



JAARVERANTWOORDING  
ZORGINSTELLINGEN  
2006

# Jaardocument Zorginstellingen 2006



# Inhoudsopgave

—► INLEIDING .....	5
—► JAARDOCUMENT	
<b>Maatschappelijk verslag</b>	
<b>1</b> Uitgangspunten van de verslaggeving .....	12
<b>2</b> Profiel van de organisatie .....	13
2.1 Algemene identificatiegegevens .....	13
2.2 Structuur van het concern .....	13
2.3 Kerngegevens .....	14
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering .....	14
2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten .....	14
2.3.3 Werkgebieden .....	19
2.4 Belanghebbenden .....	19
<b>3</b> Governance .....	20
3.1 Bestuur en toezicht .....	20
3.1.1 Zorgbrede Governance Code .....	20
3.1.2 Raad van Bestuur .....	20
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/ Raad van Commissarissen) .....	21
3.2 Bedrijfsvoering .....	22
3.3 Cliëntenraad .....	23
<b>4</b> Beleid, inspanningen en prestaties .....	24
4.1 Meerjarenbeleid .....	24
4.2 Algemeen beleid .....	25
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid .....	26
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten .....	26
4.4.1 Kwaliteit van zorg (alle sectoren behalve GGZ en VVT) .....	27
4.4.2 Kwaliteit van zorg GGZ .....	28
4.4.3 Kwaliteit van zorg VVT: prestaties verantwoorde zorg .....	28
4.4.4 Klachten .....	29
4.4.5 Toegankelijkheid .....	30
4.4.6 Veiligheid .....	31
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .....	31
4.5.1 Personeelsbeleid .....	31
4.5.2 Kwaliteit van het werk .....	32
4.6 Samenleving .....	33
4.7 Financieel beleid .....	34
Toelichting en definities maatschappelijk verslag .....	36
<b>Jaarrekening</b> .....	46
<b>Bijlagen</b> .....	47
<b>A</b> Bijlage bij hoofdstuk 1 Uitgangspunten verslaglegging .....	48
<b>B</b> Bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie .....	49
<b>C</b> Bijlage bij hoofdstuk 3 Governance .....	61
<b>D</b> Bijlage bij hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties .....	63
Toelichting en definities bijlagen .....	74

## —► ACCOUNTANTSCONTROLE

<b>1</b> Algemeen .....	90
<b>2</b> Controle van de jaarrekening .....	91
<b>3</b> Controle van het jaarverslag .....	92
<b>4</b> Overige informatie in het jaardocument.....	93

### **Bijlagen**

<b>A</b> Accountantsverklaring .....	94
<b>B</b> RAC 720: Andere informatie in stukken waarin de gecontroleerde jaarrekening is opgenomen .....	96

## —► DATAPROTOCOL

Inleiding .....	102
<b>1</b> Definities .....	104
<b>2</b> Partijen .....	105
<b>3</b> Wettelijke basis .....	106
<b>4</b> Invoer van gegevens .....	107
<b>5</b> Beheer van gegevens .....	108
<b>6</b> Gebruik van gegevens .....	109
<b>7</b> Eigendom en zeggenschap .....	110
<b>8</b> Vaststellen en wijzigen dataprotocol .....	111

### **Bijlage**

Procedure uitlevering niet-publieke informatie .....	112
--	-----

# Inleiding

Het jaardocument zorg 2006 is vernieuwd. De evaluatie van het jaardocument 2005 en besluitvorming door de convenantpartijen<sup>1</sup> hebben geleid tot een sterk vereenvoudigd jaardocument. Wat gebleven is, is de vrijstelling van andere bestaande verantwoordingsverplichtingen voor deelnemers aan het jaardocument.

Het jaardocument bestaat nu uit het maatschappelijk verslag (in termen van het BW: het jaarverslag), de jaarrekening en bijlagen. In schema:



In dit document vindt u alle informatie die rechtstreeks met het jaardocument te maken heeft: naast deze inleiding zijn dat het maatschappelijk verslag met toelichting, de aanduiding van de jaarrekening, de bijlagen met toelichting, het dataprotocol en een notitie over de accountantscontrole met betrekking tot het maatschappelijk verslag en de jaarrekening.

5

## Een overzicht van de wijzigingen

In het jaardocument 2006 zijn ten opzichte van het jaardocument 2005 aanzienlijke wijzigingen doorgevoerd.

- aanpassing van de uitvraag aan gewijzigde regelgeving en afspraken;
- beperking van de uitvraag tot hetgeen strikt wettelijk verplicht is;
- verdere doorvoering van het principe 'verantwoording op concernniveau tenzij..';
- wijziging van de indeling in verband met de behoefte aan een meer toegankelijk maatschappelijk verslag;
- integratie van hoofdstuk 3 Visie/beleid en hoofdstuk 5 Prestaties;
- differentiatie van aanlevering;
- uitbreiding van de toelichting.

### Aanpassing van de uitvraag aan gewijzigde regelgeving en afspraken over kwaliteit

Op enkele punten was aanscherping van het jaardocument nodig in verband met wijzigingen in wet- en regelgeving, zoals de transparantie-eisen op grond van de WTZi.

<sup>1</sup> De convenantpartijen zijn: NPCF, LOC, ActiZ, BTN, GGZn, NFU, NVZ, OMS, RN, VGN, CBS, CBZ, CvZ, IGZ, NZa, VWS en ZN

Daarnaast is de uitvraag aangepast aan afspraken die convenantpartijen hebben gemaakt ter invulling de verplichtingen uit de Kwaliteitswet. Voorbeelden zijn de vragen over verantwoorde zorg in de sector verpleging en verzorging en de nieuwe GGZ-indicatoren.

#### **Beperking van de uitvraag tot hetgeen strikt wettelijk verplicht is**

De stuurgroep Maatschappelijke Verantwoording heeft besloten dat het jaardocument zich dient te beperken tot datgene wat in de wet- en regelgeving als verplicht wordt geformuleerd. Tot dan toe bevatte het jaardocument ook een nadere invulling van deze verplichtingen, voor zover de convenantpartijen daarover consensus hadden bereikt. Het besluit dat nu is genomen, heeft geleid tot het schrappen van een aantal prestatie-indicatoren en een aantal personeels- en productiegegevens. De resterende wettelijk verplichte gegevens berusten voor een groot deel op de Voorschriften uit de Regeling Jaarverslaggeving WTZI. Om dit verband duidelijk te markeren, zijn de relevante tekstgedeelten uit de Voorschriften in het jaardocument opgenomen.

De geschrapte gegevens zijn niet geheel uit het zicht verdwenen. De brancheorganisaties hebben aangegeven een deel ervan nodig te hebben voor een goede taakuitoefening. Zij zullen zelf afspraken moeten maken over het opvragen ervan bij de zorgaanbieders. Wel heeft het ministerie besloten om de gegevens op te nemen in de webenquête en zodoende de uitvraag te faciliteren. Op deze wijze worden beperking van de uitvraag, eenheid van taal en een betrouwbare verwerking en oplevering van de gegevens geborgd.

#### **Verdere doorvoering van het principe 'verantwoording op concernniveau tenzij..'**

Eveneens als uitvloeisel van de besluitvorming van de Stuurgroep en als uitvloeisel van de evaluatie is in het nu voorliggende jaardocument strikter dan voorheen de lijn doorgevoerd dat de zorgaanbieder zich verantwoordt op concernniveau, dat wil zeggen het hoogste organisatorische niveau. Verantwoording op lagere niveaus (bijvoorbeeld op het niveau van segmenten of individuele instellingen) behoeft alleen te worden afgelegd als zich op dat niveau afwijkingen ten opzichte van het concernniveau voordoen. Als specificatie van concrete gegevens per individuele instelling beslist noodzakelijk is, gebeurt dat in de bijlagen.

#### **Wijziging van de indeling in verband met de behoefte aan een meer toegankelijk maatschappelijk verslag**

Uit de evaluatie bleek dat het maatschappelijk verslag te weinig toegankelijk was. De informatie was te onoverzichtelijk door een te grote mate van detaillering en er was te weinig samenhang tussen de verschillende onderdelen. Dit in combinatie met het feit dat de beoogde invoertool waarin het gehele jaardocument zou zijn opgenomen, niet beschikbaar kwam, heeft ertoe geleid dat het jaardocument nu is gesplitst in een maatschappelijk verslag met bijna uitsluitend kwalitatieve informatie en een set bijlagen met kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm. Voor het maatschappelijk verslag wordt nu niet langer een 'invulformulier' gebruikt, maar alleen een handleiding die aangeeft welke informatie er moet worden gegeven. De zorgaanbieder heeft dus meer vrijheid. Wel dient u de onderwerpen zodanig te behandelen dat ze in het verslag herkenbaar zijn, zodat vastgesteld kan worden dat u aan de wettelijke eisen hebt voldaan.

Bovendien is er meer samenhang tussen de onderdelen van het jaardocument aangebracht door de hoofdstukken Visie/beleid en Prestaties te integreren en door nadrukkelijker te vragen naar de relatie tussen doelstellingen, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid.

### Differentiatie van oplevering gegevens

Het maatschappelijk verslag (in termen van het BW: jaarverslag) wordt opgeleverd en gedeponereerd als Worddocument/pdf. De jaarrekening levert u aan en deponeert u in Excel/pdf. U kunt daarbij desgewenst gebruik maken van de modelrekeningen op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). De bijlagen worden via een eenvoudige webenquête ingevuld, waardoor de gegevens in een databank terecht komen. Vanuit de webenquête kunt u een pdf-bestand genereren dat u deponeert. Tevens kunt u voor intern gebruik of ter completering van uw papieren Jaardocument uw gegevens printen.

### Uitbreiding van de toelichting

De toelichting en begripsomschrijvingen zijn uitgebreid, om tegemoet te komen aan de evaluatiebevindingen. Ook het opnemen van de Voorschriften (en een aantal andere relevante wetsteksten) in het jaardocument komt de duidelijkheid ten goede.

## Het niveau van verantwoording

### Concern

In het jaardocument is een concern gedefinieerd als 'de houder van de rechtspersoon die verantwoording aflegt'. Het jaardocument brengt wat dit betreft geen verandering in de tot dan toe geldende situatie.

Verantwoording vindt in principe op concernniveau plaats. U geeft uitsluitend informatie over 'lagere' niveaus als daartoe speciale aanleiding is, omdat de situatie afwijkt van die op concernniveau. Enige uitzondering is de verantwoording inzake een aantal kwaliteitsaspecten.

7

### Instelling

Het 'lagere niveau' wordt in de kwaliteitswetgeving omschreven als het instellingsniveau. Het instellingsbegrip wordt in de verschillende wetten niet eenduidig gedefinieerd. Als overkoepelende definitie wordt in het jaardocument gebruikt 'elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten'. Het jaardocument beoogt echter niet om verandering aan te brengen in het aggregatieniveau van verantwoording. U houdt dus voor de verantwoording hetzelfde niveau aan als in de situatie waarin het jaardocument niet wordt gebruikt. Als bijvoorbeeld het Kwaliteitsjaarverslag in de situatie zonder jaardocument op concernniveau werd opgesteld, kan dat nu ook.

### Segment

Behalve het niveau van instellingen, gebruikelijk in de kwaliteitswetgeving, is er ook het niveau van de zogenoemde segmenten. Segmentering is afkomstig uit de regelgeving van de Raad voor de Jaarverslaggeving (Richtlijn 655) en beoogt informatie te ordenen naar de organisatorische eenheden die door het concern worden onderscheiden. In de jaarrekening en in het bestuursverslag dient informatie te worden gespecificeerd naar segment, in ieder geval voor zover de informatie afwijkt van de informatie op concernniveau.

Concerns die voor de segmentering een andere indeling hebben gekozen dan die naar individuele instelling dienen de informatie dus te specificeren naar segment én (indien volgens de kwaliteitswetgeving vereist) naar instelling, evenals dat in de situatie zonder jaardocument het geval zou zijn.



#### EEN SAMENVATTING VAN DE AGGREGATIELEVELS:

Aggregatieniveau	Definitie
Concern	Houder van de rechtspersoon die verantwoording aflegt.
Instellingen	In de maatschappij als zelfstandige eenheid optredende organisatorische verbanden waarin zorg wordt verleend als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
Segment	Door het concern gekozen organisatie-onderdelen die aansluiten bij de organisatorische opzet van het concern. De segmentering komt niet noodzakelijkerwijs overeen met de toelatingen; er wordt vooral aansluiting gezocht bij de te onderscheiden zorgactiviteiten. Voorbeelden van segmentering zijn zorgsoorten, regio's of doelgroepen.

De begrippen patiënt en cliënt worden als synoniemen gebruikt. Omwille van de leesbaarheid is niet overal gesproken van patiënten/cliënten.

## Reikwijdte, grondslag en openbaarheid van het jaardocument

Het jaardocument 2006 is van toepassing op alle zorg- en dienstverlening die onder het regime van de WTZi valt. Het jaardocument is gebaseerd op artikel 16 van de WTZi en als afgeleide daarvan op de artikelen 8 en 9 van de Regeling verslaglegging WTZi. Via deze regeling strekt het jaardocument zich tevens uit over de verantwoordingsverplichtingen in het kader van:

- de Kwaliteitswet zorginstellingen;
- de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen;
- de Wet klachtwet cliënten zorginstellingen;
- de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- de wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek (voor zover het gaat om de gegevens inzake WTZi-zorgverlening).

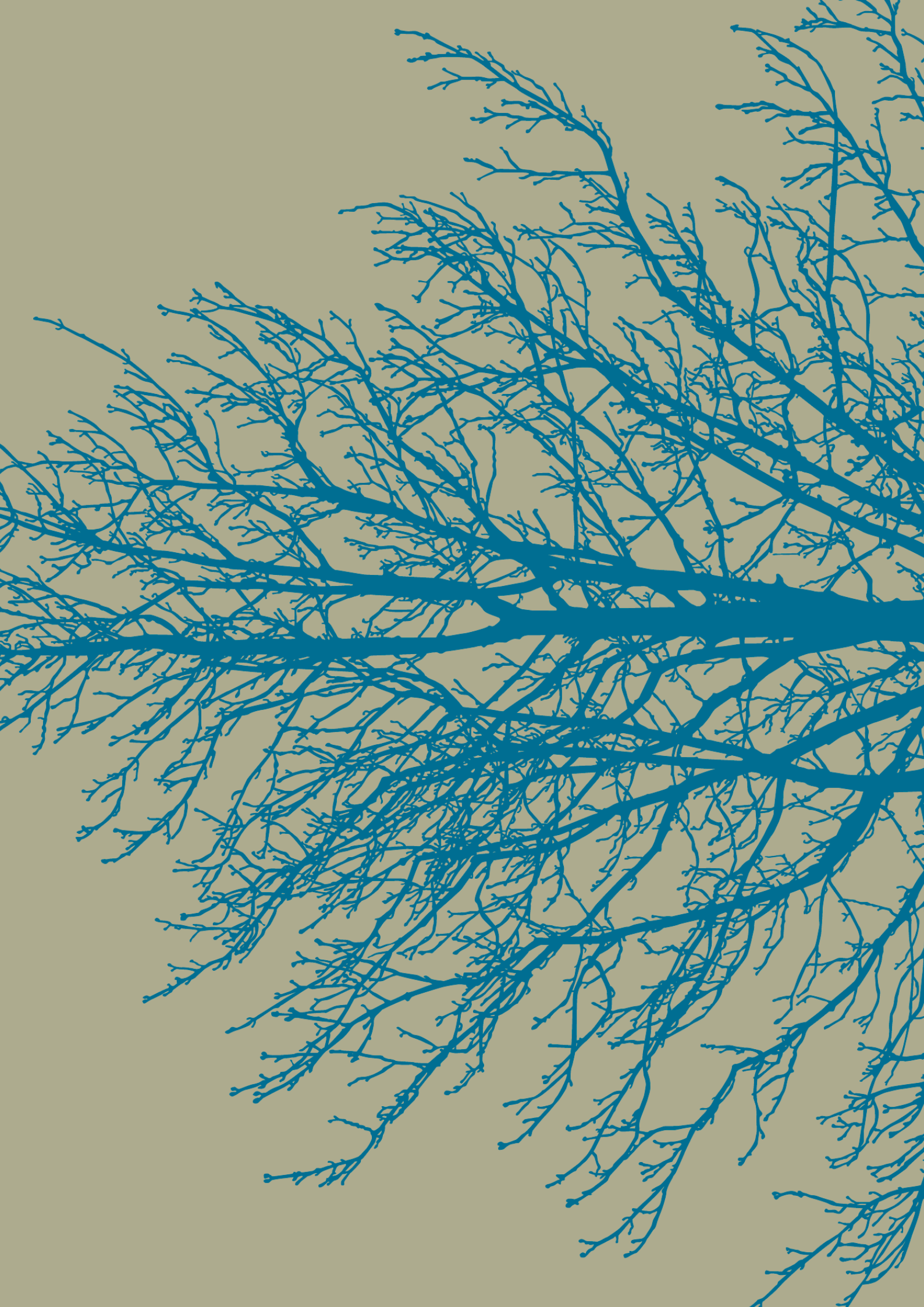
Het jaardocument voldoet aan de eisen van de Richtlijn 655 inzake de Jaarverslaggeving zorginstellingen.

De informatie in het jaardocument is openbaar met uitzondering van de bijlage B.4 Personeelsformatie. Over de openbaarheid van de branchespecifieke informatie besluiten de brancheorganisaties. De informatie uit de bijlagen van het jaardocument wordt vanuit de database maatschappelijke verantwoording geleverd aan de convenantpartijen. De uitlevering wordt gereguleerd en geborgd door een dataprotocol.

## Vragen

Neemt u bij vragen contact op met de helpdesk. Zie voor het adres en de bereikbaarheid de website [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).







# Jaardocument 2006



# Maatschappelijk verslag

Het maatschappelijk verslag (in termen van het BW: jaarverslag) bevat een opgave van de verplichte informatie. Het verslag is ingedeeld in vier hoofdstukken: Uitgangspunten van de verslaggeving, Profiel van de organisatie, Governance en ten slotte Beleid, inspanningen en prestaties.

Per hoofdstuk/paragraaf wordt steeds hetzelfde stramien gevolgd:

- Allereerst vindt u de relevante teksten uit de Voorschriften of andere wetgeving, omkaderd;
- Vervolgens wordt zo nodig een nadere toelichting gegeven, eveneens omkaderd (lichtere kleur);
- Daarna volgt de te beantwoorden vraag, gevolgd door een ongekleurd kader om aan te geven dat hier de gevraagde informatie wordt verwacht.

## 1 Uitgangspunten van de verslaggeving

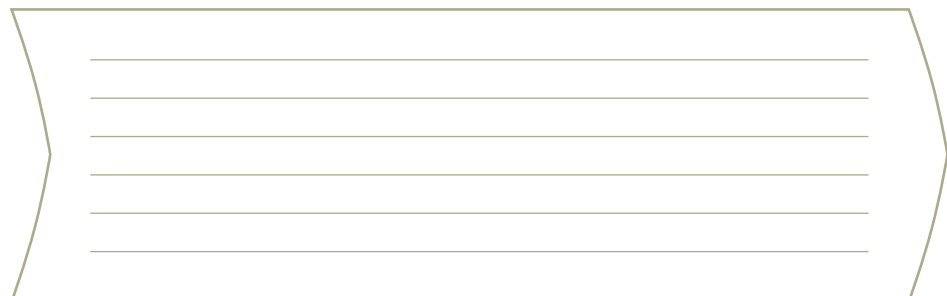
### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Er dient uitleg te worden gegeven over de uitgangspunten die zijn gehanteerd bij het opstellen van de jaarverslaggeving. Hierbij zal moeten worden ingegaan op het proces om tot het jaarverslag te komen. Er moet inzicht worden gegeven in de keuzes en afspraken die gemaakt zijn bij de weergave van de economische, milieu- en sociale aspecten van de organisatie. Onderdelen hiervan zijn de reikwijdte van het jaarverslag en de verslaggevingperiode. De verslaggevingperiode is het boekjaar.

Bij de reikwijdte dient aangegeven te worden over welke delen van de organisatie verslag gedaan wordt. Het jaarverslag biedt de mogelijkheid om over de verantwoording van de gehele keten van het product of dienst te rapporteren. Dergelijke informatie zal meer toegevoegde waarde voor de belanghebbende opleveren. Bij het geven van informatie over de grenzen van de rechtspersoon of het concern heen, dient duidelijk te zijn welke delen van de informatie betrekking hebben op de rechtspersoon dan wel het concern.

Belangrijk voor het jaarverslag is de vergelijkbaarheid van informatie in de tijd en de vergelijkbaarheid tussen de onderdelen van de organisatie onderling. Hiertoe dient duidelijk een toelichting op de gemaakte keuzes in de te rapporteren informatie vermeld te worden en tevens dienen de inherente beperkingen in de betrouwbaarheid van de gegevens te worden benoemd.

In dit eerste hoofdstuk, dat beschouwd kan worden als een voorwoord, dient u een korte toelichting te geven op de uitgangspunten die zijn gehanteerd bij het opstellen van het jaardocument.



## 2 Profiel van de organisatie

### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Om het verslag in de juiste context te kunnen plaatsen dient in het jaarverslag algemene informatie van de rechtspersoon en de daaraan verbonden (groeps)maatschappijen te worden verschaft. Er dient een overzicht te worden gegeven van de groepstructuur, de kernactiviteiten (onderscheiden naar publiek en privaat) en de belangrijkste indicatoren als omzet, aantal werknemers (fte's), aantal patiënten of cliënten en werkgebieden.

Daarnaast dient een overzicht te worden gegeven van belanghebbenden en hun relatie tot de verslaggevende organisatie.

Alle informatie in hoofdstuk 2 betreft het concernniveau.

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

#### ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

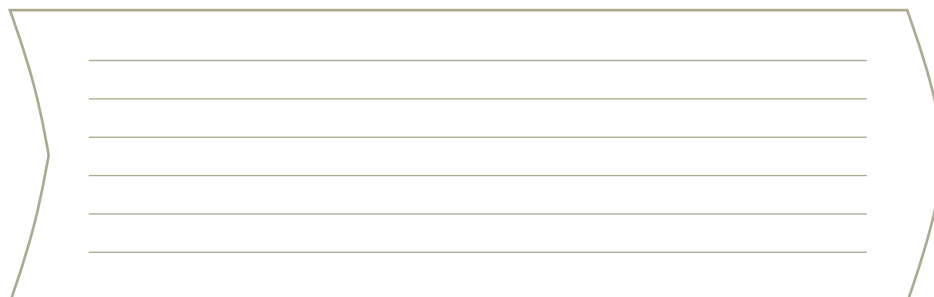
<b>Naam verslagleggende rechtspersoon</b>	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Telefoonnummer	
Identificatienummer(s) NZa	
Nummer Kamer van Koophandel	
E-mailadres	
Internetpagina	

### 2.2 Structuur van het concern

Onder de in de Voorschriften aangeduide groepsstructuur kan worden verstaan:

- de juridische structuur van het concern (bijvoorbeeld stichting, holding met meerdere stichtingen, BV);
- de organisatorische structuur (organigram) inclusief de segmentering, indien u deze in de jaarrekening gebruikt;
- het door u gehanteerde besturingsmodel;
- de toelating(en) waarover uw concern beschikt;
- de medezeggenschapsstructuur (van medewerkers en cliënten)

Beschrijf de structuur van uw concern met gebruikmaking van bovenstaande toelichting:



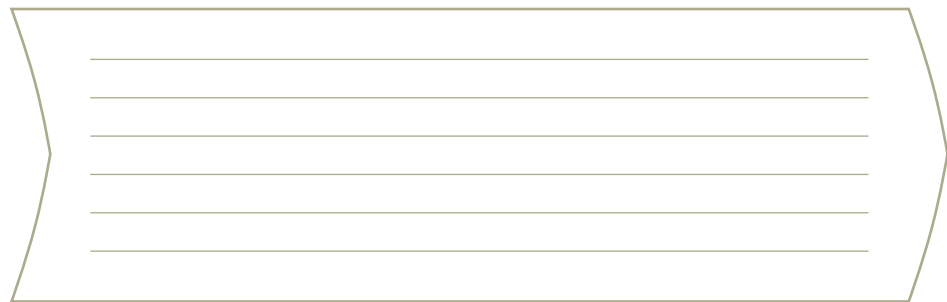
## 2.3 Kerngegevens

De kerngegevens worden in de verplichte bijlagen in tabelvorm opgevraagd.

### 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Beschrijf uw kernactiviteiten uitgesplitst naar publieke en private activiteiten, additioneel aan de nadere typering en de gegevens inzake productie, personeel en opbrengsten verderop in deze paragraaf.

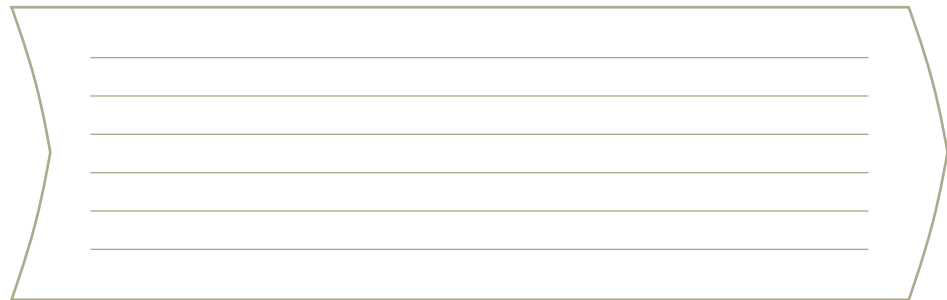
Typeer uw concern op de peildatum 31 december van het verslagjaar door aan te geven welk type zorg u verleent (specialismen, AWBZ-functies, doelgroepen). Gebruik daarbij desgewenst de tabellen die zijn opgenomen in de verplichte bijlagen.



A large, empty, light-colored box with a thin border and a slightly irregular shape, containing several horizontal lines for text entry.

### 2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

Geef informatie op hoofdlijnen over productie, personeel en opbrengsten. Gebruik daarbij desgewenst de tabellen (de tabellen zijn ook opgenomen in de verplichte bijlagen).



A large, empty, light-colored box with a thin border and a slightly irregular shape, containing several horizontal lines for text entry.

### 2.3.2.1 Algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's inclusief PAAZ'en en PACZ'en

KERNGEGEVENS CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN, UMC'S EN ZBC'S; EXCLUSIEF REVALIDATIECENTRA EN INCLUSIEF PAAZ EN PACZ

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Capaciteit</b>	
Gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december	
Aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag/deeltijdbehandeling) op 31 december	
<i>Waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden</i>	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

PRODUCTIEGEGEVENS ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN, UMC'S EN ZBC'S, VOOR ZOVER VAN TOEPASSING; EXCLUSIEF REVALIDATIECENTRA

Productie	Aantal/bedrag
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	
Percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	
Aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	
<i>Waarvan opnamen in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	
<i>Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	
<i>Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	
<i>Waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	
<i>Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ</i>	



De nu volgende tabel heeft betrekking op de gegevens van revalidatiecentra en vervangt voor de revalidatiecentra de twee voorgaande tabellen.

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN REVALIDATIECENTRA

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Productie/capaciteit</b>	
Aantal feitelijk beschikbare klinische bedden op 31 december	
Aantal feitelijk beschikbare poliklinische behandelplaatsen op 31 december	
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	
Aantal eerste consulten in verslagjaar	
Aantal klinische revalidatiebehandeluren in verslagjaar	
Aantal poliklinische revalidatiebehandeluren in verslagjaar	
Aantal klinische opnames in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	

VERGUNNINGEN OP GROND VAN ARTIKEL 2 WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN OP 31 DECEMBER

Categorie	Vergunning	Ja/nee
Transplantaties	Niertransplantatie	
	Harttransplantatie	
	Longtransplantatie	
	Levertransplantatie	
	Pancreastransplantatie	
	Transplantatie van de dunne darm	
	Haematopoëtische stamceltransplantaties	
	Transplantatie van de eilandjes van Langerhans	
<b>Radiotherapie</b>		
<b>Bijzondere neurochirurgie</b>		
Hartchirurgie	Openhartoperatie (OHO)	
	Automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	
	Ritmechirurgie	
	Percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	
<b>Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing</b>		
<b>In vitro fertilisatie (IVF)</b>		
<b>Neonatale intensive care unit (NICU)</b>		

AANWIJZINGEN OP GROND VAN ARTIKEL 8 WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN OP 31 DECEMBER

Aanwijzing	Ja/nee
Pediatische intensive care unit (PICU)	
Hemofiliebehandeling	
Traumazorg	
Pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	
Cochleaire implantaties	
Uitnameteams orgaandonatie	

2.3.2.2 GGZ-instellingen exclusief PAAZ'en en PACZ'en

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN GGZ

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten</b>	
Aantal patiënten in zorg op 31 december	
<b>Capaciteit</b>	
Aantal feitelijke bedden op 31 december inclusief beschermd wonen	
<i>Waarvan feitelijke bedden beschermd wonen</i>	
<b>Productie</b>	
Aantal verzorgingsdagen inclusief beschermd wonen exclusief BOPZ in verslagjaar	
<i>Waarvan verzorgingsdagen beschermd wonen</i>	
Aantal deeltijdbehandelingen in verslagjaar	
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

### 2.3.2.3 Verpleging en verzorging

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN VVT (EXCLUSIEF JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN KRAAMZORG)

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie/capaciteit</b>	
Aantal intramurale cliënten in verslagjaar	
Aantal feitelijke intramurale plaatsen op 31 december	
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar	
Aantal intramurale verzorgingsdagen in verslagjaar	
Aantal intramurale verpleegdagen in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN KRAAMZORG

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie</b>	
Aantal cliënten 0-4-jarigen op 31 december	
Aantal consulten 0-4-jarigen in JGZ in verslagjaar	
Aantal kraamverzorgingen in verslagjaar	
Aantal kraamverzorgingsuren in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst voor JGZ op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst voor kraamzorg op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten voor JGZ (in euro's) in verslagjaar	
Totaal bedrijfsopbrengsten voor kraamzorg (in euro's) in verslagjaar	

### 2.3.2.4 Gehandicaptenzorg

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN GEHANDICAPTENZORG

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie/capaciteit</b>	
Aantal intramurale cliënten op 31 december	
Aantal feitelijke intramurale plaatsen op 31 december	
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal verpleegdagen en GVT-bezettingsdagen in verslagjaar	
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

### 2.3.3 Werkgebieden

Geef een beschrijving van het werkgebied waar het concern zich op richt. Voor concerns die AWBZ-zorg bieden geeft u aan in welke zorgkantorregio's u deze zorg biedt. Gebruik daarbij desgewenst de tabel die in de bijlage is opgenomen.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

## 2.4 Belanghebbenden

Onder belanghebbenden kan worden verstaan: samenwerkings- en ketenzorgpartners, onderaannemers, patiënten/cliëntenorganisaties, overheid, toezichthouder, zorgverzekeraars, kapitaalverschaffers. Het gaat om partijen met wie het zorgconcern een specifieke relatie is aangegaan, bijvoorbeeld in de vorm van een (samenwerkings)overeenkomst. De meer algemene activiteiten van het concern in het kader van het maatschappelijk ondernemen komen in hoofdstuk 4 aan de orde.

Geef een overzicht van belanghebbenden en de relatie van de belanghebbenden tot uw concern: op welke wijze hebt u de dialoog met stakeholders vormgegeven?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

## 3 Governance

### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi, algemene inleiding

Governance bevat gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Governance dient transparant te worden gemaakt door informatie te verstrekken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de organisatie en de wijze waarop deze zijn verankerd in managementsystemen. Daarnaast is ook het proces van vaststellen van de bedrijfsstrategie, inclusief risico's en kansen voor de organisatie van belang en de wijze waarop hier toezicht op wordt gehouden.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

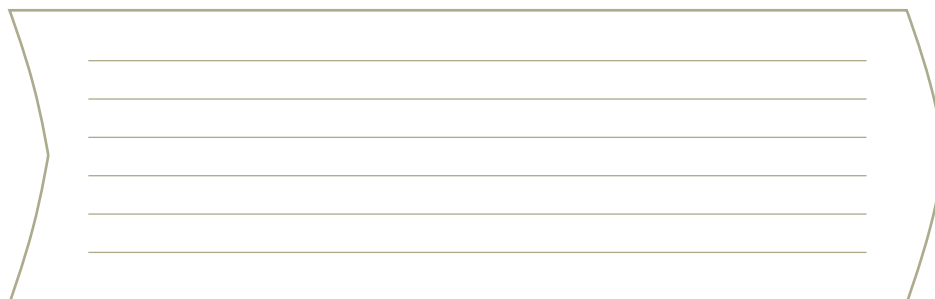
### 3.1 Bestuur en toezicht

#### 3.1.1 Zorgbrede Governance Code

### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZ

De zorginstelling dient aan te geven welke van toepassing zijnde openbaar gemaakte normen zij hanteert voor goed bestuur en het afleggen van openbare verantwoording over haar beleid en activiteiten. Het ligt voor de hand om hierbij de Zorgbrede Governance code te hanteren. Via het principe van pas toe of leg uit wordt aangegeven van welke normen wordt afgeweken en waarom. In de voorschriften wordt melding gemaakt van de Zorgbrede Governance Code. De verantwoording over de wijze waarop deze code wordt toegepast, is daarmee een integraal deel van de verantwoording inzake governance.

Beschrijf in deze paragraaf op welke wijze de principes van de Governancecode worden toegepast. Leg tevens uit waarom bepaalde principes niet worden toegepast ('Pas toe of Leg uit') als ze niet worden toegepast.



#### 3.1.2 Raad van Bestuur

In de bijlage wordt gevraagd naar de afzonderlijke wettelijke transparantie-eisen ten aanzien van de bestuursstructuur. In dit hoofddocument kunt u desgewenst volstaan met additionele informatie. In de bijlage wordt tevens gevraagd naar het percentage vrouwen in de Raad van Toezicht.

In de bijlage wordt tot slot gevraagd naar kwantitatieve gegevens over de bezoldiging van bestuurders en de toepassing van de WOPT.

Beschrijf de samenstelling van de Raad van Bestuur aan de hand van de gevraagde informatie in de tabel hieronder.

Indien u nog geen aandacht hebt besteed aan de vraag of er een reglement voor de Raad van Bestuur is opgesteld en zo ja, wat daarvan de kernelementen zijn, geeft u dit aan. Het concern doet in deze paragraaf verder mededeling van het beleid aangaande de bezoldiging van zijn bestuurders en de wijze waarop dit beleid in het verslagjaar in de praktijk is gebracht.

SAMENSTELLING RAAD VAN BESTUUR

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen)

#### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

De zorginstelling dient verslag te doen van de uitoefening van de rol en het functioneren van het toezichthoudende orgaan.

Er dient informatie te worden opgenomen over onder andere de samenstelling, nevenfuncties van de leden, profiel, aantal vergaderingen dat gehouden is, het aantal malen dat het bestuur aanwezig was bij deze vergaderingen, de ingestelde commissies (zoals een auditcommissie en een commissie voor de beloning van de bestuurders) inclusief de samenstelling ervan, de taken en de wijze waarop het toezichthoudende orgaan toezicht houdt op de strategie en prestaties van de organisatie.

Ook de wijze waarop de toezichthoudende rol is ingevuld en welke werkzaamheden het toezichthoudende orgaan en de commissies hebben uitgevoerd dient u op hoofdlijnen te beschrijven. Ook dient informatie te worden gegeven over de wijze waarop het toezichthoudende orgaan overleg voert met de externe accountant.

De zorginstelling doet in deze paragraaf mededeling van het beleid aangaande de bezoldiging van haar toezichthouders en de wijze waarop dit beleid in het verslagjaar in de praktijk is gebracht.

In de bijlage wordt tevens gevraagd naar het percentage vrouwen in de Raad van Toezicht.

Beschrijf de samenstelling van de Raad van Toezicht aan de hand van de gevraagde informatie hieronder. Geef aan:

- waaruit blijkt dat de leden van de Raad van Toezicht onafhankelijk zijn;
- hoe de Raad van Toezicht invulling geeft aan haar taken;
- op welke wijze overleg met de Raad van Bestuur over de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de organisatie plaatsvindt;
- op welke wijze overleg met de Raad van Bestuur over de interne beheersings- en controle systemen plaatsvindt;
- op welke wijze het overleg met de externe accountant is ingericht;
- hoe de Raad van Toezicht periodiek het functioneren van de Raad van Bestuur/ directie beoordeelt.

Het concern doet in deze paragraaf verder mededeling van het beleid aangaande de bezoldiging van zijn toezichhouders en de wijze waarop dit beleid in het verslagjaar in de praktijk is gebracht.

SAMENSTELLING RAAD VAN TOEZICHT/RAAD VAN COMMISSARISSEN

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties

---



---



---



---



---



---

### 3.2 Bedrijfsvoering

#### **Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi**

De zorginstelling dient informatie te verstrekken over de wijze waarop de instelling haar interne bedrijfsvoering en beheersing heeft ingericht, zodat activiteiten, waaronder die met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen, worden beheerst, bewaakt, verbeterd en gerapporteerd. De op te nemen informatie dient volgens de structuur van de organisatie te worden gepresenteerd.

In het jaarverslag geeft de Raad van Bestuur een uiteenzetting omtrent de werking van het in de zorginstelling gebruikte interne risicobeheersing- en controlesysteem in het verslagjaar. De Raad van Bestuur geeft daarbij tevens aan welke eventuele significante wijzigingen zijn aangebracht dan wel zijn gepland en dat deze met de Raad van Toezicht zijn gecommuniceerd. Een effectief middel om informatie over de interne organisatie te verstrekken kan de zogenaamde bedrijfsvoeringverklaring zijn. Daarmee verklaart het bestuur van de zorginstelling dat de bedrijfsvoering op te benoemen onderdelen aan bepaalde, met specifieke belanghebbenden afgesproken, eisen heeft voldaan.

#### **BW 2 titel 9 artikel 391**

Het jaarverslag geeft tevens een beschrijving van de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee de rechtspersoon wordt geconfronteerd.

In de bijlage bij het jaardocument wordt gevraagd naar de afzonderlijke wettelijke transparantie-eisen ten aanzien van de bedrijfsvoering. In dit hoofddocument kunt u desgewenst volstaan met additionele informatie. Wel is van belang dat u voldoet aan de eis uit BW 2 art. 391, waarin wordt aangegeven dat u inzicht dient te bieden in de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee het concern wordt geconfronteerd.

Beschrijf de opzet en het functioneren van de belangrijkste sturingsystemen en risicobeheersings- en controlesystemen. Beschrijf in ieder geval de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee uw concern wordt geconfronteerd.

### 3.3 Cliëntenraad

#### **Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen**

##### **Hoofdstuk II Cliëntenraden**

###### **Artikel 2**

Lid 1. De zorgaanbieder stelt voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt.

##### **Hoofdstuk IV Openbaarheid**

###### **Artikel 8**

De zorgaanbieder stelt jaarlijks een verslag op over de wijze waarop ten aanzien van de instelling deze wet is toegepast.

Op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen artikel 2 en 8 en de Kwaliteitswet artikel 5 dient de zorginstelling informatie te verstrekken over de wijze waarop de cliëntenraad is gefaciliteerd alsmede over de adviezen die de cliëntenraad (gevraagd of ongevraagd) heeft uitgebracht en de beleidsonderwerpen die met de cliëntenraad zijn besproken.

- Beschrijf op welke wijze u invulling geeft aan artikel 2 van de WMCZ;
- Beschrijf op welke wijze de cliëntenraad/raden worden ondersteund in financiële, personele of andere zin;
- Beschrijf de door de cliëntenraad/raden uitgebrachte adviezen en de met hen besproken beleidsissues;
- Beschrijf de wijze waarop de adviezen en opmerkingen uw beleid hebben beïnvloed of de maatregelen waartoe de adviezen hebben geleid;
- Vermeld of uw instelling/concern zelf een commissie van vertrouwenslieden heeft ingesteld dan wel zich heeft aangesloten bij een landelijke commissie.



## 4 Beleid, inspanningen en prestaties

### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi, algemene inleiding

In dit hoofdstuk verantwoordt de zorginstelling zich over de visie, het beleid en de behaalde prestaties.

De langetermijnvisie en strategie worden vormgegeven door de invulling van (korte termijn) beleid. Het algemene beleid, kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid en financiële beleid van de organisatie dienen te worden weergegeven met de daaraan gekoppelde inspanningen om zowel de wettelijke als de zelf vastgestelde doelstellingen te realiseren. Weergegeven dient ook te worden hoe het proces van beleidsontwikkeling en -uitvoering plaatsvindt. Ook het beleid van de zorginstelling met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen dient aan de orde te komen.

Ten aanzien van de prestaties gaat het om de getroffen maatregelen en behaalde prestaties met betrekking tot zorg- en dienstverlening, medische, economische, milieu- en sociale prestatievelden. De informatie is zowel kwantitatief als kwalitatief. Informatie over prestaties kan worden geformuleerd op verschillende niveaus. In het jaarverslag dient onderscheid te worden gemaakt tussen 3 hoofdgroepen belanghebbenden: patiënten/cliënten, medewerkers en samenleving. Per stakeholdersgroep wordt een aantal 'prestatievelden' onderscheiden.

De zorginstelling is verplicht voor elk van deze prestatievelden informatie in het jaarverslag op te nemen. Dit bij voorkeur in de vorm van indicatoren. Zolang deze nog niet concreet zijn ontwikkeld, kan volstaan worden met een kwalitatieve beschrijving. In beide gevallen gaat het per prestatieveld om een uitleg van de gestelde doelstelling, de realisatie van deze doelstelling en een vergelijking met vorig jaar.

De uitkomst van de prestatievelden dient tekstueel te worden toegelicht, waarbij de reden van afwijkingen wordt vermeld, alsmede eventuele acties aangaande het komend jaar.

Het gaat in dit hoofdstuk om de cyclus van:

- doelstellingen/beleid; de doelstellingen dienen zo veel mogelijk conform de beleidscyclus te worden gekwantificeerd en gefaseerd (SMART geformuleerd);
- inspanningen;
- prestaties gerelateerd aan de doelstellingen;
- evaluatie van doelstellingen en beleid.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau. Daar waar verder in dit hoofdstuk de term 'gedacht kan worden aan' wordt gehanteerd, gaat het om niet-verplichte voorbeelden. Een zorginstelling kan er ook voor kiezen om over andere dan de genoemde aspecten informatie te verstrekken, mits het betreffende prestatieveld voldoende wordt beschreven.

### 4.1 Meerjarenbeleid

#### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

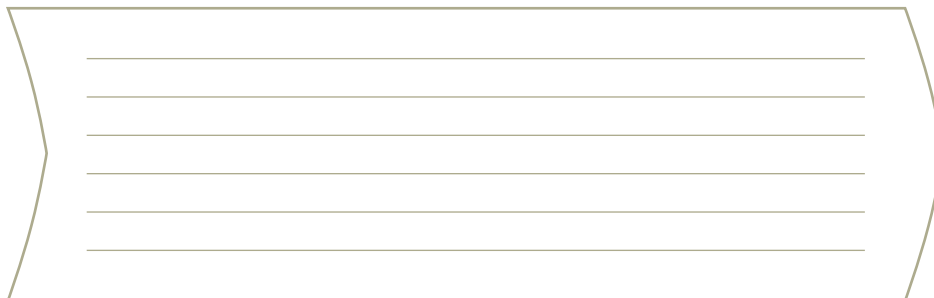
Er dient informatie te worden opgenomen over de missie, waarmee de zorginstelling inzicht geeft in de specifieke uitgangspunten van haar beleid en de gemaakte beleidskeuzes op basis waarvan belanghebbenden zich een oordeel kunnen vormen over het door de instelling gevoerde beleid en de geleverde prestaties in relatie tot dit beleid.

Bij de visie en strategie dient ook een duidelijke onderbouwing te worden gegeven van de keuzes ten aanzien van toekomstverwachtingen, kansen, bedreigingen, te treffen maatregelen en het voorziene tijdspad. Mogelijk worden langetermijntrajecten overwogen. De zorginstelling dient ook aan te geven op welke wijze de organisatie denkt in te spelen op ontwikkelingen binnen de zorgsector.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het meerjarenbeleid.

Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



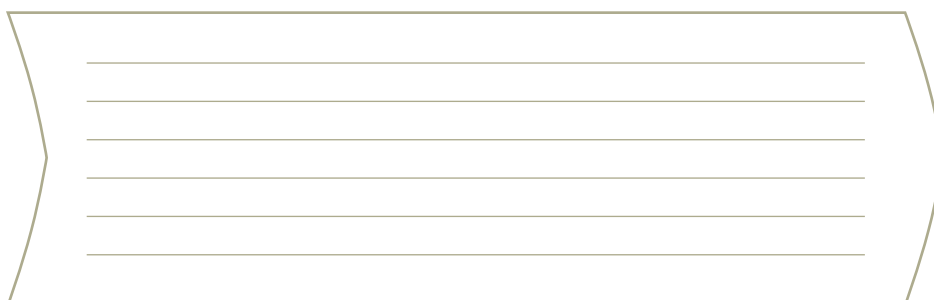
## 4.2 Algemeen beleid

### **Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi**

Afgeleid van visie en meerjarenbeleid is dit het algemeen beleid dat in 2006 concreet is ingezet. Mogelijke onderwerpen/voorbeelden zijn: vraagsturing, extramuralisering, bouwactiviteiten, deconcentratie en kleinschalig wonen, inclusie van cliënten in de samenleving, dagbesteding.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het algemeen beleid. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



### 4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

#### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Het algemene kwaliteitsbeleid van de organisatie en de behaalde prestaties dienen te worden weergegeven conform het in de inleiding bij hoofdstuk 4 vermelde. Met de term algemeen kwaliteitsbeleid wordt bedoeld op beleid dat niet specifiek is gericht op cliënten of medewerkers, maar dat de gehele organisatie betreft. Gedacht kan worden aan aspecten als het gehanteerde kwaliteitsmanagementsysteem en certificering of accreditatie. Gebaseerd op de voorschriften en de Kwaliteitswet.

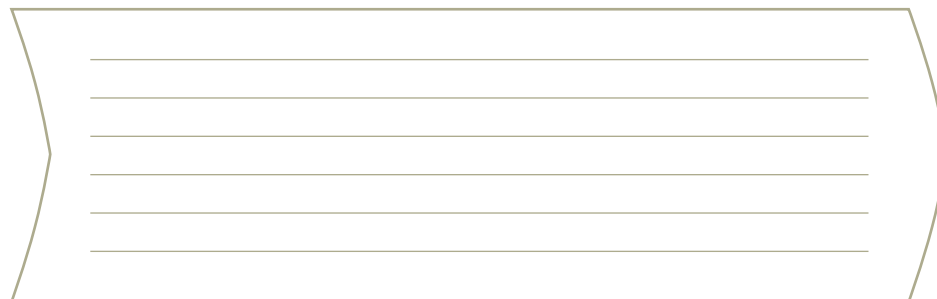
#### Tekst Kwaliteitswet artikel 5c

- 1 De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ..... en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.
- 2 In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:
  - a of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
  - b de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het algemeen kwaliteitsbeleid. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

Beschrijf in ieder geval welk kwaliteitssystemen dan wel -systemen u hanteert. Beschrijf tevens in elk geval over welke accreditaties uw concern beschikt, indien van toepassing.



### 4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

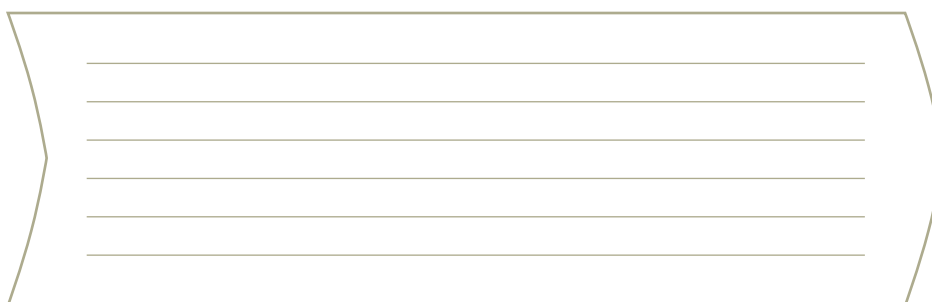
#### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Ten aanzien van de stakeholdersgroep patiënten/cliënten dient in de eerste plaats het beleid te worden beschreven en is het voorts verplicht inzicht te geven in de kwaliteit van zorg, de toegankelijkheid van de zorg en in de omvang van de geleverde zorg (prestatievelen). Naast concrete informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg dient tevens inzicht te worden gegeven in de processen en maatregelen die dienen ter borging van de kwaliteit en continuïteit van de zorg.

Voor de sector GGZ verantwoordt u zich over het kwaliteitsbeleid via de prestatie-indicatoren die in de verplichte bijlagen zijn opgenomen. De prestatie-indicatoren hebben zeggingskracht naar diagnosegroep. Voor de GGZ-sector vervallen de paragrafen 4.4.1 Keuzevrijheid en regie, 4.4.3 Toegankelijkheid en paragraaf 4.4.4 Veiligheid.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaglegging WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



#### 4.4.1 Kwaliteit van zorg (alle sectoren behalve GGZ en VVT)

##### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Bij dit prestatieveld kan gedacht worden aan informatie over:

- keuzevrijheid en regie;
- waardering kwaliteit van zorg door cliënt en medewerker.

Kwaliteit van zorg is een verplicht prestatieveld. Mogelijke invulling van het onderwerp keuzevrijheid en regie: aandacht voor zeggenschap van de cliënt over de inhoud van het behandelingsplan of zorgarrangement (zorgplan, zorgdossier) en de invulling daarvan, frequentie van zorgevaluatie, indien van toepassing de aard en de hoeveelheid van de gestructureerde dagactiviteiten.

Mogelijke te beschrijven aspecten van kwaliteit van zorg zijn verder: kwaliteitsbewaking en -verbetering, klantbejegening, continuïteit van zorg, afstemming in de keten en ketenzorg. In de bijlage wordt op instellingsniveau gevraagd naar concrete indicatoren voor de waardering van de kwaliteit door cliënt en medewerker.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaglegging WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

#### 4.4.2 Kwaliteit van zorg GGZN

De betreffende indicatoren zijn in de bijlagen opgenomen.

#### 4.4.3 Kwaliteit van zorg VVT: prestaties verantwoorde zorg

Geef in de tabellen een beschrijving op het terrein van beleid, inspanningen en prestaties van kwaliteit van zorg. Beschrijf tevens welke verbeterpunten u zult doorvoeren naar aanleiding van de uitkomsten en op welke wijze u de cliëntenraad/raden heeft betrokken bij het benoemen van de verbeterpunten en het opstellen van verbeterplannen.

Indien u heeft deelgenomen aan de pilot verantwoorde zorg in het najaar 2006 kunt u op vrijwillige basis de uitkomsten van de indicatoren in de tabellen invullen.

PRESTATIES VERANTWOORDE ZORG INTRAMURAAL

Thema's verantwoorde zorg	Resultaten en verbeterpunten
1 Zorg- en leefplan/behandelplan	
2 Communicatie en informatie	
3 Lichamelijk welbevinden en gezondheid	
4 Zorginhoudelijke veiligheid	
5 Woon- en leefomstandigheden	
6 Participatie en dagstructurering	
7 Mentaal welbevinden	
8 Veiligheid wonen en verblijf	
9 Voldoende en bekwaam personeel	

PRESTATIES VERANTWOORDE ZORG EXTRAMURAAL

Thema's verantwoorde zorg	Resultaten en verbeterpunten
1 Zorgovereenkomst en zorg/leefplan	
2 Communicatie en informatie	
3 Lichamelijke gezondheid	
4 Zorginhoudelijke veiligheid	
5 Woon- en leefomgeving	
6 Sociale redzaamheid	
7 Geestelijk welzijn	
8 Veiligheid in en om de woning	
9 Professionele kwaliteit zorgverleners	
10 Betrouwbare zorgorganisatie	

#### 4.4.4 Klachten

##### Tekst Kwaliteitswet artikel 5c

- 1 De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ..... en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.
- 2 In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:
  - a ....
  - b ....
  - c welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

##### Wet klachtrecht cliënten zorgsector

###### Artikel 2

**Lid 1.** Elke zorgaanbieder treft een regeling voor de behandeling van klachten over gedragingen van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt. Hij brengt de getroffen regeling op passende wijze onder de aandacht van zijn cliënten.

**Lid 2.** De in het eerste lid bedoelde regeling:

- a voorziet erin dat de klachten van cliënten worden behandeld door een klachtencommissie die bestaat uit ten minste drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder;
- b waarborgt dat aan de behandeling van een klacht niet wordt deelgenomen door een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft;
- c waarborgt dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn na indiening van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen;
- d waarborgt dat bij afwijking van de onder c bedoelde termijn de klachtencommissie daarvan met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, onder vermelding van de termijn waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen;
- e waarborgt dat de klager en degene over wie is geklaagd, door de klachtencommissie in de gelegenheid worden gesteld mondeling of schriftelijk een toelichting te geven op de gedraging waarover is geklaagd;
- f waarborgt dat de klager en degene over wie is geklaagd, zich bij de behandeling van de klacht kunnen laten bijstaan.

**Lid 5.** De zorgaanbieder deelt de klager en de klachtencommissie, bedoeld in het tweede lid, onder a, binnen een maand na ontvangst van het in het tweede lid, onder c, bedoelde oordeel van de klachtencommissie schriftelijk mede of hij naar aanleiding van dat oordeel maatregelen zal nemen en zo ja welke. Bij afwijking van de in de eerste volzin genoemde termijn, doet de zorgaanbieder daarvan met redenen omkleed mededeling aan de klager en de klachtencommissie, onder vermelding van de termijn waarbinnen de zorgaanbieder zijn standpunt aan hen kenbaar zal maken.

**Lid 7.** De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat over elk kalenderjaar een openbaar verslag wordt opgesteld, waarin worden aangegeven:

- a een beknopte beschrijving van de regeling, bedoeld in het eerste lid;
- b de wijze waarop de zorgaanbieder die regeling onder de aandacht van zijn cliënten heeft gebracht;
- c de samenstelling van de klachtencommissie, bedoeld in het tweede lid, onder a;
- d in welke mate die klachtencommissie haar werkzaamheden heeft kunnen verrichten met inachtneming van de waarborgen, bedoeld in het tweede lid;
- e het aantal en de aard van de door die klachtencommissie behandelde klachten;
- f de strekking van de oordelen en aanbevelingen van die klachtencommissie;
- g de aard van de maatregelen, bedoeld in het vijfde lid.

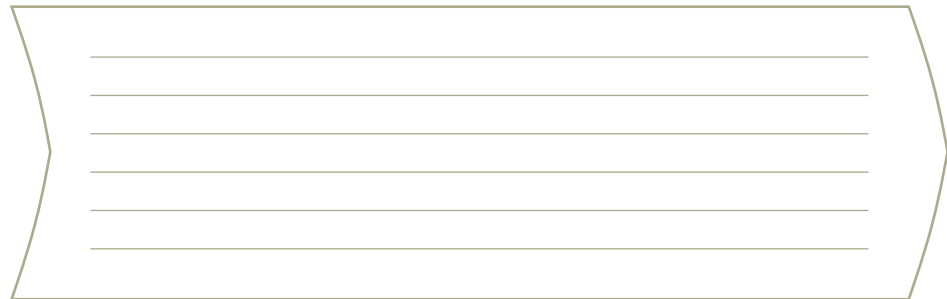
In de bijlage worden kwantitatieve gegevens op instellingsniveau opgevraagd.

Beschrijf uw doelstellingen, inspanningen en resultaten ten aanzien van klachten en de wijze waarop uw concern omgaat met klachten. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

Geef ten minste aan:

- op welke wijze u de behandeling van klachten hebt geregeld zoals bedoeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, artikel 2 lid 1;
- op welke wijze u de regeling "Behandeling van klachten over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt" onder de aandacht van uw cliënten gebracht;
- op welke wijze u duidelijk heeft gemaakt waar cliënten met klachten terecht kunnen in welke mate dat ertoe heeft geleid dat cliënten daarvan daadwerkelijk op de hoogte zijn;
- op welke wijze de onafhankelijkheid van de klachtencommissie is gewaarborgd;
- in welke mate de klachtencommissie haar werkzaamheden heeft kunnen verrichten met inachtneming van de waarborgen bedoeld in Wet klachtrecht cliënten zorgsector, artikel 2 lid 2);
- tot welke maatregelen de klachten hebben geleid.



#### 4.4.5 Toegankelijkheid

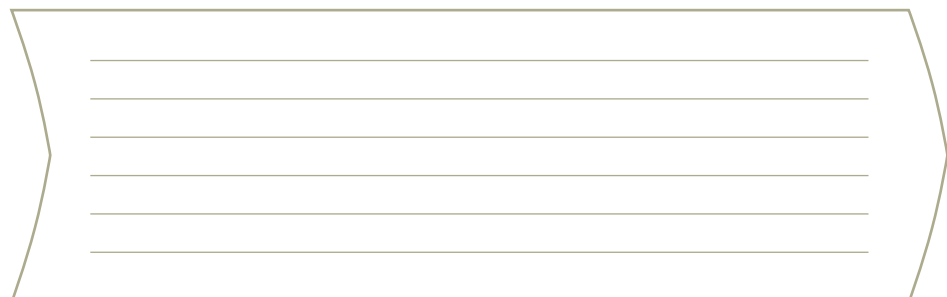
##### **Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi**

Het prestatieveld toegankelijkheid is verplicht. Suggesties voor de invulling: bereikbaarheid van het concern (geografisch, telefonisch) en beschikbaarheid van zorg (zorgaanbod en deskundigheid aansluitend op de zorgvraag, wachttijden, doorlooptijden en wachtlijsten).

Het gaat in deze paragraaf om toegankelijkheid waarop u als zorgconcern invloed heeft, dus op beleid ten aanzien van bijvoorbeeld wachttijden bij polikliniekbezoek, doorlooptijd tussen intake en behandeling, specifieke wachtlijstinitiatieven zoals overbruggingszorg.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot de toegankelijkheid van uw organisatie en de zorg die u biedt. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



#### 4.4.6 Veiligheid

##### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Het prestatieveld veiligheid is verplicht. Suggesties voor de invulling: veiligheid cliënten, veiligheid informatievoorziening.

Het gaat om veiligheid waarop uw concern invloed heeft. Daarbij kunt u niet alleen denken aan veiligheid van cliënten en medewerkers, maar ook om gegevensbeveiliging. In de bijlagen worden concrete gegevens gevraagd over de toepassing van de informatie-beveiligingsnorm NEN 7510.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw beleid, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het beleidsterrein veiligheid. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

#### 4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

##### 4.5.1 Personeelsbeleid

##### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Personeelsbeleid: hiermee geeft de instelling inzicht in het beleid en de belangrijkste prestaties ten aanzien van de stakeholdersgroep personeel

Onder personeelsbeleid vallen de verplichte prestatievelden kwaliteit van het personeel en beschikbaarheid van het personeel. In de bijlage worden concrete gegevens over personeelsformatie en -kosten opgevraagd. De hieronder opgenomen tabellen over verloop, verzuim en vacatures worden ook in de bijlage opgevraagd

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het personeelsbeleid. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.



U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

Beschrijf in ieder geval verloop, verzuim en vacatures; gebruik daarbij desgewenst de navolgende tabellen.

#### VERLOOP PERSONEEL

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar		
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar		
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		

#### ZIEKTEVERZUIM PERSONEEL EXCLUSIEF ZWANGERSCHAPSVERLOF, VOLGENS VERNETDEFINITIE (ALLE SECTOREN BEHALVE UMC'S), IN PERCENTAGES

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	

#### ZIEKTEVERZUIM EXCLUSIEF ZWANGERSCHAPSVERLOF (DEFINITIE ZOALS VASTGELEGD IN DE TOOLKIT VAN HET ARBOSERVICEPUNT HOO) IN PERCENTAGES

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	

#### VACATURES

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel		
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		

#### 4.5.2 Kwaliteit van het werk

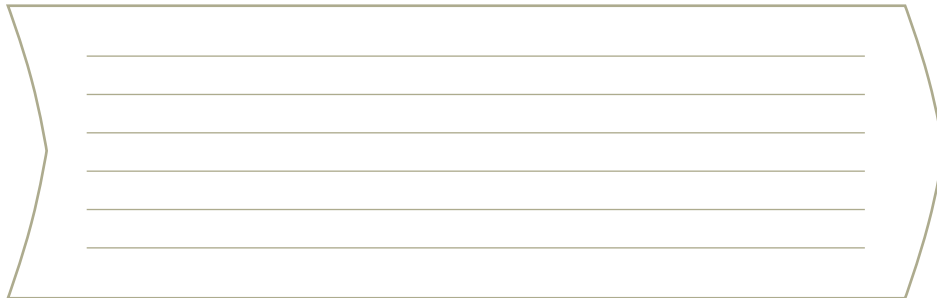
##### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Het prestatieveld kwaliteit van het werk is verplicht. Suggesties voor invulling: werkdruk, medewerkeroordeel, naleving Arbowet.

In de bijlage worden concrete gegevens opgevraagd over de waardering van het werk door de medewerkers.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot de kwaliteit van het werk. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



## 4.6 Samenleving

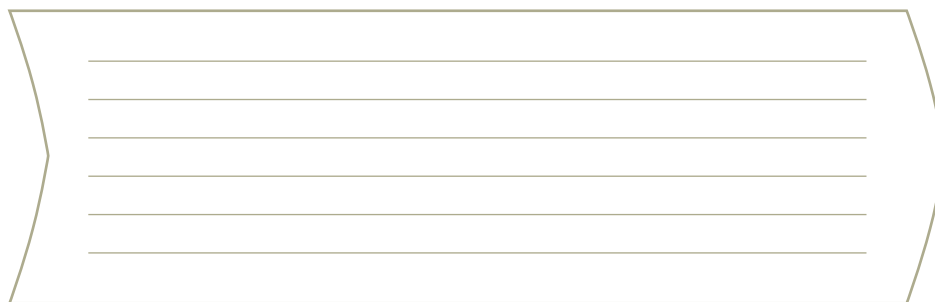
### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi

Het prestatieveld samenleving is verplicht. Maatschappelijk verantwoord ondernemen is het kernbegrip, met als aandachtsgebieden de trits mensen, maatschappij en milieu. Suggesties voor invulling: activiteiten en bestedingen uit hoofde van maatschappelijke betrokkenheid en productverantwoordelijkheid ('mensen'), informatie over de economische aspecten, waarbij de nadruk ligt op de meerwaarde die het concern met zijn diensten en/of producten heeft gecreëerd voor de samenleving ('maatschappij') en milieumaatregelen die het concern heeft getroffen ('milieu').

Het betreft hier de meer algemene invulling van het prestatieveld. Concrete relaties met stakeholders zijn in hoofdstuk 2 aan de orde gekomen.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het maatschappelijk verantwoord ondernemen. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.



## 4.7 Financieel beleid

### Voorschriften Jaarverslaggeving WTZi, BW 2 titel 9 artikel 391

Er dient ten minste aandacht te worden besteed aan:

- de gang van zaken tijdens het boekjaar en toestand per balansdatum;
- de behaalde omzet en resultaten;
- de financiële positie (solvabiliteit en liquiditeit); en
- de kasstromen en financieringsbehoeften;
- activiteiten op het gebied van onderzoek en ontwikkeling;
- gebeurtenissen na balansdatum;
- verwachte gang van zaken, waaronder:
- investeringen waartoe het bestuur heeft besloten;
- toekomstige financieringsbehoefte en hoe hierin zal worden voorzien;
- personeelsbezetting;
- omstandigheden waarvan de ontwikkeling van de opbrengsten afhankelijk is.

Neem alleen informatie op die additioneel is aan wat in de jaarrekening of elders in het maatschappelijk verslag (jaarverslag) is opgenomen.

In de jaarrekening (in hoofdstuk 5 van het Jaardocument) dient een resultatenrekening te worden opgenomen met een gesegmenteerde resultatenrekening voor ieder van de bedrijfssegmenten van het concern. In het verlengde daarvan dient ook het beleid per afzonderlijk segment te worden weergegeven. Als het beleid per segment niet verschilt, geeft u een beschrijving op concernniveau en vermeldt u waarom het beleid niet per segment wordt beschreven.

De beschrijving van het financieel beleid en de resultaten van de zorginstelling dient in overeenstemming te zijn met de omvang en de complexiteit van de zorginstelling en gaat in op:

- een evenwichtige en volledige analyse van de toestand op de balansdatum;
- de ontwikkeling gedurende het boekjaar en de resultaten.

Daarnaast wordt in deze paragraaf een beschrijving opgenomen omtrent de verwachte gang van zaken. Daarbij wordt, voor zover gewichtige belangen zich hier tegen niet verzetten, in het bijzonder aandacht besteed aan de investeringen, de financiering en de personeelsbezetting en aan de omstandigheden waarvan de ontwikkeling van de opbrengsten en het resultaat afhankelijk is. Vermeldt hoe bijzondere gebeurtenissen waarmee in de jaarrekening geen rekening behoeft te worden gehouden, de verwachtingen hebben beïnvloed.

De tabellen worden ook in de bijlagen opgenomen.

Beschrijf conform de Voorschriften Jaarverslaglegging WTZi uw doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot het financieel beleid. Geef aan in welke mate gestelde doelen zijn gerealiseerd en in op welke punten het beleid is bijgesteld. Beschrijf hoe de prestaties zich verhouden tot de prestaties van het voorgaande jaar.

U verstrekt de gevraagde informatie op concernniveau, tenzij de situatie in onderscheiden onderdelen van het concern (instellingen of segmenten) afwijkt van die op concernniveau.

U kunt desgewenst gebruik maken van onderstaande drie tabellen, die ook in de bijlagen zijn opgenomen.

---

---

---

---

---

---

---

---

**RESULTAATRATIO**

Resultaatratio	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten		
Resultaatratio: niet-AWBZ-gefinancierde resultaten		

**LIQUIDITEIT**

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar

**SOLVABILITEIT**

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen/balanstotaal)		
Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal opbrengsten)		

# Toelichting en definities maatschappelijk verslag

## Toelichting en definities hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

Verantwoording op concernniveau, tenzij anders aangegeven

14

### 2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

Algemeen	Toelichting	
	Gevraagd wordt naar de stand op peildatum 31 december van het verslagjaar, tenzij anders aangegeven	
	Licht de gegevens toe in een tekstveld	
	Toe te lichten term	Toelichting
	Personeelsleden	het gaat om werknemers met arbeidsovereenkomst, inclusief oproepkrachten
	Bedrijfsopbrengsten	het vermelden van het totaal aan bedrijfsopbrengsten is verplicht, de uitsplitsing naar wettelijk budget en overige opbrengsten is optioneel

2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

2.3.2.1 Algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's inclusief PAAZ'en en PACZ'en	Toe te lichten term	Toelichting
Kerngegevens productie, personeel en opbrengsten algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's; exclusief revalidatiecentra	Feitelijke deeltijdplaatsen	Het aantal deeltijdplaatsen waarvan wordt uitgegaan bij de dagelijkse planning van de behandelingen, dus niet het quotiënt van het aantal gerealiseerde deeltijd dagen en het aantal kalenderdagen
Nadere productiegegevens algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's, voor zover van toepassing; exclusief revalidatiecentra	Eerste polikliniekbezoek	Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de 12 maanden voorgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd (bron: LAZR, Prismant en Enquêtejaarcijfers)
	Zware dagverplegingsdagen	Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een behandeling door een medisch specialist, waarbij een verrichting uit tariefgroep C1 tot en met C7 wordt gedeclareerd. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen, klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2) en paramedische behandeling en onderzoek (E)

2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

2.3.2.1 Algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's inclusief PAAZ'en en PACZ'en	Toe te lichten term	Toelichting
Vergunningen op grond van artikel 2 wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december	Vergunning	<p>Artikel 2 WBMV:</p> <p>1 Indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, kan Onze Minister bij ministeriële regeling bepalen:</p> <p>a dat het verboden is zonder zijn vergunning medische verrichtingen van een bij de regeling aangegeven aard uit te voeren;</p> <p>b dat het verboden is zonder zijn vergunning apparatuur van een bij de regeling aangegeven aard ten behoeve van het uitvoeren van medische verrichtingen aan te schaffen of te gebruiken.</p> <p>2 Een regeling als bedoeld in het eerste lid vervalt uiterlijk vier jaar na de inwerkingtreding. Voortzetting van het verbod kan slechts geschieden bij algemene maatregel van bestuur</p>
Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december	Aanwijzing	<p>Artikel 8 WBMV:</p> <p>1 Onze Minister kan met betrekking tot medische verrichtingen waarop niet een regeling als bedoeld in artikel 2 of 3 van toepassing is en die niet behoren tot de ontwikkelingsgeneeskunde, zijn beleidsvisie bekend maken ten aanzien van bijzondere aspecten van die verrichtingen, welke aspecten die verrichtingen onderscheiden van andere medische verrichtingen.</p> <p>2 Een instelling kan Onze Minister verzoeken haar aan te wijzen voor de uitvoering van de bijzondere aspecten van de in het eerste lid bedoelde verrichtingen. Onze Minister kan zodanige aanwijzing uitsluitend weigeren indien het geven daarvan in strijd zou zijn met zijn beleidsvisie, bedoeld in het eerste lid.</p> <p>3 Onze Minister kan aan een aanwijzing voorschriften verbinden, voor zover die voortvloeien uit de beleidsvisie. Artikel 6, derde lid, is van overeenkomstige toepassing.</p>
		<b>Toelichting</b>
		Gespecificeerde gegevens over traumacentra worden in de bijlage opgevraagd

2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

2.3.2.2 GGZ-instellingen exclusief PAAZ'en en PACZ'en	Toe te lichten term	Toelichting
Kerngegevens productie, personeel en opbrengsten GGZ	Toegelaten bedden	Het aantal bedden waar een toelating voor is, zoals vastgelegd in de beschikking van het College Voor Zorgverzekeringen. Het gaat hierbij om de toegelaten bedden exclusief de deeltijdplaatsen
	Feitelijke bedden	Het aantal bedden waarvan wordt uitgegaan bij de dagelijkse planning van de te verlenen klinische verpleging/verzorging. Met 'bedden' worden ook RIBW-plaatsen bedoeld. De feitelijke capaciteit kan afwijken van de toegelaten capaciteit door bijvoorbeeld afspraken met verbindingkantoren over zorg-op-maatprojecten. Onder feitelijke capaciteit wordt niet verstaan het quotiënt van het aantal gerealiseerde verpleegdagen c.q. verzorgingsdagen en het aantal kalenderdagen in verslagjaar.
	Feitelijke deeltijdplaatsen	Het aantal deeltijdplaatsen waarvan wordt uitgegaan bij de dagelijkse planning van de te verlenen deeltijdbehandeling. Onder feitelijke capaciteit wordt niet verstaan het quotiënt van het aantal gerealiseerde deeltijddagen en het aantal kalenderdagen.
	Ambulante contacten	Het totaal van de face-to-face, ear-to-ear, bit-to-bit contacten
		<b>Toelichting</b>
		Een verdeling naar bouwcategorie (licht, zwaar of beveiligd) wordt in de bijlage gevraagd

2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

2.3.2.3 Verpleging en verzorging	Toe te lichten term	Toelichting
Kerngegevens productie, personeel en opbrengsten VVT (exclusief jeugdgezondheidszorg en kraamzorg)	Intramuraal	Verblijf op grond van de AWBZ: het gedurende het etmaal verblijven in een instelling indien de persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding of behandeling noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht'. Verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. Onder verblijf valt niet de dagzorg, de dagopvang en de nachtopvang. Die zorg valt onder de twee begeleidingsfuncties. 'Logeren' in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet, valt wel onder verblijf. Indien het echter gaat om 'logeren' louter als nachtopvang dan valt deze onder begeleiding. Bron: Toelichting op Besluit zorgaanspraken AWBZ.
	Cliënten	Personen aan wie het concern zorg en diensten levert die gefinancierd worden met publieke middelen.
	Toegelaten intramurale plaatsen	Bedden of plaatsen waarvoor het College Voor Zorgverzekeringen een toelating heeft afgegeven.
	Extramuraal	Alle zorg die niet gepaard gaat met verblijf.
	Extramurale productie	Het aantal uren extramurale productie in deze tabel is exclusief dagactiviteiten.
<b>Toelichting</b>		
Een verdeling naar bouwcategorie (licht, zwaar of beveiligd) wordt in de bijlage gevraagd.		
Een verdeling naar één- en meerbedskamers in verpleeghuizen wordt in de bijlage gevraagd		

2.3.2 PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN

2.3.2.4 Gehandicaptenzorg	Toe te lichten term	Toelichting
Kerngegevens productie, personeel en opbrengsten gehandicaptenzorg	Intramuraal	Verblijf op grond van de AWBZ: het gedurende het etmaal verblijven in een instelling indien de persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding of behandeling noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. Onder verblijf valt niet de dagzorg, de dagopvang en de nachtopvang. Die zorg valt onder de twee begeleidingsfuncties. 'Logeren' in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet, valt wel onder verblijf. Indien het echter gaat om 'logeren' louter als nachtopvang dan valt deze onder begeleiding. Bron: Toelichting op Besluit zorgaanspraken AWBZ.
	Cliënten	Personen aan wie het concern zorg en diensten levert die gefinancierd worden met publieke middelen. De gehandicapte zelf telt als cliënt, de ouders worden hier niet meegerekend. Een cliënt telt als één cliënt, ongeacht het aantal producten dat hij of zij afneemt.
	Toegelaten intramurale plaatsen	Bedden of plaatsen waarvoor het College Voor Zorgverzekeringen een toelating heeft afgegeven.
	Extramuraal	Alle zorg die niet gepaard gaat met verblijf.
	Extramurale productie	Het aantal uren extramurale productie in deze tabel is exclusief dagactiviteiten.
<b>Toelichting</b>		
Een verdeling naar bouwcategorie (licht, zwaar of beveiligd) wordt in de bijlage gevraagd.		



2.3.3 WERKGEBIEDEN

2.3.3 Werkgebieden	Toelichting
Indeling in zorgkantoorregio's	Groningen
	Friesland
	Drenthe
	Zwolle
	Twente
	Apeldoorn, Zutphen e.o.
	Midden IJssel
	Arnhem
	Nijmegen
	Utrecht
	Flevoland
	't Gooi
	Noord-Holland Noord
	Kennemerland
	Zaanstreek/Waterland
	Amsterdam
	Amstelland en De Meerlanden
	Zuid-Holland Noord
	Haaglanden
	Delft Westland Oostland
	Midden Holland
	Rotterdam
	Nieuwe Waterweg Noord
	Zuid-Hollandse eilanden
	Waardenland
	Zeeland
	West-Brabant
	Midden-Brabant
	Noordoost Brabant
	Zuidoost-Brabant
Noord- en Midden-Limburg	
Zuid-Limburg	

2.4 BELANGHEBBENDEN

2.4 Belanghebbenden	Toelichting
	<p>Het gaat met name om concrete samenwerkingsovereenkomsten, convenanten en andere afspraken die rechtstreeks te maken hebben met uw kernactiviteiten. In hoofdstuk 4 wordt gevraagd naar het beleid en de prestaties ten aanzien van onder meer het onderwerp samenleving, maar daar gaat het om additionele activiteiten zoals het sponsoren van kunstzinnige activiteiten of het deelnemen aan activiteiten in de gemeenschap waarmee u te maken hebt.</p>

# Toelichting en definities hoofdstuk 3

## Governance

20

### 3.1.2 RAAD VAN BESTUUR

Samenstelling Raad van Bestuur	Toe te lichten term	Toelichting
	Samenstelling Raad van Bestuur	Met de samenstelling van de Raad van Bestuur wordt bedoeld op bestuurders die deel uitmaken van het statutaire bestuursorgaan in concerns die werken volgen het model Raad van Bestuur – Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen. Concerns die werken volgens het Raad van Beheer-model dienen hier te lezen: personen aan wie de algemene dagelijkse leiding van het concern is opgedragen.

21

### 3.1.3 RAAD VAN TOEZICHT

Samenstelling Raad Toezicht/Raad van Commissarissen	Toe te lichten term	Toelichting
	Toezichthouder	Als toezichthouder (commissaris) geldt de persoon die krachtens de statuten met het toezicht op het bestuur is belast. Voor de zorginstellingen die niet volgens een RvB/RvT model werken maar volgens het Raad van Beheersmodel, geldt dat de leden van het statutaire (stichtings) bestuur als toezichthouders worden beschouwd.

# Toelichting en definities hoofdstuk 4

## Beleid, inspanningen en prestaties

pagina 27

### 4.4.1 KWALITEIT VAN ZORG

Beleid en inspanningen en prestaties kwaliteit van zorg sector VVT	Toelichting
	<p>Voor het verslagjaar 2006 kunt u de uitkomsten van de cliëntenraadpleging (CAPHS of Stichting Cliënt en Kwaliteit) vermelden alsmede de uitkomsten van de IGZ-indicatoren. Indien over 2006 geen meting is verricht kunt u de resultaten van metingen in een eerder verslagjaar vermelden.</p>

pagina 28

### 4.4.2 KLACHTEN

Klachten	Toe te lichten term	Toelichting
	Klachten	<p>Een klacht is een uiting van ontevredenheid die aan het concern kenbaar is gemaakt met het oogmerk daarop een reactie te ontvangen. Een klacht ingediend bij de klachtencommissie is een uiting van ontevredenheid die aan het concern schriftelijk kenbaar is gemaakt met het oogmerk dat het concern daarop reageert en (beleids)maatregelen treft.</p>
	Waarborgen	<p>Het concern:</p> <p>a voorziet erin dat de klachten van cliënten worden behandeld door een klachtencommissie die bestaat uit ten minste drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder;</p> <p>b waarborgt dat aan de behandeling van een klacht niet wordt deelgenomen door een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft;</p> <p>c waarborgt dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn na indiening van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen;</p> <p>d waarborgt dat bij afwijking van de onder c bedoelde termijn de klachtencommissie daarvan met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, onder vermelding van de termijn waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen;</p> <p>e waarborgt dat de klager en degene over wie is geklaagd, door de klachtencommissie in de gelegenheid worden gesteld mondeling of schriftelijk een toelichting te geven op de gedraging waarover is geklaagd;</p> <p>f waarborgt dat de klager en degene over wie is geklaagd, zich bij de behandeling van de klacht kunnen laten bijstaan.</p>

Verloop personeel	Toe te lichten term	Toelichting
	Verloop	Mate waarin in een bedrijf personeel in dienst komt, blijft en uit dienst gaat.
	Instroom personeel in loondienst	Instroom is gelijk aan aangenomen personeel. Personeel in loondienst zijn werknemers op eigen loonlijst, waarvoor loonbelasting dient te worden afgedragen (inclusief: oproepkrachten) Exclusief: stagiaires, uitzendkrachten, zelfstandige specialisten in vrij beroep, consultants, alfa-helpenden, overig ingehuurd personeel en vrijwilligers.
	Uitstroom personeel in loondienst	Uitstroom is gelijk aan vertrokken personeel. Personeel in loondienst zijn werknemers op eigen loonlijst, waarvoor loonbelasting dient te worden afgedragen ( inclusief: oproepkrachten). Exclusief: stagiaires, uitzendkrachten, zelfstandige specialisten in vrij beroep, consultants, alfa-helpenden, overig ingehuurd personeel en vrijwilligers.

Ziekteverzuim	Toe te lichten term	Toelichting
Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof volgens Vernetdefinitie (alle sectoren behalve UMC's), in percentages	Ziekteverzuim volgens Vernetdefinitie	<p>Van alle werknemers wordt elke ziektedag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor en de arbeidsongeschiktheidsfactor, waarna zij worden opgeteld. Van alle werknemers (ziek en niet ziek) wordt elke dienstverbanddag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor, waarna zij worden opgeteld. Het totaal aantal ziektedagen wordt gedeeld door het totaal aantal dienstverbanddagen en vermenigvuldigd met 100%.</p>
Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof (definitie zoals vastgelegd in de toolkit van het Arboservicepunt HOO) in percentages	Ziekteverzuim volgens HOO	<p>het verzuimpercentage geeft aan welk deel van de werktijd in het verslagjaar verloren is gegaan wegens verzuim. Het verzuimpercentage geeft aan welk deel van de werktijd in een bepaalde verslagperiode t 5 verloren is gegaan wegens verzuim. In formule:  het totaal van de gewogen verzuimde kalenderdagen in verslagperiode t  <math display="block">VP = \frac{\text{potentieel beschikbare dagen in periode t}}{\text{Gewogen kalenderdagen verzuim}} \times 100\%</math></p> <p>Met gewogen verzuimde kalenderdagen bedoelen we dat per verzuimgeval het aantal verzuimde kalenderdagen vermenigvuldigd wordt met de deeltijdfactor en het ao-percentage.  Welke gevallen tellen mee?  Voor het verzuimpercentage tellen alle verzuimgevallen mee, maar alleen de dagen diebinnen de verslagperiode vallen.</p> <p>Potentieel beschikbare dagen in de periode  De meest nauwkeurige manier om dit te berekenen is als volgt:  Stap 1 Bereken van elke persoon het aantal kalenderdagen dat hij in de periode in dienst was  Stap 2 Vermenigvuldig dit getal per persoon met de deelbetrekking (zie §3.3.1)  Stap 3 Tel de uitkomsten uit stap 2 van alle mensen bij elkaar op</p> <p>Een grovere methode om dit te berekenen is:  Stap 1 Bepaal welke mensen op de eerste dag van de periode in dienst waren (kijken naar datum in dienst en uit dienst)  Stap 2 Tel de deelbetrekkingen (zie §3.3.1) van de mensen uit stap 1 bij elkaar op  Stap 3 Bepaal welke mensen op de laatste dag van de periode in dienst waren (kijken naardatum in dienst en uit dienst)  Stap 4 Tel de deelbetrekkingen (zie §3.3.1) van de mensen van stap 3 bij elkaar op  Stap 5 Tel de uitkomst van stap 2 en stap 4 bij elkaar en deel door 2.  Stap 6 Vermenigvuldig het getal van stap 5 met het aantal kalenderdagen in de periode</p> <p>Zwangerschap  Zoals gezegd valt het zwangerschaps- en bevallingsverlof niet meer onder de ziekwet. Voor de berekening van het verzuimpercentage betekent dit dat het zwangerschaps- en bevallingsverlof niet meegerekend moet worden.</p>

4.5.1 PERSONEELSBELEID

Vacatures	Toe te lichten term	Toelichting
	Vacatures	<p>Definitie: Een arbeidsplaats waarvoor, binnen of buiten een instelling, personeel wordt gezocht dat onmiddellijk of zo spoedig mogelijk geplaatst kan worden.</p> <p>Toelichting: Tot de vacatures worden ook gerekend: Vacatures waarvoor zich reeds sollicitanten hebben gemeld. Ook wanneer al gesprekken worden gevoerd met deze sollicitanten.</p> <p>Vacatures waarvoor de sollicitatieprocedure zoveel tijd zal kosten dat de feitelijke indiensttreding niet op korte termijn valt te verwachten.</p> <p>Vacatures waarvoor uitzendkrachten of ander tijdelijk personeel worden gezocht.</p> <p>Open plaatsen voor leerlingen en personen in opleiding, mits het daarbij gaat om een arbeidsovereenkomst (dus geen onbetaalde stageplaatsen).</p> <p>Met betrekking tot vacatures bij overheidsinstellingen zij opgemerkt, dat een open plaats alleen dan als vacature dient te worden gezien als normale interne of externe werving is toegestaan. Open plaatsen bij reorganisaties of afslankingen die alleen mogen worden bezet door medewerkers waarvan een arbeidsplaats verdwijnt, mogen niet als vacature worden opgevat.</p> <p>Bij de vermelding van de vacatures dient alleen het personeel in loondienst te worden meegenomen. Dus: inclusief oproepkrachten; exclusief uitzendkrachten en stagiaires.</p>
	Moeilijk vervulbare vacatures	Vacatures waarvoor de sollicitatieprocedure zoveel tijd zal kosten dat de feitelijke indiensttreding niet binnen 3 maanden valt te verwachten.

4.7 FINANCIËEL BELEID

Financieel beleid	Toe te lichten term	Toelichting
Resultaat	Resultaatratio	<p>Resultaat is het resultaat dat blijkt in de resultatenrekening op de regel resultaat boekjaar (inclusief financiële baten en lasten en inclusief buitengewone baten en lasten).</p> <p>De resultaatratio berekent het resultaat boekjaar ten opzichte van de totale opbrengsten. Indien de zorginstelling ook niet AWBZ gefinancierde resultaten heeft, vindt ook een toelichting plaats van de resultaatratio op niet-AWBZ gefinancierde activiteiten. Hiertoe wordt het resultaat boekjaar op niet-AWBZ- gefinancierde activiteiten berekend ten opzichte van de totale opbrengsten uit niet-AWBZ gefinancierde activiteiten. Neem tevens een toelichting op van de resultaatratio (in vergelijking met het vorige verslagjaar en begroting).</p>
Liquiditeit	Liquiditeit	<p>De liquiditeit wordt als volgt berekend: vlottende activa (inclusief liquide middelen) te delen door de kortlopende schulden (quick-ratio). De liquiditeit mag ook berekend worden door de vlottende activa (exclusief liquide middelen) te delen door de kortlopende schulden (current ratio). Neem in de toelichting op de liquiditeit de gebruikte definitie op inclusief een toelichting van de liquiditeitspositie (in vergelijking met het vorige verslagjaar).</p>
Solvabiliteit	Solvabiliteit	<p>De solvabiliteit wordt als volgt berekend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• totaal eigen vermogen gedeeld door balanstotaal.</li> <li>• totaal eigen vermogen gedeeld door de totale opbrengsten.</li> </ul>

# Jaarrekening

De jaarrekening stelt u conform de geldende voorschriften op.  
Zie ook de als hulpmiddel bedoelde Excelmodellen op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).  
Het bestuursverslag in de jaarrekening vervalt bij gebruik van het jaardocument

De jaarrekening omvat tevens de verantwoording bezoldiging bestuurders/  
toezichthouders. Voor de bestuurders is daarmee tevens voldaan aan de bepalingen uit  
de WOPT, mits ook het belastbaar loon is opgegeven.  
Voor niet-bestuurders dient voor wat betreft de WOPT de tabel in bijlage D.4 te worden  
ingevuld.

# Bijlagen

De bijlagen worden ingevuld via de webenquête, met uitzondering van de Jaarenquêtes algemene ziekenhuizen.

Een beperkt aantal tabellen wordt ook in het hoofddocument genoemd, maar zijn hier opnieuw opgenomen omdat de gegevens uit alle in de bijlage opgenomen tabellen via de webenquête in de database worden opgenomen.

Alle bijlagen zijn openbaar met uitzondering van de tabel B.4 Personeelsinformatie en D.5 Jaarenquêtes algemene ziekenhuizen.

## A Bijlage bij hoofdstuk 1 Uitgangspunten verslaglegging

Geen bijlage.



## B Bijlage bij hoofdstuk 2

### Profiel van de organisatie

#### B.1 Nadere typering

Situatie op 31 december verslagjaar, tenzij anders aangegeven. Alle tabellen gelden op concernniveau met uitzondering van de tabellen met betrekking tot spoedeisende hulp en hartbewaking en de tabellen met capaciteit naar bouwcategorie.

##### NADERE TYPERING MEDISCH-SPECIALISTISCHE INSTELLINGEN (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

Typering	Ja/nee
Universitair Medisch Centrum	
Algemeen Ziekenhuis	
Revalidatiecentrum	
Dialysecentrum	
Brandwondencentrum	
Astmacentrum	
Abortuskliniek	
Epilepsiecentrum	
Integraal Kankerinstituut	
Radiotherapeutisch centrum	
Traumacentrum	
Sanatorium	
Militair Ziekenhuis	
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	
Ziekenhuiszorg > 365 dagen	
Overig	

##### BIJZONDERE CONCERNONDERDELEN (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

Onderdeel	Ja/nee
Audiologisch Centrum	
Ambulancedienst en/of CPA	
Trombosedienst	
Medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium	
Erfelijkheidscentrum	
Apotheek	
Huisartsenpost	
Gezondheidscentrum	
Kraamcentrum	
Provinciale entadministratie	

## SPECIALISMEN MEDISCH-SPECIALISTISCHE INSTELLINGEN

Specialisme	Ja/nee
Anesthesiologie	
Algemene heelkunde	
Cardiochirurgie	
Cardiologie	
Dermatologie	
Gynaecologie	
Hematologie	
Interne geneeskunde	
Kaakchirurgie	
Keel-, Neus en Oorheelkunde	
Kindergeneeskunde	
Klinische chemie	
Klinische genetica	
Klinische oncologie	
Klinische pathologie	
Maag- darm, leverziekten	
Medische microbiologie	
Mondziekten	
Nefrologie	
Neurologie	
Neurochirurgie	
Nierziekten	
Nucleaire geneeskunde	
Oogheelkunde	
Orthopedie	
Plastische chirurgie	
Pulmologie	
Psychiatrie	
Radiodiagnostiek	
Radiotherapie	
Reumatologie	
Revalidatie	
Thoraxchirurgie	
Urologie	
Vaatchirurgie	
Verloskunde	
Overig	

## NADERE TYPERING GGZ-INSTELLINGEN

Typering	Ja/nee
Geïntegreerde GGZ-instelling (inclusief forensische zorg)	
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (zelfstandig)	
RIAGG (zelfstandig)	
RIBW (zelfstandig)	
Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek (zelfstandig)	
Instelling voor forensische zorg (zelfstandig)	
Instelling voor verslavingszorg (zelfstandig)	

AWBZ-FUNCTIES GELEVERD DOOR HET CONCERN

Functie	Ja/nee
Huishoudelijke verzorging	
Persoonlijke verzorging	
Verpleging	
Ondersteunende begeleiding	
Activerende begeleiding	
Behandeling	
Verblijf op grond van de AWBZ	

OVERIGE AWBZ-PRESTATIES GELEVERD DOOR HET CONCERN

Prestatie	Ja/nee
Uitleen verpleegartikelen	
Prenatale zorg	
Advies, instructie en voorlichting	
Voedingsvoorlichting	

OVERIGE ZORG GELEVERD DOOR HET CONCERN

Prestatie	Ja/nee
Dieetadvisering	

DOELGROEPEN CLIËNTEN AWBZ-ZORG

Doelgroep	Ja/nee
Somatische aandoening of beperking	
Psychogeriatrische aandoening of beperking	
Psychiatrische aandoening	
Lichamelijke handicap	
Verstandelijke handicap	
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	
Psychosociale problemen	

## B.2 Kerngegevens

### B.2.1 Productie, personeel en opbrengsten

#### B.2.1.1 Algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's inclusief PAAZ en PACZ

KERNGEGEVENS CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN, UMC'S EN ZBC'S; EXCLUSIEF REVALIDATIECENTRA EN INCLUSIEF PAAZ EN PACZ

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Capaciteit</b>	
Gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december	
Aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag/deeltijdbehandeling) op 31 december	
<i>Waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden</i>	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

PRODUCTIEGEGEVENS ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN, UMC'S EN ZBC'S, VOOR ZOVER VAN TOEPASSING; EXCLUSIEF REVALIDATIECENTRA

Productie	Aantal/bedrag
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	
Percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	
Aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	
<i>Waarvan opnamen in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	
<i>Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	
<i>Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	
<i>Waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ</i>	
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	
<i>Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ</i>	

De nu volgende tabel heeft betrekking op de gegevens van revalidatiecentra en vervangt voor de revalidatiecentra de twee voorgaande tabellen.

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN REVALIDATIECENTRA

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Productie/capaciteit</b>	
Aantal feitelijk beschikbare klinische bedden op 31 december	
Aantal feitelijk beschikbare poliklinische behandelplaatsen op 31 december	
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	
Aantal eerste consulten in verslagjaar	
Aantal klinische revalidatiebehandeluren in verslagjaar	
Aantal poliklinische revalidatiebehandeluren in verslagjaar	
Aantal klinische opnames in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

VERGUNNINGEN OP GROND VAN ARTIKEL 2 WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN OP 31 DECEMBER

Categorie	Vergunning	Ja/nee
Transplantaties	Niertransplantatie	
	Harttransplantatie	
	Longtransplantatie	
	Levertransplantatie	
	Pancreastransplantatie	
	Transplantatie van de dunne darm	
	Haematopoëtische stamceltransplantaties	
	Transplantatie van de eilandjes van Langerhans	
Radiotherapie		
Bijzondere neurochirurgie		
Hartchirurgie	Openhartoperatie (OHO)	
	Automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	
	Ritmechirurgie	
	Percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	
Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing		
In vitro fertilisatie (IVF)		
Neonatale intensive care unit (NICU)		

AANWIJZINGEN OP GROND VAN ARTIKEL 8 WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN OP 31 DECEMBER

Aanwijzing	Ja/nee
Pediatische intensive care unit (PICU)	
Hemofoliebehandeling	
Traumazorg	
Pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	
Cochleaire implantaties	
Uitnameteams orgaandonatie	

De nu volgende twee tabellen worden (als enige in dit hoofdstuk) ingevuld per ziekenhuislocatie.

CAPACITEIT PER LOCATIE

Type capaciteit	Aantal
Feitelijk beschikbare bedden	
<i>Waarvan bedden voor hartbewaking</i>	
<i>Waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid voor beademing</i>	
<i>Waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid voor beademing</i>	

SPOEDEISENDE HULP PER LOCATIE

	Ja/nee
De locatie beschikt over een afdeling spoedeisende hulp	
De afdeling spoedeisende hulp is een 7x24-uursafdeling van minimaal het basis ziekenhuisniveau	

B.2.1.2 GGZ-instellingen exclusief PAAZ'en en PACZ'en

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN GGZ

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten</b>	
Aantal patiënten in zorg op 31 december	
<b>Capaciteit</b>	
Aantal feitelijke bedden op 31 december inclusief beschermd wonen	
<i>Waarvan feitelijke bedden beschermd wonen</i>	
<b>Productie</b>	
Aantal verzorgingsdagen inclusief beschermd wonen exclusief BOPZ in verslagjaar	
<i>Waarvan verzorgingsdagen beschermd wonen</i>	
Aantal deeltijdbehandelingen in verslagjaar	
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

### B.2.1.3 Verpleging en verzorging

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN VVT (EXCLUSIEF JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN KRAAMZORG)

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie/capaciteit</b>	
Aantal intramurale cliënten in verslagjaar	
Aantal feitelijke intramurale plaatsen op 31 december	
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar	
Aantal intramurale verzorgingsdagen in verslagjaar	
Aantal intramurale verpleegdagen in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

KERNGEGEVENS PRODUCTIE, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN KRAAMZORG

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie</b>	
Aantal cliënten 0-4-jarigen op 31 december	
Aantal consulten 0-4-jarigen in JGZ in verslagjaar	
Aantal kraamverzorgingen in verslagjaar	
Aantal kraamverzorgingsuren in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst voor JGZ op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst voor kraamzorg op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten voor JGZ (in euro's) in verslagjaar	
Totaal bedrijfsopbrengsten voor kraamzorg (in euro's) in verslagjaar	

### B.2.1.4 Gehandicaptenzorg

#### KERNGEGEVENS PRODUCTIE, CAPACITEIT, PERSONEEL EN OPBRENGSTEN GEHANDICAPTENZORG

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten/productie/capaciteit</b>	
Aantal intramurale cliënten op 31 december	
Aantal feitelijke intramurale plaatsen op 31 december	
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal cliënten dagactiviteiten op 31 december	
Aantal verpleegdagen en GVT-bezettingsdagen in verslagjaar	
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	

### B.3 Werkgebieden

#### ZOR GKANTOORREGIO'S

Nr	Regio	Ja/nee	Nr	Regio	Ja/nee
1	Groningen		17	Amstelland en De Meerlanden	
2	Friesland		18	Zuid-Holland Noord	
3	Drenthe		19	Haaglanden	
4	Zwolle		20	Delft Westland Oostland	
5	Twente		21	Midden Holland	
6	Apeldoorn, Zutphen e.o.		22	Rotterdam	
7	Midden IJssel		23	Nieuwe Waterweg Noord	
8	Arnhem		24	Zuid-Hollandse eilanden	
9	Nijmegen		25	Waardenland	
10	Utrecht		26	Zeeland	
11	Flevoland		27	West-Brabant	
12	't Gooi		28	Midden-Brabant	
13	Noord-Holland Noord		29	Noordoost Brabant	
14	Kennemerland		30	Zuidoost-Brabant	
15	Zaanstreek/Waterland		31	Noord- en Midden-Limburg	
16	Amsterdam		32	Zuid-Limburg	



## B.4 Personeel

Deze bijlage B4 is niet openbaar. De gegevens worden geleverd aan de brancheorganisaties, VWS, CBZ en het CBS.

VVT-instellingen behoeven in rubriek A alleen de subtotaal in te vullen.

### PERSONEELFORMATIE

A Personeel in loondienst	Code	Salarissen en kosten in verslagjaar, in euro's	Aantal werkzame personen per 31 december verslagjaar	Aantal fte's per 31 december verslagjaar
<b>1 Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</b>				
Management en staf patiënt/ cliëntgebonden functies	413100			
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300			
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400			
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500			
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600			
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700			
<b>Subtotaal</b>	<b>413000</b>			
<b>2 Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</b>				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	414100			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	414110			
Verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	414200 + 414400			
Opvoedkundig personeel in opleiding	414300			
Helpenden in opleiding (niv. 2)	414500			
Zorghulpen in opleiding (niv. 1)	414700			
Overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	414800			
<b>Subtotaal</b>	<b>414000</b>			
<b>3 Management en ondersteunend personeel in loondienst</b>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000			
Personeel hotelfuncties	412000			
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000			
<b>Subtotaal</b>	<b>411+412+ 415000</b>			

B Personeel niet in loondienst	Code	Salarissen en kosten in verslagjaar, in euro's	Aantal werkzame personen per 31 december verslagjaar	Aantal fte's per 31 december verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch				
Overige stagiaires				
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch				
Overige uitzendkrachten				
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders				
Overig ingehuurd personeel				
Vrijwilligers				
Alfa-helpenden				
<b>Subtotaal</b>				
<b>A + B Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst</b>				

## B.5 Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie

### B.5.1 GGZ-instellingen

De navolgende tabel op concernniveau.

#### CAPACITEITSGEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking			
Psychogeriatrische aandoening of beperking			
Psychiatrische aandoening			
Lichamelijke handicap			
Verstandelijke handicap			
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis			
Psychosociale problemen			

### B.5.2 Verpleging en verzorging

De navolgende tabel op instellingsniveau.

CAPACITEITSGEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking			
Psychogeriatrische aandoening of beperking			
Psychiatrische aandoening			
Lichamelijke handicap			
Verstandelijke handicap			
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis			
Psychosociale problemen			

De navolgende tabel op instellingsniveau.

AANTAL KAMERS VERPLEEGHUIZEN NAAR BEDDENGROOTTE

Type kamer	Code	Aantal
Aantal kamers met 1 bed	30821	
Aantal kamers met 2 bedden	30822	
Aantal kamers met 3 bedden	30823	
Aantal kamers met 4 bedden	30824	
Aantal kamers met 5 bedden	30825	
Aantal kamers met 6 bedden of meer	30826	
<b>Totaal aantal kamers</b>	<b>30820</b>	

### B.5.3 Gehandicaptenzorg

De navolgende tabel op instellingsniveau.

CAPACITEITSGEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking			
Psychogeriatrische aandoening of beperking			
Psychiatrische aandoening			
Lichamelijke handicap			
Verstandelijke handicap			
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis			
Psychosociale problemen			

## B.6 Wet bijzondere medische verrichtingen

De tabellen gelden voor UMC's en ziekenhuizen met een traumacentrum.

### INKOMSTEN EN KOSTEN TRAUMACENTRUM EXCLUSIEF HELICENTRUM

Inkomsten/kosten	Gegevens	Toelichting
Inkomsten verslagjaar		
Accountantsverklaring	Ja/nee	
Aantal fte per 31 december verslagjaar		
Totale personeelskosten		
Huur (huisvestingskosten)		
Inrichting en roerende zaken		
Afschrijvingen		
Kosten netwerkfunctie		
Kosten kenniscentrumfunctie		
Kosten mobiel medisch team		
Opleiding en training MMT		
Overige personeelskosten		
Kosten registratie traumacentrum totaal		
Kosten registratie traumacentrum landelijk		
Kosten registratie traumacentrum regionaal		
Kosten lidmaatschap LVTC		
Kosten communicatie		
Overige kosten		

### TOTAALOVERZICHT TRAUMACENTRUM EXCLUSIEF HELICENTRUM

Inkomsten/kosten	Gegevens	Opmerkingen
Inkomsten verslagjaar		
Uitgaven verslagjaar		
Saldo positief/negatief		
Reserves		
Beschikt het traumacentrum over een helicentrum		Ja/nee

INKOMSTEN EN KOSTEN HELICENTRUM

Inkomsten/kosten	Gegevens	Toelichting
Inkomsten verslagjaar		
Accountantsverklaring		
Aantal FTE		
Totaal personeelskosten		
Kosten medisch coördinator		
Kosten MMT-artsen		
Kosten MMT-verpleegkundigen		
Kosten Chief Nurse		
Kosten administratief personeel		
Kosten brandwacht(en)/landing officers		
Kosten bedrijfsvoering		
Overige personeelskosten		
Opleidingskosten en trainingen helikopter MMT		
Huur helikopter		
Kosten vliegreuren		
Huur hangar		
Landingsgelden		
Brandstofkosten		
Verzekeringen		
Communicatiekosten		
Overige kosten		

TOTAALOVERZICHT HELICENTRUM

Inkomsten/kosten	Gegevens	Opmerkingen
Inkomsten verslagjaar		
Uitgaven verslagjaar		
Saldo positief/negatief		
Reserves		

## C Bijlage bij hoofdstuk 3 Governance

### C.1 Bestuur en toezicht

Verantwoording op concernniveau tenzij de situatie in organisatie-onderdelen afwijkt.

#### C.1.1 Wettelijke transparantie-eisen bestuurstructuur

##### WETTELIJKE TRANSPARANTIE-EISEN BESTUURSSTRUCTUUR

Transparantie-eis	Ja/nee
Is er een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat? Toelichting: geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding hebben.	
Hebben de leden van het toezichthoudend orgaan geen directe belangen bij de instelling, bijvoorbeeld als directeur, werknemer of beroepsbeoefenaar die zijn praktijk voert in de instelling?	
Legt de instelling schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	
Heeft uw instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging (als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek)?	
Zo ja, Zijn er meer dan 50 personen werkzaam? (artikel 2 WOR)	

Indien de laatste vraag met 'ja' is beantwoord, geldt de volgende tabel.

##### BEVOEGDHEID IN STATUTEN TOT INDIENEN VAN VERZOEK DOOR CLIËNTENVERTEGENWOORDIGING VOLGENS BW

Transparantie-eis	Ja/nee
Kent u in uw statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek ( een verzoek tot enquête door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam)?	

##### BEVOEGDHEID IN STATUTEN TOT INDIENEN VAN VERZOEK TOEGEKEND AAN ANDER ORGAAN

Aan wie heeft het concern deze bevoegdheid nog meer toegekend?	
--	--

##### WIJZIGING STATUTEN

Transparantie-eis	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering veranderingen plaatsgevonden (als bedoeld in het uitvoeringsbesluit WTZi, toelichting bij hoofdstuk VI transparantie-eisen)?	
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	

### C.1.2 Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

#### WETTELIJKE TRANSPARANTIE-EISEN BEDRIJFSVOERING

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

### C.1.3 Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht M/V

	Aantal vrouwen	Percentage vrouwen
Raad van Bestuur		
Raad van Toezicht/Commissarissen		

## D Bijlage bij hoofdstuk 4

### Beleid, inspanningen en prestaties

Het verantwoordingsniveau wordt per paragraaf of subparagraaf aangegeven

#### D.1 Algemeen Kwaliteitsbeleid

Verantwoording D.1 op instellingsniveau

KWALITEITSCERTIFICATEN, -LABELS OF ACCREDITATIES

Certificaat, label of accreditatie behaald	
--	--

INDIEN JA:

Naam behaalde certificaat, label of accreditatie	
Datum van uitreiking certificaat, label of accreditatie	
Datum van expiratie geldigheid	
Naam toetsende instantie	

INDIEN NEE:

Er is een traject gestart om een kwaliteitscertificaat, -label of accreditatie te verkrijgen	
--	--

INDIEN EEN TRAJECT IS GESTART:

Naam beoogde certificaat, label of accreditatie	
Verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	
Naam toetsende instantie	

#### D.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

##### D.2.1 Kwaliteit van zorg (alle sectoren behalve GGZ)

Verantwoording D.2.1 op instellingsniveau

WAARDERING KWALITEIT VAN ZORG DOOR PATIËNT/CLIËNT

1 Heeft u in het verslagjaar een cliëntenraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg?	
2 Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg?	Ja/nee

INDIEN JA BIJ 1:

Gebruikte meetmethode	
-----------------------	--

INDIEN NEE BIJ 1:

In welk jaar heeft de laatste cliëntenraadpleging plaatsgevonden	
--	--

INDIEN JA BIJ 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	
--------------------------------------	--

INDIEN JA BIJ 1 EN JA BIJ 2

Uitkomst van de cliëntenraadpleging op basis van normering sector	
---	--



INDIEN JA BIJ 1 EN NEE BIJ 2:

Kunt u een benadering geven van de uitkomst van de cliëntenraadpleging

Slecht/onvoldoende/  
voldoende/goed

Heeft u de uitkomsten van de cliëntenraadpleging voorgelegd aan de cliëntenraad?

Ja/nee

WAARDERING KWALITEIT VAN ZORG DOOR MEDEWERKER

1. Heeft u in het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg?

Ja/nee

2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van zorg?

Ja/nee

INDIEN JA BIJ 1:

Gebuurde meetmethode

INDIEN NEE BIJ 1:

In welk jaar heeft de laatste raadpleging plaatsgevonden

INDIEN JA BIJ 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm

INDIEN JA BIJ 1 EN JA BIJ 2

Uitkomst van de raadpleging o.b.v. normering sector

INDIEN JA BIJ 1 EN NEE BIJ 2:

Kunt u een benadering geven van de uitkomst van de raadpleging.

Slecht/onvoldoende/  
voldoende/goed

Heeft u de uitkomsten van de raadpleging voorgelegd aan de cliëntenraad?

Ja/nee

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Verantwoording D.2.2 op concernniveau met uitsplitsing naar doelgroep zoals aangegeven

### EFFECTIVITEIT VAN ZORG

1 Verandering in ernst van de problematiek Het percentage cliënten, naar diagnosegroep waarbij de behandeling heeft geleid tot verbetering van de klachten naar oordeel van de cliënt	Percentage
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep dat de vragen beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten per diagnosegroep	
Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	
2 Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt	Percentage
Percentage patiënten dat na meting m.b.v. GAF/CGAS (jeugd):	
is verbeterd	
is gestabiliseerd	
Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	
3 Percentage heropname versus opnameduur De verhouding tussen de gemiddelde duur van de opnamen en het % heropnamen binnen 3 maanden per diagnosegroep over een periode van 1 jaar	%
Percentage heropnames	
Gemiddelde opnameduur in dagen	dg
Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	

4 Percentage drop-out (vroegtijdige eenzijdige beëindiging van behandeling) Het percentage cliënten, naar diagnosegroep*, dat hun behandeling/begeleiding eenzijdig en/of tegen het advies van de behandelaar beëindigd heeft gedurende het registratiejaar	Percentage
--	------------

Percentage cliënten	
Het % drop-outs wordt beïnvloed door de cliëntenmix en het gebied waarbinnen een instelling opereert. Instellingen kunnen dit aangeven in de toelichting. Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	

5 De mate waarin somatische screening plaatsvindt 1 Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen 2 Het percentage cliënten dat bij <i>aanvang</i> van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd 3 Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat <i>jaarlijks</i> somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd	
---	--

Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	Ja/nee
Percentage cliënten gescreend bij opname	
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg dat jaarlijks gescreend is	
Licht u graag uw antwoord toe:	

6 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek Percentage cliënten per diagnosegroep dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulante of deeltijdzorg-contact heeft	Percentage
--	------------

Percentage cliënten	
De zorgzwaarte van de cliënt is bepalend voor de snelheid waarmee een ambulante vervolcontact moet plaatsvinden. Waar het voor de ene cliënt al te lang duurt als dit 1 week is, is het voor de andere cliënt voldoende om na 1 tot 2 maanden een volgend contact te hebben. Indien een instelling van mening is dat zij een zodanig afwijkende cliëntenmix hebben, waardoor het resultaat negatief beïnvloed wordt, kan dit in de toelichting aangegeven worden. Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	

VEILIGHEID

<b>7 Onveiligheid door ontbreken van informatie</b>	
1 Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie. (verplicht beantwoorden over 2006)	
2 Het percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener <i>niet</i> kon beschikken over actuele informatie van de cliënt over: medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en crisiskaart* ( <i>facultatief over 2006</i> )	
Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	Ja/nee
Percentage spoedopnames waarbij de actuele informatie over de cliënt niet beschikbaar was	%
Licht u graag uw antwoord toe:	

<b>8 Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte</b>	
Percentage overleden cliënten ten gevolge van suïcide gedurende het registratiejaar gerelateerd aan de instellingsgrootte, onderscheiden naar ambulante en klinische behandeling/begeleiding.	<b>Percentage</b>
Percentage cliënten overleden door suïcide	
Licht u graag uw antwoord toe:	

CLIËNTGERICHTHEID

<b>9 Wachtijd tot start behandeling</b>	
1 Gemiddelde wachttijd in dagen tussen inschrijving en start behandeling/begeleiding voor ambulante behandeling, klinische behandeling en plaatsing in een RIBW	
2 Het % cliënten waar de wachttijd tussen inschrijving en start behandeling niet langer is dan: 98 dagen voor ambulante zorg 105 dagen voor klinische zorg 147 dagen voor plaatsing in een RIBW	
Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/begeleiding	dg
Gemiddelde wachttijd klinische behandeling/begeleiding	dg
Gemiddelde wachttijd RIBW begeleiding	dg
Percentage cliënten voor ambulante behandeling/begeleiding dat korter gewacht heeft dan 98 dg	%
Percentage cliënten voor klinische behandeling/begeleiding dat korter gewacht heeft dan 105 dg	%
Percentage cliënten voor RIBW begeleiding dat korter gewacht heeft dan 147 dg	%
Licht u graag uw antwoord toe:	

10 Informed consent: Percentage cliënten dat informed consent ervaart	Percentage
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 6 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	

11 Keuzevrijheid Het percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart	Percentage
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 4 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	

12 Vervulling zorgwensen Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen	Percentage
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 11 en 12 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	

13 Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen Het percentage behandelings/begeleidingsplannen van cliënten in de langdurende zorg dat minder dan 1 jaar oud is	Percentage
Percentage behandelings/begeleidingsplannen	
Licht u graag uw antwoord toe:	

<b>14 Dagbesteding en arbeid: Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten</b> Het gemiddeld aantal dagdelen per week dat cliënten per diagnosegroep, die langdurige behandeling/begeleiding ontvangen, op peildatum 31-12-2006 deelnamen aan interne of externe dagactiviteiten of betaald werk of vrijwilligerswerk deden	<b>Percentage</b>
Percentage cliënten	
<p>De zorgwaarde van de cliënt is bepalend voor de snelheid waarmee een ambulant vervolcontact moet plaatsvinden. Waar het voor de ene cliënt al te lang duurt als dit 1 week is, is het voor de andere cliënt voldoende om na 1 tot 2 maanden een volgend contact te hebben. Indien een instelling van mening is dat zij een zodanig afwijkende cliëntenmix hebben, waardoor het resultaat negatief beïnvloed wordt, kan dit in de toelichting aangegeven worden.</p> <p>Licht u graag uw antwoord toe en gebruikt u meerdere tabellen waarbij u diagnosegroepen kunt uitsplitsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen in de kindertijd</li> <li>• psychotische stoornissen</li> <li>• stemmingsstoornissen</li> <li>• angst- /stressgebonden stoornissen</li> <li>• persoonlijkheids- /gedragsstoornissen</li> <li>• cognitieve/organische stoornissen</li> <li>• stoornissen in ontwikkeling/gedrag</li> <li>• stoornissen door alcohol/drugs</li> </ul>	
<b>15 Woon- en leefomstandigheden: Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling</b> Percentage cliënten dat langdurende geestelijke gezondheidszorg (>1 jaar) ontvangt waarbij de woonvoorziening gerelateerd is aan de zorg (klinische opname, RIBW, BZW) dat een positief oordeel geeft over de woonsituatie of -omstandigheden	<b>Percentage</b>
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 17 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	
<b>16 Adequate bejegening door de hulpverleners</b> Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren.	<b>Percentage</b>
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 9 en 10 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	

17 Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren.	Percentage
Percentage cliënten	
Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 1 en 2 en 3 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	
Licht u graag uw antwoord toe:	

### D.2.3 Klachten

#### Verantwoording D.2.3 op instellingsniveau

AANTALLEN KLACHTEN IN HET VERSLAGJAAR

	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	
Aantal klachten als percentage van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	%
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	

## D.3 Personeelsbeleid

### D.3.1 Kwaliteit van het personeel

#### Verantwoording D.3.1 op concernniveau

VERLOOP PERSONEEL

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar		
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar		
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		

ZIEKTEVERZUIJ PERSONEEL EXCLUSIEF ZWANGERSCHAPSVERLOF, VOLGENS VERNETDEFINITIE (ALLE SECTOREN BEHALVE UMC'S), IN PERCENTAGES

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	

ZIEKTEVERZUIJ EXCLUSIEF ZWANGERSCHAPSVERLOF (DEFINITIE ZOALS VASTGELEGD IN DE TOOLKIT VAN HET ARBOSERVICEPUNT HOO) IN PERCENTAGES

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	

VACATURES

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel		
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies		

### D.3.2 Kwaliteit van het werk

#### Verantwoording D.3.2 op instellingsniveau

##### WAARDERING KWALITEIT VAN HET WERK DOOR DE MEDEWERKER

1 Heeft u in het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van het werk?	Ja/nee
2 Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het werk?	Ja/nee

INDIEN JA BIJ 1:

Gebruikte meetmethode	
-----------------------	--

INDIEN NEE BIJ 1:

In welk jaar heeft de laatste raadpleging plaatsgevonden	
--	--

INDIEN JA BIJ 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	
--------------------------------------	--

INDIEN JA BIJ 1 EN JA BIJ 2

Uitkomst van de raadpleging o.b.v. normering sector	
---	--

INDIEN JA BIJ 1 EN NEE BIJ 2:

Kunt u een benadering geven van de uitkomst van de raadpleging?	Slecht/onvoldoende/ voldoende/goed
---	---------------------------------------

Heeft u maatregelen getroffen naar aanleiding van de uitkomst?	Ja/nee
--	--------

### D.4 Financieel beleid

Verantwoording D.4 op concernniveau, tenzij de situatie per segment substantieel afwijkt van de situatie op concernniveau. In dat geval presenteert u de cijfers per segment.

##### RESULTAATRATIO

Resultaatratio	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten		
Resultaatratio: niet-AWBZ-gefinancierde resultaten		

##### LIQUIDITEIT

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar

##### SOLVABILITEIT

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen/balanstotaal)		
Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal opbrengsten)		



**Wet openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)**

In het aanwijzingsbesluit WOPT van 21 augustus 2006 is opgenomen dat zorginstellingen met een toelating op grond van artikel 5 van de Wet Toelating Zorginstellingen dienen te voldoen aan de WOPT.

De WOPT schrijft voor dat de instelling in de jaarrekening van *eenieder* van wie de som van:

- het belastbare loon én
- de voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn

het gemiddelde belastbare loon van onze ministers te boven is gegaan het volgende vermeldt:

- 1 Het belastbare loon
- 2 **De voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn**
- 3 **Functie of functies**
- 4 **Duur van het dienstverband**
- 5 **Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband**

Het voorgaande is van overeenkomstige toepassing in geval van een dienstverband van een kleinere omvang dan het bij de verantwoordelijke gebruikelijk voltijdse dienstverband.

De WOPT betreft alleen personen in loondienst. De overschrijdingen van het gemiddeld belastbaar loon van onze Ministers dienen te worden gemotiveerd. Ook dienen de cijfers over voorgaand jaar te worden opgenomen ter vergelijking. Alle uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband die hoger zijn dan het gemiddelde belastbare loon van de Ministers dienen te worden vermeld, ook als deze de normale beloningen hiervoor niet in aanmerking zouden komen.

[Naast de verantwoording in de jaarrekening dient een zorginstelling voor 1 juli de gegevens aan te leveren bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken. – *de bedoeling is door een verantwoording in het Jaardocument te voldoen aan deze verplichting*]

Het gemiddeld belastbaar loon van de Ministers wordt binnen 6 weken na afloop van het kalenderjaar bekend gemaakt. Voor 2005 bedraagt het belastbaar loon van de Ministers € 158.000.

De vermelding is anoniem.

Functie/ functies	Duur dienstverband in het verslagjaar		Belastbaar loon (in euro)		Voorzieningen ten behoefte van beloningen betaalbaar op termijn (in euro)		Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in euro)	
	In dienst vanaf	In dienst tot	2006	2005	2006	2005	2006	2005

MOTIVATIE OVERSCHRIJDINGEN VAN HET GEMIDDELD BELASTBAAR LOON VAN ONZE MINISTERS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## D.5 Jaarenquêtes algemene ziekenhuizen

### D.5.1 Jaarenquête Beeldvormende Diagnostieken.

Verplicht voor algemene ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra (ZBC's). Wettelijke basis: artikel 74 van Besluit Stralingsbescherming (Europese Regelgeving).

### D.5.2 Overige Jaarenquêtes ziekenhuizen

In te vullen door algemene ziekenhuizen via de NVZ Jaarenquete, die u via de NVZ ontvangt.

# Definities en toelichting bijlagen

Definities en toelichtingen die al zijn opgenomen bij het maatschappelijk verslag (de hoofdstukken 1 tot en met 4), zijn hier niet opnieuw opgenomen.

## B Toelichting en definities bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

### B.4 Personeel

Personeel	Toelichting
Personeels- informatie	<p>Code: volgens het rekeningschema voor de gezondheidszorg. Opgesteld door Prismant in overleg met NVZ, Arcares, VGN, GGZN.</p> <p><i>Rekeningschema:</i> Indeling rubriek 41 Rekeninggroepen 411 tot en met 415</p> <p>In de rekeninggroepen 411 tot en met 415 zijn de grootboekrekeningen voor salarissen opgenomen. Als onderscheidend criterium ten opzichte van de sociale kosten kan gesteld worden dat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• salarissen betrekking hebben op uitbetalingen aan personeel op grond van een (collectieve) arbeidsovereenkomst en als zodanig inkomsten voor de werknemer vormen, waarop inkomstenbelasting en premieheffing van toepassing zijn;</li><li>• sociale kosten voortvloeien uit wettelijke dan wel sociale verplichtingen van de werkgever, die niet leiden tot rechtstreekse uitbetalingen door de werkgever aan het personeel, zoals betaalde (verzekerings-)premies in verband met ziekte, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en pensioen.</li></ul> <p>Op grond van dit onderscheid worden tot de salarissen gerekend:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brutosalaris (volgens inschalingtabellen) inclusief doorbetaalde salarissen tijdens ziekte;</li><li>• Vakantiebijslag;</li><li>• Vergoedingen voor overwerk, onregelmatige dienst, bereikbaarheids-, aanwezigheids- en slaapdienst;</li><li>• Eindejaarsuitkeringen e.d.</li></ul> <p>Vergoedingen voor salariskosten die aan derden in rekening zijn gebracht, bijvoorbeeld in het kader van detacheringovereenkomsten, worden conform de uitgangspunten inzake het onderscheid tussen kosten en opbrengsten verantwoord in rubriek 82. Voor de onderverdeling van de salarissen op het 3e en 4e cijfer van de grootboekrekening (de zogenaamde rekeninggroepen) is uitgegaan van de indeling van functies volgens het systeem van de Functiewaardering voor de gezondheidszorg (FWG), te weten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>411 Algemene en administratieve functies</li><li>412 Hotelfuncties</li><li>413 Patiënt- c.q. bewonergebonden functies</li><li>415 Terrein- en gebouwgebonden functies</li></ul>

Personeels- informatie	<p>Door deze indeling sluit de financiële administratie direct aan op de personele administratie. In de coderingslijst van rubriek 41 is van de gebruikte FWG-benamingen voor kernfuncties en referentienamen uitputtend gebruikgemaakt.</p> <p>Indien een personeelslid meer dan één functie vervult, kan bij de boeking het salaris eventueel worden gesplitst naar het inzicht van de instelling.</p> <p>Indien niet wordt gesplitst vindt de boeking van het salaris plaats naar de hoofdfunctie.</p> <p>Rekeningschema voor zorginstellingen</p> <p>Teneinde onderlinge bedrijfsvergelijking resp. landelijke uniforme enquêtering mogelijk te maken wordt dringend geadviseerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niet af te wijken van de indeling op het eerste vijfcijferige coderingsniveau van rekeninggroepen</li> <li>• alle salariscomponenten (brutosalaris, toeslagen en het doorbetaalde salaris tijdens ziekte) de eerste viercijferige rekeninggroep te administreren.</li> </ul> <p>Grootboekrekeningen binnen 411 tot en met 415</p> <p>De indeling van deze rekeninggroepen naar vier- of meercijferige grootboekrekeningen wordt geheel aan de instelling zelf overgelaten.</p>	
	Toe te lichten term	Toelichting
	Salarissen (van personeel in loondienst)	<p>Bruto loon, vakantiegeld, doorbetalingen bij ziekte, onregelmatigheidstoeslag, overwerk, eenmalige uitkeringen, vergoeding woon-/werkverkeer; niet inbegrepen: sociale lasten, pensioenpremies, andere personeelskosten (zoals kosten opleiding, kantine, arbodiensten, werving).</p> <p><i>Rekeningschema:</i> Bij salariskosten is sprake van in dienstbetrekking verrichte arbeid op basis van een arbeidsovereenkomst. De instelling treedt op als werkgever en is uit dien hoofde inhoudingsplichtig voor de loonbelasting en premieheffing.</p>
	Kosten van personeel niet in loondienst	<p>Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid (waaronder uitzendkrachten, consultants, freelancers). Het is belangrijk dat de bedragen voor salarissen en kosten van personeel niet in loondienst vermeld bij bijlage A naadloos aansluiten op de bedragen vermeld in de (toelichting bij) de resultatenrekening (personeelskosten uitgesplitst naar salarissen, sociale lasten e.d.).</p> <p><i>Rekeningschema:</i> Bij vergoedingen is geen sprake van een dienstbetrekking. De instelling is niet inhoudingsplichtig.</p> <p>Het personeel voert de door haar opgedragen werkzaamheden echter wel uit onder de (directe) leiding van de instelling, en maakt daarbij veelal gebruik van faciliteiten, materialen en gereedschappen van de instelling. Voorbeelden hiervan zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uitzendkrachten, stagiaires en freelance medewerkers;</li> <li>• oproep- en invalkrachten voor zover de instelling daarvoor niet inhoudingsplichtig is;</li> <li>• medische en andere specialisten niet in loondienst;</li> </ul> <p>Bij uitbestede werkzaamheden worden werkzaamheden niet uitgevoerd onder leiding van de instelling. Hiervoor koopt de instelling diensten in en geeft aan derden opdracht tot uitvoering en leiding van dergelijke werkzaamheden. Voorbeelden hiervan zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schoonmaakwerkzaamheden (veelal op contractbasis) door een (extern) schoonmaakbedrijf</li> <li>• laboratoriumverrichtingen door een extern laboratorium.</li> </ul> <p>De daarmee gemoeide kosten worden niet als personele maar als materiële kosten beschouwd en worden daarom verantwoord in de rubrieken 43 en volgende.</p>
Salarissen van personeel niet in loondienst	<p>Het is belangrijk dat de bedragen voor salarissen en kosten van personeel niet in loondienst vermeld bij bijlage A naadloos aansluiten op de bedragen vermeld in de (toelichting bij) de resultatenrekening (personeelskosten uitgesplitst naar salarissen, sociale lasten e.d.).</p>	

## B.5 Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie

Algemeen	Toe te lichten term	Toelichting
	Licht	licht alle doelgroepen, die vooral een beroep doen op verblijf met verzorging en ondersteunende begeleiding, met het accent op woonkwaliteit
	Zwaar	zwaar alle doelgroepen, die naast de functie verblijf zijn aangewezen op intensieve verzorging, verpleging, activerende begeleiding en behandeling
	Beveiligd	doelgroepen: mensen met een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening, die worden geplaatst in een voorziening voor verblijf in een beveiligde setting vanwege ernstige gedragsstoornissen of forensische problematiek (veelal op grond van een juridische maatregel)
	Licht/zwaar beveiligd	Zie voor een nadere toelichting <a href="http://www.bouwcollege.nl">www.bouwcollege.nl</a> of: <a href="http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/Publicaties/Bouwmaatstaven/Sectoroverstijgend/bm114.pdf">http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/Publicaties/Bouwmaatstaven/Sectoroverstijgend/bm114.pdf</a> (Rapport: Bouwmaatstaven AWBZ-voorzieningen)
		<b>Toelichting</b>
		Gebaseerd op de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen ex artikel 10 WTZi (met uitzondering van de tabel meerbedskamers verpleeghuizen)

### B.5.3 Verpleeghuizen

B.4 Personeel	Toelichting	
Aantal kamers naar beddengrootte per 31 december verslagjaar	De codes zijn dezelfde als die in de jaarenquête verpleeghuizen.	
Type kamer	Code	Aantal
Aantal kamers met 1 bed	30821	
Aantal kamers met 2 bedden	30822	
Aantal kamers met 3 bedden	30823	
Aantal kamers met 4 bedden	30824	
Aantal kamers met 5 bedden	30825	
Aantal kamers met 6 bedden of meer	30826	
<b>Totaal aantal kamers</b>	<b>30820</b>	

## B.6 Wet bijzondere medische verrichtingen

B.6 Personeel	Toelichting
Inkomsten en kosten traumacentrum exclusief helicentrum	Bij de totale inkomsten en uitgaven ook de sponsor-gelden aangeven. De reserves ook aangeven als het voorgaande jaren betreft.
Inkomsten en kosten helicentrum	Bij de totale inkomsten en uitgaven ook de sponsor-gelden aangeven. De reserves ook aangeven als het voorgaande jaren betreft.

# C Toelichting en definities bijlage bij hoofdstuk 3 Governance

## C.1 Bestuur en Toezicht

61

### C.1.1 Governance Wettelijke Transparantie-eisen

Wijzigingen statuten	Toe te lichten term	Toelichting
	Veranderingen	Het betreft hier wijzigingen die substantieel relevant zijn voor de toelating. Bijvoorbeeld: wijzigingen als gevolg van een fusie, verandering van rechtsvorm, wijzigingen in het statutair doel van de toegelaten instelling, wijzigingen m.b.t. winstoogmerk, in de organisatie van de zorgverlening, afsplitsing van onroerend goed binnen en buiten het concern.

# D Toelichting en definities bijlage bij hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties

pagina 63

## D.1 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	Toelichting
	De tabel is verplicht voor algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's, GGZ-instellingen, VVT-instellingen en gehandicapteninstellingen. Voor elke instelling in uw concern dient u een afzonderlijke tabel aan te maken.

## D.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

pagina 63

### D.2.1 Kwaliteit van zorg (alle sectoren behalve GGZ)

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	Toelichting
	De nu volgende tabel heeft betrekking op de kwaliteit van zorg vanuit cliëntperspectief. Voor elke instelling dient u een afzonderlijke tabel aan te maken indien de informatie per instelling verschilt. In ieder geval dient u de uitkomst van de raadpleging per instelling zichtbaar te maken. In de tabel wordt onder meer gevraagd of de instelling een cliëntenraadpleging heeft uitgevoerd en zo ja, tot welke score deze heeft geleid. Geef deze score indien mogelijk weer als een totaalscore (cijfer) per instelling. Als dit niet mogelijk is, vermeld dan de uitkomst zo concreet mogelijk (bijvoorbeeld voor de sector gehandicaptenzorg 'bovengemiddeld').
<p>1 CLIËNTEN RAADPLEGING</p> <p>ja</p> <p>nee</p>	<p>2 norm sector</p> <p>jaar laatste raadpleging</p> <p>ja</p> <p>nee</p> <p>Methode</p> <p>Uitkomst (gestandaardiseerd) o.b.v. normering sector</p> <p>Uitkomst (benadering) slecht – onvoldoende – voldoende – goed</p>

pagina 63

### D.2.1 Kwaliteit van zorg (alle sectoren behalve GGZ)

Waardering kwaliteit van zorg door medewerker	Toelichting
	De nu volgende tabel heeft betrekking op de kwaliteit van zorg vanuit medewerkersperspectief. Voor elke instelling dient u een afzonderlijke tabel aan te maken indien de informatie per instelling verschilt. In ieder geval dient u de uitkomst van de raadpleging per instelling zichtbaar te maken. In de tabel wordt onder meer gevraagd of de instelling een medewerkerraadpleging heeft uitgevoerd en zo ja, tot welke score deze heeft geleid. Geef deze score indien mogelijk weer als een totaalscore (cijfer) per instelling. Als dit niet mogelijk is, vermeld dan de uitkomst zo concreet mogelijk (bijvoorbeeld voor de sector gehandicaptenzorg 'bovengemiddeld').
<p>1 CLIËNTEN RAADPLEGING</p> <p>ja</p> <p>nee</p>	<p>2 norm sector</p> <p>jaar laatste raadpleging</p> <p>ja</p> <p>nee</p> <p>Methode</p> <p>Uitkomst (gestandaardiseerd) o.b.v. normering sector</p> <p>Uitkomst (benadering) slecht – onvoldoende – voldoende – goed</p>

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term	Toelichting
1 Verandering in ernst van de problematiek	Teller	Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep* dat de vragen 13 én 14 van de Thermometer cliëntwaardering positief beantwoord heeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vraag 13: "Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?"</li> <li>• Vraag 14: "Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?"</li> </ul>
	Noemer	Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep dat de vragen beantwoord heeft
	Exclusie	Bewoners van een RIBW, ontvangen binnen de RIBW geen behandeling. Effect van behandeling die zij van een GGZ-instelling ontvangen wordt daar gemeten.

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term:	Toelichting
2 Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt	Teller	Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep waarbij tussen opening en afsluiting van de DBC of bij vervolgmeting in de AWBZ verbetering** geconstateerd wordt. Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep waarbij tussen opening en afsluiting van de DBC of bij vervolgmeting in de AWBZ stabilisatie** geconstateerd wordt. ** Onder verbetering wordt verstaan een 1 of meer punten hogere score bij de meting. Onder stabilisatie wordt verstaan een zelfde score bij de meting
	Noemer	Het totale aantal cliënten per diagnosegroep waarbij voor- én nametingen zijn verricht*. * Dit zijn alle cliënten waarbij de DBC is afgesloten of cliënten in AWBZ-zorg waarbij een periodieke meting heeft plaatsgevonden die niet de eerste meting is.
	<b>Toelichting</b>	Indien een cliënt gedurende 1 jaar meerdere DBC's heeft, kan het voorkomen dat hij/zij in 1 jaar meerdere malen in de database is opgenomen.

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term	Toelichting
3 Percentage heropname versus opnameduur	Heropname	Onder heropname binnen 3 maanden wordt verstaan: 'alle opnamen in het registratiejaar waarbij sprake is van een eerdere opname voor dezelfde reden en waarbij het ontslag van die eerdere opname niet langer dan drie maanden vóór de huidige opname viel'. Bij een opname in januari wordt dus teruggekeken naar eerdere opnamen met ontslag in oktober, november of december van het voorgaande jaar. Bij een opname in december naar eerdere opnamen met een ontslag in september, oktober of november van hetzelfde jaar.
	Heropname	Teller: Aantal cliënten per diagnosegroep in het registratiejaar, dat na ontslag uit de kliniek binnen 3 maanden voor dezelfde diagnose/reden is opgenomen*. * Als dezelfde cliënt meerdere keren is opgenomen, telt iedere opname die aan deze definitie voldoet. Noemer: Totaal aantal ontslagen uit de kliniek in het registratiejaar per diagnosegroep*. * Als dezelfde cliënt meerdere keren is opgenomen, telt iedere opname.
	Gemiddelde opnameduur	Teller: Totaal aantal opnamedagen in de instelling van cliënten die ontslagen zijn gedurende het registratiejaar. Noemer: Totaal aantal cliënten dat is ontslagen na klinische opname gedurende het registratiejaar.
	Exclusie	Forensische psychiatrie, instellingen hebben voor deze groep geen zeggingschap over opnameduur en heropname omdat dit door justitie bepaald wordt.



### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term	Toelichting
4 Percentage drop-out (vroegtijdige eenzijdige beëindiging van behandeling)	Teller	Aantal cliënten waarbij de behandeling/begeleiding in jaar X is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting eenzijdige beëindiging door cliënt per diagnosegroep.
	Noemer	Totaal aantal cliënten waarbij de behandeling/begeleiding is afgesloten in jaar X.

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term	Toelichting
5 De mate waarin somatische screening plaatsvindt	Steekproef opname	Indien niet beschikbaar in de instellingsadministratie dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van aselechte steekproef: Neem alle dossiers van cliënten die in de maand maart in de opnamekliniek zijn opgenomen
	Opname-screening	Teller: Het aantal cliënten dat bij aanvang van de opname in de maand maart 2006 somatisch gescreend is volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) is vastgelegd. Noemer: Het totaal aantal in maart opgenomen cliënten voor wie dossieronderzoek is uitgevoerd.
	Steekproef langdurende zorg	Indien niet beschikbaar in de instellingsadministratie dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van aselechte steekproef: Neem in alfabetische volgorde van elke beginletter van de achternaam van de cliënt, die langdurende klinische zorg/behandeling ontvangt of langdurend in de instelling verblijft (> 1 jaar), telkens de eerste twee dossiers, die in het totale bestand van cliënten in langdurende zorg klinische of verblijfszorg voorkomen, tot een totaal aantal van 25 dossiers. Tel vervolgens hieruit het aantal dossiers waarin het resultaat van een uitgevoerde somatische screening, die niet langer dan 1 jaar is uitgevoerd, schriftelijk is vastgelegd.
	Screening langdurende zorg	Teller: Het aantal dossiers waarin het resultaat van een somatische screening, die niet langer dan 1 jaar is uitgevoerd, schriftelijk is vastgelegd. Noemer: Het totale aantal dossiers (N=25) dat is onderzocht

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Effectiviteit van zorg	Toe te lichten term	Toelichting
6 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek	Teller	Het totaal aantal cliënten dat binnen twee weken na ontslag uit de kliniek een ambulante of deeltijd behandelcontact heeft per diagnosegroep.
	Noemer	Het totaal aantal ontslagen uit de kliniek gedurende het registratiejaar* * Als dezelfde cliënt meerdere keren is opgenomen en ontslagen uit de kliniek, telt ieder ontslag afzonderlijk mee
	Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënten die van een andere instelling komen of naar een andere instelling gaan</li> <li>Cliënten waarbij de reden van ontslag een eenzijdige beëindiging van de behandelrelatie door cliënt of hulpverlener is</li> <li>RIBW-bewoners</li> </ul>

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Veiligheid	Toe te lichten term	Toelichting
7 Onveiligheid door ontbreken van informatie	% spoedopnames met niet actuele info	Teller: Het aantal spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten in het registratiejaar waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt over: medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en crisiskaart. Noemer: Het totaal aantal spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten die plaatsvonden gedurende het registratiejaar.
	Exclusie	Spoedcliënten die nog niet binnen de instelling bekend waren

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Veiligheid	Toe te lichten term	Toelichting
8 Percentage suicides, gerelateerd aan instellingsgrootte	Teller	Absolute aantal overleden cliënten ten gevolge van suicide gedurende het registratiejaar 2006 onderscheiden naar ambulante of klinische behandeling/begeleiding.
	Noemer	Het totaal aantal cliënten binnen de instelling op peildatum 31-12-2006* onderscheiden naar ambulante en klinische behandeling/begeleiding. *Als proxy voor de instellingsgrootte

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
9 Wachtijd tot start behandeling	Moment van inschrijving	Het moment van inschrijving is de datum waarop de cliënt geregistreerd is bij de instelling. Het gaat niet om nieuw ingeschreven cliënten, maar om afgesloten wachtperiodes in een kalenderjaar. De inschrijvingsdatum kan dus in het vorige jaar liggen.
	Start behandeling/begeleiding	De start behandeling/begeleiding is het eerste gerealiseerde contact niet zijnde een intakecontact (dit kan dus wel overbruggingszorg zijn). Het gaat dus om de wachttijd tussen A (aanmelding) en C (behandeling).
	Gemiddelde wachttijd	Teller: Totale wachttijd in dagen tussen inschrijving en start behandeling/begeleiding opgeteld van alle cliënten* uitgesplitst naar ambulante, klinisch en RIBW die in het registratiejaar in behandeling/begeleiding gekomen zijn. Noemer: Totaal aantal in behandeling/begeleiding gekomen cliënten (afgesloten wachtperiodes) gedurende het registratiejaar uitgesplitst naar ambulante, klinisch en RIBW
	Wachttijd binnen norm	Teller Uitgesplitst naar ambulante/klinisch/RIBW: Het aantal cliënten (afgesloten wachtperiodes) waarbij de wachttijd tussen aanmelding en start behandeling/begeleiding korter was dan: • 98 dagen voor ambulante zorg • 105 dagen voor klinische zorg • 147 dagen voor plaatsing in een RIBW Noemer: Totaal aantal in behandeling/begeleiding gekomen cliënten (afgesloten wachtperiodes) gedurende het registratiejaar uitgesplitst naar ambulante, klinisch en RIBW
	Exclusie	Gedwongen opnames, crisisopnames en crisis ambulante behandeling.

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
10 Informed consent	Teller	Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat de vraag 6 positief beantwoord heeft. vraag 6: "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?"
	Noemer	Het totaal aantal cliënten dat vraag 6 beantwoord heeft.
	Exclusie	Dwangbehandelingen in het kader van de BOPZ

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
11 Keuzevrijheid	Teller	Thermometer Cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vraag 4 positief beantwoord heeft. Vraag 4: "Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?"
	Noemer	Het totaal aantal cliënten dat vraag 4 beantwoord heeft
	Exclusie	Dwangbehandelingen in het kader van de BOPZ en forensische psychiatrie

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
12 Vervulling zorgwensen	Teller	Thermometer Cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat de vragen 11 en 12 positief heeft beantwoord. Vraag 11: "Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?" Vraag 12: "Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?"
	Noemer	Totaal aantal cliënten in de instelling dat op peildatum 31-12-2006 meer dan 1 jaar behandeling of begeleiding heeft ontvangen.
	Exclusie	Behandelingen korter dan 1 jaar.

### D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
14 Dagbesteding en arbeid: Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	Teller	Het aantal dagdelen per week dat cliënten, per diagnosegroep, die langdurige behandeling/begeleiding ontvangen, op peildatum 31-12-2006 deelnamen aan interne of externe dagactiviteiten of betaald werk of vrijwilligerswerk deden.
	Noemer	Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep dat langdurende zorg ontvangt op peildatum 31-12-2006.
	Exclusie	Behandeling/begeleiding, langer dan 1 jaar voor alle zorgsoorten.
	Externe dagactiviteiten	Externe dagactiviteiten zijn niet in alle situaties bekend. Bij klinische cliënten is dit vaker bekend dan bij ambulante cliënten. Als instellingen relatief laag scoren op deze indicator, omdat veel van hun cliënten juist deelnemen aan externe activiteiten, kunnen zij dit aangeven in de toelichting. Voor langdurig opgenomen cliënten mét wooncomponent wordt de hoeveelheid externe dagactiviteiten bekend geacht.

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
15 Woon- en leefomstandigheden: Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling	Teller	Thermometer cliëntwaardering versie Alliantie RIBW: Aantal cliënten dat vraag 17 over wonen positief heeft beantwoord. Vraag 17: "Bent u tevreden over uw woonsituatie/woonomstandigheden?"
	Noemer	Totaal aantal cliënten dat vraag 17 over wonen beantwoord heeft.

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
16 Adequate bejegening door de hulpverleners	Teller	Thermometer Cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vragen 9 en 10 positief geantwoord heeft Vraag 9: "Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?" Vraag 10: "Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?"
	Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de vragen 9 en 10 beantwoord heeft.

## D.2.2 Kwaliteit van zorg GGZ

Cliëntgerichtheid	Toe te lichten term	Toelichting
17 Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners	Teller	Thermometer Cliëntwaardering: Het aantal cliënten dat de vragen 1 en 2 en 3 positief heeft beantwoord. Vraag 1: "Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?" Vraag 2: "Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?" Vraag 3: "Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?"
	Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de vragen 1 en 2 en 3 beantwoord heeft.

## D.2.3 Klachten

Klachten	Toe te lichten term	Toelichting
	Gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	Gemiddeld aantal fte in loondienst + niet in loondienst in verslagjaar zoals opgegeven in de jaarrekening (toelichting op de resultatenrekening) op grond van RJ 655.340.

## D.3 Personeelsbeleid

70

### D.3.1 Kwaliteit van het personeel

Verloop personeel	Toe te lichten term	Toelichting
	Verloop	Mate waarin in een bedrijf personeel in dienst komt, blijft en uit dienst gaat.
	Instroom personeel in loondienst	Instroom is gelijk aan aangenomen personeel. Personeel in loondienst zijn werknemers op eigen loonlijst, waarvoor loonbelasting dient te worden afgedragen ( inclusief: oproepkrachten) Exclusief: stagiaires, uitzendkrachten, zelfstandige specialisten in vrij beroep, consultants, alfa-helpenden, overig ingehuurd personeel en vrijwilligers.
	Uitstroom personeel in loondienst	Uitstroom is gelijk aan vertrokken personeel. Personeel in loondienst zijn werknemers op eigen loonlijst, waarvoor loonbelasting dient te worden afgedragen ( inclusief: oproepkrachten). Exclusief: stagiaires, uitzendkrachten, zelfstandige specialisten in vrij beroep, consultants, alfa-helpenden, overig ingehuurd personeel en vrijwilligers.

D.3.1 Personeelsbeleid

Ziekteverzuim	Toe te lichten term	Toelichting
Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof volgens Vernetdefinitie (alle sectoren behalve UMC's), in percentages	Ziekteverzuim volgens Vernetdefinitie	<p>Van alle werknemers wordt elke ziektedag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor en de arbeidsongeschiktheidsfactor, waarna zij worden opgeteld. Van alle werknemers (ziek en niet ziek) wordt elke dienstverbanddag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor, waarna zij worden opgeteld. Het totaal aantal ziektedagen wordt gedeeld door het totaal aantal dienstverbanddagen en vermenigvuldigd met 100%.</p>
Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof (definitie zoals vastgelegd in de toolkit van het Arboservicepunt HOO) in percentages	Ziekteverzuim volgens HOO	<p>Het verzuimpercentage geeft aan welk deel van de werktijd in het verslagjaar verloren is gegaan wegens verzuim. Het verzuimpercentage geeft aan welk deel van de werktijd in een bepaalde verslagperiode t 5 verloren is gegaan wegens verzuim. In formule: het totaal van de gewogen verzuimde kalenderdagen in verslagperiode t</p> $VP = \frac{\text{potentieel beschikbare dagen in periode t}}{\text{Gewogen kalenderdagen verzuim}} \times 100\%$ <p>Met gewogen verzuimde kalenderdagen bedoelen we dat per verzuimgeval het aantalverzuimde kalenderdagen vermenigvuldigd wordt met de deeltijdfactor en het a-percentage.</p> <p>Welke gevallen tellen mee? Voor het verzuimpercentage tellen alle verzuimgevallen mee, maar alleen de dagen die binnen de verslagperiode vallen.</p> <p>Potentieel beschikbare dagen in de periode De meest nauwkeurige manier om dit te berekenen is als volgt:</p> <p>Stap 1 Bereken van elke persoon het aantal kalenderdagen dat hij in de periode in dienst was</p> <p>Stap 2 Vermenigvuldig dit getal per persoon met de deelbetrekking (zie §3.3.1)</p> <p>Stap 3 Tel de uitkomsten uit stap 2 van alle mensen bij elkaar op</p> <p>Een grovere methode om dit te berekenen is:</p> <p>Stap 1 Bepaal welke mensen op de eerste dag van de periode in dienst waren (kijken naar datum in dienst en uit dienst)</p> <p>Stap 2 Tel de deelbetrekkingen (zie §3.3.1) van de mensen uit stap 1 bij elkaar op</p> <p>Stap 3 Bepaal welke mensen op de laatste dag van de periode in dienst waren (kijken naar datum in dienst en uit dienst)</p> <p>Stap 4 Tel de deelbetrekkingen (zie §3.3.1) van de mensen van stap 3 bij elkaar op</p> <p>Stap 5 Tel de uitkomst van stap 2 en stap 4 bij elkaar en deel door 2</p> <p>Stap 6 Vermenigvuldig het getal van stap 5 met het aantal kalenderdagen in de periode</p> <p>Zwangerschap Zoals gezegd valt het zwangerschaps- en bevallingsverlof niet meer onder de ziekwet. Voor de berekening van het verzuimpercentage betekent dit dat het zwangerschaps- en bevallingsverlof niet meegerekend moet worden.</p>

### D.3.1 Personeelsbeleid

Vacatures	Toe te lichten term	Toelichting
	Vacatures	<p><b>Definitie:</b> Een arbeidsplaats waarvoor, binnen of buiten een instelling, personeel wordt gezocht dat onmiddellijk of zo spoedig mogelijk geplaatst kan worden.</p> <p><b>Toelichting:</b> Tot de vacatures worden ook gerekend: Vacatures waarvoor zich reeds sollicitanten hebben gemeld. Ook wanneer al gesprekken worden gevoerd met deze sollicitanten.</p> <p>Vacatures waarvoor de sollicitatieprocedure zoveel tijd zal kosten dat de feitelijke indiensttreding niet op korte termijn valt te verwachten.</p> <p>Vacatures waarvoor uitzendkrachten of ander tijdelijk personeel worden gezocht.</p> <p>Open plaatsen voor leerlingen en personen in opleiding, mits het daarbij gaat om een arbeidsovereenkomst (dus geen onbetaalde stageplaatsen).</p> <p>Met betrekking tot vacatures bij overheidsinstellingen zij opgemerkt, dat een open plaats alleen dan als vacature dient te worden gezien als normale interne of externe werving is toegestaan. Open plaatsen bij reorganisaties of afslankingen die alleen mogen worden bezet door medewerkers waarvan een arbeidsplaats verdwijnt mogen niet als vacature worden opgevat.</p> <p>Bij de vermelding van de vacatures dient alleen het personeel in loondienst te worden meegenomen. Dus: inclusief oproepkrachten; exclusief uitzendkrachten en stagiaires.</p>
	Moeilijk vervulbare vacatures	Vacatures waarvoor de sollicitatieprocedure zoveel tijd zal kosten dat de feitelijke indiensttreding niet binnen 3 maanden valt te verwachten.

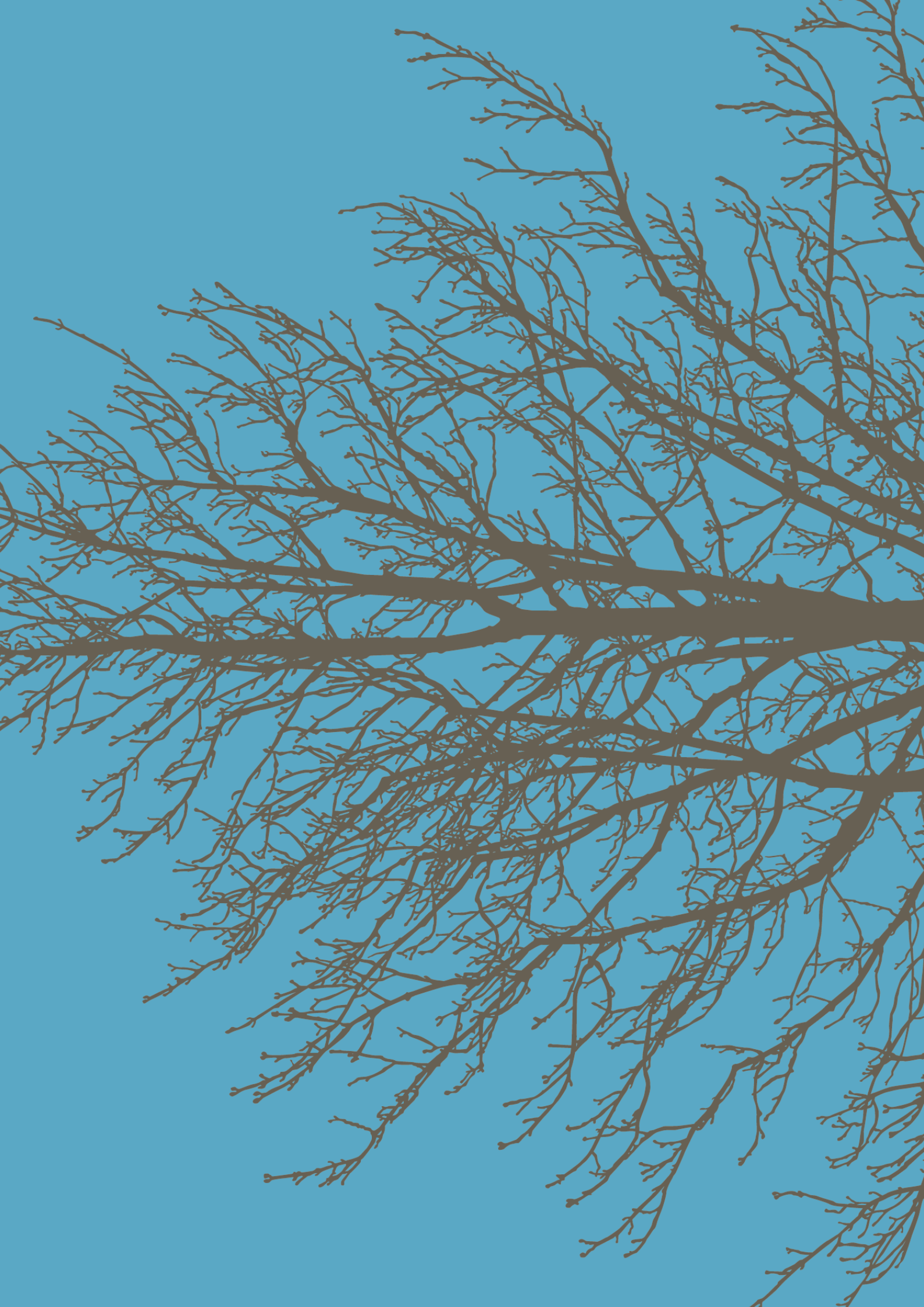
### D.3.2 Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door medewerker	Toelichting
	<p>De nu volgende tabel heeft betrekking op de kwaliteit van arbeid vanuit medewerkersperspectief. Voor elke instelling dient u een afzonderlijke tabel aan te maken indien de informatie per instelling verschilt. In ieder geval dient u de uitkomst van de raadpleging per instelling zichtbaar te maken. In de tabel wordt onder meer gevraagd of de instelling een medewerkerraadpleging heeft uitgevoerd en zo ja, tot welke score deze heeft geleid. Geef deze score indien mogelijk weer als een totaalscore (cijfer) per instelling. Als dit niet mogelijk is, vermeld dan de uitkomst zo concreet mogelijk (bijvoorbeeld voor de sector gehandicaptenzorg 'bovengemiddeld').</p>
<p>1 CLIËNTEN RAADPLEGING</p> <p>ja</p> <p>nee</p>	<p>2 norm sector</p> <p>jaar laatste raadpleging</p> <p>ja</p> <p>nee</p> <p>Methode</p> <p>Uitkomst (gestandaardiseerd) o.b.v. normering sector</p> <p>Uitkomst (benadering) slecht – onvoldoende – voldoende – goed</p>

## D.4 Financieel beleid

Financieel beleid	Toe te lichten term	Toelichting
Resultaat	Resultaatratio	<p>Resultaat is het resultaat dat blijkt in de resultatenrekening op de regel resultaat boekjaar (inclusief financiële baten en lasten en inclusief buitengewone baten en lasten).</p> <p>De resultaatratio berekent het resultaat boekjaar ten opzichte van de totale opbrengsten. Indien de zorginstelling ook niet AWBZ gefinancierde resultaten heeft, vindt ook een toelichting plaats van de resultaatratio op niet-AWBZ-gefinancierde activiteiten. Hiertoe wordt het resultaat boekjaar op niet-AWBZ-gefinancierde activiteiten berekend ten opzichte van de totale opbrengsten uit niet-AWBZ-gefinancierde activiteiten. Neem tevens een toelichting op van de resultaatratio (in vergelijking met het vorige verslagjaar en begroting).</p>
Liquiditeit	Liquiditeit	<p>De liquiditeit wordt als volgt berekend: vlottende activa (inclusief liquide middelen) te delen door de kortlopende schulden (quick-ratio). De liquiditeit mag ook berekend worden door de vlottende activa (exclusief liquide middelen) te delen door de kortlopende schulden (current ratio). Neem in de toelichting op de liquiditeit de gebruikte definitie op inclusief een toelichting van de liquiditeitspositie (in vergelijking met het vorige verslagjaar).</p>
Solvabiliteit	Solvabiliteit	<p>De solvabiliteit wordt als volgt berekend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• totaal eigen vermogen gedeeld door balanstotaal</li> <li>• totaal eigen vermogen gedeeld door de totale opbrengsten</li> </ul>







# Accountantscontrole



# ACCOUNTANTSCONTROLE VAN HET JAARDOCUMENT MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING ZORG 2006

## 1 Algemeen

Door middel van de Regeling verslaggeving WTZi is het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg (hierna: het Jaardocument) verplicht gesteld voor zorginstellingen. Deze verplichting wordt voor 2006 opgeheven; wel kan het document vrijwillig worden toegepast. Het Jaardocument bestaat uit de jaarverslaggeving en specifieke informatie. Onder jaarverslaggeving wordt verstaan: het jaarverslag (hoofdstuk 1 tot en met 4 van het Jaardocument), de jaarrekening en de overige gegevens (tezamen in hoofdstuk 5 van het jaardocument). De jaarverslaggeving wordt openbaar gemaakt, tezamen met de accountantsverklaring.

In deze toelichting wordt de reikwijdte van de accountantscontrole van het Jaardocument en specifiek de jaarverslaggeving duidelijk gemaakt. Het Jaardocument wordt opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de instelling. De accountant voert de accountantscontrole uit met inachtneming van de van toepassing zijnde regelgeving. Hiervoor zijn voorschriften van toepassing, deze zijn vooral vastgelegd in de Richtlijnen voor accountantscontrole.

Als bijlagen zijn opgenomen een voorbeeld accountantsverklaring en de tekst van Richtlijn 720 'Andere informatie in stukken waarin de gecontroleerde jaarrekening is opgenomen' uit de bundel richtlijnen voor de accountantscontrole.

## 2 Controle van de jaarrekening

De op de jaarrekening (en het jaarverslag) van toepassing zijnde wet- en regelgeving betreft:

- Regeling verslaggeving WTZi;
- Boek 2 BW Titel 9;
- Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, waaronder ook RL 655 Zorginstellingen.

Op basis van artikel 2 Regeling verslaggeving WTZi en artikel 393 Boek 2 BW voert de accountant controle uit op de jaarrekening van een zorginstelling. De accountant gaat daarbij na of de jaarrekening (hoofdstuk 5 van het jaardocument) een getrouw beeld geeft van het vermogen aan het eind van het boekjaar en van het resultaat over het boekjaar, en of de jaarrekening aan de voorschriften van voornoemde wet- en regelgeving voldoet. De accountant stelt tevens vast of de vereiste overige gegevens (eveneens onderdeel van hoofdstuk 5 van het jaardocument) zijn opgenomen.

Het oordeel van de accountant over de jaarrekening en de overige gegevens komt tot uitdrukking in de accountantsverklaring bij de jaarrekening (zie ook bijlage A). Ingeval van afwijkingen gelden uiteraard de gebruikelijke regels, zoals deze zijn vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek en de Richtlijnen voor accountantscontrole.

De controle van de jaarrekening strekt zich uit tot alle gegevens die zijn opgenomen in de jaarrekening. De jaarrekening bestaat uit de balans, resultatenrekening, kasstroomoverzichten en diverse toelichtingen. Met ingang van 2006 zijn de verplichte toelichtingen op de materiële en immateriële activa (gerubriceerd naar budgetstromen, RJ 655 alinea 303), het overzicht projecten en het overzicht leningen (RJ 254) opgenomen in de toelichting bij de balans. Het overzicht van de rekenstaten is inmiddels niet meer verplicht. In de praktijk werden deze verplichte overzichten veelal als bijlage opgenomen bij de jaarrekening. Hierdoor ontstond discussie of deze moesten worden gecontroleerd door de accountant. Met het opnemen van deze overzichten in de jaarrekening is ook duidelijk dat de overzichten onderdeel zijn van de jaarrekening en dus de accountantscontrole. De overzichten voor de WOPT (Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens) zijn, voor zover het de bestuurders betreft, opgenomen in de jaarrekening en voor overige functionarissen in de bijlagen. Beide overzichten zijn onderwerp van de accountantscontrole.

De overige bijlagen die zorginstellingen toevoegen bij de jaarrekening (na hoofdstuk 5) zijn niet onderworpen aan accountantscontrole. Wel dient de accountant vast te stellen dat deze bijlagen verenigbaar zijn met de jaarrekening (zie ook paragraaf 3).

## 3 Controle van het jaarverslag

Het jaarverslag (hoofdstuk 1 tot en met 4) bevat de vereiste informatie op basis van artikel 391 Boek 2 BW en artikel 8 Regeling verslaggeving WTZi (bijlage 'Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen). Daarnaast dient informatie te worden opgenomen op basis van diverse andere wettelijke voorschriften waaronder de kwaliteitswet, de Zorgbrede Governancecode etc. Deze wettelijke basis is aangegeven bij de diverse onderdelen van het jaarverslag.

Op basis van artikel 393 lid 3 Boek 2 BW gaat de accountant na dat het jaarverslag, voor zover hij dat kan beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening. De accountant volgt bij het vaststellen van de verenigbaarheid van het jaarverslag met de jaarrekening de aanwijzingen uit RAC 720 "Andere informatie in stukken waarin de gecontroleerde jaarrekening is opgenomen" (zie bijlage B).

Dit houdt in (alinea 2 van RAC 720) dat de accountant kennis neemt van de andere informatie om tegenstrijdigheden met de jaarrekening te kunnen ontdekken. Dit betekent aansluiting van het jaarverslag met gegevens uit bronregistraties om de verenigbaarheid met het jaarverslag vast te stellen. De accountant heeft geen specifieke verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de juistheid van deze gegevens.

Voor geldbedragen en aan geldgerelateerde gegevens, zoals de personeels-, cliënt- en productiegegevens dient de aansluiting met de jaarrekening te worden vastgesteld. De juistheid van deze gegevens wordt vastgesteld in de controle van de jaarrekening. Deze gegevens zijn immers tevens bepalend voor het wettelijk budget of liggen ten grondslag aan de toelichtingen in de jaarrekening.

Specifieke aandachtspunten voor de accountant bij het beoordelen van de verenigbaarheid van jaarverslag met jaarrekening zijn (per hoofdstuk van het jaarverslag):

### 1 Uitgangspunten van de verslaggeving

- De accountant stelt vast dat de in dit hoofdstuk aangegeven reikwijdte en verslaggevingsperiode van het jaarverslag overeen komen met de reikwijdte en verslaggevingsperiode van de in hoofdstuk 5 opgenomen jaarrekening.

### 2 Profiel van de organisatie

- De accountant stelt vast dat de in paragraaf 2.3 opgenomen financiële kerngegevens, personeelsgegevens en cliëntgegevens ontleend zijn aan de jaarrekening en hiermee in overeenstemming zijn.

### 3 Bestuur en toezicht

- De accountant neemt kennis van de in paragraaf 3.1 en 3.2 opgenomen toelichtingen en gaat na of deze verenigbaar zijn met de jaarrekening en met bevindingen die zijn verkregen bij de controle van de jaarrekening, bijvoorbeeld over (maar niet gelimiteerd tot) navolging van de Zorgbrede Governance Code, risico's en beheersystemen, administratieve organisatie en interne controle en bestuursverklaring bij de Kaderregeling AO/IC AWBZ en/of DBC's.

### 4 Visie, strategie en prestaties

- De accountant stelt vast dat het beeld dat paragraaf 4.7 geeft van de resultaten, financiële positie en verwachte ontwikkelingen verenigbaar is met de jaarrekening en dat de in paragraaf 4.7 opgenomen financiële kerngegevens en ratio's juist zijn berekend in aansluiting op de gegevens in de jaarrekening.

Materiële tegenstrijdigheden die niet worden aangepast worden tot uitdrukking gebracht in de accountantsverklaring (verklaring met beperking of afkeurend).

## 4 Overige informatie in het jaardocument

De overige informatie in het jaardocument (verplichte bijlagen en de branchespecifieke gegevens zorg 2006) behoort niet tot de jaarverslaggeving en is daarom geen onderwerp van de accountantscontrole.

# Bijlagen bij de accountantscontrole

## A Accountantsverklaring<sup>1</sup>

**Aan:** De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van (Stichting)<sup>2</sup>

### **Opdracht**

Ingevolge uw opdracht hebben wij<sup>3</sup> de in dit rapport/verslag (op pagina xxx tot en met pagina yyy) opgenomen jaarrekening 2006 van (Stichting) te (Plaats) gecontroleerd. De jaarrekening is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur<sup>4</sup> van de stichting. Het is onze verantwoordelijkheid een accountantsverklaring inzake de jaarrekening te verstrekken.

### **Werkzaamheden**

Onze controle is verricht overeenkomstig in Nederland algemeen aanvaarde richtlijnen met betrekking tot controleopdrachten. Volgens deze richtlijnen dient onze controle zodanig te worden gepland en uitgevoerd, dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen onjuistheden van materieel belang bevat. Een controle omvat onder meer een onderzoek door middel van deelwaarnemingen van informatie ter onderbouwing van de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. Tevens omvat een controle een beoordeling van de grondslagen voor financiële verslaggeving die bij het opmaken van de jaarrekening zijn toegepast en van belangrijke schattingen die het bestuur van de stichting daarbij heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening. Wij zijn van mening dat onze controle een deugdelijke grondslag vormt voor ons oordeel.

1 De tekst van de accountantsverklaring nog kan wijzigen in verband met de invoering van ISA 700.

2 Indien de accountantsverklaring wordt voorzien van een adressering dan hier de opdrachtgever vermelden

3 Indien de accountantsverklaring niet wordt voorzien van een adressering, kunnen in de eerste paragraaf de woorden 'Ingevolge uw opdracht hebben wij' worden vervangen door 'Wij hebben'.

4 Indien nodig te vervangen door een meer passende aanduiding, zoals 'de Raad van Bestuur', 'de directie' enz.

**Oordeel**

Wij zijn van oordeel dat de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen op 31 december 20XX en van het resultaat over 20XX in overeenstemming met in Nederland algemeen aanvaarde grondslagen voor financiële verslaggeving en voldoet aan de bepalingen inzake de jaarrekening zoals opgenomen in de Regeling verslaggeving WTZi.

Tevens zijn wij nagegaan dat het jaarverslag voorzover wij dat kunnen beoordelen verenigbaar is met de jaarrekening en voldoet aan de Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen.

Plaats, datum

[ondertekening]



## B RAC 720: Andere informatie in stukken waarin de gecontroleerde jaarrekening is opgenomen

### Inleiding

- 1 Deze Richtlijn heeft ten doel grondslagen vast te stellen en aanwijzingen te geven voor het onderzoek door de accountant van andere informatie die voorkomt in documenten waarin de gecontroleerde jaarrekening is opgenomen, maar waarover de accountant geen accountantsverklaring behoeft af te geven. Deze Richtlijn is van toepassing op het jaarverslag, maar kan ook andere stukken betreffen zoals prospectussen bij de uitgifte van effecten.
- 2 De accountant dient kennis te nemen van de andere informatie om materiële tegenstrijdigheden met de gecontroleerde jaarrekening te kunnen ontdekken.
- 3 Een "materiële tegenstrijdigheid" doet zich voor wanneer de andere informatie in tegenspraak is met de gecontroleerde gegevens uit de jaarrekening. Een materiële tegenstrijdigheid kan twijfel doen ontstaan omtrent de op grond van de controlewerkzaamheden getrokken conclusies en mogelijk omtrent de onderbouwing van de accountantsverklaring bij de jaarrekening.
- 4 Een huishouding brengt gewoonlijk jaarlijks een verslag uit dat de gecontroleerde jaarrekening bevat te zamen met de daarop betrekking hebbende accountantsverklaring. Dit stuk wordt veelal het "jaarverslag" genoemd. Bij het uitbrengen van een dergelijk stuk kan een huishouding op grond van de wet of omdat dit gebruikelijk is, ook andere informatie van financiële of niet-financiële aard opnemen. In deze Richtlijn wordt deze andere informatie van financiële of niet-financiële aard "andere informatie" genoemd.
- 5 Voorbeelden van andere informatie zijn het directieverslag, samenvattingen van en selecties uit financiële gegevens, gegevens over de werkgelegenheid, voorgenomen investeringen, financiële ratio's, de namen van de leiding en andere functionarissen van de huishouding en bepaalde kwartaalgegevens.
- 6 In bepaalde gevallen heeft de accountant de wettelijke of contractuele verplichting om specifiek te rapporteren over andere informatie. In andere gevallen bestaat deze verplichting niet. De accountant dient bij het uitbrengen van een accountantsverklaring echter aandacht aan dergelijke gegevens te besteden, omdat de geloofwaardigheid van de gecontroleerde jaarrekening kan worden aangetast door tegenstrijdigheden die mogelijk bestaan tussen de gecontroleerde jaarrekening en de andere informatie.
- 7 Indien is voorgeschreven dat de accountant specifieke werkzaamheden verricht ten aanzien van bepaalde andere informatie, zoals verplichte aanvullende informatie of tussentijdse financiële gegevens en deze andere informatie is ten onrechte niet opgenomen of er komen gebreken in voor, kan de accountant verplicht zijn daarvan melding te maken in zijn accountantsverklaring. Volgens de wet (artikel 2:393 lid 3 BW) dient de accountant, voorzover hij dit kan beoordelen, na te gaan of het directieverslag overeenkomstig de wet is opgesteld en met de jaarrekening verenigbaar is en of de zogenoemde "Overige Gegevens" zijn toegevoegd aan jaarrekening en directieverslag.

- 8 Als de verplichting bestaat om specifiek te rapporteren over andere informatie, zijn de aard van de opdracht, de van toepassing zijnde wetgeving en de beroepsregels bepalend voor de verantwoordelijkheid van de accountant. Als deze verantwoordelijkheid beoordeling van andere informatie met zich meebrengt, zal de accountant de aanwijzingen in de Richtlijnen met betrekking tot beoordelingsopdrachten moeten volgen.

## Beschikbaarheid van andere informatie

- 9 Het is noodzakelijk dat de in het jaarverslag opgenomen andere informatie tijdig beschikbaar is, opdat de accountant deze kan beoordelen. Daartoe dient de accountant deugdelijke afspraken met de huishouding te maken om de gegevens voor de datum van de accountantsverklaring te verkrijgen. In bepaalde gevallen is niet alle andere informatie voor deze datum beschikbaar. In dergelijke gevallen handelt de accountant conform de aanwijzingen van de paragrafen 20-23.

## Beoordeling van andere informatie

- 10 Het doel en de reikwijdte van een jaarrekeningcontrole zijn omschreven met als uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid van de accountant zich beperkt tot de gegevens die in de accountantsverklaring worden aangeduid. Dientengevolge heeft de accountant geen specifieke verantwoordelijkheid dat de andere informatie juist is weergegeven.

## Materiële tegenstrijdigheden

- 11 Indien de accountant bij het kennis nemen van de andere informatie een materiële tegenstrijdigheid constateert, dient hij vast te stellen of de gecontroleerde jaarrekening dan wel de andere informatie moet worden gewijzigd.
- 12 Indien een wijziging in de gecontroleerde jaarrekening noodzakelijk is en de (leiding van de) huishouding weigert de wijziging aan te brengen, dient de accountant een accountantsverklaring met beperking of een afkeurende accountantsverklaring af te geven.
- 13 Indien een wijziging in de andere gegevens noodzakelijk is en de (leiding van de) huishouding weigert de wijziging aan te brengen, dient de accountant te overwegen een toelichtende paragraaf in zijn accountantsverklaring op te nemen, waarin de materiële tegenstrijdigheid wordt uiteengezet, dan wel andere maatregelen te nemen. De te nemen maatregelen zoals het niet afgeven van de accountantsverklaring of het teruggeven van de opdracht zijn afhankelijk van de specifieke omstandigheden, de aard en het belang van de tegenstrijdigheid. De accountant overweegt ook het inwinnen van juridisch advies over de verder te nemen stappen.

## Materieel onjuiste voorstellingen van zaken

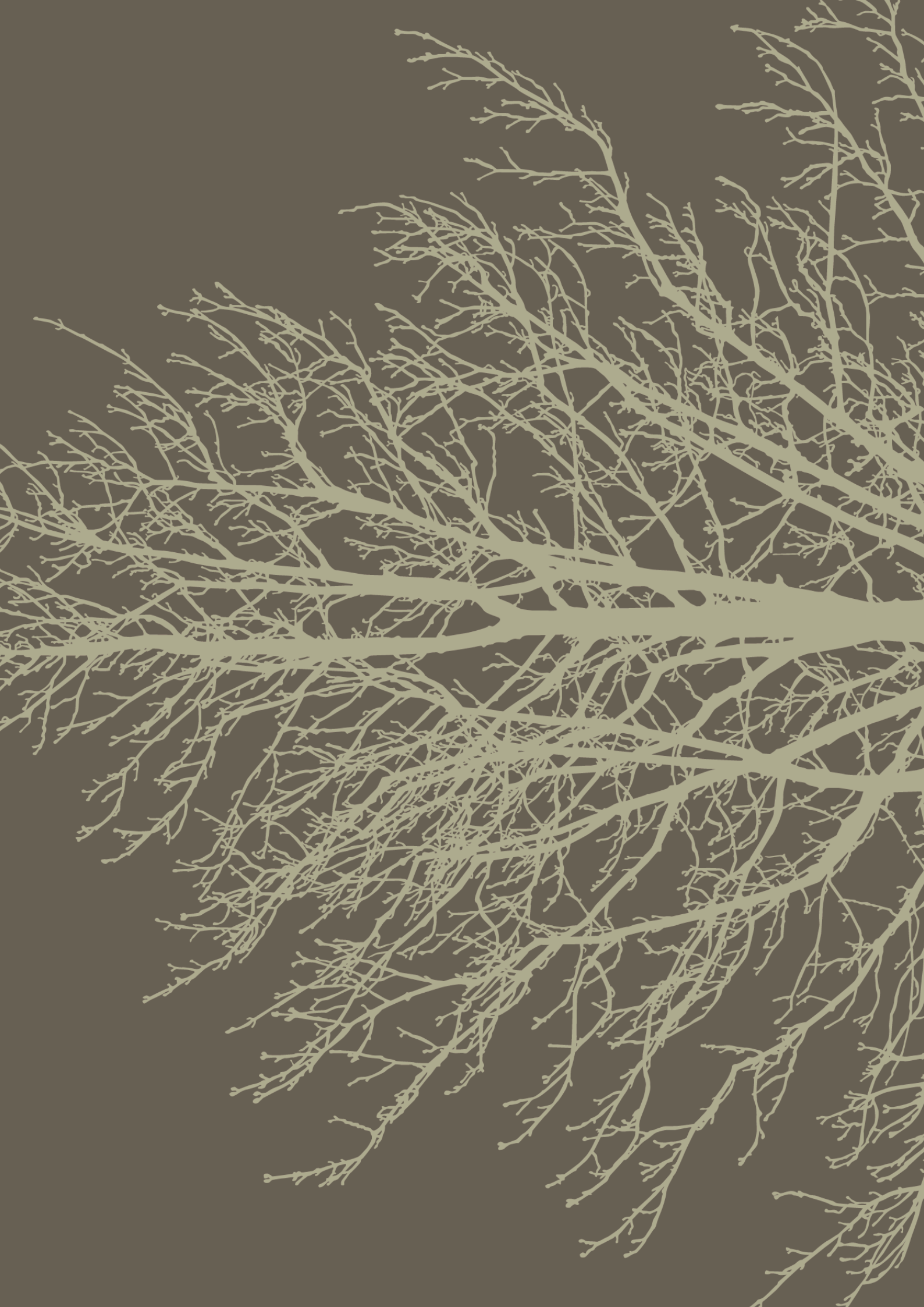
- 14 Bij het kennis nemen van de andere informatie met het doel materiële tegenstrijdigheden te constateren, kan de accountant een kennelijk materieel onjuiste voorstelling van zaken constateren.
- 15 In het kader van deze Richtlijn is sprake van een "materieel onjuiste voorstelling van zaken" in de andere informatie indien dergelijke informatie, die geen betrekking heeft op in de gecontroleerde jaarrekening opgenomen aangelegenheden, onjuist is vermeld of gepresenteerd.
- 16 Indien de accountant constateert dat de andere informatie een materieel onjuiste voorstelling van zaken lijkt te bevatten, dient hij dit met de leiding van de huishouding te bespreken. Bij de bespreking met de leiding van de huishouding kan het zijn dat de accountant niet in staat is om de deugdelijkheid van de andere informatie en de door de leiding gegeven antwoorden op de door hem gestelde vragen te beoordelen en zal hij moeten vaststellen of de leiding de situatie terecht anders inschat of een andere mening heeft.
- 17 Indien de accountant van mening blijft dat kennelijk sprake is van een onjuiste voorstelling van zaken, dient hij aan de leiding te verzoeken een deskundige derde te raadplegen zoals de juridisch adviseur van de huishouding en het verkregen advies te beoordelen.
- 18 Indien de accountant tot de conclusie komt dat een materiële onjuiste voorstelling van zaken in de andere informatie voorkomt die de leiding van de huishouding weigert te corrigeren, dient de accountant verdergaande passende actie te overwegen. Daartoe kunnen behoren het schriftelijk aan de hoogste leiding van de huishouding ter kennis brengen van de bedenking inzake de andere informatie en het inwinnen van juridisch advies.

## Het beschikbaar komen van andere informatie na de datum van de accountantsverklaring

- 19 Als niet alle andere informatie voor de accountant beschikbaar is voor de datum van de accountantsverklaring, neemt de accountant zodra dit mogelijk is kennis van de andere informatie om materiële tegenstrijdigheden te kunnen ontdekken.
- 20 Als de accountant bij het kennis nemen van de andere informatie een materiële tegenstrijdigheid constateert of een kennelijk materieel onjuiste voorstelling van zaken waarneemt, bepaalt hij of de gecontroleerde jaarrekening of de andere informatie moeten worden gecorrigeerd.
- 21 Als correctie van de gecontroleerde jaarrekening noodzakelijk is, handelt de accountant conform de aanwijzingen van Richtlijn 560 "Gebeurtenissen na balansdatum".
- 22 Als correctie van de andere informatie noodzakelijk is en de (leiding van de) huishouding gaat hiermee akkoord, voert de accountant de werkzaamheden uit die onder deze omstandigheden noodzakelijk zijn. Deze werkzaamheden kunnen (mede) omvatten het beoordelen van de door de leiding van de huishouding genomen maatregelen om er zeker van te zijn dat personen die in het bezit zijn van de oorspronkelijke jaarrekening, de daarop betrekking hebbende accountantsverklaring en de andere informatie, worden ingelicht over de correctie.
- 23 Als correctie van de andere informatie noodzakelijk is maar de leiding van de huishouding weigert deze aan te brengen, dient de accountant verdergaande passende actie te overwegen. Daartoe kunnen behoren het schriftelijk aan de hoogste leiding van de huishouding ter kennis brengen van de bedenking inzake de andere informatie en het inwinnen van juridisch advies.

## Specifieke overheidsaspecten

- 24 Deze Richtlijn is van toepassing voor de controle van jaarrekeningen. In de overheidssfeer heeft de accountant vaak een wettelijke of contractuele verplichting om specifiek te rapporteren over andere informatie. Zoals paragraaf 8 van deze Richtlijn aangeeft, zullen de in deze Richtlijn vermelde werkzaamheden niet toereikend zijn om te voldoen aan wettelijke of andere aan de accountantscontrole gestelde eisen die bijvoorbeeld betrekking hebben op het verstrekken van een verklaring omtrent indicatoren over geleverde prestaties en andere informatie, die in het jaarverslag voorkomen. Het zou niet juist zijn om deze Richtlijn toe te passen onder omstandigheden, dat de accountant verplicht is om een verklaring te verstrekken aangaande dergelijke informatie. Bij afwezigheid van specifiek aan de accountantscontrole gestelde eisen met betrekking tot 'andere informatie', zijn de algemene uitgangspunten van deze Richtlijn van toepassing.





# Dataprotocol



# Inleiding

Voorliggend dataprotocol is de uitwerking van het dataprotocol zoals genoemd in het Convenant Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen. Dit protocol is geldig in het jaar 2007 en betreft de werkwijze omtrent de gegevens van verslagjaar 2006.

Het dataprotocol is een beschrijving van het gebruik van de gegevens die door middel van het informatiesysteem DigiMV (webenquete-tool te benaderen via [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)) worden ingevoerd, opgeslagen en verspreid. De gegevens en de structuur van de gegevens worden beschreven in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De inhoud van het Jaardocument wordt jaarlijks vastgesteld.

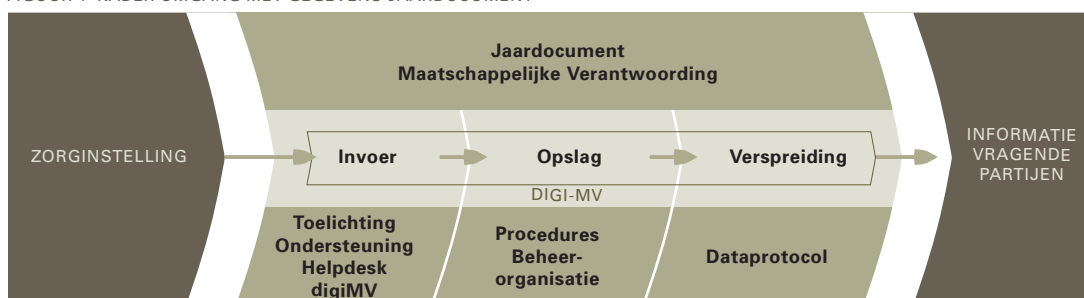
Zorginstellingen dienen hun jaarverslaggeving (jaarverslag en jaarrekening) in papieren en elektronische (pdf) vorm aan te leveren bij het CIBG, dat in 2007 zal fungeren als ontvangstloket. Het CIBG zal onder volledige verantwoordelijkheid van VWS de kamer van koophandelfunctie<sup>1</sup> voor de zorg uitvoeren. De zorginstellingen dienen hun data uit de bijlagen (zoals beschreven in de bijlage van het Jaardocument evenals de bijlage over de gegevensuitvraag van brancheorganisaties) via DigiMV in te vullen ter vulling van de databank.

Het invullen van de gegevens van het jaardocument gebeurt middels het webenquete-systeem DigiMV. In DigiMV kunnen de gegevens door de gegevensleverende partijen definitief worden verklaard. Vanaf dat moment kunnen de gegevens niet meer worden gewijzigd. De gegevens worden daarna conform de voorwaarden in dit dataprotocol en volgens de 'verdeling' zoals opgenomen in het jaardocument beschikbaar gesteld aan de gegevensontvangende partijen.

Het gebruik van het informatiesysteem DigiMV wordt verdeeld in een drietal elementen: invoer, opslag en uitvoer. Dit dataprotocol beschrijft deze drie elementen en richt zich met name op de uitlevering van gegevens. Voor de overige twee onderdelen wordt waar nodig verwezen naar interne procedures van de gegevensleverende partijen of procedures van de beheerorganisatie.

Onderstaande figuur geeft een en ander schematisch weer.

FIGUUR 1 KADER OMGANG MET GEGEVENS JAARDOCUMENT



1 Tot de Kamer van Koophandelfunctie behoren registratie, verwerking en publicatie van de gedeponeerde jaarverslagen.



Conform de in het Convenant opgenomen onderwerpen zijn in dit dataprotocol de afspraken vastgelegd over:

- de doelen waarvoor informatie zal worden uitgewisseld;
- de wijze van informatie-uitwisseling;
- de wijze van toegang tot gegevens;
- de wijze van beveiliging;
- de zeggenschap over de uitgewisselde informatie; en
- kwaliteitseisen als tijdigheid, uniformiteit, samenhang, juistheid, volledigheid en documentatie.

Bovenstaande onderwerpen zijn opgenomen in de onderstaande opeenvolgende hoofdstukken van het dataprotocol:

- Partijen;
- Wettelijke basis;
- Invoer van gegevens;
- Beheer van gegevens;
- Gebruik van gegevens;
- Eigendom en zeggenschap;
- Vaststellen en wijzigen dataprotocol.



# 1 Definities

## DigiMV

Het webenquêtesysteem ter ondersteuning van het proces van het invoeren en verwerken van de kwantitatieve gegevens uit de bijlagen van het jaardocument. DigiMV bevat tevens de gegevensbank ten behoeve van de verstrekking van de verantwoordingsgegevens van de zorginstellingen.

## Convenant

Het Convenant Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen.

## Gegevens

De verantwoordingsgegevens benoemd in het Jaardocument MV 2006 zoals door de zorginstellingen aangeleverd aan en opgeslagen in DigiMV en uitgeleverd conform de afspraken opgenomen in dit protocol.

## Gegevensleverende partij

De zorginstelling die gebruikmakend van DigiMV verantwoordingsgegevens betreffende de eigen instelling ter beschikking stelt aan gegevensontvangende partijen.

## Gegevensontvangende partij

De partij die gebruikmakend van DigiMV de voor haar (volgens wettelijk voorschrift of onderlinge overeenkomst tussen partijen) bestemde verantwoordingsgegevens ontvangt en gebruikt voor afgesproken doel(en).

## Instelling

Iedere zorginstelling die gebruik maakt van DigiMV.

## Jaardocument

Het document waarin de jaarverantwoording is opgenomen. Het betreft de weergave van de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording over de activiteiten en resultaten van de zorginstellingen.

## Voorschriften voor inrichting van Jaarverslag van Zorginstellingen of raamwerk maatschappelijke verantwoording

Het kader waarin zowel de basiseisen voor het jaarverslag als maatschappelijke verantwoording zijn aangegeven.

## 2 Partijen

### De gegevensleverende partijen

- De individuele zorginstelling.

### De gegevensontvangende partijen

- De individuele zorginstelling;
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- ActiZ;
- NVZ vereniging van ziekenhuizen;
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra;
- Orde van Medisch Specialisten;
- Revalidatie Nederland;
- Geestelijke GezondheidsZorg Nederland;
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
- Branchebelang Thuiszorg Nederland;
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden;
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Centraal Bureau voor de Statistiek;
- College voor Zorgverzekeringen;
- Nederlandse Zorgautoriteit;
- College Bouw Zorginstellingen;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg.

### De beheercommissie<sup>2</sup>

- Commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de brancheorganisaties van zorgaanbieders die deelnemen aan het convenant, die besluit over informatieleveringen zoals benoemd in hoofdstuk 8 van dit protocol. De beheercommissie wordt ingesteld door de stuurgroep Maatschappelijke Verantwoording.

### De beheerorganisatie

- De uitvoeringsorganisatie(s) die onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS zorg draagt voor het beheer en de beveiliging van de applicatie DigiMV, de databank en de technische omgeving en voor de uitlevering van gegevens.

---

<sup>2</sup> Deze commissie is tot op heden nog niet formeel samengesteld. Op korte termijn zullen nadere afspraken worden gemaakt met de vertegenwoordigers van de brancheorganisaties over de instelling hiervan evenals over de invulling van de aansturing en controle op de informatielevering van de gegevens van verslagjaar 2006.

### 3 Wettelijke basis

De rechtmatige levering van, de toegang tot en het gebruik van de gegevens uit het jaardocument is gebaseerd op de volgende wettelijke regelingen:

- Burgerlijk Wetboek;
- Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, voorheen Wet ziekenhuisvoorzieningen);
- Regeling verslaggeving WTZi (voorheen Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen);
- Wet Bijzondere medische Verrichtingen;
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- Kwaliteitswet Zorginstellingen;
- Wet Tarieven Gezondheidszorg;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen;
- Wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek en het op die wet gebaseerde Besluit Gegevensverwerking CBS.

Op basis van de taken en bevoegdheden die partijen op grond van bovenstaande wet- en regelgeving toebedeeld hebben gekregen is bepaald welke partij welke gegevens ontvangt middels DigiMV. Daarnaast kunnen partijen gegevens ontvangen op basis van onderlinge overeenkomsten, zoals tussen brancheorganisaties en hun leden.

Zie voor de toegang tot de gegevens hoofdstuk 8.

## 4 Invoer van gegevens

De gegevens worden door de gegevensleverende partijen middels een – door de beheerorganisatie beheerde – beveiligde internetverbinding ingevoerd in DigiMV. Het invoeren van gegevens kan alleen na identificatie van de gegevensleverende partij middels een gebruikersnaam en een wachtwoord. Gebruikersnaam en wachtwoord worden door de beheerorganisatie ter beschikking gesteld aan de gegevensleverende partij.

Gegevensleverende partijen dragen zelf zorg voor een interne procedure voor de invoer van gegevens. De wijze waarop de gegevens in DigiMV worden ingevoerd en definitief gemaakt is vastgelegd in de handleiding van DigiMV.

De gegevensleverende partijen zijn verantwoordelijk voor de volledige, juiste en tijdige levering van de gegevens conform de vereisten vermeld in de wet- en regelgeving. Zolang de gegevens niet elektronisch door de gegevensleverende partij via DigiMV worden aangeleverd, is de beheerorganisatie niet verantwoordelijk voor verschillen tussen de door hen aangeleverde gegevens en de uiteindelijk in DigiMV opgenomen data.

De gegevensleverende partijen kunnen ingevoerde gegevens wijzigen en/of aanvullen totdat de gegevens door de gegevensleverende partij definitief zijn gesteld.

## 5 Beheer van gegevens

De gegevens worden op een veilige wijze beheerd door de beheerorganisatie, waarbij de ontvangen, opgeslagen en aan gegevensontvangende partijen ter beschikking gestelde gegevens op geen enkele wijze door de beheerorganisatie worden gemuteerd of zonder toestemming van de beheercommissie worden gemanipuleerd. Tevens zorgt de beheerorganisatie voor een zodanige veilige opslag van de gegevens dat onbevoegden op geen enkele wijze toegang tot de gegevens hebben.

De beheerorganisatie draagt zorg voor een backup faciliteit.

De beheerorganisatie stelt zich op als een 'Trusted Third Party'. De beheerorganisatie stelt derhalve alleen die gegevens aan de gegevensontvangende partijen ter beschikking, waar deze partijen recht op hebben conform hoofdstuk 8 van dit protocol. De beheerorganisatie kan daarnaast alleen niet-publieke gegevens aan niet-geregistreerde en niet-geautoriseerde partijen leveren indien de beheercommissie of de betreffende gegevensleverende partij daar toestemming voor heeft verleend zoals eveneens bepaald in hoofdstuk 8 van dit protocol.

De beheerorganisatie stelt slechts gegevens beschikbaar die door de gegevensleverende partij definitief zijn gesteld.

De bewaartermijn van de jaarverantwoording is tenminste zeven jaar. De gegevens in DigiMV worden conform deze termijn bewaard.

## 6 Gebruik van gegevens

Alle gegevens vastgelegd in het maatschappelijk verslag (hoofdstuk 1 t/m 4), de jaarrekening (hoofdstuk 5) en de bijlagen (A t/m D) zijn openbaar. Eén uitzondering hierop vormt onderdeel B4 (personeelsinformatie) en onderdeel D5 (jaarenquêtes algemene ziekenhuizen) uit de bijlage. Deze gegevens zijn niet-openbaar en worden slechts geleverd aan de aangegeven partijen. De branche specifieke gegevens aangeleverd in DigiMV zijn allen niet-openbaar. Deze worden alleen doorgeleverd aan de gegevensontvangende partijen (zie hfd. 4).

Gegevensontvangende partijen kunnen niet direct de database van DigiMV benaderen. Gegevens worden via aparte gegevensbestanden beschikbaar gesteld. Na de deadline van deponering van de gegevens op 1 juni 2007 zal de beheerorganisatie in ieder geval vanaf eind juli tot eind augustus van dat jaar definitieve gegevensbestanden beschikbaar stellen aan de gegevensontvangende partijen op basis van de op dat moment definitief gestelde jaardocumenten. Gegevensontvangende partijen ontvangen eenmalig een compleet gegevensbestand met de gegevens waar zij recht op hebben. De gegevens kunnen beschikbaar worden gesteld in Excel, SPSS en Acces. Over het exacte aanleverformaat worden separaat afspraken met de gegevensontvangende partijen gemaakt.

De gegevensontvangende partijen gebruiken de gegevens te allen tijde alleen voor de doelen zoals beschreven in de wet- en regelgeving of overeenkomst op basis waarvan zij recht hebben op gebruik van de gegevens. Gegevensontvangende partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de wijze van verwerking van de ontvangen gegevens.

Andere gegevensvragers dan de in hoofdstuk 4 genoemde gegevensontvangende partijen kunnen de beheerorganisatie verzoeken openbare gegevens uit de databank aan hen ter beschikking te stellen. De beheerorganisatie zal deze gegevens tegen kostprijs aan deze partijen ter beschikking stellen.

De beheerorganisatie stelt niet-publieke gegevens over één gegevensleverende partij uit de databank alleen beschikbaar aan andere partijen dan de daartoe gerechtigde gegevensontvangende partijen, wanneer bij het verzoek daartoe een schriftelijke verklaring van toestemming van de gegevensleverende partij is gevoegd.

De beheerorganisatie stelt niet-publieke gegevens over meerdere gegevensleverende partijen uit de databank alleen na toestemming van de beheercommissie beschikbaar aan andere partijen dan de daartoe gerechtigde gegevensontvangende partijen. De procedure die de beheercommissie daarbij volgt is in de bijlage van dit protocol opgenomen. De beheerorganisatie zal de gevraagde gegevens geanonimiseerd beschikbaar stellen aan de vragende partij.

## 7 Eigendom en zeggenschap

Het ministerie van VWS is eigenaar van de webenquete-tool DigiMV en de bijbehorende databank.

Het eigendom van de aangeleverde gegevens berust bij de gegevensleverende partij.

Gegevensontvangende partijen die gegevens uit DigiMV – al dan niet geaggregeerd- (laten) publiceren stellen de beheercommissie, voordat tot publicatie wordt overgegaan, op de hoogte van het voornemen om publicaties uit te brengen. Gegevensontvangende partijen zullen bij publicaties waarin gegevens uit DigiMV zijn verwerkt, bronvermelding toepassen en de verwerkingsmethode, gehanteerde terreinafbakeringen en definities expliciteren.

## 8 Vaststellen en wijzigen dataprotocol

Dit dataprotocol is vastgesteld door de Stuurgroep Maatschappelijke Verantwoording, waarin vertegenwoordigers van de convenantpartijen zitting hebben.

Het dataprotocol treedt in werking per 1 januari 2007 en heeft betrekking op de jaarverantwoording 2006. Voorstellen tot wijzigingen in of beëindiging van het dataprotocol worden op initiatief van één of meerdere convenantpartij(en) ter besluitvorming voorgelegd aan de Stuurgroep Maatschappelijke Verantwoording.



# Bijlage Dataprotocol

## Procedure uitlevering niet-publieke informatie

De beheerorganisatie van de databank handelt aanvragen naar niet-publieke informatie zoals bedoeld in hoofdstuk 8 van dit protocol af in twee stappen:

Allereerst beoordeelt de beheerorganisatie de informatievraag aan de hand van de volgende criteria:

- a de gegevensvrager formuleert in zijn aanvraag het exacte doel waarvoor hij de informatie wil gebruiken. De gegevens mogen alleen worden gebruikt voor onderzoek;
- b **de gegevensvrager verklaart dat de verstrekte gegevens alleen worden gebruikt voor de in de aanvraag gespecificeerde (onderzoek)doeleinden;**
- c **de gegevensvrager verklaart dat eventuele rapportages/publicaties geen herleidbare gegevens over individuele instellingen bevatten;**
- d **de gegevensvrager verklaart dat hij de gegevens niet verstrekt aan andere partijen;**
- e **de gegevensvrager verklaart dat de gegevens, zodra deze niet langer door de vrager benodigd zijn, worden vernietigd;**
- f **de gegevensvrager verklaart dat hij bij publicaties waarin de gevraagde gegevens zijn verwerkt, bronvermelding toepast en de verwerkingsmethode, gehanteerde terreinafbakeringen en definities expliciteert;**
- g **de gegevens worden verstrekt tegen kostprijs.**

Indien een gegevensvraag niet voldoet aan bovenstaande criteria, dan levert de de beheerorganisatie de gevraagde informatie niet. De beheerorganisatie stelt de gegevensvrager hiervan op de hoogte.

Voldoet de gegevensvraag wel aan de criteria, dan legt de beheerorganisatie de vraag per e-mail met een positief advies voor aan de beheercommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de brancheorganisaties van zorgaanbieders die deelnemen aan het convenant, waar de gegevensvraag betrekking op heeft.

De betreffende vertegenwoordiger(s) reageren binnen één week op het voorstel van de beheerorganisatie. Mocht er verschil van mening bestaan tussen verschillende betrokken brancheorganisaties dan is de 'meerderheid van stemmen' doorslaggevend. Wanneer er geen meerderheid voor of tegen uitlevering is, dan wordt het advies van de beheerorganisatie gevolgd. Geen reactie binnen de gestelde termijn van een lid van de beheerscommissie wordt opgevat als instemming met het advies van de beheerorganisatie.

De beheerorganisatie stelt de gegevensvrager op de hoogte van de beslissing van de beheercommissie en levert in geval van akkoord door de betrokken brancheverenigingen de informatie uit.

SCHEMATISCH

