

# INHOUDSOPGAVE

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
Leeswijzer	5
INK-managementmodel	6
Inhoud jaarverslag	6
<b>1. Leiderschap</b>	<b>9</b>
1.1. Leiderschap volgens INK	9
1.2. Missie	9
1.3. Visie	9
1.4. Samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht	10
1.5. Strategische koers	11
1.6. Verslag raad van bestuur over 2005	11
1.6.1. Governance	11
1.6.2. Terugblik op 2005	12
1.7. Verslag raad van toezicht over 2005	13
1.7.1. Governance	13
1.7.2. Terugblik op 2005	14
1.8. Ondernemingsraad	15
1.9. Cliëntenraad	16
<b>2. Beleid en strategie</b>	<b>17</b>
2.1. Beleid en strategie volgens INK	17
2.2. Organisatieverandering	17
2.2.1. Change Team	17
2.2.2. Programmteam Go4Máx	18
2.3. Samenwerking	18
2.3.1. Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen	18
2.3.2. Ziekenhuisketen	19
2.3.3. Alliantie van Ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant	19
2.3.4. Huisartsen	20
2.3.5. Defensie	20
2.4. Kwaliteitsbeleid	20
2.4.1. Veiligheidsmanagement	21
2.4.2. Prestatie-indicatoren	21
2.5. Beleid- en budgetcyclus	21
<b>3. Personeelsmanagement</b>	<b>23</b>
3.1. Personeelsmanagement volgens INK	23
3.2. Sociaal beleid	23
3.3. Leerhuis	23
3.3.1. Medische opleidingen	23
3.3.2. Overige opleidingen	24
3.3.3. Wetenschappelijk onderzoek	25
3.3.4. Brabant Medical School	25
3.4. Arbeidsvoorwaarden	25
3.5. Arbeidsomstandigheden	26
3.5.1. Risico inventarisatie en –evaluatie	26
3.5.2. Fysieke belasting / werkplekonderzoeken	26
3.5.3. Arboconvenant ziekenhuizen	26
3.5.4. Omgaan met agressie	27
3.5.5. Arbocommissie	27

<b>4.</b>	<b>Middelenmanagement</b>	<b>29</b>
4.1.	Middelenmanagement volgens INK	29
4.4.2.	Financiën	29
4.2.1.	Landelijke ontwikkelingen	29
4.2.2.	Máxima Medisch Centrum	30
4.2.3.	Resultaat	31
4.3.	DBC's, inclusief bestuursverklaring	32
4.4.	ICT	33
4.5.	Huisvesting	34
4.5.1.	Lange termijn huisvestingsplan (LTHP)	34
4.5.2.	Vrouw, moeder, kindcentrum	34
4.5.3.	Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Veldhoven	35
4.5.4.	Renovatie beddenhuis locatie Eindhoven	35
4.6.	Kennis	35
4.6.1.	Promoties	35
<b>5.</b>	<b>Management van processen</b>	<b>37</b>
5.1.	Management van processen volgens INK	37
5.2.	Projecten	37
5.3.	Commissies	39
5.3.1.	Beleids- en adviesplatform kwaliteit	39
5.3.2.	Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie	39
5.3.3.	Bloedtransfusiecommissie	39
5.3.4.	Centrale opleidingscommissie AIOS (COCA)	39
5.3.5.	Decubitus	40
5.3.6.	Materiaal adviescommissie	40
5.3.7.	Geneesmiddelencommissie	41
5.3.8.	Commissie huisarts-specialist	41
5.3.9.	Infectiecommissie	41
5.3.10.	Kwaliteitscommissie medische staf	42
5.3.11.	Medisch ethische toetsingscommissie	42
5.3.12.	Commissie meldingen incidenten patiëntenzorg	43
5.3.13.	Onderzoekscommissie medische calamiteiten	44
5.3.14.	Commissie orgaan- en weefseldonatie	44
5.3.15.	Commissie ethiek	45
5.3.16.	Voedingscommissie	45
5.4.	Audits	45
5.5.	Visitaties	46
<b>6.</b>	<b>Waardering door klanten en leveranciers</b>	<b>49</b>
6.1.	Waardering door klanten en leveranciers volgens INK	49
6.2.	Tevredenheidsonderzoeken	49
6.2.1.	Patiënttevredenheidsonderzoek volwassen klinisch opgenomen patiënten	49
6.2.2.	Patiënttevredenheidsonderzoek afdeling neonatale intensive care unit en kinderafdeling	49
6.2.3.	Tevredenheidsonderzoek klinisch laboratorium	50
6.2.4.	Onderzoek waardering door verwijzers	50
6.2.5.	Tevredenheidsonderzoek Vasculair Preventie Centrum	50
6.3.	Klachtenprocedure	50
6.3.1.	Klachtenfunctionaris	50
6.3.2.	Klachtencommissie	51
6.3.3.	Aansprakelijkstelling	52

<b>7.</b>	<b>Waardering door medewerkers</b>	<b>53</b>
	7.1. Waardering door medewerkers volgens INK	53
	7.2. Klachten van medewerkers	53
	7.3. Commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag	53
	7.4. Tevredenheidsonderzoek medewerkers	53
	7.5. Verloop	53
	7.6. WAO-instroom	54
	7.7. Verzuim	54
<b>8.</b>	<b>Waardering door de maatschappij</b>	<b>55</b>
	8.1. Waardering door de maatschappij volgens INK	55
	8.2. Patiëntenverenigingen	55
	8.3. Milieu	56
	8.3.1. Reststoffenmanagement	56
	8.3.2. Opslag van verpakte gevaarlijke stoffen	57
	8.4. Open dag	57
<b>9.</b>	<b>Bestuur en financiers</b>	<b>59</b>
	9.1. Bestuur en financiers volgens INK	59
	9.2. Financiële resultaten (geconsolideerde jaarrekening)	60
	9.2.1. Balans	60
	9.2.2. Geconsolideerde resultatenrekening	62
	9.2.3. Geconsolideerd kasstroomoverzicht	63
	9.2.4. Waarderingsgrondslagen	64
	9.2.5. Toelichting op de geconsolideerde balans	66
	9.2.6. Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening	72
	9.2.7. Vaststelling jaarrekening en accountantsverklaring	74
	9.3. Operationele resultaten	75
	9.3.1. Productie	75
	9.3.2. Wacht- en toegangstijden	78

## **Bijlagen**

	<b>Bijlage 1 Algemene gegevens</b>	<b>83</b>
1.	Naam en vestigingsplaats Máxima Medisch Centrum	83
2.	Samenstelling organen per 31 december 2005	83
3.	Samenwerkingsverbanden	91
4.	Relevante nevenfuncties raad van bestuur	91
	<b>Bijlage 2 Financiële gegevens</b>	<b>93</b>
1.	Verloopoverzicht immateriële vaste activa	93
2.	Verloopoverzicht materiële vaste activa	94
3.	Bouwprojecten in uitvoering en mutaties in het boekjaar	96
4.	Overzicht langlopende schulden ultimo 2005	97
5.	Kwantitatieve gegevens	98
	5.1. beddenscapaciteit, opname NNA, verpleegdagen, beademingsdagen, bezettingspercentage, dagverplegingen en polikliniekbezoeken	98
	5.2. opgenomen patiënten en verpleegdagen per specialisme	99
	5.3. dagverplegingen en polikliniekbezoeken per specialisme	100
	5.4. ziekenhuispsychiatrie	101
	5.5. dialyse productie	103
	5.6. opnamen per specialisme / DBC segment	104
	5.7. dagverplegingen en 1 <sup>e</sup> polikliniekbezoeken per specialisme / DBC segment	105
	5.8. geopende DBC's in 2005 per specialisme / DBC segment	106
6.	Overzicht bezoldiging bestuurders en toezichthouders	107
7.	Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004, 2005 en mutatie in boekjaar	109
	<b>Bijlage 3 Prestatie-indicatoren</b>	<b>113</b>



## INLEIDING

Eind 2005 bestond Máxima Medisch Centrum vier jaar. In die vier jaar is veel bereikt. Er zijn ook in 2005 weer belangrijke stappen gezet in de vorming van één ziekenhuis met twee locaties. Hét kernwoord in 2005 was verandering. Er zijn belangrijke voorbereidingen getroffen voor een grote reorganisatie die Máxima Medisch Centrum moet voorbereiden op de grote veranderingen die de komende jaren in de gezondheidszorg zullen optreden.

Een belangrijke mijlpaal in 2005 was de officiële opening van Orthopedisch Centrum Máxima door minister Hoogervorst van VWS.

In financiële zin was 2005 een moeilijk jaar. De raad van bestuur is blij dat we het jaar uiteindelijk toch kunnen afsluiten met een klein positief resultaat. Ook in 2006 zijn nog forse bezuinigingen nodig. Er moet overal in de zorg meer gedaan worden met minder geld.

Wij zijn trots op Máxima Medisch Centrum, maar meer nog op de mensen die er werken! Onze medewerkers hebben ook in 2005 indrukwekkende resultaten neergezet. Dit jaarverslag kan slechts in vogelvlucht beschrijven wat zij in 2005 tot stand hebben gebracht. Daarvoor zijn wij alle medewerkers veel dank verschuldigd.

Voor het derde achtereenvolgende jaar is het jaarverslag opgebouwd volgens de principes van het INK-managementmodel (INK: Instituut Nederlandse Kwaliteit). De hoofdstukindeling volgt de negen aandachtsgebieden van het INK-managementmodel. Voor deze opbouw is gekozen omdat dit model een steeds belangrijkere rol speelt in de organisatie. Zo is het de basis van de beleids- en budgetcyclus en de jaarplannen. Ook het Beleidsplan Integrale Kwaliteit is langs de lijnen van het INK-managementmodel opgebouwd.

Ook voor het derde jaar zijn in dit alomvattende jaarverslag de volgende jaarverslagen samengebracht:

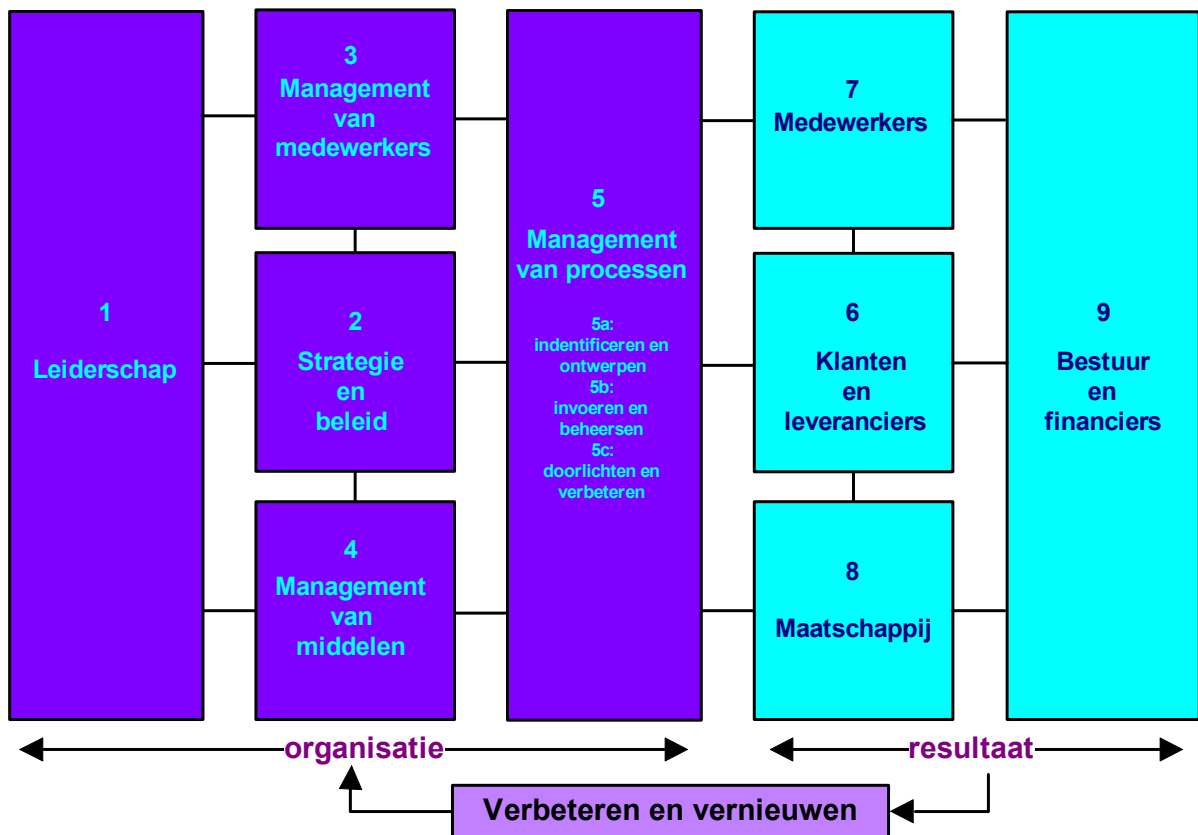
- algemeen/financieel jaarverslag;
- kwaliteitsjaarverslag;
- jaarverslag van de klachtencommissie;
- sociaal jaarverslag;
- prestatie-indicatoren.

## Leeswijzer

### INK-managementmodel

De hoofdstukindeling van het jaarverslag 2005 volgt de negen aandachtsgebieden van het INK-managementmodel. De aandachtsgebieden vatten de bedrijfsvoering van profit en non-profit organisaties samen. Het model maakt onderscheid tussen de wijze waarop de organisatie functioneert en wat de inspanningen hebben opgeleverd. Anderzijds toont het model ook de samenhang tussen de verschillende velden. In de organisatiegebieden wordt beschreven hoe de organisatie is ingericht; in de resultaatgebieden worden de strategisch relevante maatstaven gekozen en wordt geregistreerd wat feitelijk is gerealiseerd. De feedbackloop geeft aan dat de organisatie leert van de uitkomsten en dat verbeteringen in gang worden gezet. Op de volgende pagina vindt u een schematisch overzicht van het INK-managementmodel.

## INK-managementmodel



### Inhoud jaarverslag

- Hoofdstuk 1 Leiderschap schetst een beeld van het leiderschap binnen Máxima Medisch Centrum. Achtereenvolgens komen aan de orde: missie, visie, samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht, Strategische koers, verslag van de raad van bestuur, verslag van de raad van toezicht, ondernemingsraad en de cliëntenraad.
- In hoofdstuk 2, Beleid en strategie staan het beleid en de strategie van Máxima Medisch Centrum in 2005 centraal. Aan de orde komen: de organisatieverandering, samenwerkingsverbanden, het kwaliteitsbeleid en de beleids- en budgetcyclus.
- Hoofdstuk 3 gaat over personeelsmanagement en geeft een beeld van de manier waarop Máxima Medisch Centrum de kennis en inzet van zijn medewerkers gebruikt en het beleid dat hieraan ten grondslag ligt. Onderwerpen zijn: sociaal beleid, het Leerhuis, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.
- Hoofdstuk 4 beschrijft het middelenmanagement en gaat over de manier waarop vanuit strategie en beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden gebruikt om activiteiten uit te voeren. In hoofdstuk 4 komen aan de orde de middelen financiën, DBC's, ICT, huisvesting en kennis.
- In hoofdstuk 5 staat het management van processen centraal: de manier waarop Máxima Medisch Centrum zijn processen identificeert, ontwerpt, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Achtereenvolgens komen aan de orde: een overzicht van projecten, een overzicht van commissies, audits en visitaties.
- Hoofdstuk 6, waardering door klanten en leveranciers beschrijft hoe de klanten en leveranciers van Máxima Medisch Centrum (met name patiënten en verwijzers) de producten en dienstverlening van het ziekenhuis waarderen. Aan de orde komen de tevredenheidsonderzoeken en de klachtenprocedure.
- Waardering door medewerkers is het onderwerp van hoofdstuk 7. Centraal staan de vragen hoe de medewerkers over het ziekenhuis denken en of het ziekenhuis aan hun

(materiële en immateriële) verwachtingen voldoet. Beschreven worden: klachten van medewerkers, commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag, tevredenheidsonderzoek medewerkers, verloof, WAO-instroom en verzuim.

- Hoofdstuk 8 heeft als titel waardering door de maatschappij en stelt de vraag hoe de maatschappij de inspanningen van het ziekenhuis waardeert om naast haar primaire klantgerichte taken in de bedrijfsvoering rekening te houden met de behoeften en verwachtingen van de lokale, nationale en internationale omgeving. Aan de orde komen: de contacten met patiëntenverenigingen, milieu en open dag.
- Hoofdstuk 9, bestuur en financiers gaat over de manier waarop bestuur en financiers de inspanningen van het management waarderen. In dit hoofdstuk komen aan de orde: de financiële resultaten (jaarrekening) en de operationele resultaten.
- Tenslotte vindt u in de bijlagen een groot aantal algemene en financiële gegevens en de prestatie-indicatoren.

Eindhoven,  
raad van bestuur, mei 2006





# 1. LEIDERSCHAP

## 1.1. Leiderschap volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft leiderschap als volgt:

“De manier waarop de leiding de onderneming inspireert tot voortdurende verbetering. Hierbij spelen een rol:

- de visie van de leiding op de toekomstige ontwikkeling;
- de structuur en cultuur van de onderneming om de visie te kunnen realiseren;
- welke faciliteiten en ondersteuning worden verleend en hoe de leiding op alle niveaus daadwerkelijk het goede voorbeeld geeft.”

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van het leiderschap binnen Máxima Medisch Centrum. Alle bovengenoemde aspecten komen hierbij impliciet of expliciet aan de orde.

## 1.2. Missie

De missie van Máxima Medisch Centrum luidt als volgt:

*Máxima Medisch Centrum staat voor:  
Zorg met een accent*

*We willen een vernieuwend en ondernemend ziekenhuis zijn met topklinische functies en met een stimulerend opleidingsklimaat voor onze medewerkers.*

*De zorg die we leveren is van een constant, hoog niveau. We leggen het accent op de individuele vragen, wensen en behoeften van de patiënt. Samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis staat daarbij voorop.*

*Onze medewerkers waarborgen onze hoogwaardige zorg. Máxima Medisch Centrum biedt een uitdagende werkomgeving die is gericht op continu verbeteren. We hechten veel waarde aan innovatie, teamgeest en eerlijkheid. Dit stimuleren we door extra aandacht te schenken aan zelfontplooiing van onze medewerkers en aan een open en eerlijke communicatie.*

*In onze manier van werken ligt het accent op aandacht voor de mens, respect voor de ander, betrouwbaarheid en toegankelijkheid.*

## 1.3. Visie

De missie is nader uitgewerkt in een visie. Hierin wordt aangegeven waar Máxima Medisch Centrum naartoe wil.

- Máxima Medisch Centrum is een vernieuwend en ondernemend topklinisch ziekenhuis.
- De zorg is vraaggericht en menselijk.
- Kwaliteit staat overal in het ziekenhuis centraal. Er is een voortdurend streven om tot de beste ziekenhuizen te behoren.
- Máxima Medisch Centrum is een aantrekkelijke en stimulerende werkomgeving. Ieder heeft ruimte om in teamverband aan de eigen functie inhoud te geven.
- De cultuur wordt gekenmerkt door openheid en betrouwbaarheid. Goede onderlinge samenwerking, zorg en aandacht voor elkaar en respect voor elkaars overtuiging zijn belangrijk.
- Respect, integriteit en vertrouwen staan hoog in het vaandel; op alle niveaus wordt aan medewerkers en medisch specialisten vertrouwen gegeven om verantwoordelijkheid daadwerkelijk te nemen.
- Leiderschap is coachend; leidinggevend en in woord en gedrag het goede voorbeeld.

- Máxima Medisch Centrum werkt intensief samen met verwijzers, andere zorginstellingen en zorgverleners.
- In Máxima Medisch Centrum wordt het geven van opleidingen aan medisch specialisten en andere professionals gestimuleerd.
- Máxima Medisch Centrum is een tweelocatie ziekenhuis. Hierdoor wordt de bereikbaarheid van de zorg gewaarborgd.
- Máxima Medisch Centrum wil het bovenstaande realiseren met als uitgangspunt dat het ziekenhuis een financieel gezonde organisatie moet zijn.

#### **1.4. Samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht**

##### **1.4.1. Raad van bestuur**

Per 15 maart 2005 is de samenstelling van de raad van bestuur gewijzigd. Tot 15 maart bestond de raad van bestuur uit de volgende personen:

ir. L.J.M. Kenter  
P. Nederlof, arts  
dr. M.J. Rutgers (voorzitter)

Sinds 15 maart 2005 kent Máxima Medisch Centrum een tweehoofdige raad van bestuur bestaande uit:

dr. R.H.J. van 't Hullenaar (voorzitter)  
P. Nederlof, arts

Een overzicht van de relevante nevenfuncties van de leden van de raad van bestuur vindt u in bijlage 1.

##### **1.4.2. Bestuur medische staf**

In januari is de heer dr. M.A.H.M. Wiegerinck, gynaecoloog, toegetreden tot het stafbestuur. Op 1 april nam hij de voorzittershamer over van de heer M.H.M. Bender, chirurg, die op genoemde datum het stafbestuur heeft verlaten.

Per 31 december 2005 bestaat het stafbestuur uit de volgende personen:

mw. dr. M. Chatrou	medisch psycholoog
dr. F. van der Graaf (secretaris)	klinisch chemicus
dr. H.R. Haak (vice-voorzitter)	internist
A.N. van der Linden	radioloog
J.P. de Mönnik	keel, neus, oorarts
dr. W.E. Tjon A Ten (penningmeester)	kinderarts
dr. M.A.H.M. Wiegerinck (voorzitter)	gynaecoloog

##### **1.4.3. Raad van toezicht**

Medio maart is de heer J. Wilkes RA voorzitter van de raad van toezicht geworden. De raad van toezicht heeft besloten de bestaande twee vacatures vooralsnog niet op te vullen en voorlopig verder te gaan met vijf personen.

Per 31 december 2005 bestaat de raad van toezicht uit de volgende personen:

drs. J.G.M. Kegelaer (vice-voorzitter)	laatstelijk voorzitter raad van bestuur ziekenhuis Leyenburg te Den Haag
mr. A.J.H.M. Lips	partner Holland van Gijzen advocaten en notarissen te Eindhoven
mw. S.R. de Moor-Bullinga	diverse adviesfuncties, waaronder commissariaten
prof. dr. L.B.A. van de Putte	emeritus hoogleraar reumatologie UMC St. Radboud te Nijmegen
J. Wilkes RA (voorzitter)	laatstelijk financieel directeur Philips Nederland

Eén lid van de raad van toezicht, de heer Wilkes, beschikt over specifieke financiële kennis. Twee leden van de raad van toezicht, de heren Kegelaer en Van de Putte, beschikken over specifieke kennis van de gezondheidszorg. De leden van de raad van toezicht hebben geen relevante nevenfuncties.

## 1.5. Strategische koers

In oktober 2003 verscheen de 'Strategische koers Máxima Medisch Centrum 2003 - 2005'. De belangrijkste punten uit deze koers zijn de volgende:

- *Accentverschillen tussen de beide locaties.* Op locatie Eindhoven ligt het accent op electieve (planbare) zorg. In Veldhoven krijgt de acute zorg veel aandacht. Het gaat hier nadrukkelijk om accentverschillen. Ook in Eindhoven blijft acute zorg bestaan. En in Veldhoven wordt naast acute zorg óók electieve zorg verleend.
- *Vorming van centra,* gericht op het leveren van volledige, multidisciplinaire zorg voor een specifieke groep patiënten. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet in het leveren van vraaggerichte zorg.
- *Speerpunten en projecten.* Zes speerpunten en projecten, voortvloeiend uit de Strategische koers, krijgen de komende jaren speciale aandacht: realisatie van behandelcentra, spoedeisende hulp, patiëntenlogistiek, opleiding, onderwijs en onderzoek, ICT en tenslotte marketing.

In 2005 is vooral veel tijd besteed aan de vorming van centra. In februari opende Orthopedisch Centrum Máxima zijn deuren en in mei is het MRI-centrum zuid-Nederland gelanceerd.

Formeel liep de Strategische koers tot eind 2005. In verband met de reorganisatie die in 2005 is ingezet, heeft de raad van bestuur besloten de huidige koers ook op het jaar 2006 van toepassing te verklaren. In de loop van 2006 wordt de Strategische koers vernieuwd en vastgesteld voor de periode 2007-2010.

## 1.6. Verslag raad van bestuur over 2005

### 1.6.1. Governance

De raad van bestuur hecht eraan op deze plaats te vermelden dat zij de NVZD-gedragscode voor de goede bestuurder als leidraad neemt bij zijn functioneren. In het jaarverslag worden verder zo veel mogelijk de aanbevelingen gevolgd van de Commissie Health Care Governance.

De raad van bestuur werkt op basis van een bestuurdersreglement. Als bijlage bij het bestuurdersreglement is de taakverdeling tussen de leden van de raad van bestuur vastgelegd. Dit laat onverlet dat de leden van de raad van bestuur beide integraal verantwoordelijk zijn voor het functioneren van het ziekenhuis.

#### *Overleg raad van bestuur*

In 2005 kwam de raad van bestuur elke week in vergadering bijeen. Naast de raad van bestuur is hierbij ook de secretaris raad van bestuur aanwezig. De ene week vergadert de raad van bestuur formeel, de andere week informeel. Elke twee maanden trekt de raad van bestuur zich een dag terug om te spreken over strategische thema's.

In de vergaderingen van de raad van bestuur is onder andere gesproken over de volgende onderwerpen: DBC's, Orthopedisch Centrum Máxima, strategische samenwerkingsverbanden, samenwerking/fusie maatschappen, Change Team/reorganisatie, begroting/financiële stand van zaken, onderwijs/opleiding/wetenschappelijk onderzoek en sponsoring.

#### *Overleg raad van bestuur – stafbestuur*

Elke twee weken is er een vergadering van raad van bestuur met het bestuur van de medische staf, het Strategisch Beleids Overleg (SBO). In deze vergaderingen komen uiteenlopende (strategische) thema's aan de orde. In 2005 is onder andere gesproken over

Orthopedisch Centrum Máxima, de Brabant Medical School, samenwerking/fusie van maatschappen, Change Team/reorganisatie en strategische samenwerkingsverbanden.

### **1.6.2. Terugblik op 2005**

De raad van bestuur kijkt met tevredenheid terug op het jaar 2005. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen elkaar in hoog tempo op. Het is de taak van de raad van bestuur om het ziekenhuis daar zo goed mogelijk op te laten inspelen. Onderstaand worden enkele belangrijke thema's aangestipt die in 2005 een belangrijke rol speelden. Verderop in dit jaarverslag volgt een uitgebreidere beschrijving.

#### *Change Team en reorganisatie*

Hét kernwoord in 2005 was verandering. Er is een grote reorganisatie ingezet die Máxima Medisch Centrum moet voorbereiden op de grote veranderingen die in de komende jaren in de gezondheidszorg zullen plaatsvinden. In de periode half maart tot juni heeft een Change Team de grote lijnen voor de nieuwe organisatie uitgezet. Na instemming door de adviesorganen, is in de tweede helft van het jaar de projectorganisatie ingericht en zijn verdere voorbereidingen getroffen. Kern van de nieuwe organisatie is de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden per specialisme. De implementatie van de nieuwe organisatie vindt grotendeels plaats in 2006.

#### *Orthopedisch Centrum Máxima*

In februari opende Orthopedisch Centrum Máxima zijn deuren. In dit centrum, opgezet in nauwe samenwerking met zorgverzekeraar CZ, wordt een groot aantal electieve orthopedische ingrepen aan knie, heup en schouder uitgevoerd. Op 29 augustus verrichtte minister Hoogervorst de officiële opening van het centrum. De raad van bestuur beschouwt het bezoek van de minister als één van de hoogtepunten van het verslagjaar.

#### *Overige centra*

In mei 2005 ging het MRI-centrum zuid-Nederland van start. Het centrum is mede mogelijk gemaakt door een anonieme Veldhovense ondernemer, die het ziekenhuis een moderne MRI-scanner ter beschikking heeft gesteld. Daarnaast is in het verslagjaar het Vasculair Preventiecentrum geopend en lopen onderzoeken naar een aantal andere centra.

#### *Ziekenhuis Rampen Opvang Plan*

In 2005 is veel aandacht besteed aan het actualiseren en beoefenen van het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP). In juli verscheen een nieuwe versie van het plan en veel afdelingen hebben hun deelplannen geoefend. De climax van de oefeningen ligt in de eerste maanden van 2006, met als hoogtepunt een grote rampenoefening op locatie Eindhoven op 11 maart 2006.

#### *Financiën*

In financieel opzicht was 2005 een moeilijk jaar voor Máxima Medisch Centrum. De raad van bestuur blijft streven naar een financieel gezond bedrijf. Om dat te bereiken moeten in 2006 forse besparingen doorgevoerd worden.

#### *Verwijzersonderzoek*

In 2005 vond een uitgebreid onderzoek plaats onder verwijzers (huisartsen, verpleeghuisartsen en verloskundigen). Verwijzers is gevraagd naar hun oordeel over Máxima Medisch Centrum in het algemeen en hun oordeel over de in het ziekenhuis aanwezige specialismen. De resultaten worden begin 2006 besproken met alle betrokkenen, waarna een actieplan wordt gemaakt voor de belangrijkste verbeterpunten.

## 1.7. Verslag raad van toezicht over 2005

### 1.7.1. Governance

#### *Taak raad van toezicht*

De raad van toezicht opereert op het snijvlak van de organisatie en de samenleving daaromheen. In die zin beschouwt de raad zich als maatschappelijk toezichthouder. De raad van toezicht heeft de verantwoordelijkheid Máxima Medisch Centrum van goed toezicht en goed bestuur te voorzien, toezicht uit te oefenen, mee te denken over strategie, beleid en koers van de organisatie en de organisatie te voorzien van adequate statuten en reglementen voor de besturing. De raad regelt daartoe zijn werkzaamheden in een reglement en legt daarover verantwoording af.

In zijn functioneren volgt de raad van toezicht de kaders zoals die gesteld worden door de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Ziekenhuizen (NVTZ).

#### *Rooster van aftreden*

De raad van toezicht kent het volgende rooster van aftreden:

drs. J.G.M. Kegelaer	1 januari 2006, verlengd tot 1 januari 2010
mr. A.J.H.M. Lips	1 maart 2006, verlengd tot 1 maart 2008
mw. S.R. de Moor-Bullinga	17 mei 2008
prof. dr. L.B.A. van de Putte	1 januari 2006, verlengd tot 1 januari 2010
J. Wilkes RA	30 augustus 2008

#### *Overleg raad van toezicht*

De raad van toezicht kwam in 2005 zeven maal voor een reguliere vergadering met de raad van bestuur bijeen. Er is één extra vergadering geweest. Een delegatie uit de raad van toezicht heeft toen met de raad van bestuur gesproken over Orthopedisch Centrum Máxima. Daarnaast is éénmaal gesproken met het bestuur van de medische staf, éénmaal met de ondernemingsraad en éénmaal met de cliëntenraad. Bij al deze vergaderingen was ook de raad van bestuur aanwezig. Tenslotte heeft de raad van toezicht éénmaal, zonder aanwezigheid van de raad van bestuur, gesproken over het eigen functioneren.

De raad van toezicht kent een financiële commissie en een honoreringscommissie. De financiële commissie komt structureel vier maal per jaar bijeen, voorafgaand aan een reguliere raad van toezicht vergadering en bespreekt dan alle financiële onderwerpen met de raad van bestuur. De honoreringscommissie komt één maal per jaar structureel bijeen en bespreekt dan het functioneren en de beloning van de leden van de raad van bestuur.

#### *Onderwerpen van overleg*

Onderstaand een overzicht van de belangrijkste onderwerpen waarover de raad van toezicht in 2005 met de diverse gesprekspartners heeft gesproken:

- *Overleg met de raad van bestuur:* diverse financiële onderwerpen (jaarrekening 2004, exploitatie/financiële stand van zaken, Kaderbrief en begroting 2006, voortgang bezuinigingen), stand van zaken productie, stand van zaken diverse centra (onder andere Orthopedisch Centrum Máxima en MRI-centrum), bezoek Inspectie voor de Gezondheidszorg, communicatie tussen raad van bestuur en raad van toezicht, Change Team/reorganisatie/locatieprofilering en maatschapsvorming.
- *Overleg met de ondernemingsraad:* financiële situatie, reorganisatie en locatieprofilering.
- *Overleg met het bestuur medische staf:* Change Team/reorganisatie/veranderingen voor de medische staf, financiële situatie, communicatie tussen raad van toezicht en medische staf
- *Overleg met de cliëntenraad:* communicatie tussen raad van toezicht en cliëntenraad, kaderbrief/begroting, reorganisatie en project klantgerichtheid.

De raad van toezicht heeft in 2005 uitgebreid stilgestaan bij het eigen functioneren. Uit de evaluatie is een aantal actiepunten naar voren gekomen die door de raad van bestuur worden meegenomen in een update van het governance document van Máxima Medisch Centrum. Om de raad van toezicht meer te betrekken bij belangrijke onderwerpen die in het ziekenhuis

spelen, wordt sinds medio 2005 in elke vergadering van de raad van toezicht een belangrijk thema aan de orde gesteld, toegelicht door een medewerker van het ziekenhuis. In 2005 is op deze manier gesproken over het Lange Termijn Huisvestings Plan en het Leerhuis.

#### *Honoreringsbeleid*

De bezoldiging van de leden van de raad van bestuur wordt bepaald door de raad van toezicht. Ten tijde van de fusie van het Diaconessenhuis en het Sint Joseph Ziekenhuis tot Máxima Medisch Centrum heeft de raad van toezicht besloten de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren (NVZD) als uitgangspunt te nemen bij de bepaling van de salarissen. In de loop van de tijd zijn de adviesbedragen die de NVZD hanteert naar beneden bijgesteld. De raad van toezicht acht het echter niet reëel om de salarissen lager vast te stellen.

In 2005 is het aantal leden van de raad van bestuur teruggebracht van drie naar twee. De functies zijn daardoor aanmerkelijk zwaarder geworden en vereisen andere kwaliteiten van de leden van de raad van bestuur. De raad van toezicht is van mening dat daaraan ook in de salariëring recht gedaan moet worden.

De raad van toezicht heeft in 2005 voor het eerst met de raad van bestuur afspraken gemaakt over variabele beloningen. De bonus kan maximaal 10% van het vaste inkomen bedragen. Er zijn objectief meetbare criteria vastgesteld waaraan de leden van de raad van bestuur moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een bonus. Een eventuele toekenning van de bonus geschiedt voor het eerst in 2006.

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht is enige jaren geleden door de raad van toezicht vastgesteld. Uitgangspunt daarbij was de beloning van commissarissen in bedrijven die qua omvang vergelijkbaar zijn met Máxima Medisch Centrum. De bedragen worden éénmaal per drie jaar aangepast aan de inflatie.

#### **1.7.2. Terugblik op 2005**

##### *Vervanging raad van bestuur*

De belangrijkste beslissing die de raad van toezicht in 2005 heeft moeten nemen is het vervangen van de raad van bestuur. De raad van toezicht besloot hiertoe om de slagvaardigheid en de efficiency van de leiding van het ziekenhuis te vergroten. Na overleg met en instemming van bestuur medische staf, ondernemingsraad en cliëntenraad werden op 15 maart 2005 de volgende besluiten bekendgemaakt:

- de tijdelijke arbeidsovereenkomst van de heer Kenter, lid van de raad van bestuur, eindigt op 30 juni 2005;
- de heer Rutgers, voorzitter van de raad van bestuur, is met ingang van 15 maart vrijgesteld van al zijn taken;
- de heer Nederlof is en blijft lid van de raad van bestuur;
- de heer Van 't Hullenaar treedt toe tot de raad van bestuur en vervult in de collegiale raad van bestuur de functie van voorzitter.

Daarmee bestaat de raad van bestuur per 15 maart 2005 uit twee personen: de heren Van 't Hullenaar en Nederlof. In de loop van 2005 is met de heer Rutgers overeenstemming bereikt over een afvloeiingsregeling. Zijn dienstverband met Máxima Medisch Centrum is per 1 januari 2006 beëindigd. De ontslagvergoeding is vastgesteld op grond van de bepalingen zoals opgenomen in de arbeidsovereenkomst van de heer Rutgers.

##### *Orthopedisch Centrum Máxima*

De raad van toezicht heeft zich in 2005 intensief beziggehouden met Orthopedisch Centrum Máxima. Er is veel tijd besteed aan de juridische en organisatorische consequenties van het centrum en aan de samenwerking met zorgverzekeraar CZ. De constructie van Orthopedisch Centrum Máxima is uniek in Nederland. De raad van toezicht wenste daarom nauw betrokken te blijven en alle implicaties te overzien.

##### *Financiële stand van zaken*

De raad van toezicht heeft de financiële stand van zaken in Máxima Medisch Centrum gedurende het gehele verslagjaar op de voet gevolgd. Het ziekenhuis heeft een financieel moeilijk jaar achter de rug met een forse bezuinigingsdoelstelling en tegelijkertijd een hogere

productiedoelstelling. De raad van toezicht wenste de realisatie van beide doelstellingen scherp in de gaten te houden en heeft er in elke vergadering uitgebreid met de raad van bestuur over gesproken. Verder hebben raad van toezicht en raad van bestuur afgesproken dat stappen worden gezet in de richting van een meerjarenbegroting. Andere belangrijke aandachtspunten waren de facturatie van de DBC's (voor het eerst in 2005) en het verbeteren van de (productie)registratie.

#### *Change Team/reorganisatie*

De raad van toezicht heeft halverwege 2005 ingestemd met de plannen van het Change Team voor een nieuwe organisatiestructuur. De nieuwe organisatie, gebaseerd op resultaatverantwoordelijke eenheden, moet Máxima Medisch Centrum voorbereiden op de grote veranderingen die de gezondheidszorg de komende jaren te wachten staan.

## **1.8. Ondernemingsraad**

Op 29 november zijn verkiezingen gehouden voor een nieuwe ondernemingsraad. Het kiesgroepenstelsel is daarbij losgelaten. De dames Van den Hoek, De Greef en Maas hebben de ondernemingsraad verlaten. Nieuwe leden zijn: de dames Brom, Groeneveld, Koltsova, Nieuwenhuizen en de heer Donders. De nieuwe ondernemingsraad is op 6 december door de voorzitter van de raad van bestuur geïnstalleerd.

Eind 2005 was de samenstelling van de ondernemingsraad als volgt:

J.L.H. Beerens  
mw. R.M. Blatter  
F.C.J.M. van Es  
mw. J.W.A.C. de Greef  
mw. E.C.W.M. van den Hoek  
mw. M. Kanits (voorzitter)  
mw. P.G. Klaasse  
mw. M.M.J. Kusters  
mw. E.A.M. Maas  
mw. M.G.M. Schaepe (vice-voorzitter)  
mw. P.C.A. Schoones  
mw. R.E. Spiljard  
R.J. Weber  
mw. M.B. Zevenbergen

De ondernemingsraad kent de volgende commissies: publiciteit, zorg, algemene zaken, VGWM, financiën, scholing en verkiezingen.

De ondernemingsraad is in het verslagjaar acht maal met de raad van bestuur in vergadering bijeen geweest. Daarnaast heeft de raad negen maal zelf vergaderd en is éénmaal regulier en tweemaal tussentijds overlegd met de raad van toezicht.

In het verslagjaar zijn de volgende instemmingsvragen behandeld:

- wijziging van dienst en/roosterwijzigingen (vijf maal);
- uitvoeringsregeling herplaatsing medewerkers na sluiting afdeling;
- vakantiereglement;
- vaccinatiebeleid (iatrogene hepatitis B);
- gedragscode internet en email;
- bezuiniging avondschoonmaak, locatie Veldhoven;
- roosterbeleid Máxima Medisch Centrum;
- studiekostenregeling;
- richtlijn consignatiedienst Máxima Medisch Centrum;
- procedures AIOS en ANIOS Máxima Medisch Centrum;
- verlenging dienstverleningsovereenkomst met Arts in Bedrijf;
- regeling contributie beroepsvereniging;
- regeling contributie vakbondslidmaatschap;

- regeling dienstjubilea en afscheid in verband met pensioen en OBU;
- regeling meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden.

In het verslagjaar zijn de volgende adviesaanvragen behandeld:

- benoeming nieuw lid van de raad van bestuur;
- voorgenomen besluit tot ontslag lid van de raad van bestuur;
- wijziging in de samenstelling van de raad van bestuur (twee maal);
- aandeelhoudersovereenkomst MRI-Centrum;
- samenwerkingsovereenkomst en aandeelhoudersovereenkomst Orthopedisch Centrum Máxima;
- sluiting kinderdagverblijf (twee maal);
- reorganisatie en locatieprofilering;
- projectorganisatie en locatieprofilering;
- opdrachtformulering extern programmanager.

## 1.9. Cliëntenraad

De samenstelling van de cliëntenraad bleef in 2005 ongewijzigd. Per 31 december bestaat de cliëntenraad uit onderstaande personen:

mw. G.M.Th.van Buul-Evers	voorgedragen door het RPCP
P. van Doorn (voorzitter)	
mevr. A. Feenstra	voorgedragen door het RPCP
A.W. van Gerven	
H.J. van Gils (vice-voorzitter)	vertegenwoordiger Reuma Patiënten Vereniging
mw. E. de Koning	vertegenwoordiger Reuma Patiënten Vereniging
mw. J.G.W. Wijnen	vertegenwoordiger Vereniging Posttraumatische Patiënten

De leden van de cliëntenraad worden benoemd door de raad van bestuur van Máxima Medisch Centrum. De heren Van Gerven en Van Gils zijn in 2005 met instemming van de raad van bestuur herbenoemd.

In het verslagjaar zijn de volgende vragen c.q. adviezen behandeld:

- begroting 2006;
- sluiting derde etage, locatie Eindhoven;
- benoeming nieuw lid van de raad van bestuur;
- voorgenomen besluit tot ontslag lid van de raad van bestuur;
- wijziging in de samenstelling van de raad van bestuur (twee maal);
- overeenkomst MRI-Centrum;
- samenwerkingsovereenkomst en aandeelhoudersovereenkomst Orthopedisch Centrum Máxima;
- samenwerkingsovereenkomst CIRO Horn;
- reorganisatie en locatieprofilering.



## 2. BELEID EN STRATEGIE

### 2.1. Beleid en strategie volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft beleid en strategie als volgt:

“De manier waarop de onderneming haar missie implementeert door een heldere voor alle stakeholders uitgewerkte strategie en hoe deze wordt vertaald in concreet beleid, plannen en budget. Het gaat ook over informatiebronnen die aan de strategie ten grondslag liggen en de wijze waarop intern en extern wordt gecommuniceerd.”

In dit hoofdstuk worden beleid en strategie in Máxima Medisch Centrum beschreven. Aan de orde komen achtereenvolgens: de organisatieverandering, samenwerking, kwaliteitsbeleid en de beleid- en budgetcyclus.

### 2.2. Organisatieverandering

#### 2.2.1. Change Team

Na de fusie in 2002 heeft Máxima Medisch Centrum een organisatiestructuur ingevoerd gebaseerd op vier divisies die over beide locaties werkzaam zijn. In de loop van de tijd bleek deze organisatiestructuur te weinig slagvaardig en efficiënt. Half maart is daarom een Change Team aan de slag gegaan om een nieuwe structuur te ontwerpen.

Het Change Team bestond uit de voorzitter van de raad van bestuur, de voorzitter van het bestuur medische staf, een organisatorisch divisie manager, een medisch divisie manager en een ambtelijk secretaris. Raad van bestuur en bestuur medische staf gaven het Change Team als opdracht mee:

Het uitbrengen van een advies aan de raad van bestuur en het bestuur medische staf omtrent:

1. de inrichting van de zorg in Máxima Medisch Centrum in beide locaties;
2. de inrichting van de organisatiestructuur;
3. het opzetten van een systeem van managementinformatie.

Uitgangspunten waren daarbij dat Máxima Medisch Centrum:

- hoogwaardige patiënt- en klantgerichte zorg levert van goede kwaliteit;
- met een herkenbare professionele inbreng;
- op een bedrijfseconomisch verantwoorde wijze;
- in een sfeer van continu verbeteren.

Half juni presenteerde het Change Team een voorstel voor een nieuwe organisatiestructuur aan raad van bestuur en bestuur medische staf. Het voorstel is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Er is één organisatie, waarbij taken op één of op beide locaties kunnen worden uitgevoerd. Het management houdt op beide locaties kantoor.
- De basis wordt gevormd door de zorggroepen per specialisme en de centra. Zorggroepen en centra zijn integraal resultaatverantwoordelijk en hebben de daarmee samenhangende bevoegdheden. De specialisten dienen vakgroepen te vormen. Bij de vrijgevestigde specialisten wordt ernaar gestreefd om zo snel mogelijk één maatschap te vormen.
- Elke zorggroep heeft een medisch specialist als hoofd. Deze wordt ondersteund door een bedrijfsleider.
- Een zorggroep bestaat uit een vakgroep en meerdere units, geleid door een unitleider.

Na het uitbrengen van het advies is het Change Team opgeheven. De raad van bestuur heeft het advies van het Change Team overgenomen en als een voorgenomen besluit voorgelegd aan de Ondernemingsraad, Cliëntenraad en medische staf.

### **2.2.2. Programmateam Go4Máx**

Voor de implementatie van de nieuwe organisatie, die grotendeels in 2006 plaats vindt, wordt nauw samengewerkt met bureau Joining Minds. Het project heeft de titel 'Go4Máx' meegekregen, waarmee de raad van bestuur wil aangeven het maximale uit Máxima Medisch Centrum te willen halen. De implementatie wordt geleid door het programmateam Go4Máx bestaande uit de volgende personen:

- programmamanager namens Joining Minds (voorzitter);
- manager P&O;
- secretaris raad van bestuur;
- directeur bedrijfsvoering (vanaf medio 2006);
- directeur financiën, control en informatisering;
- medewerker van Joining Minds;
- secretaris programmateam.

#### *Pilotvakgroepen*

De basis van de nieuwe organisatie wordt gevormd door resultaatverantwoordelijke zorggroepen per specialisme. Elke zorggroep wordt geleid door een medisch specialist, die verantwoording aflegt aan de raad van bestuur. Eind 2005 is een pilot gestart waaraan onderstaande acht specialismen deelnemen:

- cardiologie;
- chirurgie;
- gynaecologie/verloskunde;
- interne geneeskunde;
- kindergeneeskunde;
- longgeneeskunde;
- maag-, darm-, leverziekten;
- reumatologie.

Naast de pilotvakgroepen nemen ook alle ondersteunende diensten en stafafdelingen vanaf het begin deel aan Go4Máx.

De pilotvakgroepen moeten op 1 mei 2006 hun ondernemingsplan gereed hebben. Daarin beschrijven ze onder andere hun ambities, de product-marktcombinaties die ze willen aanbieden, de diensten die ze willen afnemen van de ondersteunende afdelingen en een overzicht van kosten en opbrengsten. Halverwege 2006 is de besluitvorming gepland, waarna de pilotvakgroepen de nieuwe structuur en manier van werken in de tweede helft van 2006 implementeren. De overige vakgroepen beginnen medio 2006 met het maken van hun ondernemingsplannen.

## **2.3. Samenwerking**

Máxima Medisch Centrum heeft verschillende samenwerkingsverbanden. Onderstaand een overzicht van de belangrijkste.

### **2.3.1. Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)**

Sinds oktober 2003 was Máxima Medisch Centrum voorlopig lid van de STZ. Eind 2005 is het ziekenhuis definitief als lid toegelaten. Speerpunten van de samenwerking binnen de STZ zijn opleiding, onderwijs en onderzoek. De negentien STZ-ziekenhuizen voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor:

- het bevorderen van hoogwaardige patiëntenzorg, topklinische behandeling en topreferente zorg;
- onderwijs en opleidingen in brede zin;
- toegepast wetenschappelijk onderzoek;
- zorginnovatie.

Maar ook op andere gebieden zijn er meer of minder structurele contacten tussen de leden. Zo hebben bijvoorbeeld de hoofden economisch administratieve dienst, de facilitair managers en de hoofden communicatie regelmatig overleg met elkaar.

De volgende ziekenhuizen waren op 31 december 2005 lid van de STZ:

- Alysis Zorggroep, ziekenhuis Rijnstate, Arnhem;
- Atrium Medisch Centrum, Heerlen;
- Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen;
- Catharina-ziekenhuis, Eindhoven;
- Deventer ziekenhuis, Deventer;
- Isala klinieken, Zwolle;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch;
- Martini Ziekenhuis, Groningen;
- Máxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven;
- Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar;
- Medisch Centrum Haaglanden, 's-Gravenhage;
- Medisch Spectrum Twente, Enschede;
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam;
- Reinier de Graaf Groep, Delft;
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein;
- St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg;
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam;
- Ziekenhuis Leyenburg, 's-Gravenhage;
- Ziekenhuis Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden.

### **2.3.2. Ziekenhuisketen**

De Ziekenhuisketen is een samenwerkingsverband van acht grote ziekenhuizen. Onder het motto 'schakels in kwaliteit en zorgzaamheid' voeren de ziekenhuizen verschillende projecten gezamenlijk uit. De activiteiten richten zich op drie aandachtsgebieden:

- kwaliteitszorg: gezamenlijk en gestructureerd werken aan continue verbetering van kwaliteit en patiëntenlogistiek;
- benchmarking: het verbeteren van de kwaliteit van zorg en dienstverlening door onderlinge toetsing en vergelijking van prestaties en werkwijze;
- rekenschap: het zorgdragen voor een goede communicatie over het zorgaanbod en feitelijke dienstverlening met het doel om dit aanbod voor de consument transparant te maken.

In 2005 heeft de Ziekenhuisketen een benchmark uitgevoerd voor de diabeteszorg en de spoedeisende hulp.

In de Ziekenhuisketen participeren:

- Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch;
- Kennemer Gasthuis, Haarlem;
- Maasland Ziekenhuis, Sittard;
- Máxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven;
- Meander Medisch Centrum, Amersfoort;
- Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar;
- Reinier de Graaf Groep, Delft;
- Ziekenhuisgroep Twente, Almelo/Hengelo.

### **2.3.3. Alliantie van Ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant**

De raden van bestuur van de vier ziekenhuizen in de regio (Máxima Medisch Centrum, Catharina-ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis en Sint Anna Zorggroep) overleggen regelmatig met elkaar over algemene beleidsonderwerpen. Ook de stafvoorzitters participeren in deze besprekingen. In 2005 is onder andere gesproken over de verdere ontwikkeling van ZorgDomein, over de plannen voor een regionaal reumacentrum en over de plastische chirurgie.

### **2.3.4. Huisartsen**

Raad van bestuur en stafbestuur van Máxima Medisch Centrum hechten veel belang aan een goede samenwerking met de huisartsen in de regio. Deze samenwerking wordt op verschillende wijzen gestimuleerd.

#### *SMáSH*

Eind 2002 is, parallel aan de fusie van de beide ziekenhuizen, SMáSH opgericht: Stichting Máxima Specialisten Huisartsen. SMáSH stelt zich ten doel de samenwerking te bevorderen tussen de adherente huisartsen en de medisch specialisten van Máxima Medisch Centrum. De coördinator van SMáSH is in 2005 onder anderen nauw betrokken geweest bij het onderzoek voor verwijzers. Daarnaast is SMáSH intensief betrokken geweest bij het project ZorgDomein en het opzetten van het elektronische retourberichtensysteem. Sinds eind 2005 worden alle poliklinische brieven elektronisch verstuurd naar de huisartsen. Begin oktober 2005 heeft SMáSH een succesvolle nascholing in Brugge georganiseerd waarbij huisartsen en specialisten elkaar (in)formeel konden ontmoeten.

#### *Centrale huisartsenpost en dienstapotheek*

Op locatie Eindhoven is sinds eind 2001 een huisartsenpost gevestigd. Sinds juli 2003 maakt de huisartsenpost gebruik van een nieuw gebouw. In dit gebouw is tevens de dienstapotheek gevestigd. Daarnaast is er over diverse onderwerpen een aantal malen overleg geweest met huisartsen en huisartsengroeperingen uit het adherentiegebied van Máxima Medisch Centrum.

### **2.3.5. Defensie**

Het voormalige Sint Joseph Ziekenhuis had een samenwerkingsrelatie met het Ministerie van Defensie. Deze samenwerking is ook na de vorming van Máxima Medisch Centrum voortgezet. Defensie stelt Máxima Medisch Centrum bovenformatief een chirurgisch team ter beschikking. Dit team wordt tevens ingezet bij vredesmissies in het buitenland. Eind 2005 is een team voor vijf weken uitgezonden naar Pakistan om medische zorg te verlenen aan mensen die getroffen zijn door de aardbeving in dat land, begin oktober. Verder wordt op locatie Veldhoven vredeszorg geboden: het verlenen van medische hulp aan militairen in Nederland.

## **2.4. Kwaliteitsbeleid**

In 2003 heeft de raad van bestuur besloten om het kwaliteitssysteem van Máxima Medisch Centrum in te richten volgens het INK-managementmodel. In 2004 heeft het beleids- en advies platform kwaliteit het 'Beleidsplan Integrale Kwaliteitszorg 2004-2007', het accent op kwaliteitszorg' opgesteld. Dit beleidsplan is door de raad van bestuur overgenomen. Het kwaliteitsbeleid is primair gericht op het verbeteren van de (patiënten)processen. Dit gebeurt onder andere door:

- identificeren, besturen en beheersen van processen waarbij de patiënt centraal staat;
- aantoonbaar verbeteren van de kwaliteit van een aantal (zorg)processen door middel van herontwerp;
- opzetten en uitvoeren van Positiebepalingen Op Maat (POM);
- opzetten en uitvoeren van interne audits;
- de kwaliteit van zorg objectief en transparant maken door het ontwikkelen en invoeren van kritische succesfactoren en indicatoren;
- leveren van informatie aan klanten, medewerkers en maatschappij over de kwaliteit die Máxima Medisch Centrum levert.

Nevendoelen van het kwaliteitsbeleid zijn zijn:

- medewerkers van Máxima Medisch Centrum zijn bekend met het INK-managementmodel;
- behalen van een accreditatie door het NIAZ op 1-1-2007.

Begin 2005 is scholing verzorgd om het beleidsplan te implementeren. Daarnaast is een aantal POM's uitgevoerd, gevolgd door verbeteractiviteiten. Ten behoeve van het meten van

resultaten zijn diverse plannen van aanpak opgesteld en is gestart met onderzoeken (zie hoofdstuk 6 en 7).

#### **2.4.1. Veiligheidsmanagement**

In het verslagjaar is een notitie geschreven waarin wordt aangegeven waarom het voor Máxima Medisch Centrum van belang is een veiligheids-managementsysteem te implementeren. Er zijn zowel interne als externe motieven.

##### *Intern*

- Máxima Medisch centrum wil patiënten en medewerkers een veilige omgeving bieden;
- het Change Team vraagt expliciet aandacht voor veiligheid;
- het algemene gevoel dat er onvoldoende wordt geleerd van incidenten en klachten;
- ongevallen kunnen leiden tot stagnatie van de productie, verminderde kwaliteit van de zorg, arbeidsverzuim, verloop en aantasting van de externe positie van het ziekenhuis;
- voorkómen van tucht-, civiel-, of strafrechtelijke aansprakelijkheid voor misstanden en ongelukken.

##### *Extern*

- de minister van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg willen dat alle zorginstellingen per 1 januari 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem werken;
- de gewenste NIAZ-accreditatie vereist een systeem van aantoonbaar en structureel verbeteren;
- lage schadecijfers leiden tot een lagere premie bij de schadeverzekeraar.

De raad van bestuur heeft de notitie overgenomen. In het verslagjaar is tevens onderzoek gedaan naar een geautomatiseerd meldingsstelsel en een uniform stelsel voor het beschrijven en beheren van processen via intranet. Beide systemen worden in 2006 middels pilots geïmplementeerd.

#### **2.4.2. Prestatie-indicatoren**

Eind 2004 hebben alle Nederlandse ziekenhuizen de Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2004' ontvangen. Deze set is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De prestatie-indicatoren hebben betrekking op de zorg (inhoud, kwaliteit en processen), de bedrijfsvoering en algemene zaken. Met behulp van deze set kunnen ziekenhuizen inzicht geven in hun prestaties en verantwoording afleggen. Begin juni 2005 zijn de resultaten over 2004 gepubliceerd.

Máxima Medisch Centrum heeft kwaliteit hoog in het vaandel staan en staat dan ook achter de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren. Om te bekijken wat er geleerd kan worden van de resultaten heeft het ziekenhuis twee rapporten opgesteld en deze aangeboden aan iedereen die bij de prestatie-indicatoren betrokken is. In het eerste rapport worden de resultaten van de prestatie indicatoren van 2003 en 2004 met elkaar vergeleken en in verband gebracht met de conclusies van de Inspectie. In het tweede rapport worden de prestatie-indicatoren 2004 van Máxima Medisch Centrum vergeleken met de STZ-ziekenhuizen en de ziekenhuizen in de regio.

Naar aanleiding van audits door aansprakelijkheidsverzekeraar is intern een aantal prestatie-indicatoren benoemd. Verantwoordelijke leidinggevenden rapporteren sinds eind 2005 per maand over deze prestatie-indicatoren.

Tevens zijn de prestatie-indicatoren onderwerp van gesprek geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

## **2.5. Beleid- en budgetcyclus**

De raad van bestuur heeft in 2004 besloten een beleid- en budgetcyclus in te voeren. Een beleid- en budgetcyclus (bbc) is een methode om gestructureerd beleidsvorming te koppelen aan de uitvoering van het beleid. De cyclus wordt gefaseerd ingevoerd. Bij de invoering van de beleid- en budgetcyclus wordt gewerkt met een projectstructuur. Een stuurgroep geeft

sturing aan het proces en kan onderdelen laten uitwerken door werkgroepen. In 2005 heeft een uitgebreide evaluatie van de cyclus van het voorgaande jaar plaatsgevonden.

De stuurgroep heeft in 2005 tevens een plan van aanpak opgesteld. De kaderbrief, als onderdeel van de beleid- en budgetcyclus, is opgesteld volgens het INK-managementmodel. De jaarplannen die daaruit voortkwamen zijn ingevuld volgens een vast format.

## **3. PERSONEELSMANAGEMENT**

### **3.1. Personeelsmanagement volgens INK**

Het INK-managementmodel omschrijft personeelsmanagement als volgt:

“De manier waarop de kennis en inzet van de medewerkers maximaal wordt benut. Hierbij spelen een rol:

- het personeelsbeleid dat hieraan ten grondslag ligt;
- de investering in kennis en vaardigheden van medewerkers;
- de waardering en het respect voor de inspanningen van medewerkers;
- de zorg voor het welzijn van medewerkers.”

In het onderstaande komen achtereenvolgens aan de orde: sociaal beleid, Leerhuis, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.

### **3.2. Sociaal beleid**

Aan organisaties worden steeds hogere eisen gesteld. Dat geldt ook voor ziekenhuizen. Om aan de eisen te kunnen voldoen, is het leveren van ‘kwaliteit’ van zeer groot belang. Kwaliteit is een breed begrip, waar veel onder verstaan kan worden. In een ziekenhuis wordt de kwaliteit grotendeels bepaald door de medewerkers. De inzet en motivatie van medewerkers bepalen in hoge mate de kwaliteit van dienstverlening. Medewerkers zijn dan ook van fundamenteel belang voor het succes van de organisatie. Volledige benutting van hun capaciteiten en kwaliteiten leidt tot verbetering van de prestaties van het ziekenhuis als geheel. Het ziekenhuis moet daarom een verantwoord sociaal beleid voeren.

Sociaal beleid is gericht op het realiseren van een goed evenwicht tussen de doelen en de behoeften van de organisatie en de kwaliteiten en de behoeften van de medewerkers. Dit evenwicht is dynamisch: zowel doelen en behoeften van de organisatie als de kwaliteiten en behoeften van de medewerkers zijn aan verandering onderhevig en moeten periodiek geëvalueerd en zondig bijgesteld worden. Máxima Medisch Centrum wil een sociaal beleid voeren waarvan wervingskracht uitgaat naar nieuwe medewerkers en dat huidige medewerkers bindt. In onderling samenspel geven de stafafdeling personeel & organisatie en lijnmanagement concreet invulling aan het streven naar modern en aantrekkelijk werkgeverschap.

### **3.3. Leerhuis**

Versterking van ‘Opleidingen, onderwijs en onderzoek’ is een van de strategische doelen van Máxima Medisch Centrum. Het ambitieniveau spoort met dat van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), waar het ziekenhuis lid van is. Het STZ-lidmaatschap verplicht tevens tot de infrastructurele ontwikkeling van een Leerhuis.

De doelstelling van het Leerhuis is het in samenhang organiseren en faciliteren van alle beroeps- en vervolgoopleidingen - in het bijzonder de medische opleidingen - en om deskundigheidsbevordering en bevordering van wetenschappelijk onderzoek.

#### **3.3.1. Medische opleidingen**

Op het gebied van medische opleidingen werkt Máxima Medisch Centrum nauw samen met de Universiteit Maastricht en het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Daarbij is er voortdurend aandacht voor het verwerven van medische vervolgoopleidingen. Van een aantal kansrijke opleidingen worden in 2006 de eerste resultaten verwacht.

#### *Co-assistentenopleiding*

In februari 2005 is een nieuwe affiliatieovereenkomst ondertekend tussen Máxima Medisch Centrum, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en de faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Maastricht. Máxima Medisch Centrum stelt de komende jaren minimaal dertig jaarplaatsen voor co-assistenten geneeskunde uit Maastricht beschikbaar. De studenten blijven enkele weken tot maanden (afhankelijk van het specialisme), waardoor jaarlijks ongeveer 240 co-assistenten een deel van hun praktijkopleiding in ons ziekenhuis volgen. De Universiteit en het Academisch Ziekenhuis Maastricht kiezen voor een preferred partnership met Máxima Medisch Centrum omdat de co-schappen er, zo blijkt onder andere uit stage-evaluaties onder studenten, goed georganiseerd en leerzaam zijn.

#### *Docentprofessionalisering*

De curricula van de medische basis- en vervolgopleidingen worden op dit moment aangepast volgens nieuwe onderwijskundige inzichten. Dit stelt nieuwe eisen aan de opleiders. Alle hoofd- en waarnemend opleiders en co-assistentenopleiders hebben daarom in 2005 een cursus 'train-the-trainer' gevolgd.

#### *Opleiding tot Spoedeisende Hulp arts (SEH-arts)*

Op 18 februari vond de visitatie van de opleiding tot SEH-arts plaats. De kwaliteit van de opleiding voldeed ruimschoots aan de erkenningvoorwaarden en werd door de visitatiecommissie als positief beoordeeld. Máxima Medisch Centrum is daarom in september 2005 erkend als deelnemende opleidingsinstelling voor de opleiding tot SEH-arts.

### **3.3.2. Overige opleidingen**

#### *Verpleegkundige opleidingen*

In 2005 is in samenwerking met de School voor de Zorgsector en zeven zorginstellingen in de regio gestart met de ontwikkeling van een nieuw competentiegericht, flexibel en vraaggestuurd opleidingscurriculum voor de verpleegkundige beroepsopleiding niveau 4. In september is de eerste groep cursisten begonnen. Kenmerkend voor het nieuwe opleidingscurriculum is dat leerlingen vanaf de start van de opleiding meteen in de praktijk starten met hun competentieontwikkeling tot beginnend beroepsbeoefenaar.

#### *LeerInnovatieCentrum (LIC)*

Het samenwerkingsproject LIC tussen Máxima Medisch Centrum en de School voor de Zorgsector dat eind 2004 gestart werd, is in 2005 verder uitgebouwd. Belangrijkste kenmerk van het LIC is dat het team van de afdeling voor de helft bemenst wordt met studenten van de opleiding verpleegkunde niveau 4 in de beroeps opleidende leerweg (BOL). De stagiaires worden niet als boventallig beschouwd maar, onder supervisie van de verpleegkundigen, als 'volwaardige' werknemers in alle diensten ingepland. Dit project biedt daardoor een betere voorbereiding op het werk waarvoor een verpleegkundige wordt opgeleid.

#### *Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgoedingen (LRVV)*

De LRVV waarborgt de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de gespecialiseerde verpleegkundige vervolgoedingen. In 2005 zijn twee opleidingen van Máxima Medisch Centrum door de LRVV erkend: de opleiding tot Oncologie verpleegkundige en de opleiding tot Obstetrie & Gynaecologie verpleegkundige. Hiermee zijn alle zeven verpleegkundige vervolgoedingen die het ziekenhuis in huis heeft erkend.

#### *Verpleegkundig vervolgoeding Intensive Care Neonatologie (ICN)*

De verpleegkundige vervolgoeding Intensive Care Neonatologie wordt door Máxima Medisch Centrum in eigen beheer uitgevoerd. Omdat het ziekenhuis een regionale functie heeft voor de neonatologie wordt de opleiding tevens aangeboden aan de regionale ziekenhuizen. In november 2005 is een groep van negen cursisten (waarvan zeven uit de regionale ziekenhuizen) gestart met de opleiding. Een groep van acht cursisten (waarvan drie uit de regionale ziekenhuizen) is in 2005 afgestudeerd.

#### *Bijzondere Opleidingen*

In Máxima Medisch Centrum zijn op verschillende plaatsen Physician Assistants (PA) en Nurse Practitioners (NP) aan het werk. Het ziekenhuis ondersteunt en stimuleert hiermee nieuwe ontwikkelingen in de zorg en profileert zich als topklinisch opleidings-ziekenhuis en



goed werkgever. In 2005 is een PA in opleiding gestart bij de maatschap reumatologie in Eindhoven. Twee NP-ers zijn in het verslagjaar met de opleiding gestart: één bij de poli hartfalen/cardiologie op locatie Eindhoven en één op de poli dermatologie op locatie Veldhoven.

Daarnaast is medio 2005 een werkgroep aan de slag gegaan om te zorgen dat de nieuwe beroepen ook op langere termijn succesvol kunnen worden geïntegreerd in de totale beroepenstructuur van Máxima Medisch Centrum.

### **3.3.3. Wetenschappelijk onderzoek**

In september 2005 is een commissie Wetenschapsbureau opgericht om vorm te geven aan de visie op wetenschappelijk onderzoek die reeds door werkgroep Wetenschapsbureau was geformuleerd. De hoofdonderzoekslijn in Máxima Medisch Centrum is (pre)klinische onderzoek met een hoogtechnologisch gehalte. Specifieke, vaak specialisme-overstijgende thema's zijn:

- modelvorming in de circulatie;
- minimaal invasieve chirurgie;
- innovatieve beeldvormende technieken;
- signal processing and analysis systems;
- klinische evaluatie onderzoek.

In de commissie wetenschapsbureau zijn enthousiaste onderzoekers uit Máxima Medisch Centrum samengebracht. De commissie komt periodiek bijeen om het wetenschappelijk onderzoek binnen het ziekenhuis te monitoren. In 2005 zijn de eerste para/peri-medische en verpleegkundige wetenschappelijk onderzoekers tot de commissie toegetreden.

#### *Medisch ingenieurs*

Eind 2005 zijn twee medisch ingenieurs in dienst getreden van Máxima Medisch Centrum. Zij hebben de studie Biomedische Technologie aan de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e) met succes afgerond en gaan op projectbasis werken bij diverse klinische vakgroepen en maatschappen. De medisch ingenieur heeft inzicht in het functioneren van het menselijk lichaam en is daardoor in staat om technologische oplossingen te ontwikkelen voor problemen die te maken hebben met het menselijke lichaam.

Máxima Medisch Centrum en de TU/e werken nauw samen bij het zoeken naar de beste vormgeving van een vervolgopleiding voor de medisch ingenieurs in de klinische praktijk.

### **3.3.4. Brabant Medical School**

De Brabant Medical School (BMS) is een netwerk van onderwijsinstellingen en opleidingsziekenhuizen dat gericht is op het verzorgen van praktijkopleidingen voor medische professionals in de regio Noord Brabant. In maart 2005 is Máxima Medisch Centrum toegetreden tot de BMS. De overige partners in de BMS zijn de opleidingsziekenhuizen in de regio: Catharina Ziekenhuis Eindhoven, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Elkerliek Ziekenhuis Helmond, St. Anna Zorggroep Geldrop en het Twee Steden Ziekenhuis Tilburg/Waalwijk. Verder participeren Fontys Hogescholen, de Technische Universiteit Eindhoven en de Universiteit van Tilburg. De BMS werkt voor de artsopleiding samen met de Universitaire Centra van Maastricht, Rotterdam en Nijmegen.

## **3.4. Arbeidsvoorwaarden**

In 2005 zijn op verschillende punten de arbeidsvoorwaarden aangepast. Onderstaand een overzicht.

- *Meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden*: in 2005 zijn twee regelingen toegevoegd aan het meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden (MKA): de regelingen contributie beroepsvereniging en lidmaatschap vakbonden. Daarnaast is een zogenaamde kapstokregeling gemaakt, waar alle afzonderlijke MKA-regelingen onderdeel van uitmaken. Onderdeel van de kapstokregeling is ook het reglement MKA, waarin alle rechten en plichten beschreven staan.

- *Regeling jubilea*: in 2005 is de regeling afscheid en jubilea om fiscale redenen aangepast. De medewerker heeft naast een gratificatie nu recht op een ideëel of een vrij te besteden cadeau.
- *Kinderopvang*: door verandering van de Wet Kinderopvang per 1 januari 2005 is de regeling kinderopvang Máxima Medisch Centrum aangepast. De Wet Kinderopvang regelt de kwaliteit en de financiering van de kinderopvang. Uitgangspunt van de nieuwe regeling is dat kinderopvang een zaak is van ouders, werkgevers en overheid. Deze punten zijn verder uitgewerkt in de aangepaste regeling kinderopvang voor Máxima Medisch Centrum.
- *Nieuwe zorgverzekeringswet*: per 1 januari 2006 zijn grote veranderingen doorgevoerd in de zorgverzekeringswet, waardoor bijvoorbeeld het onderscheid tussen particulier en ziekenfondsverzekerd komt te vervallen. Aan het eind van het verslagjaar is een aantal bijeenkomsten georganiseerd voor medewerkers. In deze bijeenkomsten zijn de belangrijkste wijzigingen gepresenteerd en konden medewerkers vragen stellen.
- *Levensloopregeling*: ook voor de introductie van de nieuwe levensloopregeling per 1 januari 2006 zijn rond de jaarwisseling twee bijeenkomsten georganiseerd waar medewerkers meer informatie konden krijgen.
- *Arbeidsvoorwaarden arts-assistenten*: zowel op locatie Eindhoven als Veldhoven zijn arts-assistenten werkzaam. Afspraken rond onder andere arbeidsvoorwaarden bleken tussen de locaties te verschillen. In 2005 zijn deze geharmoniseerd.
- *Vakantiereglement*: in voorgaande jaren werd het vakantiereglement ieder kalenderjaar door de raad van bestuur opnieuw vastgesteld. In 2005 is een vakantiereglement Máxima Medisch Centrum met een onbepaalde looptijd vastgesteld.
- *Vrijwilligerswerk*: met een zekere regelmaat ontvangt Máxima Medisch Centrum verzoeken van verenigingen en instellingen om medewerkers op vrijwillige basis mee te laten werken aan vakantie-reizen voor zieken of gehandicapten. Om hier eenduidig mee om te kunnen gaan is in 2005 de regeling verlof voor vrijwilligerswerk vastgesteld.

## 3.5. Arbeidsomstandigheden

### 3.5.1. Risico-inventarisatie en -evaluatie

In 2005 zijn diverse risico-inventarisaties en -evaluaties (RI&E) uitgevoerd:

- Binnen het facilitair bedrijf is op beide locaties een RI&E uitgevoerd. Na uitvoering is de RI&E getoetst door een gecertificeerde arbodeskundige en is een plan van aanpak vastgesteld.
- In verband met accreditatie is binnen het klinisch laboratorium een RI&E, inclusief plan van aanpak, afgerond.
- Naar aanleiding van de risk audit die Medirisk op een aantal afdelingen heeft uitgevoerd werd een RI&E uitgevoerd op de OK in Veldhoven en Spoedeisende hulp in Veldhoven en Eindhoven.

Overwogen wordt om met behulp van een extern deskundige op verzoek RI&E's uit te gaan voeren. Immers, de nieuwe arbowetgeving eist de aanwezigheid van een actuele RI&E.

### 3.5.2. Fysieke belasting / werkplekonderzoeken

Máxima Medisch Centrum kent een beleid fysieke belasting. Op verzoek van de bedrijfsarts en leidinggevenden zijn in het verslagjaar 36 ergonomische werkplekonderzoeken uitgevoerd door de arbeidsfysiotherapeut. Op locatie Eindhoven zijn elf onderzoeken uitgevoerd; in Veldhoven 25. Negentien onderzoeken werden aangevraagd door de zorggroepen; zeventien door de ondersteunende afdelingen. Ten opzichte van 2004 is het aantal onderzoeken met tien procent gedaald.

In 2005 kon helaas nog geen uitvoering gegeven worden aan het rapport 'Opzet werkgroep Houding en Beweging' omdat de benodigde middelen en mogelijkheden niet aanwezig waren.

### 3.5.3 Arboconvenant Ziekenhuizen

Het Arboconvenant Ziekenhuizen is per 1 januari 2005 afgelopen. Als uitwerking van het convenant is aan de leidinggevenden de door de raad van bestuur vastgestelde nota 'De organisatie van de arbozorg' gepresenteerd.

#### **3.5.4. Omgaan met agressie**

De projectgroep Veiligezorg® heeft een pilot afgerond op de spoedeisende hulp in Eindhoven. Daaruit voortvloeiend is een convenant getekend met de politie, het Openbaar Ministerie en de gemeente Eindhoven. In het convenant zijn afspraken gemaakt over de omgang met agressieve patiënten.

Ook op locatie Veldhoven is het project Veiligezorg® gestart. In september hebben de deelnemende partijen de intentieverklaring ondertekend. De initiële fase van dit project richt zich op de afdelingen eerste hulp, receptie & beveiliging en psychiatrie.

De werkgroep Trauma Opvang heeft een bedrijfsopvangteam (BOT) samengesteld en start in 2006 met het scholen van de leden van het BOT en medewerkers van risicovolle afdelingen.

#### **3.5.5. Arbocommissie**

De arbocommissie ondersteunt de raad van bestuur door gevraagd en ongevraagd adviezen te geven. De commissie heeft zich in 2005 met name gericht op de nieuwe Arbowetgeving per 1 juli 2005. Deze nieuwe wetgeving biedt de werkgever de mogelijkheid om arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie op een andere manier te organiseren dan bij een (externe) arbodienst. Máxima Medisch Centrum heeft gekozen voor de zogenaamde maatwerkregeling die de organisatie verplicht om één of meerdere interne werknemers met preventietaken aan te stellen. De werkgever en ondernemingsraad bepalen in 2006 hoe en bij wie de verantwoordelijkheden ten aanzien van preventietaken worden neergelegd. Verder heeft de commissie zich gericht op de haalbaarheid van de uitvoering van het beleid fysieke belasting, de voortgang van de risico-inventarisatie en –evaluatie binnen Máxima Medisch Centrum, het plan van aanpak van de werkgroep Trauma Opvang, de ontwikkeling project Veiligezorg® en preventie en gezondheidsmanagement.



## 4. MIDDELENMANAGEMENT

### 4.1. Middelenmanagement volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft middelenmanagement als volgt:

“De manier waarop vanuit de strategie en het beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden aangewend om de activiteiten van de onderneming efficiënt en effectief uit te voeren. Ook de manier waarop samengewerkt wordt met leveranciers en partners om de toegevoegde waarde in de keten te vergroten, valt onder management van middelen.”

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde de middelen: financiën, DBC's, ICT, huisvesting en kennis.

### 4.2. Financiën

#### 4.2.1. Landelijke ontwikkelingen

Het jaar 2005 stond in het teken van de implementatie van de nieuwe DBC-financieringssysteem. De grootste wijzigingen ten opzichte van 2004 zijn:

- beheersing van de zorguitgaven;
- facturering via DBC's;
- gedeeltelijke invoering marktwerking.

#### *Beheersing van de zorguitgaven*

In het prestatiecontract 'groei door doelmatigheid', dat medio 2004 ondertekend is door de NVZ vereniging van ziekenhuizen, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland, werd opgenomen dat de ziekenhuizen in 2005 1,19% meer zorg leveren voor hetzelfde geld. Voor Máxima Medisch Centrum werd dit percentage vermenigvuldigd met een differentiatie-index van 1,06%. Daarnaast hanteerde het ministerie van VWS in 2005 een krap Budgettair Kader Zorg (BKZ) van 0,4%. Dit BKZ had zowel betrekking op het A- als het B-segment. De zorgverzekeraars hielden zich tijdens de onderhandelingen over de productieafspraken aan het prestatiecontract en het BKZ. Hierdoor kon slechts een geringe productiestijging worden overeengekomen voor 2005.

#### *Facturering via DBC's*

Vanaf 1 januari 2005 vindt de facturering plaats via DBC's. Met uitzondering van een aantal chronische DBC's, vindt de facturatie pas plaats na afsluiting van de DBC, waardoor een vertraging van de geldstroom optreedt. Om dit op te vangen heeft Máxima Medisch Centrum met een groot aantal zorgverzekeraars voorschotafspraken gemaakt. In het totaal heeft het ziekenhuis in 2005 circa € 33 miljoen aan permanent voorschot ontvangen. Daarnaast is ook een hogere kredietfaciliteit met de huisbankier overeengekomen.

#### *Gedeeltelijke invoering marktwerking*

Door de invoering van het B-segment wordt het Functiegerichte Budget (FB) vanaf 2005 structureel verlaagd met het product van de prijs en het volume van de DBC's die behoren tot het DBC-segment met vrije prijzen (B-segment). Dit wordt de opschoning van het FB-budget genoemd. Het restant FB-budget wordt het A-segment genoemd. In overleg met zorgverzekeraars wordt het volume van de opschoning vastgesteld. De bedragen die geschoond worden per DBC zijn door het CTG vastgesteld. Het B-segment betreft in 2005 ongeveer 4,5% van de totale inkomsten van Máxima Medisch Centrum.

Ten aanzien van het B-segment heeft Máxima Medisch Centrum voor 2005 en 2006 met bijna alle zorgverzekeraars in Nederland een overeenkomst afgesloten. In deze overeenkomsten zijn afspraken gemaakt over prijzen, aantallen, kwaliteitsparameters, declaratie en betalingsafspraken. Patiënten die niet verzekerd zijn bij de door Máxima Medisch Centrum gecontracteerde zorgverzekeraars betalen de passantenprijs.

In de loop van 2005 is duidelijk geworden dat er ook marktwerking plaatsvindt bij de niet verzekerde zorg, het zogenaamde 3<sup>e</sup> compartiment (o.a. besnijdenissen en sterilisaties) terwijl dit juist binnen het A-segment valt.

#### 4.2.2. Máxima Medisch Centrum

##### *Opbrengsten*

De opbrengsten worden onderverdeeld in:

	in miljoenen euro's
A. wettelijk budget aanvaardbare kosten (A-segment)	161,9
B. nagekomen budgetaanpassingen	2,4
C. opbrengsten B-segment	8,1
D. overige bedrijfsopbrengsten 2005	7,7
<b>totaal 2005</b>	<b>180,1</b>

##### *A. Wettelijk budget aanvaardbare kosten (A-segment)*

Het grootste gedeelte van de opbrengsten wordt gevormd door het wettelijk budget. Dit budget lag in 2005 3,5 miljoen euro lager dan in 2004. De belangrijkste mutaties in het wettelijk budget zijn:

	in miljoenen euro's
wettelijk budget 2004 A + B-segment	165,4
schoning B-segment	- 8,1
vergoeding voor loon- en prijsstijging	1,4
productieontwikkelingen	5,2
aanpassing kapitaalslasten	-0,1
uitbreiding erkenning en instroom AIOS	0,7
korting prestatiecontract	-1,7
overige mutaties	- 0,9
<b>wettelijk budget 2005 A-segment</b>	<b>161,9</b>

Hierboven is aangegeven dat de schoning B-segment het product betreft van de landelijk vastgestelde schoningsbedragen en het volume van de B-DBC's in 2004 min het aantal B-DBC's dat geopend is in januari 2005. Voor Máxima Medisch Centrum houdt deze schoning een korting in van € 8,1 miljoen. De DBC's die in januari 2005 geopend zijn, worden in 2006 geschoond.

De toegenomen productie zorgt voor een stijging van € 5,2 miljoen. Daarnaast is overeenstemming bereikt over de erkenning van een chirurg, twee intensivisten en een AIO orthopedie. Dit levert een budgetverruiming op van € 0,7 miljoen.

Het prestatiecontract heeft voor Máxima Medisch Centrum een structurele korting van € 1,7 miljoen tot gevolg. Deze korting is door de toegenomen productie ruim gecompenseerd.

Onder de post overige mutaties valt onder andere een negatieve aanpassing van de samenwerkingsverbanden voor € 1 miljoen. Tegenover deze korting staat eenzelfde bedrag aan kostenvermindering.

##### *B. Nagekomen budgetaanpassingen*

In het huidige budgetstelsel wordt op basis van nacalculatie het definitieve budget bepaald. Dit gebeurt altijd veel later dan bij het opstellen van het jaarverslag. Het totale bedrag aan budgetaanpassingen voorgaande jaren bedraagt € 2,4 miljoen.

### C. Opbrengsten B-segment

Dit betreft de opbrengsten van de afgesloten vrij onderhandelbare DBC's plus de mutatie in het onderhanden werk betreffende de vrij onderhandelbare DBC's.

### D. Overige bedrijfsopbrengsten

Onder de overige bedrijfsopbrengsten vallen diverse inkomstenbronnen. Een gedeelte hiervan betreft opbrengsten van verrichtingen voor patiënten die elders onder behandeling zijn. Verder vallen hieronder subsidies, parkeergelden, opbrengsten restaurant en dergelijke. In totaal bedroegen deze opbrengsten in 2005 € 7,7 miljoen.

### Kosten

In onderstaande opsomming worden de kosten van 2005 uitgesplitst naar kostensoort. Daarbij is tevens een vergelijking gemaakt met 2004.

	2004	2005	verschil
salariskosten	84.626	85.561	1,1%
sociale kosten	14.820	15.905	7,3%
andere personeelskosten	3.793	3.972	4,7%
subtotaal	18.613	19.877	6,8%
personele kosten	103.239	105.438	2,1%
voeding	1.912	1.942	1,6%
hotelmatige kosten	4.311	4.250	-1,4%
algemene kosten	10.146	11.184	10,2%
patiëntgebonden kosten	31.877	34.284	7,6%
terrein- en gebouwgebonden kosten	2.984	3.290	10,3%
materiële kosten	51.230	54.950	7,3%
kapitaalslasten	18.764	19.326	3,0%
<b>totaal generaal</b>	<b>173.233</b>	<b>179.714</b>	<b>3,7%</b>

In totaal zijn de kosten gestegen met 3,7%. De salariskosten zijn met 1,1% gestegen, ondanks een daling in de gemiddelde personeelsbezetting met 99 fte. De redenen hiervoor zijn de periodieke loonstijgingen en de CAO loonsverhoging van juni 2005. De stijging van de sociale kosten wordt vooral veroorzaakt door een stijging van de pensioenpremie met € 1,1 miljoen.

De meest opvallende stijging van de patiëntgebonden kosten zit in de stijging van de kosten voor geneesmiddelen met € 1,6 miljoen.

De stijging bij de algemene kosten kent een aantal oorzaken die gedeeltelijk technisch van aard zijn. Er heeft een afwaardering van de voorraden plaatsgevonden. Door het aanpassen van de investeringsgrens naar € 10.000 worden de kosten van de voorheen kleine investeringen nu in de exploitatie verantwoord.

### 4.2.3 Resultaat

Samenvattend heeft Máxima Medisch Centrum het jaar 2005 met een positief resultaat afgesloten.

totale opbrengsten	180,1
totale kosten	<u>179,7</u>
<b>resultaat</b>	<b>0,4</b>

De totale opbrengsten in 2005 lagen iets hoger dan de kosten. Zonder de nagekomen budgetaanpassingen had het jaar echter met een negatief resultaat afgesloten moeten worden.

### **4.3. DBC's inclusief bestuursverklaring**

Na jarenlange voorbereidingen stond 2005 in het teken van de implementatie van de DBC-systematiek. Máxima Medisch Centrum heeft in het bijzonder aandacht besteed aan:

- opzetten Interne Controle;
- bestuursverklaring ;
- onderhandelingen zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren;
- facturatie volgens DBC's;
- registratie, validatie en rapportage;
- kostprijsberekening;
- DBC's GGZ.

#### *Opzetten interne controle*

Op 1 juni 2005 is de functie interne controle van start gegaan. In 2005 zijn met name de voorbereidingen getroffen voor de dossiercontroles die in 2006 plaatsvinden. In 2005 heeft alleen een controle als pilot plaatsgevonden, waardoor Máxima Medisch Centrum niet volledig voldaan heeft aan de voorwaarden zoals opgenomen in de kaderregeling.

In september en december is een kwartaalrapportage interne controle opgesteld. Uit deze kwartaalrapportages kwamen de volgende punten naar voren:

- administratieve organisatie rondom DBC's is op orde;
- op detailniveau bestaan nog verschillen in werkwijzen;
- er ontbreekt nog een deel van de procedurebeschrijvingen m.n. op het gebied van ICT.

Ook in Máxima Medisch Centrum blijkt de zwakste schakel in het invoertraject de automatisering te zijn. Daarnaast bestaat landelijk nog veel onduidelijkheid en wordt veel informatie pas laat bekend gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn fouten in aangeleverde tabellen en het nog ontbreken van orderregistratie.

#### *Bestuursverklaring*

Aangezien er slechts in beperkte mate dossiercontrole heeft plaatsgevonden, is ten aanzien van de bestuursverklaring gebruik gemaakt van de coulanceregeling. Daardoor kon volstaan worden met deelwaarnemingen. De geclausuleerde bestuursverklaring is op 31 maart 2006 afgegeven. Deze is door de accountant voorzien van een rapport van bevindingen.

#### *Onderhandelingen zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren*

Kwaliteit wordt een steeds belangrijker factor in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Daarom is in 2005 uitvoerig met zorgverzekeraars gesproken over de zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren behorende bij de DBC's in het B-segment. Het kenniscentrum DBC van Zorgverzekeraars Nederland heeft een aantal specifieke kwaliteitsindicatoren opgesteld. Máxima Medisch Centrum streeft ernaar in 2006 per kwartaal een rapportage uit te brengen over deze indicatoren.

#### *Facturatie volgens DBC's*

Sinds 1 januari 2005 vindt facturatie plaats via DBC's in plaats van via CTG-verrichtingen. De facturatie van het A-segment betreffen door het CTG vastgestelde bedragen plus een ziekenhuisspecifieke opslag en dient ter dekking van het FB-budget. De facturatie van het B-segment vormt directe omzet. De gewijzigde facturatie leidde tot veel vragen van patiënten.

#### *Registratie, validatie en rapportage*

De gemiddelde registratiegraad door medisch specialisten op de polikliniek is gedurende 2005 gestegen van 87,5% in januari tot 95,7% in december. Het percentage uitval in het validatieproces (betreft controle op juistheid van het behandeltraject in de DBC-codering) is gedurende 2005 afgenomen van 30,1% in januari tot 13,9% in december.



#### *Kostprijsberekening*

In 2005 is gewerkt aan het berekenen van kostprijzen per verrichting prijspeil 2004. Deze kostprijzen zullen te zijner tijd dienen als input voor de bepaling van het onderhanden werk en spelen een grote rol bij het bepalen van het resultaat op het B-segment.

#### *DBC's GGZ*

In 2005 zijn voorbereidingen getroffen om vanaf 1 januari 2006 GGZ DBC's te registreren.

### **4.4. ICT**

Informatisering en automatisering zijn niet meer weg te denken uit de zorg. ICT is bij uitstek geschikt om het zorgproces en de administratieve registratie daarvan te ondersteunen. In 2005 is veel aandacht besteed aan et waarborgen van de continuïteit van bestaande applicaties. In 2006 worden belangrijke stappen gezet op het gebied van de veiligheid van (patiënt-)informatie.

#### *Integratie Eindhoven/Veldhoven*

In 2005 is op systeemniveau de integratie van verschillende afdelingsapplicaties tot stand gekomen. In plaats van een Eindhovense en Veldhovense applicatie is één Máxima Medisch Centrum applicatie geïmplementeerd waarop beide afdelingen kunnen werken. Het betreft de afdelingsapplicaties van het laboratorium, de apotheek, het medisch archief, de radiologie en de operatie-afdelingen. Voor de afdeling fysiotherapie is in 2005 een pilot gestart; de feitelijke integratie wordt in 2006 afgerond.

#### *Radiologie en beeldopslag*

Op de afdeling radiologie In Eindhoven is de oude applicatie Rados vervangen door de nieuwe applicatie RIS. Deze applicatie is hiermee ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Hiermee is de systeemintegratie over beide afdelingen voltooid en is de introductie van het digitale 'Picture Archiving System' (PACS) ook voor locatie Eindhoven gerealiseerd.

#### *Personeelsbeheer*

In 2005 is het oude salarissysteem succesvol vervangen door het nieuwe human resource managementsysteem HR-Access. De continuïteit van salarisverwerking is hiermee gewaarborgd. Daarnaast komt via HR-Access een groot aantal nieuwe functies ter beschikking. Deze worden de komende jaren geleidelijk in gebruikgenomen.

#### *Veiligheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid*

De ICT-infrastructuur van Máxima Medisch Centrum is in 2005 ingrijpend aangepast. Hiermee is de basis gelegd voor een betere bescherming van gevoelige informatie tegen mogelijk misbruik. Daarnaast is de beveiliging tegen virussen aangescherpt. De infrastructuur heeft een hogere graad van 'redundancy' bereikt. Dat wil zeggen dat de gebruikers een hogere graad van beschikbaarheid van de techniek ter beschikking hebben.

Ten behoeve van het 'werken op afstand' is een nieuwe techniek in gebruik genomen waardoor de gebruikers via het internet op een veilige manier alle standaard applicaties van het ziekenhuis ter beschikking krijgen.

In 2006 wordt op deze basis verdere vernieuwing uitgevoerd, waaronder een draadloos netwerk en flexibele moderne oproepsystemen. Ook wordt het telefoniesysteem in Eindhoven vervangen.

#### *Ziekenhuis Informatie Systeem*

In 2005 is veel aandacht besteed aan de bronregistratie van (medische) verrichtingen. Tevens is een module voor het vastleggen van medische verslagen ziekenhuisbreed uitgerold. Dit heeft geleid tot een verhoging van de efficiëntie van de bestaande functionaliteiten in het ziekenhuis informatie systeem (ZIS). Verder worden sinds medio 2005 de pathologie- en microbiologieverslagen elektronisch ter beschikking gesteld binnen het centrale ZIS.

Het ZIS wordt periodiek aangepast aan alle wettelijke eisen, bijvoorbeeld rond de DBC-registratie, het nieuwe zorgstelsel en het Burger Service Nummer.

In 2006 komen wederom nieuwe functies in pilot ter beschikking. Eén van de belangrijkste vernieuwingen is het elektronisch medicatie voorschrijven.

## **4.5. Huisvesting**

### **4.5.1. Lange Termijn Huisvestings Plan**

Het Lange Termijn Huisvestings Plan (LTHP) is in 2004 vastgesteld. Het plan is een bouwkundige vertaling van de strategische koers 2003 – 2005. Inmiddels wordt er invulling gegeven aan het LTHP. Verschillende onderdelen worden uitgevoerd of voorbereid.

Op andere onderdelen is het onzeker of de plannen uit het LTHP uitgevoerd moeten worden. Zo zijn er in 2005 vragen gerezen over de noodzaak tot nieuwbouw van een huisartsenpost op een andere locatie nabij de SEH op locatie Eindhoven en over de aan deze huisartsenpost gerelateerde diagnostiekstraat. Ook is nog onvoldoende duidelijk of voor Orthopedisch Centrum Máxima binnen enkele jaren nieuwbouw noodzakelijk is. De vrijkomende ruimte na de concentratie en verplaatsing van het klinisch laboratorium naar Veldhoven is in het LTHP niet voorzien en levert in Eindhoven onverwacht ruimte op voor poliklinieken en/of centra.

In 2005 zijn tevens nieuwe huisvestingsvragen ontstaan die niet opgenomen zijn in het LTHP. In dit jaar is de Wet Toelating zorg Instellingen (WTZI) aangenomen. De WTZI treedt per 1 januari 2006 in werking. De WTZI heeft grote gevolgen voor ziekenhuizen en dus ook voor de huisvesting van ziekenhuisfuncties.

In 2005 is aangekondigd dat de financiering van de zorg de komende jaren ingrijpend zal wijzigen. Dit geldt ook voor de manier waarop de huisvesting van ziekenhuizen gefinancierd wordt. Tot nu toe is de financiering van huisvesting risicovrij. Met de modernisering van de financiering van de huisvestingskosten moeten ziekenhuizen het budget voor huisvesting met de productie verdienen. Gevolg daarvan is dat huisvesting binnen enkele jaren een risicofactor wordt. Máxima Medisch Centrum beraadt zich over de vraag hoe met deze veranderingen omgegaan moet worden. In verband hiermee vinden verkenningen plaats op het gebied van vastgoedontwikkeling, een volledig nieuw aandachtsgebied voor het ziekenhuis.

Het LTHP wordt in 2006 herschreven tot een meerjaren vastgoedplan, gebaseerd op de nieuwe strategische koers van Máxima Medisch Centrum.

### **4.5.2. Vrouw, moeder, kind-centrum.**

De functies kindergeneeskunde en gynaecologie/verloskunde zijn van grote strategische waarde voor Máxima Medisch Centrum. De perinatologie omvat twee topklinische functies, namelijk de neonatale intensive care en de obstetrische high care.

Het planningsbesluit perinatologie uit 2001 voorzag in een forse uitbreiding van de perinatologie en de daaraan gerelateerde functies. Huisvesting binnen de bestaande ziekenhuiscontouren van locatie Veldhoven was onmogelijk. Met het planningsbesluit is de basis gelegd voor het vrouw, moeder, kind-centrum (VMK-centrum) dat inmiddels in de planvorming gereed is. De geplande behandelcapaciteit is op grond van de ontwikkelingen in de zorg voor te vroeg geboren neerwaarts bijgesteld. Toch blijft er brede steun voor de plannen om de zorg voor de vakgebieden kindergeneeskunde en verloskunde maximaal te integreren. De kindergeneeskunde is de afgelopen jaren verder gegroeid en er zijn drie nieuwe subspecialisaties bijgekomen. Alle medewerkers van het nieuwe VMK-centrum dragen de zorgvisie family centred care met enthousiasme uit.

In 2005 zijn de bouwplannen vertaald in een definitief ontwerp met een voorlopige kostenraming. De plannen zijn eind 2005 ter toetsing aan het College Bouw ziekenhuisvoorzieningen voorgelegd. Naar verwachting kan in het voorjaar van 2007 daadwerkelijk met de bouw begonnen worden. In 2010 is het gehele VMK-centrum, inclusief

de deelprojecten dan gereed. Door de realisatie van het VMK-centrum komt veel ruimte vrij waarmee andere huisvestingsknelpunten kunnen worden opgelost.

#### **4.5.3. Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Veldhoven (CGV)**

Het CGV is een nieuwbouwinitiatief van Máxima Medisch Centrum en de GGzE. In dit centrum worden de PAAZ-afdelingen van beide locaties ondergebracht, evenals de poliklinische functies van locatie Veldhoven. Op locatie Eindhoven blijft in ieder geval een polikliniek psychiatrie. De GGzE brengt twintig plaatsen voor deeltijdbehandeling en de ambulante zorgfunctie in het nieuwe centrum onder

In 2005 zijn de bouwplannen vertaald in een definitief ontwerp met een voorlopige kostenraming. De plannen zijn eind 2005 ter toetsing aan het College Bouw ziekenhuisvoorzieningen voorgelegd. Naar verwachting kan in het voorjaar van 2007 daadwerkelijk met de bouw begonnen worden. Begin 2009 kan het CGV dan in gebruik genomen worden. In de vrijkomende ruimte van de PAAZ Veldhoven wordt de nieuwe dialyseafdeling ondergebracht. Voor de vrijkomende ruimte van de PAAZ Eindhoven is het toekomstige hergebruik nog in onderzoek. In het LTHP is voorzien is dat er 'leerhuisfuncties' in komen.

Zowel het VMK-centrum als het CGV worden ontsloten via de centrale gang die daartoe verlengd zal worden.

#### **4.5.4. Renovatie beddenhuis locatie Eindhoven**

Het beddenhuis van locatie Eindhoven is inmiddels veertig jaar oud. Het gebouw kent veel technische knelpunten. In 2005 is de projectgroep renovatie beddenhuis aan de slag gegaan met de voorbereiding voor een grondige renovatie. Eén van de activiteiten was het formuleren van een zorgvisie die als basis dient voor het programma van eisen.

Toen in de loop van 2005 duidelijk werd dat de Wet Toelating Zorginstellingen in 2006 in werking zou treden, zijn de gevolgen voor de financiering van gebouwen opnieuw onderzocht. De renovatie van het beddenhuis is hierin nadrukkelijk aan de orde gekomen. De conclusie was duidelijk: renovatie leidt tot hoge kosten en tot veel compromissen voor gebruikers. De raad van bestuur heeft daarom besloten om af te zien van renovatie en te kiezen voor vervangende nieuwbouw. Hoe groot de nieuwe kliniek moet worden wordt onderzocht in de samenhang met de beddenreducties die in van 2005 en 2006 hebben plaatsgevonden. Ook de financiering van de nieuwbouwplannen is nog onderwerp van gesprek.

## **4.6. Kennis**

### **4.6.1. Promoties**

In 2005 zijn zes medisch specialisten, verbonden aan Máxima Medisch Centrum, gepromoveerd:

- F.T. Kerkhoff, oogarts, promoveerde op 1 februari aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift 'Infectious Uveitis, clinical studies on diagnosis, microorganisms and complications'. Het proefschrift gaat in op ontstekingen in het oog.
- M.J.K. de Kleine, kinderarts-neonatoloog promoveerde op 17 maart aan de Universiteit van Leiden. In zijn proefschrift 'Follow up assessment of very preterm infants at five years of age' gaat hij in op de (stoornissen in de) ontwikkeling van veel te vroeg geboren kinderen.
- R.N.J.T.L. de Nijs, reumatoloog, promoveerde op 13 september aan de Universiteit van Utrecht op het proefschrift 'Glucocorticoid-induced osteoporosis in rheumatic diseases'.
- C.H. Beerenhout, internist, verdedigde op 23 september aan de Universiteit van Maastricht zijn proefschrift 'Preventie van korte en lange termijn complicaties bij dialysepatiënten. De rol van predilutie on-line hemofiltratie'.
- L.J.J. Derijks, ziekenhuisapotheker-klinisch farmacoloog, promoveerde op 13 oktober aan de Universiteit van Amsterdam. De titel van het proefschrift is 'Thiopurines in inflammatory bowel disease: new strategies for optimization of pharmacotherapy'. Hij onderzocht de toepassing van geneesmiddelen bij onstekingsziekten van de darm, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

- J.W. Straathof, MDL-arts promoveerde op 31 oktober aan de Universiteit van Leiden. De titel van zijn proefschrift is 'Reflux mechanisms in GERD: analysis of the role of transient lower esophageal sphincter relaxations'.

## 5. MANAGEMENT VAN PROCESSEN

### 5.1. Management van processen volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft management van processen als volgt:

De manier waarop de onderneming vanuit de strategie en het beleid haar processen identificeert, ontwerpt, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Er dient aandacht te zijn voor de specifieke eisen en mogelijkheden van de professional, het type medewerker dat met kennis van zaken en ervaring vaak autonoom moet handelen.”

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: een selectie van projecten, een overzicht van commissies en de audits en visitaties die in 2005 hebben plaatsgevonden.

### 5.2. Projecten

In het verslagjaar is in Máxima Medisch Centrum aan diverse projecten verder gewerkt en zijn nieuwe projecten opgestart. In deze paragraaf een overzicht van een aantal belangrijke projecten.

<b>naam project</b>	<b>doel/te bereiken resultaten</b>
Claudicatio Veldhoven	Voor patiënten met claudicatio is in 2002 een project gestart met als doel het ontwerpen van een looptrainingsprogramma ondersteund door voorlichting. In februari 2003 is begonnen met een nulmeting die doorliep tot februari 2005. Verder is uitgebreid onderzocht hoe een trainingsprogramma en de voorlichting aan deze patiëntengroep eruit kunnen zien. In februari 2004 is gestart met de vernieuwde trainings- en voorlichtingsopzet (effectmeting). Deze loopt door tot februari 2006. Het definitieve programma is eind 2005 vastgesteld. Het gehele traject omvat een jaar van training en consultatie, waarna verwacht wordt dat de patiënt het geleerde zelfstandig in de praktijk brengt. In 2006 wordt het traject op beide locaties ingevoerd
Pre-operatieve screening	Medio 2001 is op locatie Veldhoven de polikliniek pre-operatieve screening van start gegaan. In 2004 is een begin gemaakt met de invoering van pre-operatieve screening op locatie Eindhoven. Intussen werd gewerkt aan een nieuwe opzet van pre-operatieve screening, volgens de laatste wetenschappelijke stand van zaken. Eind 2005 is een speciaal voor pre-operatieve screening aangepast computerprogramma aangeschaft. De scholing hiervoor start begin 2006.
Down-up	In 2003 is gestart met een polikliniek voor kinderen met het syndroom van Down. Door meerdere hulpverleners (zowel uit het ziekenhuis als daarbuiten) tegelijkertijd te betrekken bij de zorg voor deze kinderen, wordt een multidisciplinaire aanpak bevorderd. In 2004 heeft een effectmeting plaatsgevonden. Naar aanleiding van de resultaten van de effectmeting is in 2005 een aantal verbetertrajecten ingezet. De resultaten van de verbetertrajecten zijn goed.
Medwerk	In 2003 is, op verzoek van en in samenwerking met Medwerk regio Oost-Brabant, gestart met de opzet van een kenniscentrum voor chronisch zieken in relatie tot arbeid. In vervolg hierop is op 1 januari 2005 ArboMáx van start gegaan, een kenniscentrum voor arbeid en chronisch zieken.

<b>naam project</b>	<b>doel/te bereiken resultaten</b>
Reductie valincidenten	In 2004 zijn, naar aanleiding van het grote aantal meldingen met betrekking tot valincidenten twee protocollen opgesteld en geïmplementeerd: reductie valincidenten en acuut optredende verwardheid. In 2005 zijn de protocollen geharmoniseerd voor beide locaties en aangepast aan de laatste richtlijnen van het CBO. Eind 2005 zijn de protocollen ingevoerd.
Ziekenhuis Rampenopvang Plan (ZiROP)	In juli is het nieuwe Ziekenhuis Rampen OpvangPlan (ZiROP) in werking getreden. Doel van het ZiROP is snel en adequaat kunnen reageren op een zich plotseling voordoend groot aanbod van slachtoffers tengevolge van een externe ramp, door middel van voorbereidende maatregelen die: a) <b>intern</b> gericht zijn op de organisatie ten aanzien van de opvang, triage, behandeling, verpleging en administratie van de slachtoffers; b) <b>extern</b> gericht zijn op een doelmatige coördinatie en samenwerking met de leiding van de medische hulpverlening buiten het ziekenhuis, evenals met externe instanties die bij het gebeuren betrokken zijn. In 2005 hebben diverse deelplanoefeningen plaatsgevonden. In maart 2006 vindt een grote rampenoefening plaats op locatie Eindhoven.
Patiëntenlogistiek	Eind 2004 is het project patiëntenlogistiek van start gegaan. In dit project wordt nauw samengewerkt met de Technische Universiteit Eindhoven. Doelen van het project zijn onder andere verlagen van de wachttijden, verbeteren van de capaciteitsbenutting, verbeteren van de kwaliteit van zorg, verhogen van de doelmatigheid en het maken van een afweging tussen service en kosten. Verbeteren van de logistiek is zowel voor het ziekenhuis als voor de patiënt van belang.
ZorgDomein	Enkele jaren geleden ging het project ZorgDomein van start. Doel van het project is het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts, specialist, ziekenhuis en GGzE in de regio. Zorgdomein is een elektronische verwijssapplicatie die door de huisartsen in toenemende mate wordt gehanteerd om patiënten door te verwijzen. Het aantal deelnemende huisartsen en specialismen groeit nog steeds. Het systeem wordt regelmatig aangepast aan de nieuwste ontwikkelingen. Het systeem bevat sinds september 2005 tevens een elektronische verzending van een retourbericht dat meteen kan worden ingelezen in het Huisarts Informatie Systeem. Doel is om in 2006 alle correspondentie richting huisarts elektronisch te gaan versturen.
Geautomatiseerde dienstrooster planning (SPX) en Human Resources (HR)-Acces	In 2005 werd gestart met het project geautomatiseerde dienstroosterplanning. Vanaf augustus wordt op een aantal pilotafdelingen deze roostertechniek gevolgd. Na evaluatie worden andere afdelingen gefaseerd in het systeem opgenomen. Het programma (SPX) heeft een relatie met het project HR-Acces voor personeelszaken dat in juli van start ging. De eerste toepassing van het systeem, het personeelsregistratie en salarissysteem, wordt per 1 januari 2006 in gebruik genomen.
Veilige Zorg®	In 2004 startte het project Veilige Zorg® op locatie Eindhoven. In 2005 haakte locatie Veldhoven hierbij aan. In het project wordt samengewerkt met de gemeentes Eindhoven en Veldhoven, het openbaar ministerie, de regiopolitie Brabant Zuid-Oost en de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen. In het project staat voorlichting aan de patiënt en training van medewerkers in omgaan met agressie en geweld centraal. Als het project slaagt krijgt Máxima Medisch Centrum het keurmerk Veilig Ziekenhuis.

## 5.3. Commissies

### 5.3.1. Beleids- en adviesplatform kwaliteit

Het beleids- en adviesplatform kwaliteit is eind 2002 geïnstalleerd. Het vormt als coördinatie- en adviesorgaan een aanspreekpunt voor iedereen die met kwaliteit bezig is. De doelstelling van het platform is het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid en het opzetten en in stand houden van een kwaliteitssysteem voor het ziekenhuis met behulp waarvan een continu streven naar verbetering wordt bewerkstelligd, zowel op organisatieniveau, als op afdelingsniveau en op het niveau van het individu.

Het platform kwam in het verslagjaar vijfmaal in vergadering bijeen. Onder andere is gesproken over:

- scholing van leidinggevenden in het kader van de implementatie van het kwaliteitsbeleid;
- invoeren van een kwaliteitsprijs;
- analyse prestatie-indicatoren;
- veiligheidsmanagement (procesmanager en task manager);
- voortgang implementatie kwaliteitsbeleid;
- diverse ziekenhuisbrede protocollen.

### 5.3.2 Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie

In het verslagjaar fungeerde een voorlopige Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie (BIG-commissie). De commissie bestaat uit een zorggroepmanager, een ziekenhuisapotheker, een opleidingsfunctionaris en een unithoofd.

De commissie is beperkt in vergadering geweest. In het verslagjaar is onder andere aandacht besteed aan:

- afstemming met kwaliteitscommissie, protocollencommissie, MIP en commissie regulier inspectiebezoek;
- relatie BIG met prestatie-indicatoren;
- intraveneus medicatiebeleid;
- controle op toediening van medicatie en aanscherping medicatieprotocollen;
- harmonisatie van protocollen;
- autorisatie van specifieke functies;
- oriëntatie op onderhoud/certificering van bekwaamheden.

### 5.3.3. Bloedtransfusiecommissie

De bloedtransfusiecommissie bestaat uit zeven leden van de medische staf, twee verpleegkundigen, twee klinisch chemici, een hoofdanalist en een transfusiearts van Sanquin. De commissie heeft als taak beleid te maken en de dagelijkse uitvoering van transfusie van bloedproducten te begeleiden. Tevens onderhoudt de commissie contacten met de producent van bloedproducten, de bloedbank (Sanquin).

De commissie kwam driemaal in vergadering bijeen en daarbij kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- hemovigilantieconsulent: vooralsnog was het niet mogelijk om deze nieuwe functie in te vullen. Deze functionaris moet de efficiëntie en kwaliteit van de hele transfusieketen bewaken en verbeteren;
- leveringsovereenkomst met de bloedbank in het kader van de Wet inzake bloedvoorziening;
- autologe predonatie;
- chirurgische bloedbestellijst en preoperatieve screening;
- bloedtransfusies buiten het ziekenhuis: randvoorwaarden en verantwoordelijkheden;
- transfusierichtlijnen (bestraalde bloedproducten en protocol massaal bloedverlies);
- transfusiereacties, meldingen aan bureau TRIP en andere incidenten;
- ontwikkelingen binnen Sanquin.

### 5.3.4. Centrale opleidingscommissie AIOS (COCA)

Doelstelling van de commissie is het bewaken en bevorderen van het opleidingsklimaat voor AIOS. Dit wordt bereikt door het toezien op de kwaliteit van de in het ziekenhuis aanwezige

opleidingen tot klinisch en klinisch-ondersteunend specialist. Verder dient de commissie als overlegforum voor opleiders, AIOS en opleidingen, raad van bestuur en bestuur medische staf. De commissie behartigt tevens de belangen van de AIOS. De commissie bestaat uit 22 leden van de medische staf, acht AIOS en opleidingen, een lid raad van bestuur en de medisch en organisatorisch managers van het Leerhuis. In 2005 werd de voormalige centrale opleidingscommissie gesplitst in een centrale opleidingscommissie co-assistenten (COCO), en de huidige centrale opleidingscommissie AIOS (COCA). In de nieuwe structuur vindt coördinatie tussen deze twee centrale opleidingscommissies tezamen met het Leerhuis plaats in het Dagelijks Bestuur Medische Opleidingen (DBMO). Het nieuwe reglement van de COCA werd in 2005 goedgekeurd door de raad van bestuur.

De COCA kwam in 2005 driemaal in vergadering bijeen. Vanaf 2006 is de vergaderfrequentie verhoogd naar de voorgeschreven viermaal per jaar. Onderwerpen van overleg waren vergoedingen AIOS en opleidingen, onderwijsactiviteiten, uitbreiding opleidingen (reumatologie, psychiatrie, plastische chirurgie, anesthesiologie, medische microbiologie, intensive care), voorbereiden en bespreken van visitaties, tevredenheidsonderzoek arts-assistenten, Leerhuis, nieuwe reglement COCA, introductieprogramma nieuwe AIOS en opleidingen, OOR-vorming, wetenschapsdag 15 december 2005, invoering portfolio, Leerhuis, contacten met Academisch Ziekenhuis Maastricht, het Universitair Medisch Centrum St. Radboud en de Brabant Medical School.

In het verslagjaar is drie maal overleg gevoerd met het bestuur van de arts-assistentenvereniging betreffende de voorbereiding van in de vorige alinea genoemde onderwerpen.

#### **5.3.5. Decubitus**

In 2003 is de stuurgroep wond- en decubituszorg geïnstalleerd en is per locatie een verpleegkundige vakgroep wond- en decubituszorg van start gegaan. De stuurgroep decubitus heeft tot doel het opzetten van een multidisciplinair organisatiebreed wond- en decubitusbeleid. De stuurgroep bestaat uit de wond- en decubitusverpleegkundigen van beide locaties, een chirurg (in opleiding), twee dermatologen, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, incontinentieconsulent, ziekenhuishygiënist, unithoofd chirurgische afdeling en een organisatorisch zorggroepmanager chirurgie, tevens voorzitter. De verpleegkundige vakgroepen bestaan uit afdelingsverpleegkundigen van betrokken afdelingen.

In het verslagjaar is de stuurgroep diverse malen bijeengekomen. Hoofdonderwerpen waren het behandelprotocol decubitus en de prevalentie meting in het verslagjaar. Ook de vakgroepen decubitus kwamen verschillende malen bij elkaar. Onderwerpen waren vooral de implementatie van het preventieprotocol en de (training voor) de prevalentie metingen op beide locaties. Deze vonden plaats op 25 oktober en 1 november en werden uitgevoerd door de leverancier van anti-decubitus-matrassen. Uit de meting blijkt het effect van het preventieprotocol. De prevalentie van decubitus nam af van 10,5% naar 5%. Voor 2006 staat de ontwikkeling van een registratiesysteem met betrekking tot de incidentie van decubitus bij een homogene patiëntengroep op het programma ten behoeve van de prestatie-indicatoren. Naast de effectmeting met betrekking tot het preventieprotocol krijgt de implementatie van het behandelprotocol een grote prioriteit.

#### **5.3.6. Materiaal adviescommissie**

De materiaal adviescommissie heeft als belangrijkste doen het handhaven en verbeteren van een optimaal (gestandaardiseerd) assortiment van medisch hulpmiddelen, passend bij de functie van het ziekenhuis. Daarnaast ontwikkelt de commissie procedures met betrekking tot de aanschaf en proefplaatsing van nieuwe medische hulpmiddelen en streeft zij naar harmonisatie van medische hulpmiddelen binnen gebruikersgroepen. Tenslotte bewaakt en signaleert de commissie de financieel-economische gevolgen van veranderingen in het assortiment van medische hulpmiddelen.

De commissie bestaat uit drie zorggroepmanagers (waarvan één als voorzitter optreedt), twee inkoopers, een hygiënist en twee verpleegkundigen. In 2005 kwam de commissie zeven maal bijeen. Er was onder andere aandacht voor:



- wisseling van het assortiment wondartikelen;
- nieuwe pleisterleverancier 3M;
- vervanging bedden;
- pakketten steriel – niet steriel;
- standaardisatie van infuusslangen + omzetting systemen;
- afmeldingsprocedure decubitusmatrassen;
- kosten incontinentiemateriaal;
- procedure parenterale en enterale toedieningsvormen / materialen.

### **5.3.7. Geneesmiddelencommissie**

De geneesmiddelencommissie bestaat uit zes medisch specialisten waarvan één in opleiding, twee ziekenhuisapothekers, waarvan één in opleiding en een zorggroepmanager. De commissie houdt zich bezig met de ontwikkeling en instandhouding van een geneesmiddelenformularium, advisering en begeleiding van het farmacotherapiebeleid en het instandhouden van een doelmatig geneesmiddelen distributiesysteem. Dit gebeurt onder andere door het opstellen van richtlijnen, informatievoorziening en het analyseren van gegevens welke op het geneesmiddelengebruik betrekking hebben. Onder geneesmiddelen distributie wordt verstaan alle aspecten van de farmaceutische verzorging die verband houden met de bewaring, behandeling en toediening van geneesmiddelen. Het geneesmiddelenformularium is een limitatieve opsomming van geneesmiddelen die in het ziekenhuis bij voorkeur worden toegepast.

De commissie is in 2005 viermaal bijeengekomen. Elke vergadering zijn alle artikelwijzigingen, evenals de geneesmiddelenverbruiken van beide locaties besproken. Acht nieuwe middelen zijn aangevraagd en in behandeling genomen met de nieuwe beoordelingsmethoden. Twee zijn met SOJA beoordeeld en zes met het Geneesmiddelen Beoordelings Systeem. Zeven aanvragen zijn positief beoordeeld. De commissie heeft één geneesmiddelenprotocol ontvangen van de anesthesiologie. In 2005 is het Electronisch Voorschrijf Systeem en het Electronisch Toedieningsregistratie Systeem besproken.

In 2006 wordt het aantal geneesmiddelen protocollen dat door de commissie wordt doorgelicht verhoogd. De protocollen worden via intranet uitgegeven in samenwerking met de zorgdivisies. Het Electronische Voorschrijf Systeem en de elektronische toedieningsregistratie krijgen in 2006 eveneens extra aandacht.

### **5.3.8. Commissie huisarts-specialist**

De doelstelling van de commissie is de onderlinge communicatie tussen huisartsen en specialisten te bestendigen en te bevorderen middels bijscholing met een hoge relevantie voor huisartsen. De formule omvat bedside teaching, gevolgd door een plenaire bespreking. Deze formule wordt in de evaluaties door de huisartsen als zeer speciaal en positief beoordeeld.

De commissie bestaat uit vijf specialisten van Máxima Medisch Centrum te weten een orthopedisch chirurg, een internist, een kinderarts, een oogarts en een vaatchirurg en negen huisartsen uit de regio.

Er was in het verslag jaar aandacht voor:

- intensive care, gezamenlijk terrein voor intensivist en huisarts;
- spataders: chirurgische en dermatologische aspecten;
- acute psychiatrie;
- SMÁSH dagen (Stichting Máxima Specialisten Huisartsen);
- acute kindergeneeskunde.

### **5.3.9. Infectiecommissie**

De commissie bestaat uit drie medisch specialisten, een arts-microbioloog, twee hygiënisten, een unithoofd operatieafdeling, een bedrijfsarts, drie unithoofden verpleegafdeling, een intensive care verpleegkundige en de sectormanager gebouw en techniek. Uit de voltallige commissie is een dagelijks bestuur gevormd.

De commissie kwam in het verslagjaar vijf maal bijeen. Naar aanleiding van een bezoek van de inspectie, waarin het beleid ten aanzien van hepatitis B en de implementatie van hygiëneprotocollen ter sprake kwam, is een plan van aanpak opgesteld dat is goedgekeurd door de raad van bestuur en het stafbestuur. Het hygiëne- en infectiepreventiebeleid wordt opgenomen in de jaarplannen van de divisies. Verder zijn in 2005 onder andere de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- bezuinigingen schoonmaak en kwaliteit van zorg;
- implementatie handboek MRSA;
- inspectiebezoek 28 februari 2005: plan van aanpak;
- voorstel plan van aanpak legionella pneumoniepreventie;
- hygiëne kwaliteitsplan;
- concept tbc-plan, periodieke screening medewerkers longafdeling;
- gedragslijn bij prikaccidenten;
- KNO endoscopen;
- influenzavaccinatie;

#### **5.3.10. Kwaliteitscommissie medische staf**

De commissie bestaat uit zeven leden van de medische staf. Adviserende leden zijn twee adviseurs kwaliteit. Het doel van de commissie is inhoud, vorm en uitvoering geven aan het proces van ontwikkeling, verbetering en borging van kwaliteit van de medische zorgverlening. Dit doel wordt bereikt door het gevraagd en ongevraagd adviseren van de medische staf en de raad van bestuur, het bevorderen van het samenstellen van jaarverslagen door maatschappen/vakgroepen binnen Máxima Medisch Centrum, het bevorderen dat aanbevelingen uit visitaties gerealiseerd worden. Verder bevordert de commissie dat (landelijke) richtlijnen en consensusafspraken met betrekking tot het medisch handelen vertaald worden naar de medische zorg in Máxima Medisch Centrum en participeert zij in het beleids- en adviesplatform kwaliteit.

In het verslagjaar is onder andere aandacht gegeven aan:

- notitie hoofdbehandelaarschap;
- complicatieregistratie;
- jaarverslag medische staf;
- kwaliteit in Máxima Medisch Centrum
- formulier informed consent
- CBO-richtlijnen en consensusrapporten;
- visitatierapporten;
- verantwoordelijkheden met betrekking tot sedatie;
- evaluatie individueel functioneren medisch specialist.

De commissie wil er voor zorgen dat kwaliteitsbeleid ziekenhuisbreed meer gaat leven zodat hieraan meer vorm en inhoud kan worden gegeven. Hiertoe wil zij onder andere voorlichtingsbijeenkomsten organiseren.

#### **5.3.11. Medisch Ethische Toetsings Commissie**

De Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) bestaat uit zeven medisch specialisten, twee ziekenhuisapothekers, waarvan één in opleiding, een jurist, een ethicus, een researchverpleegkundige en een verpleegkundig afdelingshoofd.

##### *Doel METC*

De METC voorziet in een professionele, onafhankelijke en efficiënte toetsing van medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen als bedoeld in de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Het doel van deze toetsing is het waarborgen van de rechten, veiligheid en het welzijn van de proefpersonen die deelnemen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek. Daarbij verdient het onderzoek met kwetsbare personen speciale aandacht.

##### *Kwaliteitsbeleid*

Om de officiële erkenning als medisch ethische toetsingscommissie te behouden zijn de vereiste erkenningeisen van de CCMO (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek) van toepassing. De METC is samengesteld uit een voldoende aantal leden, die gezamenlijk over de juiste kwalificaties en ervaring beschikken om de wetenschappelijke, medisch en ethische aspecten van een onderzoeksvoorstel te kunnen beoordelen en evalueren. De METC streeft er

naar dat leden van de commissie aan nascholing doen. Het reglement van de METC is geaccordeerd door de CCMO. In 2005 is de commissie gevisiteerd door de NVMETC (Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsingscommissies).

#### *Besluitvorming*

De commissie kwam in 2005 negenmaal bijeen om dertien onderzoeksaanvragen (plus vier van 2004) als primair toetsende commissie te beoordelen en om 36 onderzoeksaanvragen en in totaal veertien amendementen, SAE's en ASR's (met een positief oordeel van een erkende METC) te beoordelen voor uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in Máxima Medisch Centrum.

De METC verleende namens de raad van bestuur 26 maal toestemming tot uitvoering van een onderzoek in Máxima Medisch Centrum. Als toetsende commissie verleende zij zesmaal goedkeuring; drie onderzoeksaanvragen werden ingetrokken, één studie vond geen doorgang en vier onderzoeksaanvragen van 2004 werden dit jaar akkoord bevonden. Over veertien onderzoeksaanvragen is nog geen besluitvorming geweest.

Van de ingediende onderzoeksvorstellen was er in 36 gevallen sprake van toetsing voor lokale uitvoerbaarheid. Bij de toetsing als primair toetsende commissie was er éénmaal sprake van onderzoek in samenwerking met de industrie, tienmaal was er sprake van eigen onderzoek (categorie b), tweemaal externe aanvragen (categorie c).

In onderstaande tabel staan de (hoofd)indieners van de onderzoeksvorstellen vermeld en de categorie van het type onderzoek.

Tabel 1. Overzicht ingediende onderzoeksaanvragen

indiens	Toetsing lokale uitvoerbaarheid		MMC treedt op als toetsende commissie		
	totaal aantal		cat. a (firma)	cat. b (eigen)	cat. c (extern)
bewegingswetensch.	2	-	-	2	-
cardiologie	8	8	-	-	-
chirurgie	6	4	-	2	-
fysiotherapie	1	-	-	-	1
gynaecologie	2	2	-	-	-
interne geneeskunde	6	6	-	-	-
kindergeneeskunde	7	5	-	2	-
klinische fysica	1	-	-	1	-
longziekten	7	7	-	-	-
neurologie	3	2	-	-	1
oncologie	1	1	-	-	-
orthopedie	2	-	1	1	-
sportgeneeskunde	2	-	-	2	-
ziekenhuisapotheek	1	1	-	-	-
<b>totaal</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>2</b>

#### **5.3.12. Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg**

De commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) heeft als doel preventie van incidenten in de patiëntenzorg. Om dit te bereiken kunnen medewerkers incidenten (fouten en bijna-fouten) melden zonder dat dit met naam en toenaam bekend wordt bij anderen dan de leden van deze commissie. De commissie onderzoekt vervolgens de toedracht van het voorval vanuit de optiek van de vermijdbaarheid van de fout of bijna-fout om zo een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

In 2005 zijn de commissies MIP van locatie Eindhoven en locatie Veldhoven samengegaan in één commissie MIP voor Máxima Medisch Centrum. De leden van de commissie MIP vormen tevens een tweetal werkgroepen MIP, één voor locatie Eindhoven en één voor locatie

Veldhoven. De werkgroepen komen eenmaal per week bij elkaar; de voltallige commissie vergadert elke maand. De samengevoegde commissie MIP is op 1 april gestart.

De commissie wordt gevormd door vier medisch specialisten waarvan één in opleiding, het hoofd fysiotherapie, een verpleegkundige, een ziekenhuisapotheker en twee vertegenwoordigers van het management. De commissie wordt ondersteund door een secretaresse.

In onderstaande tabel treft u een overzicht aan van het aantal en de aard van de meldingen die in 2005 bij de MIP commissie zijn binnengekomen.

<b>meldingen</b>	<b>2005*</b>
	aantal
meldingen	533

<b>herkomst melding</b>	aantal
verpleging	415
medici	40
apotheek	7
paramedici	51
overig	10

<b>aard incident</b>	aantal
valincidenten	188
medicatiefouten	183
overig	162

\*van de periode 1 januari -1 april zijn van de locatie Eindhoven geen gegevens opgenomen in deze telling.

### 5.3.13. Onderzoekscommissie medische calamiteiten

Een medische calamiteit is: 'iedere niet beoogde of onverwachte gebeurtenis bij een medische, verpleegkundige of verzorgende (be)handeling of bij toepassing van medische hulpmiddelen, apparatuur of geneesmiddelen gedurende transport, diagnostiek, behandeling, verpleging of verzorging van een patiënt, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor die patiënt heeft geleid'. Bij elke medische calamiteit stelt de raad van bestuur een onderzoekscommissie in die, naast het onderzoeken van de toedracht van de calamiteit, aanbevelingen formuleert ter voorkoming van vergelijkbare calamiteiten. Tevens wordt de Inspectie voor de Gezondheidszorg geïnformeerd. In het verslagjaar hebben zich drie medische calamiteiten voorgedaan.

<b>medische calamiteiten</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
	aantal	aantal	aantal	aantal
medische calamiteiten	5	2	5	3

### 5.3.14. Orgaan- en weefseldonatie

De commissie bestaat uit vijf medisch specialisten, twee donatiefunctionarissen, drie arts-assistenten, een IC-verpleegkundige, een geestelijk verzorger en een transplantatiecoördinator.

Belangrijke doelstellingen en activiteiten in 2005 waren:

- scholing artsen en verpleegkundigen;
- non heart beating donaties;
- donatie applicatie;
- medisch status onderzoek;
- evalueren van donatieprocedures;
- nabestaandenzorg.

De donatiefunctionarissen hebben tevens voorlichting gegeven aan arts-assistenten en verpleegkundigen over weefseldonatie.

## Gegevens potentiële donoren 2005

locatie	overledenen	donatieformulier ingevuld	potentieel weefseldonoren
Eindhoven	208	190 (91,5%)	64 (30%)
Veldhoven	405	391 (96,5%)	110 (27,2%)

## Orgaan en weefseldonaties in 2005

locatie	orgaan donoren	orgaan	goed gekeurd	weefsel donoren	weefsel	goed gekeurd	raadplegingen donorregister
Eindhoven	0	-	-	6	cornea	6	33
					huid	1	
					bot	1	
					Hoor-been	1	
Veldhoven	1	nier	1	20	cornea	14	61
					huid	4	
					hartklep	1	

### 5.3.15. Commissie ethiek

### 5.3.16. Voedingscommissie

De commissie richt zich op de therapeutische aspecten van voeding met als belangrijkste doelstelling het verbeteren van de voedingszorg in Máxima Medisch Centrum waardoor voeding voortdurend een speciaal aandachtsveld in het ziekenhuis blijft en waarbij een multidisciplinaire benadering gewenst is. De commissie bestaat uit een intensivist, een verpleegkundige, een verpleegkundig afdelingshoofd, drie ziekenhuisapothekers waarvan één in opleiding, het hoofd diëtetiek en twee diëtisten, twee chirurgen, twee gastro-enterologen en een ziekenhuishygiënist.

In het verslagjaar was onder andere aandacht voor:

- start pre-operatieve voedingscreening en behandeling op beide locaties;
- protocol enterale voeding herzien beschikbaar voor beide locaties;
- herziening protocol parenterale voeding en afstemming logistiek op beide locaties;
- pakket van eisen opgesteld ten behoeve van materiaal enterale voeding en voedingspompen;
- samenvoeging tot één voedingscommissie voor beide locaties.

## 5.4. Audits

In onderstaande tabel is aangegeven welke audits in het verslagjaar hebben plaatsgevonden:

soort audit	gehanteerde normen	divisie/beroepsgroep
- invoering DBC-systematiek (AO/IC) in de Zorg	Volgens landelijke geaccepteerde Casemix methode	EAD
- accountantscontrole	o.a. Regeling Jaarverslaggeving Zorg en CTG beleidsregels	EAD
- audit/accreditatie SMA&sportgeneeskunde	INK	sportgeneeskunde
- proefaudit harbewaking	INK	cardiologie
- interne kwaliteitsaudit Kerteza	CCKL 3 <sup>e</sup> praktijkrichtlijnen	klinisch laboratorium
- externe kwaliteitsaudit CCKL	CCKL 3 <sup>e</sup> praktijkrichtlijnen	klinisch laboratorium

<b>soort audit</b>	<b>gehanteerde normen</b>	<b>divisie/beroepsgroep</b>
- risico inventarisatie & evaluatie	ARBO-wetgeving	klinisch laboratorium
- jaarlijkse visitatie m.b.t. opleidingsplaats klinisch chemicus door NVKC	NVKC-richtlijnen	klinisch laboratorium / klinisch chemici (i.o.)
- visitatie beroepsgroep	NVKC-richtlijnen	klinische laboratorium / klinisch chemici
- bacteriologische controle en algemene hygiëne voorwaarden door PAMM en bureau De Wit	hygiëncode voor instellingen en bacteriologische waarden	keuken, afwaskeuken, restaurant (beide locaties)
- voedselveiligheid door Voedsel en waren autoriteit	hygiëncode voor instellingen	keuken, afwaskeuken, restaurant (beide locaties)
- kwaliteitsaudit keukens door Hospitality Consultants	hygiëncode voor instellingen en landelijke normen voor werkwijze instellingskeukens	keuken, afwaskeuken (beide locaties)
- elektrische veiligheid	NEN 3140 en NEN 1010-7	technisch personeel
- controle rookgas emissies van voorzetbranders ketels	besluit BEES	technisch personeel
- zwembad water (kwaliteits)controle	WHBVZ	technisch personeel
- controle koel- en vriesinstallaties	STEK-eisen	technisch personeel
- gebruiksvergunning	gebaseerd op bouwbesluit	organisatie
- milieutoets	milieuvergunning (handhaving regels in het kader van "lijst risicovolle bedrijven")	organisatie
- legionella	drinkwaterbesluit	technisch personeel
- stoominstallatie	besluit Stoomwezen	technisch personeel
- liftkeuringen	besluit Liftinstituut	technisch personeel
- controle heliplaats	richtlijnen helihavens	technisch personeel
- medische gassen	NEN 737 en Farmae copee	apotheker/technisch personeel
- EDP audit (2006)	uitgevoerd door Ernst & Young op basis van de door hun gehanteerde criteria.	facilitair bedrijf i.s.m. EAD.
- positie bepaling op maat (POM)	INK	facilitair bedrijf/medische technologie.
- VSR Kwaliteitsrondes	NEN 2075	schoonmaak
- kwaliteitsrondes hygiëne	WIP-richtlijnen, belevingsronde, visuele controle	schoonmaak i.s.m. hygiëne & infectiepreventie

## 5.5. Visitaties

In het verslagjaar zijn onderstaande maatschappen/vakgroepen gevisiteerd:

- opleiding spoedeisende geneeskunde;
- sportgeneeskunde;
- plastische chirurgie;
- METC;

- chirurgie;
- cardiologie locatie Eindhoven.





## 6. WAARDERING DOOR KLANTEN EN LEVERANCIERS

### 6.1. Waardering door klanten en leveranciers volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft waardering door klanten en leveranciers als volgt:

“De waardering door klanten, leveranciers en partners waarmee wordt samengewerkt, is van groot belang voor de continuïteit van de onderneming. Daarom is het nodig te weten hoe zij uw producten, dienstverlening en de samenwerking waarderen. Wat is hun mening over uw product of de dienstverlening? Heeft u inzicht in de redenen waarom men wel of niet van uw diensten gebruikmaakt en wat mag u voor de toekomst van hen verwachten?”

In dit hoofdstuk komen aan de orde: tevredenheidsonderzoeken en de klachtenprocedure.

### 6.2. Tevredenheidsonderzoeken

#### 6.2.1. Patiënttevredenheidsonderzoek volwassen klinisch opgenomen patiënten

Met alle opgenomen volwassen klinische patiënten van locatie Eindhoven wordt een ontslaggesprek gehouden. Daarnaast vullen patiënten een enquêteformulier in. In de vragenlijst komen diverse aspecten aan bod: bejegening, planning en uitvoering van zorg en behandeling, hotelfuncties en nazorg. Na invulling wordt het formulier in principe besproken met de patiënt. De uitkomsten worden verwerkt en periodiek ter beschikking gesteld aan het management van de verpleegafdelingen en ondersteunende afdelingen. Patiënten ervaren de begeleiding van en de informatieverstrekking door de medisch specialisten als zeer positief. De verpleegkundige zorgverlening en begeleiding worden ook heel goed gewaardeerd.

Aan alle opgenomen volwassen klinische patiënten van locatie Veldhoven wordt één of twee dagen voor ontslag een enquêteformulier uitgereikt. De enquêtes bevatten enkele open vragen en laten in feite aan de patiënt over welke opmerkingen hij of zij wil maken. De ingevulde formulieren worden gescreend op klachten en andere waardevolle signalen. Voorts worden deze besproken in het verpleegkundig werkoverleg of met andere betrokkenen. Structurele rapportage over de resultaten vindt niet plaats. Indien van belang worden de ingevulde formulieren ter beschikking gesteld aan de klachtenfunctionaris of klachtencommissie.

In 2005 is een plan van aanpak opgesteld waarin wordt aangegeven hoe Máxima Medisch Centrum de patiënttevredenheid van poliklinische en klinische patiënten op structurele wijze wil gaan meten, namelijk via schriftelijke vragenlijsten en focusgroep interviews/spiegelgroep-gesprekken. Dit plan van aanpak is besproken met bestuur medische staf en cliëntenraad. Nadat beide organen hadden ingestemd met dit plan van aanpak heeft de raad van bestuur het overgenomen. Begin 2006 start het onderzoek op polikliniek en kliniek.

#### 6.2.2. Patiënttevredenheidsonderzoek afdeling neonatale intensive care unit en kinderafdeling

In 2000 zijn nieuwe vragenlijsten voor de neonatale intensive care unit (NICU) en de kinderafdeling van locatie Veldhoven ontworpen en zijn afspraken gemaakt over de verwerking en rapportage van de resultaten. De vragenlijst voor de NICU is afgestemd met de 'Vereniging van ouders van couveusekinderen'. De vragenlijsten voor de kinderafdeling zijn afgestemd met de 'Vereniging kind en ziekenhuis'. Op de kinderafdeling is een aparte vragenlijst voor de baby- en de kinderunit. Sinds 1 januari 2001 wordt aan alle ouders een vragenlijst uitgereikt en worden tweemaal per jaar de resultaten gerapporteerd. Voor 2005 zijn de gemiddelde cijfers als volgt:

	<b>kinderafdeling</b>		<b>NICU</b>
	baby unit	kinderunit	
verpleegkundige zorg	8,2	8,3	9,0
medische zorg	8,0	8,2	8,4
zorg van de psycholoog, maatschappelijke werker en pastor	niet gevraagd	niet gevraagd	7,6
privacy afdeling	7,0	7,7	8,1
sfeer afdeling	8,1	8,2	8,8
speelmogelijkheden	n.v.t.	8,4	n.v.t.
eten voor de kinderen	n.v.t.	7,7	n.v.t.
<b>totaalbeeld afdeling</b>	<b>8,0</b>	<b>8,2</b>	<b>8,8</b>

### 6.2.3. Tevredenheidsonderzoek klinisch laboratorium

In 2005 heeft onder 590 patiënten (verdeeld over beide locaties) tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Dit onderzoek vond plaats in het kader van de CCKL-certificering van het klinisch laboratorium. In het onderzoek zijn in het bijzonder de bereikbaarheid, openingstijden, wachttijden en bejegening getoetst. De respondenten geven een hoge waardering voor de openingstijden en de bejegening door de medewerkers. De gemiddelde wachttijd op het laboratorium bedraagt zeven minuten.

### 6.2.4. Onderzoek waardering door verwijzers

In 2004 is een plan van aanpak voor een onderzoek naar de waardering van verwijzers opgesteld. In het kader van dit onderzoek wordt aan verwijzers (huisartsen, verloskundigen en verpleeghuisartsen) gevraagd hun waardering te geven over de kwaliteit van de verleende diensten, de huidige beschikbaarheid en kwaliteiten van diagnostische faciliteiten.

De in het kader van dit onderzoek opgestelde vragenlijst is ter toetsing voorgelegd aan SMáSH en de CCG. Het onderzoek is in 2005 uitgevoerd. De resultaten komen begin 2006 beschikbaar.

De respons na verzending van de vragenlijsten was gering. De respondenten benoemen de toegangstijden poliklinieken, de berichtgeving vanuit het ziekenhuis en de telefonische bereikbaarheid van de poliklinieken als verbeterpunten.

### 6.2.5. Tevredenheidsonderzoek Vasculair Preventie Centrum

In het najaar van 2005 is in het Vasculair Preventie Centrum gestart met het uitreiken van vragenlijsten voor tevredenheidsonderzoek. Eind 2005 zijn de resultaten van dit onderzoek nog niet bekend.

## 6.3. Klachtenprocedure

Patiënten die niet tevreden zijn over hun behandeling in Máxima Medisch Centrum of anderszins klachten hebben, kunnen dit aan verschillende instanties kenbaar maken. In eerste instantie aan de direct betrokkenen. Daarnaast kunnen zij zich wenden tot de klachtenfunctionaris voor klachtenbemiddeling of de klachtencommissie voor klachtenbehandeling. Ook kunnen zij zich wenden tot een externe instantie. Klachten met een aansprakelijkstelling worden altijd voorgelegd aan de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Het ziekenhuis heeft er belang bij kennis te nemen van de klachten. Enerzijds ter bevordering van de tevredenheid van de klanten en het herstellen van de relatie tussen klager en aangeklaagde, anderzijds ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Over de klachtenregeling van Máxima Medisch Centrum worden alle patiënten op diverse manieren door het ziekenhuis geïnformeerd.

### 6.3.1. De klachtenfunctionaris

Sinds midden jaren negentig beschikken beide locaties van Máxima Medisch Centrum over een klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionarissen nemen binnen het ziekenhuis een onafhankelijke positie in en trachten door bemiddeling de klachten bevredigend af te handelen. De bemiddeling gebeurt bij voorkeur door het arrangeren van gesprekken. Indien

de bemiddeling niet naar tevredenheid wordt afgehandeld, of indien de klager niet kiest voor bemiddeling, kan de klacht schriftelijk worden voorgelegd aan de klachtencommissie.

<b>geregistreerde klachten bemiddeld door klachtenfunctionaris locatie Eindhoven</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
	aantal	aantal	aantal	aantal
klagers	225	193	203	219
klachten	264	238	250	275

<b>geregistreerde klachten bemiddeld door klachtenfunctionaris locatie Veldhoven</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
	aantal	aantal	aantal	aantal
klagers	266	321	289	288
klachten	414	± 500*	333	334

\* Door diverse omstandigheden is het voor het jaar 2003 niet mogelijk het exacte aantal klachten van locatie Veldhoven weer te geven.

De klachten worden onderverdeeld in behandeltechnische, relationele, organisatorische, financiële en overige aspecten. Voor nadere informatie wordt verwezen naar het jaarverslag dat door de klachtenfunctionarissen wordt uitgebracht.

### 6.3.2. Klachtencommissie

De klager kan ook kiezen voor een formele klachtenbehandeling door de klachtencommissie.

<b>ingediende klachten</b>	<b>2004</b>		<b>2005</b>	
	aantal klachten/aspecten		aantal klachten/aspecten	
totaal Máxima Medisch Centrum	12/17		11/18	

<b>categorieën klachten</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
	aantal	
medisch inhoudelijk	8	8
bejegening	8	6
organisatorisch		
financieel	1	4

<b>resultaten afgehandelde klachten</b>	<b>2004</b>		<b>2005</b>	
	aantal klachten	aantal aspecten	aantal klachten	aantal aspecten
aantal afgehandelde klachten (incl. vermelding van jaar van indienen)	2003: 7 2004: 2	7 2	2004: 5 2005: 3	2004: 9 2005: 5
<i>medisch inhoudelijk</i>				
gegrond		1		1
gedeeltelijk gegrond				
ongegrond		3		4
<i>bejegening</i>				
gegrond		2		
gedeeltelijk gegrond				
ongegrond		2		4
<i>financieel</i>				
gegrond				
stopgezet door klager	9	14	3	5

Bij de klachtencommissie zijn in 2005 elf klachten ingediend. Er zijn acht klachten afgewikkeld. Drie van deze acht klachten zijn beëindigd door stopzetting door de klager. De afgehandelde klachten omvatten veertien aspecten. De afgehandelde klachten die niet door klager zijn stopgezet omvatten negen aspecten. Van de negen aspecten zijn door de klachtencommissie acht aspecten ongegrond en derhalve één aspect (11%) gegrond verklaard. De gegrondverklaring betrof medisch inhoudelijk handelen.

### *Aanbevelingen*

In 2005 heeft de klachtencommissie de volgende aanbevelingen geformuleerd aan de raad van bestuur:

- Indien men gebruik wil maken van een informed consentformulier, dient een standaard formulier ontwikkeld te worden dat voldoet aan de eisen van de WGBO. Dit formulier dient dan door alle specialismen te worden gebruikt.
- Medewerkers moeten klantvriendelijk en in “gewone taal” reageren op een klacht. Hiermee kunnen *verdere* klachten en/of juridische procedures voorkomen worden.

### **6.3.3. Aansprakelijkstelling**

Aansprakelijkstellingen (schadeclaims) worden ingediend bij de raad van bestuur die deze voor verdere behandeling doorzendt naar de aansprakelijkheidsverzekeraar. De aansprakelijkheidsverzekeraar behandelt de aansprakelijkstelling aan de hand van verkregen informatie van de patiënt of zijn adviseur en het ziekenhuis en/of de hulpverlener. De afhandeling gebeurt in het algemeen buiten het ziekenhuis om. In het verslagjaar zijn 31 aansprakelijkstellingen ingediend. Hiervan zijn er inmiddels zes afgewezen. Er zijn geen gevallen van schadevergoeding/schikking overeengekomen. Wel is drie maal uit coulance een schadevergoeding uitbetaald. De overige claims zijn nog in behandeling bij de aansprakelijkheidsverzekeraar.

<b>aansprakelijkstellingen</b>	<b>2002</b> aantal	<b>2003</b> aantal	<b>2004</b> aantal	<b>2005</b> aantal
aansprakelijkstellingen	31	29	26	31

## **7. WAARDERING DOOR MEDEWERKERS**

### **7.1. Waardering door medewerkers volgens INK**

Het INK-managementmodel omschrijft waardering door medewerkers als volgt:

“Bij de waardering door medewerkers spelen onderstaande vragen een rol:

- hoe denken medewerkers over hun bedrijf?
- voldoen het werk en de onderneming aan de verwachtingen van medewerkers in materiële en niet-materiële zin (ontwikkeling, uitdaging, motivatie)?
- wat voor een onderneming wilt u zijn voor uw medewerkers en maakt u dat ook waar?”

Onderstaand komen achtereenvolgens aan de orde: klachtencommissie personeel, commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag, tevredenheidsonderzoek medewerkers, verloop, WAO-instroom en verzuim.

### **7.2. Klachtencommissie personeel**

De commissie bestaat uit vier managers, een stafmedewerker, een P&O-adviseur en een secretaresse en adviseert de raad van bestuur over individuele klachten van medewerkers. De werkzaamheden van de commissie zijn afhankelijk van de voor behandeling voorgelegde klachten. De commissie wil bevorderen dat individuele medewerkers gehoor vinden in geval van onvrede over hun werksituatie en de oorzaken voor die onvrede wegnemen. De regeling is niet van toepassing op medisch specialisten niet in loondienst. In 2005 zijn geen klachten aan de commissie ter behandeling voorgelegd.

### **7.3. Commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag**

In 2004 is één commissie seksuele intimidatie gevormd voor beide locaties. In 2005 is het reglement van de commissie tot stand gekomen en door de raad van bestuur goedgekeurd. Op verzoek van de raad van bestuur neemt de commissie ook klachten over ongewenst gedrag in behandeling. In 2006 wordt bekeken of het aantal extra meldingen de draagkracht van de commissie niet te boven gaat. De commissie heeft in 2005 geen casussen behandeld.

De vertrouwenspersonen constateren in 2005 een toename van hulpvragen, met name op het terrein van ongewenst gedrag. De vertrouwenspersonen hebben één melding gehad over seksuele intimidatie die met succes is afgehandeld.

### **7.4. Tevredenheidsonderzoek medewerkers**

In 2001 is in opdracht van de werkgeversorganisatie NVZ Vereniging van ziekenhuizen en de werknemersorganisaties onderzoek gedaan naar de arbeidsbeleving van alle medewerkers die vallen onder de CAO Ziekenhuizen. Het onderzoek is in 2004 herhaald. Omdat de rapportage geen goed beeld gaf van de arbeidsbeleving op zorggroep-, sector-, of afdelingsniveau heeft Máxima Medisch Centrum besloten niet mee te doen. Het ziekenhuis heeft in 2004 zelf een plan van aanpak voor een onderzoek naar de waardering door medewerkers opgesteld. Alle medewerkers van het ziekenhuis wordt één maal per drie jaar gevraagd hun waardering uit te spreken over de kwaliteit van de eigen arbeidssituatie en het gevoerde sociale beleid van Máxima Medisch Centrum. Het onderzoek is in 2005 gestart met een pilot binnen de zorggroepen interne geneeskunde en reumatologie. De resultaten van deze pilot zijn begin 2006 bekend.

## 7.5. Verloop

In 2005 verlieten 328 medewerkers (183,2 fte) Máxima Medisch Centrum. In totaal 271 nieuwe medewerkers traden in dienst (135,9 fte). Het totaal aantal medewerkers bedroeg op 31 december 2005 3280 (2287,4 fte). Ter vergelijking: op 31 december 2004 waren er 3342 medewerkers in (2330,7 fte) in dienst van Máxima Medisch Centrum.

Er zijn in 2005 in totaal 3240 sollicitatiebrieven ontvangen, waarvan ca. 27% open sollicitaties. Het totale aantal vacatures waarvoor extern een advertentie is geplaatst bedroeg over beide locaties tezamen 40 (2004: 44). In totaal zijn over beide locaties 197 advertenties geplaatst (inclusief intern).

### *Mobiliteitscentrum*

Het mobiliteitcentrum herplaatst medewerkers die door arbeidsongeschiktheid of boventaligheid hun functie niet meer kunnen uitoefenen. De adviseurs van het mobiliteitscentrum adviseren en begeleiden deze medewerkers en hun leidinggevenden bij het zoeken naar een passende structurele functie.

In 2005 zijn 55 interne kandidaten aangemeld bij het mobiliteitscentrum, waarvan er 36 (65,5%) met succes zijn geplaatst in een passende structurele functie (intern en extern). In een aantal gevallen is een andere oplossing gevonden.

## 7.6. WAO-instroom

In verband met de gewijzigde wetgeving is de wachttijd voor een WAO-uitkering verlengd met een jaar. Hierdoor is er in 2005 geen nieuwe WAO-instroom geweest. Het WAO instroomcijfer voor Máxima Medisch Centrum was in 2004 0,3%; in 2003 lag dit cijfer op 0,4%.

## 7.7. Verzuim

Máxima Medisch Centrum kent een geïntegreerd verzuimbeleid. Alle managers in het ziekenhuis hebben een integrale managementverantwoordelijkheid en zijn dus ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het verzuimbeleid. Het verzuimbeleid is gericht op:

- het zoveel mogelijk voorkomen c.q. verminderen van arbeidsverzuim van medewerkers;
- het begeleiden van arbeidsongeschikte medewerkers opdat zij zo snel mogelijk kunnen reïntegreren;
- het aanpassen van arbeid dan wel het zoeken naar andere passende werkzaamheden om instroom in de WAO te beperken.

De direct leidinggevenden zijn eerst verantwoordelijk voor de aanpak van verzuim (verzuimbegeleiding en reïntegratie). De arbeidsongeschikte medewerker is medeverantwoordelijk voor het voorkomen en beheersen van verzuim. Leidinggevenden en medewerkers worden bij de uitvoering van het verzuimbeleid ondersteund door de bedrijfsarts, eventueel in samenwerking met andere deskundigen van de Arbo-dienst en de P&O-adviseur. De algehele coördinatie en ondersteuning rond verzuim is ondergebracht bij de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg. Evenals voorgaande jaren hebben er in 2005 verzuimtrainingen voor leidinggevenden plaatsgevonden. Deze trainingen ondersteunen de leidinggevenden bij het uitvoeren van het verzuimbeleid.

Met ingang van 2005 definieert het ziekenhuis zijn verzuimpercentage op basis van de zogenoemde 'vernet-definitie'. Omdat alle STZ-ziekenhuizen deze definitie hanteren, is het nu beter mogelijk het verzuimpercentage in Máxima Medisch Centrum te vergelijken met dat van vergelijkbare ziekenhuizen. Het verzuimpercentage van Máxima Medisch Centrum bedroeg in 2005 4,0% (exclusief zwangerschapsverlof). Het gemiddelde verzuimpercentage binnen STZ ziekenhuizen ligt voor 2005 op 4,7% (exclusief zwangerschapsverlof).

## 8. WAARDERING DOOR DE MAATSCHAPPIJ

### 8.1. Waardering door de maatschappij volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft waardering door de maatschappij als volgt:

“Hoe waardeert de maatschappij de inspanningen van de onderneming om naast haar primaire, klantgerichte taken in de bedrijfsvoering rekening te houden met de behoeften en verwachtingen van de lokale, nationale en internationale omgeving? Hierbij spelen elementen als werkgelegenheid, milieu en bijdragen aan het onderwijs een rol.”

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: patiëntenverenigingen, milieu en de open dag.

### 8.2. Patiëntenverenigingen

Diverse patiëntenverenigingen organiseren in Máxima Medisch Centrum thema-avonden en lotgenotencontact. Deze activiteiten voorzien in een grote behoefte en zijn een goede aanvulling zijn op de reguliere voorlichting in het ziekenhuis. De afdeling patiëntenvoorlichting ondersteunt de patiëntenverenigingen bij de organisatie van deze activiteiten.

#### *Informatieavonden*

Op locatie Eindhoven vonden er in 2005 zeventien informatieavonden plaats die door of in samenwerking met patiëntenverenigingen werden georganiseerd. De opkomst varieerde tussen 40 tot 120 belangstellenden. De Diabetes Vereniging Nederland en de Reumapatiëntenvereniging organiseerden ieder vijf informatieavonden, de Hemofilie patiëntenvereniging, de Epilepsie vereniging, de Schildklierstichting, de Stichting Bloedlink en de vereniging van Scoliose patiënten ieder één. Twee informatie avonden werden volledig door de afdeling patiëntenvoorlichting georganiseerd. De eerste avond in het kader van de Week van de Chronisch zieken; de tweede in het kader van het 25-jarig jubileum van de Eindhovense Hart en Trim Stichting.

Afdeling patiëntenvoorlichting locatie Veldhoven organiseerde zeven voorlichtingsavonden, waarvan zes buitenshuis. Deze avonden buitenshuis werden georganiseerd in samenwerking met plaatselijke organisaties. Een spreker uit Máxima Medisch Centrum geeft een lezing over een medisch onderwerp. De avonden worden bijzonder goed bezocht.

#### **Lotgenotencontact**

Op beide locaties biedt een aantal verenigingen patiënten de mogelijkheid voor lotgenotencontact. FES (Fibromyalgie Eendrachtig Sterk) deed dit vier maal, en de Epilepsie vereniging tweemaal. De Eindhovense Hart en Trim Stichting heeft op locatie Eindhoven een maandelijks inschrijftend. De Borstkanker Vereniging Nederland houdt maandelijks op beide locaties een inloopochtend. Op locatie Veldhoven houdt de Posttraumatische Dystrofievereniging maandelijks een inloopochtend.

#### *Thematafel*

Op locatie Eindhoven wordt elke maand extra aandacht besteed aan een bepaald thema. Het onderwerp kan aansluiten op een informatieavond of een landelijke actie. Materiaal voor de thematafel wordt geleverd door lokale patiëntenverenigingen. Ook op locatie Veldhoven wordt regelmatig gedurende een langere periode aandacht besteed aan een thema.

In 2005 is met onderstaande patiëntenverenigingen samengewerkt:

- Alzheimer Vereniging
- BHV (Belangenvereniging Hart- en Vaatpatiënten)
- Stichting Bloedlink
- Borstkankervereniging Nederland
- Diabetes Vereniging Nederland (DVN)

- Eindhovense Hart en Trim Stichting (EHTS)
- Endometriose stichting
- Epilepsie vereniging
- Fibromyalgie Eendrachtig Sterk (FES)
- Inloophuis De Eik
- MS vereniging
- Nederlandse vereniging van Posttraumatische Dystrofie
- Nierstichting
- Parkinson vereniging
- Reumavereniging Eindhoven e.o.
- Schildklierstichting
- Telefonische Hulpdienst
- Stichting Aandacht
- VOC (Vereniging van ouders met couveusekinderen)

### 8.3. Milieu

#### 8.3.1. Reststoffenmanagement

Op beide locatie van Máxima Medisch Centrum wordt gebruik gemaakt van zogenaamde 'reststoffeneilanden'. Deze manier van werken werpt zijn vruchten af. Op locatie Eindhoven is het restafval met zo'n 25.000 kg is afgenomen, onder andere door een betere scheiding van het afval aan de bron.

De toename van het gevaarlijk afval op locatie Veldhoven is een gevolg van het feit dat er in 2005 slechts éénmaal gevaarlijk afval is opgehaald, terwijl dit normaal twee keer per jaar gebeurt. In 2006 wordt extra aandacht besteed aan het specifiek ziekenhuisafval. Naar verwachting is in deze dure afvalstroom nog wel te besparen.

Overzicht afgevoerde reststoffen in 2005

locatie	Veldhoven	Eindhoven
karton (container 700 liter)	2.132 stuks	1.820 stuks
papier (container 240 liter)	1.508 stuks	780 stuks
vertrouwelijk papier (240 liter kliko's)	780 stuks	312 stuks
hout kg	7.780	14.420
restafval kg	353.220	221.520
specifiek ziekenhuisafval kg	59.562	20.446
gevaarlijk afval kg	4.097	1.771



### **8.3.2. Opslag van verpakte gevaarlijke stoffen**

In juni 2005 zijn de richtlijnen voor de opslag van verpakte gevaarlijke stoffen gewijzigd. Voor Máxima Medisch Centrum had deze verandering met name betrekking op de opslagruimtes van gevaarlijke stoffen en op de voorraden bij het laboratorium. De belanghebbende afdelingen zien er gezamenlijk op toe dat er conform deze nieuwe richtlijnen gehandeld wordt.

## **8.4. Open dag**

Op 19 maart deden beide locaties van Máxima Medisch Centrum voor de derde achtereenvolgende keer mee aan de landelijke Open Dag van de zorgsector. De opzet was gelijk aan de voorgaande jaren. Ook de bezoekersaantallen blijven ongeveer hetzelfde: zo'n 2000 mensen kwamen op bezoek zonder afspraak; ongeveer 500 in Eindhoven en 1.500 in Veldhoven. Op beide locaties waren in totaal zo'n 175 medewerkers aanwezig om bezoekers rond te leiden en uitleg te geven over hun werk. Verder konden de bezoekers hun bloeddruk, bloedsuiker en cholesterol laten meten en zelf prikken in een zogenaamde 'prikbil'. Zowel bezoekers als deelnemers waren erg enthousiast.



## **9. BESTUUR EN FINANCIERS**

### **9.1. Bestuur en financiers volgens INK**

Het INK-managementmodel omschrijft bestuur en financiers als volgt:

“Hoe waarderen het bestuur en de financiers de inspanningen van het management?

Hierbij spelen onderstaande vragen een rol:

- hoe beoordelen zij de prestaties van het management?
- zijn de financiële en operationele doelstellingen behaald?
- welke ruimte wordt geboden voor investeringen?
- wat zijn de lange termijn perspectieven om de visie van de leiding te kunnen realiseren?”

In dit hoofdstuk komen vanaf de volgende pagina achtereenvolgens aan de orde de financiële resultaten en de operationele resultaten.

## 9.2. Financiële resultaten (geconsolideerde jaarrekening)

### 9.2.1. Balans

Per 31 december 2005 met ter vergelijking de cijfers ultimo 2004  
(in duizenden euro's)

<b>ACTIVA</b>	<b>31 december 2005</b>	<b>31 december 2004</b>
<b>vaste activa</b>		
immateriële vaste activa	13.605	13.490
materiële vaste activa	103.663	103.679
financiële vaste activa	18	18
	117.286	117.187
<b>vlottende activa</b>		
voorraden	1.776	2.158
vorderingen en overlopende activa	49.741	41.141
onderhanden werk B-segment	2.075	-
financieringstekort	9.349	2.687
liquide middelen	251	285
	63.192	46.271
<b>totaal</b>	<b>180.478</b>	<b>163.458</b>

**PASSIVA**

	<b>31 december 2005</b>	<b>31 december 2004</b>
<b>eigen vermogen</b>		
kapitaal	1.639	1.639
collectief gefinancierd gebonden vermogen	7.299	6.920
niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	753	753
aandeel derden in groepsvermogen	9	
	9.700	9.312
<b>egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen</b>	4.343	4.957
<b>overige voorzieningen</b>	2.319	101
<b>langlopende schulden</b>	83.157	89.959
<b>kortlopende schulden en overlopende passiva</b>	80.959	59.129
totaal	180.478	163.458

### 9.2.2. Geconsolideerde resultatenrekening

Over 2005 met ter vergelijking de cijfers over 2004  
(in duizenden euro's)

	2005	2004
bedrijfsopbrengsten:		
- wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	161.949	165.400
- niet gebudgetteerde zorgprestaties	5.976	-
- mutaties onderhanden werk B-segment	2.075	-
- nagekomen budgetaanpassingen	2.388	1.660
- overige bedrijfsopbrengsten	7.704	6.298
<b>som der bedrijfsopbrengsten</b>	<b>180.092</b>	<b>173.358</b>
bedrijfslasten:		
- personeelskosten	105.438	103.239
- afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	13.486	12.700
- overige bedrijfskosten	55.461	51.838
<b>som der bedrijfslasten</b>	<b>174.385</b>	<b>167.777</b>
<b>bedrijfsresultaat</b>	<b>5.707</b>	<b>5.581</b>
financiële baten en lasten	-5.328	-5.456
<b>RESULTAAT</b>	<b>379</b>	<b>125</b>

### 9.2.3. Geconsolideerd kasstroomoverzicht

Over 2005 met ter vergelijking de cijfers over 2004  
(in duizenden euro's)

	2005	2004
<b>kasstroom uit operationele activiteiten</b>		
<b>exploitatieresultaat</b>	379	125
aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	14.100	13.171
- mutaties egalisatierekening		
afschrijving instandhouding	-614	-472
- mutaties voorzieningen	2.218	-413
	15.704	12.287
veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	382	92
- vorderingen	-8.601	4.980
- onderhanden werk B-segment	-2.075	
- nog in tarieven te verrekenen	-6.661	-1.666
- kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	5.895	-4.944
	-11.060	-1.538
<b>totaal kasstroom uit operationele activiteiten</b>	5.023	10.874
<b>kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>		
investeringen in materiële vaste activa	-13.549	-7.229
mutaties financiële vaste activa	-650	-
<b>totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>	-14.199	-7.229
<b>kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>		
nieuw opgenomen leningen		-
aflossingen langlopende schulden	-6.802	-7.031
overige mutaties eigen vermogen	9	
<b>totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>	-6.793	-7.031
mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)		
	-15.969	-3.386

#### **9.2.4. Waarderingsgrondslagen**

Grondslagen voor de waardering van activa en passiva en voor de bepaling van het resultaat.

##### *Grondslagen voor consolidatie*

In de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Máxima Medisch Centrum zijn alle instellingen opgenomen waarin direct of indirect overwegende zeggenschap kan worden uitgeoefend. De consolidatie heeft overeenkomstig uniforme waarderingsgrondslagen volgens de integrale methode plaatsgevonden. Onderlinge vorderingen, schulden en transacties zijn geëlimineerd, evenals de binnen de groep gerealiseerde omzet en resultaten. De geconsolideerde jaarrekening is ten opzichte van 2004 uitgebreid met de financiële gegevens van de volgende rechtspersonen:

- MRI centrum Zuid Nederland BV
- MMCZ Holding BV waarin begrepen OCM BV.

##### *Immateriële vaste activa*

De immateriële vaste activa worden gewaardeerd tegen de bestede kosten, verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen bedragen een percentage van de bestede kosten, conform de beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg / ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio).

##### *Materiële vaste activa*

De materiële vaste activa die op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)/Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) worden gefinancierd zijn gewaardeerd tegen aanschaffings- of vervaardigingskosten verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen worden berekend conform de desbetreffende beleidsregels van het CTG/ZAio.

In verband met de herziening van de consolidatiegrondslag zijn de bedragen 2004 voor inventaris en automatisering aangepast.

De materiële vaste activa die behoren tot de niet-WZV/WTG-gefinancierde vaste activa worden gewaardeerd tegen aanschaffingskosten. De afschrijvingspercentages die gehanteerd worden staan vermeld in de desbetreffende bijlage.

Voor investeringen die in de loop van het jaar worden aangeschaft, wordt de volledige jaarafschrijving berekend. Dit geldt ook voor de investeringen die in het kader van de meldingsprocedure in gebruik worden genomen.

De investeringen in gebouwen die het vergunningetraject hebben doorlopen worden afgeschreven vanaf het moment van ingebruikname.

Máxima Medisch Centrum maakt gebruik van medische inventarissen die zijn ondergebracht in een drietal special purpose vennootschappen. De activa en passiva van deze vennootschappen zijn geïntegreerd in de jaarrekening van het ziekenhuis.

##### *Financiële vaste activa*

De deelneming in Pardoes B.V. is gewaardeerd tegen historische kosten.

##### *Voorraden*

De aanwezige voorraden zijn gewaardeerd tegen verkrijgingprijs, onder aftrek van een bedrag voor incurant voor zover daartoe aanleiding bestaat. De voorraden op de afdelingen worden niet gewaardeerd.

##### *Vorderingen*

De vorderingen worden opgenomen tegen nominale waarde, onder aftrek van de noodzakelijk geachte voorzieningen voor het risico van oninbaarheid.

De bepaling van de hoogte van het bedrag nog te factureren A-segment voor het ziekenhuis, het nog te factureren bedrag specialistenhonoraria A-segment en de omvang van het onderhanden werk specialistenhonoraria B-segment is voorshands geschied met behulp van de landelijk gemiddelde kostprijzen zoals die worden gehanteerd door het CTG/ZAio. Voor zover van toepassing is hierbij rekening gehouden met de voor Máxima Medisch Centrum



geldende opslagpercentages, zoals die in de loop van het verslagjaar van toepassing zijn geweest.

De waardering onderhanden werk van het ziekenhuis voor het B-segment is bepaald met behulp van de FB-systematiek.

#### *Bedrijfsbaten en bedrijfslasten*

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

De bedrijfsbaten zijn voor wat betreft het budget aanvaardbare kosten berekend aan de hand van de voorschriften voor de bekostiging, dan wel voor wat betreft de overige opbrengsten gebaseerd op het gefactureerde of doorberekende bedrag voor geleverde goederen en diensten. Bedrijfsbaten en bedrijfslasten uit voorgaande jaren (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) die in dit boekjaar zijn geconstateerd, zijn aan dit boekjaar toegerekend. Als buitengewone bedrijfsbaten en bedrijfslasten worden bedrijfsbaten en bedrijfslasten opgenomen die niet uit de gewone bedrijfsuitoefening voortvloeien.

#### *Grondslagen voor de opstelling van het kasstroomoverzicht*

Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode. Alleen die mutaties zijn in aanmerking genomen welke tot wijziging van de geldmiddelen aanleiding hebben gegeven.

### 9.2.5. Toelichting op de geconsolideerde balans

Per 31 december 2005 met ter vergelijking de cijfers ultimo 2004  
(in duizenden euro's)

#### *Immateriële vaste activa*

De immateriële vaste activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
aanloopkosten	13.605	13.490
	13.605	13.490

Het verloop van de immateriële vaste activa was in het verslagjaar als volgt:

boekwaarde per 31 december 2004	13.490
bij: investeringen in 2005	650
af: afschrijvingen 2005	535
boekwaarde per 31 december 2005	13.605

De cumulatieve afschrijvingen bedragen ultimo 2005 € 8.458. Over de investeringen 2005 is niet afgeschreven.

Voor een nadere toelichting op de immateriële vaste activa wordt verwezen naar de bijlagen.

#### *Materiële vaste activa*

De materiële vaste activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
terreinen	6.588	6.721
gebouwen	39.797	41.295
installaties	14.789	16.875
inventarissen	20.701	18.548
automatiseringsapparatuur	6.886	6.730
meldingsinvesteringen	11.743	12.095
bouwprojecten in uitvoering	3.159	1.415
	103.663	103.679

Het verloop van de materiële vaste activa was in het verslagjaar als volgt:

boekwaarde per 31 december 2004	103.679
bij: investeringen in 2005	13.549
af: afschrijvingen 2005	13.565
boekwaarde per 31 december 2005	103.663

De cumulatieve afschrijvingen bedragen ultimo 2005 € 109.947.

Voor een nadere toelichting op de materiële vaste activa wordt verwezen naar de bijlagen.  
Daar is tevens het verloop weergegeven van bouwprojecten in uitvoering.

*Financiële vaste activa*

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
	18	18

Het betreft de 100% deelneming in Pardoes B.V. De doelstelling van deze onderneming is kinderopvang. De activiteiten zijn per 01-01-2006 beëindigd.

*Vorraden*

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
benodigdheden verpleging, verzorging en overige voorraden	1.776	2.158
	1.776	2.158

*Vorderingen en overlopende activa*

De vorderingen en overlopende activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
debiteuren	39.306	32.956
voorschotten zorgverzekeraars nog te factureren A segment	-32.884	
nog te factureren honorarium	24.718	
overige vorderingen	5.689	5.860
overlopende activa	11.188	2.324
	1.724	
	49.741	41.140

*Onderhanden werk B-segment*

onderhanden werk B-segment	2.075	-
	2.075	-

Op de debiteurenpositie is een voorziening voor oninbaarheid van € 218 (2004: € 68) in mindering gebracht.

Onder de overige vorderingen is een bedrag van € 2.319 aan te vorderen goodwillbedragen specialisten opgenomen.

*Liquide middelen*

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
banken	228	262
kas	23	23
	251	285

### *Eigen vermogen*

Het verloop van het eigen vermogen was in het verslagjaar als volgt:

	<b>stand 31.12.2004</b>	<b>resultaat bestem- ming</b>	<b>overige mutaties</b>	<b>stand 31-12-2005</b>
<b><i>kapitaal</i></b>	1.639	-		1.639
<b><i>collectief gefinancierd gebonden vermogen</i></b>				
- reserve aanvaardbare kosten	6.920	379		7.299
	6.920	379		7.299
<b><i>niet-collectief gefinancierd vrij vermogen</i></b>				
- algemene reserve	753	-		753
	753	-		753
- aandeel derden groepsvermogen			9	9
<b>totaal eigen vermogen</b>	<b>9.312</b>	<b>379</b>	<b>9</b>	<b>9.700</b>

### *Egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen*

stand per 31 december 2004				4.958
mutaties:				
toevoeging 2005		1.451		
onttrekking 2005		2.101		
correctie voorgaande jaren		35		
per saldo mutatie 2005				-615
stand per 31 december 2005				4.343

Op de egalisatierekening wordt het verschil geboekt tussen het in het budget opgenomen bedrag voor afschrijving instandhoudinginvesteringen en de werkelijke afschrijvingen instandhoudinginvesteringen zoals vermeld in de resultatenrekening.

Het verloop van de investeringsruimte instandhouding was in het verslagjaar als volgt:

beschikbare investeringsruimte per 31 december 2004				1.022
correctie voorgaande jaren		354		-
indexering beschikbare investeringsruimte		-269		
investeringsruimte 2005		1.334		
investeringen 2005		-1.750		
mutatie investeringsruimte				-331
beschikbare investeringsruimte per 31 december 2005				691

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen voor een bedrag van € 7,5 miljoen beslag op de bovenvermelde beschikbare investeringsruimte per 31 december 2005. Het tekort zal worden gefinancierd uit de trekkingsrechten, voor zover de tegen die tijd opgebouwde investeringsruimte instandhouding niet voldoende is.

Het verloop van de reeds opgebouwde, maar nog niet bestede trekkingsrechten was in het verslagjaar als volgt:

beschikbare investeringsruimte per 31 december 2004		24.227
indexering beschikbare investeringsruimte	-509	
investeringsruimte 2005	2.257	
mutatie investeringsruimte		1.748
beschikbare investeringsruimte er 31 december 2005		25.975

Het tekort dat kan ontstaan in de investeringsruimte instandhouding wordt gefinancierd uit de trekkingsrechten.

#### *Voorzieningen*

Het verloop van de voorzieningen was in het verslagjaar als volgt:

	<b>stand 31.12.2004</b>	<b>dotaties</b>	<b>ont- trekkingen</b>	<b>stand 31.12.2005</b>
voorziening goodwill		2.319		2.319
voorziening groot onderhoud	101	-	101	-
	101	2.319	101	2.319

De onderhoudskosten voor de komende periode zijn regelmatig over de jaren gespreid. In de exploitatiebegroting wordt hier rekening mee gehouden, zodat het niet nodig wordt geacht met een voorziening groot onderhoud te werken. Hetzelfde geldt voor de kosten van jubileumuitkeringen. De gemiddelde jaarlast voor jubileumuitkeringen betreft € 125. De voorziening goodwill is gevormd ten behoeve van de nog resterende toezeggingen voor goodwillbetaling aan de (ex) leden van "de Holding".

#### *Langlopende schulden*

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
saldo leningen primo boekjaar	89.959	96.990
aflossingen 2006 resp. 2005	-6.802	-7.031
saldo leningen ultimo boekjaar	83.157	89.959

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar het in deel IV opgenomen 'Overzicht van langlopende schulden ultimo 2005'. Máxima Medisch Centrum is toegelaten tot het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ).

*Overige kortlopende schulden en overlopende passiva*

De kortlopende schulden en overlopende passiva kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	<b>31.12.2005</b>	<b>31.12.2004</b>
schulden aan kredietinstellingen	39.888	23.954
crediteuren	7.985	6.711
belastingen en premies sociale verzekeringen	2.018	2.168
schulden ter zake van pensioenen	1.310	1.260
aflossingsverplichtingen leningen	6.802	7.031
overige schulden		
- salarissen en toeslagen	5.834	5.474
- specialisten en maatschappen	2.996	1.958
- overige	10.059	8.991
- vooruitontvangen subsidiegelden	2.399	-
	79.291	57.547
overlopende passiva		
- nog te betalen rente	1.668	1.582
	1.668	1.582
	80.959	59.129

Per ultimo december 2005 waren de volgende faciliteiten bij de ING van kracht:

- rekening courant limiet € 45 miljoen;
- rekening courant met kasgeldoptie ten behoeve van voorafhandeling onroerend goed € 10 miljoen;
- Euroflexlening ten behoeve van financiering roerende activa € 10 miljoen.

*Nog in de tarieven te verrekenen financieringstekort*

	<b>t/m 2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>totaal</b>
saldo per 1 januari 2005	-4.099	6.707	79		2.687
financieringsverschil				4.571	4.571
boekjaar					
correcties voorgaande jaren	2	656	1.433		2.091
betalingen/ontvangsten					
saldo per 31 december 2005	-4.097	7.363	1.512	4.571	9.349
stadium van vaststelling	c	c	b	a	

a = interne berekening

b = in bespreking met zorgverzekeraars/zorgkantoor

c = definitieve vaststelling CTG

De correcties voorgaande jaren zijn het gevolg van de nagekomen budgetaanpassingen.

De specificatie van het financieringsverschil is als volgt:

	<b>2005</b>	<b>2004</b>
<b>wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</b>	161.949	165.400
vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- DBC A	126.551	-
- DBC B kapitaallasten	854	-
- onderhanden werk DBC A	24.718	-
- vergoeding voor kliniek en dagverpleging	444	102.726
- af: toeslag lokaal initiatief	-6.887	-5.663
- vergoeding voor overige verrichtingen	5.118	55.566
- opbrengst PAAZ	4.533	4.553
- remicade, hemofilie en dure geneesmiddelen	1.415	4.259
- honoraria medisch specialistische hulp	632	527
- vergoeding voor polikliniek	-	3.353
<b>totaal vergoedingen</b>	157.378	165.321
<b>te weinig geïnd</b>	-4.571	-79

Uit de specificatie blijkt dat er in 2005 € 4.571 minder is gedeclareerd dan het geraamde extern budget.

Door de nagekomen budget- en opbrengstaanpassingen voorgaande jaren van € 2.091 en het te weinig geïnde bedrag 2005 is het financieringstekort opgelopen van € 2.687 naar € 9.349.

### 9.2.6. Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening

Over 2005 met ter vergelijking de cijfers over 2004  
(in duizenden euro's)

#### *Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten*

Het verloop van het wettelijke budget aanvaardbare kosten ten opzichte van 2004 is als volgt te specificeren:

**wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2004** 165.400

#### **mutatie op grond van:**

vergoeding prijsstijging	624	
vergoeding voor stijging loonkosten	820	
groei normatieve kapitaalslasten	195	
mutatie productie	3.966	
lokale productiegebonden component	301	
		5.906

#### uitbreiding erkenning en toelating:

loonkosten	694	
materiële kosten	23	
normatieve kapitaalslasten	5	
		722

#### beleidsmaatregelen overheid:

- regeling dure geneesmiddelen	981	
- hemofilie/remicade	-12	
- kortingen prestatiecontract	-1.758	
- schoning B segment	-8.051	
		-8.840

#### nacalculeerbare kapitaalslasten:

- rente	-265	
- afschrijvingen	-42	
		-307
overige mutaties		-932

**wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2005** 161.949

Voor een gedetailleerd overzicht van de gehele opbouw van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten verwijzen wij naar de bijlage 'Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004 en 2005'.

De opbrengst van het B segment is als volgt opgebouwd:

gefactureerde DBC-B segment	5.976	
onderhanden werk B-DBC's	2.075	
		8.051



### *Nagekomen budgetaanpassingen*

aanpassing AK 2002	2	
aanpassing AK 2003	656	
aanpassing AK 2003 PAAZ	222	
aanpassing AK 2004	1.433	
aanpassing AK 2004 PAAZ	75	
saldo		2.388

De nacalculaties zijn tot en met 2003 door het CTG vastgesteld. De nacalculatie 2004 is besproken met de zorgverzekeraars maar nog niet vastgesteld. De nacalculatie 2005 is nog niet met de zorgverzekeraars besproken.

### *Overige bedrijfsopbrengsten*

De overige bedrijfsopbrengsten kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	<b>2005</b>	<b>2004</b>
zorgprestaties tussen instellingen	3.337	2.335
zorgprestaties derde compartiment	463	178
tandarts	110	100
overige dienstverlening	3.261	2.846
overige opbrengsten	20	331
doorberekende kapitaalslasten	513	508
totaal	7.704	6.298

### *Personeelskosten*

	<b>2005</b>	<b>2004</b>
lonen en salarissen	83.860	82.291
sociale lasten	8.901	8.922
pensioenpremies	7.004	5.898
andere personeelskosten	3.972	3.793
	103.737	100.904
personeel niet in dienst	1.701	2.335
totaal	105.438	103.239

De gemiddelde personeelsbezetting kan als volgt worden gespecificeerd:

	<b>2005</b>	<b>2004</b>
	<b>fte</b>	<b>fte</b>
	2.301	2.400

<i>Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa</i>	<b>2005</b>	<b>2004</b>
afschrijvingen vergunningsplichtige activa	4.200	4.233
afschrijvingen materiële vaste activa instandhouding	2.101	1.926
afschrijvingen materiële vaste activa wtg gefinancierd (inventarissen en automatiseringsapparatuur)	7.683	6.886
afschrijvingen materiële vaste activa niet wtg/wzv gefinancierd	117	127
mutatie voorziening instandhoudingkosten	-615	-472
<b>totaal</b>	<b>13.486</b>	<b>12.700</b>
<i>Overige bedrijfskosten</i>	<b>2005</b>	<b>2004</b>
voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	6.192	6.223
algemene kosten	11.184	10.146
patiënt- en bewonersgebonden kosten	34.284	31.877
onderhoud en energiekosten	3.290	2.984
huur en leasing	196	252
dotaties voorzieningen	315	356
<b>totaal</b>	<b>55.461</b>	<b>51.838</b>
<i>Financiële baten en lasten</i>	<b>2005</b>	<b>2004</b>
rentebaten	137	110
rentelasten	-5.466	-5.566
	-5.329	-5.456

### **9.2.7. Vaststelling jaarrekening en accountantsverklaring**

#### *Opdracht*

Wij hebben de jaarrekening 2005 van Stichting Máxima Medisch Centrum te Veldhoven gecontroleerd. De jaarrekening is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur 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 de raad van 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.

#### *Oordeel*

Wij zijn van oordeel dat de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen op 31 december 2005 en van het resultaat over 2005 in

overeenstemming met in Nederland algemeen aanvaarde grondslagen voor financiële verslaggeving en voldoet aan de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen.

Den Haag, 19 april 2006

Ernst & Young Accountants

### 9.3. Operationele resultaten

#### 9.3.1 Productie

##### *Realisatie ten opzichte van productieafspraken*

Als gevolg van de invoering van de DBC-systematiek dient vanaf 1 februari 2005 een onderscheid gemaakt te worden tussen het A- en B-segment. Het A-segment betreft het geschoonde Functiegerichte Budget (FB). Het B-segment betreft de vrij onderhandelbare DBC's. Bij het maken van de productieafspraken 2005 bestond nog geen duidelijk beeld van het aantal FB-parameters (opnamen, verpleegdagen, etc.) dat door de invoering van het B-segment wegvalt. Máxima Medisch Centrum heeft met de zorgverzekeraars in eerste instantie dan ook productieafspraken gemaakt over het totaal van het A- en het B-segment. Wanneer deze productieafspraken vergeleken worden met de gerealiseerde productie in FB-parameters kan het volgende geconstateerd worden:

- Het aantal eerste polikliniekbezoeken en het aantal verpleegdagen worden net niet gehaald.
- Het aantal opnamen en het aantal dagverplegingen worden daarentegen ruim gehaald. Deze stijging zit vooral bij de beschouwende vakken en wordt voor een deel veroorzaakt door optimalisering van de registratie.

De zorgverzekeraars hebben aangegeven de gerealiseerde productie te vergoeden.

In de onderstaande tabel wordt het verschil tussen de productieafpraak en realisatie weergegeven.

	productie afpraak	werkelijk 2005	% verschil
eerste polikliniekbezoeken	165.015	164.700	-0,2%
dagverpleging totaal	21.023	21.535	2,4%
opnamen	24.091	24.326	1,0%
verpleegdagen	170.350	170.127	-0,1%
gemiddelde verpleegduur	7,1	7,0	-0,1 (dag)

In deze cijfers zijn de psychiatrische afdelingen niet opgenomen. Deze productie valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en wordt op een andere manier gemeten. De productieafspraken hierover met het zorgkantoor zijn op circa 2,5% na niet gehaald. Dit geldt voor zowel de intra- als extramurale productie. Uitzondering zijn de opnamen. Deze werden met 1% overschreden.

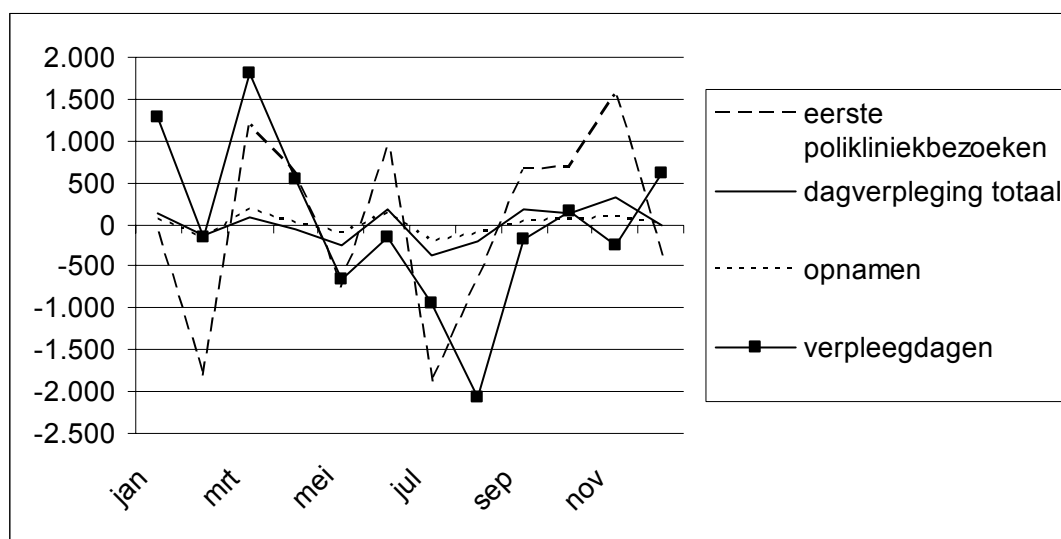
##### *Trend*

In onderstaande tabel wordt de gerealiseerde productie in 2005 vergeleken met de gerealiseerde productie in 2004.

	2004	2005	% verschil
eerste polikliniekbezoeken	159.704	164.700	3,1%
dagverpleging totaal	19.757	21.535	9,0%
opnamen	23.660	24.326	2,8%
verpleegdagen	170.841	170.127	-0,4%
gemiddelde verpleegduur	7,2	7,0	-0,2 (dag)

Het ziekenhuis heeft meer productie gerealiseerd dan in 2004. De dalende trend in het aantal verpleegdagen zet zich door in 2005.

De productie was gedurende het jaar redelijk stabiel, alleen de maanden februari, mei en juli kenden een dip. Dit hangt samen met de vakantieperiodes. De maanden maart, juni en november daarentegen, waren maanden met een hoge productie. In de onderstaande grafiek wordt de fluctuatie weergegeven.



Ten aanzien van de opnamen zijn vooral de specialismen cardiologie, plastische chirurgie, orthopedie en pediatrie verantwoordelijk voor de stijging. Een sterke daler in 2005 was het specialisme keel-, neus, en oorheeskunde waar vacatures later ingevuld konden worden dan gepland. Bij de dagverpleging stijgen voornamelijk cardiologie, maag-, darm- en leverziekten, gynaecologie en pediatrie. Dalers zijn urologie en oogheeskunde. Urologie wordt veroorzaakt door het wegvallen van de 3<sup>e</sup> compartimentzorg. Een vacature bij de oogartsen is de oorzaak van de daling bij oogheeskunde. De stijgers bij de eerste polikliniekbezoeken zijn cardiologie, maag-, darm- en leverziekten, heeskunde en orthopedie. De dalers zijn urologie en gynaecologie

Meer gedetailleerde gegevens over de productie zijn opgenomen in de bijlagen.

#### B-segment

Naast de FB-parameters heeft Máxima Medisch Centrum separaat met een aantal grote zorgverzekeraars afspraken gemaakt over aantallen, prijzen en kwaliteitsparameters van DBC's in het B-segment. In onderstaande tabel wordt het aantal geopende B-DBC's in 2004 en 2005 weergegeven.

De aantallen voor 2004 betreffen de schoningsaantallen en de aantallen 2005 zijn inclusief de aantallen die in januari 2005 zijn gerealiseerd.

	2004	2005	% verschil
<u>heelkunde</u>			
liesbreuken	570	543	-4,7%
varices	460	464	0,9%
<u>dermatologie</u>			
varices	335	333	-0,6%
<u>inwendige geneeskunde</u>			
diabetes mellitus volwassenen	2.234	2.345	5,0%
<u>keel-, neus- en oorheeskunde</u>			
adenoid en tonsillen	650	655	0,8%

	2004	2005	% verschil
<u>plastische chirurgie</u>			
borstverkleining	150	191	27,3%
<u>gynaecologie</u>			
cervixafwijking	187	149	-20,3%
incontinentie	228	214	-6,1%
<u>kindergeneeskunde</u>			
diabetes mellitus kinderen	101	101	0,0%
<u>oogheelkunde</u>			
cataract	1.890	1.692	-10,5%
<u>neurochirurgie</u>			
hnp	151	169	11,9%
<u>reumatologie</u>			
jicht	125	124	-0,8%
bechterew	130	123	-5,4%
<u>orthopedie</u>			
heupen	370	372	0,5%
knieën	185	208	12,4%
hnp	10	9	-10,0%
<u>maag-, darm- en leverziekten</u>			
reflux	110	129	17,3%
dyspepsie	330	276	-16,4%
<u>urologie</u>			
blaascarcinoom	190	195	2,6%
niersteen	95	98	3,2%
uretersteen	100	101	1,0%
<u>neurologie</u>			
hnp	1.000	1.187	18,7%
<u>longziekten</u>			
interstitiële longaandoening	100	110	10,0%

#### *Ontwikkelingen*

Naar verwachting trekt de productie van de specialismen oogheelkunde en gynaecologie in 2006 weer aan. Deze specialismen kampten in 2005 met vacatures. Deze vacatures zijn inmiddels opgevuld.

In 2006 wordt de formatie plastische chirurgie uitgebreid. Met deze uitbreiding krijgt schisischirurgie in de regio een sterke impuls.

In het kader van het vrouw, moeder, kindcentrum wil Máxima Medisch Centrum meer kinderchirurgie in de regio gaan uitvoeren. Momenteel moeten veel kinderen voor redelijk eenvoudige ingrepen in academische centra worden opgenomen. Door deze functie in Máxima Medisch Centrum vorm te geven kan veel reistijd voorkomen worden. Máxima Medisch Centrum wil in het bijzonder oogchirurgie bij pasgeborenen gaan uitvoeren. Ons ziekenhuis wordt de enige instelling in Nederland waar deze behandelingen zullen plaatsvinden.

De klinische capaciteit wordt in 2006 teruggebracht. Bij een stijgend aantal opnamen leidt dit tot een verdere verlaging van de gemiddelde verpleegduur.

### 9.3.2 Wacht- en toegangstijden

#### *Wachttijden*

De wachttijden verschillen nog per locatie en worden om die reden ook per locatie geregistreerd. Over het algemeen zijn de wachttijden voor zowel dagopname als klinisch opname nauwelijks gewijzigd. Voor dagopname geldt als Treeknorm dat 80% van de patiënten binnen vier weken geholpen wordt en 100% binnen zes weken. Voor klinische opname zijn de normen 80% binnen vijf weken en 100% binnen zeven weken. Het grootste deel van de specialismen voldoet aan deze normen. Uitzonderingen zijn orthopedie, plastische chirurgie en oogheelkunde. Steeds meer specialismen hebben de ambitie om onder de Treeknormen te gaan werken.

#### *Wachttijden kliniek en dagverpleging per specialisme en per locatie in weken*

specialisme	locatie Eindhoven				locatie Veldhoven			
	jan 2005		dec 2005		jan 2005		dec 2005	
	dag	opn	dag	opn	dag	opn	dag	opn
interne geneeskunde	1	1	1	1	1	0	1	1
cardiologie	1	1	1	1	2	1	1	1
longziekten	1	1	1	1	1	0	1	1
reumatologie	1	1	1	1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
pijnbestrijding	4	1	4	0	1	1	1	0
chirurgie	3	3	4	4	4	4	5	5
urologie	3	3	4	4	5	5	4	4
orthopedie MMC	8	8	10	7	6	6	12	7
orthopedie OCM			7	4	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
plastische chirurgie	30	65	35	52	45	52	35	40
gynaecologie	2	2	2	4	4	4	2	4
kindergeneeskunde	1	1	1	1	1	0	1	1
neurologie	1	1	1	1	3	1	3	1
dermatologie	1	1	1	1	1	1	1	1
keel-, neus-, oorheelkunde	6	6	5	5	4	4	5	5
oogheelkunde	8	8	12	8	8	8	12	8

dag = dagverpleging  
opn = klinische opname

#### *Toegangstijden polikliniek*

De Treeknorm voor de toegangstijden polikliniek is 80% van de patiënten binnen drie weken en 100% binnen vier weken. Het merendeel van de specialismen haalt deze norm ruimschoots. Bij een aantal specialismen is de toegangstijd verder gedaald. Ook voor de toegangstijden geldt dat de ambitie onder de Treeknorm te blijven steeds verder groeit.

*Toegangstijden polikliniek per specialisme en per locatie in weken*

specialisme	Eindhoven		Veldhoven	
	jan.2005	dec.2005	jan.2005	dec.2005
interne geneeskunde	2	1	2	2
maag, darm-, leverziekten		1		3
cardiologie	2	2	3	2
longziekten	1	1	1	1
reumatologie	22	6	11	6
pijnbestrijding	15	3	10	0
chirurgie	3	1	1	2
urologie	3	4	6	2
orthopedie MMC	4	6	5	12
orthopedie OCM		2	n.v.t.	n.v.t.
plastische chirurgie	18	6	28	7
gynaecologie	1	1	1	2
kindergeneeskunde	3	3	1	11
psychiatrie	3	3	4	3
neurologie	4	4	1	1
dermatologie	1	3	8	4
keel-, neus-, oorheelkunde	6	5	12	10
oogheelkunde	6	6	18	12
kaakchirurgie	n.v.t.	n.v.t.	3	12
revalidatie	1	1	1	5





# BIJLAGEN



# ALGEMENE GEGEVENS

## 1. Naam en vestigingsplaats

De stichting Máxima Medisch Centrum is gevestigd te Eindhoven en beheert twee locaties te Eindhoven en Veldhoven.

## 2. Samenstelling organen per 31 december 2005

### raad van toezicht

drs. J.G.M. Kegelaer vice-voorzitter

mevrouw S.R. de Moor-Bullinga

mr. A.J.H.M. Lips

prof.dr. L.B.A. van der Putte

J. Wilkes, RA voorzitter

### raad van bestuur

dr. R.H.J. van 't Hullenaar voorzitter

P. Nederlof, arts

### managementteam

ir. A. Bezemer

manager facilitair bedrijf

drs. V.J. Brenninkmeijer

dagelijks bestuur medisch ondersteunende divisie

drs. H.A.M. Hutschemaekers

manager economisch administratieve dienst

mevr. drs. K.M. van IJzendoorn

hoofd communicatie

A.H.W.M. Jongmans

manager divisie zorg

W. Kaatee

manager divisie zorg

dr. W.J. Levens

medisch manager divisie zorg

drs. F.J. Spiering

manager personeel & organisatie / ondersteuning  
beleid en besturing

prof.dr.ir. H.L. Vader

dagelijks bestuur medisch ondersteunende divisie

dr. H.J. van Wijk

medisch manager divisie zorg

### bestuur medische staf

mevr. H.W.C. Chatrou

dr. F. van der Graaf

secretaris

dr. H.R. Haak

vice-voorzitter

A.N. van der Linden

J.P. de Mönnink

dr. W.E. Tjon A Ten

penningmeester

dr. M.A.H.M. Wiegerinck

voorzitter

### medische staf

J.L.H. Beerens

anesthesiologie

J.J. van den Berg

J. Bitter

W.T.M. Custers

S.W.M. Janssen

M.R. Luirink

L.H.P.M. le Mair

J.A.J. van Meggelen

A. Pfaff

K.A. Postma

M.H.C. Rohof

N.F.J. Ruigrok

E.A. Tielbeek

mevr. B.P.C.M. van de Ven

A. Visser

V.J. Brenninkmeijer L.J.J. Derijks mevr. L. Meerman M.E.C. van de Poll mevr. S.J. Troost	apotheek
S.R.E. Elshot D. Hendriks J. Hoogsteen dr. M.C. Huige mevr. S.H.H. Kuijpers C. de Nooijer L.C. Slegers H.J.M. Thijssen dr. R.J.A.M. Verbunt dr. R.F. Visser	cardiologie
M.H.M. Bender dr. G. den Butter J.A. Charbon dr. F.A.A.M. Croiset van Uchelen P.V. van Eerten dr. W.F.M. van Erp M.G. Luiting dr. W.J. Prakken P.H.M. Reemst dr. O.J. Repelaer van Driel dr. R.M.H. Roumen dr. M.R.M. Scheltinga dr. G.D. Slooter	chirurgie
mevr. C.P.M. Groeneveld-Haenen F.D.B. Haas mevr. AL.A. Kuijpers dr. H.L.M. van der Meeren mevr. M. Prins P.W.J.M. Willems	huidziekten
J.P. van Akkeren W.M. Dijkman J.J.A. Eijkenboom A. de Gooijer J. de Koning M.H.H. Königs	intensive care geneeskunde
C.H. Beerenhout S.N. Blank dr. M.W. Dercksen dr. R.J. Erdtsieck dr. P.G.G. Gerlag dr. H.R. Haak dr. J.J. Keuning dr. A.G. Lieverse M.R. Nijziel dr. G. Vreugdenhil dr. A.W.L. van den Wall Bake	interne geneeskunde

C.D. van Es J.Th. Kamphuis dr. J.M.J.I. Salemans J.W.A. Straathof mevr. dr. M.L. Verhulst dr. H.J. van Wijk	maag-, darm-, en levergeneeskunde
J.P. den Mönnink C.E. Visser B. Wouters	keel-, neus- en oorheelkunde
P. Andriessen dr. S. Bambang Oetomo G. Bocca L.A. Bok J. Buijs R. van Gent F.J.J. Halbertsma L.P.F. Janssens dr. M.J.K. de Kleine A.M.P. Koolen mevr. J.P.F. van der Sluijs-Bens dr. W.E. Tjon A Ten mevr. M.J.T. Verreussel mevr. D.M. Visser-Blokland mevr. J.M. van Wijk-Hoek S.H.J. Zegers	kindergeneeskunde / neonatologie
dr. D.L. Bakkeren dr. F. van der Graaf dr. P.H.M. Kuijper prof.dr ir. H.L. Vader	klinische chemie
prof. dr. ir. P.F.F. Wijn	klinische fysica
vacature	klinische genetica
R.M. Aleva M.J. van Henten J.D.J. Janssen G.J. Jonker S.J.M. Mol D.R.A.J. De Munck	longziekten
dr. C.H.E. Boel mevr. L.H.M. Verhoef	medische microbiologie
E.H. Bicknese mevr. H.J.M. Brus mevr. dr. M. Chatrou mevr. R.I. van Dommelen dr. F.J.S. Donker mevr. M.C. Jansen-Evers mevr. E.A.M. Rijper mevr. B.K. Tonino mevr. S.M.M. Verstraeten	medische psychologie
dr. J.P.H. Bekke dr. H.C.J. Kerstens	mondziekten en kaakchirurgie

L.R. Canta dr. P.L.I. Dellelijn W. Groeneveld J.A.P. Hiel F.H.M. Kornips A. Valkenburg A.J. Vermeij	neurologie
I.H. Liem	nucleaire geneeskunde
D.H.H. Box W.J. Hament C.F. Hommersom dr. F.T. Kerkhoff mevr. M.J.C. Kooijman-de Groot P.J. Meurs	oogheelkunde
W.A. den Boer F.Q.M.P. van Douveren Ch.W.G.H. Geukers R.P.A. Janssen H.W.J. Koot dr. T.E. Lim dr. J.B.A. van Mourik H.A.G.M. Sala	orthopedie
M.W.P.M. van Beek T.B.J. Demeyere mevr. dr. G. van Lijnschoten	pathologie
M.R. Fechner H.W.H.J. van Tits J. Wilmink	plastische en reconstructieve chirurgie
F.A.J.M. Ancion A.A.H. Roulaux W.A.F. Sondermeijer mevr. M.A. van Woensel-Kwast	psychiatrie
A.Ph. Booij P.T.J. Cremers A.N. van der Linden F.H.J. ter Linden H.W.A. Ooms H.L.M. Pasmans M.L. Plaisier M.P.J. Polak mevr. E.I.J. Rasenberg F.G. Roos C.M.E.S. Tseng J.P.G. Weerdenburg	radiodiagnostiek
mevr. dr. M.C.G.S. Jacobs mevr. Z.L.B.M. Montnor-Beckers R.A.M. Traksel R.H. Verheesen dr. A.A.A. Westgeest	reumatologie
dr. A.R. Hoogeveen dr. G. Schep	sportgeneeskunde

R.W.L. Bos  
P.F.C.M. Braam  
dr. W.J. Levens  
mevr. E.L. Nanlohy-Manuhutu  
F.P.P.M. Pernet  
mr. W. Zwiers

urologie

mevr. C.J.M. Backx  
mevr. dr. C.J.M. van Binsbergen  
mevr. dr. M.Y. Bongers  
dr. G.L. Bremer  
mevr. S.A. ter Haar-van Eck  
mevr. dr. C.A.M. Koks  
R. Mantel  
E.L.H. Mendels  
dr. B.W.J. Mol  
dr. L.G.M. Mulders  
dr. S.G. Oei  
D. Veersema  
dr. M.A.H.M. Wiegerinck

verloskunde en gynaecologie

**buitengewone stafleden**

mevr. J.N. Hofstede  
A.R. Jansz  
J. de Jonge  
dr. K. Keizer  
mevr. M.H.D. Krabbenborg  
B.J.M. de Leest  
M.L.M. Lybeert  
H.D. Mayer  
dr. R.N.J.T.L. de Nijs  
J.G. Ribot  
L.E.G. Roijen  
dr. M.C. de Rijk  
mevr. dr. C.T.R.M. Schrande-Stumpel  
R.J.E.M. Smeets  
ds. H.J. Veltkamp  
dr. C.M. Verduin  
J.W.E. Verlouw

revalidatiearts  
arts-microbioloog  
neuroloog  
neuroloog  
pastor  
klinisch geriater  
radiotherapeut  
neurochirurg  
reumatoloog  
radiotherapeut  
revalidatiearts  
neuroloog  
klinisch geneticus  
revalidatiearts  
dominee  
arts-microbioloog  
revalidatiearts

**overige medici**

i.o. = in opleiding  
n.i.o = niet in opleiding

M. Baggelaar  
M. de Groot  
mevr. M. Nagtegaal  
mevr. M. Monroy  
R.F. Spee  
B.J. Weijters

cardiologie  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent n.i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent n.i.o.  
arts-assistent n.i.o.

mevr. M.J.W. Aldenzee  
I.D. Ayodeji  
mevr. J.T.M. Berlage  
O.B.A. Boelens  
mevr. S.J.J. Boekhorst

chirurgie  
physician assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.

mevr. dr. A.M. Bosch	arts-assistent i.o.
H.P.W. Das	arts-assistent i.o.
S.J. van der Hagen	arts-assistent i.o.
mevr. D.M. den Hoed	arts-assistent i.o.
P.E.N. Hoek	arts-assistent i.o.
F. van Hoek	arts-assistent i.o.
B.J. Keulers	arts-assistent i.o.
G.J.L. de Kort	arts-assistent n.i.o.
mevr. B.S. Langenhoff	arts-assistent i.o.
W.K.G. Leclercq	arts-assistent i.o.
G.J.L. de Kort	arts-assistent n.i.o.
T.J.M. van Mulken	arts-assistent i.o.
W.H.C. Rijnen	arts-assistent i.o.
S. Romijn	arts-assistent i.o.
S.J.F. Saers	arts-assistent n.i.o.
H.J.J. van der Steeg	arts-assistent i.o.
mevr. dr. R.J. Toorop	chirurg
W. Willaert	arts-assistent i.o.

mevr. W.F.M. van Duijnhoven	intensive care
mevr. S.M. Folkersma	arts-assistent n.i.o.
D.H.A. van Hout	arts-assistent n.i.o.
mevr. C.H.M. Meerts	arts-assistent n.i.o.

mevr. M. van der Borgh-Schellekens	interne geneeskunde
mevr. M. Brozici	arts-assistent i.o.
N. Claessens	arts-assistent i.o.
mevr. L.F.C. Driessen	arts-assistent n.i.o.
mevr. K.W. Eijkemans	arts-assistent i.o.
G.J.M. van Elsen	arts-assistent i.o.
R.P. Geilen	arts-assistent n.i.o.
D.E.J. Gulikers	arts-assistent n.i.o.
mevr. J.W.E. Hokken	arts-assistent i.o.
Th. Kapinga	arts-assistent i.o.
L.M. Keeris	arts-assistent i.o.
J.M.H. Kisters	arts-assistent i.o.
J.M.I. de Kort	arts-assistent n.i.o.
mevr. S. Kramer	arts-assistent n.i.o.
E.G.F. Lintzen	arts-assistent i.o.
mevr. A. van der Maas	arts-assistent i.o.
L. Nieuwenhuizen	arts-assistent i.o.
mevr. T. Nizet	arts-assistent i.o.
J. ten Oever	arts-assistent n.i.o.
mevr. A. Panko-Glasbeek	arts-assistent n.i.o.
mevr. K.P.M. Pouls	arts-assistent i.o.
mevr. K.N.A. Sebregts-Aaldering	arts-assistent i.o.
mevr. H. Schut	arts-assistent i.o.
mevr. F.P.P.J. Smeets	arts-assistent i.o.
mevr. W.B.C. Stevens	arts-assistent i.o.
mevr. A.C. van de Ven	arts-assistent i.o.
R.W.J.H. Weijers	arts-assistent i.o.
J.T.H. Zadelhoff	arts-assistent i.o.

mevr. L. Bokken	kindergeneeskunde/neonatologie
mevr. A.E. Donker	arts-assistent n.i.o.
mevr. M.A. Hillaert	arts-assistent i.o.
	arts-assistent n.i.o.



mevr. J.M.G. van Hout	arts-assistent i.o.
mevr. A.C.M. Hukkelhoven-IJzerman	algemeen arts
mevr. E. de Kort	arts-assistent n.i.o.
mevr. I.C.J. Koster	arts-assistent n.i.o.
mevr. K. Marcus	arts-assistent n.i.o.
mevr. M. Michon	arts-assistent n.i.o.
mevr. I.E. Morsing	arts-assistent i.o.
H.J. Niemarkt	arts-assistent n.i.o.
mevr. L. Pluhar	arts-assistent n.i.o.
mevr. M.E. van der Putten	arts-assistent n.i.o.
mevr. I. Tjeertes	arts-assistent n.i.o.
	neurologie
mevr. K. Fokkelman	arts-assistent n.i.o.
A. Shahir	arts-assistent n.i.o.
W. van der Wulp	arts-assistent n.i.o.
	orthopedie
N. Elenbaas	arts-assistent i.o.
mevr. A.M.E. Gieberts	fellow orthopedisch chirurg
W.H. van Helden	arts-assistent i.o.
R.A.G. Nordkamp	arts-assistent i.o.
M. van Rhijn	arts-assistent i.o.
J.H.B.F. Vellema	arts-assistent i.o.
R.N. Wessel	arts-assistent i.o.
W.J.F. van Zoest	arts-assistent i.o.
	plastische chirurgie
mevr. A. van de Kar	arts-assistent i.o.
	psychiatrie
mevr. A.N.D. Deurwaarder- Aardenhout	algemeen arts
	reumatologie
A. Dilan	arts-assistent n.i.o.
mevr. S. Benoy-De Keuster	physician assistent i.o.
	spoedeisende hulp
mevr. K. van den Broek	arts-assistent i.o.
D.R.M. Hassell	arts-assistent i.o.
mevr. M.M. Hoekstra	arts-assistent i.o.
mevr. P. Kaleske	arts-assistent i.o.
M.N.M. Slenter	SEH-arts
	sportgeneeskunde
mevr. I.C.F. de Backer	bewegingswetenschapper
mevr. M. van der Cruijssen-Raaijmakers	arts-assistent i.o.
mevr. J.J. van Elst	bewegingswetenschapper
A. van Essen	sportarts
mevr. B. Koopmans	bewegingswetenschapper
N.E.K.L. Liem	arts-assistent i.o.
R. Rozenberg	arts-assistent i.o.
mevr. I. Timmermans	arts-assistent i.o.
M. van Wijk	arts-assistent i.o.
	verloskunde en gynaecologie
S.F.P.J. Coppus	arts-assistent n.i.o.
mevr. J.O.E.H. van Laar	arts-assistent n.i.o.
mevr. R. van de Laar	arts-assistent i.o.

mevr. J. Langenveld  
mevr. C.J.W. Loffeld  
mevr. P.H.M. Maas-van Son  
mevr. S.M.A.A. Mutsaers-Schamp  
mevr. J.H. van Popering-Kleijn  
mevr. M.M.E. van Rumste  
A.S.P. van Teeffelen  
mevr. E.A.A. van Tetering  
mevr. T.E.M. Verhagen  
mevr. dr. M.M. Porath

arts-assistent i.o.  
arts-assistent n.i.o.  
fertiliteitsarts  
kliniekarts  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent i.o.  
arts-assistent n.i.o.  
arts-assistent i.o.  
fellow-perionatologie

F.J. Geurts  
C.W. Oldenburg

bijzondere tandheelkunde  
tandarts  
tandarts

### **overige opleidingen**

mevr. A. Tasdemir  
mevr. dr.ir. J.J. Apperloo  
M.T.M. Raijmakers  
C.H.L. Peters  
mevr. dr.ir. C. van der Pul  
mevr. D.E.T. Bastiaans  
mevr. D.M.C. Zuidema-Hougardy

GZ psycholoog i.o.  
klinisch chemicus i.o.  
klinisch chemicus i.o.  
klinisch fysicus i.o.  
klinisch fysicus i.o.  
ziekenhuisapotheker i.o.  
ziekenhuisapotheker i.o.

### **ondernemingsraad**

J.L.H. Beerens  
mevr. R.M. Blatter  
mevr. M. Brom  
D.A.M. Donders  
F.C.J.M. van Es  
mevr. J. Groeneveld  
mevr. M. Kanits  
mevr. P.G. Klaasse  
mevr. M. Koltsova  
mevr. M.M.J. Kusters  
mevr. J.H. Nieuwenhuizen  
mevr. M.G.M. Schaeps  
mevr. P.C.A. Schoones  
mevr. R.E. Spiljard  
R.J. Weber  
mevr. M.B. Zevenbergen

### **cliëntenraad**

mevr. G.M.Th. van Buul-Evers  
P. van Doorn  
mevr. A. Feenstra  
A.W. van Gerven  
H.J. van Gils  
mevr. E. de Koning  
mevr. J.G.W. Wijnen

voorzitter

vice-voorzitter

### **3. Samenwerkingsverbanden**

Máxima Medisch Centrum heeft de volgende samenwerkingsverbanden:

- Stichting Pathologische Anatomie en Medische Microbiologie
- Stichting Regio Helmond Eindhoven Elektronische Communicatie
- Stichting Revalidatie Zuidoost-Brabant
- Stichting Hemofiliebehandelcentrum i.o.
- Stichting Integraal Kankercentrum Zuid
- Stichting Máxima Specialisten Huisartsen
- Stichting Geïntegreerde Geestelijke Gezondheidszorg in Eindhoven en de Kempen
- Stichting Thuiszorg Eindhoven
- Stichting Gezondheidscentra Eindhoven
- Alliantie Ziekenhuizen Zuidoost-Brabant
- Brabant Medical School
- Fontys Hogescholen
- Regionaal Instituut voor Nascholing en Opleiding Geestelijke Gezondheidszorg in Zuid-Nederland (RINO)
- Universiteit Maastricht/Faculteit der Geneeskunde en Academisch Ziekenhuis Maastricht
- Universitair Medisch Centrum St. Radboud
- Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Samenwerkingsverband Ziekenhuisketen
- Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

### **4. Relevante nevenfuncties raad van bestuur**

dr. R.H.J. van 't Hullenaar

- Alliantie Ziekenhuizen Zuidoost-Brabant (AZZB), voorzitter
- BZW, bestuurslid
- MMCZ Holding B.V., directeur
- MRI Centrum Zuid Nederland B.V., directeur
- Orthopedisch Centrum Máxima B.V., directeur
- Regionaal Overleg Curatieve Zorg (ROCZ), voorzitter
- Ronald McDonald Huis Veldhoven, secretaris bestuur
- Stichting Regio Helmond Electronische Communicatie (Rheco), bestuurslid
- Synergos, lid raad van toezicht
- Trombosedienst, lid raad van toezicht
- Ziekenhuisketen, lid directiegroep
- Ziekenhuisraad PAMM, lid

P. Nederlof, arts

- Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), lid raad van toezicht
- Stichting Máxima Specialisten Huisartsen (SMáSH), bestuurslid
- Ziekenhuisketen, lid directiegroep



## BIJLAGE 2 FINANCIËLE GEGEVENS

### 1. Verloopoverzicht immateriële vaste activa

(in duizenden euro's)

WZV/WTG-vergunningsplichtige vaste activa									
	Aanloopkosten	Aanloopverliezen	Emissie- en leningskosten en boeterente	Subtotaal	Aanloopkosten	Licentiekosten software	Overige	Subtotaal niet nacalculerbaar	Totaal immateriële vaste activa
<i>(bedragen in euro's)</i>									
Afschrijvingspercentages	2,50%	10,00%	0%		10%	5%	0%		
<b>Stand 1 januari</b>									
Aanschafwaarde	21.413	-	-	21.413	-	-	-	-	21.413
Cumulatieve afschrijvingen	7.923	-	-	7.923	-	-	-	-	7.923
Boekwaarde	13.490	-	-	13.490	-	-	-	-	13.490
<b>Mutaties boekjaar</b>									
Investerings		-	-		650	-	-	650	650
Afschrijvingen	535	-	-	535	-	-	-	-	535
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>									
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>									
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in de boekwaarde	(535)	-	-	(535)	650	-	-	650	115
<b>Sinds 31 december</b>									
Aanschafwaarde	21.413	-	-	21.413	-	-	-	-	22.063
Cumulatieve afschrijvingen	8.458	-	-	8.458	-	-	-	-	8.458
Boekwaarde	12.955	-	-	12.955	650	-	-	650	13.605

## 2. Verloopoverzicht materiële vaste activa

(in duizenden euro's)

	WZV-vergunningsplichtige vaste activa								WZV meldingsplichtige vaste activa						
	Grond	Terrein voorzie- ningen	Gebouwen	Semi-per- manente gebouwen	Verbou- wingen	Installaties	Onder- handen projecten	Subtotaal	Trekkings- rechten	Onder- handen projecten	Subto- taal	Instand- houding	Onder- handen projecten	Subtotaal	Subtotaal meldingen
(bedragen in euro's)															
Afschrijvingspercentages	0%	5,0%	2,0%	10,00%	5,0%	5,0%	0%		5,0%	0%		10,0%	0%		
<b>Stand 1 januari</b>															
Aanschafwaarde	5.680	2.987	55.626	113	12.194	49.405	-	126.005	-	-	-	19.497	1.415	20.912	20.912
Cumulatieve afschrijvingen	-	1.946	18.168	113	9.325	35.529	-	62.082	-	-	-	7.403	-	7.403	7.403
Boekwaarde	5.680	1.041	37.458	-	2.868	16.876	-	63.923	-	-	-	12.094	1.415	13.509	13.509
<b>Mutaties boekjaar</b>															
Investerings	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.750	1.743	3.493	3.493
Afschrijvingen	-	133	1.111	-	334	2.087	-	3.665	-	-	-	2.101	0	2.101	2.101
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>															
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>															
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	238	-	238	238
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	238	-	238	238
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in de boekwaarde	-	(133)	(1.111)	-	(334)	(2.087)	-	(3.665)	-	-	-	(351)	(1.743)	1.392	1.392
<b>Stand 31 december</b>															
Aanschafwaarde	5.680	2.987	55.626	113	12.194	49.405	-	126.005	-	-	-	20.010	3.159	24.168	24.168
Cumulatieve afschrijvingen	-	2.079	19.279	113	9.659	34.616	-	65.747	-	-	-	9.266	-	9.266	9.266
Boekwaarde	5.680	908	36.347	-	2.534	14.789	-	60.258	-	-	-	11.743	3.159	14.902	14.902

## Verloopoverzicht materiële vaste activa Máxima Medisch Centrum 2005 (vervolg)

(in duizenden euro's)

	WTG gefinancierde vaste activa				Niet WZV/WTG gefinancierde vaste activa					Totaal materiële vaste activa	
	Inventaris	Vervoer-middelen	Automati-sering	Subtotaal	Gebouwen	Semi-per-manente gebouwen	Installaties	Parkeer-plaats	Onder-handen projecten		Subtotaal
(bedragen in euro's)											
Afschrijvingspercentages	10% - 20%	20,0%	20,0%			10,0%	5,0%	7% - 15%			
<b>Stand 1 januari</b>											
Aanschafwaarde	39.235	-	18.360	57.595	-	1.150	-	655	-	1.805	206.317
Cumulatieve afschrijvingen	21.021	-	11.630	32.651	-	181	-	321	-	502	102.638
Boekwaarde	18.214	-	6.730	24.944	-	969	-	334	-	1.303	103.679
<b>Mutaties boekjaar</b>											
Investeringen	6.521	-	3.535	10.056	-	0	-	-	-	-	13.549
Afschrijvingen	4.304	-	3.379	7.683	-	52	-	64	-	116	13.566
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>											
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>											
Aanschafwaarde	2.708	-	3.311	6.019	-	-	-	-	-	-	6.257
Afschrijvingen	2.708	-	3.311	6.019	-	-	-	-	-	-	6.257
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in boekwaarde	2.217	-	156	2.373	-	(52)	-	(64)	-	(116)	(17)
<b>Stand 31 december</b>											
Aanschafwaarde	43.048	-	18.584	61.632	-	1.150	-	655	-	1.805	213.610
Cumulatieve afschrijvingen	22.616	-	11.698	34.314	-	233	-	385	-	618	109.947
Boekwaarde	20.432	-	6.886	27.318	-	917	-	270	-	1.187	103.663

### 3. Bouwprojecten in uitvoering en mutaties in het boekjaar

(in duizenden euro's)

Projectgegevens		Investerings				Goedkeuringen		
		t/m 2004	2005	t/m 2005		Nominiaal bedrag WZV	Indexering WZV	Aangepaste goedkeuring
Omschrijving	WZV-type			Gereed	Onderhanden			
regionaal centrum Veldhoven		0	382		382			
verbouwing KNO Veldhoven	melding	0	6		6	150		
infrastructuur ICT	melding		995		995	2.250		
realisering 8 <sup>e</sup> OK	melding	17	-		17	509		
realisatie dakopbouw + aanpassingen IC	melding	2	91		93	2.681		
aanpassingen OC	melding	1.133	467	1.600	-	1.600		
instandhoudingproject	melding	202	323		525	905		
diverse technische aanpassingen	melding				-	455		
oplossen technische knelpunten	melding		29		29	575		
aanpassen polikliniek en functie			5		5			
renovatie hoogbouw			7		7			
dialyse			6		6			
Vrouw Moeder Kind			732		732			
verbouwing oogpoli Veldhoven	melding		150	150	-	150		
project infrastructuur MMC		61	301		362			
		1.415	3.494	1.750	3.159	9.275	0	0



## 4.Overzicht langlopende schulden ultimo 2005

(in duizenden euro's)

Lening nr.	Datum	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Totale looptijd in maanden	Restschuld 31-12	Resterende looptijd in maanden	Restschuld over 5 jaar	Rente %	Geno-meerd	Aflossingswijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag 2005	Aflossingsbedrag 2006
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	1963	hypoth.lening	454	504	-	0	-	4,25	4,250	lineair	gemeente garantie	11	-
2	1989	onderhands	3.403	300	1.089	84	408	4,80	5,100	lineair	garantie waarborgfonds	136	136
3	1989	onderhands	1.134	300	385	102	159	5,3/3,77	5,55/4,612	lineair	garantie waarborgfonds	45	45
4	1989	onderhands	11.345	480	6.981	282	5.527	4,90	4,900	lineair	rijksgarantie	291	291
5	1992	onderhands	11.345	480	7.658	322	6.239	4,86	5,565	lineair	rijksgarantie	284	284
6	1995	onderhands	2.269	240	810	84	541	3,200	3,909	lineair	garantie waarborgfonds	109	54
7	1995	onderhands	2.269	240	810	84	541	3,200	3,909	lineair	garantie waarborgfonds	109	54
8	1996	onderhands	3.676	240	2.253	126	1.63	7,325	7,575	lineair	garantie waarborgfonds	140	107
9	1996	onderhands	3.131	240	1.971	126	1.543	7,325	7,575	lineair	garantie waarborgfonds	122	93
10	1999	onderhands	5.559	240	2.763	159	1.530	4,710	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	330	330
11	1999	onderhands	4.424	240	2.117	159	1.172	4,710	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	253	253
12	1999	onderhands	1.361	240	647	159	358	4,760	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	77	77
13	2000	onderhands	6.534	240	4.800	171	3.53	6,24	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	293	270
14	2000	onderhands	5.309	240	3.677	171	2.708	6,24	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	224	207
15	2000	onderhands	1.770	240	1.123	171	827	6,29	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	68	63
16	2001	onderhands	4.538	53	-	0	-	4,905	5,708	fixe	garantie waarborgfonds	4.538	-
17	2001	onderhands	4.538	63	4.538	6	-	4,865	5,720	fixe	garantie waarborgfonds	-	4.538
18	2001	onderhands	4.538	87	4.538	30	-	5,065	5,917	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
19	2001	onderhands	4.538	75	4.538	18	-	4,960	5,826	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
20	2001	onderhands	7.260	99	7.260	42	-	5,150	5,991	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
21	2002	onderhands	10.000	60	10.000	21	-	4,170	4,958	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
22	2003	onderhands	5.000	72	5.000	36	-	4,010	4,783	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
23	2003	onderhands	8.500	87	8.500	54	8.500	4,040	4,901	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
24	2003	onderhands	8.500	99	8.500	66	8.500	4,180	5,029	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
Totaal			121.395		89.959		43.853					7.031	6.802

Leningnummer

1	P.G.G.M.	10	Bank Nederlandse Gemeenten	19	Waterschapsbank
2	Bank Nederlandse Gemeenten	11	Bank Nederlandse Gemeenten	20	Bank Nederlandse Gemeenten
3	Bank Nederlandse Gemeenten	12	ING	21	Bank Nederlandse Gemeenten
4	Bank Nederlandse Gemeenten	13	Bank Nederlandse Gemeenten	22	Bank Nederlandse Gemeenten
5	Bank Nederlandse Gemeenten	14	Bank Nederlandse Gemeenten	23	Bank Nederlandse Gemeenten
6	Bank Nederlandse Gemeenten	15	ING	24	Bank Nederlandse Gemeenten
7	Bank Nederlandse Gemeenten	16	Bank Nederlandse Gemeenten		
8	Bank Nederlandse Gemeenten	17	Bank Nederlandse Gemeenten		
9	Bank Nederlandse Gemeenten	18	Bank Nederlandse Gemeenten		

## 5. Kwantitatieve gegevens

### 5.1 Beddencapaciteit, opname NNA, verpleegdagen, beademingsdagen, bezettingspercentage, dagverplegingen en polikliniekbezoeken

	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
<b>Aantal klinische opnamen</b>	24.326	23.660
- waarvan opname neonatale IC	273	277
<b>Aantal verpleegdagen, per klasse</b>		
klasse 1	0	262
klasse 2	0	9.272
klasse 3	165.807	156.363
PAAZ	16.101	15.899
gezonde moeder/zuigeling	3.043	3.062
verkeerde bed-patiënten	975	1.614
afwezigheidsdagen	302	268
<b>totaal aantal verpleegdagen</b>	<b>186.228</b>	<b>186.740</b>
beademingsdagen IC voor volwassenen	3.120	2.851
aantal normale dagverplegingen	16.759	15.042
aantal zware dagverplegingen	4.776	4.715
<b>totaal aantal dagverplegingen</b>	<b>21.535</b>	<b>19.757</b>
aantal eerste polikliniekbezoeken	164.700	159.704
aantal herhalingsbezoeken	256.941	256.476
<b>totaal aantal polikliniekbezoeken</b>	<b>421.641</b>	<b>416.180</b>

## 5.2 Opgenomen patiënten en verpleegdagen per specialisme

	opnamen		verpleegdagen	
	werkelijk 2005	werkelijk 2004	werkelijk 2005	werkelijk 2004
<b>Aantal opgenomen patiënten</b>				
inwendige geneeskunde	2.932	2.972	26.922	29.172
maag-, darm- en lever	635	576	6.849	5.790
cardiologie	2.775	2.507	17.127	16.560
longziekten	1.361	1.266	14.360	13.884
reumatologie	84	69	1.629	1.541
anesthesiologie	11	6	86	68
chirurgie	4.865	4.843	36.678	36.002
urologie	1.329	1.372	6.552	6.803
orthopedie	2.206	2.073	14.217	15.616
plastische chirurgie	586	480	2.037	1.859
mondheelkunde / tandarts	88	90	333	289
gynaecologie en verloskunde	3.757	3.740	15.518	16.647
neonatologie	273	274	4.708	3.814
pediatrie	1.267	1.044	7.986	6.862
neurologie	1.224	1.268	12.008	12.595
neurochirurgie	1	0	4	-
dermatologie	41	50	779	962
allergologie	31	1	281	1
keel-, neus- en oorheelkunde	698	859	1.634	1.987
oogheelkunde	161	170	417	389
revalidatie				
sportgeneeskunde	1		2	
<b>totaal</b>	<b>24.326</b>	<b>23.660</b>	<b>170.127</b>	<b>170.841</b>

### 5.3 Dagverplegingen en polikliniekbezoeken per specialisme

Specialisme	dagverplegingen		1 <sup>e</sup> polikliniekezoeken		herhalingsbezoeken	
	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
inwendige geneeskunde	2.255	2.187	13.483	13.327	28.263	28.418
maag- darm- en lever	1.974	1.452	6.407	5.450	6.891	5.914
cardiologie	1.799	1.116	11.811	11.058	14.467	13.764
longziekten	346	392	5.810	5.594	12.552	13.879
reumatologie	449	519	3.611	3.645	9.174	8.530
anesthesiologie	606	684	352	320	745	957
chirurgie	2.486	2.310	28.585	26.831	40.327	39.780
urologie	762	871	6.930	7.328	15.698	15.097
orthopedie	1.977	1.835	17.516	16.519	23.676	24.709
plastische chirurgie	637	748	3.862	3.908	8.512	8.573
mondheelkunde	182	172	4.645	4.721	4.279	4.881
gynaecologie / verloskunde	3.157	2.861	9.514	9.724	25.278	24.739
neonatologie	0	10	536	452	179	0
pediatrie	582	299	4.592	4.381	6.219	6.121
neurologie	564	428	9.942	9.694	13.478	13.813
neurochirurgie	0	0	717	337	183	219
dermatologie	46	19	12.350	12.053	15.819	17.764
allergologie	56	8	81	10	82	137
keel-, neus- en oorheelkunde	1.674	1.603	9.535	9.647	12.363	13.659
oogheelkunde	1.952	2.220	13.694	13.842	17.953	14.806
revalidatie	30	23	727	733	803	716
sportgeneeskunde	1	0				
Totaal	21.535	19.757	164.700	159.704	256.941	256.476

**Waarvan zware dagverplegingen**

Specialisme

	dagverplegingen	
	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
inwendige geneeskunde	2	-
maag-, darm- en lever	7	9
pulmonologie	1	-
cardiologie	76	63
chirurgie	861	882
urologie	184	210
orthopedie	1.309	1.185
plastische chirurgie	273	234
mondheelkunde	39	27
gynaecologie / verloskunde	303	261
keel-, neus- en oorheelkunde	61	71
neurologie	-	1
oogheelkunde	1.660	1.772
Totaal	4.776	4.715

**5.4 Ziekenhuispsychiatrie**

volgens G.G.Z. parameters

**Poliklinische face-to-face-contacten m.b.t. cliënten van 18 jaar en ouder**

toeslag contact buiten instelling

nieuwe inschrijving

intakecontact

psychodiagn/neuropsychologisch onderzoek

psychotherapiecontact

behandeling/begeleidingscontact

telefonisch behandelingen/begeleidingscontact

Totaal poliklinisch vanaf 18 jaar

	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
	0	17
	638	940
	398	944
	525	24
	196	363
	6.282	6.079
	83	19
Totaal	8.490	8.386

**Klinisch**

verpleegdagen bekostigingscategorie 1.1

verpleegdagen bekostigingscategorie 1.2

verpleegdagen bekostigingscategorie 1.3

Subtotaal verpleegdagen

afwezigheiddagen bekostigingscategorie 1.1

afwezigheiddagen bekostigingscategorie 1.2

afwezigheiddagen bekostigingscategorie 1.3

Subtotaal afwezigheiddagen

Totaal klinisch

**Eerste opname**

eerste opname

heropname

Totaal opnamen

Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
51	8
10.234	5.705
4.487	9.299
14.772	15.012
27	0
1.226	631
76	256
1.329	887
16.101	15.899
460	454
22	70
482	524

## 5.5 Dialyse productie

	Werkelijk 2005	werkelijk 2004
Hemo dialyse / filtratie / diafiltratie	940	3.627
Hemo dialyse / filtratie / diafiltratie + EPO	12.035	9.293
Subtotaal hemo dialyse / filtratie / diafiltratie	12.975	12.920
Continue Ambulante Peritoneale Dialyse (CAPD)	4.345	4.723
CAPD + Erythropoëtine (EPO)	2.827	1.492
Subtotaal CAPD	7.172	6.215
Chronic Cycling Peritoneal Dialysis (CCPD)	3.856	4.163
CCPD + EPO	1.998	1.652
Subtotaal CCPD	5.854	5.815
Totaal CAPD/CCPD	13.026	12.030
Totaal dialyse productie	26.001	24.950
Aantal dialyseweken	6.428	6.160
Aantal acute dialyses	265	243

## 5.6 Opnamen en verpleegdagen per specialisme / DBC segment

Specialisme	opnamen			verpleegdagen		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	2.900	32	2.932	26.097	825	26.922
maag- darm- en lever	626	9	635	6.715	134	6.849
cardiologie	2.775	-	2.775	17.111	16	17.127
longziekten	1.353	8	1.361	14.183	177	14.360
reumatologie	80	4	84	1.573	56	1.629
anesthesiologie	11	-	11	86	-	86
chirurgie	4.604	261	4.865	35.962	716	36.678
urologie	1.066	263	1.329	5.337	1.215	6.552
orthopedie	1.681	525	2.206	10.481	3.736	14.217
plastische chirurgie	451	135	586	1.625	412	2.037
mondheelkunde	88	-	88	333	-	333
gynaecologie / verloskunde	3.537	220	3.757	14.451	1.067	15.518
neonatologie	273	-	273	4.708	-	4.708
pediatrie	1.255	12	1.267	7.892	94	7.986
neurologie	1.074	150	1.224	10.986	1.022	12.008
neurochirurgie	-	1	-	-	4	4
dermatologie	41	-	41	779	-	779
allergologie	31	-	31	281	-	281
keel-, neus- en oorheelkunde	507	191	698	1.205	429	1.634
oogheelkunde	61	100	161	211	206	417
radiologie	1	-	1	2	-	2
revalidatie	-	-	-	-	-	-
sportgeneeskunde	-	-	-	-	-	-
Totaal	22.415	1.911	24.326	160.018	10.109	170.127



## 5.7 Dagverpleging en 1<sup>e</sup> polikliniekbezoeken per specialisme / DBC segment

Specialisme	dagverplegingen			1 <sup>e</sup> polikliniekbezoek		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	2.216	39	2.255	11.831	1.652	13.483
maag- darm- en lever	1.896	78	1.974	6.137	270	6.407
cardiologie	1.799	-	1.799	11.811	-	11.811
longziekten	330	16	346	5.727	83	5.810
reumatologie	449	-	449	3.400	211	3.611
anesthesiologie	606	-	606	352	-	352
chirurgie	1.918	568	2.486	27.816	769	28.585
urologie	657	105	762	6.799	131	6.930
orthopedie	1.919	58	1.977	17.015	501	17.516
plastische chirurgie	636	1	637	3.701	161	3.862
mondheelkunde	182	-	182	4.645	-	4.645
gynaecologie / verloskunde	3.025	132	3.157	9.249	265	9.514
neonatologie	-	-	-	536	-	536
pediatrie	581	1	582	4.545	47	4.592
neurologie	552	12	564	9.129	813	9.942
neurochirurgie	-	-	-	580	137	717
dermatologie	46	-	46	12.092	258	12.350
allergologie	56	-	56	81	-	81
keel-, neus- en oorheelkunde	1.268	406	1.674	9.014	521	9.535
oogheelkunde	544	1.408	1.952	13.030	664	13.694
revalidatie	30	-	30	727	-	727
sportgeneeskunde	1	-	1	-	-	-
Totaal	18.711	2.824	21.535	158.217	6.483	164.700

### 5.8 Geopende DBC's in 2005 per specialisme / DBC segment

	segment A	segment B	totaal geopend	% B- segment
inwendige geneeskunde	19.298	2.345	21.643	10,8
maag-, darm- en lever	5.855	405	6.260	6,5
cardiologie	19.517	-	19.517	0,0
longziekten	9.410	110	9.520	1,2
reumatologie	3.610	247	3.857	6,4
anesthesiologie	449	-	449	0,0
chirurgie	43.729	1.007	44.736	2,3
urologie	10.704	394	11.098	3,6
orthopedie	21.896	589	22.485	2,6
plastische chirurgie	4.802	191	4.993	3,8
mondheekunde / tandarts	-	-	-	-
gynaecologie en verloskunde	16.577	363	16.940	2,1
neonatologie	9	-	9	0,0
pediatrie	8.767	101	8.868	1,1
neurologie	12.556	1.187	13.743	8,6
neurochirurgie	683	169	852	19,8
dermatologie	15.276	333	15.609	2,1
allergologie	-	-	-	-
keel-, neus- en oorheelkunde	10.861	655	11.516	5,7
oogheelkunde	14.645	1.692	16.337	10,4
radiologie	558	-	558	0,0
revalidatie	1.055	-	1.055	0,0
sportgeneeskunde	-	-	-	0,0
Totaal	220.257	9.788	230.045	4,3

## 6. Bezoldiging bestuurders en toezichhouders

### Bezoldiging bestuurders (alle bedragen in duizenden euro's)

naam	P. Nederlof, arts	P. Nederlof, arts	dr. M.J. Rutgers	dr. M.J. Rutgers	dr. R.H.J. van 't Hullenaar	dr. R.H.J. van 't Hullenaar	ir. L.J.M. Kenter	ir. L.J.M. Kenter
jaar	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
aard bestuurder	s	s	s	s	s	n.v.t.	s	s
periode in dienst	01-01 t/m 31-12	01-01 t/m 31-12	01-01 t/m 31-12	01-01 t/m 31-12	15-03 t/m 31-12	n.v.t.	01-01 t/m 30-06	01-01 t/m 31-12
voorzitter	nee	nee	ja	ja	ja	n.v.t.	nee	nee
periode in dienst als voorzitter	n.v.t.	n.v.t.	01-01 t/m 14-03	01-01 t/m 31-12	15-03 t/m 31-12	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
beëindiging	nee	nee	ja	nee	nee	n.v.t.	ja	nee
dienstverband ultimo verslagjaar								
afspraken werktijden	nee	nee	nee	nee	nee	n.v.t.	nee	nee
deeltijdfactor (percentage)	100%	100%	100%	100%	100%	n.v.t.	100%	100%
brutosalaris	199	187	207	207	195	n.v.t.	88	175
bruto onkosten	1	1	3	2	2	n.v.t.	2	2
vergoeding								
werkgeversbijdrage sociale lasten	2	2	2	2	4	n.v.t.	2	4
werkgeversbijdrage pensioen, VUT	19	16	21	18	59	n.v.t.	9	16
ontslagvergoeding	n.v.t.	n.v.t.	440	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
bonussen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
totaal bruto inkomen	221	206	673	229	260	n.v.t.	101	197
cataloguswaarde	53*	44	32	46	50	n.v.t.	56	56
auto van de zaak								
eigen bijdrage auto van de zaak	n.v.t.	n.v.t.	1	3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
belastbaar inkomen	173	163	179	181	170	n.v.t.	71	154

\* Meerkosten boven de € 50.000 komen voor rekening van de bestuurder.

**Bezoldiging toezichthouders** (alle bedragen in duizenden euro's)

naam	functie	bezoldiging	belastbaar loon	bezoldiging	belastbaar loon
		2005	2005	2004	2004
J. Wilkes RA	voorzitter (vanaf 01-03-2005)	10	10	2	2
drs. J.G.M. Kegelaer	vice-voorzitter	11	11	8	8
mr A.J.H.M. Lips	lid	7	7	6	6
mw. S.R. de Moor-Bullinga	lid	7	7	4	4
prof .dr. L.B.A. van de Putte	lid	7	7	6	6
J.G.Th.C. van Bree	lid	0	0	10	10
dr. R.H.J. van 't Hullenaar	voorzitter (2004)	0	0	10	10
<b>totaal</b>		<b>42</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>46</b>

## 7. Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004, 2005 en mutatie in het boekjaar

	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Mutaties in 2005
	2004				2005				
<b>Loonkosten</b>									
Klinische adherentie	245.267	24,57	1,0165	6.125.636	242.088	24,98	1,0092	6.103.049	-22.587
Poliklinische adherentie	264.584	10,22	1,0165	2.748.669	262.606	10,39	1,0092	2.754.738	6.069
Erkende bedden	788	6.602	1,0165	5.288.215	788	6.711	1,0092	5.337.124	48.909
Gewogen specialisteneenheden	143,98	178.686	1,0165	26.151.891	147,51	181.634	1,0092	27.039.321	887.430
Gewogen opnamen	26.845	420,89	1,0165	11.485.222	27.699	427,83	1,0092	11.959.597	474.375
Opname neonatale IC	277	9.578	1,0165	2.696.882	273	9.736	1,0092	2.682.498	-14.384
Verpleegdagen	170.841	39,17	1,0165	6.802.257	170.125	39,82	1,0092	6.837.324	35.067
Gewogen 1 <sup>e</sup> polikliniekenbezoeken	157.678	78,23	1,0165	12.538.680	164.658	79,52	1,0092	13.213.805	675.125
Dagbehandeling	15.042	215,55	1,0165	3.295.801	16.758	219,11	1,0092	3.705.697	409.896
Hemodialyses	3.627	171,49	1,0165	632.257	940	174,32	1,0092	165.365	-466.892
CAPD-dagen	4.723	17,51	1,0165	84.064	4.345	17,80	1,0092	78.036	-6.028
Hemodialyses incl. EPO	9.293	171,49	1,0165	1.619.952	12.035	174,32	1,0092	2.117.197	497.245
CAPD-dagen incl. EPO	1.492	17,51	1,0165	26.556	2.827	17,80	1,0092	50.773	24.217
CCPD dagen	4.163	17,51	1,0165	74.097	3.856	17,80	1,0092	69.254	-4.843
CCPD dagen incl. EPO	1.652	17,51	1,0165	29.404	1.998	17,80	1,0092	35.884	6.480
Poliklinische cytostatica	3.721	215,55	1,0165	815.296	4.314	219,11	1,0092	953.955	138.659
Erkende bedden	788	49	1,0165	39.249	788	49	1,0092	38.612	-637
Hartrevalidatie	118.697	1,028	1,0165	124.034	169.910	1,028	1,0000	174.667	50.633
Beademingsdag IC	1.851	641,19	1,0165	1.206.426	2.120	651,77	1,0092	1.394.472	188.046
Post-IC-HC bedden	4	9.114	1,0165	37.058	4	9.264	1,0092	37.396	338
Dagverpleging zwaar	4.715	499,24	1,0165	2.392.756	4.776	507,48	1,0092	2.446.028	53.272
Opbrengst röntgenonderz. ovv huisartsen	1.587.237	0,413	1,0165	666.345	1.534.749	0,413	1,0000	633.851	-32.494
Opbrengst functie-onderz. kn ovv huisartsen	1.139.999	0,463	1,0165	536.529	973.651	0,464	1,0000	451.774	-84.755
Opbr.polikl. en fysioth. en logopedie ovv huisartsen	224.986	0,849	1,0165	194.165	204.184	0,849	1,0000	173.352	-20.813
Poliklinische bevellingen	191	215,55	1,0165	41.849	224	219,11	1,0092	49.533	7.684
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/huisbezoeken 1 <sup>e</sup> lijn	781	5,84	1,0165	4.636	694	5,94	1,0092	4.157	-479
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/afnames 1 <sup>e</sup> lijn	38.218	3,67	1,0165	142.574	34.029	3,73	1,0092	127.949	-14.625
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/analyses 1 <sup>e</sup> lijn	614.881	0,63	1,0165	393.767	596.041	0,63	1,0000	375.506	-18.261
Specialisten in loondienst				2.677.707				2.702.342	24.635
Arts assistenten in opleiding				3.131.495				3.160.275	28.780
Loonkosten onderhoud	77.043	24,15	1,0165	1.891.288	77.043	24,55	1,0092	1.909.126	17.838
Scholingsmiddelen	157	1.439	1,0165	229.651	142	1.462	1,0092	209.450	-20.201
Opleidingsplaatsen				47.576				24.007	-23.569
LNR registratie	1	17.411	1,0165	17.698	1	17.698	1,0092	17.861	163
Dieetadvisering	1	100.005	1,0165	101.655				0	-101.655
Prismant				0	1	106.519	1,0092	107.499	107.499
Overige mutaties				-817.984				0	817.984
Aftrek PAAZ	1	-66.168	1,0165	-67.260	1	-67.259	1,0092	-67.878	-618
Aftrek loonkosten m.b.t. B-DBC's				0				-5.224.866	-5.224.866
<b>Totaal loonkosten</b>				<b>93.406.093</b>				<b>91.848.730</b>	<b>-1.557.363</b>

## 7. Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004, 2005 en mutatie in het boekjaar (vervolg)

	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Mutaties in 2005
<b>Materiële kosten</b>	<b>2004</b>				<b>2005</b>				
Klinische adherentie	245.267	6,78	1,0078	1.675.879	242.088	6,84	1,0142	1.680.094	4.215
Poliklinische adherentie	264.584	2,81	1,0078	749.281	262.606	2,84	1,0142	756.305	7.024
Erkende bedden	788	138	1,0078	109.592	788	139	1,0142	111.108	1.516
Gewogen specialisteneenheden	143,98	6.580	1,0078	954.785	147,51	6.631	1,0142	992.005	37.220
Gewogen opnamen	26.845	527,77	1,0078	14.278.496	27.699	531,89	1,0142	14.941.949	663.453
Opname neonatale IC	277	5.351	1,0078	1.493.788	273	5.392	1,0142	1.493.037	-751
Verpleegdagen	170.841	8,95	1,0078	1.540.953	170.125	9,03	1,0142	1.558.345	17.392
Gewogen 1 <sup>e</sup> polikliniekenbezoeken	157.678	41,21	1,0078	6.548.594	164.658	41,54	1,0142	6.937.042	388.448
Dagbehandeling	15.042	109,17	1,0078	1.654.944	16.758	110,02	1,0142	1.896.858	214.914
Hemodialyses	3.627	135,49	1,0078	495.255	940	136,55	1,0142	130.181	-365.074
CAPD-dagen	4.723	79,26	1,0078	377.265	4.345	79,87	1,0142	351.945	-25.320
Hemodialyses incl. EPO	9.293	195,00	1,0078	1.826.270	12.035	196,53	1,0142	2.398.816	572.546
CAPD-dagen incl. EPO	1.492	99,52	1,0078	149.642	2.827	100,30	1,0142	287.562	137.920
CCPD dagen	4.163	88,94	1,0078	373.145	3.856	89,63	1,0142	350.510	-22.635
CCPD dagen incl. EPO	1.652	109,19	1,0078	181.789	1.998	110,04	1,0142	222.977	41.188
Poliklinische cytostatica	3.721	109,17	1,0078	409.390	4.314	110,02	1,0142	481.356	71.966
Knie-operatie	203	4768,11	1,0078	975.476	205	4.805,31	1,0142	999.078	23.602
Heup-operatie	423	2.944,50	1,0078	1.255.239	417	2.967,47	1,0142	1.255.007	-232
1 <sup>e</sup> implementatie BAHA				0	23	3.150,00	1,0142	73.479	73.479
Hartrevalidatie	118.697	0,243	1,0078	29.068	169.910	0,243	1,0000	41.288	12.220
Beademingsdag IC	1.851	67,47	1,0078	125.861	2.120	67,99	1,0142	146.195	20.334
Post- IC-HC bedden	4	16.636	1,0078	67.063	4	16.765	1,0142	68.012	949
Dagverpleging zwaar	4.715	545,68	1,0078	2.592.950	4.776	549,94	1,0142	2.663.814	70.864
Opbrengst röntgenonderz. ovv huisartsen	1.587.237	0,085	1,0078	135.967	1.534.749	0,085	1,0000	130.454	-5.513
Opbrengst functie-onderz. kn ovv huisartsen	1.139.999	0,108	1,0078	124.080	973.651	0,108	1,0000	105.154	-18.926
Opbr.polikl. en fysioth. en logop.ovv huisartsen	224.986	0,170	1,0078	38.546	204.184	0,170	1,0000	34.711	-3.835
Poliklinische bevellingen	191	109,17	1,0078	21.014	224	110,02	1,0142	24.994	3.980
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/huisbezoeken 1 <sup>e</sup> lijn	781	2,15	1,0078	1.692	694	2,17	1,0142	1.527	-165
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/afnames 1 <sup>e</sup> lijn	38.218	1,36	1,0078	52.382	34.029	1,37	1,0142	47.300	-5.082
Lab. onderz. 1 <sup>e</sup> lijn/analyses 1 <sup>e</sup> lijn	614.881	0,561	1,0078	347.639	596.041	0,561	1,0000	334.379	-13.260
Onderhoud gebouwen, installaties etc.	77.043	16,36	1,0078	1.270.255	77.043	16,49	1,0142	1.288.159	17.904
Heffingen, belastingen en verzekeringen	77.043	11,40	1,0078	885.141	77.043	11,49	1,0142	897.551	12.410
Energiekosten overig	77.043	27,26	1,0078	2.116.574	77.043	27,47	1,0142	2.146.418	29.844
Bloed				1.427.123				1.443.910	16.787
Bloedstollingspreparaten hemofilie				1.300.000				1.415.149	115.149
Controleprotocol	1	3.169	1,0078	3.194	1	3.194	1,0142	3.239	45
Dure geneesmiddelen				1.365.961				2.346.469	980.508
Remicade				1.155.218				1.027.727	-127.491
Kosten interklinisch vervoer	1	11.314	1,0078	11.402	1	11.402	1,0142	11.564	162
Overige mutaties				-626.105				0	626.105
Aftrek PAAZ	1	-107.489	1,0078	-108.327	1	-108.327	1,0142	-109.865	-1.538
Aftrek materiële kosten m.b.t. B-DBC's				0				-2.825.775	-2.825.775
<b>Totaal materiële kosten</b>				<b>47.386.481</b>				<b>48.133.028</b>	<b>746.547</b>

## 7. Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004, 2005 en mutatie in het boekjaar (vervolg)

	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Mutaties in 2005
	2004				2005				
<b>Kapitaalslasten en andere budgetposten</b>									
Afschrijvingskosten i.v.m. instandhouding				1.469.957				1.450.957	-19.000
Afschrijving inventaris				5.813.079				6.028.874	215.795
Afschrijving WBMV inventaris				192.152				179.469	-12.683
Afschrijving dubieuze debiteuren				206.136				251.725	45.589
Overige afschrijvingen				4.252.929				4.220.397	-32.532
Rentekosten				6.436.029				6.170.749	-265.280
Doorberekende kapitaalslasten				-503.396				-512.989	-9.593
Aftrek PAAZ				-612.472				-612.472	0
Overige kosten				0				15.231	15.231
Lokale productiegebonden toeslag				1.588.600				1.889.600	301.000
Kortingscomponent prestatiecontract				0				-1.658.302	-1.658.302
Differentiatie component prestatiecontract				0				-99.498	-99.498
Samenwerkingsverbanden				1.659.101				558.638	-1.100.463
Herallocaties				-448.008				-448.008	0
<b>Totaal kapitaalslasten en andere budgetposten</b>				<b>20.054.107</b>				<b>17.434.371</b>	<b>-2.619.736</b>
<b>Totaal aanvaardbare kosten boekjaar excl. PAAZ</b>				<b>160.846.681</b>				<b>157.416.129</b>	<b>-3.430.552</b>
<b>BUDGET PAAZ</b>									
<b>Loonkosten</b>									
Verpleegdag categorie V.1.1	8	68,15	1,0165	554	78	69,28	1,0092	5.454	4.900
Verpleegdag categorie V.1.2	6.336	97,52	1,0165	628.082	11.460	99,13	1,0092	1.146.458	518.376
Verpleegdag categorie V.1.3	9.555	156,92	1,0165	1.524.110	4.563	159,51	1,0092	734.552	-789.558
Eerste opname volwassenen en ouderen	454	836,80	1,0165	386.176	463	850,60	1,0092	397.453	11.277
Ambulant / F-to-F cont.volw.nieuwe inschrijving	940	18,54	1,0165	17.715	638	18,84	1,0108	12.148	-5.567
Ambulant / F-to-F cont.volw.intake	944	169,46	1,0165	162.610	398	172,26	1,0108	69.300	-93.310
Ambulant / F-to-F cont. Volw.onderzoek	24	361,25	1,0165	8.813	525	367,21	1,0108	194.870	186.057
Ambulant / F-to-F cont.volw.psychotherapie	363	81,68	1,0165	30.139	196	83,02	1,0108	16.448	-13.691
Ambulant / F-to-F cont.volw.behandeling/beg.	6.079	67,89	1,0165	419.513	6.282	69,01	1,0108	438.232	18.719
Ambulant / telefonisch cont.volw.beh./beg.	19	33,95	1,0165	656	83	34,51	1,0108	2.895	2.239
Ambulant / F-to-F cont.volw.contact buiten de	17	27,54	1,0165	476	0			0	-476
Ambulant / F-to F cont.volw.crisis binnen kant.uren				0	39	178,71	1,0108	7.045	7.045
Ambulant / F-to F cont.volw.crisis buiten kant.uren				0	82	692,92	1,0108	57.433	57.433
Aftrek vrijgevestigde psychiaters				-365.588		-371.924	1,0092	-354.380	11.208
Kliniek / bezet bed overig volw. en ouderen	43	15.309,71	1,0165	669.180	45	15.562,32	1,0092	706.747	37.567
Kliniek / opleidingsplaatsen gz-psycholoog	1	9.998,14	1,0165	10.163				0	-10.163
<b>Totaal loonkosten</b>				<b>3.492.599</b>				<b>3.434.655</b>	<b>-57.944</b>

## 7. Opbouw budget aanvaardbare kosten 2004, 2005 en mutatie in het boekjaar (vervolg)

	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Parameter	Parameter waarde	Index	Budget	Mutaties in 2005
<b>Materiële kosten</b>									
Verpleegdag volwassenen en ouderen	15.899	11,42	1,0078	182.983	16.101	11,51	1,0142	187.899	4.916
F-to F cont. Volw. Totaal	7.410	9,41	1,0078	70.272	7.522	9,48	1,0142	72.286	2.014
Telefonisch cont. Volw.beh./beg.	19	9,41	1,0078	180	83	9,48	1,0142	798	618
Ambulant / F-to-F cont.volw.contact buiten de instelling	17	7,65	1,0078	131				0	-131
Bezet bed overig volwassenen en ouderen	43	2.560,50	1,0078	110.960	45	2.580,47	1,0142	117.770	6.810
Energie, onr.goedbel. en milieuheffing	4.320	19,23	1,0078	83.722	4.320	19,38	1,0142	84.931	1.209
Incidentele middelen ICT en AO /IC				0				22.419	22.419
<b>Totaal materiële kosten</b>				<b>448.248</b>				<b>486.103</b>	<b>37.855</b>
<b>Kapitaalslasten</b>									
Kapitaalslasten PAAZ				612.472				612.472	0
<b>Totaal kapitaalslasten</b>				<b>612.472</b>				<b>612.472</b>	<b>0</b>
<b>Totaal aanvaardbare kosten PAAZ boekjaar</b>				<b>4.553.319</b>				<b>4.533.230</b>	<b>-20.089</b>
<b>Totaal aanvaardbare kosten MMC boekjaar</b>				<b>165.400.000</b>				<b>161.949.359</b>	<b>-3.450.641</b>



## Bijlage 3 Prestatie-indicatoren 2005

### 0. Contactgegevens

0	<b>Contactgegevens</b>	
	naam ziekenhuis	Máxima Medisch Centrum
	adres ziekenhuis	Postbus 7777 5500 MB Veldhoven
	website ziekenhuis	www.mmc.nl
	emailadres	
	locaties	Eindhoven en Veldhoven
	specialismen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anesthesiologie</li> <li>- apotheek</li> <li>- cardiologie</li> <li>- chirurgie</li> <li>- dermatologie</li> <li>- geriatrie</li> <li>- gynaecologie</li> <li>- intensive care geneeskunde</li> <li>- interne geneeskunde</li> <li>- kaakchirurgie</li> <li>- keel- neus- en oorheelkunde</li> <li>- kindergeneeskunde / neonatologie</li> <li>- klinische chemie</li> <li>- klinische fysica</li> <li>- klinische genetica</li> <li>- longziekten</li> <li>- maag-, darm- en levergeneeskunde</li> <li>- medische microbiologie</li> <li>- medische psychologie</li> <li>- neurologie</li> <li>- nucleaire geneeskunde</li> <li>- oogheelkunde</li> <li>- orthopedie</li> <li>- pathologie</li> <li>- plastische en reconstructieve chirurgie</li> <li>- psychiatrie</li> <li>- radiodiagnostiek</li> <li>- reumatologie</li> <li>- revalidatie</li> <li>- sportgeneeskunde</li> <li>- traumatologie</li> <li>- urologie</li> </ul>
	opleidingen medisch specialisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cardiologie</li> <li>- chirurgie</li> <li>- interne geneeskunde</li> <li>- kindergeneeskunde/neonatologie</li> <li>- orthopedie</li> <li>- plastische chirurgie</li> <li>- spoedeisende hulp</li> <li>- sportgeneeskunde</li> <li>- verloskunde en gynaecologie</li> </ul>
	overige opleidingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ziekenhuisapotheker</li> <li>- klinisch chemicus</li> <li>- klinisch fysicus</li> <li>- GZ psycholoog</li> <li>- physician assistent</li> </ul>
	bijzondere speerpunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NICU en obstetrische high care</li> <li>- dialyse</li> <li>- hemofiliacentrum</li> <li>- Orthopedisch Centrum Máxima</li> </ul>

<b>0</b>	<b>Contactgegevens</b>	
		- MRI Centrum Zuid Nederland - vasculaire preventiepolikliniek - polikliniek abnormaal bloedverlies - stopperspolikliniek
	samenstelling raad van bestuur	- P. Nederlof, arts - dr. R.H.J. van 't Hullenaar
	samenstelling raad van toezicht	- drs. J.G.M. Kegelaer, (vicevoorzitter) - mr. A.J.H.M. Lips - mevrouw S.R. de Moor-Bullinga - prof. dr. L.B.A. van de Putte - J. Wilkes RA, (voorzitter)

## 1. Patiënttevredenheid

<b>1.1</b>	<b>Patiënttevredenheidsmetingen</b>	
	Systematisch onderzoek naar de tevredenheid van klinische patiënten	ja
	Systematisch onderzoek naar de tevredenheid van poliklinische patiënten	ja
	Wordt gebruik gemaakt van de door de NVZ ontwikkelde vragenlijsten	nee
	Gemiddeld rapportcijfer patiënttevredenheid bij de kliniek	onbekend
	Gemiddeld rapportcijfer patiënttevredenheid bij de polikliniek	onbekend
	<u>Toelichting</u> In 2006 is gestart met een nieuwe methode van systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten. Hiervoor worden de lijsten van de NFU gebruikt. Er is geen vraag opgenomen m.b.t. een rapportcijfer.	

<b>1.2</b>	<b>Klachten</b>	
	Het absolute aantal klachten, ingediend bij de klachtencommissie	18
	Het relatieve aantal (absoluut aantal per gewogen patiënteentheid)	0,000099
	Percentage gegrond verklaarde klachten	28%
	Percentage klachten dat <b>na gegrond verklaring</b> heeft geleid tot maatregelen	11%
	Aantal klachten dat niet via de klachtencommissie is binnengekomen	609
	<u>Toelichting</u> : Veldhoven: 334 klagers 288, Eindhoven 275 klagers 219	

## 2. Organisatie kwaliteit en veiligheid

<b>2.1</b>	<b>Kwaliteitssystemen</b>	
	<u>Accreditatie</u> :	
	Participatie in de accreditatiesystematiek van het NIAZ	nee
	Een NIAZ-accreditatie voor het ziekenhuis behaald (maximaal 5 jaar geleden)	nee
	Een NIAZ-accreditatie voor een afdeling behaald (maximaal 5 jaar geleden)	n.v.t.
	Positieve beoordelingen behaald volgens een erkend systeem:	ja
	- CCKL 3 <sup>e</sup> praktijkrichtlijnen → klinisch laboratorium - SCAS → accreditatie SMA & sportgeneeskunde	

<b>2.2</b>	<b>Veiligheid, risico inventarisatie</b>	
	Uitvoering risico inventarisatie elke twee jaar (door een externe organisatie)	ja
	Wordt de analyse, al dan niet door een externe instantie, in vergelijkende zin beoordeeld en leidt dit tot concrete conclusies c.q. aanbevelingen	ja
	Rapporteert u in uw jaarverslag of elders over dit onderwerp	ja

<b>2.3</b>	<b>Incidenten patiëntenzorg</b>	
	Totaal aantal incidenten centraal gemeld	533
	Het percentage hiervan dat geleid heeft tot maatregelen	13

<b>2.4</b>	<b>Wachttijden</b>
	Publicatie gemakkelijk toegankelijke publieksgegevens over wachttijden   ja
	<u>Toelichting 2005</u> Op de website van het ziekenhuis worden de wachttijden gepubliceerd en maandelijks aangepast.

### 3. Basisset zorginhoudelijk

<b>3.1</b>	<b>Decubitus</b>
3.1.1	<i>Decubitusregistratie</i>
	Beschikt u over een systematische decubitusregistratie   nee
	Zo ja, registratie volgens LPOD   nee
	Zo nee, hoe registreert u   n.v.t.
	Jaarlijkse prevalentiemeting gedaan   ja
	Wordt de registratie aantoonbaar gebruikt in beslissingen van het management   ja
3.1.2	<i>Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed</i>
	Is de decubitusprevalentie bekend   ja
	Is dit gegeven bij uw organisatie bekend   ja
	Teller aantal gevallen van decubitus gr 2-4   19
	Teller / aantal onderzochte patiënten   385
	Noemer / aantal opgenomen patiënten   554
	Puntprevalentie 1   5%
	Puntprevalentie 2   3,4%
	Datum en tijdstip van de meting   VHV 25 okt, EHV 1 nov
	Door wie werden de patiënten onderzocht   Decubitus consultant en afdelingsverpleegkundigen
	Welk protocol volgde het onderzoek   eigen
	Indien noemer 1 en 2 niet gelijk zijn, welke selectie is toegepast   exclusie kinderafdeling, PAAZ, dagbehandeling
	Welke databronnen heeft u gebruikt?   eigen, firma Hillrom
	<u>Toelichting 2004:</u> Met betrekking tot de incidentie van decubitus bij een homogene patiëntenpopulatie wordt momenteel een registratiesysteem ontwikkeld.
3.1.3	<i>Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie</i>
	Is de decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie bekend   nee
	Teller gevallen decubitus (gr 1-4)   n.v.t.
	Noemer aantal totaal opgenomen patiënten   n.v.t.
	Incidentie   onbekend
	Hoe is er gemeten, welke databronnen hebt u gebruikt   n.v.t.

<b>3.2</b>	<b>Bloedtransfusies</b>
3.2.1	<i>Hemovigilantiebeleid</i>
	Rapporteert u transfusiële reacties in de TRIP-registratie   ja
	Rapporteert u interne transfusiële reacties   ja
	Rapporteert u alle transfusiefouten aan de MIP (FONA) commissie   ja
3.2.2	<i>Transfusiële reacties graad 3 en 4</i>
	Is het aantal transfusiële reacties van het afgelopen jaar bekend   ja
	Wat is het aantal transfusiële reacties graad 3 en 4   0
	Wat is het totale aantal getransfundeerde eenheden gedurende het jaar   10037
	Wat is het totale aantal patiënten dat een bloedtransfusie heeft gehad gedurende het jaar   1885
	Eenheden per patiënt gemiddeld   5,3
	Gebruikte databron   ZIS

<b>3.3</b>	<b>Medicatieveiligheid</b>	
	Zijn de gegevens over in het ziekenhuis <b>klinisch</b> voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar	ja
	In welk percentage van de polikamers beschikbaar	0
	In welk percentage van de verpleegafdelingen beschikbaar	0
	Beschikbaar in de ziekenhuis apotheek	ja
	Beschikbaar buiten het ziekenhuis	nee
	Zijn de gegevens over in het ziekenhuis <b>poliklinisch</b> voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar	nee
	In welk percentage van de polikamers beschikbaar	0
	In welk percentage van de verpleegafdelingen beschikbaar	0
	Beschikbaar in de ziekenhuis apotheek	nee
	Beschikbaar buiten het ziekenhuis	nee
	Zijn de gegevens over in het ziekenhuis <b>extramuraal</b> voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar	nee
	In welk percentage van de polikamers beschikbaar	0
	In welk percentage van de verpleegafdelingen beschikbaar	0
	Beschikbaar in de ziekenhuis apotheek	nee
	<u>Toelichting</u> In 2006 wordt een keuze voor een EVS gemaakt. Implementatie naar het gehele ziekenhuis voor polikliniek en kliniek vanaf de 2 <sup>e</sup> helft 2006.	

<b>3.4</b>	<b>Zorg en ICT</b>	
3.4.1	<i>Beschikbaarheid patiëntgegevens op de polikliniek spreekkamer</i>	
	Administratieve basisgegevens	ja
	Laboratoriumgegevens	ja
	Correspondentie vanuit het ziekenhuis	ja
	Radiologieverslagen	ja
	Bacteriologieverslagen	ja
	PA verslagen	ja
	Medicatiegegevens	nee
	Operatieverslagen	ja
	Beelden: - Web 1000 (Xray) - Visus (overige beelden <sup>(2)</sup> )	ja gepland 1 <sup>e</sup> kwartaal 2006
	Overig beschikbaar: - afspraken - ambulante verrichtingen - zorgtrajecten - factuurverrichtingen - operatiehistorie - opnamehistorie - verwijfskaarten	ja ja ja ja ja ja ja
3.4.2	<i>Beschikbaarheid patiëntgegevens op de afdeling</i>	
	Administratieve basisgegevens	ja
	Laboratoriumgegevens	ja
	Correspondentie vanuit het ziekenhuis	ja
	Radiologieverslagen	ja
	Bacteriologieverslagen	ja
	PA verslagen	ja
	Medicatiegegevens	nee
	Operatieverslagen	ja
	Beelden: - Web 1000 (Xray) - Visus (overige beelden <sup>(2)</sup> )	ja gepland 1 <sup>e</sup> kwartaal 2006

<b>3.4</b>	<b>Zorg en ICT</b>	
	Overig beschikbaar: - afspraken - ambulante verrichtingen - zorgtrajecten - factuurverrichtingen - operatiehistorie - opnamehistorie verwijskaarten	ja ja ja ja ja ja ja
<b>3.4.3</b>	<i>Beschikbaarheid procesondersteunende ICT op de polikliniekkamer</i>	
	Elektronisch medische intake	gedeeltelijk (MCS) (*1) gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronisch verpleegkundige intake	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische verpleegkundige decursus	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische medische decursus	gedeeltelijk (MCS) (*1) gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische afsprakenplanning	ja
	Multidisciplinaire patiënt-trajectplanning	ja
	Ordercommunicatie voor lab	nee
	Ordercommunicatie voor medicatie	nee
	Ondersteuning bij voorschrijven	nee
	Ordercommunicatie voor klinische medicatie	nee
	Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	nee
	Ordercommunicatie voor radiologie	nee
	Ordercommunicatie m.b.t. geprotocolleerde ordersets	nee
	Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	ja (*3)
	Elektronische bewaking van het behandeltraject	nee
<b>3.4.4</b>	<i>Beschikbaarheid procesondersteunende ICT op de afdeling</i>	
	Elektronisch medische intake	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronisch verpleegkundige intake	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische verpleegkundige decursus	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische medische decursus	gepland feb 06 in SEH module (*2)
	Elektronische afsprakenplanning	ja
	Multidisciplinaire patiënt-trajectplanning	ja
	Ordercommunicatie voor lab	nee
	Ordercommunicatie voor medicatie	nee
	Ondersteuning bij voorschrijven	nee
	Ordercommunicatie voor klinische medicatie	nee
	Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	nee
	Ordercommunicatie voor radiologie	n.v.t.
	Ordercommunicatie m.b.t. geprotocolleerde ordersets	nee
	Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	n.v.t.
	Elektronische bewaking van het behandeltraject	nee

<b>3.4</b>	<b>Zorg en ICT</b>
	<p>Toelichting:</p> <p>*1. Medische intake en decursus wordt in het systeem MCS geregistreerd binnen het specialisme Cardiologie-Veldhoven</p> <p>*2. Binnen de module CS-SEH wordt de medische intake en verpleegkundige intake voor de SEH in VHV en EHV geregistreerd. Planning: februari 2006</p> <p>*3. De ZorgDomein methodiek wordt gebruikt voor alle poortspecialismen. Dit houdt in dat een ondersteund verwijssysteem ter beschikking van huisartsen staat. In feite een ordercommunicatie tussen huisartsen en specialisten.</p>

<b>3.5</b>	<b>Postoperatieve wondinfecties</b>												
	<table border="1"> <tr> <td>Surveilleert het ziekenhuis postoperatieve wondinfecties</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Doet u mee aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Gebruikt u voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties de criteria van de CDC / WIP (Centre of Disease Control / Werkgroep Infectie Preventie)</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Welke vorm kent de surveillance</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Zijn er interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van de surveillance</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Hebben de interventies tot het gewenste resultaat geleid</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </table> <p>Toelichting: Er is een project opgestart om postoperatieve wondinfecties te surveilleren. De ICT programmering is nog niet goed. Het wachten is daarop</p>	Surveilleert het ziekenhuis postoperatieve wondinfecties	nee	Doet u mee aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties	nee	Gebruikt u voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties de criteria van de CDC / WIP (Centre of Disease Control / Werkgroep Infectie Preventie)	n.v.t.	Welke vorm kent de surveillance	n.v.t.	Zijn er interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van de surveillance	n.v.t.	Hebben de interventies tot het gewenste resultaat geleid	n.v.t.
Surveilleert het ziekenhuis postoperatieve wondinfecties	nee												
Doet u mee aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties	nee												
Gebruikt u voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties de criteria van de CDC / WIP (Centre of Disease Control / Werkgroep Infectie Preventie)	n.v.t.												
Welke vorm kent de surveillance	n.v.t.												
Zijn er interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van de surveillance	n.v.t.												
Hebben de interventies tot het gewenste resultaat geleid	n.v.t.												

<b>3.6</b>	<b>Complicatieregistratie</b>																																																
	<table border="1"> <tr> <td>Wat is het aantal specialismen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Wat is het aantal specialismen in uw ziekenhuis</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Welk percentage van de specialisten neemt hiermee deel aan een <b>landelijke</b> complicatieregistratie</td> <td>5/32 = 16%</td> </tr> <tr> <td>Welk percentage van de specialismen hanteert een <b>eigen</b> systeem voor complicatieregistratie?</td> <td>9/32 = 28%</td> </tr> <tr> <td>Totaal aantal specialismen en/of disciplines dat <b>een vorm</b> van complicatieregistratie heeft</td> <td>14/32 = 44%</td> </tr> </table> <p>Specificatie complicatiesysteem per specialisme: L=landelijk systeem, E = eigen systeem)</p> <table border="1"> <tr> <td>Algemene chirurgie, thoraxchirurgie, vaatchirurgie: systeem Nederlandse Vereniging Heelkunde, moet nog ingepast worden in ziekenhuissysteem</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Anesthesiologie</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>Cardiologie: landelijk systeem wordt momenteel ontwikkeld met de beroepsvereniging</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>Dermatologie</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Gynaecologie en verloskunde: i.s.m. NVOG wordt een landelijk systeem ontwikkeld.</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>Intensive care: momenteel wordt een systeem ontwikkeld o.l.v. de NVIC</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Interne geneeskunde, dialyse, MDL, klinische oncologie</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>KNO Eindhoven: wordt in 2006 pilotafdeling voor het registreren van complicaties via EZIS</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>KNO Veldhoven</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>Kindergeneeskunde / neonatologie: geen formele complicatieregistratie. Wel is er een complicatie- en necrologiebespreking. Er wordt aan een formele complicatieregistratie gewerkt. Er wordt echter op een landelijke ontwikkeling hieromtrent gewacht.</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Klinische chemie: uitgebreid klachtensysteem ingebed in kwaliteitssysteem CCKL voor klinische laboratoria, wordt als complicatieregistratie gezien.</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Klinische medische psychologie</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Medische microbiologie: zie klinische chemie</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Neurologie</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Nucleaire geneeskunde</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Oogheelkunde: Eindhoven één arts (Phacovision) VHV, eigen systeem</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>Orthopedie: Orvecos</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Patholoog anatoom</td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Plastische en reconstructieve chirurgie</td> <td>L</td> </tr> </table>	Wat is het aantal specialismen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt	5	Wat is het aantal specialismen in uw ziekenhuis	32	Welk percentage van de specialisten neemt hiermee deel aan een <b>landelijke</b> complicatieregistratie	5/32 = 16%	Welk percentage van de specialismen hanteert een <b>eigen</b> systeem voor complicatieregistratie?	9/32 = 28%	Totaal aantal specialismen en/of disciplines dat <b>een vorm</b> van complicatieregistratie heeft	14/32 = 44%	Algemene chirurgie, thoraxchirurgie, vaatchirurgie: systeem Nederlandse Vereniging Heelkunde, moet nog ingepast worden in ziekenhuissysteem	L	Anesthesiologie	E	Cardiologie: landelijk systeem wordt momenteel ontwikkeld met de beroepsvereniging	E	Dermatologie	nee	Gynaecologie en verloskunde: i.s.m. NVOG wordt een landelijk systeem ontwikkeld.	E	Intensive care: momenteel wordt een systeem ontwikkeld o.l.v. de NVIC	nee	Interne geneeskunde, dialyse, MDL, klinische oncologie	E	KNO Eindhoven: wordt in 2006 pilotafdeling voor het registreren van complicaties via EZIS	nee	KNO Veldhoven	E	Kindergeneeskunde / neonatologie: geen formele complicatieregistratie. Wel is er een complicatie- en necrologiebespreking. Er wordt aan een formele complicatieregistratie gewerkt. Er wordt echter op een landelijke ontwikkeling hieromtrent gewacht.	nee	Klinische chemie: uitgebreid klachtensysteem ingebed in kwaliteitssysteem CCKL voor klinische laboratoria, wordt als complicatieregistratie gezien.	L	Klinische medische psychologie	nee	Medische microbiologie: zie klinische chemie	L	Neurologie	nee	Nucleaire geneeskunde	nee	Oogheelkunde: Eindhoven één arts (Phacovision) VHV, eigen systeem	E	Orthopedie: Orvecos	L	Patholoog anatoom	nee	Plastische en reconstructieve chirurgie	L
Wat is het aantal specialismen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt	5																																																
Wat is het aantal specialismen in uw ziekenhuis	32																																																
Welk percentage van de specialisten neemt hiermee deel aan een <b>landelijke</b> complicatieregistratie	5/32 = 16%																																																
Welk percentage van de specialismen hanteert een <b>eigen</b> systeem voor complicatieregistratie?	9/32 = 28%																																																
Totaal aantal specialismen en/of disciplines dat <b>een vorm</b> van complicatieregistratie heeft	14/32 = 44%																																																
Algemene chirurgie, thoraxchirurgie, vaatchirurgie: systeem Nederlandse Vereniging Heelkunde, moet nog ingepast worden in ziekenhuissysteem	L																																																
Anesthesiologie	E																																																
Cardiologie: landelijk systeem wordt momenteel ontwikkeld met de beroepsvereniging	E																																																
Dermatologie	nee																																																
Gynaecologie en verloskunde: i.s.m. NVOG wordt een landelijk systeem ontwikkeld.	E																																																
Intensive care: momenteel wordt een systeem ontwikkeld o.l.v. de NVIC	nee																																																
Interne geneeskunde, dialyse, MDL, klinische oncologie	E																																																
KNO Eindhoven: wordt in 2006 pilotafdeling voor het registreren van complicaties via EZIS	nee																																																
KNO Veldhoven	E																																																
Kindergeneeskunde / neonatologie: geen formele complicatieregistratie. Wel is er een complicatie- en necrologiebespreking. Er wordt aan een formele complicatieregistratie gewerkt. Er wordt echter op een landelijke ontwikkeling hieromtrent gewacht.	nee																																																
Klinische chemie: uitgebreid klachtensysteem ingebed in kwaliteitssysteem CCKL voor klinische laboratoria, wordt als complicatieregistratie gezien.	L																																																
Klinische medische psychologie	nee																																																
Medische microbiologie: zie klinische chemie	L																																																
Neurologie	nee																																																
Nucleaire geneeskunde	nee																																																
Oogheelkunde: Eindhoven één arts (Phacovision) VHV, eigen systeem	E																																																
Orthopedie: Orvecos	L																																																
Patholoog anatoom	nee																																																
Plastische en reconstructieve chirurgie	L																																																

<b>3.6</b>	<b>Complicatieregistratie</b>	
	Psychiatrie: incidenten worden bij de MIP gemeld en klachten verlopen via de klachtenprocedure MMC. BOPZ artikel 41 klachten verlopen via de BOPZ cie van de GGzE. Meldingen van bijzondere omstandigheden bijv. suïcides worden volgens procedure gemeld aan de Inspectie Gezondheidszorg onderdeel GGZ.	nee
	Pulmonologie	nee
	Radiodiagnostiek	E
	Reumatologie	nee
	Revalidatie	nee
	Sportgeneeskunde	E
	Urologie Eindhoven	nee
	Urologie Veldhoven	E
<b>3.7</b>	<b>Pijn na operatie</b>	
3.7.1	<i>Pijnmeting bij postoperatieve patiënten</i>	
	Is dit gegevens bij uw instelling bekend	ja
	Is er een ziekenhuisbreed pijnprotocol	ja
	Beschikt het ziekenhuis over een acute pijnservice	gedeeltelijk
3.7.2	<i>Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten</i>	
	Wat is het aantal patiënten met systematische pijnmeting op de recovery	21713
	Wat is het aantal klinische operatie patiënten recovery (inclusief dagbehandeling)	21713
	Wat is hiermee het percentage	100%
	Wat is het aantal patiënten met systematische pijnmeting op de verpleegafdeling	21713
	Wat is het totale aantal klinische operatiepatiënten verpleegafdeling	21713
	Wat is hiermee het percentage	100%
	Databronnen?	jaarverslag OK
3.7.3	<i>Percentage patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72uur na een operatie</i>	
	Is dit gegeven bij uw instelling bekend	nee, niet mogelijk zonder dossier onderzoek i.v.m. ontbreken registratiesysteem
	Wat is het aantal patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72 uur na OK	onbekend
	Wat is het totale aantal patiënten bij wie postoperatieve pijnmetingen worden verricht?	21713
	Wat is hiermee dan het percentage	onbekend
	Data bronnen	jaarverslag OK

<b>3.8</b>	<b>Risicovolle interventies</b>	
3.8.1	<i>Volume van abdominale aorta operaties</i>	
	Aantal endovasculaire AAA operaties	16
	Aantal open AAA operaties	75
	Databronnen	OK-systeem
	Eigen registratiesysteem	CS-OK
3.8.2	<i>Volume oesophagus resecties</i>	
	Aantal patiënten met oesophaguscardioresecties	0
	Data bronnen	OK-systeem
	Toelichting: Oesofagus cardiaresecties worden volgens IKZ afspraken in samenwerking met het Catharinaziekenhuis uitgevoerd	
3.8.3	<i>Laparoscopie</i>	
	Is het aantal laparoscopische cholecystectomieën bekend	ja
	Wat is het aantal laparoscopische cholecystectomieën	297
	Wat is het totale aantal cholecystectomieën	329
	Wat is hiermee het percentage	90,6%
	Databronnen	OK-syst. + eigen registratie
3.8.4	<i>Gallekage na cholecystectomie</i>	
	Is het aantal gallekages na cholecystectomie bekend?	3 (galbedlekkages)
	Aantal patiënten met gallekages	3
	Aantal cholecystectomieën	32
	Percentage lekkages	< 1%

Databronnen	OK-syst. + eigen registratie
-------------	------------------------------

<b>3.9</b>	<b>Afgezegde operaties</b>	
3.9.1	<i>Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een geplande electieve operatie</i>	
	Is het percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een operatie bekend	Ja
	Wat is het totale aantal electieve operaties	V 9100 incl. spoed 12230 E 8220 incl. spoed 9483 Tot 17320 incl. spoed 21713
	Aantal door het <b>ziekenhuis</b> afgezegde operaties	V 6 + E 19 = 25
	Percentage door het <b>ziekenhuis</b> afgezegde operaties	V 0,06% + E 0,23%: Tot 0,14%
	Aantal door de <b>patiënt</b> afgezegde operaties	V 58 + E 142 = 200
	Percentage door de <b>patiënt</b> afgezegde operaties	V 0,6% + E 1,5% = Tot. 1,15%
	Databronnen	CS-OK, jaarverslag OK
3.9.2	<i>Gemiddeld hoe lang tevoren worden patiënten opgeroepen voor een operatie</i>	
	Is dit gegeven bij uw instelling bekend	ja
	Aantal dagen	V 8 dagen E 3 dagen
	Aantal opgeroepen patiënten voor een operatie tussen 1 januari en 31 december	17320

<b>3.10</b>	<b>Heroperaties</b>			
3.10.1	Is het percentage (ong geplande) heroperaties bekend			nee
	Totaal aantal operaties			onbekend
	Aantal ongeplande heroperaties			onbekend
	Percentage ongeplande heroperaties			onbekend
	Welke initiële operaties geven in het ziekenhuis het meest frequent aanleiding tot een heroperatie			onbekend
	Databronnen			geen
3.10.2	<i>Heroperaties hernia inguinalis (facultatief)</i>	<b>EHV</b>	<b>VHV</b>	<b>tot</b>
	CTG-code 035703	9	5	14
	CTG-code 035713	16	3	19
	Totaal	25	8	33
	CTG-code 035700	95	256	351
	CTG-code 035710	76	44	120
	Totaal	171	300	471
	Totaal 4 codes	196	308	504
	Percentage heroperaties	14,6%	2,7%	7%
	Databronnen	CS-OK via Ezis		

<b>3.11</b>	<b>Intensive care</b>	
	Aan welk level voldoet de IC-afdeling in de instelling	E=II, V-III
	Bij visitatie bevestigd	V: nee, bij visitatie 2003 Level II
	Classificatie gebaseerd op CTG-richtlijn	Ja
	Opname en beademingsdagen IC	5068
	Beademingsdagen cardio-chirurgische patiënten	0
	Beademingsdagen niet cardio-chirurgische beademingsdagen	2
	Beademingsdagen kinderen onder 16	3
	Totaal aantal beademingsdagen beide groepen	2457
	Aantal IC dagen cardiochirurgische patiënten	0
	Aantal IC-dagen voor niet cardio-chirurgische patiënten	5047
	Aantal IC-dagen voor niet cardio-chirurgische kinderen onder 16	21
	Totaal aantal ICdagen	5068
	FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC	7.0
	Percentage beademingsdagen van totale IC-dagen	48,5%
	Databronnen;	Mediscore en E-ZIS
	Toelichting: T=907, N=2457 = 0.37	



<b>3.12</b>	<b>Zwangerschap</b>	
	<i>Percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage</i>	
	Wat is het totale aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog (LVR-2) (NB: éénlingbevallingen)	1887
	Is er sprake van een perinatologisch centrum	ja
	VOKSpercentiel verslagjaar bekend (april 2006)	nog niet
	Uitkomsten VOKSpercentiel verslagjaar	
	Primaire sectio's	-
	Secundaire sectio's	-
	Uitkomsten VOKSpercentiel T-1	
	Primaire sectio's	32
	Secundaire sectio's	49

<b>3.13</b>	<b>Diabetes</b>	
3.13.1	<i>Geïntegreerde diabeteszorg</i>	
	Is er sprake van geïntegreerde diabeteszorg	ja
	Hoe heeft u hieraan vormgegeven:	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samenwerking tussen interne, oogheeskundige, chirurgische, vasculaire en neurologische geneeskunde.</li> <li>2. Werkafspraken met hulpverleners eerste lijn.</li> <li>3. Elke patiënt heeft een eigen diabetesverpleegkundige plus diëtist.</li> <li>4. EPD nog niet actief doch integraal voorbereid, momenteel gezamenlijke papieren dossiervorming.</li> <li>5. Multidisciplinaire benadering plus MDO, waarbij ook podotherapie en klinische psychologie.</li> <li>6. Functie- en taakomschrijvingen van diabetesverpleegkundigen, diëtist en klinische podotherapie.</li> </ol>	
	Samenwerking met vasculair preventiecentrum; wordt z.s.m. één integraal diabetes, vasculair centrum	
3.13.2	<i>Gemiddelde HbA1C-waarde bij diabetes type 1 en 2</i>	<b>EHV</b> <b>VHV</b>
	Zijn de gegevens over HbA1C bepalingen bekend: <b>niet</b> uitgespitst in type 1 en 2	ja
	Som van alle HbA1C waardes	
	Aantal bepalingen HbA1C	8083
	Aantal patiënten type 1 en 2	2346
	Gem. aantal bepalingen per patiënt	3.4
	Gemiddeld HbA1C	6.9%
	Referentie (gehanteerde normaalwaarde)	4-6
	Bronnen	
3.13.3	<i>Tweejaarlijkse oogheeskundige controle bij diabetes</i>	
	Aantal diabetespatiënten met fundusscopie of fundus fotografie	
	Totaal aantal bij de internist bekende diabetespatiënten	
	Percentage	
	Databron	

<b>3.14</b>	<b>Hartfalen</b>	
	Is er sprake van een hartfalen poli	
	<i>Heropname voor hartfalen</i>	
	Is het aantal patiënten met hartfalen, <b>jonger</b> dan 75 jaar en opgenomen in het verslagjaar, bekend	
	Aantal heropnames binnen 12 weken na ontslag voor deze groep	
	Totaal aantal opnames hartfalen voor deze groep	
	Percentage heropnames voor hartfalen voor patiënten jonger dan 75 jaar	
	Is het aantal patiënten met hartfalen, <b>ouder</b> dan 75 jaar en opgenomen in het verslagjaar, bekend	
	Aantal heropnames binnen 12 weken na ontslag voor deze groep	
	Totaal aantal opnames hartfalen voor deze groep	
	Percentage heropnames voor hartfalen voor patiënten ouder dan 75 jaar	

	Databronnen	
<b>3.15</b>	<b>Acuut myocardinfarct</b>	
3.15.1	130-daagse mortaliteit na opname voor een AMI	
	AMI patiënten <b>jonger</b> dan 65 jaar	
	Het aantal overledenen < 30 dagen na AMI	0
	Totaal aantal patiënten	91
	Percentage sterfte patiënten jonger dan 65 < 30 dagen na een AMI	0%
	AMI patiënten <b>ouder</b> dan 65 jaar	
	Het aantal overledenen < 30 dagen na AMI	12
	Totaal aantal patiënten	156
	Percentage sterfte patiënten ouder dan 65 < 30 dagen na een AMI	7,7%
	Totaal aantal patiënten	247
	Percentage sterfte totaal aantal patiënten < 30 dagen na een AMI	12/247 = 4,9%
3.15.2	Mortaliteit in de eerste drie maanden na opname voor een AMI, ongeacht de oorzaak van overlijden (facultatief)	
	AMI patiënten <b>jonger</b> dan 65 jaar	
	Overledenen	0
	Totaal aantal patiënten	91
	Sterfte binnen 90 dagen	0%
	AMI patiënten <b>ouder</b> dan 65 jaar	
	Overledenen	13
	Totaal aantal patiënten	156
	Sterfte binnen 90 dagen	8,3%
	Databronnen	LMR
<b>3.16</b>	<b>CVA</b>	
3.16.1	Stroke-unit	
	Beschikt het ziekenhuis overeen strokeservice	ja
	Beschikt het ziekenhuis over een stroke-unit	ja
3.16.2	Mortaliteit na opname voor een CVA	
	<b>Ischemisch</b> CVA <b>jonger</b> dan 65 jaar	
	Wat is het aantal overledenen < 7 dagen bij deze groep	0
	Totaal aantal patiënten	22
	Percentage overlijden binnen 7 dagen na opname	0%
	<b>Ischemisch</b> CVA <b>ouder</b> dan 65 jaar	
	Wat is het aantal overledenen < 7 dagen bij deze groep	8
	Totaal aantal patiënten	41
	Percentage overlijden binnen 7 dagen na opname	19,5%
	<b>Hemorragisch</b> CVA <b>jonger</b> dan 65 jaar	
	Wat is het aantal overledenen < 7 dagen bij deze groep	
	Totaal aantal patiënten	
	Percentage overlijden binnen 7 dagen na opname	
	<b>Hemorragisch</b> CVA <b>ouder</b> dan 65 jaar	
	Wat is het aantal overledenen < 7 dagen bij deze groep	
	Totaal aantal patiënten	
	Percentage overlijden binnen 7 dagen na opname	
<b>3.17</b>	<b>Heupfractuur bij personen &gt; 65 jaar</b>	
	Informatie over het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is ingedeeld naar ASA klassen	
	Is dit gegeven bij de instelling bekend	
	ASA 1 en 2	
	Aantal geopereerd binnen één kalenderdag totaal	
	Totaal aantal ouderen met heupfractuur	
	Percentage	
	ASA 3 tot 5	

	Aantal geopereerd binnen één kalenderdag totaal	
	Totaal aantal ouderen met heupfractuur	
	Percentage	
	<i>Alle klassen totaal</i>	
	Aantal geopereerd binnen één kalenderdag totaal	
	Totaal aantal ouderen met heupfractuur	
	Percentage	
	Bronnen	

<b>3.18</b>	<b>Mammacare</b>		
3.18.1	<b>Mammapoli</b>		
	Beschikt het ziekenhuis over een mammapoli	ja	
	<p><u>Vormgeving:</u>  <b>De mammapoli in MMC Veldhoven.</b>  <b>Mammapoli spreekuur</b>  De patiënte verdacht van borstkanker wordt via de huisarts aangemeld voor de mammapoli. Zij kan hier binnen 2 á 3 dagen terecht voor de eerste gecombineerde afspraak, bestaande uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. een consult bij de chirurg voor anamnese en lichamelijk onderzoek in aanwezigheid van de mammacareverpleegkundige, die uitleg geeft over de route op de mammapoli;</li> <li>2. daarna onderzoek op afdeling radiologie: mammografie / echo-onderzoek en evt. punctie;</li> <li>3. bij dezelfde chirurg voor het bespreken van de resultaten van het röntgenonderzoek; zo mogelijk weer in aanwezigheid van de mammacareverpleegkundige.</li> </ol> <p><b>Benigne uitslag</b>  Gaaf het duidelijk om een benigne afwijking en hoeft er geen punctie verricht te worden, dan weet patiënt dit binnen ditzelfde dagdeel.</p> <p><b>Versnelde tripeldiagnostiek</b>  Is een punctie onder <b>echogelegeide</b> noodzakelijk dan wordt dit doorgaans direct gedaan. Op het PA-laboratorium wordt het materiaal met voorrang onderzocht en de uitslag wordt op het eerstvolgende spreekuur van dezelfde chirurg besproken met de patiënte. Dit is meestal binnen 2 á 3 werkdagen en altijd binnen 5 werkdagen.  Een punctie onder <b>röntgengelegeide</b> kan niet direct plaatsvinden, deze wordt gepland binnen 1 á 2 weken. De PA-uitslag hiervan is binnen 5 werkdagen bekend en wordt dan met de patiënte besproken op het spreekuur van dezelfde chirurg.  Mammapoli-patiënten worden alleen door chirurgen gezien en niet door arts-assistenten.  De patiënten worden niet standaard preoperatief in het mammateam besproken.</p> <p><b>Mammacareverpleegkundige</b>  Alle patiënten met de diagnose borstkanker komen voor <b>gerichte informatie, begeleiding en ondersteuning</b> bij de mammacareverpleegkundige.  Gedurende het hele traject, van diagnose tot en met de nabehandelingen, heeft de patiënt op een aantal vaste momenten afspraken met de mammacareverpleegkundige pre-operatief, post-operatief en na 3-6 maanden. Zij is als <b>contactpersoon</b> voor patiënt en familie gemakkelijk te bereiken bij eventuele vragen en/of onduidelijkheden. Aangezien ook het stroomlijnen van de zorg een taak is van de mammacareverpleegkundige is zij ook voor medewerkers van andere disciplines in het ziekenhuis een <b>vast aanspreekpunt</b>.</p>		
3.18.2	<b>Diagnose binnen vijf dagen</b>		
		<b>Eindhoven</b>	<b>Veldhoven (deels)</b>
	Is de gevraagde informatie bekend	ja	deels
	Aantal patiënten waarbij de diagnose binnen 5 dagen bekend was	349	72*
	Totaal aantal onderzochte patiënten mammapoli	368	305
	Percentage	95%	63%*
	Databronnen	mammapoli registratie (IKZ programma)	EZIS, Acces-vanaf 1 juni
	<p><u>Toelichting:</u>  *Vanaf 1 juni 2005 is door de mammacareverpleegkundigen Veldhoven geregistreerd in een Acces-programma.  Van de 115 patiënten met bruikbare gegevens zijn er 72 die binnen vijf werkdagen de diagnose hadden (62.6%).</p>		
<b>3.19</b>	<b>Cataract</b>		
	Houdt u voor cataractoperaties een complicatieregistratie bij	ja	
	<p><u>Soort registratiesysteem:</u> Eigen systeem, gebaseerd op het 'brebaartsysteem' De complicatieregistratie voor cataract is gekoppeld aan het operatieverslag. Tijdens de laatste visitatie door de wetenschappelijke vereniging werd deze als zeer grondig beoordeeld.</p>		

#### 4. Organisatie en personeel

<b>4.1</b>	<b>Personeelsleden</b>	
	Aantal fte personeelsleden totaal <u>inclusief PNIL</u>	2313
	Aantal werknemers	3312
	Aantal fte dat door deeltijders wordt ingevuld	1133
	Deeltijdpercentage voor het totale personeel	69,88%
	Deeltijdpercentage voor verpleegkundigen	57
	Totaal aantal verpleegkundig en verzorgend medewerkers in opleiding	74,3
	fte medisch specialisten werkzaam in het ziekenhuis	168,12
	fte medisch specialisten in dienstverband	43,77
	fte personeel algemene en administratieve functies	428,5
	fte personeel hotelfuncties, patiënt en bewonersgebonden en terrein en gebouw gebonden functies	1757,9
	Totale personeelskosten	€105.438.000
	Zijn er productie – en kwaliteitseisen vastgelegd in contracten tussen manager en de individuele medisch specialist	nee

<b>4.2</b>	<b>Ziekteverzuim</b>	
	Wat is het verzuimpercentage excl. zwangerschapsverlof	4,9
	Gemiddelde verzuimduur, excl zwangerschap	17,7
	Gemiddelde meldingsfrequentie	1,8 maal

<b>4.3</b>	<b>Welbevinden medewerkers</b>	
	Wat is het verlooppercentage voor het totale personeel	10,56
	Wat is het verlooppercentage onder verpleegkundigen	onbekend
	WAO-instroom in procenten	0%
	Is er een risico-inventarisatie verricht door een Arbo-dienst	ja gedeeltelijk o.a. SEH
	Medewerkerstevredenheidsonderzoek	pilot bij een aantal afdelingen

<b>4.4</b>	<b>Ontslag</b>	
	Wat is in het verslagjaar het aantal personen dat onvrijwillig met ontslag is gegaan	14

#### 5. Organisatie en financiën

<b>5.1</b>	<b>Financiële positie (x1000)</b>	
	Eigen vermogen conform RJZ	9.700
	Correctie (25% van de activawaarde niet WZV/WTG gefinancierd)	297
	Totaal (weerstandvermogen)	9.403
	Som der bedrijfsopbrengsten (conform RJZ)	180.092
	Correctie nacalculerbare rente op langlopende leningen	5.216
	Correctie nacalculerbare afschrijvingen (incl. afschrijvingstrekkingsrechten)	4.220
	Correctie norm afschrijving instandhoudingsinvesteringen	1.450
	Correctie overige nacalculerbare posten	-/- 512
	Totaal (risicobudget)	169.718
	Solvabiliteit (maat voor financiële gezondheid van de organisatie)	5.54%
	Is het ziekenhuis geborgd door het waarborgfonds	ja

<b>5.2</b>	<b>Budgetgrootte</b>	
	Productiegebonden gedeelte van het externe budget, inclusief het totale B-segment maar exclusief de loonkosten voor medisch specialisten (x€1000)	134.018

<b>5.3</b>	<b>Resultaatontwikkeling (x1000)</b>	
	<i>Jaarrekening</i>	
	Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	164.337
	Opbrengst B-segment	8.051
	Overige bedrijfsopbrengsten	7.704

<b>5.3</b>	<b>Resultaatontwikkeling (x1000)</b>	
	Som der bedrijfsopbrengsten	180.092
	Lasten	
	Personeelskosten	105.438
	Afschrijving immateriele en mat. activa	13.486
	Overige bedrijfskosten	55.461
	Som der bedrijfslasten	174.385
	Financiële baten en lasten	-/-5.328
	Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	379
	Buitengewone baten en lasten	-
	Resultaat	379
	<i>Begroting t+1</i>	
	Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	173.579
	Overige bedrijfsopbrengsten	7.843
	Som der bedrijfsopbrengsten	181.422
	Lasten	
	Personeelskosten	105.934
	Afschrijving immateriële en materiele activa	13.203
	Overige bedrijfskosten	54.863
	Som der bedrijfslasten	174.000
	Financiële baten en lasten	-/-6.400
	Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	1.022
	Buitengewone baten en lasten	-
	Resultaat	1.022
	<i>Verwachte realisatie jaar t+1</i>	
	Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	173.579
	Overige bedrijfsopbrengsten	7.843
	Som der bedrijfsopbrengsten	181.422
	Lasten	
	Personeelskosten	105.934
	Afschrijving immateriële en materiele activa	13.203
	Overige bedrijfskosten	54.863
	Som der bedrijfslasten	174.000
	Financiële baten en lasten	-/-6.400
	Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	1.022
	Buitengewone baten en lasten	-
	Resultaat	1.022

## 6. Organisatie en omgeving

<b>6.1</b>	<b>Patiënt en consument</b>	
	Lokale bevolkingsomvang in het bedieningsgebied van het ziekenhuis	726552
	Percentage bovenregionaal t.o.v. het totaal aantal nieuwe patiënten	
	Aantal nieuwe patiënten op de polikliniek	164.700
	Gemiddeld aantal herhalingsbezoeken na het eerste polikliniekbezoek	
	Wat is het gemiddeld aantal herhalingsbezoeken per patiënt na het eerste polikliniekbezoek	
	Waarvan meteen opgenomen	
	Aantal bezoekers SEH	43.465
	Zijn de algemene voorwaarden actueel	Ja

<b>6.2</b>	<b>Capaciteit</b>	
	Capaciteitsomvang in bedden	615
	Totaal aantal opnamen (inclusief dagopnames)	4861
	Bezettingspercentage bedden	75,7
	Percentage niet ziekenhuis-geïndiceerde patiënten	onbekend
	Gemiddeld aantal verpleegdagen per patiënt	6,9
	Aantal geopende DBC's	230.248

<b>6.3</b>	<b>Afspraken en wet- en regelgeving</b>	
	Worden afspraken, wet- en regelgeving intern minimaal jaarlijks geëvalueerd met vervolgsafspraken	ja
	Voldoet de werkwijze in poliklinische en klinische, inclusief dossierarchivering, aan de eisen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)	ja
	Voldoet de werkwijze in poliklinische en klinische, inclusief dossierarchivering, aan de eisen van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	ja
	Is een cliëntenraad ingesteld op basis van de WMCZ	ja

<b>6.4</b>	<b>Milieubelasting</b>	
	Totaal energiegebruik in euro's per gewogen patiënteenheden	2,37
	Totale afvalproductie in kg per gewogen patiënteenheden	1,14kg
	Waarvan specifiek ziekenhuisafval	80.008 kg
	Vergeleken met jaar ervoor stijging of daling	stijging
	<u>Toelichting:</u> Afval per gewogen patiënteenheden <u>zonder</u> papier/karton i.v.m. ophaalmethode	

## 7. Onderzoek en opleiden

<b>7.1</b>	<b>Onderwijs en opleidingen</b>	
	Participatie in klinisch onderwijs aan studenten geneeskunde	ja
	Aantal co-assistenten, gemiddeld over 52 weken/jaar (30 plaatsen beide locaties)	28
	Participatie in klinisch onderwijs aan hogeschoolstudenten verpleegkunde (HBO-V)	ja
	Aantal HBO-V studenten	30
	Participatie in klinisch onderwijs aan leerlingen van het MBO (MBO-V)	ja
	Aantal studenten duaal onderwijs	75
	Aantal studenten andere studierichting	34
	Aantal AGIO's	60
	Aantal Agnio's	-
	Studenten in het kader LRVV	28
	OK-assistenten in opleiding	15
	Anesthesieassistenten in opleiding	9
	<u>Toelichting</u> De afname van het aantal duale studenten MBOV, van 95 (2004) naar 75 (2005) is te verklaren door de bezuinigingsmaatregelen binnen de zorg. Er zijn in 2005 twee studenten gestart met de opleiding Advanced Nurse Practitioner en zijn er vijf Physican Assistants (PA) in opleiding, waarvan één gestart in 2005. Daarnaast zijn verschillen in de cijfers ontstaan omdat voor 2004 de feitelijke cijfers zijn aangeleverd en voor 2005 de gemiddelde cijfers.	

<b>7.2</b>	<b>Onderzoek</b>	
	Neemt u deel aan klinische vergelijkende wetenschappelijk onderzoek	ja
	Hoeveel clinical trials lopen er op 31 december	49
	Fase III	20
	Fase IV	4
	Functioneert (exclusief) voor uw ziekenhuis een METC	ja
	Zijn aan het ziekenhuis (parttime) hoogleraren betrokken bij geneeskundig wetenschappelijk onderzoek	3
	Aantal parttime	-
	Aantal fulltime	-
	Publiceert u over de wetenschappelijke productie in uw jaarverslag	ja