantal klinische patiënten. Tevens is er sprake van leegstand in bijvoorbeeld een deel van de laboratoria als gevolg van concentratie van activiteiten in Utrecht. Doelstelling voor de Raad van Bestuur is om meer planbare zorg over te hevelen naar Zeist zodat beide locaties optimaal worden gebruikt.

Doorn

Er is nog steeds geen zicht op de nieuwbouwplannen van de verhuurder Stichting Quarijn. Daarom is het FB begonnen met kleinschalig onderhoud om de uitstraling van de locatie op pijl te houden.

2.7.2 ICT

Strategisch ICT-meerjarenbeleid

In 2013 heeft de Raad van Bestuur het nieuwe meerjarenbeleid ICT voor de periode tot en met 2015 vastgesteld. Dit nieuwe meerjarenbeleid bouwt voort op de resultaten van het meerjarenbeleid 2009-2012. Op hoofdlijnen heeft in de periode 2009-2012 de volgende transitie plaatsgevonden:

1. De ICT-voorzieningen richten zich met name op de ondersteuning van het primaire zorgproces. Alle vakgroepen, zowel medici als verpleegkundigen, werken inmiddels met een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De oude systemen voor laboratorium, apotheek, intensive care en OK zijn vervangen. Medische apparatuur is gekoppeld aan het EPD;
2. De ICT-ondersteuning richt zich niet alleen op het vastleggen van gegevens, maar ook op het ontsluiten van deze gegevens voor stuurinformatie. Er is een dashboard met brede stuurinformatie ontwikkeld op de gebieden kwaliteit, markt, financieel, bedrijfsvoering en personeel.

Deze transitie heeft ingrijpende gevolgen gehad voor de ICT-voorzieningen in het Diaconessenhuis. Het computergebruik is sterk geïntensiveerd. De eisen aan betrouwbaarheid, beveiliging, snelheid en klantondersteuning zijn onvergelijkbaar met de periode vóór de invoering van het EPD. Op alle gebieden van de ICT-infrastructuur zijn in deze periode dan ook grote investeringen gedaan: uitbreiding en beveiliging van het netwerk, uitbreiding en virtualisatie van het serverpark, uitbreiding en modernisering van werkplekken. Voor de dienstverlening aan de (interne) klant zijn applicatie-beheerders opgeleid om het EPD aan te passen en uit te breiden met kwaliteitsregistraties. Applicatiebeheer is grotendeels gecentraliseerd en professioneel ingericht.

In het nieuwe meerjarenplan voor de periode tot en met 2015 wordt voortgebouwd op deze ontwikkelingen. In het verlengde van het strategisch en medisch beleidsplan zijn in het nieuwe meerjarenbeleid de volgende vier inhoudelijke focusgebieden benoemd:

1. de registratie en rapportage van kwaliteitsindicatoren;
2. de ontwikkeling van een patiëntenportaal waardoor patiënten online bij de behandeling kunnen worden betrokken;
3. gegevensuitwisseling in de zorgketen met zorgverleners buiten het ziekenhuis;
4. de verdere ontwikkeling van het EPD en de geautomatiseerde ondersteuning van veel voorkomende zorgpaden.

Voor de *infrastructuur* zijn in het nieuwe meerjarenbeleid investeringen voorzien om gebruikersgemak en snelheid van systemen te verhogen. Dit gebeurt door 'virtualisatie van de werkplek' en de mogelijkheid om via een passysteem in te loggen.

Doordat er in de beleidsperiode tot en met 2012 zoveel aandacht ging naar het primaire proces vergt de beleidsperiode tot en met 2015 onderhoud op de ondersteunende en kantoorautomatiseringssystemen. Het nieuwe meerjarenbeleid voorziet in vernieuwing van een systemen voor financiën, inkoop en goederenlogistiek (ERP-systeem) en voor personeelsplanning. De kantoorautomatisering op basis van MS Office 2003 zal worden omgezet naar Office 2013.

Uitvoering ICT-beleid 2013

Het jaar 2013 vormde een tussenjaar in de uitvoering van de meerjarenbeleidsplannen. Enerzijds zijn de vernieuwingen en uitbreidingen uit de beleidsperiode tot 2012 geconsolideerd en anderzijds zijn de voorbereidingen voor de nieuwe beleidsperiode gestart.

A. Consolidatie resultaten meerjarenbeleid 2009-2012:

A1. Beheer

De beheertaken zijn in 2013 herverdeeld, waardoor kon worden voldaan aan de toegenomen eisen aan beveiliging en beschikbaarheid die voortvloeien uit de ondersteuning van het primaire zorgproces. Er is een Computer Emergency Recovery Team (CERT) geïnstalleerd, dat wekelijks nagaat of er signalen zijn dat systemen storingen gaan vertonen. Als een dergelijke storing onverhoopt toch optreedt, komt dit team in actie om de storing zo snel mogelijk te verhelpen. Per kwartaal wordt aan de bestuurder gerapporteerd over deze incidenten en de beschikbaarheid van de ICT-systemen. In 2013 waren cruciale systemen 99,82% van de tijd beschikbaar. De beveiliging van interne systemen is onderworpen aan een penetratietest en het patiëntenportaal heeft een assessment ondergaan voor het gebruik van DigiD. De aanbevelingen uit deze testen zijn geïmplementeerd.

A2. Ondersteuning

In 2013 is de samenstelling en organisatie van de helpdesk ingericht op de nieuwe prioriteiten. Er zijn personele veranderingen doorgevoerd en medewerkers zijn bijgeschoold. Dienstverlening van de helpdesk vindt plaats volgens het 'skilled' model: de helpdeskmedewerker handelt meldingen en verzoeken zoveel mogelijk meteen af en verwijst pas bij complexe problemen door naar 2e tweede lijns systeem- of applicatiebeheer. Bereikbaarheid buiten kantooruren is geformaliseerd en met interne afdelingen zijn beheersovereenkomsten (SLA's) afgesloten. De helpdesk ICT handelde in 2013 21.800 meldingen en verzoeken af.

B. Implementatie nieuw meerjarenbeleid

Op de volgende gebieden is een start gemaakt met het nieuwe meerjarenbeleid:

B1 Functionele focusgebieden

In 2013 is een zorgpad (coloncarcinoom) uitgewerkt en geïmplementeerd. Patiënten zijn met de implementatie van dit zorgpad verzekerd van een snelle opvolging van klachten. Er zijn timeslots gereserveerd voor diagnostisch onderzoek en bespreking in een multidisciplinair team. Dit zorgpad zal als model dienen om in 2014 meerdere zorgpaden te ondersteunen met automatisering. Eind 2013 is een nieuw personeelsplanningssysteem geselecteerd, dat in 2014 zal worden geïmplementeerd.

B2 Technische ontwikkelingen

Voor de desktopvirtualisatie is een Proof of Concept geïnstalleerd en geëvalueerd. De resultaten maken de weg vrij om in 2014 grootschalig snelle inlogmogelijkheden aan te bieden op basis van een passysteem.

Externe toetsing ICT-voorzieningen

Het Diaconessenhuis heeft zijn automatiseringsgraad in 2013 laten classificeren volgens de internationale EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) systematiek. Het Diaconessenhuis kwalificeert zich in dat model voor trede 6 van het 7-tredenmodel. Deze trede wordt omschreven als 'Physician Documentation interaction with full Clinical Decision Support System (structured templates related to clinical protocols trigger variance & compliance alerts) and Closed Loop medication administration'. In 2014 zal de kwalificatie worden gevalideerd door de EMRAM –organisator (HIMMS Europe).

De accountant beoordeelt het volwassenheidsniveau van de ICT-organisatie met het ITGC (Information Technology Governance and Control) model. In dit model bevindt de ICT-organisatie van het Diaconessenhuis zich niveau 3 (gemeten op een schaal van 0 tot 5). Dit niveau is in overeenstemming met het niveau dat het Diaconessenhuis wenselijk vindt en wordt omschreven als: 'controls zijn gestandaardiseerd en periodiek getest op werking met rapportage aan het management'.

Investeringsen

In 2013 zijn investeringen ter waarde van € 1.345.000 gedaan in de ICT-voorzieningen.

2.8 Informatiebeveiliging

Figuur 11: Doelen en behaalde resultaten informatiebeveiliging

Onderwerp	Wie, wat, waar, wanneer en hoe	Resultaten
Beleidsvorming	Met het voldoen aan de NVZ-startnormen in 2012 is de eerste beleidscyclus afgerond. Het Diaconessenhuis voldoet daarmee aan een minimale set van normen uit de NEN 7510. In 2013 is een nieuwe beleidscyclus opgestart om verder aan deze norm te gaan voldoen. Het nieuwe informatie-beveiligingsbeleid is door de Stuurgroep Informatiebeveiliging, in afstemming met de Medische Staf opgesteld en door de RvB goedgekeurd. Met de nieuwe beleids-cyclus wordt informatiebeveiliging binnen het ziekenhuis breed uitgerold en wordt de doelmatigheid ten minste een keer gecontroleerd (niveau 3 NEN 7510). Het realiseren van de beleidsdoelstellingen vindt plaats in 2014 en 2015	Vastgesteld beleid met breed draagvlak. Informatiebeveiliging is verankerd binnen de kwaliteitsagenda van het ziekenhuis
Behandelen van risico's uit de risicoanalyse	Beleidskaders / richtlijnen en procedures zijn noodzakelijke voorwaarden om risico's structureel te beperken. In 2013 zijn, in nauwe samenhang met het vastgestelde beleid, belangrijke stappen gezet om het autorisatiebeheer, controle op privacy van de patiënt, thuiswerken en bewustwording te verbeteren. Bij nieuwe ICT-projecten en informatievoorzieningsprojecten is informatiebeveiliging vanaf het begin als randvoorwaarde verankerd	'In-control' op risicogebieden van informatiebeveiliging
Verankering Security Officer functie binnen de Concerndienst	De Rol van Security Officer is verankerd binnen de concerndienst	Continuïteit informatiebeveiliging binnen het ziekenhuis

2.9 Financieel beleid

2.9.1 Algemeen

Het Diaconessenhuis heeft in de afgelopen jaren een gezonde financiële positie bereikt. Dit stelt de organisatie in staat de risico's van marktwerking in de zorg op te vangen en tegelijk financiering, deels met vrije kasstromen, voor investeringen mogelijk te maken.

De komende jaren wordt ingezet op het verder versterken van de vermogenspositie. In een meerjarenbegroting zijn de effecten hiervan zichtbaar. Dit is nodig vanwege de toegenomen risico's door de invoering van de prestatiebekostiging en de lasten die voortkomen uit de ingebruikname van het acuut centrum en de voorgenomen investeringen in de komende jaren, zoals voor de verbouw van de entree en parkeervoorzieningen. Door het verder versterken van de vermogenspositie blijft de organisatie in staat om aan zijn verplichtingen te voldoen en toegang te houden tot de kapitaalmarkt voor de financiering van investeringen. Dit is eind 2013 gerealiseerd middels de verlenging van de leningsfaciliteit van € 19 miljoen.

Over 2013 is een positief bedrijfsresultaat gerealiseerd ten bedrage van € 5,0 miljoen dat toegevoegd is aan het eigen vermogen (reserve aanvaardbare kosten).

Het eigen vermogen is in 2013 gestegen met € 7,1 miljoen (inclusief effect stelselwijziging onderhanden projecten van € 2 miljoen) naar € 42,4 miljoen. De solvabiliteit van het Diaconessenhuis (weerstandsvermogen / balanstotaal) is hierdoor gestegen van 18,1% naar 19,8% per ultimo 2013. Het weerstandsvermogen is het eigen vermogen plus de achtergestelde lening van de Stichting Vrienden.

In 2013 waren de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van financiën:

- Per ultimo 2013 wordt ruim voldaan aan de eisen die de banken aan de budget-, solvabiliteits- en DSCR-ratio's gesteld hebben. De eisen zijn respectievelijk 12%, 12% en 1,4. De budgetratio bedraagt 24% en is 12% hoger dan de door de bank gestelde eis. De solvabiliteit bedraagt 19,8% en is 7,8% hoger dan de eis. De DSCR bedraagt 2,6% en is 1,2% hoger dan de eis.
- Het gerealiseerd resultaat is conform begroting.
- In het gehele jaar is geen beroep gedaan op de kredietfaciliteit in rekening-courant en het jaar is afgesloten met een forse positieve stand van de liquide middelen.
- Terugbetalingsverplichting aan zorgverzekeraars is sterk afgenomen. Balanspositie 2013 overige schulden en overlopende passiva wordt beïnvloed door hoge stand nog te verrekenen creditnota's vanwege verpleegdagcorrectie.
- Met alle zorgverzekeraars zijn contracten afgesloten voor 2013.
- Eind 2013 zijn de uitstaande gelden A1 en A2 krediet om gezet in leningen. Hiermee zijn de Swaps effectief. Voor € 19 miljoen is de leningsfaciliteit verlengd met 3 jaar. Gelet op de verwachting van de renteontwikkeling op de kapitaalmarkt is vooralsnog geen swappositie ingenomen.
- Het in lokaal overleg overeengekomen voorlopig berekend transitiebedrag is niet ondertekend door zorgverzekeraars. Hierover loopt een beroepsprocedure bij de Nza. Hiervoor is een reservering in de balans opgenomen.

De financiële positie van het Diaconessenhuis is gezond op basis van het eigen vermogen, de gerealiseerde resultaten in de afgelopen jaren en de meerjarenverwachtingen. Aan de financiële ratio's (budgetratio, solvabiliteitsratio en DSCR) vanuit de bankconvenanten wordt ruimschoots voldaan en de liquiditeitsprognose geeft geen aanleiding tot continuïteitsrisico's.

Door onzekerheden in de omzetverantwoording in de jaarrekening verwoord onder paragraaf "toelichting landelijke onzekerheden omzetbepaling 2013" uitsluitend door de bestaande landelijke problematiek terzake normonduidelijk in registratie- en declaratieregels is door onze externe accountant in overeenstemming met de NBA Audit Alert 31 'Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2013 van instellingen voor medisch specialistische zorg' een verklaring met beperking bij de jaarrekening 2013 afgegeven.

Hierdoor treedt een situatie in dat binnen 6 maanden na afloop van het boekjaar geen jaarrekening met goedkeurende verklaring door het Diaconessenhuis aan de banken kan worden overlegd. Deze situatie is als mogelijkheid besproken met de banken bij de verlening van de clubdeal en met de banken is direct in overleg getreden toen de accountant zijn voornemen om een verklaring met beperking af te gaan geven meldde. De banken hebben op basis van door het Diaconessenhuis aangeleverde informatiepakket een aanvullend onderzoek ingesteld. De conclusies van dit onderzoek - schriftelijk bevestigd door de banken via een zogenaamde waiver - is dat ban-

ken geen gevolgen verbinden aan het feit dat over 2013 door het Diaconessenhuis een jaarrekening met verklaring met beperking wordt ingediend. De jaarrekening is dientengevolge opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

2.9.2 Ontwikkeling van het resultaat

Het resultaat over 2013 ligt € 1,5 miljoen lager dan vorig jaar. Deze daling is het gevolg van:

- Toename van de personeelskosten met 3,6% waaronder stijging brutosalarissen als gevolg van CAO met 2,05%; (lonen 50% van 1,5% en 50% van 2% plus eindejaar 0,3);
- Toename van de afschrijvingskosten door in gebruik name spoedzorgcentrum;
- Toename van de overige bedrijfskosten;
- Toename financiële baten en lasten door stijging rentelasten;
- Toename van afdracht aan transitiefonds.

Daar staat tegenover:

- toename van subsidies door meer gerealiseerde opleidingsplaatsen Aio's;
- toename van overige bedrijfsopbrengsten door ingebruikname politheek eind 2012 en toename honorarium specialisten in loondienst;
- toename DBC-zorgproducten met 3,3%.

2.9.3 Bedrijfsopbrengsten

De bedrijfsopbrengsten stegen met € 4,3 miljoen naar het niveau van € 185 miljoen (2012: € 180,7 miljoen).

Zorgbaten

De omzet uit de zorgbaten zijn in 2013 toegenomen met € 5,3 miljoen tot € 167,9 miljoen (2012: € 162,6 miljoen).

Dit is als volgt te specificeren:

€*1.000	2013	2012	mutatie	%
WMG-budget		2.590	-2.590	
Niet- gebudgetteerd	1.360	1462	-102	-7,0%
DBC-zp B-segment	140.848	121.681	19.167	15,8%
DBC-zp A-segment	25.746	36.868	-11.122	-30,2%
	167.954	162.601	5.353	3,3%

Met de invoering van de prestatiebekostiging vanaf 2012 is het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten komen te vervallen. In 2012 zijn nagekomen baten 2011 verantwoord.

De niet-gebudgetteerde zorgprestaties (zorgprestaties tussen instellingen) zijn in 2013 € 102K lager dan in 2012. Er is minder diagnostisch onderzoek voor derden gedaan.

De omzet DBC-zorgproducten valt uit een in segment B en segment A. Totaal is de opbrengst in 2013 gestegen met € 8,0 miljoen ofwel met 5,1% tot € 166,6 miljoen. De groei in omzet is het gevolg van de toename van de prijzen van circa 2% vanwege inflatiecorrectie, betere marges en toename van het volume. Daarnaast hebben incidentiele posten de omzet beïnvloed. Zo is de reservering van de overschrijding omzetplafond in de jaarrekening 2012 voor € 0,9 miljoen vrijgevallen en is voor mogelijke correcties in 2013 een reservering van € 1 miljoen opgenomen. In de omzetcijfers is de verpleegdagcorrectie verrekend (2012 geraamd). Vanwege een systeemwijziging is een goede vergelijking tussen 2012 en 2013 van de segment B en segment A niet mogelijk. Het A-segment is in 2012 sterk beïnvloed door omzet van overloop DBC's uit 2011.

Opbrengsten transitierегeling en honorariumplafonds

De negatieve opbrengsten uit hoofde van transitierегeling ad € 9,1 miljoen betreft het transitiebedrag 2013 en een correctie op het bedrag opgenomen in 2012. De bedragen zijn inclusief voorziene risico's. Hiermee is het te verrekenen transitiebedrag gelijk aan de bedragen vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het Diaconessenhuis heeft hiertegen echter bezwaar aangetekend.

De opbrengsten uit hoofde van honorariumplafonds betreft de 'aan' het ziekenhuis gedeclareerde honorarium-opbrengsten. Deze zijn ten opzichte van 2012 gedaald tot € 0,7 miljoen vanwege minder actieve specialisten.

Subsidies

De subsidies zijn in 2013 met € 0,7 miljoen gestegen tot € 10,1 miljoen. Oorzaak hiervoor is met name een hogere beschikbaarheidsbijdrage voor opleiding van AIOS. Door een hogere inzet van AIOS ten opzichte van 2012 (3 fte) en indexering van de subsidiebedragen is deze opleidingssubsidie dit jaar € 0,6 miljoen hoger. Ondanks minder subsidie FZO voor 2013 zijn de opbrengsten in 2013 toch € 0,1 miljoen hoger door een hogere afrekening voorgaand jaar.

Overige bedrijfsopbrengsten

In totaal zijn de overige bedrijfsopbrengsten met € 2,6 miljoen toegenomen tot € 15,5 miljoen. Dit wordt vooral veroorzaakt door:

- een hoger bedrag voor honorarium specialisten in loondienst (€ 1,1 miljoen, waarvan 50% correctie op OHW 1/1/2012);
- een hogere opbrengst van geneesmiddelen door de start van de poliklinische apotheek per december 2012 (€ 1 miljoen);
- een hogere doorbelasting van personeel aan maatschappen (€ 0,4 miljoen).

2.9.4 Kosten

De lasten stegen met € 5,6 miljoen naar het niveau van € 176,1 miljoen (2012 : € 170,5 miljoen).

Personeelskosten

De uitgaven voor personeelskosten zijn € 3,7 miljoen hoger dan in 2012. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door:

- Loonkosten/personeel niet in loondienst, totaal (€ 2,5 miljoen):
 - stijging lonen en salarissen van 2,05%;
 - een verschuiving van ingehuurd personeel naar personeel in loondienst;
 - meer fte in loondienst door de opening van de poliklinische apotheek;
 - meer fte doorbelast aan maatschappen
- mutaties premies sociale lasten en pensioen (€ 1,0 miljoen);
- hogere andere personeelskosten (€ 0,2 miljoen).

Ten opzichte van 2012 is de gemiddelde inzet van personeel in loondienst in 2013 toegenomen met 40 fte (2,2%). Hier staat minder inzet personeel niet in loondienst tegenover van 53%.

De premies voor sociale lasten (WW-premie en de werkgeversbijdrage ZVW) en de pensioenpremie zijn ten opzichte van 2012 verder verhoogd (totaal 1,6 %).

In 2013 zijn de PNIL-kosten fors gedaald. Ten opzichte van 2012 bedraagt de daling € 1,8 miljoen. Deze daling is een gevolg van een bewuste keuze voor personeel in loondienst.

De stijging van andere personeelskosten van € 0,2 miljoen is veroorzaakt door een toename van de opleidingskosten (€ 280K) en de vergoeding voor de BIG-registratie (€ 40K). Daartegenover staat een afname van de geschenken bij huwelijken, geboorten en jubilea (€ 120K).

Afschrijvingen op materiële vaste activa

De afschrijving op materiële vaste activa zijn in 2013 licht toegenomen met € 0,8 miljoen tot € 14,8 miljoen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een toename op de afschrijvingen van gebouwen, installaties en (medische) inventaris door het in gebruik nemen van het H-gebouw.

Overige bedrijfskosten

De overige bedrijfskosten liggen € 1,3 miljoen hoger dan vorig jaar en bedragen € 56,8 miljoen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door hogere kosten voor hotelmatige kosten (€ 0,5 miljoen, met name schoonmaakkosten), voor algemene kosten (€ 0,4 miljoen, met name licentie kosten), voor klantgebonden kosten (€ 0,7 miljoen, hetgeen samenhangt met de start van de poliklinische apotheek eind 2012), onderhoudskosten (€ 0,7 miljoen) en voor onderhoud en energiekosten (€ 0,3 miljoen, met name kosten voor elektriciteit en gas). Daar tegenover staat een afname in het groot onderhoud door vrijval van de voorziening groot onderhoud.

Financiële baten en lasten

De financiële baten en lasten bedragen € 3,9 miljoen per saldo aan lasten. Dit is € 0,2 miljoen hoger dan in 2012. Dit wordt met name veroorzaakt door een toename van de rentelasten van de langlopende leningen.

2.9.5 Balansposities

Vaste activa

Materiële vaste activa

De boekwaarde van de materiële vaste activa bedraagt in 2013 € 127,3 miljoen. Ten opzichte van 2012 is er sprake van een daling met € 3,7 miljoen. Er is in 2013 voor een totaal bedrag van € 11,1 miljoen geïnvesteerd. De investeringen hebben voor € 5,0 miljoen betrekking op vervangings- en uitbreidingsinvesteringen betreffende de (medische) inventaris, voor € 1,3 miljoen op vervangings- en uitbreidingsinvesteringen betreffende ICT, voor € 2,0 miljoen op de verbouwingen/instandhouding, voor € 2,1 miljoen op gebouwen en voor € 0,7 miljoen op terreinvoorzieningen. De afschrijvingen bedragen in totaal € 14,8 miljoen. Voor een bedrag van € 3,4 miljoen zijn investeringen nog niet in afschrijving genomen. Voor een nadere toelichting op de materiële vaste activa wordt verwezen naar het verloopoverzicht en het overzicht van de projecten zoals deze zijn opgenomen onder de aanvullende gegevens.

Financiële vaste activa

De financiële vaste activa zijn ten opzichte van 2012 licht gedaald (45K). Dit wordt verklaard door de aflossing op de met huurders afgesloten leningen voor verbouwingen.

Voorraden

Per ultimo 2013 zijn voorraadopnames (inventarisaties) uitgevoerd. Specifiek is er voor de apotheekvoorraad een juistheidverklaring door een extern bedrijf opgesteld. De toename van de voorraad ten opzichte van 2012 wordt verklaard uit een stijging bij de medische middelen en hulpmiddelen.

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

De methodiek van berekenen van het onderhanden projecten is per 1 januari 2013 gewijzigd van kostprijswaarde naar opbrengstwaarde. Het effect hiervan (€ 2,0 miljoen) is verwerkt in het eigen vermogen per 1 januari. Per saldo is het bedrag onderhandenwerk uit hoofde van DBC's / DBC zorgproducten met € 2,7 miljoen gestegen en komt uit op € 7,2 miljoen. Dit wordt veroorzaakt door een stijging van het onderhandenwerk. De bevoorschotting door verzekeraars, is na aftrek deel vrijgevestigde specialisten, vrijwel gelijk gebleven.

Overige vorderingen

In vergelijking met 2012 zijn de overige vorderingen gedaald met € 5,3 miljoen tot € 32,7 miljoen. Het debiteuren-saldo is ten opzichte van 2012 gedaald met € 4,5 miljoen. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door een lagere vordering op de zorgverzekeraar en een opgenomen omzetnuancering van € 1 miljoen.

De post nog te factureren is eveneens afgenomen met € 1,4 miljoen. Het onderhandenwerk specialisten (€ 0,5 miljoen) is eveneens onder deze post verantwoord. In 2012 was dit nog onderdeel van het de onderhandenwerk projecten.

Liquide middelen

De stand van de liquide middelen bedraagt € 53,6 miljoen en is met € 21,1 miljoen gestegen ten opzichte van 2012. Deze middelen zijn gereserveerd voor terugbetaling aan zorgverzekeraars (o.a. overschrijding plafond) en de terugbetaling van het transitiebedrag. Daarnaast zijn deze middelen gereserveerd ten behoeve van investeringsplannen.

Eigen vermogen

Het resultaat 2013 is toegevoegd aan het eigen vermogen. Het eigen vermogen van het Diaconessenhuis stijgt hierdoor van € 37,3 miljoen naar € 42,4 miljoen. Door de stelselwijziging per 1 januari 2013 op de onderhanden projecten DBC's / DBC zorgproducten is het eigen vermogen ten opzichte van de jaarrekening 2012 toegenomen met € 2 miljoen.

Voorzieningen

De voorziening 'groot onderhoud' is gevormd ter dekking van onderhoudskosten van locatie Utrecht en Zeist. De voorziening eigen risico WA-verzekering dient ter dekking van toekomstige verplichtingen ten aanzien van nog af te handelen claims, die ten laste komen van het eigen risico bij de verzekeringsmaatschappij. Deze voorziening is per 31 december 2013 herberekend. De voorziening 'jubilea' is een voorziening gevormd voor verplichtingen op het gebied van gratificaties die worden uitgekeerd bij jubilea, zoals vastgesteld in de Cao-ziekenhuiswezen. Deze voorziening is per 31 december 2013 herberekend. De voorziening Persoonlijk Levensfase Budget (PLB) dient ter dekking van toekomstige verplichtingen van PLB-uren voortvloeiende uit de specifieke overgangsregeling, voor personeel in de leeftijdscategorie 45-49 jaar (peildatum 31/12/2009). Dit is conform de CAO Ziekenhuizen 2011-2014. De voorziening wordt gevormd om de kosten van toekomstige verminderde arbeidsprestaties te dekken. In deze voorziening is niet meegenomen de algemene overgangsregeling waarbij huidige oudere werknemers jaarlijks meer verlofrechten worden toegekend dan aan jongere werknemers. De voorziening 'langdurig zieken' is gevormd voor bestaande verplichtingen tot het in de toekomst doorbetalen van beloningen aan personeel die op balansdatum naar verwachting blijven of gedeeltelijk niet in staat zijn om werkzaamheden te verrichten door arbeidsverzuim.

Langlopende schulden

De langlopende schulden zijn gestegen met € 24,7 miljoen tot € 101,3 miljoen. Deze stijging wordt vooral verklaard uit nieuwe leningen van 25,8 miljoen. In 2013 is voor € 7,0 miljoen onttrokken uit het bouwdepot en er is voor € 5,3 miljoen afgelost. De aflossingsverplichting voor het komend jaar is met € 2,7 miljoen gestegen tot € 8,1 miljoen.

Overige kortlopende schulden

De kortlopende schulden zijn ten opzichte van 2013 gedaald met € 17,0 miljoen tot € 59,6 miljoen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de per saldo daling van € 17,1 miljoen van de terugbetalingsverplichting aan zorgverzekeraars.

Schulden uit hoofde van bekostiging

De schulden uit hoofde van bekostiging zijn ten opzichte van 2012 gestegen met € 3,7 miljoen naar € 8,6 miljoen. De schulden uit hoofde van financieringsoverschot bedragen € 0,3 miljoen. Dit bedrag betreft correctie op facturatie voor 2012 naar aanleiding van controles. De Nza heeft nog geen besluit genomen over de wijze van verrekenen met zorgverzekeraars. De schulden uit hoofde van transitierегeling bedragen € 8,3 miljoen. Dit is een toename ten opzichte van 2012 van € 3,4 miljoen. De Nza heeft beschikkingen gestuurd om voorlopig af te rekenen. Hier heeft het ziekenhuis bezwaar tegen aangetekend. De terugbetaling is vooralsnog opgeschort.

2.10 Risico's en maatregelen

In onderstaande paragraaf is een overzicht gegeven van de voor 2013 erkende risico's en genomen maatregelen daarop. Risico's zijn benoemd in het begrotingsdocument voor 2013, waarbij de maatregelen in het lopende jaar 2013 zijn genomen en effect hebben gehad.

Figuur 12: Risico's en maatregelen 2013

Risico	Maatregel
1. Groter wordende afhankelijkheid van (behalen van) productie	Er is een tweetal maatregelen ingezet om dit risico het hoofd te bieden. Allereerst heeft de introductie van het RVE-besturingsmodel gezorgd dat alle externe opbrengsten bij de RVE's terechtkomen. Daarmee is decentraal management verantwoordelijk voor de omzet. De verwachting is uitgesproken dat RVE-management ook bij achterblijvende productie plannen maakt en uitvoert om productie en daarmee omzet te halen. Daarnaast is in de tweede helft van 2013 een weekrapportage ontwikkeld die RVE-management in staat stelt operationeel bij te sturen als op weekniveau de productie achterblijft. Op die manier is RVE-management in staat kortcyclisch verbeteracties in te zetten die tot een beter resultaat zouden moeten leiden. Met de weekrapportages kunnen ze met korte periodes in de gaten houden of hun verbeteractie effect heeft

Risico	Maatregel
2. Sturen op productie lastig door introductie plafonds	Binnen het Diaconessenhuis is met name in het tweede deel van 2013 een aanpassing in de informatievoorziening gedaan om sturing op productie toch mogelijk te maken. De beperkte informatiewaarde van FB-parameters, door wijzigende definities, zijn per juli niet meer gepubliceerd. Vanaf dat moment is vanuit nieuw gedachtegoed op DBC-ZPs, omzet, maar in de basis vooral verrichtingen gestuurd. Vanaf augustus is de informatievoorziening dan ook omgeschakeld op deze wijze. Alhoewel heel Nederland spreekt van een krimpende markt, is dat voor het Diaconessenhuis beperkt relevant. Met de ambitie om te groeien, betekent dat kortweg dat er geconcentreerd moet worden. Met de kortste wachttijden in de regio is er voor gezorgd dat er geen belemmering is voor patiënten om snel binnen te komen. Naast dat concurrentievoordeel zien we daarnaast ook dat de demografische ontwikkelingen in deze regio tot een stabiel aanbod leiden en zal krimp niet of veel later gaan optreden. Door blijvend sterk concurrerende prijzen te blijven bieden aan verzekeraars, is de verwachting dat het Diaconessenhuis haar groeiambitie in de komende jaren kan blijven handhaven
3. Mate waarin discussie over concentratie en spreiding concreet wordt gemaakt	Alhoewel in de onderhandelingen met verzekeraars is gebleken dat in eerste instantie gekeken wordt naar verschuiving van 2e naar 1e lijn, wacht het Diaconessenhuis niet af en verkent of er mogelijkheden zijn in de samenwerking met het UMCU. Op vakgroepniveau zijn initiatieven om daar waar mogelijk en wenselijk hoog volume productie naar het Diaconessenhuis te halen. Zodoende probeert het Diaconessenhuis proactief verzekeraars mee te nemen in haar gedachtegoed over concentratie en spreiding in de regio. Daarnaast is de implementatie van de HAP, geplaatst vóór de SEH, en de sluiting daarbij van de SEH in Zeist een voorbeeld van koploperschap in de discussie over concentratie
4. Risico dat organisatiegedrag niet aanpast aan externe ontwikkelingen.	De introductie van de RVE-besturing heeft geleid tot een verder delegeren van verantwoordelijkheden. RVE-management wordt waar nodig op achterblijvende resultaten aangesproken. RVE's hebben hun verantwoordelijkheid genomen door via actieve monitoring te sturen op concreet te verbeteren resultaten. Dat heeft geleid tot verbeterde resultaten voor telefonische bereikbaarheid, een verbeterd contact met verwijzers, een herstel van productie in Q4 van 2013 en verbeteracties op gebied van kwaliteit en veiligheid. Tegelijkertijd hebben we gemerkt dat uit de verantwoordiging op de zakelijke insteek van verzekeraars in het inkopen van zorg geconcludeerd kan worden dat ook het Diaconessenhuis nog een slag te maken heeft in ondernemerschap en zakelijkheid in sturing van haar organisatie. Deze zakelijkheid is immers nog maar een eerste stap
5. Kwaliteit en veiligheid aantoonbaar op een beter niveau krijgen.	Kwaliteit en veiligheid worden uitvoerig gemonitord; indicatoren worden maandelijks verspreid. Naar aanleiding van de beperkte verbetering in het eerste half jaar, is ingegrepen met een aantal maatregelen. Het SIT-overleg is blijvend dagelijks geïmplementeerd. Er is een wekelijks operationeel overleg gestart vanaf augustus waarin resultaten op gebied van kwaliteit en veiligheid hebben geleid tot een aanzienlijke verbetering. De verpleegkundige indicatoren zijn een voorbeeld waar een stijgende lijn in 2013 heeft geleid tot een score 100% volgens de norm. Op aanwijzing van de Raad van Bestuur is vanaf 2013 een sterke verbetering gerealiseerd bij de implementatie van de stop-momenten rond het pre-operatief proces (Top 1-2-3). VMS en IGZ/ZiZo zijn nog voor verbetering vatbaar. Knelpunten in die gebieden worden via het wekelijks operationeel overleg concreet omgezet in verbeteracties.

3

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Ik hou van het Diak, top personeel met top artsen. Ik vind ook dat de toiletten er tegenwoordig schoner uit zien dan voor heen, dus laat ik het schoonmaakpersoneel niet vergeten."

"Uit de door u gegeven opties blijkt al: parkeren is voor u alleen auto-parkeren. Ik kom met de fiets, dit gezonde gedrag wordt niet beloond door het ziekenhuis. Onvoldoende fietsenrekken, mijn fietswiel kan er niet in en ik kan mijn fiets er niet aan vast maken."

3. (FINANCIËLE) INSTRUMENTEN

3.1 Derivaten, financiering en liquiditeit

Algemeen

Het Diaconessenhuis maakt in de normale bedrijfsuitoefening gebruik van uiteenlopende financiële instrumenten die de organisatie blootstellen aan markt- en/of kredietrisico's. Deze risico's betreffen financiële instrumenten die in de balans zijn opgenomen.

Het Diaconessenhuis handelt niet in deze financiële derivaten en heeft procedures en gedragslijnen om de omvang van het kredietrisico bij elke tegenpartij of markt te beperken. Bij het niet-nakomen door een tegenpartij van aan het Diaconessenhuis verschuldigde betalingen blijven eventuele daaruit voortvloeiende verliezen beperkt tot de marktwaarde van de desbetreffende instrumenten. De contractwaarde of fictieve hoofdsommen van de financiële instrumenten zijn slechts een indicatie van de mate waarin van dergelijke financiële instrumenten gebruik wordt gemaakt en niet van het bedrag van de krediet- of marktrisico's.

Kredietrisico

De vorderingen uit hoofde van handelsdebiteuren zijn geconcentreerd bij drie grote verzekeraars. Het maximale bedrag aan kredietrisico bedraagt EUR 12,2 miljoen. Voor de kredietrisico's inzake de vorderingen op deelnemingen en de overige vorderingen wordt verwezen naar de desbetreffende specificaties.

Renterisico en kasstroomrisico

Het renterisico is beperkt tot eventuele veranderingen in de marktwaarde van opgenomen en uitgegeven leningen. Bij deze leningen is sprake van een vast rentepercentage over de gehele looptijd. De leningen worden aangehouden tot het einde van de looptijd.

Reële waarde

De reële waarde van de meeste in de balans verantwoorde financiële instrumenten, waaronder vorderingen, liquide middelen en kortlopende schulden, benadert de boekwaarde ervan. De reële waarde van de overige in de balans verantwoorde financiële instrumenten wijkt niet materieel af van de boekwaarde.

3.2 Managementinformatie

Figuur 13: Voorbeeld managementinformatie Diaconessenhuis



Informatievoorziening neemt binnen het Diaconessenhuis een belangrijke positie in: het heeft zich ontwikkeld tot een intranetomgeving van datawarehouse waar alles te vinden is over financiën, productie, kwaliteit, personeel en bedrijfsvoering. Binnen het Diaconessenhuis beheert de afdeling zorginformatie eenduidige managementinformatie. De afdelingen / RVE's zijn eigenaar van de informatie die door de lijn-stafdiensten worden gegenereerd.

In 2013 zijn er enkele bijzonderheden prestaties te melden over:

- Kwaliteit;
- Bedrijfsvoering en capaciteit;
- Financiën.

Figuur 14: Resultaten verbeteracties managementinformatie 2013

Gebieden	Wie, wat, waar, wanneer en hoe	Resultaat
Kwaliteit	Doorontwikkeling kwaliteitsindicatoren in dashboards en opname hiervan in verantwoordingsrapportages	Online kwaliteitsdashboards die inzicht, transparantie en continue verbeterprikkel opleveren over VMS-thema's, pijn, DOSS enzovoort
Bedrijfsvoering	Waar kunnen de doorlooptijden op de SEH verbeterd worden en wat is de invloed van SEH- artsen hierop?	Een dynamische rapportage met actuele informatie die inzicht geeft in wacht-, behandel-, ontslag- en doorlooptijden per specialisme en de effecten van de inzet van SEH-artsen
	Hoe goed zijn we telefonisch bereikbaar en waar zitten de bottle necks?	Een ziekenhuisbrede actie waarbij voor een dynamische rapportage de ziekenhuisopnames en de bereikbaarheid wordt gevolgd en verbeteracties worden geïnitieerd
Financiën	Onderhanden werk uit de OHW-grouper	Inzicht en verantwoording voor zowel interne als externe doeleinden t.b.v. accountants en zorgverzekeraars
	Contractverplichtingen zorgverzekeraars	In de terugrapportage van Achmea scoorden we 100% m.b.t. tot de afgesproken informatieverplichtingen

4

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Ik heb enorme bewondering en waardering voor de professionaliteit van alle medewerk(st)ers en de sfeer ('cultuur') in het Diak, zowel in Zeist als in Utrecht. Dat is gebaseerd op vele ervaringen van 1995 t/m heden. In mijn beleving is de situatie structureel zoals ik die in dit onderzoek heb beoordeeld. Dat vind ik heel bijzonder. Vandaar mijn grote waardering en bewondering want ik weet hoe ongelofelijk moeilijk het is om dit niveau van dienstverlening te bereiken en te handhaven. Hulde!"

4. TOEPASSING GEDRAGSCODES

4.1 Naleving zorgbrede Governancecode

Het Diaconessenhuis hanteert de Zorgbrede Governancecode 2010 om goed bestuur te hanteren, inclusief verantwoording en toezicht. Er zijn geen afwijkingen van deze code.

Figuur 15: Overzicht toepassing en naleving Zorgbrede Governancecode 2010

Onderdeel	Naleving	Vermelding
Algemeen:		
1. Principes Governancecode opgevolgd	ja	pagina 59
2. Geen afwijking Governancecode	ja	pagina 59
Verantwoording:		
3. Inhoudelijke verantwoording RvT-werkzaamheden	ja	pagina 62/63
4. Noodzakelijke gegevens en benoemingstermijn RvT	ja	pagina 64/65
5. Inrichting overleg externe accountant	ja	pagina 63
RvB:		
6. Afspraken informatie-uitwisseling RvT- RvB	ja	pagina 62
7. Taakverdeling RvB	ja	pagina 59
8. Wijze van besluitvorming	ja	pagina 59/60
9. Wijze van verantwoording aan RvT	ja	pagina 62
10. Beloning en vertrekregeling RvB	ja	pagina 44
11. Nevenfuncties RvB	ja	pagina 59/60
12. Toezien belangenverstrengeling RvB	ja	pagina 62
RvT:		
13. Werkwijze en commissies	ja	pagina 62
14. Toezicht op strategie en prestaties, aspecten bijzondere aandacht	ja	pagina 62/63
15. Deskundigheid RvT gewaarborgd	ja	pagina 64
16. Relevante kennis en ervaring zorg	ja	pagina 64
17. Naleving benoemingstermijnen	ja	pagina 66
18. Procedure werving nieuwe leden	ja	pagina 65
19. Borging onafhankelijkheid leden RvT	ja	pagina 64
20. Voorkomen belangenverstrengeling RvT	ja	pagina 64
21. Nevenfuncties RvB goedkeuring RvT	ja	pagina 62

5

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Het is niet echt een wachtkamer, maar meer een open ruimte waar je wacht. Er staan ook veel stoelen op de gang eigenlijk. Ik denk altijd, waarom moet een wachtruimte er altijd zo ongezellig uit zien.”

“Er was een bord waarop het uitlopen vermeld werd, maar niets over mijn afspraak. En dat terwijl ik al 30 minuten zat te wachten.”

“Door de informatieborden was het duidelijk hoe lang de wachttijd was.”

5. MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN VAN ONDERNEMEN

5.1 Patiënten en cliënten

Keurmerken

Het Diaconessenhuis werkt samen met vele patiëntenorganisaties van verschillende aandoeningen. In een aantal gevallen resulteert de samenwerking in het afgeven van een keurmerk.

Naast het ziekenhuisbrede accreditatiebewijs van het NIAZ beschikt het Diaconessenhuis over meerdere afdelings- of aandoeningsgerichte keurmerken of certificaten. De belangrijkste keurmerken in 2013 zijn hieronder aangegeven.

Figuur 16: Behaalde kwaliteitskeurmerken 2013

Keurmerk	Behaald?
Groene vinkjes van kankerpatiëntenorganisaties voor goede zorg voor: • Prostaatkankerzorg • Darmkanker • Bloed & lymfeklierkanker, update patiëntenzorgwijzer	Ja
Vinkje voor goede stomazorg van de Nederlandse Stomavereniging	Ja
ISO 9001 voor internistische vasculaire polikliniek	Ja
CCKL keurmerk	Ja
CZ: goede zorg voor borstkanker	Ja
CZ: beste zorg voor blaasverwijdering	Ja
Pluim van Freya voor fertiliteitszorg	Ja
Vaatkeurmerk Hart & Vaatgroep	Ja
Gouden Smiley, keurmerk Kind en Ziekenhuis	Ja, Utrecht: kraamafdeling, kinderafdeling en dagbehandeling
Borstvoedingscertificaat	Ja
Apneuvereniging: Sterkliniek voor Snurken en Slaapapneu	3 sterren (maximaal 5 sterren)
Gastvrijheid met Sterren	Utrecht 2 sterren, Zeist 2 sterren
Erkend Hepatitiscentrum door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	Ja
Kwaliteitsziekenhuis Zilveren Kruis/Achmea voor: • darmkanker • prostaatkanker • knie- en heupvervanging	Ja
Kwaliteitsziekenhuis predikaat Agis	Ja
Topzorg predikaat Menzis voor: • liesbreukcentrum • staar • heupprothese • rughernia • verwijderen amandelen • prostaat- en borstkanker • slaapsnurkproblemen	Ja
Kwaliteitszegel Dermatologie van Huidpatiënten Nederland	Ja
Seniorvriendelijk ziekenhuis	Ja
Roze lintje van de Borstkanker Vereniging Nederland	Ja

Cliëntenraad

Naast de samenwerking met patiëntenorganisaties heeft het Diaconessenhuis een Cliëntenraad.

De werkwijze van de Cliëntenraad is erop gericht het te voeren beleid van het ziekenhuis daar waar mogelijk te stimuleren en te beïnvloeden. De belangen van de patiënt zijn hierbij leidend. De Cliëntenraad toetst vanuit dit perspectief ook het gevoerde beleid.

De Cliëntenraad streeft ernaar een goed beeld te krijgen van het functioneren van het ziekenhuis op de terreinen die zij dient te bewaken. Het gaat dan om de kwaliteit van de medische behandelingen, de zorg en de nazorg, de wijze waarop artsen en verpleegkundigen met patiënten omgaan, de wijze waarop patiënten worden voorgelicht en om inzicht in de gastvrijheid van het ziekenhuis. Continu aandachtspunt is de kwaliteit van het ziekenhuis: de huisvesting, de voeding, de hygiëne en de veiligheid. Ook is voor de Cliëntenraad van belang welke klachten er zijn en hoe verbeteracties naar aanleiding van klachten worden geborgd.

De Cliëntenraad beschikt over een eigen begroting en vergadert maandelijks. Het ziekenhuis stelt een vergader-ruimte beschikbaar en geeft ambtelijke en secretariële ondersteuning.

De Cliëntenraad heeft in 2013 bijzondere aandacht gegeven aan de volgende top 3:

1. Kwaliteit en Veiligheid met daarbinnen klachtenmanagement

Issues voor de Cliëntenraad hierbij zijn: tijdigheid, link klachten en patiënttevredenheidsonderzoek op specialisme-niveau, duidelijkheid over welke adviezen al dan niet worden opgevolgd, zicht op opvolging en dit allemaal als onderdeel van een vaste integrale uniforme periodieke managementrapportage.

2. Klanttevredenheidsmeting en de verbeteringscyclus

De Cliëntenraad is tevreden met de invoering van de klanttevredenheidsmeting in het Diaconessenhuis in 2013, met name over de hoge response en de directe feedbackfaciliteit. De bij het klanttevredenheid beschreven aanpak voor analyse en verbeteracties is primair gericht op RVE-niveau. Een terugkoppeling of dit systeem voldoende werkt, is nog niet ontvangen. De Cliëntenraad blijft er zich bijvoorbeeld over verbazen dat de informatieverschaffing over de vertragingen in de wachtkamers van de poliklinieken, waarvoor een goed systeem beschikbaar is in Zeist, nog steeds vaak niet in gebruik is.

3. Medicatie

Over het VMS-thema medicatieverificatie is gedurende het jaar 2013 in de heldere rapportages steeds uitvoerig gerapporteerd over de voortgang. Het verbetertraject zal door de Cliëntenraad in 2014 worden gevolgd.

(Formele) adviesaanvragen in 2013:

- Ontbinding Stichting Letselschade.
- Spoedzorg Zeist en Utrecht.
- Doorontwikkeling Bureau Patiëntveiligheid en Kwaliteit (BPK).
- Huisvesting en terreinontwikkeling.
- Raad van Toezicht, twee nieuwe leden.

Overige activiteiten waar de Cliëntenraad inbreng op heeft gehad, zijn:

- De Cliëntenraad heeft input geleverd voor het Strategisch en Medisch Beleidsplan (SMBP).
- Door de Cliëntenraad is schriftelijk aangegeven dat het Diaconessenhuis Utrecht goed bereikbaar moet blijven met het openbaar vervoer. Toen bleek dat aanvullende actie van de Cliëntenraad richting de BRU noodzakelijk was, heeft die plaatsgevonden. Het met die instantie gevoerde overleg heeft ertoe geleid (samen met de acties van het ziekenhuis) dat een aantal busroutes uit het oorspronkelijke plan ten gunste van het Diaconessenhuis zijn aangepast. In de uitvoering heeft de Cliëntenraad aandacht gevraagd voor een aantal aspecten, waaronder de route-aanduidingen.

Drie observaties op weg naar 2014

Voor de Cliëntenraad is patiëntveiligheid en kwaliteit één van de belangrijkste onderwerpen. Hierbij passen op weg naar 2014 drie observaties aan het eind van 2013:

1. De openheid waarmee de vele issues onder de aandacht van de Cliëntenraad worden gebracht, wordt zeer gewaardeerd.

2. Het traject van verbetering aan de organisatorische en procedurele kant van patiëntveiligheid en kwaliteit, in al zijn aspecten, vergt veel doorlooptijd. Er is voortgang. Het voornemen de rapportages van de diverse afdelingen en commissies in 2014 sterk te verbeteren (tijdigheid, kwaliteit en samenhang) is voor de Cliëntenraad essentieel.
3. Voor de Cliëntenraad blijft het allerbelangrijkste dat de 'awareness' van de zorgverleners voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg wordt verhoogd. Het streven moet daarbij zijn om op continue basis, op een praktische wijze, zonder al te veel extra regels en instrumenten, de patiëntveiligheid en kwaliteit in de praktijk te verhogen. Hiervoor is een samenwerking tussen de professionals nodig, die zich kenmerkt door een open en lerende houding.

5.2 Medewerkers

De medewerkers van het Diaconessenhuis zijn het kapitaal van de organisatie. Grote en continue veranderingen kenmerken de afgelopen jaren van het Diaconessenhuis. Ook de komende jaren zullen er vele nieuwe ontwikkelingen zijn. De veranderingen bieden kansen en uitdagingen voor medewerkers. Ook wordt er een beroep gedaan op de flexibiliteit van de medewerkers. Het personeelsbeleid van het Diaconessenhuis ondersteunt deze ontwikkelingen.

5.2.1 Vertegenwoordiging door de Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) vertegenwoordigt de medewerkers van het Diaconessenhuis. De Ondernemingsraad vindt het van belang dat er een balans is tussen de organisatieontwikkeling en de (ontwikkeling van de) medewerkers. Hierbij zijn de belangrijke thema's arbeidsomstandigheden en de betrokkenheid van medewerkers bij belangrijke ontwikkelingen/besluiten.

De onderwerpen waarover de Ondernemingsraad in 2013 heeft geadviseerd zijn hieronder aangegeven.

Figuur 17: Onderwerpen formeel advies / instemming

2013		
09/01	SEH Zeist	advies (vervolg)
10/01	Functiehuis Zorg en loopbaanbeleid	advies
10/01	Leerling-medewerkers, inschaling tijdens vervolgopleiding	instemming
24/01	SEH-zorg, roosters secretariaat	instemming
13/02	Klokkenluiders, melding misstanden	instemming
02/05	Recovery, roosters 24-uursdienst	instemming
02/05	Doorontwikkeling Bureau Patiëntveiligheid en kwaliteit	advies
08/05	Arbodienst contractverlenging Metaplanning	instemming
05/06	Functiehuis Zorg en Loopbaanbeleid	advies
10/07	Huisvestings- en terreinontwikkelingsplannen locatie Utrecht	advies
09/10	Integraal Plan van aanpak risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)	instemming
28/10	Waarneming personen (cameratoezicht)	instemming (deels)
25/11	RvT, benoeming nieuwe leden	advies
28/11	Reorganisatie Zorglogistiek	pre-advies

Andere onderwerpen die aan de orde kwamen, waren:

- de totstandkoming van integraal arbobeleid;
- gegevensbeveiligingsbeleid, met daarbij vanuit de Ondernemingsraad de focus op goede regelingen om de privacy van medewerkers te waarborgen;
- veranderingen en verbeteringen van de flexpool;
- Ondernemingsraadverkiezingen en het aantreden van een nieuwe raad per 13 mei 2013.

5.2.2 Professionalisering van verpleegkundigen

De Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) is een door de Raad van Bestuur (RvB) erkend en onafhankelijk advies orgaan, die de professionele belangen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep in het Diaconessenhuis behartigt. De VAR bestaat uit een dagelijks bestuur (DB) en het verpleegkundig beraad (VB).

In 2013 hebben de volgende veranderingen plaatsgevonden:

- Om een adequatere vertegenwoordiging van alle afdelingen te bereiken, is in 2012 de scheiding in de (vergader-) structuur tussen het DB en het VB opgeheven.
- De voltallige VAR overlegt maandelijks en heeft gemiddeld twee keer per jaar een overleg met de RvB. Hierbij ligt de nadruk op informatie-uitwisseling tussen de verpleegkundige beroepsgroep en de RvB. De VAR geeft de RvB gevraagde en ongevraagde adviezen, benoemt signalen van de werkvloer en geeft de RvB desgewenst zijn mening over specifieke onderwerpen.
- Tot slot is de afspraak gemaakt om incidenteel onderwerpen binnen het teamhoofdenoverleg te bespreken. Met als doel het vergroten van draagvlak en het toetsen van opvattingen van de VAR aan de mening van alle teamhoofden.

Adviezen VAR 2013

De VAR heeft in 2013 de volgende schriftelijke adviezen uitgebracht aan de RvB:

- Het behoud van tweepersoonskamers
De tweepersoonskamer zijn door verbouwing in de toekomst helemaal verleden tijd. De VAR heeft geadviseerd om deze toch te behouden en minder vierpersoonskamers te maken.
- Advies over specialisme-overstijgend gebruik van klinische bedden
Doordat specialisten steeds meer gaan specialiseren lijkt het 'een bed is een bed'-principe achterhaald. De VAR heeft geadviseerd om dit beleid te herzien.

Overige activiteiten

De VAR heeft zich in 2013 bezig gehouden met het zich meer zichtbaar en bereikbaar te maken via nieuwsbrieven, het geven van presentaties binnen afdelingsoverleggen. De VAR is deelnemer aan de commissie patiëntveiligheid en kwaliteit, de materiaaladvies-commissie en de commissie voorbehouden handelingen en brengt daar een verpleegkundige visie in. Daarnaast is de VAR betrokken geweest bij de onderzoekfase van Crew Resource Management, de werkconferentie toekomst gericht opleiden, het opzetten van een spiegelgroep verpleegkundige protocollen, het ontwikkelen van een veiligheidswaaier voor verpleegkundigen en artsen en de implementatie van de Diakcheck. Eind 2013 is de VAR gestart met het herzien van het bestaande reglement. Nieuwe inzichten vragen om een andere organisatie en opzet van de VAR. Tot slot heeft de VAR nauwe contacten met andere adviesorganen van het Diaconessenhuis onderhouden.

5.3 Huisartsen

Het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) is het platform waarin het Diaconessenhuis overleg voert met een vertegenwoordiging van de huisartsenverenigingen uit de regio. Doel van het MCC is om de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van de huisartsen over de samenwerkingsrelatie met het Diaconessenhuis te vergroten. Verder staan onderwerpen als het ontwikkelen en uitwisselen van transmuraal beleid en het bevorderen van kennisoverdracht bij de besprekingen van het MCC centraal. De volgende resultaten zijn in 2013 behaald.

Bespreking vakgroepen in MCC

Het MCC komt tweemaandelijks bijeen. Bij elke vergadering wordt in principe de samenwerkingsrelatie van twee vakgroepen met de huisartsen besproken. De vertegenwoordigers van de verschillende participerende huisartsenverenigingen inventariseren bij hun leden aan de hand van een gestructureerde vragenlijst de signalen over de samenwerkingsrelatie met de desbetreffende specialismen. De verkregen signalen vormen de basis voor een constructief gesprek tussen de huisartsvertegenwoordigers uit het MCC en de desbetreffende vakgroep. De gemaakte werkafspraken en eventuele verbeteractiviteiten worden vastgelegd, gemonitord en na ongeveer een jaar geëvalueerd. De vakgroepen die in 2013 zijn besproken en geëvalueerd zijn Radiologie, Nucleaire geneeskunde, Allergologie, Mond- en kaakchirurgie, Interne geneeskunde, Geriatrie, MDL, Reumatologie, Chirurgie en Orthopedie.

Congressen, symposia en nascholingsbijeenkomsten

In 2013 organiseerde de Diaconiedemie vier zogenoemde Haspels (nascholing in de huisartsenpraktijk) en drie symposia voor huisartsen. Het totaal aantal deelnemers aan deze activiteiten bedroeg 180.

Figuur 18: Activiteiten Diaconessenhuis voor huisartsen

Congressen, symposia en nascholingsbijeenkomsten			
Datum	Vakgroep	Vorm	Onderwerp
7 maart 2013	Heelkunde	Symposium	• Nieuwe Richtlijn Mammacarcinoom • Casus over diverticulitis • Het aanstaande landelijke Colonscreeningsprogramma • Proctologie • Interactieve quiz met kleine chirurgisch aandoeningen
12 maart	KNO	Symposium	• Neusbijholtechirurgie • Zwellingen in de hals • Stemstoornissen • Lyme disease • Syndroom van Sjögren
4 juni en 24 september	Allergologie	Allergiecarroussel (2 avonden)	• Hooikoorts en luchtwegallergie • Voedselallergie en eczeem
11 februari voor huisartsen Stad Utrecht 24 juni voor huisartsen Zuid-Oost	Interne Geneeskunde	Haspel interne geneeskunde	• Hematologie/oncologie: communicatie • Nefrologie: proteïnurie en chronische nierschade, wanneer verwijzen? • Endocrinologie: Schildkliernodus • Vasculair • Hypertensiecarroussel en trombose, CVRM-carroussel: hoe georganiseerd? • Infectieziekten: Tropenpoli? HIV-poli? Hebben huisartsen hier behoefte aan?
11 april voor huisartsen Zuid-Oost	Radiologie	Haspel radiologie	• De X-thorax: Aanvraag en antwoord. • Aanvraag CT door de huisarts, zinvol of niet? • Casuïstiek:
29 oktober voor huisartsen Stad Utrecht	MDL	Haspel MDL	Helicobacter pylori, hepatitis B inclusief serologie en wat te doen bij rectaal bloedverlies en colonscreening.

Het verwijfsmodel Zorgdomein: een digitale brug tussen huisarts en het ziekenhuis

In mei 2010 is in het Diaconessenhuis gestart met het Verwijsmodel ZorgDomein waarmee de huisarts digitaal kan verwijzen naar het ziekenhuis. Het Verwijsmodel ZorgDomein slaat een brug tussen de huisarts en het ziekenhuis. De digitale verwijfsmethode heeft voordelen voor alle partijen: actuele gegevens zijn altijd paraat en de patiënt krijgt een op zijn aandoening toegesneden afspraak in het ziekenhuis.

Het digitaal verwijzen heeft een positief effect op de zorgkwaliteit: de verwijfsbrief is vooraf toegestuurd door de huisarts en de specialist beschikt over de gerichte informatie over de aandoening van de patiënt. Bij elke verwijfsindicatie is vastgelegd aan welke aanvullende diagnostiek de specialist behoefte heeft. Hierdoor kan het logistieke proces beter worden ingericht voor de patiënt. Dit resulteert bijvoorbeeld in een betere opeenvolging van bijvoorbeeld onderzoeken die worden gepland, zowel voorafgaand aan een consult als op de dag van het consult.

Het aantal digitale verwijfsingen dat het ziekenhuis ontvangt, is in 2013 t.o.v. 2012 met 33% toegenomen. Ongeveer een derde van alle verwijfsingen vanuit de eerste lijn vindt nu digitaal plaats.

In de 2013 is ook gestart met het aanbod van de eerstelijnsdiagnostiek.

In 2014 wordt door het Diaconessenhuis samen met de huisartsen de tweejaarlijkse evaluatie van het gebruik van Verwijsmodel ZorgDomein en van het zorgaanbod (18 specialismen) uitgevoerd. De inhoud van het gedigitaliseerde zorgaanbod is door de gemandateerd huisarts en de gemandateerd specialist gezamenlijk in een werkgroep per specialisme doorlopen en waar nodig zijn aanpassingen gepleegd en/of nieuwe verwijsmogelijkheden toegevoegd.

Toekomst

Gezien het belang van de relatie van het ziekenhuis met de huisartsen zal de functie en de rol van het MCC worden geëvalueerd en zal begin 2014 een beleidsvisie op het MCC worden geformuleerd.

5.4 Externe toezichthouders

5.4.1 Inspectie GezondheidsZorg (IGZ)

In 2013 zijn in het jaargesprek met de IGZ de volgende onderwerpen besproken:

- Zorgpad mammacarcinoom;
- Kwaliteits- en veiligheidsindicatoren verslagjaar 2012;
- VMS-thema's kwetsbare ouderen; pijn na operatie; verwisseling van en bij patiënten; Postoperatieve Wondinfecties;
- Dossiervoering ;
- Volume-indicatoren;
- Regiomaatschappen;
- Klachten, calamiteiten;
- Evalueren functioneren medisch specialisten.

Als voorbereiding op het jaargesprek heeft de IGZ een onaangekondigd bezoek gebracht aan de afdeling chirurgie.

5.4.2 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Het contact met de NZa is voornamelijk eenzijdig, waarbij het Diaconessenhuis de ontvangende partij is. Daarbij gaat het om aanpassingen van en toelichting op de regelgeving en productstructuren met betrekking tot de DOT-systematiek. Ook in 2013 zijn aanpassingen gefaseerd in meerdere releases gecommuniceerd. Daarmee werd opnieuw een extra beroep gedaan om prijslijsten aan te passen en aan verzekeraars aan te bieden. Daarnaast is er in 2013 door de NZa een aantal beleidsdocumenten gepubliceerd. Hierin wordt een nadere duiding van regelgeving gegeven, die al dan niet met terugwerkende kracht interpretabel wordt geacht. Binnen ziekenhuizen heeft het aspect 'terugwerkende kracht' geleid tot onduidelijkheid en onrust. Voor 2014 heeft de NZa aangegeven te verwachten zich te kunnen beperken tot een eenmalig aanpassingsmoment gedurende het jaar. Het Diaconessenhuis heeft er vertrouwen in dat de NZa een stabiele productstructuur nastreeft, waarin de spelregels vooraf duidelijk zijn en niet gedurende het jaar wijzigen. Behoudens deze operationele werkrelatie is er in 2013 geen actieve of controlerende bemoeienis vanuit de NZa richting het Diaconessenhuis geweest.

5.5 Gemeenten

Het Diaconessenhuis blijft deelnemen aan een netwerk van instellingen voor zorg en welzijn dat is opgezet door de gemeente Utrecht. Ook zijn er goede contacten op bestuurlijk en ambtelijk niveau. Zo heeft in 2013 een delegatie van de gemeente Utrecht, onder aanvoering van de wethouder van Ruimtelijke Ordening het Diaconessenhuis bezocht. Dit heeft verder bijgedragen aan een beter begrip bij de gemeente voor de belangen voor een ziekenhuisorganisatie als het Diaconessenhuis. Verschillende vergunningstrajecten in Utrecht zijn doorlopen of zijn nog in behandeling, veelal gekoppeld aan bouwtrajecten. Het Facilitair Bedrijf neemt ook nog steeds deel aan overleggen rondom Wonen, Welzijn en Zorg zoals deze worden geïnitieerd vanuit het Wijkbureau Oost / Noord Oost in Utrecht. Deze hebben tot doel de onderlinge samenwerking tussen 'Care en Cure'-partijen te bevorderen.

5.6 Duurzaamheid en milieu

In 2013 is een aantal oude energie slurpende gebouwen gesloopt. Zo zijn in Utrecht de oude techniekbarak en de (nood)voorzieningen aan de Rubenslaan verwijderd. In Zeist zijn de oude zusterflat en de 'villa' vervangen door groenvoorzieningen.

Bij de verwerkte afvalstoffen zien we een stabilisering van de afgevoerde hoeveelheid per afvalstroom. De enige afwijking hierop is de hoeveelheid afgevoerd papier. In 2013 werd er ten opzichte van 2012 70 ton minder papier afgevoerd. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat alle archieven gedigitaliseerd zijn. In 2013 is er gestart met het apart inzamelen van plastic. In het centrale magazijn en bij de laboratoria zijn plasticverzamelaars geplaatst, waardoor deze stroom niet meer in het restafval terechtkomt.

Na het voltooien van de herinrichting van het milieuplein in 2012 op locatie Utrecht is de locatie Zeist aangepakt. Ook hier wordt het papier nu in een perscontainer verzameld en niet meer in losse containers, waarmee het brandgevaar in de bosrand geminimaliseerd is en het transport van het papier naar onze verwerker teruggebracht is van 52 ritten naar 4 ritten per jaar.

De activiteiten van het laboratorium in Zeist zijn zo veel mogelijk overgebracht naar Utrecht. Hierdoor is er geen gevaarlijke afvalstoffen opslag meer noodzakelijk in Zeist en zijn er geen ritten meer naar de verwerkers.

De jaarlijkse milieu-inspecties op beide locaties hebben op een paar kleine puntjes na geen bijzonderheden opgeleverd. Op diverse plaatsen op locatie Utrecht zijn asbestsaneringen uitgevoerd.

5.7 Beloning bestuurders en toezichthouders

Leden van de Raad van Toezicht ontvangen een vergoeding op basis van de vigerende richtlijnen van de NVTZ. Voor beloning van de Raad van Bestuur wordt verwezen naar hoofdstuk 9 van dit verslag.

5.8 Zorgverzekeraars

In 2013 heeft de ingezette lijn tussen zorgverzekeraars en het Diaconessenhuis verder vorm gekregen. Voor het lopende jaar 2013 zijn met alle zorgverzekeraars afspraken gemaakt. De afspraken zijn vastgelegd in contracten en prijslijsten. De afspraken voor 2012 hebben veelal gefungeerd als basis voor de afspraken 2013. Net als in het voorgaande jaar zijn eerst plafondafspraken gemaakt, die daarna zijn vertaald in prijslijsten. Door de opgedane ervaring in de nieuwe landelijke productstructuur is het Diaconessenhuis in staat geweest om samen met de zorgverzekeraars de tijd tot het sluiten van de contacten en het factureren met een half jaar te verkorten.

De prijzen van de zorgproducten zijn een belangrijk aandachtspunt voor zorgverzekeraars. Door de zorgverzekeraars wordt herkend dat wij hierin een gunstige uitgangspositie hebben. Helaas wordt dit nog onvoldoende erkend bij het maken van volumeafspraken. We zien verder een toename in de aandacht voor kwaliteit tot uiting komen in inkoopspecificaties waar instellingen aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Daarnaast worden minimale volumenormenten gecontroleerd waarmee zorg wordt uitgesloten voor bepaalde instellingen. Het Diaconessenhuis voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Dit wordt ook zichtbaar door de pluscertificaten van Achmea en de topzorgpredicaten van Menzis.

In 2013 is een geschil ontstaan met het controleteam van Zorgverzekeraars Nederland inzake de bepaling van het schaduw FB. Zij hebben een afwijkend standpunt ingenomen ten opzichte van het Lokaal Overleg. Dit heeft geleid tot een eenzijdige indiening van het voorlopig transitieformulier bij de NZA. Hiertegen heeft het Diaconessenhuis in 2014 bezwaar aangetekend.

6

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“De privacy rond alle meldbalies schiet tekort.”

“Er heerst een hele goede energie, je voelt dat de sfeer bij de dames van de balie onderling uitstekend is. En als je als patiënt bij naam wordt begroet, krijg je toch een beetje een thuis-gevoel. Ondanks dat je in een ziekenhuis bent. Niet te evenaren!”

6 ONDERZOEK EN ONTWIKKELING

Patiëntveiligheid en kwaliteit vereisen professionaliteit van alle medewerkers en vrijgevestigd medisch specialisten van het Diaconessenhuis. Professioneel handelen vraagt periodieke, verplichte bij- en nascholing en een breed gedragen opvatting in onze organisatie dat leren, vernieuwen en blijven vanzelfsprekend is. Een ziekenhuis dat een positief opleidingsklimaat heeft met veel mogelijkheden voor ontwikkeling en groei en zich als opleidingsziekenhuis profileert, zal ook aantrekkelijk zijn voor nieuw (jong) aan te trekken personeel.

De Raad van Bestuur en de Medische Staf hebben gezamenlijk de ambitie uitgesproken om “het Diaconessenhuis te ontwikkelen naar een Top Klinisch Ziekenhuis, een leerwerkplaats te zijn voor zijn medewerkers en daartoe opleidingen in de volle breedte aan te bieden”. Met deze ambitie voor ogen is in 2013 de Diakademie opgericht, het leerhuis van het Diaconessenhuis. In de Diakademie worden alle activiteiten rondom opleiden, ontwikkelen en onderzoek gebundeld. Hierna worden de resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van opleiden en ontwikkelen in 2013 besproken.

6.1 Medische opleidingen

De Diakademie:

- adviseert en faciliteert (toekomstig) medisch specialisten bij het opleiden en ontwikkelen in algemene zin;
- coördineert de opleiding van coassistenten binnen het Diaconessenhuis;
- ondersteunt en adviseert bij alle facetten van de modernisering van het medisch (vervolg)onderwijs op STZ-waardig niveau.

Daarnaast zorgt de Diakademie voor de opleidingsbegroting, subsidiestromen en registratie voor de artsen in opleiding tot specialist (aios). Ook wordt het onderwijs voor (toekomstig) specialisten organisatorisch en onderwijskundig ondersteund. Tot slot verzorgt de Diakademie de affiliatiecontacten met de Opleidings- en Onderwijs-regio Utrecht (OOR Utrecht).

Opleidingserkenningen

De kwaliteit van de medisch-specialistische zorg- en opleidingseenheden wordt getoetst via opleidingsvisitaties door de desbetreffende beroepsverenigingen. Borging van de resultaten wordt gerealiseerd door evaluatie-gesprekken zes en twaalf maanden na ontvangst van het visitatierapport. In 2013 is de erkenning van de onderstaande opleidingen verlengd. Opgemerkt wordt dat Dermatologie een eerste opleidingserkenning verkreeg.

Figuur 19: Visitaties opleidingen

Visitaties/proefvisitaties 2013			
Opleiding	Proefvisitaties	Visitatie	Resultaat
Dermatologie	22 augustus 2013	17 september	2 jaar (eerste erkenning)
Heelkunde	20 november 2012	25 januari	5 jaar
KCHI	6 mei 2013	17 juni	2 jaar
Longziekten	28 februari 2013	31 mei	5 jaar
Orthopedie	11 september 2013	4 oktober	In afwachting
Ziekenhuisfarmacie	22 november 2012	29 maart	2 jaar
Medische Psychologie	29 oktober 2013	26 november	5 jaar

Kwaliteit

Interne kwaliteitscyclus

Om de medische vervolgoopleidingen (MVO) te ondersteunen bij de implementatie van de modernisering van het onderwijs, is in november 2012 door de COC de notitie ‘Inrichting kwaliteitscyclus MVO Diaconessenhuis’ vastgesteld. In deze notitie wordt uitgegaan van een vijfjaren cyclus, waarbij op verschillende momenten ijkpunten voorkomen in de vorm van o.a. proefvisitaties, kwaliteitsmetingen en voortgangsgesprekken.

Met ingang van 2013 is de kwaliteitscyclus per opleiding conform de voorgestelde werkwijze ingericht. De Diakademie adviseert (onderwijskundig) en ondersteunt de inrichting en implementatie van de cyclus bij de vakgroepen. De onderwerpen kwaliteitscyclus, proefvisitaties en opleidingsvisitaties zijn in 2013 als vast agendapunt, informierend en adviserend, besproken in alle COC-vergaderingen.

Proef- en opleidingsvisitaties

In 2013 hebben zeven vakgroepen ter voorbereiding op de opleidingsvisitatie een proefvisitatie gedaan. Alle rapportages van proefvisitaties zijn in 2013 voorgelegd aan en besproken in de COC.

Docentprofessionalisering

De modernisering van de medische vervolgoopleidingen vraagt een professionalisering van de leden van de opleidingsgroep op didactisch vlak. In het vernieuwde CCMS-kaderbesluit (1 januari 2013) zijn enkele eisen en verplichtingen van de opleider verschoven naar de opleidingsgroep. Daarmee wordt onderschreven dat de feitelijke opleiding wordt verzorgd door de hele vakgroep. In het besluit is onder andere opgenomen dat alle leden van opleidende vakgroepen systematisch geaccrediteerde deskundigheidsbevorderende activiteiten met didactische aspecten dienen te volgen. De COC heeft de rol de docentprofessionalisering te bevorderen.

Afgelopen jaar is in de COC een werkwijze vastgesteld voor docentprofessionalisering. Dit bestaat uit een programma voor nieuwe leden van opleidingsgroepen en opleiders en een programma voor de huidige groep. In 2013 hebben 17 specialisten een dergelijke training gevolgd.

AIOS-registratie en beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen

De Diakademie beschikt over een database met de door de desbetreffende registratiecommissie goedgekeurde opleidingsgegevens van de in het Diaconessenhuis werkende AIOS. Deze database wordt gebruikt als gegevensbron voor plaatsing en financiële afwikkeling van opleidingsplaatsen. Het totaal aantal assistenten in opleiding tot specialist (inclusief de zogenoemde bètaberoepen en psychologie) bedroeg in 2013 51,96 fte. (Zie bijlage A voor een overzicht per specialisme).

Inwerkprogramma AIOS

In 2012 is het inwerkprogramma voor AIOS geprofessionaliseerd. De belangrijkste vernieuwingen zijn:

- Duidelijke focus op ABCDE-methodiek in onderwijs;
- Vaardigheidstraining door SEH-artsen en Intensivisten;
- Doelstelling en leerdoelen per onderdeel;
- Toetsing en formele competentie beoordeling na afloop van het inwerkprogramma;
- Maatwerk per specialisme met ruimte voor vrijstellingen;
- Compacter rooster (buiten programma om voldoende ruimte voor inwerken op de eigen afdeling).

Afgelopen jaar is het geprofessionaliseerde inwerkprogramma van start gegaan. Er namen 55 AIOS en 46 ANIOS deel aan het inwerkprogramma.

Coassistenten

In 2013 is de affiliatiecoördinator coassistenten aangesteld. Hij is verantwoordelijk voor de professionele organisatie van de co-schappen in het Diaconessenhuis. Enerzijds door ervoor zorg te dragen dat de coassistent voldoende over de praktische gang van zaken is geïnformeerd bij de aanvang van het co-schap. Anderzijds levert de affiliatiecoördinator een bijdrage in de professionalisering van het coassistentenonderwijs. De affiliatiecoördinator kan ook optreden als raadsman voor de coassistenten.

Beste co-schap

In januari 2013 mochten zowel de vakgroep Interne Geneeskunde (co-schap jaar 3) als de vakgroep Dermatologie (co-schap jaar 5) een prijs voor het 'beste coschap OOR Utrecht' in ontvangst nemen.

Figuur 20: Aantal coassistenten en verpleegstages medische studenten

Opleiding geneeskunde	2013	2012	2011
Aantallen coassistenten	364	337	333
Verpleegstages medische studenten	23	29	28

Huisartsen in opleiding (HAIOS)

Begin 2013 is in de COC gesproken over de mogelijkheden voor het bieden van deelstages (o.a. op de SEH) aan huisartsen in opleiding. De COC zag in het bieden van deze stages een mooie kans om het opleiden in het Diaconessenhuis breder neer te zetten. In het najaar 2013 heeft deze ambitie vorm gekregen: sinds september 2013 worden HAIOS opgeleid op de afdelingen SEH, Kindergeneeskunde en Gynaecologie & Obstetrie (in 2013 een zestal).

Ouderengeneeskunde

Sinds maart 2012 heeft het Diaconessenhuis de stage-erkenning voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. In 2013 waren er 2 stageplekken.

6.2 Zorgopleidingen

De vele en snelle ontwikkelingen in de zorg stellen hoge eisen aan de deskundigheid van onze zorgverleners. De Diakademie biedt hierbij ondersteuning door het organiseren en coördineren van een keur aan opleidingsactiviteiten. Daarin wordt intensief samengewerkt met de opleidingsinstituten. Met de Hogeschool Utrecht, het ROC MN en het UMCU wordt samengewerkt in het doorontwikkelen van het praktijkcurriculum (POB) en de stagevarianten van de verpleegkundige opleidingen op MBO en HBO niveau. In 2013 zijn voor de zorgopleidingen de volgende resultaten gerealiseerd.

Verpleegkundige (vervolg)opleidingen

Figuur 21: Verpleegkundige (vervolg)opleidingen

Beroepsopleiding verpleegkunde	2013	2012	2011
Verpleegkundige niveau 4 (MBO - BBL)	9	10	8
Verpleegkundige niveau 5 (HBO - dual)	11	10	3
TOTAAL	20	20	11

Verpleegkundige vervolgopleidingen	2013	2012	2011
CZO-erkende opleidingen			
Cardiac Care Verpleegkundige	6	4	5
Intensive Care Verpleegkundige	4	3	4
Kinderverpleegkundige	7	3	6
Obstetrie Verpleegkundige	3	1	1
Oncologie Verpleegkundige	6	4	1
Recovery Verpleegkundige	6	4	0
Spoedeisende Hulp Verpleegkundige	3	4	5
Overige vervolgopleidingen			
Geriatricverpleegkundige	0	1	0
MDL-verpleegkundige	0	2	0
Praktijkopleider HBO	1		
TOTAAL	36	26	22

E-learning

Voor verpleegkundigen is bijscholing via e-learning beschikbaar via het DiakLeerPlein. Eind 2013 waren circa 1.250 deelnemers actief op het DiakLeerPlein.

Onderstaande modules zijn beschikbaar. Een aantal modules is verplicht voor alle verpleegkundigen. Per afdeling is in een opleidingsplan vastgesteld welke modules daarnaast verplicht zijn, afgestemd op de patiëntencategorie(ën) van de afdeling.

Figuur 22: Voorbehouden handelingen en VMS-thema's

E-learning modules	
Voorbehouden handelingen	18
VMS-thema's	8
subtotaal	26
Schriftelijke modules met digitale toets	11
TOTAAL	37

Accreditaties

Het Diaconessenhuis heeft een instellingsaccreditatie voor het kwaliteitsregister van de beroepsgroep voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN). De Diakademie heeft hiermee de bevoegdheid om zelf bijscholing en trainingen te accrediteren. In 2013 heeft de Diakademie in totaal 26 bijscholing geaccrediteerd.

Overige beroepsopleidingen

Via het leren- en werken-principe verzorgt het Diaconessenhuis het praktijkleren van diverse beroepsopleidingen. De volgende (vervolg)opleidingen vinden plaats in het Diaconessenhuis.

Figuur 23: Overige beroepsopleidingen

Overige beroepsopleidingen	2013	2012	2011
CZO-erkende (vervolg)opleidingen			
Anesthesiemedewerker	11	9	3
Gipsverbandmeester	0		
Operatieassistent	10	12	4
Radiodiagnostisch Laborant	2	3	3
Overige beroepsopleidingen			
Apothekersassistent	2	2	
Hartfunctielaborant	2	2	
Longfunctielaborant	2	1	
Klinisch Neurologisch Fysiologisch Laborant	2		
Doktersassistent (BBL)	7	4	4
TOTAAL	38	33	10

* Voor zover bekend bij de Diakademie zijn ook gegevens uit voorgaande jaren weergegeven.

Stages

Het Diaconessenhuis biedt plaats aan stagiaires uit diverse opleidingen. Voor stagiaires verpleegkunde en fysiotherapie bestaat de mogelijkheid stage te lopen op een Leerwerkplaats. In totaal waren in 2013 169 stagiaires in het Diaconessenhuis.

6.3 Leiderschap en organisatieontwikkeling

Het Diaconessenhuis heeft de strategische doelstelling om STZ-ziekenhuis te worden verder vormgegeven door duidelijke leerroutes voor managers en high-potentials te ontwikkelen. Dit moet hen in staat stellen om in een complexe omgeving goed te kunnen functioneren en te komen met vernieuwende oplossingen.

De Diakademie ontwikkelt, organiseert en faciliteert hiertoe twee Leermenu's Leiderschap. Er is een uitgebreid Leermenu Leiderschap voor teamhoofden ontwikkeld. Hierin is een facultatief programma opgenomen dat ook toegankelijk is voor adviseurs en beleidsmedewerkers. Daarnaast is een Leermenu Leiderschap ontwikkeld voor het RVE-management.

Op het gebied van leiderschap en organisatieontwikkeling zijn in 2013 de volgende resultaten behaald.

Figuur 24: Resultaten Leermenu Leiderschap in 2013

Leermenu Leiderschap	2013		
Training	deelnemers	uitvoeringen	cijfer
Introductie leiderschap voor nieuwe teamhoofden			
Diak-beleidscyclus	8	1	7,5
P&O Gesprekscyclus	10	1	7,0
Verzuim en Reïntegratie Basis	10	1	8,5
subtotaal	28	3	
Zittende teamhoofden			
DBC/A3 Het jaarplan voor je laten werken	29	4	8,0
Financieel Management in de RVE-structuur	48	3	8,5
Leiderschap	5	1	
Verzuim en Reïntegratie Verdieping	5	1	9,5
subtotaal	87	9	
Facultatief programma voor teamhoofden, tevens beschikbaar voor adviseurs en beleidsmedewerkers			
Begeleiden van veranderingen	10	1	8,0
Effectieve werkrelaties	12	1	8,0
Intervisie	7	1	
Projectmanagement/Projectmatig werken	7	1	8,5
Schrijven van beleidsnotities	12	1	
Sturen op klanttevredenheid	15	1	7,0
subtotaal	63	6	
RVE-management			
Oriëntatie op de Diakbeleidscyclus	35	1	
Sturen op Kwaliteit & Patiëntveiligheid	18	3	7,0
Financiën	36	3	8,0
Leiderschap	4		
Inleiding Bedrijfsvoering I en II	48	5	8,5
Diakboard I en II	42	6	8,0
subtotaal	183	18	
TOTAAL	361	36	

Organisatieontwikkeling

Vanuit de Diakademie adviseren en ondersteunen opleidingsadviseurs van de Diakademie leidinggevendenden bij vraagstukken over (team- of organisatie-) ontwikkeling, opleiden en leren. Een deel van deze vraagstukken leidt tot scholings- en/of ontwikkelingstrajecten op maat: de zogenoemde maatwerktrajecten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan teamtrainingen over communicatie, samenwerking of weerbaarheid. In 2013 zijn in totaal 45 maatwerktrajecten in behandeling genomen.

Figuur 25: Maatwerktrajecten organisatieontwikkeling

Maatwerktrajecten 2013	
Afgerond	29
In uitvoering	5
In voorbereiding (uitvoering in 2014)	11
TOTAAL	45

Bijscholing en training

Binnen het Diaconessenhuis hebben in 2013 2.770 deelnemers bijscholingen en trainingen gehad die zijn georganiseerd en/of gefaciliteerd door de Diakademie.

6.4 Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschap heeft een prominente plaats binnen de Diakademie. In het Diaconessenhuis vindt veel wetenschappelijk onderzoek plaats. Bundeling van expertise en het aanbrengen van meer focus zal de output van onderzoek (promoties en artikelen) versterken. De kamer wetenschap faciliteert activiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De activiteiten van de kamer wetenschap hebben in 2013 vooral in het teken gestaan van het opzetten van de infrastructuur voor de inhoudelijke professionalisering van klinisch wetenschappelijk onderzoek.

Advisering

Met ingang van 1 januari 2013 zijn de advieswerkzaamheden van de Locale Advies Commissie (LAC) overgenomen door het wetenschapsbureau van de Diakademie. Het wetenschapsbureau adviseert over de lokale uitvoerbaarheid van voorgesteld onderzoek.

Resultaten

Figuur 26: Beoordelingen onderzoeksvoorstellen

Beoordelingen lokale haalbaarheid onderzoeksvoorstellen	
WMO-plichtige studies	17
Niet-WMO-plichtige studies	22
Gecancelde studie	1
TOTAAL	40

Van alle studies zijn er acht door het Diaconessenhuis geïnitieerd. In de overige 31 studies is het Diaconessenhuis een deelnemend centrum in een multi-centrum studie, waarvan tien in samenwerking met het UMCU. De gemiddelde doorlooptijd van de beoordelingen was 26 dagen (inclusief reactietijd van de onderzoeker).

Wetenschapscommissie

De Diakademie heeft in 2013 de voorbereidingen getroffen voor de oprichting van een wetenschapscommissie. Deze commissie zal het inhoudelijk beleid van het wetenschapsbureau verder vorm gaan geven. Op 14 november 2013 werd hiervoor het startsein gegeven tijdens een brainstormsessie onder leiding van het RVE-management Diakademie. Er werd met onderzoekers en managers gediscussieerd over onderzoeklijnen, de positie en doelstellingen van de wetenschapscommissie en het profiel van de leden. Na afloop van deze bijeenkomst hebben zes kandidaten zich aangemeld als lid van de wetenschapscommissie. De wetenschapscommissie wordt begin 2014 officieel geïnstalleerd.

Documentatie en Studiecentrum

Binnen de Diakademie heeft het Documentatie en Studiecentrum (DSC) een belangrijke plaats. Het DSC is er voor alle medewerkers, stagiaires en assistenten, waarbij de kerntaak ligt in het ondersteunen bij onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Publicaties

Leden van de medische staf van het Diaconessenhuis hebben in 2013 een groot aantal publicaties verzorgd. In de bijlage van dit jaarbericht is een overzicht van de publicaties te vinden.

7

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Het verliep allemaal heel vlot, ook de meerdere afspraken die achter elkaar gepland waren. Een fijn, net en mooi ziekenhuis om te komen. Ook het personeel vind ik erg vriendelijk! Hier kunnen andere ziekenhuizen nog een voorbeeld aan nemen!"

"Er werd niet naar mij geluisterd en ik had totaal niet het gevoel dat ik mijn verhaal kwijt kon."

7. ACTUELE ONTWIKKELINGEN

7.1 Rechtmatigheid in de zorg

Een goed functionerend risicobeheersing- en controlesysteem wordt tot de primaire verantwoordelijkheid van het bestuur gerekend en vormt als zodanig een belangrijke hoeksteen van het governancebeleid van zorginstellingen. Een verbijzonderd onderdeel hierin is het beheersingssysteem voor de DBC-bedrijfsvoering. Er worden gedetailleerde eisen gesteld aan de inrichting van de administratieve organisatie en de werking van de interne controle van zorgaanbieders bij de productregistratie en facturering.

Sinds 2012 zijn de gedetailleerde eisen gebaseerd op een convenant tussen de koepelorganisaties NVZ, NFU en Zorgverzekeraars Nederland. In dit convenant zijn de hoofdlijnen voor een nieuwe Regeling AO/IC uiteen gezet. Met deze nieuwe 'Regeling Convenant Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering' wordt beoogd de betrouwbaarheid van het intern risicobeheer- en controlesysteem voor de registratie en facturatie van DBC's, DBC-zorgproducten en verrichtingen te waarborgen en daarmee voldoende zekerheid voor een correcte declaratiestroom te verkrijgen. Hiermee is zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar gediend. Ook is in deze regeling bepaald dat het bestuur van ziekenhuizen verantwoording dient af te leggen over de juistheid van de gefactureerde DBC's (verantwoordingsdocument) en de status van de AO/IC desbetreffende het DBC-proces.

Toelichting verantwoording 2013

Sectorbreed is geconcludeerd dat in 2013 sprake was van een zeer complex systeem van ziekenhuis-bekostiging, waarvan de verschillende onderdelen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Door de in 2012 gelijktijdig doorgevoerde veranderingen in bekostiging, DOT-structuur en nieuwe wijze van contractering met zorgverzekeraars, gecombineerd met de invoering van prestatiebekostiging, ontstaan over 2013 sectorbreed (mogelijk) materiële onzekerheden in de jaarrekeningen en bekostigingsverantwoordingen van ziekenhuizen en UMC's. Deze onzekerheden werden in 2013 verder versterkt door het met terugwerkende kracht aanpassen en invullen van open normen, zoals blijkt o.a. uit de 'Toelichting regelgeving MSZ', NZa CI/14/3c.

Voor 2013 is de Handreiking Omzetverantwoording 2013 eveneens de basis geweest voor de omzetverantwoording 2013 van het Diaconessenhuis zoals opgenomen in de jaarrekening. De interne beheersing van het Diaconessenhuis heeft gedurende het kalenderjaar 2013 voldaan aan de eisen van het Convenant Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering. Het Diaconessenhuis heeft zich ingespannen voor, zo veel als mogelijk gezien de landelijke situatie, juiste, tijdige en volledige facturatie. Het Diaconessenhuis heeft echter te maken met een aantal onzekerheden en complexiteiten die voor alle Nederlandse ziekenhuizen gelden, op grond waarvan onzekerheden en onjuistheden kunnen zijn ontstaan. Te denken valt aan de gevolgen van nadere regels en toelichting voor de afleiding van DBC-zorgproducten.

Specifiek voor het Diaconessenhuis is de samenwerking met een externe partij voor de verbetering van de kwaliteit van de declaraties, in het kader van het Doelmatig Direct Declareren Partnership (DDD-partnership). Op basis van een eerste toetsing door deze externe partij aan rechtmatigheid en doelmatigheid van de declaraties (de nulmeting) zijn de uitgangspunten voor nader onderzoek van registraties en declaraties bepaald. Met in achtneming van de van toepassing zijnde regelgeving en de naderhand gepubliceerde nadere toelichtingen en aanvullingen is op basis van toetsing aan rechtmatigheid mogelijk aanleiding gevonden tot correcties met een financiële impact. Nader onderzoek, met ondersteuning door deze externe partij, moet aantonen wat de omvang en noodzaak van correcties zou zijn.

Het totaal van de voorziene correcties is als p.m. opgenomen in het verantwoordingsdocument. Naar verwachting vallen met de informatie en kennis van dit moment eventuele correcties binnen de marge van maximaal drie procent.

De Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis heeft naar beste weten schattingen opgesteld, maar constateert dat het risico van de omzetbepaling door de landelijke situatie inherent voor 2013 een hoger risico kent dan normaal. Dit kan leiden tot bijstellingen van de omzet in 2014 en 2015 met mogelijk nagekomen baten en lasten tot gevolg.

7.2 Invoering van de integrale tarieven per 2015

Het ministerie kiest voor een volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg: per 1-1-2015 zal integrale bekostiging worden ingevoerd. Taakherschikking, selectieve inkoop en gelijk oplopen van de belangen van medisch specialisten en instelling is een cruciale volgende stap in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg.

Met de invoering van de integrale tarieven zal per 1 januari 2015 een tarief worden gedeclareerd voor een zorgproduct. Het onderscheid tussen ziekenhuiskostendeel en honorariumdeel verdwijnt daarmee. Ziekenhuis en specialisten moeten afspraken maken om de consequenties van deze invoering in goede banen te leiden. De invoering van de integrale tarieven brengt met zich mee dat de gedoogstatus van het vrije beroep zoals deze momenteel vigeert voor de 'medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar' komt te vervallen. Consequentie hiervan is dat, indien niets wordt gedaan aan de positionering van de vrije gevestigd specialist, deze terecht zal komen in een situatie van fictief loondienst verband waarbij de instelling loonheffingen zal moeten gaan inhouden.

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 hebben de betrokken partijen (onder andere VWS, NVZ, ZN en de Orde) zich gecommitteerd om modellen te ontwikkelen die vrije vestiging mogelijk moet blijven maken. In het Diaconessenhuis hebben de vereniging van specialisten in dienstverband Diaconessenhuis (VSDD) en de stafmaatschap aangegeven deze visie te delen. Ook de RvB heeft uitgesproken mee te willen helpen de afspraken van koepelorganisaties binnen het Diaconessenhuis te realiseren. Voor de Raad van Bestuur zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Bestuurbaarheid van het ziekenhuis staat voorop;
- Borging van eindverantwoordelijkheid Raad van Bestuur;
- Financierbaarheid van het ziekenhuis: vertrouwen van banken en het Waarborgfonds is essentieel;
- Opinie externe stakeholders is belangrijk.

Eind 2013 zijn de besprekingen tussen Raad van Bestuur en de medisch specialisten van het Diaconessenhuis gestart. Het onderstaande tijdpad is afgesproken:

Q1	Keuze voor model
Q1- Q2	Onderhandelingen met RvB over honorering en samenwerkingsovereenkomst
Eind Q2	Voorleggen aan lokale belasting inspecteur
Q3- Q4	Opstellen samenwerkingsovereenkomst/statuten
Q4	Oprichten nieuwe collectief

8

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Als terugkerende patiënt (ieder half jaar) grote herkenbaarheid en betrokkenheid.”

“Ik was eigenlijk op een gegeven moment best bang. De arts legde zo nu en dan een hand op mijn schouder en vertelde me dat ik het goed deed. Dat deed goed en het vergemakkelijkte mij aan de situatie over te geven en meer te ontspannen.”

8. TOEKOMST: DE KRACHT EN KWALITEIT VAN HET DIAKONESSENHUIS

In ziekenhuisland heeft het Diaconessenhuis een stevige positie. Het Diaconessenhuis heeft tijdig ingespeeld op de zorgbehoeften in haar adherentiegebied, maatregelen van de rijksoverheid, de IGZ en op het veranderende inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Kwaliteit en veiligheid mogen vanzelfsprekend lijken maar gaan niet vanzelf. Het Diaconessenhuis investeert continu in een risicomanagementsysteem, veiligheidsmanagementsysteem en kwaliteitssystemen. Bovendien richt ons ziekenhuis zich, als erkend opleidingsziekenhuis, ook vanuit die hoek op kwaliteit van zorg en dienstverlening.

Door toename in de bevolkingsomvang van het verzorgingsgebied van het Diaconessenhuis neemt de zorgvraag toe. Deze trend zet zich de komende jaren voort. Het verzorgingsgebied kent echter vele zorgaanbieders, die fors met elkaar concurreren. Het Diaconessenhuis neemt een vooraanstaande positie in de gezondheidszorg van de stad in (grootste marktaandeel) en die van de Utrechtse Heuvelrug. Het ziekenhuis heeft de ambitie om haar positie verder te versterken en laat jaarlijks een groei zien in marktaandeel ondanks de concurrentie. In beide verzorgingsgebieden is het Diaconessenhuis marktleider. Op de Utrechtse Heuvelrug onbetwist en in Utrecht stad het grootste ziekenhuis.

Het verder uitbouwen van de kracht en kwaliteit van het Diaconessenhuis zal centraal staan in het Strategisch Beleidsplan 2015-2017. De Raad van Bestuur en Bestuur Medische Staf verwoorden daarin voor de nabije toekomst welke keuzes de medische staf en de ziekenhuisorganisatie maken voor de strategie van het ziekenhuis en de portfolio van te leveren medisch-specialistische zorg. Het Diaconessenhuis blijft nadrukkelijk kiezen voor autonome groei en een positionering waarin het zich onderscheidt van andere zorgaanbieders op:

- Kwaliteit van uitkomst en van afhandeling;
- Klantnabijheid;
- Aandacht patiënt en verwijzer;
- Beste prijs-kwaliteitverhouding voor alle verzekeraars.

De rol van de patiënt en klantbeloften staan centraal in de strategie voor de komende jaren. Voor de Raad van Bestuur is het voorbeeld van de Mayo Clinic een ideaal model. In het boek 'briljante business modellen in de zorg' staat over deze kliniek:

"Geïntegreerde zorg is er uitgevonden. Al voordat je het ziekenhuis binnenstapt ben je volledig geïnformeerd over het zorgpad dat jou te wachten staat. De dokter die je ontvangt zal je coachend door jouw genezingsproces in het ziekenhuis begeleiden. Al tientallen jaren heeft het de status van topziekenhuis en daarmee is het ook een plek waar medici en wetenschappers graag willen werken. Dit vraagt wel wat. Werken bij Mayo is alleen weggelegd voor mensen die in staat zijn om de patiënt en zijn zorgproces centraal te stellen boven alles."

Het Diaconessenhuis initieert en participeert in diverse samenwerkingsverbanden die zorgvernieuwing stimuleren en om de zorg in de regio beter aan te laten sluiten op de behoeften van de patiënt. Samen met verschillende regionale zorgaanbieders verbetert het Diaconessenhuis de zorg- en dienstverlening aan de patiënt. Het groeimodel van het ziekenhuis wordt ondersteund vanuit het perspectief van de patiënt en het innemen van een cruciale positie van zorgnetwerken en zorgketens.

Kortom: het Strategisch Beleidsplan 2015-2017 staat ervoor garant dat wij met overtuiging kunnen zeggen dat het Diaconessenhuis staat voor 'de beste zorg dichtbij'. De patiënt staat centraal en wij onderscheiden ons door continu kwaliteit van zorg te leveren.

9

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Ik vond dat de behandelend arts net iets te weinig aandacht voor mij toonde. Hij keek eigenlijk de hele tijd naar zijn computerscherm en legde weinig uit. Doordat ik hierdoor wat afgeleid was is het me niet gelukt om op al mijn vragen antwoord te krijgen, terwijl het me normaal lukt al mijn vragen beantwoord en uitgelegd te krijgen.”

“De secretaresse kende me na een paar keer bezoek aan deze polikliniek al persoonlijk en dat ervaar ik als een groot pluspunt!”

9. OVERIG

9.1 Verslag Raad van Bestuur

9.1.1 Algemeen

Het Diaconessenhuis kent een tweehoofdige Raad van Bestuur (een voorzitter en een lid) die een collectieve verantwoordelijkheid voor het bestuur van het ziekenhuis draagt. Er is een vastgestelde verdeling van portefeuilles. Voorbeelden van deze onderwerpen zijn de financieel-economische portefeuille en de portefeuille kwaliteit en veiligheid patiëntenzorg. De Raad van Bestuur heeft de verantwoordelijkheid op strategisch niveau, zowel professioneel-inhoudelijk als bedrijfsmatig en financieel-economisch. Verder is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de beheersing van de daarmee samenhangende risico's.

De Raad van Bestuur hanteert de Zorgbrede Governancecode om professioneel bestuur te garanderen, inclusief verantwoording en toezicht. Het Diaconessenhuis wijkt niet af van de Governancecode. Voor een checklist ter zake de naleving van de Governancecode wordt verwezen naar hoofdstuk 4. De Raad van Bestuur legt formeel, overwegend achteraf, verantwoording af aan de Raad van Toezicht en belanghebbenden, onder meer via publicatie van het directieverslag. Beslissingen van de Raad van Bestuur met vergaande gevolgen voor het (strategisch) beleid of het aangaan van aanmerkelijke financiële verplichtingen, worden vooraf overeenkomstig de statuten van het ziekenhuis voorgelegd aan de Raad van Toezicht. Voor het verrichten van nevenfuncties door de leden van de Raad van Bestuur wordt voorafgaande toestemming door de Raad van Toezicht gegeven. Regelmatig vindt overleg plaats met de (wettelijke) adviesorganen, zijnde de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Raad.

Als onderdeel van de actualisering van het besturingsmodel binnen het ziekenhuis vindt overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en de voorzitter en vicevoorzitter van het Bestuur Medische Staf (het bestuurlijk samenwerkingsverband, BSV). Het BSV-overleg vindt wekelijks plaats voorafgaande aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur. In het BSV komen onderwerpen aan de orde over financieel-economische zaken, externe relaties, vastgoed en patiëntenzorg met de pijlers kwaliteit, veiligheid en strategie.

Het beleid van de Raad van Toezicht voor honorering van de Raad van Bestuur is bezoldiging conform de bij aanstelling geldende NVZD-regeling. Hierdoor wijkt de honorering van de Raad van Bestuur af van de Richtlijnen van de NVZD, die op 1 oktober 2009 van kracht werden, inclusief vertrekregeling. Het beleid is in 2013 conform de afspraken uitgevoerd. Voor exacte gegevens wordt verwezen naar de jaarrekening.

Figuur 27: Nevenfuncties Raad van Bestuur 2013

Naam	Nevenfuncties ¹⁾
Drs. R. Florijn	Lid bestuur PDO-GGZ
	Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Activite
	Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Zorggroep Reinalda
	Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Lindenhout
	Lid Raad van Toezicht Stichting Philadelphia
	Lid Raad van Advies voor de Accreditatie Bedrijfswetenschappen en Economie Radboud Universiteit Nijmegen
	Lid Raad van Advies studierichting Klinische Informatica van de faculteit Technische Natuurkunde van de TU Eindhoven
	Lid Raad van Advies NBA-opleidingen
	Voorzitter Stichting Vrienden van het Diaconessenhuis
	Lid Bestuur NUZO
	Commissaris M&I Partners (tot 1 april 2013)
	Partner VitaValley
	Voorzitter Commissie Ziekenhuisopleidingen Oncologie (CZO) namens NVZ

Naam	Nevenfuncties ¹⁾
Dr. W.N.M. Hustinx	Docent Academie voor Medisch Specialisten
	Bestuurslid van de Tembo Twiga Foundation
1) Voor zover niet voortvloeiend uit hoofdfunctie	

9.1.2 Besluiten en resultaten

Het Diaconessenhuis geeft, met het oog op de maatschappelijke verantwoording, in deze paragraaf een overzicht van de belangrijkste onderwerpen waarover de Raad van Bestuur besluiten heeft genomen. De onderwerpen zijn gerubriceerd naar de daarmee beoogde doelstelling(en) en de daarbij behaalde resultaten.

Figuur 28: Besluiten Raad van bestuur 2013

Doelstellingen	Resultaten
1. Professionalisering RVE-management	Scholingsprogramma 2013
2. Transparante, tijdige en afgestemde afhandeling van calamiteiten, ondersteunend aan de patiënt	Calamiteitenprocedure patiëntenzorg
3. Integraal beleid spoedzorg, i.s.m. de huisartsen	1. Sluiting SEH Zeist 2. Huisartsenpost (HAP) zelfverwijzers en triage 3. Ondersteuning HAP door poli traumatologie 4. Gezamenlijke frontoffice 1e en 2e lijn Utrecht 5. Gebruik Nederlands Triage Systeem 6. Gescheiden backoffice
4. Spoed Interventie Team (SIT) op locatie Utrecht en Zeist	Procedure 'Spoed Interventie Team (SIT) Intensive Care Diaconessenhuis Utrecht / Zeist / vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'
5. Realiseren van een 24uurs recovery-faciliteit	24uurs recovery afdeling gereed in 2014
6. Vormgeving van een 'zelfstandige' afdeling opleiden en ontwikkelen	Meerjarenbeleidsplan, inclusief begroting en inrichting Diakademie
7. Effectieve en integrale werkwijzen voor het verbeteren van kwaliteit en veiligheid en het verkleinen van risico's vermijdbare schade	Herinrichting bureau patiëntveiligheid en kwaliteit op basis van externe evaluatie Q-consult
8. Ontwikkeling huisvesting- en terrein-ontwikkelingsplan 2013-2017	Vastgestelde plannen van aanpak voor: 1. Renovatie Diaconessenhuis 2. Q-gebouw 3. Terreinstructuur en parkeren
9. Het vastleggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de RVE-structuur	Handleiding RVE-verantwoordelijkheid bedrijfsvoering, de procuratiebevoegdheid
10. Handelwijze bij vastgestelde ondeugdelijkheden van gebruikte materialen	Procedure 'recall patiënten' Diaconessenhuis
11. Een bijdrage leveren aan mogelijke vermijdbare sterfte	Uitvoering systematische analyse dossiers overleden patiënten
12. Het ontwikkelen van en het sturen op uitkomstindicatorsets om kwaliteit van zorg te verbeteren	Start project 'ontwikkeling uitkomstindicatoren' met een opdracht voor de uitwerking van een aantal gespecificeerde opdrachten
13. Invulling vervanging, uitbreiding- en vernieuwingsaanvragen 2013	Definitief financieel overzicht investeringen 2013

14. Ontwikkeling Zorgpad verstandelijk beperkten	Dienstverleningsovereenkomst met Abrona voor een polikliniek ten behoeve van AVG-arts in het Diaconessenhuis
15. Voldoen aan de Zorgbrede Governance Code 2010	Regeling melding misstanden Diaconessenhuis/Klokkensluidersregeling
16. Herstellen van de geconstateerde tekortkomingen in het operationele proces	Instructie handhaving stopmomenten TOP 1-2-3
17. Kwaliteit van zorg vakgroepoverstijgende dienstverlening 7x24 uur	Subsidieregeling dienstverleningsafspraken arts-assistenten
18. Beleid voor het al dan niet toestaan van onverzekerde zorg	Toetsingskader onverzekerde zorg
19. Beleid privacy patiënten en medewerkers bij cameragebruik	Protocollen en procedures voor beelden aan het bed, video on the job, cameratoezicht en mediaprotocol
20. Beleid patiëntvriendelijk kopie medisch dossier in digitaal tijdperk	Procedure aanvraag 'kopie medisch dossier'
21. Aansturing operationele organisatie in RVE-structuur	Overlegstructuur ondersteunend aan de beleidscyclus

9.2 Verslag Raad van Toezicht

9.2.1 Inleiding

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel, in overeenstemming met de normen en gedragsregels die zijn vastgelegd in de Zorgbrede Governancecode. De Raad van Toezicht heeft als kerntaken het ervoor zorgen dat het ziekenhuis een capabel bestuur heeft en het toezien op de wijze waarop de Raad van Bestuur zijn taken uitvoert. Daarnaast vervult de Raad van Toezicht ook de werkgeversrol naar de Raad van Bestuur en voorziet hij de Raad van Bestuur van advies. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht zijn neergelegd en beschreven in de statuten van het ziekenhuis en in zijn reglementen.

De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren. De raad heeft een eigen verantwoordelijkheid om van de Raad van Bestuur, de externe accountant en overige deskundigen en betrokkenen de informatie te krijgen die hij nodig heeft voor een goede vervulling van zijn taak. Hiertoe dienen onder meer de afspraken die zijn vastgelegd in informatieprotocollen tussen de Raad van Bestuur en de (commissies van de) Raad van Toezicht. Deze protocollen bepalen hoe de Raad van Toezicht wordt voorzien van informatie over het strategisch beleid, het jaarlijks beleidsplan en de realisatie daarvan, alsmede over de kwaliteit en veiligheid, de bedrijfsvoering en andere relevante onderwerpen. Verder haalt de Raad van Toezicht informatie op door gesprekken met het Bestuur van de Medische Staf, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Raad. Ook wordt het management van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden in de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij toerbeurt uitgenodigd en worden jaarlijks een aantal werkbezoeken georganiseerd.

De Raad van Toezicht heeft drie commissies:

1. De auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit, die de Raad van Toezicht ondersteunt op het terrein van bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.
2. De auditcommissie Financiën, die de Raad van Toezicht ondersteunt bij het beoordelen van periodieke financiële verslaglegging waaronder de jaarrekening, de begroting en het systeem van risicobeheersing en interne controle. De externe accountant is aanwezig bij vergaderingen waarin de jaarstukken worden behandeld.
3. De bestuurspersonele commissie (voorzitter en vice-voorzitter), die fungeert als commissie ter voorbereiding van de selectie, benoeming en ontslag door de Raad van Toezicht van de leden van zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht. Integriteit en het voorkomen van belangenverstrengeling zijn hierbij wezenlijke toetsingscriteria. Verder doet deze commissie voorstellen voor de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur, mede op basis van een jaarlijkse beoordeling, die ook door deze commissie wordt voorbereid. Ook goedkeuring door de Raad van Toezicht van de nevenwerkzaamheden van de leden van de Raad van Bestuur is een onderdeel van het jaarlijkse gesprek.

9.2.2 Werkzaamheden Raad van Toezicht 2013

In algemene zin ziet de Raad van Toezicht toe:

- op de wijze waarop de Raad van Bestuur aan zijn strategie en zijn beleidsvorming en –uitvoering vorm geeft vanuit de maatschappelijke functie van het ziekenhuis als professionele organisatie;
- of de Raad van Bestuur daarbij de belangen van patiënten en alle andere betrokkenen, zoals de (zorg)professionals, op zorgvuldige en evenwichtige wijze weegt. Risicobeheersing is hierbij een belangrijke invalshoek.

Drie onderwerpen kregen in 2013 bijzondere aandacht van de Raad van Toezicht.

Kwaliteit en veiligheid

De Raad van Toezicht is verheugd over het in 2013 opnieuw behalen van de NIAZ-accreditatie en van de VMS-accreditatie van het Diaconessenhuis. Belangrijk aandachtspunt is en blijft de borging van de verbeteracties in het ziekenhuis. De Raad van Toezicht is in 2013 geïnformeerd over thema's en doelstellingen op het terrein van kwaliteit en veiligheid. Dit is gebeurd aan de hand van een kwaliteitsagenda met daarin opgenomen (zorg) uitkomsten en (zorg)processen met bijbehorende voortgangsrapportage, calamiteitenoverzichten, klachtenrapportages en het IGZ-jaargesprek. De auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit van de Raad van Toezicht heeft twee keer een werkbezoek aan een ziekenhuisafdeling afgelegd. Aandachtspunten voor de Raad van Toezicht zijn de voortgang en tijdige borging van de verbeteracties voortkomend uit alle rapportages.

De Raad van Toezicht hecht aan een meerjarenbeleidplan kwaliteit en veiligheid. Een dergelijk plan is in 2013 nog niet tot stand gekomen; het zal voor 2014 prioriteit krijgen.

Besturingsmodel

De bestuurlijke samenwerking in het Diaconessenhuis heeft ook in 2013 de voortdurende aandacht van de Raad van Toezicht genoten. Naleving van toepasselijke wet -en regelgeving, de statuten van het ziekenhuis en de Zorgbrede Governancecode zijn voor de Raad van Toezicht de uitgangspunten waaraan deze samenwerking en de ontwikkeling ervan worden getoetst. De Raad van Toezicht heeft in februari 2013 ingestemd met het uitwerken van het besturingsmodel waarin de (vernieuwde) bestuurlijke verhoudingen en de uitwerking van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden zijn beschreven. Belangrijkste wijziging is de uitwerking van het Bestuurlijk Samenwerkingsverband, een strategisch beleidsvoorbereidend overleg waarin een goede samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf is geborgd. Daarnaast is in het besturingsmodel gekozen voor de doorontwikkeling van divisies met een duale managementstructuur naar Resultaat Verantwoordelijke Eenheden per specialisme, met een duaal management dat integraal verantwoordelijk is. De Raad van Toezicht zal de verdere ontwikkeling van het besturingsmodel aan de hand van evaluaties constructief-kritisch blijven volgen. Hoofduitgangspunt daarbij is dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is en blijft. De Raad van Toezicht heeft in het najaar van 2013 aan een externe deskundige de opdracht gegeven voor een tussenevaluatie van het besturingsmodel.

Financieel beleid, beheer en vastgoed

De Raad van Toezicht wordt over het financiële beleid en over het beleid voor vastgoed en beheer op basis van voortgangsrapportages geïnformeerd. Dit is in lijn met de Zorgbrede Governancecode. De Raad van Toezicht heeft de financiële resultaten in relatie tot de gerealiseerde productie in 2013 gevolgd, ook in het licht van de opgebouwde reserves. Dit beleid was volgens de Raad van Toezicht consistent en zette de positieve lijn van 2012 verder voort. De Raad van Toezicht heeft hier grote waardering voor.

Gezien het grote belang de (financiële) risico's binnen het ziekenhuis integraal te beschouwen en te beheersen, is voor de Raad van Toezicht integraal risicomanagement een belangrijk aandachtspunt. De Raad van Bestuur is in de beleidsontwikkeling hiervan naar het oordeel van de Raad van Toezicht op de goede weg; in 2014 zullen vervolg-beleidsstappen worden gezet.

De auditcommissie Financiën heeft tweemaal gesproken over de aanpak van de accountantscontrole en de uitkomst daarvan, waaronder de management letter en de onzekerheid bij de waardering van bepaalde posten, waaronder de beheersing van bepaalde omzetcategorieën en vorderingen/schulden in de jaarrekening. Ook heeft de auditcommissie gesproken over het treasury- en financieringsbeleid van het ziekenhuis.

De Raad van Toezicht heeft de geconsolideerde begroting 2014 goedgekeurd op basis van het geprognosticeerde jaarresultaat 2013.

De Raad van Toezicht is bij de goedkeuring van de jaarrekening 2013 geconfronteerd met sectorbrede onduidelijkheden en onzekerheden als gevolg van door het ministerie geïnstigeerde invoering per 1 januari 2012 van de nieuwe bekostigingssystematiek met bijbehorende DOT's. De systeemaanpassing leidt voor alle ziekenhuizen tot grotere onzekerheden in de omzet. De Raad van Toezicht is ongelukkig met de hierdoor ontstane situatie waardoor voor de gehele ziekenhuissector het verkrijgen van een goedkeurende verklaring van de accountant niet mogelijk is.

Bij het opstellen van de jaarrekening heeft het Diaconessenhuis de stappen vanuit de handreiking omzetbepaling zodanig doorlopen dat de accountant uitsluitend door de landelijke problematiek een verklaring met beperking heeft afgegeven.

Voor de uitwerking van het meerjarenprogramma vastgoed heeft de Raad van Toezicht kaders aangegeven waarbinnen deze dient plaats te vinden. Dit zijn allereerst de afspraken met de banken over de financiering. Daarnaast is flexibiliteit in de programma's van eisen een voorwaarde, zodat afhankelijk van de financiële situatie aanpassing kan plaatsvinden. Afspraken over voorschriften voor de rapportages, over projectbeheersing en over contacten met de aannemer zijn ook gemaakt. In 2013 heeft de Raad van Toezicht goedkeuring gegeven voor de start van de renovatie van het beddenhuis, de bouw van het gezondheidshuis en de parkeertoren, inclusief terreinontwikkeling.

9.2.3 Toekomst

De Raad van Toezicht heeft voor 2014 de volgende prioriteiten gesteld:

- Het integraal actualiseren van het strategisch en medisch beleidsplan 2010-2015, mede met het oog op de positionering van het Diaconessenhuis in zijn omgeving;
- Het opstellen van een meerjarenbeleidsplan kwaliteit en veiligheid, uit te werken in jaarplannen;
- Het verder vergroten van de bestuurlijke rust en goede verhoudingen in het ziekenhuis;
- Goede voorbereiding van de invoering van het stelsel van integrale tarieven per 1-1-2015 en de hierbij behorende nieuwe bestuurlijke verhoudingen;
- Het verder verstevigen van de financiële positie van het ziekenhuis.

9.2.4 Zelfevaluatie, samenstelling en mutaties

Jaarlijks op de beraadsdag van de Raad van Toezicht is een van de agendapunten een zelfevaluatie. Ook in 2013 heeft dit plaatsgevonden. Hierbij is de vragenlijst van de Corporate governance van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg gebruikt. Deze vragenlijst heeft betrekking op de thema's:

- de kernwaarden van de zorginstelling;
- de visie op toezicht;
- de rolverdeling Raad van Bestuur – Raad van Toezicht;
- de informatiepositie van de Raad van Toezicht;
- het functioneren en leermogelijkheden van de Raad van Toezicht.

De belangrijkste conclusies zijn:

- a. De Raad van Toezicht heeft gesproken over haar eigen onafhankelijkheid ten opzichte van de Raad van Bestuur en heeft geconcludeerd dat deze voldoende gewaarborgd is;
- b. De Raad van Toezicht is tevreden over de inhoud en frequentie van de informatie-uitwisseling tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en heeft in de loop van het jaar afspraken gemaakt over transparantie m.b.t. de risico-analyse in de periodieke financiële verslaglegging;
- c. De Raad van Toezicht stelt vast dat de samenwerking tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur goed is en dat ondanks de wisselingen in de samenstelling van de Raad van Toezicht het toezicht voldoende heeft gefunctioneerd;
- e. Het inwerkprogramma voor nieuwe leden van de Raad van Toezicht is nog onvoldoende. Een nieuw inwerkprogramma is vastgesteld in het najaar van 2013 en zal in 2014 worden geëvalueerd.

De samenstelling van de Raad van Toezicht is zodanig dat:

- relevante achtergronden en kennisgebieden vertegenwoordigd zijn;
- de leden onafhankelijk zijn ten opzichte van het ziekenhuis;
- er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Vanuit hun meer specifieke kennis, kunde en ervaring participeren de leden in de desbetreffende commissies. De leden van de Raad van Toezicht worden maximaal tweemaal voor een periode van vier jaar benoemd, onder toepassing van een getrapt aftreed- en benoemingschema. De leden van de Raad van Toezicht ontvangen een vergoeding op basis van de vigerende richtlijnen van de NVTZ.

Per 1 augustus 2013 zijn, conform het aftreedschema, dr. J.G.F. Veldhuis (voorzitter) en drs. M. Niggebrugge (lid) afgetreden. Per 1 januari 2014 hebben prof. dr. J.B.L. Hoekstra (vice-voorzitter) en mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong (lid), eveneens conform het aftreedschema, hun lidmaatschap van de Raad van Toezicht beëindigd. Met hun algemeen-bestuurlijke kennis en ervaring én hun onderscheiden specifieke deskundigheden hebben zij zich vele jaren ingezet voor de belangen van het ziekenhuis en zijn taken in de gezondheidszorg. De Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en het gehele ziekenhuis hebben daarvoor grote waardering en zijn hun zeer erkentelijk voor wat ieder van hen voor het ziekenhuis heeft betekend, in een voor de ontwikkeling van het Diaconessenhuis belangrijke periode.

Als opvolger van de heer Veldhuis is per 1 augustus 2013 mr. dr. M. Oosting, al lid van de Raad van Toezicht, benoemd tot voorzitter. Per 1 augustus 2013 is de heer B. Koolstra benoemd tot lid van de Raad van Toezicht, als opvolger van de heer Niggebrugge. Per 1 januari 2014 zijn prof. dr. J. Kievit en drs. W.M.L.C.M. Schellekens benoemd tot lid van de Raad van Toezicht, als opvolgers van de heer Hoekstra resp. mevrouw Meyboom. Met het oog op de benoeming van de nieuwe leden van de Raad van Toezicht is het Reglement van de Raad van Toezicht gevolgd. Voor de desbetreffende vacatures is, met advisering van de verschillende interne gremia, een profiel opgesteld, er is geworven door het plaatsen van advertenties. De benoeming van de heer Schellekens, in de vacature-Meyboom, is gebeurd op basis van een bindend advies van de Cliëntenraad, die daartoe het recht had conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).

Figuur 29: Samenstelling en nevenfuncties leden Raad van Toezicht

Naam	Functie	Nevenfuncties
Dr. J.G.F. Veldhuis <i>Voormalige hoofd-functie:</i> Voorzitter van het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht (1986 - 2003)	Voorzitter RvT (tot 1 aug. 2013)	• Lid Commissie van Advies Nederlands Instituut voor Oorlogs-documentatie (NIOD) • Lid bestuur Roosevelt Study Centre (RSC) • Lid bestuur Stichting Uitgave Codex Iuris Civilis in de Nederlandse Taal • Lid bestuur Stichting Fonds (Ziekenhuis) St. Antoniusshove • Voorzitter Stichting Restauratie en Onderhoud Slot Zuylen • Voorzitter bestuur section néerlandaise de la Société des Membres de la Légion d'honneur (SMLH) • Voorzitter bestuur Vereniging van oud-voorzitters CvB der universiteit, OPV • Voorzitter Commissies Toets Kwaliteitszorg EUR, UvT, UvA en VU
Prof. dr. J.B. L. Hoekstra <i>Hoofdfunctie:</i> Hoogleraar Algemene Inwendige Geneeskunde, AMC	Vice-voorzitter RvT	• Lid beroepsgenoot Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag • Lid Commissie C.O.I.G. van de Nederlandsche Internisten Vereniging
mr. R.H.M. Jansen <i>Hoofdfunctie:</i> Voorzitter College van Bestuur SSR te Utrecht, tevens Rector van de RAIO-opleiding	Lid RvT	• Lid Adviesgroep HRM van de RvdR • Voorzitter Steering Committee European Judicial Training Network (EJTN) • Voorzitter Alumni-netwerk NSOB • Scientific expert of the Committee of Ministers of the Council of Europe • Lid landelijke Selectiecommissie Rechterlijke Macht (SRM)
B. Koolstra <i>Voormalige hoofd-functie:</i> Partner PwC	Lid RvT (vanaf 1 aug. 2013)	• Docent Leergang De Jonge Commissaris • Lid stuurgroep en secretaris Singer-tafel • (Executive Forum Publiek – Privaat) • Voorzitter CDA Bussum
Mw. prof. dr. B. Meyboom - de Jong <i>Voormalige hoofd-functie:</i> Hoogleraar huis-artsengeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen	Lid RvT	• Voorzitter van de ZONMW programmacommissie Nationaal Programma Ouderenzorg • Voorzitter Raad van Toezicht Huisartsenpost Groningen • Lid van de Redactie van Bijblijven, een nascholingsblad voor huisartsen uitgegeven door Bohn, Stafleu en Van Loghum • Lid visitatiecommissie TopCare (topzorg specifieke groepen verpleeghuisbewoners)

Drs. M. Niggebrugge <i>Hoofdfunctie:</i> CFO en lid van de Raad van Bestuur Urenco Ltd	Lid RvT (tot 1 aug. 2013)	• Lid Raad van Commissarissen Koninklijke Boskalis Westminster • Lid RvC Spoorweg Pensioenfondsbeheer
Dhr. mr. dr. M. Oosting <i>Hoofdfunctie:</i> Lid Raad van State (tot 1 juni 2013)	Lid RvT (voorzitter vanaf 1 aug. 2013)	• Lid Raad van Toezicht Netherlands Genomics Initiative • Voorzitter Stuurgroep Integriteitsonderzoek Sint Maarten • Voorzitter Commissie individuele schrijvende gevallen • Lid bestuur Kirchheiner Stichting

Figuur 30: Rooster van aftreden en herbenoeming Raad van Toezicht

Lid RvT	Functie	Benoemd	Herbenoeming per	Jaar van aftreden	Herbenoembaar
Dr. J.G.F. Veldhuis	Voorzitter	01-01-2006	01-10-2009	2013 (01-08)	Nee
Prof. dr. J.B.L. Hoekstra	Plv.voorzitter	01-01-2006	01-01-2010	2014 (01-01)	Nee
Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong	Lid	01-08-2006	01-03-2010	2014 (01-01)	Nee
Drs. M. Niggebrugge	Lid	01-08-2006	01-08-2010	2013 (01-08)	Nee
Mw. mr. R.H.M. Jansen	Lid	01-03-2012	01-03-2016	2020	Ja
Mr. dr. M. Oosting	Lid voorzitter	01-03-2012 01-08-2013	01-03-2016		
Dhr. B. Koolstra	Lid	01-08-2013			
Drs. W.M.L.C.M. Schellekens	Lid	01-01-2014		2020	Ja
Prof. dr. J. Kievit	Lid	01-01-2014	01-08-2017	2021	Ja
			01-01-2018	2022	Ja
			01-01-2018	2022	Ja

9.2.5 Vergaderingen

De Raad van Toezicht heeft in 2013 zeven vergaderingen gehouden, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Hierbij waren steeds alle leden van de Raad van Toezicht aanwezig, met uitzondering van:

- Dr. J.G.F. Veldhuis op 14-02-2013
- Drs. M. Niggebrugge en Dr. W.N.M. Hustinx op 21-03-2013.

De externe accountant is bij het goedkeuren van de jaarrekening door de Raad van Toezicht in diens vergadering aanwezig geweest.

9.3 Verslag Bestuur van de Medische Staf

9.3.1 Voorwoord

Het jaar 2013 stond voor het Bestuur Medische Staf (BMS) voor een belangrijk deel in het teken van veranderingen in de organisatiestructuur door de invoering van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Voor de medische staf betekent dit naast meer invloed en inzicht op een efficiënte bedrijfsvoering van de eigen RVE ook meer verantwoordelijkheden ten aanzien van het gekozen beleid. De gedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid werd in 2013 verdiept binnen het Bestuurlijk SamenwerkingsVerband (BSV). Daarbij voeren de Raad van Bestuur (RvB) en de (vice-)voorzitter van het BMS wekelijks beleidsvoorbereidend en strategisch overleg. Het doel van dit beleidsvoorbereidend overleg is consensus te bereiken over voorgenomen besluiten en het bespreken van uiteenlopende dossiers. Mede door het gezamenlijk optreden is een aantal lastige dossiers constructief opgepakt en zijn strategische beslissingen gezamenlijk genomen.

Tegelijkertijd staan er grote veranderingen op stapel in de financiering van de zorg, zoals de invoering per 1 januari 2015 van de integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg. Daarbij komt de splitsing tussen het ziekenhuiskostendeel en het honorarium medisch specialisten te vervallen. Het ziekenhuis en de medisch specialisten zullen afspraken moeten maken om de kosten en baten te verdelen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is gelijkgerichtheid van belangen tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. Deze visie wordt gedeeld door de Raad van Bestuur, de vrijgevestigd medisch specialisten verenigd in de Stafmaatschap Diakonessenhuis en de medisch specialisten in loondienst, verenigd in de Vereniging van Specialisten in Dienstverband Diakonessenhuis (VSDD). In 2013 is een start gemaakt met de uitwerking van het beoogde samenwerkingsmodel.

Het jaar 2013 was een dynamisch en vruchtbaar jaar waarbij successen zijn geboekt op ondermeer de volgende onderwerpen:

- de Medisch Specialistische Overdracht (MSO) waarbij dagelijks alle (potentieel) vitaal bedreigde patiënten worden besproken en overgedragen. De MSO is een mooi voorbeeld van hoe multidisciplinaire samenwerking kan leiden tot een verhoogde bewustwording en herkenning van de vitaal bedreigde patiënt en meer intercollegiaal overleg over casuïstiek;
- de opening van de speciale polikliniek voor verstandelijk gehandicapte patiënten;
- op initiatief van het BMS hebben circa 75 leden van de medische staf in de periode 2012-2013 geparticipeerd aan het onderzoek 'bevlogen aan het werk'. De uitkomsten geven een goed beeld van de werkbeleving en hoe de stafleden met werkdruk omgaan. Opvallend is de meer dan gemiddelde score op bevlogenheid, ondanks de hogere scores op werkstress ten opzichte van de benchmark.
- het aantal publicaties van de medische staf is in 2013 met een derde deel toegenomen.

9.3.2 Organisatie Bestuur Medische Staf (BMS)

Het BMS vertegenwoordigt de belangen van de 167 tellende leden van de medische staf, bestaande uit 134 medisch specialisten in vrije vestiging en 33 leden in dienstverband (waaronder ook de geestelijk verzorgers, medisch psychologen, apothekers en de klinisch fysicus). Het BMS is medeverantwoordelijk voor de vaststelling en uitvoering van het strategisch-medisch beleid en voorziet de RvB gevraagd en ongevraagd van advies. Alvorens een advies uit te brengen laat het BMS zich, naar gelang het onderwerp, informeren door uiteenlopende delegaties van vakgroepen / maatschappen. Door deze gezamenlijke wijze van optreden kan het BMS rekenen op een breed draagvlak vanuit de medische staf.

De leden van het BMS worden, nadat zij door een meerderheid van de leden van de medische staf zijn gekozen, voor maximaal twee perioden van elk drie jaar aangesteld. Naast de taken die behoren tot de functie zijn de leden van het BMS belast met een aantal inhoudelijke portefeuilles, zoals kwaliteit en patiëntveiligheid, ICT, poli(klinische) capaciteit en ver- en nieuwbouw.

Het BMS wordt administratief en beleidsmatig ondersteund door een secretaresse en een ambtelijk secretaris (totaal 1.5 fte). Deze ondersteuning is van belang om de continuïteit van processen te bewaken en van belang om de kennisoverdracht bij bestuurswisselingen te kunnen garanderen.

Figuur 31: Samenstelling bestuur medische staf

Naam	Bestuursfunctie
Dhr. Drs. J. Kloosterman, kaakchirurg	voorzitter
Dhr. Dr. M.A.M.T. Verhagen, mdl-arts	vicevoorzitter / penningmeester
Mw. Drs. M. Pekelharing-Berghuis, kinderarts	secretaris
Dhr. Dr. S.F.T. Thijsen, arts-microbioloog	lid
Dhr. P.J. Borgdorff, anesthesioloog	lid (tot 01-07-2013)
Mw. S. Oedit Doebé, intensivist	lid (per 01-07-2013)

Mw. J. de Leede	secretaresse
Mw. M.E. Lensen	ambtelijk secretaris

9.3.3 Overlegvormen

Kernstafvergadering.

Bij deze maandelijkse vergadering zijn in ieder geval de gemandateerde vertegenwoordigers van vakgroepen aanwezig. De overige leden van de medische staf zijn welkom om aanwezig te zijn. De leden van de RvB worden, met uitzondering van besloten vergaderingen, eveneens uitgenodigd. Het doel van de kernstafvergadering is het informeren van de achterban over (voorgenomen) bestuursbesluiten en het met elkaar van gedachten te wisselen over medisch inhoudelijke en strategische thema's. Een vast onderwerp op de agenda is kwaliteit en patiëntveiligheid. In 2013 kwam onder meer het volgende aan de orde:

- het vaststellen van de richtlijn 'veilige introductie behandelmethode'. Deze richtlijn, opgesteld door medisch specialisten, verschaft een leidraad voor alle medisch specialisten die een nieuwe behandelmethode of medische interventie in het Diaconessenhuis willen introduceren. De richtlijn heeft als doel eventuele risico's voor patiënten en bij de behandeling betrokken medewerkers zoveel mogelijk te beperken.
- het vaststellen van de vernieuwde procedure kwaliteitsvisitaties. Aangescherpte regelgeving vanuit de IGZ en het NIAZ maakten een actualisatie noodzakelijk zodat de normen ten aanzien van verslaglegging en aantoonbare opvolging van actie- en verbeterpunten beter zijn geborgd.
- presentatie en analyse van het rapport commissie Danner - Ruwaard van Putten en de vertaling naar een plan van aanpak om de sterftcijfers in het Diaconessenhuis beter te analyseren. Onderdeel van het plan van aanpak is ondermeer een uitgebreid dossieronderzoek, extra aandacht voor medicatieveiligheid (o.a. anti-stolling, insuline, interactie maar ook het klaarmaken en toedienen van high-risk medicatie) en extra aandacht voor teamtraining (verbetering samenwerking en communicatie binnen het team door toepassing van de Crew Resource Management methode).

Regelmatig worden vakgroepen uitgenodigd om een nieuwe behandelmethode, (multidisciplinair) spreekuur of onderzoeksresultaten te presenteren. In 2013 zijn ondermeer presentaties geweest van de vakgroepen:

- KNO over Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)
- Interne geneeskunde over oncologie
- Neurologie over trombolysie.

Bestuurlijk samenwerkingsverband (BSV)

Het BSV is een wekelijks beleidsvoorbereidend overleg tussen RvB en voorzitter en vice-voorzitter van het BMS over voorgenomen besluiten en uiteenlopende dossiers.

Beleidsoverleg

Tweewekelijks vindt het beleidsoverleg plaats onder alternerend voorzitterschap RvB/BMS. Bij dit beleidsoverleg zijn het voltallige BMS en RvB aanwezig. Er wordt gesproken over thema's en actuele dossiers zoals:

- kwaliteit en patiëntveiligheid: betere aandacht voor en herkenning van de vitaal bedreigde patiënt door het instellen van een dagelijkse verplichte overdracht (MSO);
- het profiel PSO 'Patient Safety Officer';
- nieuwe stijl mortaliteits- en complicatiebesprekingen ;
- dossierstudie naar sterftcijfers (HSMR).

Ook is er strategisch overleg over de omgang met andere zorgaanbieders in de regio en het intensiveren van

de samenwerking met partners zoals het UMCU (onder andere vaatchirurgie, Darmcentrum Midden Nederland) en het huisartsenlaboratorium Saltro en Dianet.

Overige overleggen

Ieder half jaar vindt een gezamenlijk overleg plaats tussen het BMS, de Raad van Toezicht (RvT) en de RvB. Het overleg met de Cliëntenraad vindt ieder kwartaal plaats en het overleg met de Ondernemingsraad vindt elke twee maanden plaats. Daarnaast is er regelmatig overleg met de regionale huisartsenvereniging en staf- of ziekenhuiscommissies, zoals de MIP-commissie, capaciteitscommissie, Medisch Coördinatiecentrum (MCC) en de vastgoedcommissie.

9.3.4 Patiëntveiligheid en kwaliteit

Van oudsher is het enthousiasme en de bereidheid onder medisch specialisten om mee te werken aan MIP- en SIRE-onderzoeken groot. 18 Medisch specialisten participeren als SIRE-onderzoeker in de uitvoering. Daarnaast participeren 17 medisch specialisten in de VIM-commissie.

Patiëntveiligheid en kwaliteit komt verder tot uiting in de onderstaande activiteiten:

Diakcheck operatief proces is sinds 2012 geïmplementeerd op de OKC. Het omvat het gehele operatieve traject middels een checklist, inclusief de zogeheten 'time out procedure'. Het doel van de checklist is om de patiëntveiligheid te verhogen. Vermijdbare complicaties en fouten kunnen op deze wijze worden gereduceerd. De checklist beoogt ook de communicatie en samenwerking tussen professionals te verbeteren.

Medisch Specialistische Overdracht (MSO): sinds de invoering in juni 2013 worden dagelijks alle (potentieel) vitaal bedreigde patiënten overgedragen. Het doel van deze multidisciplinaire overdracht is een betere bewustwording van het gebruik van SIT-systematiek en herkenning van de vitaal bedreigde patiënt te bereiken.

Spoed Interventie Team (SIT): operationeel op alle klinische en poliklinische afdelingen op de locaties Utrecht en Zeist. Het SIT-team heeft tot doel door een vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt het aantal reanimaties en heropnames op IC te reduceren.

Opleiding- en kwaliteitsvisitaties: aangescherpte regelgeving vanuit de IGZ en het NIAZ maakten een actualisatie noodzakelijk zodat de normen voor verslaglegging en aantoonbare opvolging van actie- en verbeterpunten beter zijn geborgd.

De volgende vakgroepen werden in 2013 gevisiteerd:

Figuur 32: Kwaliteitsvisitaties 2013 (voor opleidingsvisitaties zie paragraaf 6)

Vakgroep	Datum	Soort visitatie
Cardiologie	15-01-13	kwaliteit
Chirurgie	25-01-13	kwaliteit
Ziekenhuisfarmacie	26-09-13	kwaliteit
Orthopedie	04-10-13	kwaliteit
Klinische Chemie	16-10-13	kwaliteit
Maag-, Darm- en Leverziekten	12-12-13	kwaliteit
Mondziekten-, Kaak- en Aangezichtschirurgie	13-12-13	kwaliteit

MSRC erkende opleidingen voor medisch specialisten: het Diaconessenhuis heeft een opleidingserkenning voor de volgende (medische) vervolgoopleidingen (inclusief de bètaberoepen): anesthesie, cardiologie (hartkatheterisatie en pacemakerimplantatie), gynaecologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, klinische chemie, KNO, longziekten (niet invasieve beademing en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen), medische microbiologie en immunologie, orthopedie, pathologie en ziekenhuisfarmacie. In 2013 is door de RGS een nieuwe deelopleiding toegekend, te weten dermatologie (stage flebologie).

Erkenningen overige specialismen: de vakgroep medische psychologie heeft een opleidingserkenning voor

de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en de opleiding tot klinisch psycholoog. Daarnaast verzorgt de vakgroep een stage binnen de masteropleiding psychologie.

Het aantal coassistenten dat in 2013 een co-schap in het Diaconessenhuis volgde, was 364.

IFMS, Individueel functioneren medisch specialisten

Het Bestuur Medische Staf heeft gekozen voor de systematiek van appraisal & assessment. Dit staat garant voor een kwalitatief effectieve vorm van spiegeling van het individueel functioneren en heeft tot doel heeft om te komen tot een persoonlijk ontwikkelingsplan. Onderdeel van het portfolio is bijvoorbeeld de 360 graden feedback, waarbij van 7 à 10 collegae kwalitatieve feedback in de vorm van tips en verbeter- en behoudpunten wordt gevraagd. Ook wordt geïnvesteerd in een jaarlijkse training en nascholing van appraisors. Nieuwe appraisoren worden opgeleid door een tweedaagse, geaccrediteerde training georganiseerd door de Stichting Appraisal & Assessment. In 2013 zijn op deze wijze vier medisch specialisten opgeleid, waarmee het totaal aantal appraisors op 22 is gekomen.

Het Bestuur Medische Staf heeft de ambitie dat medio juni 2014 álle leden van de medische staf een individueel evaluatietraject hebben doorlopen. Deze afspraak is tevens bekrachtigd in het verslag van het jaargesprek met de IGZ en is door zorgverzekeraars als voorwaarde opgenomen in de contractafspraken. Mede dankzij de gezamenlijke inspanningen van de appraisors is in 2013 een serieuze inhaalslag gemaakt met als resultaat dat op 31 december 2013 75% deelname is bereikt.

Onderzoek 'bevlogen aan het werk'

Op initiatief van het BMS hebben circa 75 leden van de medische staf in de periode 2012-2013 geparticipeerd aan het onderzoek 'bevlogen aan het werk'. Het onderzoek is bedoeld om de bevlogenheid van medisch specialisten en daarmee ook de werkprestatie en de bereidheid om te veranderen in kaart te brengen en de effecten hiervan te meten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat werkgerelateerde hulpbronnen (bv. sociale steun, feedback) de ongewenste effecten van hoge taakeisen (werkdruk, onvoorspelbaarheid) op het welzijn en de prestatie van werknemers kunnen 'bufferen'. Bovendien suggereert onderzoek dat mensen hun eigen werk kunnen optimaliseren door hun eigen hulpbronnen en taakeisen aan te passen. Dit wordt 'job crafting' genoemd. Uit de eerste resultaten is gebleken dat een innovatief en flexibel werkklimaat en sociale steun van collega's de belangrijkste factoren zijn die bevlogenheid bevorderen. De uitkomsten geven een goed beeld van de werkbeleving en hoe de stafleden met werkdruk omgaan.

Wetenschappelijke activiteiten

Een lijst van publicaties van de leden medische staf in 2013 is als bijlage B opgenomen.

9.4 Kwaliteitsindicatoren: het zichtbaar maken van zorg 2013

9.4.1 Kwaliteitsindicatoren IGZ

Kwaliteitsindicatoren geven een indicatie van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Al sinds 2003 maakt het Diaconessenhuis op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de kwaliteitsindicatoren openbaar. De Inspectie gebruikt deze indicatoren in haar toezicht op het Diaconessenhuis. Hieronder wordt een samenvatting van de resultaten over 2011 tot en met 2013 gegeven. De volledige informatie is te vinden op www.ziekenhuizen-transparant.nl en in DigiMV.

Indicator	Benchmark (Het resultaat telt, 2012)	2011	2012	2013	Toelichting
% volwassenen gescreend op ondervoeding	79,8%	53,8%	63,7%	80,8%	Indicator is in 2013 aangepast naar screening op de polikliniek
% ernstig ondervoede patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	48%	26,4%	23,3%	21,9%	Vanaf oktober 2013 is het mogelijk om de cijfers digitaal continu te monitoren. De cijfers gelden dus alleen voor het laatste kwartaal 2013.

Indicator	Benchmark (Het resultaat telt, 2012)	2011	2012	2013	Toelichting
Meting wondinfecties via PREZIES	Ja	Ja	Ja	Ja	
Meting postoperatieve pijn t/m drie dagen na operatie	85%	43%	71,5%	83,1%	
Aantal AAA-operaties (minimum norm 20)	59	37	25	20	
Ongeplande colorectale heroperaties	10,7%	5,8%	6,3%	8,2%	
Niveau indeling Intensive Care	Niveau 1: 42 zkh Niveau 2: 24 Niveau 3: 25 Zonder IC: 1	2	2	2	
Niveau bevestigd bij visitatie	Bij 3 zkh is er geen geldige visitatie en bij 6 een verouderde en bij 5 is bij de laatste visitatie het niveau niet bevestigd.	Ja	Ja	Ja	In 2009 heeft de kwaliteits-visitatie plaatsgevonden, deze staat weer gepland voor december 2014.
% patiënten die binnen 1 jaar na 1e consult bij Cardiologie zijn gestorven	7,0%	7,8%	6,6%	7,4%	
% patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na 1e borstbesparende operatie	6,0%	4,5%	2,5%	2,3%	

9.4.2 Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg

Sinds 2009 verzamelt het Diaconessenhuis ook informatie over kwaliteitsindicatoren in het kader van het landelijke project Zichtbare Zorg. Het gaat hier om aandoeninggerichte indicatoren. Deze indicatoren dienen als keuze-informatie voor patiënten, inkoopinformatie voor zorgverzekeraars en verwijsinformatie voor bijvoorbeeld huisartsen. Een samenvatting van de gegevens wordt hieronder gegeven voor de eerste tien ontwikkelde indicatorensets. De volledige informatie is te vinden in DigiMV.

Indicator	2011	2012	2013
% complicaties bij staaroperaties	0,17%	0,36%	0,37%
Laboratorium jaarcontroles bij volwassen diabetespatiënten (verschillende controles)	60 tot 92%	66 tot 98%	65 tot 96%
Voetzorg bij diabetespatiënten	82 %	75%	86%
Diepe wondinfecties na heupvervangingen	0,92%	1,2%	0,51%
Diepe wondinfecties na knie vervangingen	0,78%	0,33%	0%
Aantal laparoscopische ingrepen bij liesbreuk	1081	1123	1047
Aantal lumbale heroperaties binnen 30 dagen	0%	0%	0%
% invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplex-onderzoek is uitgevoerd max. een jaar voor ingreep	95,4%	99,1%	88%
% nabloedingen bij knippen amandelen	2,89%	3,41%	1,52%

Interne sturing op kwaliteit

Het Diaconessenhuis gebruikt kwaliteitsindicatoren ook voor interne kwaliteitsverbetering. Daartoe zijn dashboards met kwaliteitsinformatie ontwikkeld. Leidinggevenden en professionals kunnen daarmee per maand of kwartaal zien of de afgesproken kwaliteitsdoelstellingen gehaald worden (stoplichtmethode: rood, oranje, groen). De resultaten van de dashboards zijn onderdeel van de maandrapportages voor het management. Als een doelstelling niet wordt gehaald, worden verbeteracties gestart.

Bijlage A

**Doelen en resultaten
per specialisme, afgeleid van
A3-jaarplan Diakonessenhuis 2013**

BIJLAGE A

Doelen en resultaten per specialisme, afgeleid van A3-jaarplan 2013

Specialisme	Doel	Resultaat
Allergologie	Reductie aantal klachten met 10% over 2012	De polikliniek Allergologie heeft in 2013 drie klachten ontvangen, in 2012 waren 0 klachten
	Wachttijd in de wachtkamer wordt gereduceerd tot 20 minuten na geplande afspraak	Het verkorten van de wachttijd heeft in 2013 veel aandacht gehad en zal in 2014 ook in het A3-plan terugkomen. Patiënten worden bijvoorbeeld aan de balie geïnformeerd over de wachttijd
	Er wordt onderzoek gedaan naar faciliteren van de industrie naar support onderzoek en innovatie	Drie keer per week komt een verpleegkundige vanuit de farmacie de polikliniek ondersteunen, met name voor de immunotherapie
	Het Allergie Centrum Midden Nederland krijgt inhoud	De business case over het Allergologisch Centrum is in de afrondende fase, in 2014 start de implementatie

Specialisme	Doel	Resultaat
Anesthesiologie en chronische pijnbehandeling	Vroege herkenning en behandeling van pijn (VMS-thema)	Binnen de chronische pijnbehandeling heeft de pijnpoli de laatste jaren een flinke autonome groei doorgemaakt. In 2013 resulterend in een totaal aantal implantaties die beduidend hoger lagen dan beraamd. Vijf anesthesiologen-pijnspecialisten zijn experts in de pijnbehandeling en beheersen de (nieuwste) technieken op dit gebied. Diverse vormen neuromodulatie Als supra-regionaal centrum worden binnen het Diaconessenhuis naast reguliere pijnbehandelingen ook diverse vormen van neuromodulatie aangeboden: • conventionele ruggenmergstimulatie; • high frequency ; • DRG stimulatie <i>Eerste MRI-veilige neurostimulator geplaatst</i> Op 5 februari 2013 werd 's werelds eerste MRI-veilige neurostimulator bij een patiënt van het Diaconessenhuis geïmplant. Hiermee heeft ons ziekenhuis de primeur in Nederland. Patiënten met chronische pijn kunnen met de MRI-veilige neurostimulator nauwkeuriger en met behulp van de laatste innovaties gediagnosticeerd en beter behandeld worden <i>Internationale ECMT cursus</i> In november 2013 vond de tweedaagse succesvolle ECMT (European Continuous Medical Training) plaats, gericht op technologieën op het gebied van pijngeneeskunde. Het Diaconessenhuis heeft zich in 2,5 jaar tijd tot één van de grootste en meest vooraanstaande neuromodulatie-centra van Nederland ontwikkeld. Dit werd beloond met de ECMT-status voor medisch specialisten

Specialisme	Doel	Resultaat
Cardiologie	Ontwikkelen van een zorgpad hartfalen	Zorgpad is beschreven en afgerond. Implementatie volgt in Q1 2014
	Opzetten en uitvoeren van een tevredenheidsonderzoek bij externe ketenpartners. Verbeteracties maken en uitvoeren volgens de PDCA-cyclus	De enquête is uitgevoerd, verbeteracties zijn opgepakt. In 2014 volgt een nieuwe enquête

Specialisme	Doel	Resultaat
Chirurgie	De vakgroep wordt periodiek gevisiteerd, aanbevelingen worden opgevolgd en verbeteracties uitgezet	Visitatie heeft plaats gevonden. Kwaliteitsvisitatie en opleidingsvisitatie zijn positief en behaald in januari 2013
	In 2013 wordt aan 95% van alle gestelde normen voldaan door IGZ, ZiZo, ZN en behouden we het roze lintje, vaatkeurmerk, keurmerk kwaliteitsziekenhuis voor Colorectal Carcinoom, stomazorg keurmerk en het voorkeur leverancierschap liesbreuken Menzis	Keurmerken behaald • Stomazorg algemeen • Darmkanker: Update patiënten zorgwijzer (Mediquest) • update • Borstkankers: roze lintje behaald • Vaatkeurmerk Hart & Vaatgroep Menzis Topzorg predikaat behaald voor: • Liesbreuken • Borstkanker Chirurgie voldoet aan CZ-beleid voor: • Borstkanker • Darmkanker • Perifeer Arterieel Vaatliden
	Verpleegafdeling, poli traumatologie en gipskamer volgens planning verhuisd naar bouwdeel H	Verpleegkundige indicatoren: aan de norm wordt voldaan. De verpleegafdeling 1AB is verhuisd naar de nieuwbouw waar vervolgens ook de GTA is ingericht (Geriatrische Traumatologie Afdeling). De poli traumatologie is geopend in de nieuwbouw waar zowel de chirurgie en de orthopedie spreekuur houden in nabijheid van de gipskamer, SEH en bucky kamer van de radiologie
	Eind 2013 zijn de zorgpaden heupfractuur en borstkanker geëvalueerd en bijgesteld. Zorgpad liesbreuk en galblaas volgens PDCA-cyclus geïmplementeerd	<u>Zorgpad mamma</u> is opnieuw bekeken en er zijn diverse verbeteracties uitgevoerd: rechtstreekse telefoonnummer en directe toegang (binnen 1 werkdag) tot de polikliniek voor nieuwe patiënten, Mammatelefoonlijn, sneldiagnostiek voor de histologie. <u>Gebroken heup</u> is geëvalueerd en aangepast, een Geriatrische Traumatologie Afdeling is geopend waar de oudere patiënt met een gebroken heup door chirurg en geriater behandeld wordt binnen een multidisciplinair team gericht op de kwetsbare ouderen. <u>Liesbreuk</u>: Het zorgpad liesbreuk is gereed en digitaal beschikbaar

Specialisme	Doel	Resultaat
Dagbehandeling Oncologie (DBOH)	Binden en boeien van medewerkers: gezamenlijk is het team verantwoordelijk voor een goede, veilige sfeer op DBOH. Daarnaast is er door leidinggevende aandacht voor talentontwikkeling. (doorgroeimogelijkheden, verdieping)	Er is een open sfeer op de afdeling. Medewerkers geven elkaar feedback maar blijven aanspreken op gedrag lastig vinden. Ook geven medewerkers elkaar feedback voorafgaand aan het jaargesprek. Dit wordt zeer positief ontvangen. Op dit moment willen de medewerkers op DBOH zich inhoudelijk verdiepen en nemen deel aan werkgroepen
	Er is extra aandacht voor hygiëne op DBOH. Geen enkele medewerker draagt sieraden aan hand of pols tijdens de werkzaamheden en kleedt zich zoals het protocol voorschrijft	Iedere medewerker houdt zich aan de afspraak. Medewerkers vinden het niet moeilijk om elkaar aan te spreken op dragen van sieraden. Enkele medewerkers wassen werkkleding thuis omdat zij misgrijpen naar een schoon uniform
	Ketenzorg met betrekking tot palliatieve zorg wordt samen met de eerste lijn vastgelegd	Er is in 2013 een start gemaakt met een pilot in samenwerking met twee eerstelijns-organisaties
	Gebruik maken van patiëntenervaringen om tot verbetering te komen (project CBO)	Eerste verbeteringen zijn doorgevoerd, het project loopt door in 2014
	Marktaandeel oncologie behouden en uitbreiden	Klantbeloften zijn belangrijk, ook voor oncologie. Excellent willen zijn om onderscheidend te zijn; visie is opgesteld in 2013, implementatie 2014

Specialisme	Doel	Resultaat
Dermatologie	Creëren van meer bekendheid bij huisartsen en apothekers over de behandeling van eczeem in het Diaconessenhuis	Refereeravond met dermatologen en allergologen waarbij 90 huisartsen aanwezig waren. Aanbevelingen die tijdens de avond naar voren kwamen, zijn direct in de praktijk ten uitvoer gebracht
	Eind 2013 wordt 25% van de kwaliteitsnormen t.a.v. de NIAZ-zelfevaluatie beoordeeld met een score '4'	Tijdens de zelfevaluatie in april 2013 is meer dan 25% van de normen beoordeeld met een score '4' ¹

¹ De scoringssystematiek ten aanzien van de NIAZ bestaat uit 4 categorieën. Categorie 4 betekent dat het normelement breed in de instelling of werkeenheid geïmplementeerd is en dat het doorlopen van de kwaliteitscyclus een structureel karakter heeft.

Specialisme	Doel	Resultaat
Diëtetiek	Samenwerking tussen diëtist, vakgroepen en gespecialiseerd verpleegkundigen is zichtbaar in de vorm van heldere afspraken over volume, kwaliteit, scholingen en multidisciplinair overleg	Er zijn dienstverleningsovereenkomsten (DVO's) opgesteld die met meerdere vakgroepen zijn besproken
	Bereikbaarheid en vindbaarheid diëtist binnen het Diaconessenhuis is naar tevredenheid voor alle vakgroepen, verpleegkundigen en patiënten. Gemeten middels (online) enquête bij de partners en patiënten	Er staat een foto van de hele vakgroep diëtetiek op de website. De individuele diëtisten staan nu ook op de website. De inhoudelijke tekst wordt in 2014 aangepast. Het KTO wordt uitgevoerd en de resultaten zijn tot nu toe naar tevredenheid. De enquête bij partners is uitgesteld

Specialisme	Doel	Resultaat
Doorn	Productieafspraken met specialisten voor Doorn gemaakt	Er is contact geweest met alle specialisten. En er zijn afspraken gemaakt en toezeggingen gedaan voor de productie van 2014. Zo is plastisch chirurgie en KNO teruggekeerd in Doorn
	De toegangstijd is in 2013 volgens de treeknorm van zes weken	Alle specialisten die poli doen op locatie Doorn voldoen hieraan

Specialisme	Doel	Resultaat
Endoscopie	Verdere ontwikkeling functie Nurse Endoscopist	Dit doel is afgerond. De physician assistent endoscopie rond in het voorjaar van 2014 de opleiding af
	Voldoen aan eisen SFERD met betrekking tot validatie desinfectoren	Doel is behaald. Validatie wordt iedere drie maanden uitgevoerd, waarvan één keer door extern expertise bedrijf
	Samenwerking met UMCU in screening op colon-carcinoom	Dit is in 2012 gestart en tot op heden verloopt de samenwerking UMCU-Diakonessenhuis goed. De facturatie richting het UMCU stagneert wel
	1 keer per jaar doorlopen complete scopenpark door externe firma (STI)	Dit doel is in 2013 behaald. De firma STI checkt op jaarbasis alle scopen
	Behalen accreditering als screeningscentrum t.b.v. landelijk screeningsprogramma dikke darmkanker	Deze screening is in 2013 behaald

Specialisme	Doel	Resultaat
Gynaecologie	Fertiliteitspolikliniek voldoet aan de normen van Freya	Doel behaald: pluim van Freya is voor 2013 toegekend. Op de fertiliteitsmonitor van Freya staat het Diakonessenhuis vermeld
	In Q4 zijn de doelstellingen om Eendracht verder vorm te geven behaald	Het verloskundig samenwerkingsverband Eendracht heeft in 2013 ontwikkelingen doorlopen om expliciet functionerend te worden volgens het stappenplan van CPZ

Specialisme	Doel	Resultaat
HIP	Opzetten infectiepreventie auditsysteem op de verpleegafdelingen en poliklinieken	Auditsysteem is opgezet en uitgevoerd
	VMS: registreren van 5 indicatoroperaties	Van 5 indicatoroperaties is POWI- registratie uitgevoerd
	CMS: registratie van lijnsepsis op de IC	Registratie van lijnsepsis van IC-patiënten is uitgevoerd
	Borgen van adequaat management van uitbraken	Uitbraakprotocol is beschikbaar

Specialisme	Doel	Resultaat
Intensive Care (IC)	Complicaties worden geregistreerd en periodiek besproken. Verbeteracties worden uitgezet en opgevolgd	Maandelijks worden de IC-complicaties geregistreerd in Metavision en multidisciplinair besproken (8 complicaties). Top 3 IC-complicaties in het Diaconessenhuis: 1. Autodetubatie 2. Cardiale complicatie 3. CIPNM Er is een inventarisatie van alle uitlokkende factoren gerealiseerd. Dit is bespreekbaar gemaakt waardoor het team zich ervan bewust is. In 2014 gaat men verder met de analyse en de verbeterplannen
	Goede samenwerking en geregeld overleg met andere vakgroepen	Er wordt maandelijks een ziekenhuisbrede Multidisciplinaire Mortaliteit en Complicatie-besprekingen georganiseerd door de IC
	Gedurende drie maanden is er een patiënt – familie tevredenheidsenquête uitgevoerd	Enquêtes zijn uitgedeeld aan patiënten en naasten die langer dan drie dagen op de IC verblijven. Respons 49%. Gemiddeld rapportcijfer: 9! De uitkomsten zijn geanalyseerd, gedeeld met het team en verbeterpunten zijn uitgewerkt. Positieve punten: betrokken en zorgzaam personeel, goede communicatie, goede hygiëne, bezoektijden (zijn verruimd na de verhuizing), privacy is goed gewaarborgd. Verbeterpunten: geluidsoverlast (alarmen, bouw), parkeerkosten, weinig familiekamers, duidelijkheid over tijdstip familiegesprekken indien deze uitgesteld worden vanwege calamiteiten en voorstellen medewerkers met naam en functie
	Het aantal klachten is nihil in 2013	Als er een klacht wordt ingediend, wordt dit direct opgepakt, besproken, geanalyseerd en worden er verbeteracties uitgezet. In heel 2013 is er 1 klacht ingediend bij de IC

Specialisme	Doel	Resultaat
Interne Geneeskunde	Medewerkers krijgen mogelijkheden en middelen aangeboden om hun deskundigheid op peil te houden of te bevorderen	Tweewekelijks is er in 2013 een klinische les georganiseerd, er is jaarlijks een scholingsdag en er wordt gewerkt aan een opleidingsplan waarin doelen en acties voor de lange termijn worden vastgelegd
	Veegproeven (cytostatica) worden jaarlijks uitgevoerd en acties geëvalueerd	De veegproeven zijn begin juni 2013 uitgevoerd, de uitslag was negatief (dus goed). Medio 2014 worden de proeven opnieuw aangevraagd
	Intercollegiale kwaliteits-audits worden volgens plan uitgevoerd	In 2013 zijn er op de afdeling 3AB audits uitgevoerd door CSA/HIP. Op wat afwijkt van de norm is actie ondernomen

Specialisme	Doel	Resultaat
Interne/MDL Geneeskunde	Poli specifieke protocollen beschrijven /doortrekken ISO	Na de NIAZ zelfevaluatie is gestart met een werkboek polikliniek. Dit boek staat op de G-schijf en is inzichtelijk voor iedereen. Dit boek wordt op dit moment herzien (maart 2014)
	In 2013 drie nieuwe zorgpaden realiseren	De volgende zorgpaden zijn beschreven: Hypertensie, Cardiovasculaire screening, Dyslipidemie, Veneuze trombo-embolieën, Diabetes en zwangerschap, Peritoneale dialyse
	Telefonische bereikbaarheid verbeteren door extra inzet fte	De telefonische bereikbaarheid is verbeterd, er zijn afspraken gemaakt over het telefoneren en het bewust maken van medewerkers over hun telefoniegedrag. Het servicelevel is daarmee verbeterd
	'De beste zorg dichtbij' uitdragen aan telefoon, balie en in spreekkamer	In 2013 is een scholing georganiseerd voor de medewerkers van de polikliniek over telefonie. Er komt een vervolg 2014

Specialisme	Doel	Resultaat
Kaakchirurgie	Doen en uitwerken van alle verplichte audits volgens PDCA- cyclus	Alle verplichte audits zijn volgens planning gedaan en afgehandeld
	Vergroten van bewustzijn over het melden van incidenten	Het melden van incidenten is laagdrempelig gemaakt. Tevens is er voortdurend aandacht voor dit onderwerp in de teamoverleggen. Dit resulteert in een stijging van het aantal meldingen

Specialisme	Doel	Resultaat
Kindergeneeskunde	In Q1 wordt gestart met tweejarig traject t.b.v. het behalen van de gouden smiley	Doel is behaald en de gouden smiley is toegekend
	Ter completering van de NIAZ-normen zijn twee zorgpaden geïmplementeerd	Gemaakt zijn: • Zorgpad ADHD • Zorgpad Ontregelde baby's • Zorgpad overname pasgeborene

Specialisme	Doel	Resultaat
Klinische Geriatrie	Ontwikkeling en implementatie van zorgpaden	Er is een start gemaakt met zorgpad palliatieve zorg. Daarnaast zijn de zorgpaden Valpoli, Geheugenpoli en Polifarmacie in 2013 beschreven
	Gedurende 2013 is voldaan aan de eisen van de VMS-thema's en worden VMS-thema's blijvend opgevolgd	60% van de VMS-thema's staat op groen, 40% op oranje. Kwetsbare ouderen staat op groen gemiddeld 89,5) VAS staat op oranje (gemiddeld 60,2). Vitaal bedreigde patiënt staat op 86,2 gemiddeld, code rood. Deze score is gemiddeld lager vanwege de palliatieve zorg
	Locatie Zeist van het Diaconessenhuis wordt op termijn Geriatriesch Ziekenhuis Midden Nederland	In 2013 is het project Senior Vriendelijk Ziekenhuis gestart in het Diaconessenhuis: in oktober 2013 is de titel 'Seniorvriendelijk ziekenhuis' aan het Diaconessenhuis uitgereikt

Specialisme	Doel	Resultaat
KNO Heelkunde	OSAS (slaapapneu): Drie sterren van Apneuvereniging & Topzorgpredikaat Menzis	<u>Drie sterren Apneuvereniging</u> Het Diaconessenhuis heeft van de Apneuvereniging drie sterren ontvangen voor de polikliniek voor snurken en slaapapneu, de (voor de derde keer) hoogst genoteerde slaapkliniek in de regio Utrecht. De polikliniek scoorde positief op alle waarderingsaspecten: wacht- en doorlooptijden, voorlichting, begeleiding en deskundigheid van de medici <u>Topzorgpredikaat Menzis</u> Strenge eisen zoals door Menzis gesteld aan het behandeltraject slaapapneu werden beloond met het Topzorgpredikaat. In het Diaconessenhuis spreekt de patiënt binnen één afspraak verschillende hulpverleners. Aanvullend onderzoek volgt op korte termijn zodat de diagnose snel bekend is en de juiste behandeling in gang gezet kan worden
	Kennisoverdracht/ opleiding	<u>Live-uitzending twee ooroperaties</u> Op 8 november 2013 werden via een live-verbinding tussen de OK en het auditorium twee ooroperaties uitgevoerd. Via deze verbinding zagen KNO-artsen uit Nederland én uit het buitenland hoe drie KNO-artsen een operatie uitvoerden van het rotsbeen en middenoor. Patiënten hebben na deze ingreep minder last van oorontstekingen

Specialisme	Doel	Resultaat
Logopedie, Ergotherapie en Fysiotherapie	Implementatie van vastgesteld stage-beleid i.s.m. de HU vanaf schooljaar 2013-2014 (Q3)	Het stagebeleid is vastgesteld. In samenwerking met de Hoge school van Utrecht is de eerste Leerwerkplaats voor de fysiotherapie, binnen het Diaconessenhuis van start gegaan
	Gedurende 2013 (vanaf Q2) zijn alle medewerkers geaccrediteerd in de daartoe bedoelde kwaliteitsregisters, en zijn verplichte scholingen behaald en nog geldig	Alle medewerkers hebben een portfolio waarin accreditatiepunten worden bijgehouden en medewerkers zijn BIG geregistreerd. Jaarlijks (vanaf 2014) worden 5 inhoudelijke workshops gepland
	In Q3 zijn de samenwerkingsafspraken met de HU/ Hoogstraat en Academie Instituut geëvalueerd en opnieuw vastgesteld	Het Diaconessenhuis heeft een bijgestelde samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Academie Instituut en een samenwerkingsconvenant opgesteld met de Hoge School van Utrecht

Specialisme	Doel	Resultaat
Longziekten	Herzien van afspraken tussen huisartsen en longartsen over zorgdomein. Tevens vastlegging in DBS	Alle zorgdomein-producten worden gebruikt. Er zijn twee producten toegevoegd over specifieke toegangstijden voor verdenking van maligniteiten
	Borging van alle relevante VMS-thema's door periodieke toetsing in Q1, Q2, Q3, Q4 2013	In elke kwartaalrapportage staan de VMS-thema's middels de PDCA-cyclus beschreven

Specialisme	Doel	Resultaat
MDL	Beleid en scholing (E-learning) voorbehouden handelingen verder implementeren en vooral borgen	Het beleid op scholing is beschreven in 'Blik op de toekomst'; het Opleidingsplan 2013
	Opstellen en uitvoeren van Plan van Aanpak na aanleiding van normen NIAZ ten aanzien van verpleegkundige indicatoren en de VMS-thema's	In 2013 zijn alle verplichte audits gedaan en volgens PDCA uitgewerkt
	In 2013 worden drie nieuwe zorgpaden gerealiseerd	Voor de gehele RVE zijn de volgende zorgpaden beschreven: IBD, Colorectale tumoren en Hepatitis

Specialisme	Doel	Resultaat
MMI	Digitaal aanbieden Vademecum voor externe klanten	PDF-file van Vademecum aan website Diakonessenhuis.nl toegevoegd
	Behouden CCKL- accreditatie	CCKL-accreditatiebezoek op 28 mei 2013 is zeer succesvol verlopen. De accreditatie is verlengd
	Vergroten belangstelling en deelname medewerkers aan vakinhoudelijk overleggen	Intern scholingsprogramma opgezet, door en voor medewerkers. In jaargesprekken vast item gemaakt van het bespreken van scholingsdeelname. Evaluatieformulier geïmplementeerd waarop medewerker aangeeft of scholing nuttig was en hoe de kennis ingezet wordt

Specialisme	Doel	Resultaat
Neurologie / Neurochirurgie	Het opleidings- en nascholingsbeleid is ingericht	Er is een opleidingsplan opgesteld en scholingen zijn met medewerkers besproken. Het volledige team heeft de jaarlijkse neuroscholing gevolgd. Meerdere verpleegkundigen zijn gestart met een opleiding. Het ligt in de planning om in 2014 voor de neurologie-opleiding de CZO-erkenning aan te vragen
	Toegangstijden en wachttijden reduceren	In 2013 is het gerealiseerd dat zowel de Neurologen als de Neurochirurgen continu onder de treeknormen zitten. Dit wordt ondersteund door het aannemen van een extra neurochirurg en het goed vormgeven van de samenwerking
	In samenwerking met de SEH de door-to-needle time (DTNT) krijgen op een mediaan van 30 minuten	Afspraken liggen vast, registratie in Chipsoft is ingericht en sturing vindt plaats. Dit heeft opgeleverd dat er structureel voldaan wordt aan de norm. Trombolyse vindt binnen een uur plaats. Met een DTNT rond de 30 minuten en een mediaan van 28 minuten

Specialisme	Doel	Resultaat
OKC/CSA	Bijdrage aan strategische doelstelling Diakonessen-huis m.b.t. het bieden van veilige en kwalitatief onderscheidende (post-OK) zorg	<u>24-uurs recovery</u> Met ingang van 1 september 2013 kunnen post-operatieve patiënten op de 24-uurs recovery, 7 dagen in de week optimale post-OK zorg ontvangen die nodig is. Deze uitbreiding van recovery-zorgpakket draagt bij aan het bieden van veilige(r) en kwalitatief goede zorg. De hiermee behaalde voordelen: a) het aantal overdrachtsmomenten in het operatieve proces is verminderd; b) de zorgzwaarte op verpleegafdelingen neemt, met name in avond en nacht, af; c) mogelijkheid tot nachtelijk verkoeven van spoedpatiënten onder medische verantwoordelijkheid van de anesthesioloog en met de zorg van recovery verpleegkundigen; d) uiterlijke volgende ochtend na operatie wordt gestabiliseerde patiënt overgedragen naar verpleegafdeling of ICU; e) er wordt voldaan aan de IGZ-eisen van het Toets Operatief Proces 2012

Specialisme	Doel	Resultaat
Oogheelkunde	In 2013 heeft 90% van de medewerkerseenjaargesprek gehad, conform Diakformat met specifieke aandacht voor deelname en opvolging kwaliteit en patiëntveiligheidsvereisten	Doel behaald, met 100% van de medewerkers is een jaargesprek gevoerd

Specialisme	Doel	Resultaat
Orthopedie	Het zorgpad spondylodese is beschreven en THP/TKP/ gebroken heup zijn geëvalueerd en bijgesteld	Zorgpad Totale Heup Prothese en Totale Knie Prothese en gebroken heup zijn geëvalueerd en bijgesteld. Zie chirurgie voor toelichting
	De vakgroep wordt periodiek gevisiteerd, aanbevelingen worden opgevolgd en verbeteracties uitgezet	De (gedeeltelijke) opleiding voor de orthopedie is met 5 jaar verlengd, overdracht vindt twee maal per dag plaats via teleconferentie tussen de locatie Utrecht en Zeist, opleiding krijgt structureel aandacht
	In 2013 blijven topzorg predikaten van AGIS/ACHMEA (THP, TKP) en Menzis (THP) behouden	Menzis Topzorg Predikaat behaald: • Heup • Rughernia Achmea: • Heupvervanging • Knievervanging
	De orthopeden hebben wetenschappelijk onderzoek als speerpunt en geven dit binnen de Clinical Orthopedic Research Center Midden Nederland vorm en zorgen voor continu lopend wetenschappelijk onderzoek	De orthopeden geven vorm aan wetenschappelijk onderzoek, diverse onderzoeken zijn lopend, in 2013 zijn 14 publicaties gedaan

Specialisme	Doel	Resultaat
Pathologie	CCKL-accreditatie	Op 31-07-2013 is de accreditatie van CCKL/RvA toegekend met een looptijd van vijf jaar
	Zichtbare integrale verantwoordelijkheid leiding t.a.v. kwaliteitsverbetering, blijkend uit doorlopen van de PDCA-cyclus conform CCKL-norm	Door het beter vastleggen van (verbeter)acties, conclusies en besluiten in de actielijst en notulen moet het doorlopen van de PDCA-cyclus zichtbaar verbeterd worden
	Veilige en stimulerende werkomgeving en infrastructuur volgens gestelde eisen, oplossen RI&E- knelpunten	Het ruimteprobleem is geobjectiveerd door een onderzoek van een externe consulent. In 2013 is hiervoor nog geen oplossing gevonden. De RI&E-knelpunten zijn opgelost
	Consolidatie samenwerking Tiel en Tergooi	Het contract met Tergooi voor moleculaire diagnostiek is drie jaar verlengd. De tarieven voor Tiel worden conform het contract jaarlijks geïndexeerd. Met invoering van het nieuwe tariefsysteem in 2015 zal worden bekeken of de tarieven bijgesteld moeten worden

Specialisme	Doel	Resultaat
Plastische chirurgie	Opzetten en inrichten single visit CTS	Voor patiënten met Carpaal Tunnel Syndroom is een single viste ingericht. Dit is een samenwerking tussen een plastische chirurg en neuroloog
	Doorontwikkeling van de onco-plastische borst-reconstructies	De onco-plastische chirurgie is verder doorontwikkeld, het aantal ingrepen inclusief de 'DIEP' is toegenomen. Er is een voorlichtings-bijeenkomst geweest en een plastisch chirurg heeft voor het onderdeel borstreconstructies een bijdrage geleverd aan een voorlichtings-film van BVN over borstkanker

Specialisme	Doel	Resultaat
Reumatologie	Opstellen van een scholingsplan, planning & registratie; specialisten en medewerkers in opleiding	De volgende scholingen zijn in 2013 gegeven: medicamenteuze behandeling bij reumatische aandoeningen, fibromyalgie, skeletscintigrafie en speekselklierscintigrafie
	Er wordt een verpleegkundig reumaconsulent opgeleid en ingewerkt	De business case voor reumaconsulent is in 2013 opgesteld. Er wordt gewerkt aan het opstellen van een vacature voor reumaconsulent in 2014
	Reductie aantal klachten met 10% t.o.v. 2012	De polikliniek Reumatologie heeft in 2013 één klacht ontvangen

Specialisme	Doel	Resultaat
Spoedeisende hulp (SEH)	Herinrichting van de SEH: in Zeist SEH sluiten en in Utrecht SEH samen met de HAP	In Zeist is 24 uur per dag een triage-verpleegkundige die 'spoed'-patiënten opvangt en een rol heeft in de opvang van de vitaal bedreigde patiënt. Er zijn goede afspraken gemaakt met huisartsen en RAVU in de omgeving van Zeist. In Utrecht is de werkwijze van de SEH-artsen ingebed. De samenwerking met de HAP is positief geëvalueerd. We zien dat de zorgzwaarte op de SEH is toegenomen. Mede doordat het zelfverwijzingspercentage op de SEH fors is gereduceerd
	Uitvoeren tevredenheidsonderzoek met zowel interne als externe samenwerkingspartners	Uit evaluatiegesprekken zijn verbeteringen naar voren gekomen die zijn vorm gegeven in een plan van aanpak. Dit heeft geleid tot een structurele vorm van overleggen met interne en externe samenwerkingspartners. Hierdoor zijn we op de hoogte en instaat om ontwikkelingen en samenwerking consequent evalueren en zo nodig te verbeteren

Specialisme	Doel	Resultaat
Urologie	Medewerkers kliniek en polikliniek en OK zijn geschoold in top 10 urologische behandelingen	In 2013 hebben diverse scholingsmomenten plaatsgevonden voor medewerkers van polikliniek, klinische afdelingen en röntgen. Onderwerpen die aan bod kwamen waren onder andere nieuwe behandelwijzen en ziektebeelden
	In Q2 is besluit genomen over de wijze waarop het stenencentrum vorm krijgt	Niersteenvergruizer is in september 2013 succesvol in gebruik genomen. Patiënten uit de regio komen voor EWSL naar het Diaconessenhuis

Bijlage B

**Publicaties en
onderzoeksbijdragen 2013**

Diakonessenhuis



BIJLAGE B

Publicaties medische staf 2013

Herzien richtlijn postoperatieve pijn

Houweling PL.

Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2013;157:A70

Task shifting and quality of care in practice; physician assistants compared with anaesthesiology residents in the preoperative anaesthesiology outpatient clinic.

Tromp Meesters RC.

Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2013;157(19):A5518.

Genome-wide association study of monoamine metabolite

Borgdorff P.

Molecular Psychiatry advance online publication, 15 January 2013; doi:10.1038/mp.2012.183

D-Amino Acid Aberrations in Cerebrospinal Fluid and Plasma of Smokers

Borgdorff P.

Neuropsychopharmacology advance online publication, 22 May 2013; doi:10.1038/npp.2013.103

One-stop endoscopic hernia surgery: efficient and satisfactory.

Voorbrood CE, Burgmans JP, Clevers GJ, Davids PH, Verleisdonk EJ, Schouten N, van Dalen T.

Hernia. 2013 Aug 15.

Selecting patients during the "learning curve" of endoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) hernia repair.

Schouten N, Elshof JW, Simmermacher RK, van Dalen T, de Meer SG, Clevers GJ, Davids PH, Verleisdonk EJ, Westers P, Burgmans JP.

Hernia. 2013 Dec;17(6):737-43. doi: 10.1007/s10029-012-1006-2. Epub 2012 Oct 27.

Is there an end of the "learning curve" of endoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernia repair?

Schouten N, Simmermacher RK, van Dalen T, Smakman N, Clevers GJ, Davids PH, Verleisdonk EJ, Burgmans JP.

Surg Endosc. 2013 Mar;27(3):789-94. doi: 10.1007/s00464-012-2512-0. Epub 2012 Oct 6.

More adequate lymph node dissection after laparoscopic colorectal surgery.

Verheijen PM, vd Ven AW, Davids PH, Pronk A.

Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2013 Dec;23(6):498-501. doi: 0.1097/SLE.0b013e31828f70b4.

Prognosis of solitary fibrous tumors: a multicenter study.

van Houdt WJ, Westerveld CM, Vrijenhoek JE, van Gorp J, van Coevorden F, Verhoef C, van Dalen T.

Ann Surg Oncol. 2013 Dec;20(13):4090-5. doi: 10.1245/s10434-013-3242-9. Epub 2013 Sep 20.

Chest wall reconstruction after resection of a chest wall sarcoma by osteosynthesis with the titanium MatrixRIB (Synthes) system.

Boerma LM, Bemelman M, van Dalen T.

J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Oct;146(4):e37-40. doi: 10.1016/j.jtcvs.2013.05.010. Epub 2013 Jul 13.

Local recurrence after surgery for primary extra-abdominal desmoid-type fibromatosis.

van Broekhoven DL, Verhoef C, Elias SG, Witkamp AJ, van Gorp JM, van Geel BA, Wijrdeman HK, van Dalen T.

Br J Surg. 2013 Aug;100(9):1214-9. doi: 10.1002/bjs.9194. Epub 2013 Jun 27.

Adherence to microsatellite instability testing in young-onset colorectal cancer patients.

Kessels K, Fidder HH, de Groot NL, Letteboer TG, Timmer R, van Dalen T, Consten EC, Offerhaus GJ, Siersema PD.

Dis Colon Rectum. 2013 Jul;56(7):825-33. doi: 10.1097/DCR.0b013e31828b6617.

Recording of family history is associated with colorectal cancer stage.

Kessels K, de Groot NL, Fidder HH, Timmer R, Stolk MF, Offerhaus GJ, Siersema PD; Familial Colorectal Cancer Study Group Utrecht: [van Dalen T](#), Consten EC, Brink M, Letteboer TG, Seldenrijk CA, [van Gorp J](#), Tjin-A-Ton ML, Vente H, Leenders M.

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2013 Apr;25(4):482-7. doi: 10.1097/MEG.0b013e32835c45a3.

Predictive factors of isolated tumor cells and micrometastases in axillary lymph nodes in breast cancer.

Madsen EV, Elias SG, [van Dalen T](#), van Oort PM, [van Gorp J](#), Gobardhan PD, [Bongers V](#).

Breast. 2013 Oct;22(5):748-52. doi: 10.1016/j.breast.2012.12.013. Epub 2013 Jan 10.

Leave no stone unturned in case of groans.

Hoekstra RJ, [Smakman N](#), [Sanders FBM](#), [Haas LE](#).

BMJ Case Rep. 2013 Nov 15;2013. pii: bcr2013201991. doi: 10.1136/bcr-2013-201991.

Comparison of fondaparinux with low molecular weight heparin for venous thromboembolism prevention in patients requiring rigid or semi-rigid immobilization for isolated non-surgical below-knee injury.

Samama CM, Lecoules N, Kierzek G, Claessens YE, Riou B, Rosencher N, Mismetti P, Sautet A, Barrellier MT, Apartsin K, Jonas M, Caeiro JR, van der Veen AH, Roy PM; FONDACAST Study Group ([Verleisdonk EJ](#): collaborator). J Thromb Haemost. 2013 Oct;11(10):1833-43. doi: 10.1111/jth.12395.

Systematic review of complications after intramedullary fixation for displaced midshaft clavicle fractures.

Wijdicks FJ, Houwert RM, Millett PJ, [Verleisdonk EJ](#), Van der Meijden OA.

Can J Surg. 2013 Feb;56(1):58-64. doi: 10.1503/cjs.029511.

Demographics of the injury pattern in severely injured patients with an associated clavicle fracture: a retrospective observational cohort study.

van Laarhoven JJ, Ferree S, Houwert RM, Hietbrink F, [Verleisdonk EM](#), Leenen LP.

World J Emerg Surg. 2013 Sep 22;8(1):36. doi: 10.1186/1749-7922-8-36.

Minimally invasive vein harvesting in femoropopliteal bypass surgery: does using an old technique give new perspectives? Short report of five patients.

Krasznai AG, Bouwman LH, [Dolmans DE](#), Welten RJ, Moll FL.

Ann Vasc Surg. 2013 May;27(4):525-8. doi: 10.1016/j.avsg.2012.08.008.

Anterior tibial artery aneurysm: Case report and literature review.

Sigterman TA, [Dolmans DE](#), Welten RJ, Krasznai A, Bouwman LH.

Int J Surg Case Rep. 2013;4(3):243-5. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.09.015. Epub 2012 Nov 23.

Diagnostic choices and clinical outcomes in octogenarians and nonagenarians with iron-deficiency anemia in the Netherlands.

[Hamaker ME](#), Acampo T, Remijn JA, [van Tuyl SA](#), [Pronk A](#), van der Zaag ES, Paling HA, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC.

J Am Geriatr Soc. 2013 Apr;61(4):495-501. doi: 10.1111/jgs.12168. Epub 2013 Mar 21.

Zuggurtung-osteosynthese voor mediale claviculafracturen

Eshuis R, [Frima H](#), [Clevers GJ](#).

Nederlands Tijdschrift voor Traumatologie August 2013, Volume 21, Issue 4, pp 112-113

The protective effect of sunscreens, vitamin E 6% cream, and betamethasone 0.1% cream on solar-simulating radiation-induced erythema and neutrophil influx.

[Rijken F](#), Bihari IC, Guikers KL, van Weelden H, Bruijnzeel PL.

J Am Acad Dermatol. 2013 Mar;68(3):512-3.

Management of an epidermoid cyst in the nasal tip of a child: aesthetic and surgical considerations

Datema FR, Bran GM, Koot VC, [Lohuis PJ](#).

J Laryngol Otol. 2013 Oct;127(10):1028-30

Value of adding second-trimester uterine artery Doppler to patient characteristics in identification of nulliparous women at increased risk for pre-eclampsia: an individual patient data meta-analysis.

Kleinrouweler CE, Bossuyt PM, Thilaganathan B, Vollebregt KC, Arenas Ramírez J, Ohkuchi A, Deurloo KL, Macleod M, Diab AE, Wolf H, van der Post JA, Mol BW, Pajkrt E.

2013 Sep;42(3):257-67. *Ultrasound Obstet Gynecol*.

ADAM12s and PP13 as first trimester screening markers for adverse pregnancy outcome.

Deurloo KL, Linskens IH, Heymans MW, Heijboer AC, Blankenstein MA, van Vugt JM.

Clin Chem Lab Med. 2013 Jun;51(6):1279-84.

1.1540597 Mid or Late Second-Trimester Doppler Ultrasound of the Uterine Artery: Is There a Difference?

Deurloo KL, van Vugt J, Bolte A, Heymans M.

AIUM New York 2013 7-10 april:

Substandard care in delivery-related asphyxia among term infants: prospective cohort study.

Evers AC, Brouwers HA, Nikkels PG, Boon J, VAN Egmond-Linden A, Groenendaal F, Hart C, Hillegersberg J, Snuif YS, Sterken-Hooisma S, Bisschop CN, Westerhuis ME, Bruinse HW, Kwee A.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Jan;92(1):85-93. doi: 10.1111/aogs.12012. Epub 2012 Nov 5.

Behandeling van varicocele en de invloed op androgene fertiliteit.

Amelung FJ, Zoet GA, Vogelvang TE.

NTOG 2013; 126: 461-465.

Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence.

Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJ, Vollebregt A, Schellart RP, Graziosi GC, van der Ploeg JM, Brouns JF, Tiersma ES, Groenendijk AG, Scholten P, Mol BW, Blokhuis EE, Adriaanse AH, Schram A, Roovers JP, Lagro-Janssen AL, van der Vaart CH.

N Engl J Med. 2013 Sep 19;369(12):1124-33. doi: 10.1056/NEJMoa1210627.

Value of urodynamics before stress urinary incontinence surgery: a randomized controlled trial.

van Leijsen SA, Kluivers KB, Mol BW, Hout J, Milani AL, Roovers JP, Boon Jd, van der Vaart CH, Langen PH, Hartog FE, Dietz V, Tiersma ES, Hovius MC, Bongers MY, Spaans W, Heesakkers JP, Vierhout ME; Dutch Urogynecology Consortium. Collaborators (29) o.w. Scholten PC.

Obstet Gynecol. 2013 May;121(5):999-1008. doi: 10.1097/AOG.0b013e31828c68e3.

Spotting en progestagenen.

Scholten C.

Proceedings Congres Gynaecologie, Obstetrie en Voortplantingsgeneeskunde anno 2013. De Doelen, Rotterdam 11/4/13

Counseling bij het structureel echoscopisch onderzoek; is groeps counseling een alternatief voor individuele counseling?

de Lau H, Depmann M, Laeven Y, Stoutenbeek P, Pistorius, L, van Beek E, Schuitemaker N.

Ned Tijdschr Geneesk. 2013 20 juli;157(29):A5935

Foley catheter or prostaglandin E2 inserts for induction of labour at term: an open-label randomized controlled trial (PROBAAT-P trial) and systematic review of literature.

Jozwiak M, Oude Rengerink K, Ten Eikelder ML, van Pampus MG, Dijksterhuis MG, de Graaf IM, van der Post JA, van der Salm P, Scheepers HC, Schuitemaker N, de Leeuw JW, Mol BW, Bloemenkamp KW.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Jul 16. doi:pii: S0301-2115(13)00277-7. 10.1016/j.ejogrb.2013.06.017.

Moedersterfte in Nederland: op de goede weg?

Schutte J, van den Akker T, Engel N, de Groot C, Kuppens S, Schuitemaker N, Vermeulen G, Zwart J, van Roosmalen J; Auditcommissie Maternale Sterfte.

NTOG 2013;126:288-92.

A red eye on the ICU.

Van der Wekken RJ, Ros FE, Torn E, Haas LEM.
Neth J Medicine 1 mei 2013.

Human Metapneumovirus in Adults

Haas LEM, Thijssen SF, van Elden L, Heemstra KM.
review. Viruses 2013, 5(1), 87-110.

Atypical presentation of Varicella zoster pneumonia in an immunocompromised adult

Hamers PAH, van der Griend R, Thijssen SF, Haas LEM.
BMJ Case Reports 2013, 22 maart 2013 .

An unusual cause of massive rapidly progressive peripheral edema

Suijkerbuijk K, Huismans AM, Ten Bokkel Huinink D.
NIV 2013;abstract

Hemolytische anemie op basis van verworven elliptocytose bij myelodysplastisch syndroom.

Van Vulpen LFD, Rijkse H, van der Griend R.
Ned Tijdschr Hematol 2013;10:72-5

Oncologische aandoeningen.

Ten Bokkel Huinink D, van der Griend R, Maas HAAM.

In: Jansen PAF, van der Laan JR, Schols JMGA, eds.

Het Geriatrie Formularium, een praktische leidraad. Houten: Bohn Stafleu van Loghum B.V. 2013;3e editie:348-85

An ICU patient with spots and a peculiar pneumonia.

Hamers PAH, Thijssen SF, van der Griend R, Haas LEM.
BMJ Case Rep 2013;(March 20):doi: 10.1136/bcr-2013-008693

Analysis of Short-Term Follow-up after Laparoscopic versus Conventional Total Mesorectal Excision for Low Rectal Cancer in a Large Teaching Hospital.

Schiphorst AHW, Doeksen A, Hamaker ME, Zimmerman DDE, Pronk A.
International Journal of Colorectal Disease 2013

Compression therapy in patients with orthostatic hypotension: A systematic review.

Smeenk HE, Koster MJ, Faaij RA, de Geer DB, Hamaker ME.
Netherlands Journal of Medicine 2013

Borstkanker bij kwetsbare ouderen.

Hamaker ME, Smorenburg CH, van Munster BC, de Rooij SE.
Tijdschrift voor Ouderen 2013;38:72-5.

Omission of surgery in elderly patients with early stage breast cancer.

Hamaker ME, Bastiaannet E, Evers D, van de Water W, Smorenburg CH, Maartense E, Zeilemaker AM, Liefers GJ, van der Geest L, de Rooij SE, van Munster BC, Portielje JEA.
European Journal of Cancer 2013;49:545-54

The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients – a systematic review.

Hamaker ME, Schiphorst AH, Ten Bokkel Huinink D, Schaar C, van Munster BC.
Acta Oncologica 2013

Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: Results from the OMEGA study of the Dutch Breast Cancer Trialists' Group.

Hamaker ME, Seynaeve C, Wymenga ANM, van Tinteren H, Nortier JWR, Maartense E, de Graaf H, de Jongh FE, Braun JJ, Los M, Schrama JG, van Leeuwen-Stok AE, de Groot SM, Smorenburg CH.
The breast 2013

Slow accrual of elderly patients with metastatic breast cancer in the Dutch multicentre OMEGA study.

Hamaker ME, Seynaeve C, Nortier JWR, Wymenga M, Maartense E, Boven E, van Leeuwen-Stok AE, de Rooij SE, van Munster BC, Smorenburg CH.

The Breast 2013;22:556-9

The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with a haematological malignancy.

Hamaker ME, Mitrovic M, Stauder R.

Annals of Hematology 2013

Vanishing hypercalciuric kidney stones after treating underlying acromegaly

Van der Valk E, Tobe T, Stades A, Muller A.

Endocrinology, Diabetes and Metabolism. Case reports 2013;1:1

Domperidon en het risico op acute hartdood.

Van Roeden SE; Belle-van Meerkerk G; Van Tuyl SAC, Van de Ree MA; Muller AF.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2013;157 (46):2189-2193

Use of a structured medication history to establish medication use at admission to an old age psychiatric clinic: a prospective observational study

Prins MC, Drenth van Maanen ACM, Kok RM, Jansen PAF.

CNS Drugs 2013;27:7

Selective D-dimer testing for the diagnosis of acute deep vein thrombosis –A validation study

Van der Hulle T, Tan M, den Exter PL, Mol GC, Iglesias Del Sol A, van de Ree MA, Huisman MV, Klok FA.

J Thromb Haemost. 2013 Oct 1. doi: 10.1111/jth.12419.

Two cases of P. falciparum malaria without recent travel to a malaria-endemic country in the Netherlands

Arends J, Oosterheert J, Kraaij M, Kaan J, Fanoy. E, Haas P, Scholte E, Kortbeek L, Sankatsing SUC.

American Journal of Tropical Medicine & Hygiene 2013;89:527–530

Mycoplasma pneumoniae geassocieerde mucositis

Vos AG, Goossens M, Thijssen SF, Sankatsing SUC.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2013;157(42):A6375

Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalized patients with community-acquired pneumonia

Engel MF, Postma DF, Hulscher MEJL, van Berkhout F, Emmelot-Vonk MH, Sankatsing SUC, Gaillard CAJM, Bruns AHW, Hoepelman AIM, Oosterheert JJ.

European Respiratory Journal 2013;41:123-130

Prolonged decrease of CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected patients after radiotherapy for a solid tumor

Sankatsing SUC, Hillebregt MMJ, Gras L, Brinkman K, van der Ende M, de Wolf F, Stalpers LJA, Prins JM.

JAIDS 2013;62:546-549

Adalimumab and infliximab are equally effective for Crohn's disease in patients not previously treated with anti-tumor necrosis factor- α agents.

Kestens C, Van Oijen M, Mulder C, Van Bodegraven AA, Dijkstra G, De Jong D, Ponsioen C, van Tuyl SAC, Siersema PD, Fidder HH, Oldenburg B on behalf of the Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC).

Clin Gastroenterol Hepatol. 213 Jul;11(7): 2013;11(7):826-31

Diagnostic choices and clinical outcomes in octogenarians and nonagenarians with iron-deficiency anemia in the Netherlands.

Hamaker ME, Acampo T, Remijn JA, van Tuyl SA, Pronk A, van der Zaag ES, Paling HA, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC.

J Am Geriatr Soc. 2013;61:495-501

Goed verdeelmodel verhoogt kwaliteit. Diakonessenhuis koppelt concrete doelstellingen aan variabel honorariumdeel
Verhagen MAMT, Colnot D, Thijsen SE, Hustinx W.

Medisch Contact 2013;68:1678-1680

The lateral crural underlay spring graft.

Timmer FC, Roth JA, Börjesson PK, Lohuis PJ.

Facial Plast Surg. 2013 Apr;29(2):140-5. doi: 10.1055/s-0033-1341583. Epub 2013 Apr 5.

In response to letter to the editor: Lyme disease associated with sudden sensorineural hearing loss: case report and literature review.

Peeters N, Colnot DR.

Otol Neurotol. 2013 Oct;34(8):1544. doi: 10.1097/MAO.0b013e3182a00929.

Lyme disease associated with sudden sensorineural hearing loss: case report and literature review.

Peeters N, van der Kolk BY, Thijsen SE, Colnot DR.

Otol Neurotol. 2013 Jul;34(5):832-7. doi: 10.1097/MAO.0b013e31827c9f93.

Benefits of a short, practical questionnaire to measure subjective perception of nasal appearance after aesthetic rhinoplasty.

Lohuis PJ, Hakim S, Duivesteijn W, Knobbe A, Tasman AJ.

Plast Reconstr Surg. 2013 Dec;132(6):913e-23e. doi: 10.1097/01.prs.0000434403.83692.95.

Cervical osteomyelitis after carbon dioxide laser excision of recurrent carcinoma of the posterior pharyngeal wall.

Timmermans AJ, Brandsma D, Smeele LE, Rosingh AW, van den Brekel MW, Lohuis PJ.

Ann Otol Rhinol Laryngol. 2013 Apr;122(4):273-6.

Cadaver study on the location of suboccipital lymph nodes: Guidance for suboccipital node dissection.

Veenstra HJ, Klop WM, Lohuis PJ, Nieweg OE, van Velthuisen ML, Balm AJ.

Head Neck. 2013 Apr 22. doi: 10.1002/hed.23354.

Lymphatic drainage of melanomas located on the manubrium sterni to cervical lymph nodes: a case series assessed by SPECT/CT.

Veenstra HJ, Klop MW, Lohuis PJ, Nieweg OE, Valdés Olmos RA.

Clin Nucl Med. 2013 Mar;38(3):e137-9. doi: 10.1097/RLU.0b013e318263903b.

A multiplex assay to exclude HLA-DQ2.5 and HLA-DQ8 expression in patients at risk for Celiac Disease.

van Beek EM, Roelandse-Koop EA, Vijzelaar R, Yilmaz R, van Hoogstraten IM, Schreurs MW, Verheul AA, van Houte AJ, Kortlandt W.

Clin Chem Lab Med. 2013 Jun;51(6):1191-8

Microbiologie in Londen.

Vlek ALM.

Ned Tijdschrift Med Microbiol, 2013;21(1):33-35

Infectieuze complicaties en antibiotische profylaxe bij transrectale echogeïde prostaatsbiopsie; Een retrospectief onderzoek en literatuuroverzicht.

Vlek ALM, Ruiter AEC, Vijverberg PLM, Kaan JA.

Ned Tijdschr Medische Microbiol 2013;21;2:56-61

Clustering of antimicrobial resistance outbreaks across bacterial species in the intensive care unit.

Vlek ALM, Cooper BS, Kypraios T, Cox A, Edgeworth JD, Auguet OT.

Clin Infect Dis. 2013 Jul;57(1):65-76

Development and Implementation of a Ward-Based Pharmacy Intervention for Dutch Surgical Patients

Boeker EB, de Boer M, Ramrattan MA, van Lent-Evers N, Gombert-Handoko KB, Lie-A-Huen L, Boermeester MA, Kuks PFM.

Selective decontamination of the digestive tract and selective oropharyngeal decontamination in intensive care unit patients: a cost-effectiveness analysis.

Oostdijk EA, de Wit GA, Bakker M, de Smet AM, Bonten MJ; Dutch SOD-SDD trialists Group: Kalkman CJ, Joore HJ, Leverstein-van Hall MA, Blok HE, Kluytmans JA, van der Meer NJ, Mascini EM, Kaasjager K, Bosch FH, Benus RF, van der Werf TS, Arends JP, van der Hoeven JG, Pickkers P, Sturm PD, Voss A, Bernardts AT, Kuijper EJ, Harinck HI, Bindels AJ, Jansz AR, Wesselink RM, Bartelt M, Dennesen PJ, van Asselt GJ, Te Velde LF, Frenay IH, van Iterson M, Thijssen SE, Kluge GH, de Vries JW, Kaan JA.

BMJ Open. 2013 Mar 5;3(3).

Tuberculosis during TNF- α inhibitor therapy, despite screening.

Hofland RW, Thijssen SE, Verhagen MA, Schenk Y, Bossink AW.

Thorax. 2013 Nov;68(11):1079-80

Prevalence of antibiotic resistance of the commensal flora in Dutch nursing homes.

Hoogendoorn M, Smalbrugge M, Stobberingh EE, van Rossum SV, Vlamincx BJ, Thijssen SE.

J Am Med Dir Assoc. 2013 May;14(5):336-9

September through October 2010 multi-centre study in the Netherlands examining laboratory ability to detect enterovirus 68, an emerging respiratory pathogen.

Jaramillo-Gutierrez G, Benschop KS, Claas EC, de Jong AS, van Loon AM, Pas SD, Pontesilli O, Rossen JW, Swanink CM, Thijssen SE, van der Zanden AG, van der Avoort HG, Koopmans MP, Meijer A.

J Virol Methods. 2013 Jun;190(1-2):53-62

Consequences of switching from a fixed 2 : 1 ratio of amoxicillin/clavulanate (CLSI) to a fixed concentration of clavulanate (EUCAST) for susceptibility testing of Escherichia coli.

Leverstein-van Hall MA, Waar K, Muilwijk J, Cohen Stuart J; ISIS-AR Study Group: Sabbe LJ, Frenay HM, Maraha B, van Keulen PH, Kluytmans JA, de Jongh BM, Vlamincx BJ, de Brauwier EI, Stals FS, Bakker LJ, Dorigo-Zetsma JW, Sebens FW, Mattsson EE, Kaan JA, Thijssen SE, Buiting AG, Wintermans RG, van Hees BC, Brimicombe RW, Ruijs GJ, Wolfhagen MJ, van Zeijl JH, Waar K, Renders NH, Bernardts AT, Wintermans RG, Heilmann FG, Halaby T, Overbeek BP, Schellekens JF, Jansen CL, Vlaspoolder F, Alblas J, van der Bij AK, Leenstra T, Leversteijn-van Hall MA, Monen J, Muilwijk J, Tjhie HT, Sturm PD, Diederens BM, van Zwet AA, Deeg MP, Boel CH, Cohen Stuart J, Hendrickx BG.

J Antimicrob Chemother. 2013 Nov;68(11):2636-40

Diagnostic, therapeutic and economic consequences of a positive urinary antigen test for Legionella spp. in patients admitted with community-acquired pneumonia: a 7-year retrospective evaluation.

Engel MF, van Manen L, Hoepelman AI, Thijssen SE, Oosterheert JJ.

J Clin Pathol. 2013 Sep;66(9):797-802

Appropriateness of Empirical Treatment and Outcome in Bacteremia Caused by Extended-Spectrum- β -Lactamase-Producing Bacteria.

Frakking FN, Rottier WC, Dorigo-Zetsma JW, van Hattem JM, van Hees BC, Kluytmans JA, Lutgens SP, Prins JM, Thijssen SE, Verbon A, Vlamincx BJ, Cohen Stuart JW, Leverstein-van Hall MA, Bonten MJ.

Antimicrob Agents Chemother. 2013 Jul;57(7):3092-9

Effects of decontamination of the digestive tract and oropharynx in intensive care unit patients on 1-year survival.

Oostdijk EA, de Smet AM, Bonten MJ; Dutch SOD-SDD trialists group: Kalkman CJ, Joore C, Hall MA, Blok HE, Kluytmans JA, van der Meer J, Mascini EM, Kaasjager K, Bosch FH, Benus RF, van der Werf TS, Arends JP, van der Hoeven JG, Pickkers P, Sturm PD, Voss A, Bernardts AT, Kuijper EJ, Harinck HI, Bindels AJ, Jansz AR, Wesselink RM, de Jongh BM, Dennesen PJ, van Asselt GJ, Velde LF, Frenay IH, van Iterson M, Thijssen SE, Kluge GH, de Vries JW, Kaan JA.

Am J Respir Crit Care Med. 2013 Jul 1;188(1):117-20

Differences in the antibiotic susceptibility of human Escherichia coli with poultry-associated and non-poultry-associated extended-spectrum beta-lactamases.

Platteel TN, Leverstein-Van Hall MA, Cohen Stuart JW, Voets GM, van den Munckhof MP, Scharringa J, van de Sande N, Fluit AC, Bonten MJ; ESBL National Surveillance Working Group: Andriesse G, Arends JP, Bakker LJ, Bernards ST, Bonten MJ, Buiting AG, Stuart JW, van Dam AP, Diederien BM, Flier A, Fluit AC, van Griethuysen A, Grundmann H, Hendrickx BG, Horrevorts AM, Kluytmans JA, Hall MA, Mascini EM, Moffie BG, de Neeling AJ, Platteel TN, Sabbe LJ, van de Sande N, Schapendonk CM, Scharringa J, Schellekens JF, Sebens FW, Stals FS, Sturm P, [Thijssen SF](#), Verduin K, Verhoef L, Vlamincx BJ, Voets GM, Vogels WH, Vreede RW, Waar K, Wagenvoort HH, Wever PC, Wintermans RG, Wolfhagen MJ.

Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2013 Aug;32(8):1091-5

Probable transmission of Yersinia enterocolitica from a pet dog with diarrhoea to a 1-year-old infant

Hetem DJ, [Pekelharing M](#), [Thijssen SF](#).

BMJ Case Rep. 2013 Aug 16;2013

Spinal cord transection before scoliosis correction in myelomeningocele may improve bladder function.

Linthorst JJ, Veenboer PW, Dik P, Pruijs HE, [Han KS](#), de Kort LM, de Jong TP.

Neurourol Urodyn. 2014 Jan;33(1):121-8. doi: 10.1002/nau.22385. Epub 2013 Feb 19.

Treatment of neonatal progressive ventricular dilatation: a single-centre experience.

Brouwer AJ, Groenendaal F, [Han KS](#), de Vries LS.

J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Aug 23

Imaging the course of a hypoplastic cerebellum in a spina bifida newborn.

Kronenburg A, [Han KS](#), Gooskens R, Esposito G, Cochrane D, Woerdeman P.

Childs Nerv Syst. 2013 Nov;29(11):2131-5. doi: 10.1007/s00381-013-2156-y. Epub 2013 May 19

Een peuter met schedel-hersenletsel

Fiolet ATL, Hellinga I, [Han KS](#).

Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157: A4059

Cognitive outcome of survivors of space-occupying hemispheric infarction

Hofmeijer J, van der Worp HB, Kappelle LJ, [Amelink GJ](#), Algra A, van Zandvoort MJ,

J Neurol. 2013 May;260(5):1396-403. doi: 10.1007/s00415-012-6810-1. Epub 2013 Jan 10.

Culture-negative Candida meningitis diagnosed by detection of Candida mannan antigen in CSF.

Biesbroek JM, Verduyn Lunel FM, Kragt JJ, [Amelink GJ](#), Frijns CJ.

Neurology. 2013 Oct 22;81(17):1555-6. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182a95871. Epub 2013 Sep 25.

Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction: outcomes at 3 years in the randomized HAMLET trial.

Geurts M, van der Worp HB, Kappelle LJ, [Amelink GJ](#), Algra A, Hofmeijer J.

Stroke. 2013 Sep;44(9):2506-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.002014. Epub 2013 Jul 18.

Imaging the seizure during surgery with a hyperspectral camera.

Noordmans HJ, Ferrier C, de Roode R, Leijten F, [van Rijen P](#), Gosselaar P, Klaessens J, Verdaasdonk R.

Epilepsia. 2013 Nov;54(11):e150-4. doi: 10.1111/epi.12386. Epub 2013 Sep 20

BRAF V600E Mutation Is Associated with mTOR Signaling Activation in Glioneuronal Tumors.

Prabowo AS, Iyer AM, Veersema TJ, Anink JJ, Schouten-van Meeteren AY, Spliet WG, [van Rijen PC](#), Ferrier CH, Capper D, Thom M, Aronica E.

Brain Pathol. 2014 Jan;24(1):52-66. doi: 10.1111/bpa.12081. Epub 2013 Sep 11.

Cortical theta wanes for language

Hermes D, Miller KJ, Vansteensel MJ, Edwards E, Ferrier CH, Bleichner MG, [van Rijen PC](#), Aarnoutse EJ, Ramsey NF.

Neuroimage. 2014 Jan 15;85 Pt 2:738-48. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.07.029. Epub 2013 Jul 24.

Cell injury and Premature Neurodegeneration in Focal Malformations of Cortical Development.

Iyer A, Prabowo A, Anink J, Spliet WG, van Rijen PC, Aronica E.

Brain Pathol. 2014 Jan;24(1):1-17. doi: 10.1111/bpa.12060. Epub 2013 May 7.

An evaluation of irreversible psychosurgical treatment of patients with obsessive-compulsive disorder in the Netherlands, 2001-2008.

van Vliet IM, van Well EP, Bruggeman R, Campo JA, Hijman R, van Megen HJ, van Balkom AJ, van Rijen PC.

J Nerv Ment Dis. 2013 Mar;201(3):226-8. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182848b15.

Differential expression of major histocompatibility complex class I in developmental glioneuronal lesions.

Prabowo AS, Iyer AM, Anink JJ, Spliet WG, van Rijen PC, Aronica E.

J Neuroinflammation. 2013 Jan 24;10:12. doi: 10.1186/1742-2094-10-12.

Etiology-specific differences in motor function after hemispherectomy

van der Kolk NM, Boshuisen K, van Empelen R, Koudijs SM, Staudt M, van Rijen PC, van Nieuwenhuizen O, Braun KP.

Epilepsy Res. 2013 Feb;103(2-3):221-30. doi: 10.1016/j.eplesyres.2012.08.007. Epub 2012 Sep 11.

Histological findings in unclassified sudden infant death, including sudden infant death syndrome.

Liebrechts-Akkerman G, Bovee JV, Wijnaendts LC, Maes A, Nikkels PG, de Krijger RR.

Pediatr Dev Pathol. 2013 May-Jun;16(3):168-76

Do columnar cell lesions exist in the male breast?

Verschuur-Maes AH, Kornegoor R, de Bruin PC, Oudejans JJ, van Diest PJ.

Een roker met progressieve knieklachten

Velthuis S, Weits T, Rens van M Th M.

Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5750

Primary small cell carcinoma of the liver, a rare entity.

Otten M, Sepehrkhoy S, van Everdingen K, Haas L.

BMJ Case Rep. 2013 Nov 5;2013

Developmental anomaly of odontoid process of the axis in an 8-year-old female Corresponding

Furnee E, Perre C, MD, PhD; Sanders FBM, MD

Academic Radiology

Leave no Stone unturmed in case of groans

Hoekstra RJ, Smakman N, Sanders FBM, Haas LEM.

BMJ Case Rep Published online: doi:10.1136/bcr-2013-201991

Psychologen aan de pil

Fonk MW, Kouwenhoven B.

De psycholoog jaargang 48 nr. 6 juni 2013 pagina 34-39

Inductively coupled plasma mass-spectrometric determination of platinum in excretion products of client-owned pet-dogs

Janssens T, Brouwers EEM, de Vos JP, de Vries N, Schellens JHM, Beijnen JH.

Vet Comp Oncol. 2013 May 28, doi: 10.1111/vco.12025

Determination of platinum surface contamination in veterinary and human oncology centres using inductively coupled plasma mass spectrometry

Janssens T, Brouwers EEM, de Vos JP, de Vries N, Schellens JHM, Beijnen JH.

Vet Comp Oncol. 2013 Aug 27. doi: 10.1111/vco.12049

Dosing of carboplatin in a patient with amputated legs: A case report.

Van Gorp F, van Rens M, Kuck E, Rozemeijer R, Huitema A, Brouwers EEM.

J Oncol Pharm Pract. 2013 Dec 19.

Jaarrekening 2013



Inhoudsopgave

1. Algemene informatie	3
1.1. Algemene gegevens	3
1.2. Samenstelling Raad van Toezicht in 2013	3
1.3. Overzicht nevenfuncties leden Raad van Toezicht per 1 januari 2013	3
1.4. Samenstelling Raad van Bestuur 2013	4
1.4.1. Nevenfuncties Raad van Bestuur 2013	4
2. Jaarrekening 2013	5
2.1. Balans per 31 december 2013 (na resultaatbestemming)	5
2.2. Resultatenrekening 2013	6
2.3. Kasstroomoverzicht 2013	7
2.4. Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	8
2.4.1. Algemeen	8
2.4.2. Grondslagen van waardering van activa en passiva	10
2.4.3. Grondslagen voor resultaatbepaling	12
2.4.4. Grondslagen voor kasstroomoverzicht	13
2.5. Toelichting op de balans 2013	14
2.5.1. Materiële vaste activa	14
2.5.2. Financiële vaste activa	14
2.5.3. Voorraden	15
2.5.4. Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten	15
2.5.5. Vorderingen en schulden uit hoofde van bekostiging	16
2.5.6. Overige vorderingen	17
2.5.7. Liquide middelen	18
2.5.8. Eigen vermogen	10
2.5.9. Voorzieningen	19
2.5.10. Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)	20
2.5.11. Overige kortlopende schulden	21
2.5.12. Niet in de balans opgenomen regelingen	22
2.6. Mutatieoverzicht materiële vaste activa	23
2.7. Overzicht langlopende schulden ultimo 2013	24
2.8. Toelichting op de resultatenrekening 2013	25
2.8.1. Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties	25
2.8.2. Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment)	25
2.8.3. Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	25
2.8.4. Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	25
2.8.5. Opbrengsten uit hoofde van transitierelaties en honorariumplafonds	25
2.8.6. Subsidies	26
2.8.7. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten	26
2.8.8. Personeelskosten	27
2.8.9. Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	27
2.8.10. Afschrijvingen op materiële vaste activa	27
2.8.11. Overige bedrijfskosten	28
2.8.12. Financiële baten en lasten	28
2.8.13. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders	29
2.8.14. Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT)	31
2.8.15. Honoraria accountant	32
2.8.16. Transacties met verbonden partijen	32
2.8.17. Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	33
3. Overige gegevens	34
3.1. Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	34
3.2. Resultaatbestemming	34
3.3. Gebeurtenissen na balansdatum	34
3.4. Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	34

1. Algemene informatie

1.1. Algemene gegevens

Stichting Diakonessenhuis is gevestigd te Utrecht.

De Stichting exploiteert ziekenhuisvoorzieningen op de volgende locaties:

- Utrecht
- Zeist
- Doorn (polikliniek)

1.2. Samenstelling Raad van Toezicht in 2013

Dr. J.G.F. Veldhuis, voorzitter (tot 1 augustus)

Prof. dr. J.B.L. Hoekstra, vicevoorzitter

Mevr. Prof. dr. B. Meyboom – De Jong

Drs. M. Niggebrugge (tot 1 augustus)

Mr. dr. M. Oosting (voorzitter met ingang van 1 augustus)

Mevr. mr. R.H.M. Jansen

B. Koolstra (met ingang van 1 augustus)

1.3. Overzicht nevenfuncties leden Raad van Toezicht per 1 januari 2013

Dhr. dr. J.G.F. Veldhuis (tot 1 augustus)

Voormalige hoofdfunctie:

- Voorzitter van het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht (1986-2003)

Nevenfuncties:

- Lid Commissie van Advies Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie, NIOD, Amsterdam
- Lid bestuur Roosevelt Study Centre, RSC, Middelburg
- Voorzitter bestuur Stichting Fonds (Ziekenhuis) St. Antoniusshove, Voorburg-Leidschendam
- Lid bestuur Stichting Uitgave Codex Iuris Civilis in de Nederlandse Taal, Utrecht
- Voorzitter bestuur Stichting Restauratie en Onderhoud Slot Zuilen, Oud-Zuilen.
- Voorzitter bestuur section néerlandaise de la Société des Membres de la Légion d'Honneur (SMLH)
- Voorzitter bestuur Vereniging van oud-voorzitters CvB der universiteit, OPV
- Voorzitter Commissies Toets Kwaliteitszorg Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit van Tilburg, Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit Amsterdam

Dhr. prof. dr. J.B.L. Hoekstra

Hoofdfunctie:

- Hoogleraar Algemene Inwendige Geneeskunde, AMC Amsterdam

Nevenfuncties:

- Lid beroepsgenoot Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag
- Lid Commissie C.O.I.G van de Nederlandse Internisten Vereniging

Mw. mr. R.H.M. Jansen MPA

Hoofdfunctie:

- Voorzitter College van Bestuur SSR, tevens Rector van de Raio - opleiding

Nevenfuncties:

- Lid Adviesgroep HRM van de RvdR
- Voorzitter Steering Committee European Judicial Training Network (EJTN), Brussel
- Lid SRM (Selectiecommissie Rechterlijke Macht), Den Haag
- Voorzitter Alumni-netwerk NSOB
- Scientific expert of the Committee of Ministers of the Council of Europe

Mw. prof. dr. B.M. Meyboom-de Jong

Voormalige hoofdfunctie:

- Hoogleraar huisartsengeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen

Nevenfuncties:

- Voorzitter van de ZONMW programmacommissie Nationaal Programma Ouderenzorg
- Voorzitter Raad van Toezicht Huisartsenpost Groningen
- Lid van de Redactie van Bijblijven, een nascholingsblad voor huisartsen uitgegeven door Bohn, Stafleu en van Loghum
- Lid visitatiecommissie Top-Care (topzorg specifieke groepen verpleeghuisbewoners)

Diakonessenhuis

Dhr. drs. M. Niggebrugge (tot 1 augustus)

Hoofdfunctie:

- Executive Director en CFO Urenco Ltd

Nevenfuncties:

- Lid Raad van Commissarissen Koninklijke Boskalis Westminster
- Lid RvC Spoorweg Pensioenfondsbeheer

Dhr. mr. dr. M. Oosting (voorzitter vanaf 1 augustus)

Voormalige hoofdfunctie:

- Lid Raad van State

Nevenfuncties:

- Lid Raad van Toezicht Netherlands Genomics Initiative
- Voorzitter stuurgroep Integriteitsonderzoek Sint Maarten
- Voorzitter Commissie individuele schrijvende gevallen
- Lid Bestuur Kirchheiner Stichting Ombudsman en Democratie

Dhr. B. Koolstra (vanaf 1 augustus)

Voormalige hoofdfunctie:

- Partner PricewaterhouseCoopers

Nevenfuncties:

- Docent Leergang De Jonge Commissaris
- Lid stuurgroep en secretaris Singer-tafel (Executive Forum Publiek - Privaat)
- Voorzitter CDA Bussum

1.4. Samenstelling Raad van Bestuur 2013

De heer drs. R. Florijn	lid, met ingang van 1 mei 2008
	voorzitter, met ingang van 1 juli 2008
De heer dr. W.N.M. Hustinx	lid, met ingang van 1 april 2009

1.4.1. Nevenfuncties Raad van Bestuur 2013 ¹

De heer drs. R. Florijn

- Lid bestuur PDO-GGZ
- Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Activite
- Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Zorggroep Reinalda
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Lindenhout
- Lid Raad van Toezicht Stichting Philadelphia
- Lid Raad van Advies voor de Accreditatie Bedrijfswetenschappen en Economie Radboud Universiteit Nijmegen
- Lid Raad van Advies studierichting Klinische Informatica van de faculteit Technische Natuurkunde van de TU Eindhoven
- Lid Raad van Advies NBA-opleidingen
- Voorzitter Stichting Vrienden van het Diakonessenhuis
- Lid Bestuur NUZO
- Commissaris M&I Partners (tot 1 april 2013)
- Partner VitaValley
- Voorzitter Commissie Ziekenhuisopleidingen Oncologie (CZO) namens NVZ

De heer dr. W.N.M. Hustinx

- Docent Academie voor Medisch specialisten
- Bestuurslid van de Tembo Twiga Foundation

¹ Voor zover niet voortvloeiend uit hoofdfunctie

2. JAARREKENING 2013

2.1. BALANS PER 31 DECEMBER 2013 (NA RESULTAATBESTEMMING)

	Ref.	31-dec-13 €	31-dec-12 €
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	2.5.1.	127.314.651	131.003.646
Financiële vaste activa	2.5.2.	295.883	340.045
Totaal vaste activa		127.610.534	131.343.691
Vorraden	2.5.3.	3.023.947	2.319.111
Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten	2.5.4.	7.181.769	4.480.989
Overige vorderingen	2.5.6.	32.742.900	38.080.631
Liquide middelen	2.5.7.	53.612.641	32.543.494
Totaal vlottende activa		96.561.257	77.424.223
Totaal activa		224.171.791	208.767.915
	Ref.	31-dec-13 €	31-dec-12 €
PASSIVA			
Eigen vermogen	2.5.8.		
Kapitaal		2.309.968	2.309.968
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		38.883.918	33.830.083
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		1.164.468	1.164.468
Totaal eigen vermogen		42.358.354	37.304.519
Voorzieningen	2.5.9.		
Voorziening uit hoofde van macrobeheerinstrument			
Overige voorzieningen		12.315.791	13.227.164
Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)	2.5.10.	101.285.045	76.635.888
Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar)			
Schulden uit hoofde van bekostiging	2.5.5.	8.578.993	4.928.359
Overige kortlopende schulden	2.5.11.	59.633.608	76.671.986
Totaal passiva		224.171.791	208.767.915

2.2. RESULTATENREKENING 2013

	Ref.	2013 €	2012 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties	2.8.1.	0	2.590.255
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment)	2.8.2.	1.360.152	1.462.093
Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	2.8.3.	140.847.901	121.681.297
Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	2.8.4.	25.746.135	36.868.176
Opbrengsten uit hoofde van transitiereregelingen en honorariumplafonds	2.8.5.	-8.423.122	-3.975.255
Subsidies	2.8.6.	10.057.854	9.295.971
Overige bedrijfsopbrengsten	2.8.7.	15.450.413	12.845.166
Som der bedrijfsopbrengsten		185.039.333	180.767.703
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	2.8.8.	103.788.299	100.101.986
Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	2.8.9.	721.080	927.541
Afschrijvingen op materiële vaste activa	2.8.10.	14.796.949	14.035.286
Overige bedrijfskosten	2.8.11.	56.821.404	55.494.586
Som der bedrijfslasten		176.127.732	170.559.399
BEDRIJFSRESULTAAT		8.911.601	10.208.304
Financiële baten en lasten	2.8.12.	-3.857.766	-3.670.751
RESULTAAT BOEKJAAR		5.053.835	6.537.553
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2013 €	2012 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten		5.053.835	6.537.553
		5.053.835	6.537.553

2.3. KASSTROOMOVERZICHT 2013

Ref.	2013		2012	
	€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten				
Bedrijfsresultaat		8.911.601		10.208.304
Aanpassingen voor:				
- afschrijvingen	14.796.949		14.035.286	
- mutaties voorzieningen	<u>-911.373</u>		<u>982.688</u>	
		13.885.576		15.017.974
Veranderingen in vlottende middelen:				
- voorraden	-704.835		-172.974	
- mutatie onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten	<u>-2.700.780</u>		<u>10.462.006</u>	
- vorderingen	5.354.146		-1.951.159	
- vorderingen/schulden uit hoofde van bekostiging	3.650.634		-26.514.710	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan banken)	<u>-20.261.515</u>		<u>34.446.659</u>	
		-14.662.351		16.269.822
Kasstroom uit bedrijfsoperaties		<u>8.134.826</u>		<u>41.496.100</u>
Ontvangen interest	0		39.472	
Betaalde interest	-3.421.259		-3.419.233	
Resultaat deelneming	<u>-1.267</u>		<u>-995</u>	
		-3.422.526		-3.380.756
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten		4.712.300		38.115.344
Kasstroom uit investeringsactiviteiten				
Investerings materiële vaste activa	-11.107.954		-23.242.201	
Overige investeringen in financiële vaste activa	<u>44.162</u>		<u>-230.297</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten		-11.063.792		-23.472.498
Kasstroom uit financieringsactiviteiten				
Nieuw opgenomen leningen	25.750.000			
Mutatie bouwdepot	6.991.583		16.945.436	
Aflossing langlopende schulden	<u>-5.320.944</u>		<u>-7.467.922</u>	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten		27.420.639		9.477.514
Mutatie geldmiddelen		<u>21.069.147</u>		<u>24.120.359</u>
Stand geldmiddelen per 1 januari		32.543.494		8.423.134
Stand geldmiddelen per 31 december		53.612.641		32.543.494

Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.

Diakonessenhuis

2.4. Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

2.4.1. Algemeen

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi en de relevante stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving en Titel 9 Boek 2 BW.

Beleidsregels toepassing WNT

De Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semi-publieke sector (WNT) is met ingang van 1 januari 2013 van kracht.

Continuïteitsveronderstelling

De financiële positie van het Diakonessenhuis is gezond op basis van het eigen vermogen, de gerealiseerde resultaten in de afgelopen jaren en de meerjarenverwachtingen. Aan de financiële ratio's (budgetratio, solvabiliteitsratio en DSCR) vanuit de bankconvenanten wordt ruimschoots voldaan en de liquiditeitsprognose geeft geen aanleiding tot continuïteitsrisico's. Gegeven de toelichting rondom de onzekerheden in de omzetverantwoording onder paragraaf "toelichting landelijke onzekerheden omzetbepaling 2013" door de bestaande landelijke problematiek terzake normonduidelijk in registratie- en declaratieregels is door de externe accountant in overeenstemming met de NBA Audit Alert 31 'Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2013 van instellingen voor medisch specialistische zorg' een verklaring met beperking bij de jaarrekening 2013 afgegeven.

Hierdoor treedt een situatie in dat binnen 6 maanden na afloop van het boekjaar geen jaarrekening met goedkeurende verklaring door het Diakonessenhuis aan de banken kan worden overlegd. Deze situatie hebben wij als mogelijkheid besproken met de banken bij de verlening van de clubdeal en wij zijn direct met de banken in overleg getreden toen de accountant ons informeerde over zijn voornemen om een verklaring met beperking af te gaan geven. De banken hebben op basis van door het Diakonessenhuis aangeleverde informatiepakket een aanvullend onderzoek ingesteld. De conclusies van dit onderzoek - schriftelijk bevestigd door de banken via een zogenaamde waiver - is dat banken geen gevolgen verbinden aan het feit dat over 2013 door het Diakonessenhuis een jaarrekening met verklaring met beperking wordt ingediend. De jaarrekening is dientengevolge opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar met uitzondering van de waardering van de onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten.

Per 1 januari 2013 is er een stelselwijziging doorgevoerd in de waardering van de onderhanden projecten uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten. Vanaf deze datum wordt de stand berekend op basis van de opbrengstwaarde van de DBC-zorgproducten uit de onderhandenwerk grouper (DBC Onderhoud) in plaats van de kostprijswaarde uit Casemix. De stelselwijziging heeft een effect op het vermogen van € 2,0 miljoen positief en is via het beginvermogen verwerkt op de onderhanden projecten uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten en het eigen vermogen overeenkomstig RJ 140 Stelselwijzigingen.

De externe OHW grouper die de waarde berekent, is in augustus 2013 operationeel geworden. Deze waarde geeft een beter beeld van de gerealiseerde waarde van het onderhandenwerk, sluit aan op de grondslag voor bevoorschotting door zorgverzekeraars en de interne toerekening aan RvE's ingaande 2014.

Gebruik van schattingen

De opstelling van de jaarrekening vereist dat het management oordelen vormt en schattingen en veronderstellingen maakt die van invloed zijn op de toepassing van grondslagen en gerapporteerde waarde van activa en verplichtingen, en van baten en lasten. De daadwerkelijke uitkomsten kunnen afwijken van deze schattingen. De schattingen en onderliggende veronderstellingen worden voortdurend beoordeeld. Herzieningen van schattingen worden opgenomen in de periode waarin de schatting wordt herzien en in toekomstige perioden waarvoor de herziening gevolgen heeft.

Consolidatie

De jaarrekening betreft de enkelvoudige jaarrekening van het Diakonessenhuis.

Op grond van artikel 7, lid 5 en 6, van de Regeling verslaggeving WTZi is de volgende stichting buiten de consolidatie gebleven:

- Stichting Vrienden van het Diakonessenhuis, te Utrecht.

Verbonden rechtspersonen

Als verbonden partij worden alle rechtspersonen aangemerkt waarover overheersende zeggenschap, gezamenlijke zeggenschap of invloed van betekenis kan worden uitgeoefend. Ook rechtspersonen die overwegende zeggenschap kunnen uitoefenen worden aangemerkt als verbonden partij. Ook de statutaire directieleden, andere sleutelfunctionarissen in het management van het Diakonessenhuis en nauwe verwanten zijn verbonden partijen. Transacties van betekenis met verbonden partijen worden toegelicht voor zover deze niet onder normale marktvoorwaarden zijn aangegaan. Hiervan wordt tegeelicht de aard en de omvang van de transactie en andere informatie die nodig is voor het verschaffen van inzicht.

Diakonessenhuis

Het Diakonessenhuis heeft de volgende verbonden stichtingen en vennootschappen, gezien de beperkte omvang, niet in de consolidatie betrokken:

- Stichting Roezak
- Wizo BV

Toelichting landelijke onzekerheden omzetverantwoording 2013

Algemeen

Handreiking omzetverantwoording: systeemcomplexiteit leidt tot generieke onzekerheden

Bij het bepalen van de DBC-omzet 2013 heeft het Diakonessenhuis de grondslagen voor waardering en resultaatbepaling gevolgd zoals opgenomen in paragraaf 2.4 en de handreikingen omzetverantwoording die over 2013 door het Ministerie van VWS zijn vastgesteld. Evenals in 2012 is door de systeemcomplexiteit en landelijke problematiek sprake van onzekerheden in de omzetverantwoording 2013 van alle algemene ziekenhuizen en UMC's. Een groot deel van deze problematiek heeft betrekking op normonduidelijkheid in registratie- en declaratieregels.

Oorzaak en achtergrond systeemcomplexiteit

De onzekerheden waarvan sinds 2012 sprake is worden veroorzaakt door de gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en de DOT-productstructuur. Deze onzekerheden doen zich voor in combinatie met deels open normen voor registratie en facturatie die gedurende en na afloop van het boekjaar met terugwerkende kracht nader zijn geduid door de regelgever en intensivering van formele en materiële controles over 2013 en voorgaande jaren door de betrokken zorgverzekeraars. Het met terugwerkende kracht volledig voldoen aan achteraf vastgestelde nadere duidingen is praktisch niet mogelijk en de consequenties zijn niet in alle gevallen betrouwbaar in te schatten. Deze onzekerheden in de opbrengstverantwoording worden, in tegenstelling tot vorig jaar, in belangrijke mate niet meer gedempt door de werking van het transitiesysteem en het ruim overschrijden van plafonds, zoals voor het Diakonessenhuis over 2012 het geval was.

Vanuit bovenstaande zijn diverse risico's en onzekerheden geïdentificeerd. De Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis heeft met de kennis van dit moment schattingen opgesteld. Het risico van de omzetbepaling is door onduidelijkheden op landelijk niveau hoger dan in andere jaren. Dit zou kunnen leiden tot bijstellingen van de omzet in 2014 of later met mogelijke nagekomen baten en lasten en/of verschuivingen in omzetcategorieën. Dit komt onder meer doordat zorgverzekeraars en NZa niet reeds vóór de vaststelling van de jaarrekening 2013 zekerheid hebben gegeven over het transitiebudget. Dit kan consequenties hebben voor de transitieverplichting zoals verwerkt in de jaarrekening 2012 van € 4,9 miljoen en herkend en verwerkt in de jaarrekening 2013 resulterende in een totale transitieschuld € 8,3 miljoen. Definitieve vaststelling van de transitiebekostiging zal conform de landelijke procedures (naar verwachting) in 2014 plaats vinden.

Toelichting op de onzekerheden 2013 zoals door het Diakonessenhuis in deze jaarrekening benaderd

In onderstaande paragraaf wordt in gegaan op de specifieke relevantie van de landelijke onzekerheden voor de jaarrekening 2013 van het Diakonessenhuis:

a) Terugwerkende kracht aanpassingen c.q. aanscherpingen door nadere duidingen NZa en normonduidelijkheid over registratie- en declaratieregels.

De registratiebepalingen bevatten diverse open normen, die gedurende en na afloop van het boekjaar nader zijn geduid door de regelgever/toezichthouder ('verboden/toegestaan combinatielijst' d.d. juni 2013) en 'Toelichting regelgeving MSZ' door de NZa d.d. 21 februari 2014 (kenmerk: CI/14/3c). Het met terugwerkende kracht volledig voldoen aan achteraf vastgestelde nadere duidingen is in veel gevallen onmogelijk omdat de interne organisatie hierop niet was ingericht. Waar herstel mogelijk was, is dit gecorrigeerd en verwerkt in de jaarrekening 2013. Waar herstel niet mogelijk is, heeft het Diakonessenhuis een inschatting gemaakt voor de gevolgen van het eventueel niet kunnen voldoen aan de registratie- en declaratieregels. Deze inschatting is gebaseerd op de uitgevoerde steekproef rond de juistheid van de declaraties en een impactanalyse naar aanleiding van de verboden-toegestaanlijst en de per 21 februari 2014 via een afzonderlijke circulaire gepubliceerde (nader oeduide) registratieregels. Voor de aanscherping per 1 januari 2012 van de definities van de polikliniekbezoeken en de voorwaarden voor de registratie van twee polikliniekbezoeken op een dag, heeft het Diakonessenhuis een omzetnuancering van circa € 90K opgenomen. Deze nuancering is gesaldeerd weergegeven onder de vorderingen.

b) Inschatting effecten materiële en formele controles en Antonius-onderzoek.

Naar aanleiding van materiële en formele controles van de zorgverzekeraars is voor de behandeling van varices en de declaraties van 1ste lijns zorg een omzetnuancering opgenomen van circa € 230K. In het Diakonessenhuis is een analyse gestart naar de declaraties door een trusted third party. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de onderwerpen van het Antonius-onderzoek. Als omzetnuancering is hiervoor circa € 680K opgenomen.

Diakonessenhuis

c) *Transitiemodel en de onzekerheden die hierin zitten door de onzekerheden in de voorlopige vaststelling, beoordeling door ZN commissie en voorbehouden op zowel het schaduwbudget als de dekking van het schaduwbudget.*

Van de NZa zijn inmiddels voorlopige beschikkingen tot verrekening van de negatieve transitiebedragen ontvangen. Het Diakonessenhuis heeft hiertegen bezwaar aangetekend. Hangende de bezwaarprocedure heeft het Diakonessenhuis een reservering gevormd. De gevormde reservering is gesaldeerd weergegeven onder de kortlopende schulden.

d) *Schadelastprognoses zorgcontractering 2013 die inherent onzekerheden bevatten*

De schadelastprognose zorgcontractering 2013 toont een deelplafond contractoverschrijding van € 150K. Het Diakonessenhuis heeft hiervoor een omzetnuancering verantwoord. De nuancering is verantwoord onder de kortlopende schulden (omzetplafond).

e) *De afwikkeling van vorderingen en schulden uit het oude FB-tijdperk, waarvoor de landelijke procedure nog altijd niet is uitgewerkt. Dit kan onzekerheden inhouden omtrent de balanspost nog in tarieven te verrekenen financieringsverschil.*

De schuld uit hoofde van het financieringsoverschot bedraagt € 248.683. Deze post betreft correcties naar aanleiding van controles. De NZa heeft nog geen besluit genomen over de wijze van verrekenen met zorgverzekeraars. Het landelijk overleg over de afwikkeling van het FB systeem wordt door het Diakonessenhuis nauwlettend gevolgd.

f) *De garantieregeling kapitaallasten*

Deze is voor het Diakonessenhuis niet van toepassing.

2.4.2. Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

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

Financiële instrumenten

Algemeen

Het Diakonessenhuis maakt in de normale bedrijfsuitoefening gebruik van uiteenlopende financiële instrumenten die de instelling blootstellen aan markt- en/of kredietrisico's. Deze betreffen financiële instrumenten die in de balans zijn opgenomen.

Het Diakonessenhuis handelt niet in deze financiële derivaten en heeft procedures en gedragslijnen om de omvang van het kredietrisico bij elke tegenpartij of markt te beperken. Bij het niet nakomen door een tegenpartij van aan het Diakonessenhuis verschuldigde betalingen blijven eventuele daaruit voortvloeiende verliezen beperkt tot de

Kredietrisico

De vorderingen uit hoofde van handelsdebiteuren zijn geconcentreerd bij drie grote verzekeraars. Het maximale bedrag aan kredietrisico bedraagt € 12,2 miljoen. Voor de kredietrisico's inzake de vorderingen op deelnemingen en de overige vorderingen wordt verwezen naar de desbetreffende specificaties.

Renterisico en kasstroomrisico

Het renterisico is beperkt tot eventuele veranderingen in de marktwaarde van opgenomen en uitgegeven leningen. Bij deze leningen is sprake van een vast rentepercentage over de gehele looptijd. De leningen worden aangehouden tot het einde van de looptijd.

Reële waarde

De reële waarde van de meeste in de balans verantwoorde financiële instrumenten, waaronder vorderingen, liquide middelen en kortlopende schulden, benadert de boekwaarde ervan. De reële waarde van de overige in de balans verantwoorde financiële instrumenten wijkt niet materieel af van de boekwaarde.

Diakonessenhuis

Materiële vaste activa

Bedrijfsgebouwen en -terreinen worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs plus bijkomende kosten of vervaardigingsprijs onder aftrek van lineaire afschrijvingen gedurende de geschatte toekomstige gebruiksduur. Op terreinen wordt niet afgeschreven. Er wordt rekening gehouden met de bijzondere waardeverminderingen die op balansdatum worden verwacht. Voor de vaststelling of voor een materieel vast actief sprake is van een bijzondere waardevermindering wordt gebruik gemaakt van de DCF-methode (discounted cash flow).

Overige vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs inclusief direct toerekenbare kosten, onder aftrek van lineaire afschrijvingen gedurende de verwachte toekomstige gebruiksduur, rekeninghoudend met een restwaarde en bijzondere waardeverminderingen. De vervaardigingsprijs bestaat uit de aanschaffingskosten van grond- en hulpstoffen en kosten die rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de vervaardiging inclusief installatiekosten.

Indien voor te vervaardigen materiële vaste activa noodzakelijkerwijs een aanmerkelijke hoeveelheid tijd nodig is om deze gebruiksklaar te maken, worden de rentekosten opgenomen in de vervaardigingsprijs. Voor verplichtingen tot herstel na afloop van het gebruik van het actief (ontmantelingskosten) wordt een voorziening getroffen voor het verwachte bedrag op het moment van activering. Dit bedrag wordt verwerkt als onderdeel van de vervaardigingsprijs. Voor de toekomstige kosten van groot onderhoud aan de bedrijfsgebouwen wordt een voorziening voor groot onderhoud gevormd. De toevoeging aan de voorziening wordt bepaald op basis van het geschatte bedrag van het onderhoud en de periode die telkens tussen de werkzaamheden van groot onderhoud verloopt.

Bedrijfswaarde

Het Diakonessenhuis heeft voor het ziekenhuis een bedrijfswaardeberekening opgesteld. De uitkomsten van de bedrijfswaardeberekening zijn sterk afhankelijk van veronderstellingen, (opslagen in) tarieven in de toekomstige bekostigingssystemen, groei van de productie en disconteringsvoeten die mede afhankelijk zijn van de toekomstige financiering en bekostiging. De bedrijfswaardeberekeningen geven aan dat de bandbreedte van uitkomsten zeer groot kan zijn. De uitgangspunten die het ziekenhuis hanteert zijn de volgende:

- Groei volume en prijs van de productie conform de geactualiseerde meerjarenbegroting, die gebaseerd is op het businessplan Diakonessenhuis;
- Discontovoet (scenario's van 1,8% tot 6,0%);
- Kasstromen komende 6 jaren conform de meerjarenbegroting.

De ingeschatte (indirecte) opbrengstwaarde is hoger dan de boekwaarde eind 2013. Hierdoor is geen sprake van bijzondere waardevermindering en is het vaststellen van de direct opbrengstwaarde niet benodigd.

Afschrijvingen en gebruiksduur

De afschrijvingstermijn van de panden is gebaseerd op de verwachte economische levensduur en de eventuele restwaarde. Er wordt onderscheid gemaakt in kerngebouwen (stellige verwachting benodigd komende 5 jaar voor medische specialistische zorg) en niet-kerngebouwen.

De volgende afschrijvingspercentages worden hierbij gehanteerd:

- Bedrijfsgebouwen : 0-10 %.
- Machines en installaties : 5 %.
- Andere vaste bedrijfsmiddelen : 10-20 %.

Financiële vaste activa

Deelnemingen in groepsmaatschappijen en overige deelnemingen waarin invloed van betekenis kan worden uitgeoefend, worden gewaardeerd volgens de nettovermogenswaardemethode. Invloed van betekenis wordt in ieder geval verondersteld aanwezig te zijn bij het kunnen uitbrengen van 20% of meer van de stemrechten. De nettovermogenswaarde wordt berekend volgens de grondslagen die gelden voor deze jaarrekening; voor deelnemingen waarvan onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor aanpassing aan deze grondslagen, wordt uitgegaan van de waarderingsgrondslagen van de desbetreffende deelneming. Indien de waardering van een deelneming volgens de nettovermogenswaarde negatief is, wordt deze op nihil gewaardeerd. Deelnemingen waarop geen invloed van betekenis kan worden uitgeoefend, worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs. Indien sprake is van een duurzame waardevermindering vindt waardering plaats tegen deze lagere waarde; afwaardering vindt plaats ten laste van de resultatenrekening.

De uitstaande leningen worden gewaardeerd tegen nominale waarde.

Voorraden

Voorraden in het centraal magazijn zijn gewaardeerd tegen kostprijs op basis van gemiddelde inkoopprijs, de overige voorraden zijn gewaardeerd tegen de recente inkooprijzen of lagere opbrengstwaarde.

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

De onderhanden projecten uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten worden met ingang van 2013 gewaardeerd tegen de opbrengstwaarde van de DBC via de onderhandenwerk grouper (DBC Onderhoud). Het effect van de stelselwijziging is onder 2.4.1 nader uiteengezet. Op de onderhanden projecten uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten worden de voorschotten die ontvangen zijn van verzekeraars in mindering gebracht.

Diakonessenhuis

Vorderingen

Vorderingen worden bij eerste verwerking gewaardeerd tegen reële waarde van de tegenprestatie. Voorzieningen wegens oninbaarheid worden in mindering gebracht op de boekwaarde van de vordering. Nuanceringen uit hoofde van declaratie-onzekerheden worden gesaldeerd weergegeven onder de vorderingen in overeenstemming met de Handreiking omzetverantwoording 2013.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas en banktegoeden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden. Liquide middelen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten.

- De voorzieningen die gewaardeerd worden tegen contante waarde zijn: Jubilea.
- De voorziening die gewaardeerd worden op nominale waarde zijn: langdurig zieken, PLB, eigen risico WA verzekering en groot onderhoud.

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.

- De voorziening groot onderhoud wordt bepaald op basis van een lange termijn onderhoudsplan.
- De voorziening eigen risico WA verzekering is gebaseerd op toekomstige verplichtingen ten aanzien van nog af te handelen claims welke ten laste komen van het eigen risico bij de verzekeringsmaatschappij of voor eigen rekening komen.
- De voorziening jubilea is gevormd voor de toekomstige verplichtingen uit hoofde van jubileumuitkeringen aan personeel.
- De voorziening Persoonlijk Levensfase Budget (PLB) dient ter dekking van toekomstige verplichtingen van PLB-uren voortvloeiende uit de specifieke overgangsregeling, voor personeel in de leeftijdscategorie 45-49 jaar (peildatum 31/12/2009). Dit is conform de CAO Ziekenhuizen 2011-2014. De voorziening wordt gevormd om de kosten van toekomstige verminderde arbeidsprestaties te dekken. In deze voorziening is niet meegenomen de algemene overgangsregeling waarbij huidige oudere werknemers jaarlijks meer verlofrechten worden toegekend dan aan jongere werknemers. De reguliere rechten PLB in het kalenderjaar voor het gehele personeelsbestand zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.
- De voorziening langdurig zieken dient ter dekking van toekomstige verplichtingen van langdurig zieke werknemers.

Schulden

Schulden worden bij de eerste verwerking gewaardeerd tegen reële waarde. Transactiekosten die direct zijn toe te rekenen aan de verwerving van de schulden worden in de waardering bij eerste verwerking opgenomen. Schulden worden na eerste verwerking gewaardeerd tegen geamortiseerde kostprijs (nominale waarde). Te veel ontvangen bedragen van zorgverzekeraars boven gecontracteerde plafondafspraken en betalingen hierop worden weergegeven onder de kortlopende schulden in overeenstemming met de Handreiking omzetverantwoording 2013 en 2012.

Operationele leasing

Bij het Diakonessenhuis kunnen er leasecontracten bestaan waarbij een groot deel van de voor- en nadelen die aan de eigendom verbonden zijn, niet bij de instelling ligt. Deze leasecontracten worden verantwoord als operationele leasing. Verplichtingen uit hoofde van operationele leasing worden, rekening houdend met ontvangen vergoedingen van de lessor, op lineaire basis verwerkt in de winst-en-verliesrekening over de looptijd van het contract.

2.4.3. Grondslagen voor resultaatbepaling

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

De baten en de lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn, baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

Baten en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

Personeelsbeloningen

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

Diakonessenhuis

Pensioenen

Het Diakonessenhuis heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat is gebaseerd op het gemiddeld verdiende loon berekend over de jaren dat de werknemer pensioen heeft opgebouwd bij het Diakonessenhuis. De verplichtingen, welke voortvloeien uit deze rechten van haar personeel, zijn ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. Het Diakonessenhuis betaalt hiervoor premies waarvan de helft door de werkgever wordt betaald en de helft door de werknemer. De pensioenrechten worden jaarlijks geïndexeerd, indien en voor zover de dekkingsgraad van het pensioenfonds (het vermogen van het pensioenfonds gedeeld door haar financiële verplichtingen) dit toelaat. Naar de stand van ultimo februari 2014 is de dekkingsgraad van het pensioenfonds 110% (verplichting: 104,5%). In 2023 dient het pensioenfonds een dekkingsgraad van ten minste 123% te hebben. Het pensioenfonds verwacht hieraan te kunnen voldoen en voorziet geen noodzaak voor de aangesloten instellingen om extra stortingen te verrichten of om bijzondere premieverhogingen door te voeren. Het Diakonessenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij het pensioenfonds, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Het Diakonessenhuis heeft daarom alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Financiële baten en lasten

Rentebaten en rentelasten worden tijdsevenredig verwerkt, rekening houdend met de effectieve rentevoet van de desbetreffende activa en passiva.

2.4.4. Grondslagen voor kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld op basis van de indirecte methode. De geldmiddelen in het kasstroomoverzicht bestaan uit de liquide middelen (en indien van toepassing schulden aan kredietinstellingen). Ontvangsten en uitgaven uit hoofde van interest zijn opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten.

Kasstromen uit financiële afgeleide instrumenten die worden verantwoord als reëlewaarde-hedges of kasstroomhedges worden in dezelfde categorie ingedeeld als de kasstromen uit de afgedekte balansposten. Kasstromen uit financiële derivaten waarbij hedge accounting niet langer wordt toegepast, worden consistent met de aard van het instrument ingedeeld, vanaf de datum waarop de hedge accounting is beëindigd.

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

ACTIVA

2.5.1. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt

	31-dec-13	31-dec-12
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	74 457 159	77 022 620
Machines en installaties	12 039 409	12 548 482
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	37 455 487	35 417 827
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	3 362 596	6 014 717
Totaal materiële vaste activa	127 314 651	131 003 646

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

	2013	2012
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	131 003 646	121 796 731
Bij investeringen	11 107 954	23 242 201
Af afschrijvingen	14 796 949	14 035 286
Boekwaarde per 31 december	127 314 651	131 003 646
Aanschafwaarde	277 258 925	266 915 072
Cumulatieve herwaarderingen	382 050	382 050
Cumulatieve afschrijvingen	150 326 325	135 529 376

Toelichting:

Investeringen

In 2013 is voor een totaal bedrag van € 11,1 miljoen geïnvesteerd. De investeringen hebben voor € 5,0 miljoen betrekking op vervangings- en uitbreidingsinvesteringen betreffende (medische) inventaris, voor € 1,3 miljoen op vervangings- en uitbreidingsinvesteringen betreffende ICT, voor € 2,0 miljoen op verbouwingen/instandhouding, voor € 2,1 miljoen op gebouwen en voor € 0,7 miljoen op terreinvoorzieningen.

Voor een nadere specificatie van het verloop van de vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 2.6.

Op de panden rust hypotheekrecht.

Bedrijfswaarde

De bedrijfswaarde is naar de mening van de Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis op basis van interne berekeningen hoger dan de boekwaarde. De Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis heeft, zoals toegelicht onder de algemene waarderingsgrondslagen, gekozen voor waardering op basis van historische kosten.

Bij de huidige boekwaarde van het vastgoed is er geen bijzondere waardevermindering aan de orde.

2.5.2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt

	31-dec-13	31-dec-12
	€	€
Deelnemingen	131.891	133.158
Uitstaande leningen	163.992	206.887
Totaal financiële vaste activa	295.883	340.045

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt

	2013
	€
Boekwaarde per 1 januari	340.045
Bij kapitaalstortingen	0
Af: aflossing leningen	-42.895
Af: resultaat deelneming	-1.267
Boekwaarde per 31 december	295.883

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

Toelichting:

De deelneming betreft de Wizo B.V. waarvan de activiteiten in 2008 zijn beëindigd.

Daarnaast is onder de deelnemingen een bedrag van € 24.405 opgenomen dat de Stichting Diakonessenhuis aan haar coöperatieve verzekeraar Centramed beschikbaar heeft gesteld.

In 2012 zijn 2 verbouwingen uitgevoerd, die in resp 3 jaar en 10 jaar terug betaald zullen worden door de betreffende huurders.

Toelichting op belangen in andere rechtspersonen of vennootschappen:

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Verschaft kapitaal €	Kapitaalbelang (in %)	Eigen vermogen €	Resultaat 2013 €
Rechtstreekse kapitaalbelangen >= 20%:					
WIZO BV		18.151	100%	107.487	-1.267
Utrecht					
Zeggenschapsbelangen:					
Stichting Roezak				288.057	-1.027
Utrecht					

Toelichting:

Aard der activiteiten van Wizo B.V.

De vennootschap is opgericht per 19 december 1997 en had voornamelijk ten doel het aanschaffen en exploiteren van roerende zaken ten behoeve van instellingen in de gezondheidszorg en hiermee samenhangende activiteiten. De activiteiten zijn inmiddels beëindigd.

Aard der activiteiten van Stichting Roezak

De Stichting had ten doel het faciliteren van onderzoek, informatie en behandeling van personen die om enigerlei redenen medische en verzorgende bijstand behoeven, dan wel hiermee verbandhoudende activiteiten. De activiteiten zijn inmiddels beëindigd. Het doel van de Stichting is gewijzigd in thuiszorg.

2.5.3. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-13 €	31-dec-12 €
Medische middelen	2.553.556	1.875.724
Voedingsmiddelen	43.506	55.908
Hulpmiddelen	421.788	384.296
Overige voorraden: leenemballage	5.097	3.183
Totaal voorraden	3.023.947	2.319.111

Toelichting:

Er is geen voorziening voor incourantheid in aftrek op de voorraden gebracht.

In 2012 bedroeg deze voorziening € 122.058.

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

De specificatie is als volgt:

	31-dec-13 €	31-dec-12 €
Onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	1.092.030	5.629.191
Onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	22.938.328	15.528.422
Af: ontvangen voorschotten	-16.848.589	-16.676.624
Totaal onderhanden projecten	7.181.769	4.480.989

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

Toelichting:

De methodiek van berekening van het onderhandenwerk is per 1 januari 2013 gewijzigd van kostprijswaarde naar opbrengstwaarde. Het effect hiervan (€ 2,0 miljoen) is in overeenstemming met RJ 140 Stelselwijzingen verwerkt via het eigen vermogen per 1 januari in het saldo van de onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten segment A (€ 0,5 miljoen) en in het saldo van de onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten segment B (€ 1,5 miljoen).

Per saldo is het bedrag onderhandenwerk uit hoofde van DBC's / DBC zorgproducten met € 2,7 miljoen gestegen en komt uit op € 7,2 miljoen. Dit wordt veroorzaakt door een stijging van het onderhandenwerk, terwijl de bevoorschotting door verzekeraars vrijwel gelijk gebleven is.

2.5.5. Vorderingen en schulden uit hoofde van bekostiging**Schulden uit hoofde van bekostiging:**

	<u>31-dec-13</u>	<u>31-dec-12</u>
	€	€
1. Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	248 683	25 563
2. Schulden uit hoofde van transitierегeling	8 330 310	4 902 796
Totaal schulden uit hoofde van bekostiging	<u><u>8 578 993</u></u>	<u><u>4 928 359</u></u>

Specificatie vorderingen en schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk financieringsoverschot

	Correctie na vaststelling 2011	totaal
	€	€
Saldo per 1 januari	25 563	25 563
Financieringsverschil boekjaar	0	0
Correcties voorgaande jaren	223 120	223 120
Betalingen/ontvangsten	0	0
Subtotaal mutatie boekjaar	<u>223 120</u>	<u>223 120</u>
Saldo per 31 december	<u><u>248 683</u></u>	<u><u>248 683</u></u>

Stadium van vaststelling (per erkenning)

a

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

	<u>31-dec-13</u>	<u>31-dec-12</u>
	€	€
Waarvan gepresenteerd als:		
- vorderingen uit hoofde van financieringstekort	0	0
- schulden uit hoofde van financieringsoverschot	<u>248.683</u>	<u>25 563</u>
	<u><u>-248.683</u></u>	<u><u>-25 563</u></u>

Toelichting:

'Correctie voorgaande jaren' betreft correctie op facturatie naar aanleiding van controles. De NZa heeft nog geen besluit genomen over wijze van verrekenen met zorgverzekeraars.

Specificatie vorderingen uit hoofde van transitierегeling en schulden uit hoofde van transitierегeling**De specificatie is als volgt:**

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	€	€
Schaduwbudget (op basis van afspraken met verzekeraars)	94 766 425	93 229 145
Af: A omzet (inclusief overloop)	34 831 566	36 868 176
Af: B nieuw (binnen transitie-model = B-2013) honorariumomzet loondienst met vergoeding in schaduwbudget in B nieuw	64 983 531	61 521 807
Transitiebedrag	<u><u>-5 048 672</u></u>	<u><u>-5 160 838</u></u>

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

			31-dec-13	31-dec-12
			€	€
Waarvan gepresenteerd als:				
- vorderingen uit hoofde van transitieregeling			0	0
- schulden uit hoofde van transitieregeling			8 330 310	4 902 796
			<u>-8 330 310</u>	<u>-4 902 796</u>
Het transitiebedrag wordt verwerkt in:			2013	2012
			€	€
2012	95%	€ 4.796.239	-106 557	4 902 796
2013	70%	€ 3.534.071	3 534 071	0
		<u>€ 8.330.310</u>	<u>3 427 514</u>	<u>4 902 796</u>

Toelichting:

De NZa vereist in de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg dat een instelling voor medisch specialistische zorg de gerealiseerde omzet uit prestatiebekostiging en de omzet die zou zijn behaald onder de oude bekostigingssystematiek vaststelt. Het verschil tussen beide bedragen wordt aangeduid met de term transitiebedrag. De zorginstelling neemt een vordering respectievelijk een schuld uit hoofde van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg op als afzonderlijke post in de toelichting op de balans.

Het transitiebedrag 2012 is in 2013 op basis van de gefactureerde omzet 2012 aangepast van € 4,9 miljoen naar € 4,8 miljoen. Het transitiebedrag 2013 bedraagt € 3,5 miljoen. De NZa heeft beschikkingen gestuurd om voorlopig af te rekenen. Het Diakonessenhuis heeft hiertegen bezwaar aangetekend. De terugbetaling van het transitiebedrag is hangende de bezwaarprocedure opgeschort. Voor het bezwaar tegen de beschikkingen van de NZa heeft het Diakonessenhuis een reservering gevormd, deze is verantwoord onder de kortlopende schulden.

By het invullen van het transitieformulier ter definitieve vaststelling van het transitiebedrag zal de finaal gemaakte keuze in toerekening naar segment op basis van de mate van onjuistheid van de gehanteerde prijzen in het A segment nader gemotiveerd worden. De uitkomst hiervan kan zijn dat de uitkomst van de berekening van het transitiebedrag wordt bijgesteld.

Specificatie schulden uit hoofde van honorariumplafond

In €	Gedeclareerd aan het ziekenhuis	Gedeclareerd via het lokaal collectief	Totaal 2013	Totaal 2012
Lokaal omzetplafond	1.298 815	37.995 990	39 294 805	38 130 053
-/- gedeclareerd	673.784	36.043 142	36 716 926	32 938 765
-/- mutatie Onderhanden werk	-9 207	1.132 468	1.123.261	4.507.877
Saldo in balans (schuld)	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Toelichting:

Als de honorariumomzet van de vrijgevestigd specialisten boven het door de NZa vastgestelde plafond uitkomt, draagt de zorginstelling het meerdere af aan het zorgverzekeringsfonds. De zorginstelling neemt een schuld uit hoofde van een overschrijding van het honorariumplafond als afzonderlijke post op in de toelichting op de balans. De zorginstelling vermeldt in de toelichting op de balans de opbouw van de schuld uit hoofde van het honorariumplafond van vrijgevestigd specialisten in een instelling voor medisch specialistische zorg, onder vermelding van het stadium van vaststelling van het plafond.

De honorariumomzet van zowel aan het ziekenhuis gedeclareerd als via het collectief gedeclareerd zijn in 2013 niet boven het door de NZa vastgestelde plafond uitgekomen. Het opnemen van een schuld uit hoofde van een overschrijding van het honorariumplafond is dan ook niet van toepassing.

2.5.6. Overige vorderingen

De specificatie is als volgt.

	31-dec-13	31-dec-12
	€	€
Vorderingen op debiteuren	27.876 649	32.407 071
Nog te factureren omzet DBC's	60.163	1.417 279
Overige overlopende activa:		
Onderhandenwerk specialisten	501.813	0
Overig	4.304 275	4.256 280
Totaal overige vorderingen	<u>32.742.900</u>	<u>38.080 631</u>

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen op debiteuren is gebracht, bedraagt € 519.559. Ultimo 2012 bedroeg deze voorziening € 720.830.

Het onderhandenwerk specialisten was vorig jaar verantwoord onder de onderhandenwerk projecten uit hoofde van DBC's/DBC zorgproducten en bedroeg € 152.987.

De post overige bevat een bedrag aan nog te ontvangen subsidies van € 1,6 miljoen, een bedrag aan vooruit betaalde bedragen van € 1,6 miljoen en een bedrag van € 0,4 miljoen aan een nog te ontvangen teruggaaf basispremie WAO/WIA 2013.

Alle vorderingen hebben een looptijd korter dan een jaar.

2.5.7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-13</u>	<u>31-dec-12</u>
	€	€
Bankrekeningen	53.589.241	32.533.702
Kassen	15.184	9.841
Kruisposten	8.216	-49
Totaal liquide middelen	<u>53.612.641</u>	<u>32.543.494</u>

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting. De huidige kredietlimiet van het Diakonessenhuis bedraagt € 10 miljoen.

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

PASSIVA

2.5.8. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	31-dec-13	31-dec-12
	€	€
Kapitaal	2 309 968	2 309 968
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	38 883 918	33 830 083
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	1 164 468	1 164 468
Totaal eigen vermogen	42 358 354	37 304 519

Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-13	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-13
	€	€	€	€
Kapitaal	2 309 968	0	0	2 309 968
	2 309 968	0	0	2 309 968

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-13	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-13
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten				
Reserve aanvaardbare kosten	33 704 715	5 053 835	0	38 758 550
Bestemmingsreserves				
Bestemmingsreserve Kapelfonds	125 368	0	0	125 368
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	33 830 083	5 053 835	0	38 883 918

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-13	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-13
	€	€	€	€
Algemene reserves				
Algemeen vrij vermogen	1 164 468	0	0	1 164 468
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	1 164 468	0	0	1 164 468

Toelichting:

Het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen betreft de in 2002 ontvangen schenking van Stichting Vrienden van het Diakonessenhuis.

Het weerstandsvermogen bedraagt € 44,4 miljoen en bestaat uit het eigen vermogen (€ 42,4 miljoen) en een achtergestelde lening (€ 2,0 miljoen).

Door de stelselwijziging op de onderhanden projecten DBC's / DBC zorgproducten is de reserve aanvaardbare kosten per 1 januari 2013 verhoogd met € 2,0 miljoen overeenkomstig de voorgeschreven verwerkingwijze van RJ 140 Stelselwijzigingen.

2.5.9. Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-13	Dotatie	Onttrekking	Vrijval	Saldo per 31-dec-13
	€	€	€	€	€
Groot onderhoud	10.092.547	7.463	405.270	800.000	8.894.740
Eigen risico WA verzekering	886.259	15.399	82.330	0	819.328
Jubilea	704.895	62.197	0	0	767.092
PLB	783.023	0	11.910	0	771.113
Langdurig zieken	760.440	303.078	0	0	1.063.518
Totaal voorzieningen	13.227.164	388.137	499.510	800.000	12.315.791

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

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

	<u>31-dec-13</u>
	€
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jaar)	3 875 925
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jaar en < 5 jaar)	7 317 196
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	1 122 670

Toelichting per categorie voorziening:

Groot onderhoud

De voorziening groot onderhoud is gevormd ter dekking van onderhoudskosten van locatie Utrecht en Zeist. De dotatie ten gunste van deze voorziening komt voort uit de lange termijn onderhoudsplan (LTOP) zoals vastgesteld in 2011 en geactualiseerd 2012 en 2013.

Eigen risico WA verzekering

De voorziening Eigen risico WA verzekering dient ter dekking van toekomstige verplichtingen ten aanzien van nog af te handelen claims, welke ten laste komen van het eigen risico bij de verzekeringsmaatschappij. Deze is herberekend per 31 december 2013

Jubilea

Het betreft een voorziening gevormd uit hoofde van verplichtingen inzake gratificaties die worden uitgekeerd bij jubilea, zoals vastgesteld in de Cao-ziekenhuiswezen. Deze is herberekend per 31 december 2013

Persoonlijk Levensfase Budget

De voorziening Persoonlijk Levensfase Budget dient ter dekking van toekomstige verplichtingen van PLB-uren voortvloeiende uit de specifieke overgangsregeling, voor personeel in de leeftijdscategorie 45-49 jaar (peildatum 31/12/2009). Dit is conform de CAO Ziekenhuizen 2011-2014. De voorziening wordt gevormd om de kosten van toekomstige verminderde arbeidsprestaties te dekken. In deze voorziening is niet meegenomen de algemene overgangsregeling waarbij huidige oudere werknemers jaarlijks meer verlofrechten worden toegekend dan aan jongere werknemers

De reguliere rechten Persoonlijk Levensfase Budget in het kalenderjaar voor het gehele personeelsbestand zijn verantwoord onder de kortlopende schulden

Langdurig zieken

De voorziening langdurig zieken houdt verband met het bepaalde in RJ 271 Personeelsbeloningen. Aangezien het Diakonessenhuis eigen risicodragend is, is deze voorziening getroffen voor op balansdatum bestaande verplichtingen tot het in de toekomst doorbetalen van beloningen aan personeelsleden die op balansdatum naar verwachting blijvend geheel of gedeeltelijk niet in staat zijn om werkzaamheden te verrichten door ziekte of arbeidsongeschiktheid

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

De specificatie is als volgt

	<u>31-dec-13</u>	<u>31-dec-12</u>
	€	€
Schulden aan banken	99 285 045	74 635 888
Overige langlopende schulden	2 000 000	2 000 000
Totaal langlopende schulden	<u>101 285 045</u>	<u>76 635 888</u>

Het verloop is als volgt weer te geven

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	€	€
Stand per 1 januari	88 948 415	96 416 340
Bij: nieuwe leningen	25 750 000	0
Af: aflossingen	5 320 944	7 467 922
Af: correctie	0	3
Stand per 31 december	<u>109 377 471</u>	<u>88 948 415</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	8 092 426	5 320 944
Af: Bouwdepot	0	6 991 583
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>101 285 045</u>	<u>76 635 888</u>

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

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	€	€
Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jaar), aflossingsverplichtingen	8 092 426	5 320 944
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jaar) (balanspost)	101 285 045	83 627 471
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	74 363 787	64 704 227

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage 2.7 overzicht langlopende schulden. De aflossingsverplichtingen zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.

Toelichting:
De achtergestelde lening van Stichting Vrienden van het Diakonessenhuis is in 2009 met 15 jaar verlengd tot 2025.
Per d.d. 28 september 2010 is er door de Stichting Diakonessenhuis een financiering aangetrokken bij N.V. Bank Nederlandse Gemeenten en Coöperatieve Rabobank Utrechtse Heuvelrug U.A., ten behoeve van investeringen in nieuwbouw, verbouw, inventaris/ICT en werkkapitaal ten bedrage van € 105 miljoen. Hiervan is € 19,3 miljoen niet getrokken. Voor financiering werkkapitaal is € 10 miljoen beschikbaar.
Per d.d. 30 december 2013 is door Stichting Diakonessenhuis een wijzigingsovereenkomst gesloten op het financieringscontract van 28 september 2010 met N.V. Bank Nederlandse Gemeenten en Coöperatieve Rabobank Utrechtse Heuvelrug U.A., ten behoeve van investeringen in nieuwbouw, verbouw, inventaris/ICT ten bedrage van € 19,3 miljoen.
De gestelde zekerheden zijn als volgt:
→ Hypotheekrecht tot een bedrag van € 240 miljoen (vermeerderd met 35% van dat bedrag voor rente en kosten) op de registergoederen van Stichting Diakonessenhuis staande en gelegen te Utrecht en Zeist alsmede op de nieuw te bouwen registergoederen.
→ Verpanding van huidige en toekomstige vorderingen uit hoofde van beroep en bedrijf, voorraden, inventaris incl. machinepark en rollend materiaal en overige roerende activa van Stichting Diakonessenhuis.
Roerende en onroerende zaken die als zekerheid gelden, moeten blijvend en voldoende worden verzekerd tegen de gebruikelijke risico's.

2.5.11. Overige kortlopende schulden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-13	31-dec-12
	€	€
Crediteuren	5.489.771	8.731.939
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	8.092.425	5.320.944
Belastingen en sociale premies	5.348.252	5.052.690
Schulden ter zake pensioenen	1.311.380	1.270.376
Nog te betalen salarissen	22.706	7.158
Vakantiegeld	3.373.650	3.270.595
Vakantiedagen	1.597.804	1.602.089
PLB uren	5.149.149	3.815.922
Overige schulden:		
Rekening courant maatschappen	4.030.050	7.981.712
Terugbetalingsverplichting zorgverzekeraars	0	26.917.860
Overige schulden en overlopende passiva	18.246.655	5.754.929
Reservering herinrichtingen organisatie	355.199	223.027
Omzetplafond	6.334.248	6.432.750
Nog te betalen kosten		
Interest leningen	282.319	289.995
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	59.633.608	76.671.986

Toelichting:
De post overige schulden en overlopende passiva bevat een bedrag voor verplichtingen aan verzekeraars van € 8,6 miljoen, een bedrag voor nog te betalen bedragen voor € 2,2 miljoen en een bedrag van € 1,7 miljoen aan reserveringen. Daarnaast is onder de kortlopende schulden de reservering verantwoord inzake de lopende bezwaarprocedure tegen de beschikkingen die het Diakonessenhuis van de NZa heeft ontvangen voor voorlopige verrekening van het transitiebedrag.
De kortlopende schulden hebben overwegend een looptijd korter dan een jaar. Voor enkele posten is de looptijd moeilijk voorspelbaar.

2.5. TOELICHTING OP DE BALANS 2013

2.5.12. Niet in de balans opgenomen regelingen

Verplichtingen uit hoofde van het macrobeheersinstrument

Het macrobeheersinstrument wordt door de minister van VWS ingezet om overschrijdingen van het macrokader 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 2013 is het mbi-omzetplafond door de NZa vastgesteld op € 17.578 miljoen (prijsniveau 2012).

Bij het opstellen van de jaarrekening 2013 bestaat nog geen inzicht in realisatie van het mbi-omzetplafond over 2013. Stichting Diakonessenhuis 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 2013.

Huurverplichtingen

In het verslagjaar is evenals andere jaren het onroerend goed ten dienste van locatie Doorn gehuurd van Stichting Quarijn. Er bestaan huurverplichtingen ten bedrage van € 123.910 per jaar, dit is inclusief € 20.012 servicekosten per jaar. De huurovereenkomst is voortgezet tot 31 december 2015.

Overige huur/leaseovereenkomsten

Voor centrale kopieerapparatuur zijn leaseovereenkomsten gesloten ten bedrage van circa € 190.000 per jaar. Het contract met Ricoh heeft een looptijd van 1-jan-2011 tot 1-jan-2016. Het contract met Xerox loopt van 1-sep-2011 tot 1-mrt-2016.

Tevens zijn er een drietal auto's in de lease genomen met een jaarlijks leasebedrag ter waarde van € 27.164.

Ford Transit contractduur 1-nov-2009 tot 1-nov-2014.

Peugeot Partner contractduur 1-nov-2011 tot 1-nov-2014.

Peugeot Partner contractduur 1-nov-2011 tot 1-nov-2014.

Huurrechten

Door de Stichting Diakonessenhuis worden ruimten verhuurd aan andere (zorg)instellingen voor een totaal jaarbedrag van € 735.331.

Overige rechten

Op balansdatum stond voor een bedrag van € 2.409.779 aan nog te ontvangen goederen open.

2.6. MUTATIEOVERZICHT MATERIËLE VASTE ACTIVA

	Bedrijfs- gebouwen en terreinen €	Machines en installaties €	Andere vaste bedrijfs- middelen, technische en administratieve ultrusting €	Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa €	Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa €	Totaal €
Stand per 1 januari 2013						
- aanschafwaarde	142.773.915	31.332.280	86.794.160	6.014.717	0	266.915.072
- cumulatieve herwaarderingen	382.050	0	0	0	0	382.050
- cumulatieve afschrijvingen	-66.133.345	-18.783.798	-51.376.333	0	0	-136.293.476
Boekwaarde per 1 januari 2013	77.022.620	12.548.482	35.417.827	6.014.717	0	131.003.646
Mutaties in het boekjaar						
- investeringen	0	0	0	11.107.954	0	11.107.954
- mutatie gereed	2.860.645	610.982	10.288.447	-13.760.074	0	0
- herwaarderingen	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	-5.426.107	-1.120.055	-8.250.788	0	0	-14.796.949
- bijzondere waardeverminderingen	0	0	0	0	0	0
- terugname geheel afgeschreven activa						
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0
- de investeringen						
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	0
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-2.565.461	-509.073	2.037.660	-2.652.120	0	-3.688.994
Stand per 31 december 2013						
- aanschafwaarde	145.634.560	31.943.262	97.082.607	3.362.597	0	278.023.026
- cumulatieve herwaarderingen	382.050	0	0	0	0	382.050
- cumulatieve afschrijvingen	-71.559.452	-19.903.853	-59.627.121	0	0	-151.090.425
Boekwaarde per 31 december 2013	74.457.159	12.039.409	37.455.487	3.362.597	0	127.314.651
Afschrijvingspercentage	0,0% - 10,0%	5,0%	10,0% - 20,0%	0,0%	0,0%	

Diakonessenhuis

2.7. OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2013

Leningnr Diak	Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale loop- tijd	Soort lening	Werk- lijke- rente	Restschuld 31 december 2012	Nieuwe leningen in 2013	Aflossing in 2013	Restschuld 31 december 2013	Restschuld over 5 jaar	Resterende looptijd in jaren	Aflossings- wijze	Aflossing 2014	Restschuld 31 december 2014
			€			%	€	€	€	€	€			€	€
2	BNG	1994	4.537.802	30 jr	Hypothecair	4,93%	1.812.941	0	151.381	1.661.560	904.655	10 3/4 jr	Lineair	151.381	1.510.179
4	BNG	1996	15.428.528	26 1/4 jr	Hypothecair	4,67%	5.431.750	0	590.368	4.841.382	1.889.542	8 3/4 jr	Lineair	590.368	4.251.014
8	Rabobank	1999	4.537.802	20 jr	Hypothecair	3,00%	1.588.231	0	226.890	1.361.341	226.890	5 1/2 jr	Lineair	226.890	1.134.451
6	Rabobank	2002	6.872.501	13 jr	Hypothecair	4,598%	1.585.962	0	528.654	1.057.308	0	1 1/4 jr	Lineair	528.654	528.654
10	Rabobank	2002	3.654.000	29 3/4 jr	Hypothecair	3,40%	2.436.000	0	121.800	2.314.200	1.705.200	18 1/4 jr	Lineair	121.800	2.192.400
13	Rabobank	2003	4.400.000	121mnd	Hypothecair	3,86%	700.000	0	700.000	0	0	nvt	Lineair	0	0
14	BNG	2003	5.000.000	20 jr	Hypothecair	4,86%	2.812.500	0	250.000	2.562.500	1.312.500	9 11/12 jr	Lineair	250.000	2.312.500
15	St. Vrienden	2003	2.000.000	15 jr	Achteregeleid	2,93%	2.000.000	0	0	2.000.000	2.000.000	12 jr	Aflossingsvrij	0	2.000.000
16	Rabobank	2004	7.000.000	9 jr	Hypothecair	4,851%	518.519	0	518.519	0	0	nvt	Lineair	0	0
17	BNG	2004	7.000.000	12 jr	Hypothecair	5,25%	2.187.511	0	583.332	1.604.179	0	2 3/4 jr	Lineair	583.332	1.020.847
11	Rabobank	2010	8.250.000	33 jr	Hypothecair	3,55%	7.625.000	0	250.000	7.375.000	6.125.000	29 1/4 jr	Lineair	250.000	7.125.000
20	Rabobank	2005	8.500.000	10 jr	Hypothecair	3,497%	2.550.000	0	850.000	1.700.000	0	2 jr	Lineair	850.000	850.000
22	Rabobank	2006	5.500.000	20 jr	Hypothecair	4,145%	3.850.000	0	275.000	3.575.000	2.200.000	12 2/12 jr	Lineair	275.000	3.300.000
23	BNG	2006	5.500.000	20 jr	Hypothecair	4,12%	3.850.000	0	275.000	3.575.000	2.200.000	12 2/12 jr	Lineair	275.000	3.300.000
24	Rabobank	2010	25.000.000	18 jr	GO-faciliter	variabel ¹⁾	25.000.000	0	0	25.000.000	20.000.000	25 jr	Lineair	1.000.000	24.000.000
25	BNG	2010	25.000.000	18 jr	GO-faciliter	variabel ¹⁾	25.000.000	0	0	25.000.000	20.000.000	25 jr	Lineair	1.000.000	24.000.000
26	Rabobank	2013	8.000.000	10 jr	Hypothecair	variabel ²⁾		8.000.000	0	8.000.000	4.000.000	10 jr	Lineair	800.000	7.200.000
27	BNG	2013	8.000.000	10 jr	Hypothecair	variabel ²⁾		8.000.000	0	8.000.000	4.000.000	10 jr	Lineair	800.000	7.200.000
28	Rabobank	2013	4.875.000	25 jr	Hypothecair	variabel ³⁾		4.875.000	0	4.875.000	3.900.000	25 jr	Lineair	195.000	4.680.000
29	BNG	2013	4.875.000	25 jr	Hypothecair	variabel ³⁾		4.875.000	0	4.875.000	3.900.000	25 jr	Lineair	195.000	4.680.000
Totaal							88.948.414	25.750.000	5.320.944	109.377.470	74.363.787			8.092.425	101.285.045

¹⁾ Middels een SWAP contract is de rente vastgezet op 4,805%.

²⁾ Middels een SWAP contract is de rente vastgezet op 4,87%.

³⁾ Middels een SWAP contract is de rente vastgezet op 5,25%.

De marktwaarde van de renteswap is negatief en bedraagt ultimo 2013€ 6,5 mln (2012: € 10,2 mln).

2.8. TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING 2013

BATEN

2.8.1. Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg	0	2.590.255
Totaal	0	2.590.255

Toelichting:

De post uit 2012 betreft nagekomen baten 2011.

2.8.2. Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment)

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Opbrengsten in opdracht van andere instellingen	1.360.152	1.462.093
Totaal	1.360.152	1.462.093

Toelichting:

In de niet-gebudgetteerde zorgprestaties is geen honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten verwerkt.

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

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Gefactureerde omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	133.437.994	108.378.489
Mutatie onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	7.409.907	13.302.808
Totaal	140.847.901	121.681.297

Toelichting:

DBC-zorgproducten B segment zijn de zorgproducten waarvoor geen maximum tarieven zijn vastgesteld.
In de omzet B-segment is geen honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten verwerkt.

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

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Gefactureerde omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	30.283.296	44.324.715
Mutatie onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	-4.537.161	-7.456.539
Totaal	25.746.135	36.868.176

Toelichting:

Voor DBC-zorgproducten A-segment zijn maximum tarieven vastgesteld.
In de omzet A-segment is geen honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten verwerkt.

2.8.5. Opbrengsten uit hoofde van transitieregelingen en honorariumplafonds

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Opbrengst uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg	-9.144.202	-4.902.796
Honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	721.080	927.541
Totaal	-8.423.122	-3.975.255

2.8. TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING 2013

Toelichting:

Dit betreft de mutatie in het transitiebedrag 2012 en 2013 en de hiermee verbandhoudende voorziene risico's. Voor de berekening zie ook de toelichting die is opgenomen onder 2.5.5. en zie voor de voorziene risico's zoals verantwoord onder de kortlopende schulden verder 2.5.11.

De honorariumopbrengsten betreft de 'aan' het ziekenhuis gedeclareerde honorariumopbrengsten.

2.8.6. Subsidies

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS (waaronder opleidingsfonds)	9.913.294	9.173.996
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	144.560	121.975
Totaal	10.057.854	9.295.971

Toelichting:

De rijkssubsidie betreft de ontvangen subsidie voor de opleiding van AIOS.

Overige subsidies betreffen ontvangen subsidie van de Hogeschool Utrecht Gezondheidszorg en van Hogeschool In Holland.

2.8.7. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt:

	2013	2012
	€	€
Overige dienstverlening:		
- Doorberekende administratieve diensten	457.254	435.317
- Doorberekende facilitaire diensten	1.850.076	1.742.992
- Patiënt gebonden functies	3.048.620	1.920.987
Overige opbrengsten:		
- Doorberekende salariskosten medisch personeel	6.148.070	5.278.760
- Doorberekende salariskosten ondersteunend personeel	929.415	1.382.393
- Huuropbrengsten	735.331	734.215
- Geneesmiddelen	1.385.045	348.632
- Overige opbrengsten	896.602	1.001.869
Totaal	15.450.413	12.845.166

Toelichting:

In totaliteit liggen de overige bedrijfsopbrengsten € 2,6 miljoen hoger dan in 2012. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een hoger bedrag voor honorarium specialisten in loondienst, mede als gevolg van de stelselwijziging in de bepaling van het OHW en hogere opbrengsten van geneesmiddelen door de start van de poliklinische apotheek per december 2012.

2.8. TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING 2013

LASTEN

2.8.8. Personeelskosten

De specificatie is als volgt:

	2013 €	2012 €
Lonen en salarissen	79.574.622	75.039.932
Sociale lasten	11.086.188	10.573.444
Pensioenpremies	7.066.101	6.564.188
Andere personeelskosten:		
Overige personeelskosten	4.262.703	4.082.231
Subtotaal	101.989.614	96.259.795
Personeel niet in loondienst	1.798.685	3.842.191
Totaal personeelskosten	103.788.299	100.101.986

Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:

Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van fulltime eenheden	1.820	1.780
Aantal personeelsleden dat buiten Nederland werkzaam is	0	0

Toelichting:

De stijging ten opzichte van 2012 wordt met name verklaard door een loonsverhoging per 1-7-2012 en 1-7-2013 van 1,5% en 2%, een hoger percentage voor sociale lasten en door een verschuiving van ingehuurd personeel naar personeel in loondienst. Verder zijn er, mede door de opening van de poliklinische apotheek, meer FTE. De inzet van het personeel niet in loondienst brengt ten opzichte van een jaar ervoor minder kosten met zich mee.

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

De specificatie is als volgt:

	2013 €	2012 €
Vrijgevestigde specialisten die 'AAN' declareren	721.080	927.541
Totaal	721.080	927.541

Toelichting:

Dit betreft de uitbetaling van de 'aan' het ziekenhuis gedeclareerde honorariumopbrengsten.

2.8.10. Afschrijvingen op materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	2013 €	2012 €
Afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	14.796.949	14.035.286
Totaal afschrijvingen	14.796.949	14.035.286

Toelichting:

De afschrijvingen zijn bepaald op de inschatting van de verwachte economische levensduur en de eventuele restwaarde van de panden.

2.8. TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING 2013

2.8.11. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	6.868.886	6.390.165
Algemene kosten	9.062.784	8.661.158
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	35.565.566	35.810.140
Klantgebonden kosten	721.542	6.903
Onderhoud en energiekosten	3.707.922	3.906.617
Huur en leasing	343.053	283.416
Dotaties en vrijval voorzieningen	551.651	436.187
Totaal overige bedrijfskosten	<u><u>56.821.404</u></u>	<u><u>55.494.586</u></u>

Toelichting:

De overige bedrijfskosten zijn met € 1,3 miljoen gestegen ten opzichte van een jaar eerder. Dit wordt verklaard door hogere kosten voor voedingsmiddelen en hotelmatige kosten (€ 0,5 miljoen, met name schoonmaakkosten), voor algemene kosten (€ 0,4 miljoen, met name licentiekosten), voor klantgebonden kosten (€ 0,7 miljoen, hetgeen samenhangt met de start van de poliklinische apotheek eind 2012).

2.8.12. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	€	€
Rentebaten	16.415	39.472
Resultaat deelnemingen	0	0
Subtotaal financiële baten	<u>16.415</u>	<u>39.472</u>
Rentelasten	-3.742.863	-3.587.751
Resultaat deelnemingen	-1.267	-995
Overige financiële lasten	-130.051	-121.477
Subtotaal financiële lasten	<u>-3.874.181</u>	<u>-3.710.223</u>
Totaal financiële baten en lasten	<u><u>-3.857.766</u></u>	<u><u>-3.670.751</u></u>

Toelichting:

De financiële baten en lasten bedragen € 3,9 miljoen per saldo aan lasten, € 187.000 meer lasten dan een jaar eerder. De rentebaten zijn gedaald door een daling van het rentepercentage op banktegoeden. Daarnaast zijn de rentelasten enerzijds gedaald door de aflossingen op de langlopende leningen en anderzijds gestegen door de rentelasten en kosten die verband houden met het onttrokken deel van het bouwdepot en leningen A1 en A2.

2.8.13. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie? Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht
 Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie? Tweehoofdig met voorzitter

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2013 is als volgt:

Naam	R. Florijn	W.N.M. Hustinx
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	1-5-2008	1-4-2009
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	Ja	Ja
3 Zo nee: tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?		
4 Is deze gewezen bestuurder sindsdien nog in dienst van uw organisatie (Zo ja: dan dienen de gegevens over de bezoldiging van deze gewezen bestuurder met functienaam en eigenaam te worden vermeld onderaan de WNT-tabel onder 26.)?	nvt	nvt
5 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	Arbeids- overeenkomst voor bepaalde tijd	Arbeids- overeenkomst voor bepaalde tijd
6 Welke salarisregeling is toegepast?	NVZD regeling jan. 2007	NVZD regeling jan. 2007
7 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	100%	100%
8 Beloning (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	€ 242.348	€ 203.054
a. Waarvan: verkoop verlofuren	€ -	€ -
b. Waarvan: nabetalings voorgaande jaren	€ -	€ -
9 Wat is de totale som van de eventuele vergoedingen in natura (o.a. huisvesting, auto (mede) voor privégebruik, laagrentende leningen, etc.)?	€ -	€ -
10 Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen	€ 25.860	€ 21.876
11 Werkgeversbijdrage sociale verzekeringspremies	€ 4.307	€ 4.307
12 Voorzieningen ten behoeve van beloning betaalbaar op termijn (o.a. werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU, sabbatical, aanvulling sociale uitkering, arbeidsongeschiktheidsuitkering, etc.)	€ 57.210	€ 47.505
13 Winstdelingen en bonusbetalingen	€ 43.533	€ 27.338
14 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	€ -	€ -
15 Totaal bezoldiging (8 t/m 14, excl. 8a en b)	€ 373.257	€ 304.081

Toelichting:

Het contract van de heer R. Florijn heeft een bepaalde looptijd tot 1 mei 2015 en van de heer W.N.M. Hustinx een bepaalde looptijd tot 1 april 2016.

De toegekende bonus is verkregen voor het behalen van gestelde doelen.

Diakonessenhuis

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2013 is als volgt

Naam	De heer dr. J.G.F. Veldhuis	De heer prof. dr. J.B.L. Hoekstra	Mevr. prof. dr. B. Meyboom - de Jong	De heer drs. M. Niggebrugge
1 Vanaf welke datum was de toezichthouder voor het eerst in de huidige functie van toezichthouder werkzaam binnen de organisatie?	1-10-2010	1-1-2010	1-3-2010	1-8-2006
2 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van de Raad van Toezicht geweest?	Ja	Nee	Nee	Nee
3 Nevenfunctie(s)	Zie 1.3	Zie 1.3	Zie 1.3	Zie 1.3
4 Beloning (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	€ 10.208	€ 11.500	€ 11.500	€ 6.708
5 Wat is de totale som van de eventuele vergoedingen in natura (o.a. huisvesting, auto (mede) voor privégebruik, laagrentende leningen, etc.)?	0	0	0	0
6 Vaste en variabele onkostenvergoedingen	0	0	0	0
7 Werkgeversbijdrage sociale verzekeringspremies	0	0	0	0
8 Voorzieningen ten behoeve van beloning betaalbaar op termijn (o.a. werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU, sabbatical, aanvulling sociale uitkering, arbeidsongeschiktheidsuitkering, etc.)	0	0	0	0
9 Winstdelingen en bonusbetalingen	0	0	0	0
10 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	0	0	0	0
11 Totaal bezoldiging (4 t/m 10)	€ 10.208	€ 11.500	€ 11.500	€ 6.708
Naam	De heer mr. dr. M. Oosting	Mevr. mr. R.H.M. Jansen	de heer B. Koolstra	
1 Vanaf welke datum was de toezichthouder voor het eerst in de huidige functie van toezichthouder werkzaam binnen de organisatie?	1-3-2012	1-3-2012	1-8-2013	
2 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van de Raad van Toezicht geweest?	Ja	Nee	Nee	
3 Nevenfunctie(s)	Zie 1.3	Zie 1.3	Zie 1.3	
4 Beloning (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	€ 13.706	€ 11.250	€ 4.763	
5 Wat is de totale som van de eventuele vergoedingen in natura (o.a. huisvesting, auto (mede) voor privégebruik, laagrentende leningen, etc.)?	0	0	0	
6 Vaste en variabele onkostenvergoedingen	0	0	0	
7 Werkgeversbijdrage sociale verzekeringspremies	0	0	0	
8 Voorzieningen ten behoeve van beloning betaalbaar op termijn (o.a. werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU, sabbatical, aanvulling sociale uitkering, arbeidsongeschiktheidsuitkering, etc.)	0	0	0	
9 Winstdelingen en bonusbetalingen	0	0	0	
10 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	0	0	0	
11 Totaal bezoldiging (4 t/m 10)	€ 13.706	€ 11.250	€ 4.763	

Toelichting:

De heer dr. J.G.F. Veldhuis en de heer drs. M. Niggebrugge waren lid tot 1 augustus 2013. De heer B. Koolstra is lid per 1 augustus 2013.

2.8.14. Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2013 in het kader van de WNT verantwoord worden, is als volgt:

Functionaris (functienaam)	Voorzitter RvB	Lid RvB	Voorzitter RvT	Lid/Voorzitter RvT
Naam functionaris	R. Florijn	W.N.M. Hustinx	J.G.F. Veldhuis	M. Oosting
In dienst vanaf (datum)	1-mei-08	1-apr-09	1-okt-10	1-mrt-12
In dienst tot (datum)	1-mei-15	1-apr-16	1-aug-13	
Deeltijdfactor (percentage)	100,00%	100,00%		
Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	€ 242.348	€ 203.054	€ 10.208	€ 13.706
Winstdelingen en bonusbetalingen	€ 43.532	€ 27.338	€ -	€ -
Totaal beloning	€ 285.880	€ 230.392	€ 10.208	€ 13.706
Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	€ 25.860	€ 21.876	€ -	€ -
Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn	€ 57.210	€ 47.505	€ -	€ -
Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal bezoldiging in kader van de WNT	€ 368.949	€ 299.774	€ 10.208	€ 13.706
WNT Norm 2013	€ 228.599	€ 228.599	€ 10.001	€ 13.811
Functionaris (functienaam)	Lid RvT	Lid RvT	Lid RvT	Lid RvT
Naam functionaris	M. Niggebrugge	B. Meyboom-de Jong	J.B.L. Hoekstra	R.H.M. Jansen
In dienst vanaf (datum)	1-aug-06	1-mrt-10	1-jan-10	1-mrt-12
In dienst tot (datum)	1-aug-13	1-jan-14	1-jan-14	
Deeltijdfactor (percentage)				
Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	€ 6.708	€ 11.500	€ 11.500	€ 11.250
Winstdelingen en bonusbetalingen	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal beloning	€ 6.708	€ 11.500	€ 11.500	€ 11.250
Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	€ -	€ -	€ -	€ -
Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn	€ -	€ -	€ -	€ -
Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal bezoldiging in kader van de WNT	€ 6.708	€ 11.500	€ 11.500	€ 11.250
WNT norm 2013	€ 6.667	€ 11.430	€ 11.430	€ 11.430
Functionaris (functienaam)	Lid RvT	Arts	Arts	Arts
Naam functionaris	B. Koolstra			
In dienst vanaf (datum)	1-aug-13	1-dec-06	1-feb-07	1-mei-07
In dienst tot (datum)				
Deeltijdfactor (percentage)		100,00%	80,00%	80,00%
Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld, Winstdelingen en bonusbetalingen)	€ 4.763	€ 248.797	€ 207.331	€ 205.278
Totaal beloning	€ 4.763	€ 248.797	€ 207.331	€ 205.278
Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	€ -	€ 285	€ -	€ -
Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn	€ -	€ 29.510	€ 24.579	€ 24.327
Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal bezoldiging in kader van de WNT	€ 4.763	€ 278.592	€ 231.910	€ 229.605
WNT norm 2013	€ 4.762	€ 228.599	€ 182.879	€ 182.879

Diakonessenhuis

Functionaris (functienaam)		Arts	Arts
In dienst vanaf (datum)		1-mei-07	13-dec-10
In dienst tot (datum)			
Deeltijdfactor (percentage)		80,00%	80,00%
Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld,	€	198.817	€ 166.642
Winstdelingen en bonusbetalingen	€	-	€ -
Totaal beloning	€	198.817	€ 166.642
Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	€	-	€ -
Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn	€	23.533	€ 19.579
Uitkeringen in verband met beëindiging van het	€	-	€ -
Totaal bezoldiging in kader van de WNT	€	<u>222.349</u>	<u>€ 186.221</u>
WNT norm 2013	€	182.879	€ 182.879

Motivatie overschrijding van de maximale bezoldiging:

Bovengenoemd loon is op jaarbasis. Door de markttoeslagen voor de betreffende medisch specialisten ligt dit inkomen boven de norm. Het loon voor de Raad van Bestuur is bepaald op basis van de regels van de NVZD vanaf januari 2007. Voor deze functionarissen geldt de normoverschrijding bij de RvT-leden is veroorzaakt door afspraken uit het verleden. Voor nieuwe RvT leden valt de beloning onder de norm.

Overige:

In 2013 is geen sprake van topfunctionarissen en gewezen topfunctionarissen zonder dienstbetrekking.
Voor de overige functionarissen zijn er bij einde dienstverband geen uitkeringen boven de WNT norm verstrekt.

2.8.15. Honoraria accountant

	2013	2012
	€	€
De honoraria van de accountant over 2013 zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	164.009	132.479
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	17.965	14.981
3 Fiscale advisering	9.412	14.587
4 Niet-controlediensten	795	12.381
Totaal honoraria accountant	<u>192.181</u>	<u>174.428</u>

2.8.16. 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 2.8.13.

2.8.17. Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

De heer drs. R. Florijn

De heer mr. dr. M. Oosting

De heer dr. W.N.M. Hustinx

Mevrouw mr. R.H.M. Jansen

De heer B. Koolstra

De heer drs. W.M.L.C.M. Schellekens
(per 1 januari 2014)

De heer prof. dr. J. Kievit
(per 1 januari 2014)

3 OVERIGE GEGEVENS

3.1. Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis heeft de jaarrekening vastgesteld in de vergadering van 13 mei 2014.

De Raad van Toezicht van het Diakonessenhuis heeft de jaarrekening goedgekeurd in de vergadering van 22 mei 2014.

3.2. Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 2.2.

3.3. Gebeurtenissen na balansdatum

Geen sprake van gebeurtenissen na balansdatum

3.4. Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.



Kopie

Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan: de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van Stichting Diakonessenhuis

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport opgenomen jaarrekening 2013 van Stichting Diakonessenhuis te Utrecht gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2013 en de resultatenrekening over 2013 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, in overeenstemming met de in Nederland geldende Regeling verslaggeving WTZi en de Beleidsregels toepassing Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT), alsmede voor het opstellen van het jaarverslag overeenkomstig Richtlijn voor de Jaarverslaggeving 655 'Zorginstellingen'. De Raad van Bestuur is tevens verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die voldoet aan de WNT-eisen van financiële rechtmatigheid, zoals opgenomen in het Controleprotocol WNT van de Beleidsregels toepassing WNT.

De Raad van Bestuur is voorts verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als zij noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening en de naleving van die WNT-eisen van financiële rechtmatigheid mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden en de Beleidsregels toepassing WNT, inclusief het Controleprotocol WNT. 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.

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V., Fascinatio Boulevard 350, 3065 WB Rotterdam, Postbus 8800,
3009 AV Rotterdam
T: 088 792 00 10, F: 088 792 95 33, www.pwc.nl

PwC is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Personeel & Insurance Services B.V. (KvK 54276369), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180290) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen van deze vennootschappen zijn algemene verkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene verkoopvoorwaarden die ook zijn gepubliceerd bij de Kamer van Koophandel in Amsterdam.



Kopie

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, alsmede voor de naleving van de WNT-eisen van financiële rechtmatigheid, 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 de gebruikte WNT-eisen van financiële rechtmatigheid 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 met beperking te bieden.

Onderbouwing van het oordeel met beperking

In 2012 is voor de curatieve medisch specialistische zorg prestatiebekostiging ingevoerd in de vorm van de DOT-systematiek. Deze bekostiging blijkt zowel in 2012 als in 2013 generieke landelijke risico's en onduidelijkheden te bevatten, die zich voordoen bij alle instellingen. De risico's en onduidelijkheden hebben met name betrekking op de registratie- en facturatiebepalingen. Deze bepalingen bevatten diverse open normen, die gedurende en na afloop van het boekjaar nader zijn geduid door de regelgever. Het met terugwerkende kracht volledig voldoen aan achteraf vastgestelde nadere duidingen is onmogelijk en de consequenties zijn niet betrouwbaar in te schatten. Tevens is er sprake van in de NZa circulaire 'Toelichting regelgeving MSZ' CI/14/3c en 'Omzetverantwoording medisch specialistische zorg 2012', (CI/13/9c), benoemde problematiek op specifieke aspecten en coulantie op bepaalde onderdelen. Daarnaast is er sprake van andere landelijke onzekerheden in de bekostiging die onder andere samenhangen met de transitiebedragen voortvloeiend uit de overgang naar prestatiebekostiging en overige inherente beperkingen en schattingsrisico's die uiteen zijn gezet in de toelichting, zie pagina 9 van de jaarrekening.

Als gevolg hiervan hebben wij geen voldoende en geschikte controle-informatie kunnen verkrijgen omtrent deze aangelegenheden. Wij hebben geconcludeerd dat de mogelijke effecten van deze aangelegenheden van materieel belang zijn voor de jaarrekening, maar niet van diepgaande invloed.

Oordeel met beperking betreffende de jaarrekening

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening, uitgezonderd de mogelijke effecten van de aangelegenheden beschreven in de paragraaf 'Onderbouwing van het oordeel met beperking', een getrouw beeld van de grootte en samenstelling van het vermogen van Stichting Diakonessenhuis per 31 december 2013 en van het resultaat over 2013 in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi en de Beleidsregels toepassing WNT.

Voorts zijn wij van oordeel dat de jaarrekening 2013 in alle van materieel belang zijnde aspecten voldoet aan de WNT-eisen van financiële rechtmatigheid, zoals opgenomen in het Controleprotocol WNT van de Beleidsregels toepassing WNT.

Verklaring betreffende het jaarverslag

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



Kopie

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.

Rotterdam, 18 juli 2014
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

Origineel getekend door: drs. A. Hakbijl RA

Diakonessenhuis



Diakonessenhuis

locatie Utrecht

postbus 80250
3508 TG Utrecht
T 088 250 50 00
F 088 250 67 38

locatie Zeist

postbus 1002
3700 BA Zeist
T 088 250 50 00
F 088 250 97 40

locatie Doorn (buitenpolikliniek)

postbus 1002
3700 BA Zeist
T 088 250 88 88
F 088 250 88 84

E-mail info@diakhuis.nl

Kijk voor meer informatie op onze website www.diakonessenhuis.nl