



Isala klinieken

Jaardocument 2007

Jaardocument 2007

Stichting Holding Isala klinieken

Het verslagjaar
2007 was een
roerig jaar voor de
Isala klinieken



Inhoudsopgave

1. Inleiding en uitgangspunten van de verslaggeving	6	4.2.1.3 Isala Academie	29
2. Profiel van de organisatie	9	4.2.1.4 Centres of Excellence (CoE)	29
2.1 Algemene identificatiegegevens	9	4.2.2 Nieuwbouw	30
2.2 Structuur van het concern	9	4.2.2.1 Bouwplan	31
2.3 Kerngegevens	11	4.2.2.2 Businessplan, bidbook en veranderprogramma	31
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	11	4.2.3 Informatiebeleid	32
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	11	4.2.3.1 Informatiebeleidsplan	32
2.3.2.1 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten	11	4.2.3.2 Isala Digitaal	32
2.3.3 Werkgebieden	15	4.2.3.3 Verzelfstandiging IC2it BV	33
2.4 Belanghebbenden	15	4.2.3.4 Informatiebeveiliging	33
3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	16	4.2.4 Milieubeleid	33
3.1 Bestuur en toezicht	16	4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	35
3.1.1 Zorgbrede Governance Code	16	4.3.1 Kwaliteitsbeleid	35
3.1.2 Raad van Bestuur	16	4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	35
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)	17	4.4.1 Kwaliteit van zorg	35
3.2 Bedrijfsvoering	19	4.4.1.1 Inspanningen	35
3.2.1 Planning- en controlcyclus en interne risicobeheersing	19	4.4.2 Klachten	38
3.2.1.1 Planning- en controlcyclus	19	4.4.2.1 Klachtencommissie	39
3.2.1.2 Beheersing van bedrijfs- en financiële risico's	20	4.4.2.2 Klachtenfunctionarissen	39
3.2.1.3 Fraude risico's	20	4.4.3 Veiligheid	39
3.2.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle	21	4.4.3.1 Leiderschap en Cultuur & Commitment	40
3.2.3 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)	21	4.4.3.2 Incidenten melden, analyseren en borgen	41
3.3 Cliëntenraad	22	4.4.3.3 Risicomanagement	41
3.3.1 Thema's en activiteiten	23	4.4.3.4 Patiëntenparticipatie	42
4. Beleid, inspanningen en prestaties	26	4.4.3.5 Best practices (inter)nationaal	42
4.1 Meerjarenbeleid	26	4.4.3.6 Monitoring en auditing	42
4.1.1 Missie en uitgangspunten	26	4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	42
4.1.2 Visie en strategie	26	4.5.1 Personeelsbeleid	42
4.2 Algemeen beleid	27	4.5.1.1 Beleid en inspanningen	42
4.2.1 Vier beleidslijnen	27	4.5.1.2 Verloop personeel	45
4.2.1.1 Verbeteren zorgproces	27	4.5.2 Kwaliteit van het werk	45
4.2.1.2 Verzelfstandiging	28	4.6 Samenleving	45
		4.6.1 Isala Wereldbreed	45
		4.6.1.1 Voorbeelden van projecten in 2007	45
		4.6.2 Inzet van vrijwilligers	46
		4.6.3 Patiëntenvoorlichting	46
		4.7 Financieel beleid	47
		4.7.1 Financiële ontwikkelingen	47
		4.7.2 Investerings	48
		4.7.3 Resultaatanalyse	49

5.	Jaarrekening	52	5.9.3	Aansluiting totaal resultaat met resultaat segmenten	81
5.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2007	52	5.9.4.1	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis	82
5.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2007	53	5.9.4.2	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg	83
5.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht	54	5.9.5	DBC opbrengsten B-segment	84
5.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	55	5.9.6	Niet gebudgetteerde zorgprestaties	84
5.4.1	Algemeen	55	5.9.7	Overige opbrengsten	84
5.4.2	Grondslagen van waardering van activa en passiva	57	5.9.8	Personeelskosten	85
5.4.3	Grondslagen van resultaatbepaling	59	5.9.9	Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	86
5.4.4	Grondslagen van segmentering	59	5.9.10	Overige bedrijfskosten	87
5.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2007	60	5.9.11	Financiële baten en lasten	88
5.5.1	Immateriële vaste activa	60	5.10	Enkelvoudige balans per 31 december 2007	88
5.5.2	Materiële vaste activa	61	5.11	Enkelvoudige resultatenrekening over 2007	88
5.5.3	Financiële vaste activa	62	5.12	Toelichting op de enkelvoudige balans ultimo 2007	89
5.5.4	Voorraden	62	5.13	Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening over 2007	89
5.5.5	Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	62	5.14	Overige gegevens	89
5.5.6	Vorderingen en overlopende activa	63	5.14.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	89
5.5.7	Vorderingen / schulden uit hoofde van financieringstekort / -overschot	64	5.14.2	Resultaatbestemming	89
5.5.8	Liquide middelen	68	5.14.3	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	90
5.5.9	Eigen vermogen	68	5.14.4	Accountantsverklaring	91
5.5.10	Egalisatierekening afschrijvingen	71			
5.5.11	Voorzieningen	72	6. Bijlagen		94
5.5.12	Langlopende schulden	72	Bijlage 1:	Organogram Isala klinieken	95
5.5.13	Kortlopende schulden en overlopende passiva	73	Bijlage 2:	Kerngegevens	96
5.5.14	Niet uit de balans blijvende verplichtingen	74	Bijlage 3:	Wet bijzondere medische verrichtingen	104
5.6	Geconsolideerd mutatieoverzicht immateriële vaste activa	75	Bijlage 4:	Belanghebbenden, anders dan zorg-groepen en afdelingen	105
5.7	Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa	76	Bijlage 5:	Kwaliteit van de organisatie	106
5.8	Overzicht langlopende schulden ultimo 2007	78	Bijlage 6:	Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders	108
5.9	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening 2007	80	Bijlage 7:	Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)	110
5.9.1	Resultatenrekening Ziekenhuis	80	Colofon		112
5.9.2	Resultatenrekening Ouderenzorg	81			

1. Inleiding en uitgangspunten van de verslaggeving

Tien jaar geleden gingen twee Zwolse ziekenhuizen samen tot één geheel: de Isala klinieken. Het fusieproces is met de nodige emoties en aanpassingen gepaard gegaan, maar het resultaat mag er zijn. De Isala klinieken zijn een begrip geworden in zorgverlenend Nederland, niet in de laatste plaats dankzij de inspanningen van iedereen die aan het ziekenhuis is verbonden. Ondanks ups en downs is goede zorgverlening altijd doorgegaan. Nu, tien jaar later, kunnen we met opgeheven hoofd de toekomst tegemoet zien.

We mogen trots zijn op de Isala klinieken. In het verslagjaar 2007 steeg het ziekenhuis tien plaatsen op de ranglijst van het Algemeen Dagblad, naar plaats zes. Daarnaast behaalden de Isala klinieken de NIAZ-accreditatie, een kwaliteitskeurmerk voor ziekenhuizen. Het ziekenhuis is voorloper op het gebied van patiëntveiligheid, het is een teaching hospital geworden en het ontving van Independer de prijs voor het meest transparante ziekenhuis. Isala Ouderenzorg behaalde het Bronzen Keurmerk. Er waren nog meer mijlpalen, zoals de ingebruikname van de nieuwe keuken La Gourmande en de start van de BV's Dermatologisch centrum Isala en IC2it. Daarnaast zijn de Isala klinieken het verslagjaar van start gegaan met een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur, drs. Marjanne Sint. Zij is de opvolger van drs. Leo Schoots, die van 2004 tot 2007 voorzitter was.

Maar 2007 was ook een roerig jaar. De neergaande lijn van het tweede halfjaar 2006 zette zich begin 2007 onverminderd door. Het verslagjaar begon met een nadelig resultaat in het eerste kwartaal, de nieuwbouw ging on hold, de Isala klinieken zagen zich gedwongen 250 arbeidsplaatsen te schrappen en het ziekenhuis begon gesprekken met Woonzorgconcern IJsselheem over de overname van Isala Ouderenzorg. Minder handen aan het bed, een cultuur van krapte en karigheid en medewerkers die naar ander werk

moeten omzien of in dienst van een andere organisatie komen, ga er maar aan staan.

De negatieve tendens van het eerste kwartaal is gekeerd, een prestatie van de gehele organisatie; medewerkers, medisch specialisten en vrijwilligers. Mede door hun veerkracht en passie voor de zorg is in de tweede helft van 2007 de opgaande lijn hervonden. Het verslagjaar is afgesloten met een positief resultaat van 7,8 miljoen euro uit normale bedrijfsvoering. Hiermee is zelfs een beter exploitatieresultaat gerealiseerd dan in 2006. De beoogde formatiereductie is voor een groot deel behaald. Daarnaast is winst geboekt door het realiseren van meerproductie.

Als gevolg van deze positieve resultaten heeft de Raad van Bestuur in samenspraak met het Stafbestuur eind 2007 kunnen besluiten, dat de voorgenomen nieuwbouw doorgang kan vinden. Naar verwachting wordt medio 2013 het nieuwe ziekenhuis op locatie Sophia opgeleverd. Om deze nieuwbouw te kunnen exploiteren, staan de Isala klinieken voor een ambitieuze opgave tot veranderen; een extra rendementsverbetering van tien procent van de omzet in de periode 2008 tot en met 2013.

Eind 2007 hebben de Isala klinieken en Woonzorgconcern IJsselheem een voorovereenkomst gesloten tot overdracht van Isala Ouderenzorg. Er zijn verschillende redenen waarom het samengaan een goede combinatie vormt in de ouderenzorgmarkt. Lopende samenwerkingsresultaten laten dat reeds zien. Beide organisaties achten het doorontwikkelen van kwalitatief goede ouderenzorg van groot belang voor de gezamenlijke regio. Schaalvergroting en groei zijn nodig om de ouderenzorg rendabeler te maken. Samenvoeging betekent het behalen van bedrijfsmatige voordelen. Op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor cliënten hebben IJsselheem en Isala

Ouderenzorg een visie die prima op elkaar aansluit. Op 1 mei 2008 wordt de overdracht geëffectueerd. Ook heeft 2007 voor Isala Ouderenzorg in het teken gestaan van een ingrijpende reorganisatie, die geleid heeft tot meer evenwicht in kosten en opbrengsten.

De komende jaren zal er veel veranderen in de zorg. Veel meer dan voorheen zullen ziekenhuizen afgekeurd worden op hun prestaties, zowel in termen van zorgkwaliteit als kosten. Ook de zorgverzekeraars worden steeds kritischer op waar voor hun geld. Zij willen harde bewijzen zien dat dure zorg het welzijn van de patiënt dient en dat die zorg niet duur is omdat er niet voldoende op de kosten wordt gelet. Al die veranderingen maken het nodig om ons resultaat in de komende jaren verder te verbeteren.

Daarom moet 2008 het startpunt zijn van een fundamentele verandering. Natuurlijk moet het ziekenhuis goed op de kosten letten en zorgen dat het aanbod de vergelijking met andere ziekenhuizen kan doorstaan. Maar geen enkele organisatie kan zich ontwikkelen door alleen in de kosten te knijpen. Integendeel, we zouden onze patiënten en onszelf daarmee tekort doen. De Isala klinieken willen juist toonaangevend en vernieuwend zijn in de zorg. Echte bloei moet dus komen van gerichte groei en ondernemerschap, van nieuwe, goed renderende zorginitiatieven en een slimmere organisatie van de bestaande zorg; met handhaving van onze hoge kwaliteit en veiligheid.

Dat vraagt dat we ons zorgaanbod kritisch tegen het licht houden. Om te blijven excelleren in baanbrekende topzorg moeten we de zorg waar we goed in zijn verder uitbouwen en ook voldoende ruimte hebben om te investeren in veelbelovende nieuwe zorginitiatieven. Soms zal ons dat dwingen om activiteiten die een te groot beslag leggen op onze middelen, af te bouwen – natuurlijk pas nadat we tot het uiterste zijn gegaan om ze te verbeteren en mits ze niet onmisbaar zijn in ons profiel. Maar alles willen blijven doen zonder te kiezen is ook een keus: soms moet je snoeien om des te beter te

bloeien. Dit type afwegingen moet worden gemaakt in het hart van de zorgverlening. De professionals van de Isala klinieken kunnen het beste beoordelen wat patiënten nodig hebben en waarin het ziekenhuis kan uitblinken. Voor hen komen mensen naar het ziekenhuis, zij bepalen welke behandeling een patiënt nodig heeft, hoe lang iemand opgenomen blijft en hoe vaak de patiënt moet terugkomen. De inkomsten en uitgaven in het ziekenhuis worden daarmee in belangrijke mate door hen bepaald. Dus is het logisch dat professionals een zware stem hebben bij het maken van keuzes in de zorg.

In 2008 starten de Isala klinieken daarom met een experiment. De specialismen die meedoen, kunnen een deel van hun resultaat naar eigen inzicht inzetten voor zorgontwikkeling binnen hun vakgebied, onder de voorwaarde dat ze zich verbeteren ten opzichte van een vastgesteld ijkpunt. Dat geeft specialisten weer het voortouw in het maken van afwegingen rondom zorgverlening en het vergroot hun verantwoordelijkheid voor het in evenwicht houden van kosten en opbrengsten van hun behandelingen.

De Isala klinieken slaan hiermee een nieuwe weg in en lopen hiermee voorop in Nederland. Nog niet alles is in detail uitgewerkt, maar het Stafbestuur, de Kernstaf, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad worden nauw betrokken bij de ontwikkelingen. Ook om de band van staf en ziekenhuis te versterken en te laten zien dat Medische Staf, management, medewerkers en ziekenhuisbestuur samen verantwoordelijkheid nemen voor een gezonde ontwikkeling van Isala. Want de Isala klinieken willen die belangrijke levensader blijven in hun zorggebied.

Bij het opstellen van het Jaardocument 2007 hebben de Isala klinieken wederom de Regeling verslaggeving WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) als uitgangspunt genomen. Hierbij is zoveel mogelijk de indeling van het model Jaarverantwoording 2007 van het Ministerie van VWS gevolgd.

De Isala klinieken
willen toonaan-
gevend en
vernieuwend zijn
in de zorg



2. Profiel van de organisatie

2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

Isala klinieken			
adres	Dokter van Heesweg 2 / Postbus 10400		
postcode	8000 GK		
plaats	Zwolle		
telefoonnummer	(038) 424 50 00		
identificatienummer(s) NZa	Isala ziekenhuis	10	306
	Isala Ouderenzorg	650	8287
	Isala PAAZ	120	5011
nummer Kamer van Koophandel	5062128		
e-mailadres	info@isala.nl		
internetpagina	www.isala.nl		

2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN

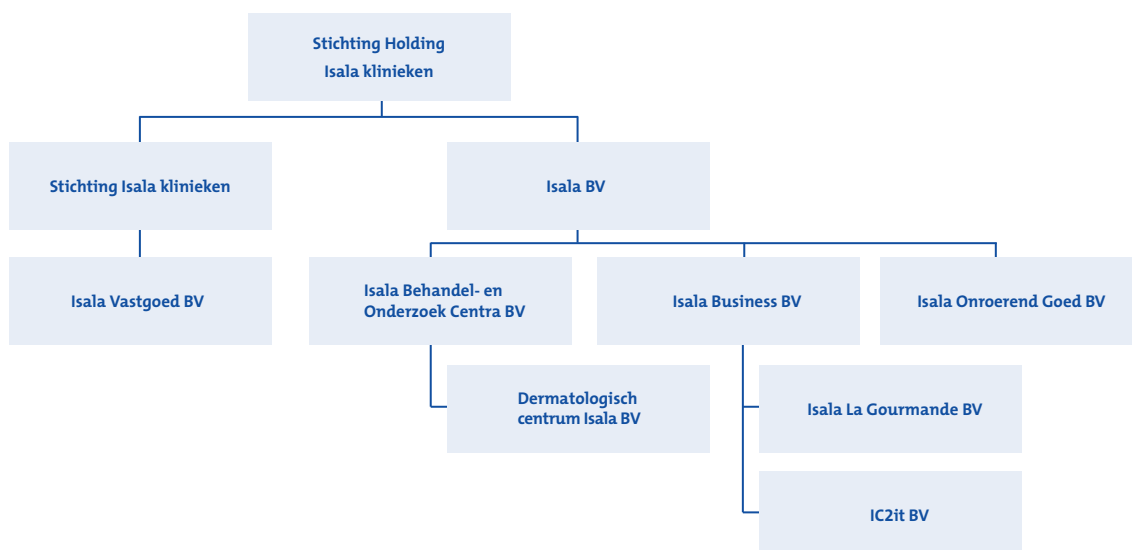
Juridisch gezien bestaat de top van de Isala klinieken uit de Stichting Holding Isala klinieken. De Stichting Holding Isala klinieken heeft twee organen: de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

Verder zijn er drie gremia actief voor de instellingen en rechtspersonen waarover de Stichting Holding Isala klinieken het bestuur vormt en/of waarin de Stichting deelneemt. Deze zijn:

- de Vereniging De Medische Staf van de Isala klinieken;
- de Ondernemingsraad van de Isala klinieken;
- de Cliëntenraad.

De Stichting Holding Isala klinieken bestaat uit een aantal juridisch zelfstandige entiteiten. Deze betreffen twee faciliterende diensten die verzelfstandigd zijn en een verzelfstandigde zorgactiviteit.

Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken:



Specialismen die minder complexe en planbare zorgactiviteiten uitvoeren, krijgen de mogelijkheid zelfstandig te opereren. Dat wil zeggen, met ondernemerschap van medisch specialisten in de vorm van zorgbedrijven (Zorg BV's). Met deze constructie komt de verantwoordelijkheid voor de exploitatie van de zorgactiviteiten zo dicht mogelijk te liggen bij het primaire proces.

Bij concernvorming zullen de Isala klinieken voortdurend overwegen welke activiteiten het ziekenhuis zelf wil uitvoeren, welke te verzelfstandigen zijn en welke uit te besteden. Op deze manier wil de organisatie slagvaardiger kunnen reageren op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, bedrijfsmatige keuzes maken en een zakelijke manier van werken introduceren.

ICzit BV is opgericht eind 2007. De activiteiten in deze BV zullen pas per 1 januari 2008 starten.

De organisatiestructuur van de Isala klinieken is uit de volgende onderdelen opgebouwd:

- vijf zorggroepen voor de primaire patiëntenzorg:
 - de zorggroep Chirurgie;
 - de zorggroep Hart & Longen;
 - de zorggroep Hoofd & Zintuigen;
 - de zorggroep Interne;
 - de zorggroep Ouder & Kind;
- twee zorggroepen voor de ondersteuning van de primaire patiëntenzorg:
 - de zorggroep Medisch Ondersteunende Specialismen;
 - de zorggroep OK & IC;
- het facilitair bedrijf van de Isala klinieken: Isala Facilitair;
- een aantal stafdiensten;
- Isala Ouderenzorg, als aparte organisatorische entiteit binnen de Isala klinieken.

Het organogram van de Isala klinieken is opgenomen in bijlage 1 (Organogram Isala klinieken).

Binnen de Isala klinieken zijn - enkele uitzonderingen daargelaten - drie hiërarchische niveaus: het bestuur, het zorggroepmanagement en het zorgteammanagement. Op alle niveaus is sprake van duaal management. Binnen de Isala klinieken betekent dit, dat het management steeds uit twee personen bestaat: een manager die zich oriënteert op de bedrijfsvoering en een lid van de Medische Staf namens de eigen maatschap(pen) en/of vakgroep(en).

Op het niveau van de Raad van Bestuur bestaat het duaal management uit Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf, op het niveau van de zorggroep uit de manager zorggroep en de medisch manager; op het niveau van het zorgteam uit het zorgteammanagement en de medisch coördinator.

De Isala klinieken hebben verschillende locaties in en buiten Zwolle, waar (topklinische) ziekenhuiszorg plaatsvindt:

- het ziekenhuis locatie Sophia;
- het ziekenhuis locatie Weezenlanden;
- het ziekenhuis locatie Spanjaardweg;
- de polikliniek Kampen;
- het laboratorium voor Pathologie, locatie Stilobadstraat;
- het laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten, locatie Stilobadstraat.

De ouderenzorg van Isala Ouderenzorg vindt plaats op de volgende vijf locaties:

- Weezenlanden;
- Nieuwe Haven;
- Werkeren;
- Elisabeth Gruytershuis;
- Judith Helmichhuis.

2.3 KERNGEGEVENS

Het overzicht van de kerngegevens is opgenomen in bijlage 2 (Kerngegevens).

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De Isala klinieken behandelen, verplegen en verzorgen zieken en gehandicapten. Hieronder valt ook het doen van onderzoek naar ziekten, zieken en gehandicapten. Kortom, het ziekenhuis voert alle activiteiten uit die leiden tot het optimaliseren van het behandelproces, het verplegen en verzorgen.

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

De Isala klinieken bieden alle basisvoorzieningen die een patiënt van een ziekenhuis mag verwachten.

Daarnaast heeft het ziekenhuis een aantal hooggespecialiseerde functies in huis, namelijk: hart- en neurochirurgie, dialyse, stamcel- en beenmergtransplantaties, perinatologie, neonatologie en een traumacentrum. De Isala klinieken zijn actief in innovatie, opleiding en onderzoek. In dit kader zijn er voor diabeteszorg en patiëntveiligheid twee specialistische centra opgezet, de zogenaamde Centres of Excellence. Deze centra voeren innovatieve projecten uit ter verbetering van de patiëntenzorg. Met de Centres of Excellence onderscheidt het ziekenhuis zich (inter)nationaal. De opleidingsactiviteiten van de Isala klinieken zijn gebundeld in de Isala Academie.

2.3.2.1 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten

Overzicht van de kerngegevens van de Isala klinieken over capaciteit, personeel en opbrengsten:

Kerngegevens	
capaciteit	aantal/ bedrag
aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	931
- waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	8
- waarvan PAAZ- PUK-bedden	27
personeel	
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per 31 december 2007	5.691
aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per 31 december 2007	3.896
aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per 31 december 2007	236
aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per 31 december 2007	221
bedrijfsopbrengsten exclusief Isala Ouderenzorg (bedragen in duizenden euro's)	
totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar 2007	333.146
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	274.197
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	56.949

Overzicht van de productiegegevens van de Isala klinieken:

Productie	
aantal in verslagjaar geopende DBC's	299.053
percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar 2007	0,03%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar 2007	42.339
- waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	274
aantal ontslagen patiënten in verslagjaar 2007	42.932
aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar 2007	189.832
- waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar 2007	281.777
- waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal dagen dagverpleging (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar 2007	40.048
- waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1.348
aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar 2007	263.765
- waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	14.574

De Isala klinieken beschikken op 31 december 2007 over de volgende vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen:

Categorie	vergunning	ja/nee
transplantaties	niertransplantatie	nee
	harttransplantatie	nee
	longtransplantatie	nee
	levertransplantatie	nee
	pancreastransplantatie	nee
	transplantatie van de dunne darm	nee
	haematopoëtische stamceltransplantaties	nee
	transplantatie van de eilandjes van Langerhans	nee
radiotherapie		ja
bijzondere neurochirurgie		ja
hartchirurgie	openhartoperatie (OHO)	ja
	automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	ja
	ritmechirurgie	ja
	percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing		nee
in vitro fertilisatie (IVF)		ja
neonatale intensive care unit (NICU)		ja

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december 2007:

Aanwijzing	ja/nee
pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
cochleaire implantaties	nee
uitnameteams orgaandonatie	nee

Wachlijsten en gemiddelde verpleegduur:

Ultimo december 2007	Aantal patiënten op wachtlijst	Gem. wachttijd (in weken)	Gem. verpleegduur in dagen 2007
Anesthesiologie	42	2	3
Bijz. Tandheelkunde	17	5	2
Cardiologie	836	0	5
Gastro-enterologie	356	4	7
Gynaecologie	530	1	3
Heelkunde	465	2	6
Interne Geneeskunde	417	1	8
Kaakchirurgie	64	4	2
Kaakchirurgie Rittersma	3	4	2
Keel-, neus- en oorheelkunde	213	4	2
Kindergeneeskunde	321	0	7
Longziekten	373	1	5
Neurochirurgie	128	5	7
Neurologie	289	2	8
Oogheelkunde	295	3	2
Orthopedie	282	4	6
Plastische chirurgie	200	7	3
Psychiatrie	101	0	
Reumatologie	6	5	8
Thorax-Anesthesiologie	1	-	6
Thoraxchirurgie	80	1	15
Urologie	189	5	4
Verloskundigen	19	-	
	5.227	2	6

Overzicht van de kerngegevens van Isala Ouderenzorg over capaciteit, personeel en opbrengsten:

Kerngegevens Isala Ouderenzorg	Aantal / Bedrag
Cliënten	
aantal intramurale cliënten per 31 december 2007	341
aantal cliënten dagactiviteiten per 31 december 2007	64
aantal extramurale cliënten dagactiviteiten per 31 december 2007	36
Capaciteit	
aantal beschikbare plaatsen met AWBZ-verblijf per 31 december 2007	360
Productie	
aantal intramurale verzorgingsdagen in 2007	44.713
aantal intramurale verpleegdagen in 2007	80.023
aantal dagen dagactiviteiten in 2007	12.039
aantal uren extramurale productie in 2007 (exclusief dagactiviteiten)	11.695
Personeel	
aantal personeelsleden in loondienst per 31 december 2007	503
aantal FTE in loondienst per 31 december 2007	303,2
Bedrijfsopbrengsten Isala Ouderenzorg (bedragen in duizenden euro's)	
totale bedrijfsopbrengsten in 2007	21.737
waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	21.025
waarvan overige opbrengsten	712

Traumacentrum

In april 1999 zijn de Isala klinieken aangewezen als traumacentrum. Een van de daarbij behorende taken was het opzetten van een mobiel medisch team (MMT) ten behoeve van prehospitale ondersteuning bij grootschalige incidenten en rampen. In de afgelopen jaren is het grondgebonden MMT zodanig ingevuld dat inzet zich niet alleen beperkt tot opgeschaalde situaties. Het MMT kan ook ingezet worden ter ondersteuning in de dagelijkse spoedeisende medische hulpverlening. De MMT-functie wordt daarmee breder ingevuld dan strikt noodzakelijk.

Het motief daarvoor is het ondersteunen van de kwalitatief hoogstaande ambulancezorg in de regio van de Isala klinieken. Toch zijn er situaties denkbaar

waarbij de ambulancezorg klinische ondersteuning ter plaatse wenselijk acht. De criteria waaronder het MMT ingezet wordt zijn samen met de ambulancedienst vastgesteld. In 2007 is het Zwolse MMT 28 keer uitgerukt.

Elk ziekenhuis is bij wet verplicht zich voor te bereiden op de handling van rampen in zijn omgeving. In 2005 waren de Isala klinieken betrokken bij het opstellen van een landelijke leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvangplan. Dit gebeurde middels deelname aan de door het Ministerie van VWS ingestelde expertgroep format ZiROP.

Na landelijke introductie van dit format in december 2005 zijn de Isala klinieken actief betrokken bij het

ontwikkelen van een landelijke leidraad ten behoeve van het opleiden, trainen en oefenen in het kader van de rampenopvang. Daarnaast is de binnen de Isala klinieken ontwikkelde expertise op dit vlak ingezet in 23 Nederlandse ziekenhuizen. Dit is gebeurd middels het analyseren van het aanwezige ziekenhuisrampenopvangplan op basis van de landelijke leidraad, het deelnemen aan oefeningen en het organiseren van trainingen crisisteam. Het HMIMS opleidingsinstrument en het Emergo Train System oefen- en trainingsinstrument worden actief ondersteund.

Sinds 2006 stemmen de traumacentra van Zwolle, Enschede en Nijmegen hun initiatieven af om een gezamenlijk opleidings- en trainingsprogramma te ontwikkelen en aan te bieden aan alle bij de drie traumacentra aangesloten ziekenhuizen. Gezamenlijk is deelgenomen aan de eerste ronde van het ZonMw traject 'Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen'. Op basis van de opgedane ervaringen is vervolgens besloten om gezamenlijk een E-learning traject voor sleutelfiguren in de ziekenhuisrampenopvang te ontwikkelen.

De gegevens over het traumacentrum van de Isala klinieken zijn opgenomen in bijlage 3 (Wet bijzondere medische verrichtingen; inkomsten en kosten traumacentrum exclusief helicentrum).

2.3.3 Werkgebieden

De Isala klinieken fungeren als een basisziekenhuis voor Zwolle en omstreken. Daarnaast richten de Isala klinieken zich met toonaangevende topklinische zorg op de bevolking die woont tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen.

2.4 BELANGHEBBENDEN

De Isala klinieken hebben te maken met een groot aantal belanghebbenden. De belangrijkste belanghebbenden zijn de patiënten die voor onderzoek en behandeling naar het ziekenhuis komen. Verder zijn er formele betrekkingen tussen (onder meer) de Raad van Bestuur, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Medische Staf.

Daarnaast onderhouden de Isala klinieken intensieve betrekkingen met externe belanghebbenden als: huisartsen en overige verwijzers, andere zorgaanbieders, opleiders en opleidingsinstituten, overheden, zorgverzekeraars en leveranciers. Tevens zijn de Isala klinieken nauw betrokken bij maatschappelijke ontwikkelingen.

Het overzicht van belanghebbenden is opgenomen in bijlage 4 (Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen).

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 BESTUUR EN TOEZICHT

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

De Isala klinieken houden zich in hun optreden aan de Zorgbrede Governance Code. Een belangrijk element daarin is scheiding tussen de uitvoerende en toezichthoudende functies en de verdere professionalisering van de relatie.

Naast statuten beschikken de Isala klinieken over een Reglement Raad van Bestuur, een Reglement Raad van Toezicht, een Reglement Auditcommissie alsmede een Reglement Remuneratiecommissie.

De komst van de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) brengt transparantie-eisen voor bestuur en toezicht van zorginstellingen met zich mee. Het belang van de Zorgbrede Healthcare Governance wordt voorts vergroot door de ontwikkelingen op het gebied van 'gereguleerde marktwerking', 'maatschappelijk ondernemerschap' in de zorg en de groei van publiekprivate samenwerkingsinitiatieven.

3.1.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat uit drie leden. De voorzitter Raad van Bestuur is per 1 januari 2007 getreden tot het bestuur. Op taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden van de Raad van Bestuur is het Reglement Raad van Bestuur van toepassing. In principe vinden wekelijks vergaderingen plaats.

Voorafgaand aan het kalenderjaar maakt de Raad van Bestuur een jaarplan op, dat tegen het einde van het jaar wordt geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie vormt mede de input voor het jaarplan van het volgende jaar. In 2007 zijn in de vergaderingen van de Raad van Bestuur onder meer de volgende onderwerpen aan de orde geweest: heroriëntatie nieuwbouw, resultaatontwikkeling, personele reductie, het experiment rendementsdeling en strategische ontwikkeling.

Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2007:

Naam	bestuursfunctie	overige functies
mevrouw drs. M. Sint	voorzitter	- lid Raad van Toezicht Jellinek-Mentrum (Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam); - lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest; - voorzitter Bestuur MEE Nederland (landelijke organisatie voor mensen met een beperking).
drs. A.H. Hilbers	lid Raad van Bestuur	- lid Raad van Commissarissen Leefstijl Trainingscentrum, Dalfsen; - bestuurslid Stichting Beheer en Exploitatie Tuindorpbad, Hengelo; - lid Raad van Commissarissen Uitvaartvereniging Yarden; - lid Ontmoetingsoverleg VWS; - Coach Top Class Erasmus Universiteit, Rotterdam; - lid Beroepscommissie Sociaal Beleid MST; - lid Onderhandelingsdelegatie AMS. van de NVZ; - bestuurder lokale stichtingen historische woonwijk te Hengelo.
R.A. Thieme Groen, arts	lid Raad van Bestuur	- lid Geschillencommissie Ziekenhuizen; - arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg; - lid Medisch Specialisten Registratie Commissie; - Lid Commissie Kwaliteit MediRisk.

In bijlage 6 is een tabel opgenomen met de gegevens over inkomsten volgens de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT).

3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

De Raad van Toezicht bestaat uit zes leden die worden benoemd voor een periode van vier jaar. (Her)benoeming vindt plaats op basis van een profielschets die openbaar is. Op taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is het Reglement Raad van Toezicht van toepassing. De Raad van Toezicht houdt onder meer toezicht op het goed functioneren van de Raad van Bestuur en het gevoerde beleid. Voorts treedt de Raad van Toezicht op als klankbord van de Raad van Bestuur.

In 2007 zijn ir. L.M.J. van Halderen en mr. W.G.N.M. Smit uitgetreden uit de Raad van Toezicht. De positie als voorzitter van de Raad van Toezicht is ingenomen door drs. R.M. Smit. Mevrouw drs. W.M. van Ingen is toegetreden tot de Raad van Toezicht.

In de profielschets Raad van Toezicht is opgenomen dat tenminste één lid inhoudelijk brede kennis en ervaring in de zorg heeft. Daarnaast is opgenomen dat ten minste twee leden financiële deskundigheid hebben. De voorzitter van de Raad van Toezicht heeft een gemiddelde tijdsbesteding van zestien dagen per jaar voor het werk in de Raad van Toezicht. De leden van de Raad van Toezicht hebben een gemiddelde tijdsbesteding van negen dagen per jaar.

Drie leden van de Raad van Toezicht vormen de Auditcommissie. Deze commissie beoordeelt namens de Raad van Toezicht onder meer het goed functioneren van het interne risicobeheersingssysteem. De Remuneratiecommissie houdt toezicht op en doet voorstellen voor de benoeming en beloning van leden van de Raad van Bestuur.

In 2007 heeft de Raad van Toezicht in plenaire samenstelling zesmaal vergaderd. In de vergaderingen is met name aandacht besteed aan de heroriëntatie

nieuwbouw en de ontwikkeling van het financiële resultaat over 2007, alsmede de personele reductie. Daarnaast heeft de Raad van Toezicht een heidag belegd om nader met de Raad van Bestuur van gedachten te wisselen over het samenspel tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur in een wijzigende organisatie. Tijdens deze dag is gesproken over strategische heroriëntatie nieuwbouw en (zelf)evaluatie functioneren Raad van Toezicht - Raad van Bestuur. Daarnaast heeft de Raad van Toezicht gewerkt aan deskundigheidsbevordering, onder andere door zich te laten informeren over ontwikkelingen van de nieuwbouw van de Isala klinieken.

De Raad van Toezicht heeft in 2007 twee werkbezoeken afgelegd en wel aan het Centrum Patiëntveiligheid Isala en La Gourmande, de externe keuken. Ook hebben de zorggroepmanagers hun beleidsvoornemens gepresenteerd aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft tweemaal vergaderd met het Bestuur van de Medische Staf. Ook heeft een delegatie van de Raad van Toezicht eenmaal een overlegvergadering van de Ondernemingsraad bijgewoond. In deze vergaderingen zijn strategische onderwerpen besproken, zoals concernvorming/verzelfstandiging, herhuisvesting en nieuwbouw, en kwaliteit van zorg.

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur hebben in 2007 regelmatig gesproken over de strategische koers van de Isala klinieken. Uitgangspunt is dat de Isala klinieken zich als ziekenhuisbedrijf in de kern richten op het efficiënt en effectief aanbieden van (complexe) diagnostiek en (kortdurende) behandeling. Aanpalend aan de centrale processen kennen de Isala klinieken drie bijzondere activiteiten:

- twee Centres of Excellence waarin onderscheidende, hoogwaardige kennis op het gebied van de gezondheidszorg wordt aangeboden: het Centrum Patiëntveiligheid Isala en de transmurale diabeteszorg;
- Isala Academie als centrum voor opleiding en onderzoek;
- ondernemende Zorg BV's.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van de individuele leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Bestuur als collegiaal samenwerkingsverband. Leidraad bij de evaluatie vormt het jaarplan van de Raad van Bestuur. Daarnaast voert de Remuneratiecommissie het jaarlijkse functioneringsgesprek met elk van de leden van de Raad van Bestuur afzonderlijk en gezamenlijk.

Ook is aandacht besteed aan de statutair voorgeschreven toezichtstaken, zoals de goedkeuring van begroting en jaarrekening.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het eigen functioneren. De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk en hebben op geen enkele wijze belang bij de Stichting Holding Isala klinieken.

Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2007:

Naam	aandachtsgebied	overige functies
drs. R.M. Smit	voorzitter	- voorzitter College van Bestuur van de Vrije Universiteit en Windesheim; - Fullpright, voorzitter bestuur; - commissaris Havenbedrijf Rotterdam; - adviseur Kloosterboer Groep BV; - bestuursvoorzitter Grote of St. Laurenskerk.
prof. dr. ir. A. Bruggink	lid Raad van Toezicht	- Chief Financial Officer/RvB Rabobank Nederland, Utrecht; - hoogleraar Universiteit Twente, Enschede; - lid Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle.
mevrouw drs. W.M. van Ingen	lid Raad van Toezicht	- alg. directeur Kamer van Koophandel Oost Nederland; - bestuurslid Orkest v. h. Oosten; - lid European Chamber of Commerce (Eurochambres); - lid Euregionaal Samenwerkingsverband; - actieve rol in stichtingen ten behoeve van opvang van gedupeerde ondernemers Vuurwerkkramp Enschede; - vicevoorzitter Raad van Toezicht Toeristisch Bureau Twente; - lid stuurgroep Europees project ter bevordering hoger technisch onderwijs; - lid Adviesraad Innovatieplatform Twente; - bestuurslid Toneelgroep Oostpool; - bestuurslid Fanny Blankers Koen Games; - lid Raad van Commissarissen Essent Netwerk; - Lid Raad van Commissarissen Conferentiehotel Drienerburgh.

Naam	aandachtsgebied	overige functies
prof. dr. N.S. Klazinga	lid Raad van Toezicht	- hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC, Amsterdam; - adviseur Onderzoek en Beleid, GGD, Amsterdam; - voorzitter opleidingscommissie MPH, Amsterdam; - voorzitter College Sociale Geneeskunde, Utrecht; - voorzitter Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht.
dr. R. Scheerens	lid Raad van Toezicht	- directeur Firapeel B.V.; - directeur Heig B.V.; - Chairman Shenyang Dutch Chinese Agropark Development Co. Ltd; - lid Raad van Commissarissen Bios Groep.
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	lid Raad van Toezicht	- directielid Landstede, Zwolle; - voorzitter Kerkenraad Gereformeerde Kerk Hoofdhof, Berkum; - Secretaris Stichting Promotie Beroepsonderwijs.

Rooster van aftreden:

Naam	benoemd per	einde termijn
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	1 november 2003	1 juli 2008
dr. R. Scheerens	13 april 2005	1 juli 2010
prof. dr. ir. A. Bruggink	1 mei 2005	1 mei 2010
prof. dr. N.S. Klazinga	25 september 2006	1 juli 2011
drs. R.M. Smit	25 september 2006	1 juli 2011
mevrouw drs. W.M. van Ingen	1 oktober 2007	1 juli 2012

In bijlage 7 is een tabel opgenomen met verantwoording van de bezoldiging van bestuurders en gewezen bestuurders.

3.2 BEDRIJFSVOERING

3.2.1 Planning- en controlcyclus en interne risicobeheersing

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die verbonden zijn aan de activiteiten van de Isala klinieken. De financiering van de Isala klinieken valt eveneens onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Per relevant onderwerp (nieuwbouw, informatiebeleid, financiering, resultaatontwikkeling) vindt steeds een inventarisatie

van de risico's plaats. Op basis van de uitkomsten daarvan neemt de Raad van Bestuur, voor zover dat nodig is, maatregelen om risico's af te dekken en te beheersen.

3.2.1.1 Planning- en controlcyclus

De Isala klinieken maken bij de beheersing van hun bedrijfsprocessen gebruik van een planning- en controlcyclus. Hiertoe stelt de Raad van Bestuur steeds in mei een kaderbrief op. Op deze kaderbrief baseren de verschillende organisatieonderdelen vervolgens hun jaarplannen. Deze jaarplannen dienen daarna als

leidraad voor het opstellen van de begrotingen per organisatieonderdeel. Tenslotte volgt na onderlinge afstemming de vaststelling van de begrotingen. Beleid en financiën zijn aan elkaar gekoppeld via de jaarplancyclus. Tevens is er via de Isala-monitor een interne monitoring van de doelstellingen uit de jaarplannen. Dat gebeurt aan de hand van drie resultaatgebieden (zorgproductie, personeel en bedrijfsvoering) die gelieerd zijn aan het INK-model.

De Raad van Bestuur bespreekt in de kwartaalgesprekken met de verantwoordelijke managers per organisatieonderdeel in hoeverre zij de plannen en begrotingen gaan realiseren. In deze gesprekken maken beide partijen gebruik van de schriftelijke rapportages van de organisatieonderdelen. Voordat de kwartaalgesprekken plaatsvinden, beoordelen Controlling, de stafdienst HRM en de Sectie Kwaliteit deze rapportages. Onder andere naar aanleiding van de kwartaalgesprekken vindt bijsturing plaats.

De afdeling Internal Audit vervult een belangrijke rol in het beoordelen en toetsen van de interne risicobeheersing- en controlesystemen. Deze afdeling houdt bij het uitvoeren van haar werkzaamheden rekening met het reglement van de Auditcommissie. Internal Audit stelt jaarlijks een Audit Plan op en legt dit ter goedkeuring voor aan de Raad van Bestuur en de Auditcommissie.

De afdeling Internal Audit rapporteert hiërarchisch aan de Directeur Financiën & Informatievoorziening. De afdeling heeft daarnaast een directe rapportagelijijn naar de Raad van Bestuur. Tevens legt Internal Audit verantwoording af aan de Auditcommissie.

3.2.1.2 Beheersing van bedrijfs- en financiële risico's

Binnen Isala bestaat op dit moment geen gestructureerd proces van risicomanagement. Op vele gebieden zijn initiatieven om risico's voor de Isala klinieken in beeld te brengen en te beheersen. Een daarvan is het vastleggen van en verantwoorden over kansen en bedreigingen in de financiële begroting. Een an-

der voorbeeld is risicoanalyse en hierop gebaseerde interne controlewerkzaamheden door de lijnorganisatie en de onafhankelijke afdeling Internal Audit. Andere acties zijn: een afzonderlijke treasuryfunctie voor de beheersing van rente- en financieringsrisico's, en een uitgebreide Isala-brede risicoanalyse die is opgenomen in het beslisdocument voor de voorgenomen nieuwbouw.

3.2.1.3 Fraude risico's

De Isala klinieken hebben nog geen formele risicoanalyse inzake fraude uitgevoerd. De belangrijkste aandachtspunten momenteel zijn de definiëring van het begrip fraude en bewustwording van de mogelijkheden aangaande fraude. Hierbij vormen de drie pijlers van fraude - druk, gelegenheid en rationalisatie - het uitgangspunt. Het inbedden van fraudebewustzijn zal een gedragsverandering binnen Isala vergen en een beroep doen op eenieders integriteit. Dit laatste is vooral van belang in het kader van decentralisatie van verantwoordelijkheden. Bij decentralisatie vermindert immers het centrale toezicht. Tegelijkertijd zullen naar verwachting de gelegenheid, de mogelijkheid en de druk van fraude toenemen.

Het fraudebewustzijn vraagt niet alleen om inbedding binnen de verschillende lagen van de organisatie, maar ook bij de verschillende processen binnen Isala. Belangrijke uitgangspunten bij het inbedden van het fraudebewustzijn zijn afspraken, richtlijnen en de 'tone at the top', op zowel het niveau van Raad van Bestuur als de managementlaag. Eveneens is het uitvoeren van controle op naleving van deze afspraken en richtlijnen bij het handelen van medewerkers een cruciaal element. De externe accountant heeft Isala geadviseerd een Isala-gedragscode te formuleren, waarin afspraken en richtlijnen staan aangaande integriteit en fraude. De Isala klinieken zullen aandacht schenken aan dit advies en tevens overwegen of het instellen van een centraal meldpunt fraude wenselijk is. Bij dit meldpunt kunnen medewerkers en medisch specialisten vervolgens, eventueel anoniem, misstanden waaronder fraude melden.

3.2.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle

De Isala klinieken volgen de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake de DBC-registratie en -facturering (hierna 'Regeling' genoemd). In deze Regeling is opgenomen dat een verbijzonderde interne controlefunctionaris en/of afdeling zorg draagt voor de interne controle op de DBC-registratie en -facturatie. Deze controlefunctionaris of afdeling rapporteert vervolgens aan de Raad van Bestuur en andere betrokkenen. Binnen de Isala klinieken is deze taak neergelegd bij de afdeling Internal Audit.

Op basis van een Internal Audit Plan is gedurende 2007 de interne beheersing van verschillende (deel) processen beoordeeld. Voorts is een analyse uitgevoerd op DBC's die in zogenaamde risicocategorieën vallen. De uitkomsten hiervan zijn met de direct betrokkenen nader geanalyseerd. Daarnaast zijn op basis van een steekproef ruim 420 DBC's in detail gecontroleerd. Deze werkzaamheden zijn beoordeeld door de externe accountant. Uit de steekproef volgt dat met 95% betrouwbaarheid te stellen is, dat niet meer dan 5% van het totaal van de in 2007 gefactureerde DBC's onjuist is, waarmee aan de norm is voldaan.

Begin 2008 heeft de afdeling Internal Audit voor de Raad van Bestuur een totaalrapportage opgesteld waarin is ingegaan op de volgende twee vragen:

- Is door de Isala klinieken in 2007 voldaan aan de Regeling?
- Is het bedrag dat aan DBC's en overige productie gefactureerd is juist?

Mede op basis van deze rapportage is onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur het 'Verantwoordingsdocument totaalbedrag gefactureerde DBC's 2007' opgesteld. Bij dit verantwoordingsdocument is door PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. op 13 februari 2008 een accountantsverklaring afgegeven. Uit de interne controlewerkzaamheden volgt dat nog niet op alle onderdelen aan de Regeling wordt

voldaan. De Raad van Bestuur is op de hoogte van de genoemde tekortkomingen en heeft kennisgenomen van de specifieke aandachts- en verbeterpunten die door de afdeling Internal Audit zijn aangedragen. Het streven is de tekortkomingen in 2008 op te lossen.

De activiteiten van Isala Ouderenzorg en Isala PAAZ vallen onder de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders. In het kader van deze Regeling heeft de afdeling Internal Audit de verbijzonderde interne controle op de productieregistratie en -facturatie uitgevoerd. De uitkomsten van interne controlewerkzaamheden zijn, voorzien van aanbevelingen ter verbetering, intern met de betrokkenen besproken. Tevens zijn de werkzaamheden beoordeeld door de externe accountant. Ook zijn de verschillende budgetformulieren 2008 en de voorlopige nacalculaties 2007 ingediend binnen de gestelde termijnen.

3.2.3 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)

De Medisch Ethische Toetsingscommissie Isala klinieken is een door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), conform art.16 WMO erkende toetsingscommissie. De METC Isala klinieken is tevens lid van de NVMETC (Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsingscommissies).

De METC Isala klinieken beoogt het beoordelen van de aanvaardbaarheid van klinisch wetenschappelijk onderzoek in de Isala klinieken. De commissie beoordeelt tevens, waar het multicenter onderzoek betreft, de aanvaardbaarheid van klinisch wetenschappelijk onderzoek voor andere instellingen van de gezondheidszorg in heel Nederland. Op verzoek van de Raad van Bestuur geeft de Medisch Ethische Toetsingscommissie advies over de wenselijkheid wetenschappelijk onderzoek, dat elders door een andere erkende commissie beoordeeld en goedgekeurd is, te laten uitvoeren in de Isala klinieken.

De METC is in het verslagjaar 22 maal bijeengekomen om aanvragen voor een oordeel te bespreken. Het

aantal studies dat in 2007 bij de METC is aangeboden was ruim meer dan verwacht. In het verslagjaar zijn 88 studies voor een oordeel of advies voorgelegd aan de commissie. Bij 30 studies is een vraag om een oordeel neergelegd en bij 49 studies de vraag om een advies aan de Raad van Bestuur. Tevens zijn 9 studies aangeboden die niet WMO-plichtig bleken te zijn.

In 2007 heeft de METC een eigen website gerealiseerd. Deze site is opgezet om informatie te verstrekken aan onderzoekers over het indienen van onderzoek conform de WMO.

De werkwijze van de Medisch Ethische Toetsingscommissie is vastgelegd in vastgestelde procedures. In principe vergadert de METC elke twee weken. De commissie behandelt in deze vergadering de verzoeken om een oordeel en bespreekt de voortgang van beoordeeld wetenschappelijk onderzoek. Tevens komen in deze vergaderingen zaken van algemeen belang aan de orde, zoals de ontwikkelingen op het terrein van medisch ethische toetsing. Voor het vormen van een oordeel bespreekt de commissie de volgende stukken steeds in een vaste volgorde:

- het protocol en de Investigators Brochure;
- het aanmeldingsformulier van de CCMO (ABR-formulier);
- de patiënteninformatie;
- de verzekeringspapieren;
- de eventueel andere aangeleverde stukken.

Alle commissieleden krijgen de gelegenheid persoonlijk hun mening over het ingediende onderzoek te geven. Bij het beoordelen hanteert de commissie de toetsingscriteria van art.3 WMO (nieuw inzicht, belasting, belang versus risico, wetenschappelijke deugdelijkheid, deskundigheid onderzoeker, vergoeding proefpersoon). Vragen die tijdens de bespreking naar voren komen, legt de commissie voor aan de onderzoeker. Diens antwoorden daarop worden in een volgende vergadering besproken. Indien daar naar de mening van de commissie aanleiding toe be-

staat, krijgt de onderzoeker een uitnodiging om zijn onderzoek persoonlijk toe te lichten en vragen te beantwoorden.

Wekelijks vergaderen de voorzitter en de ambtelijk secretaris van de METC voor het formuleren van adviezen over onderzoeken aan de Raad van Bestuur. Zij stellen deze adviezen op aan de hand van schriftelijke commentaren op een onderzoek, die door de leden van de commissie zijn ingeleverd. Indien de vragen van de commissie of de antwoorden van de aanvrager daartoe aanleiding geven, is het mogelijk een aanvraag voor een advies over de lokale uitvoerbaarheid te bespreken in een voltallige vergadering.

In het verslagjaar 2007 heeft de commissie in enkele gevallen een beroep gedaan op externe (materie)deskundigen om een standpunt over een onderzoek te kunnen vormen.

Eén of meerdere leden van de METC Isala klinieken hebben een aantal bijeenkomsten bezocht van de CCMO, evenals studiedagen en symposia. De ambtelijk secretaris heeft de bijeenkomsten bijgewoond die de CCMO speciaal voor de secretarissen organiseert.

3.3 CLIËNTENRAAD

De Cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van cliënten en patiënten binnen de Isala klinieken. Deze raad geeft de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd advies over besluiten die de patiëntenzorg raken.

De leden van de Cliëntenraad hebben allen affiniteit met de gezondheidszorg en de Isala klinieken. Zij zijn lid van de raad op persoonlijke titel. In 2007 is de Cliëntenraad uitgebreid van vijf naar zeven leden. Daarnaast heeft professionalisering plaatsgevonden door de aanstelling van een ambtelijk secretaris.

De Isala klinieken hebben in 2007 veel veranderingen en kritische momenten doorgemaakt. Hierbij is de

Cliëntenraad steeds nauw betrokken geweest. In het verslagjaar heeft de Cliëntenraad zes keer vergaderd met de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is bij deze vergaderingen steeds vertegenwoordigd door de nieuwe bestuursvoorzitter drs. Marjanne Sint. Met de eigen leden heeft de Cliëntenraad negen keer een reguliere vergadering gehouden. Daarnaast hebben diverse vergaderingen en bijeenkomsten plaatsgevonden waaraan één of meer leden hebben deelgenomen. Behalve deze vergaderingen heeft de Cliëntenraad een 'hei'-dag gehad waarop onder andere het beleid van de komende jaren aan de orde is geweest.

3.3.1 Thema's en activiteiten

De Cliëntenraad heeft in 2007 veel aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

Kwaliteit

De Cliëntenraad ontvangt steeds actuele informatie over de ontwikkelingen rondom kwaliteitsbeleid. Dat gebeurt aan de hand van kwartaalrapportages en structurele contacten met de manager Sectie Kwaliteit. In het verslagjaar heeft de Cliëntenraad in het bijzonder aandacht besteed aan de NIAZ-accreditatie en de eerste uitkomsten van het gehouden patiënttevredenheidsonderzoek.

Patiëntveiligheid

De Cliëntenraad heeft zich uitvoering laten informeren over de activiteiten die zijn ingezet voor het realiseren van veilige zorg, altijd en overal. Zich bewust zijn van (bijna)fouten en de bereidwilligheid van medewerkers en medisch specialisten (bijna)fouten te melden, zijn belangrijke stappen in het verbeteren van de zorg, zo heeft de raad geconstateerd.

Nieuwbouw

De Cliëntenraad is in 2007 nauw betrokken bij de ontwikkelingen rondom het on hold zetten van de geplande nieuwbouw van de Isala klinieken en de stap om alsnog over te gaan tot nieuwbouw. De Cliëntenraad zal ook de komende tijd de ontwikkelin-

gen kritisch blijven volgen.

De Cliëntenraad heeft ook aandacht gevraagd voor de huidige verouderde huisvesting, met name op locatie Sophia. Op deze locatie zijn vooral de achtpersoonskamers voor patiënten erg belastend.

Financiële situatie

De Cliëntenraad heeft met zorg de ontwikkelingen gevolgd rondom de verslechterde financiële situatie van het ziekenhuis, met de personele reductie als maatregel ter verbetering van de financiën.

Klachten

De Cliëntenraad is door de klachtenfunctionarissen geïnformeerd over hun werkzaamheden. Daarnaast is zowel bij de klachtenfunctionarissen als bij de Raad van Bestuur aandacht gevraagd voor individuele klachten van patiënten en cliënten, die bij herhaling bij de Cliëntenraad binnenkomen.

Geestelijke verzorging

De geestelijk verzorgers hebben de Cliëntenraad op de hoogte gehouden over hun werkzaamheden. Dit is gebeurd naar aanleiding van vragen aan de Cliëntenraad omtrent de personeelsreductie.

Communicatie en PR

De Cliëntenraad heeft zich in het verslagjaar voor het eerst gepresenteerd op de 'open dag' van de Isala klinieken. Voor deze gelegenheid is onder de bezoekers een korte enquête gehouden over de patiëntenzorg in de Isala klinieken. Aan de hand van de antwoorden heeft de Cliëntenraad meer zicht gekregen op de zaken die voor de achterban belangrijk zijn. Tevens is de folder van de Cliëntenraad geactualiseerd.

Raad van Toezicht

De Cliëntenraad heeft een aantal keren van gedachten gewisseld met een lid van de Raad van Toezicht.

Advisering

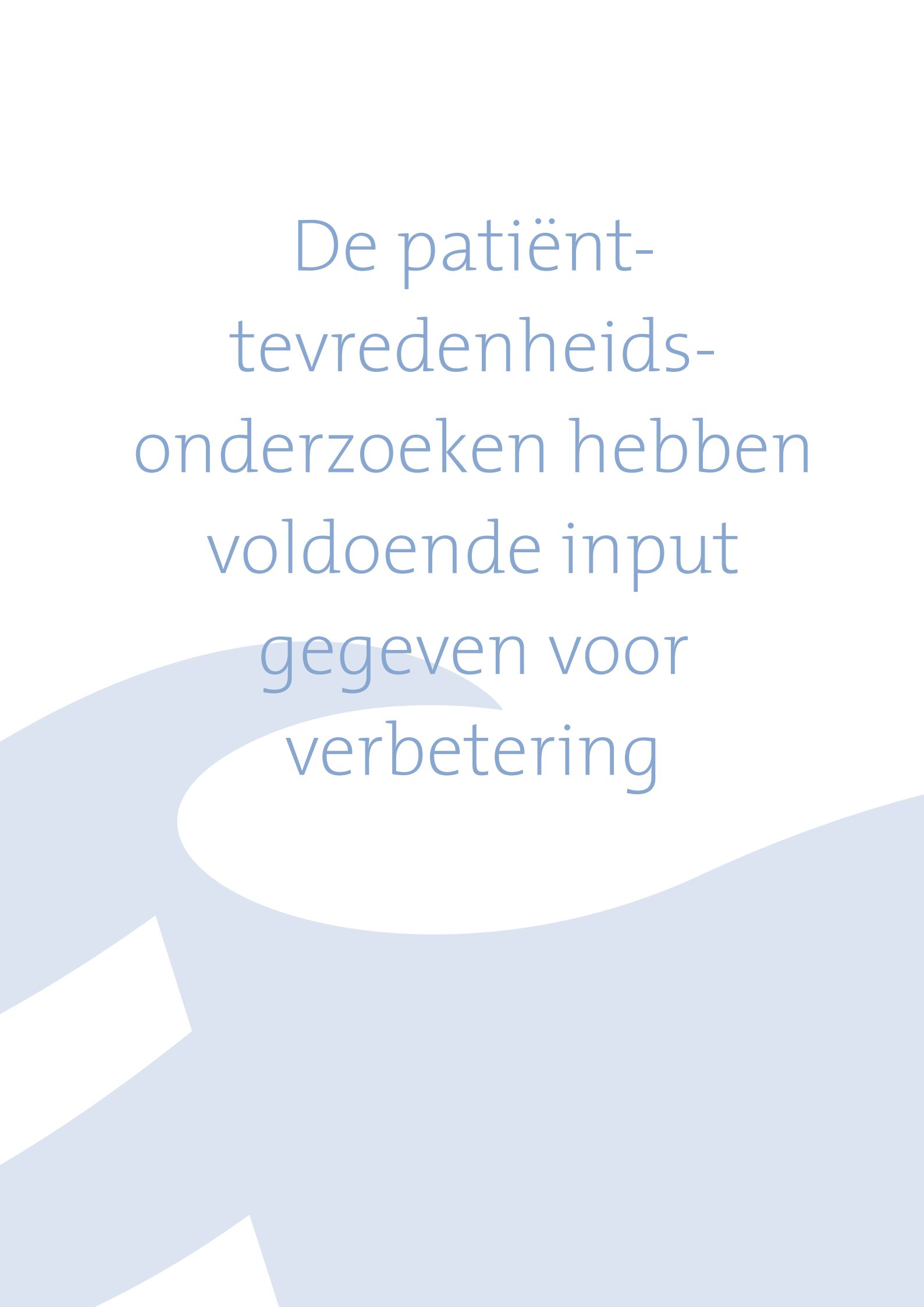
In 2007 heeft de Cliëntenraad advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- financiële situatie Isala klinieken; de Cliëntenraad heeft aangegeven dat de kwaliteit van zorg gehandhaafd dient te blijven. De raad heeft geadviseerd niet de kaasschaafmethode te hanteren;
- personele reductie; de Cliëntenraad heeft het belang benadrukt van aandacht voor de kwaliteit van zorg, evenals het houden van patiënttevredenheidsonderzoeken en monitoring;
- benoeming nieuw lid klachtencommissie; de raad heeft hiertoe een positief advies uitgebracht.
- ten aanzien van drie zaken is de Cliëntenraad niet tijdig om advies gevraagd. Wel heeft de raad achteraf ingestemd met de veranderingen. Dit is van toepassing op de volgende onderwerpen:
 - aanpassing van de bezoektijden;
 - de introductie van de Swash-methode en 'Wassen zonder water';
 - de verschuiving van de verstrekking van warme maaltijden van het middaguur naar een tijdstip op het einde van de dag;
- de Cliëntenraad heeft haar adviesrecht duidelijk bij de Raad van Bestuur onder de aandacht gebracht.

Jaarplan 2008

De Cliëntenraad heeft eind 2007 de laatste hand gelegd aan het jaarplan 2008. In dit jaarplan zijn thema's gekozen die extra aandacht zullen krijgen. Een belangrijk thema voor 2008 is de bejegening van de cliënt.

De patiënt-
tevredenheids-
onderzoeken hebben
voldoende input
gegeven voor
verbetering



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 MEERJARENBELEID

4.1.1 Missie en uitgangspunten

De Isala klinieken willen de komende vier jaar haar profiel als compleet regionaal basis én topklinisch opleidingsziekenhuis, in de hectische ontwikkelingen van de zorgsector, behouden en daar waar nodig en wenselijk uitbouwen. Hiertoe willen de Isala klinieken regionaal en nationaal 'gekend' zijn om een aantal aspecten:

- goede en brede basiszorg en een breed palet topklinische functies;
- een kwalitatief hoogstaand 'opleidingshuis' (leerhuis), met een of meerdere landelijk bekende 'centres of excellence';
- voorloper op gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid;
- 'ontwikkelaar' van nieuwe concepten en constructies in de organisatie en financiering van de zorg;
- een goede werkplaats voor professionals.

4.1.2 Visie en strategie

Volgens de Isala klinieken is er in de zorgmarkt in Zwolle en omgeving ruimte voor hoogwaardige en brede basiszorg, in combinatie met een palet aan topklinische functies voor een groter geografisch gebied. Dit gebied strekt zich uit tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen.

Hieruit volgt, dat de Isala klinieken de ambitie hebben haar positie als ziekenhuis met een compleet aanbod aan ziekenhuiszorg, voor regionale basiszorg en topklinische zorg te behouden. In het verlengde hiervan ligt de wens om verder uit te groeien tot een hoogstaand en aantrekkelijk opleidings- en onderzoekscentrum. Daarnaast streeft het ziekenhuis er naar het aanbod aan patiëntenzorg, waar dat nodig en mogelijk is, verder uit te bouwen.

Positioneren

Concreet betekent dit dat de Isala klinieken zich strategisch positioneren als:

- een basisziekenhuis voor Zwolle en omstreken;
- een topklinisch opleidingsziekenhuis voor de geografische driehoek Utrecht, Nijmegen en Groningen;
- een ziekenhuis dat zijn patiënten basis- en topzorg levert, in een fysieke omgeving die hoort bij de status van een topklinische instelling en past bij de eisen van deze tijd.

Condities

Het management van de Isala klinieken onderkent dat voor deze strategische positionering en ambitie de volgende maatregelen en randvoorwaarden nodig zijn:

- een forse verbetering van de faciliteiten, met nadruk op de noodzaak van de nieuwbouw van een 'state of the art'-ziekenhuis op één locatie;
- een structureel gezonde exploitatie, die voldoende financiële draagkracht biedt voor de investeringen die nodig zijn voor het realiseren en vasthouden van de positionering;
- een organisatiecultuur die fit en lenig is, om adequaat in te kunnen spelen op de voortdurend wijzigende systeem- en marktveranderingen.

Op dit moment voldoen de Isala klinieken niet aan de condities om haar strategische positionering en ambitie waar te maken. Om die condities te kunnen realiseren is inmiddels een omvangrijk investeringsprogramma samengesteld. Bovendien wordt een 'veranderingopgave' geformuleerd voor de organisatie. Deze verandering beoogt de organisatie en de Medische Staf 'uit het karrenspoor' van het verleden te tillen, en de omslag te maken naar een resultaatgerichte organisatie (in termen van geld én van inhoud). De Raad van Bestuur werkt samen met het bestuur van de Medische Staf aan de formulering van de strategie 2008 – 2012. Dit meerjarenplan wordt medio 2008 voorgesteld.

4.2 ALGEMEEN BELEID

4.2.1 Vier beleidslijnen

Binnen de Isala-strategie 2004-2007 is gekozen voor vier beleidslijnen ofwel strategische speerpunten. Deze zijn als volgt geformuleerd: 'verbeteren van het zorgproces', 'verzelfstandiging', 'Isala Academie' en 'Centres of Excellence'.

Met deze speerpunten is, zowel in de afgelopen als de komende jaren, nog een vijfde belangrijk beleids-onderwerp nauw verbonden. Dat is de ontwikkeling én bijstelling van de plannen tot nieuwbouw. Voor nieuwbouw hebben de Isala klinieken in 2004 toestemming gekregen.

4.2.1.1 Verbeteren zorgproces

In de Isala klinieken is van oudsher veel aandacht besteed aan de medisch-technische en verpleegtechnische kant van verbeteren. De vele projecten op het gebied van zorgvernieuwing zijn daarvan een voorbeeld. In de verbeterprojecten, die de organisatie uitvoert in het kader van de strategie, ligt de focus meer op de aspecten rondom het strikt medische en verpleegkundige aspect. Het speerpunt 'verbeteren van het zorgproces' is daarom vooral gericht op het effectief en efficiënt inrichten van de reguliere en topklinische zorg.

'Verbeteren van het zorgproces' omvat allereerst het verbeteren van de logistiek, efficiency, service en veiligheid in de Isala klinieken. Daarnaast richt de organisatie zich op het ontplooiën van een breed aanbod aan hoogwaardige ziekenhuiszorg met een bovenregionaal topklinisch 'vangnet'. In de kaderbrief is daartoe een aantal doelstellingen geformuleerd. Op verschillende manieren wordt intern gewerkt aan deze doelstellingen. Zo is Isala Sneller Beter in 2007 breder uitgerold, er is ziekenhuisbreed een project gestart rondom het verbeteren van zorgprocessen en er is een aantal zorgvernieuwingprojecten uitgevoerd.

Isala Sneller Beter

Voor het verbeteren van het kernproces zijn de Isala klinieken in 2005 gestart met Isala Sneller Beter-projecten. 'Sneller Beter' is een werkwijze waarmee de zorg efficiënter, veiliger en patiëntvriendelijker te maken is. In 2007 is verder gewerkt aan de verbreiding van de resultaten van de Isala Sneller Beter-projecten, zoals die vanaf 2005 zijn bereikt. Dat heeft geleid tot de start van 46 nieuwe verbeterprojecten. In 2007 is in totaal aan 54 Isala Sneller Beter-projecten gewerkt. Al deze projecten draaien volgens de methoden en technieken van het landelijke programma. Daarnaast draaien ze onder begeleiding van de Sectie Kwaliteit van de Isala klinieken en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. In 2008 zullen deze projecten allen afgerond zijn, waarna de bereikte resultaten borging vinden in de Isala klinieken. De belangrijkste resultaten zijn gelegen in logistieke winsten, uitgedrukt in verkorte toegangs- en doorlooptijden. Op verpleegkundig gebied geldt dat verpleegkundige verbeteringen nog nadrukkelijker zijn ingebed in het werk van de verpleegkundigen. Dat heeft er onder andere toe geleid dat de decubituspercentages een dalende tendens vertonen.

Project patiëntenprocessen

Naast het Isala Sneller Beter-programma hebben de Isala klinieken, in samenwerking met Hogeschool Windesheim, een project opgezet voor het in kaart brengen van alle patiëntenprocessen. Het primaire doel van dit project is het aanbrengen van logistieke verbeteringen. Dit initiatief heeft een andere aanpak dan de projecten binnen Isala Sneller Beter, aangezien het project alle patiëntencategorieën raakt. Het project is in september 2007 gestart met een Isala-brede bijeenkomst. Hierbij hebben alle hoofden zorgteam de opdracht gekregen hun patiëntenprocessen te beschrijven en te analyseren, en op basis daarvan te optimaliseren. Tijdens de startbijeenkomst is eveneens bepaald voor welke patiëntencategorieën een beschrijving van de patiëntenprocessen nodig is. Dit heeft geleid tot een selectie van circa honderd

patiëntencategorieën. In het vervolgtraject zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd om de hoofden zorgteam bij hun opdracht te begeleiden. Hierin is informatie gegeven over werkwijzen voor het beschrijven van processen, het benoemen van indicatoren en het analyseren van processen. Vervolgens zijn voor alle patiëntenprocessen verbeterplannen opgesteld. Dit deel van het traject wordt afgerond op 1 april 2008. Aansluitend wordt overgegaan tot het ten uitvoer brengen van de verbeterplannen.

Zorgvernieuwingsprojecten

In 2007 is binnen de Isala klinieken gewerkt aan 25 zorgvernieuwingsprojecten. Hiervan zijn negen projecten afgerond. Zorgvernieuwingsprojecten hebben tot doel de doelmatigheid van de zorg te bevorderen, en/of de kwaliteit van zorg te verbeteren, zowel binnen de muren van het ziekenhuis als in samenwerking met de eerste lijn.

Een van de zorgvernieuwingsprojecten die in 2007 succesvol zijn voltooid, is het project 'Optimalisatie van het klinische pad bij patiënten met acute dyspnoe'. Het resultaat hiervan is dat het voortaan met een test mogelijk is hartfalen snel uit te sluiten, zodat patiënten direct de juiste behandeling krijgen en niet meer alsnog een doorverwijzing krijgen naar een cardioloog. Ook het project 'Verbetering diagnostiek bij kinderen met voedselallergie' is goed verlopen. Dit project is opgezet om in de Isala klinieken dubbelblinde placebogecontroleerde voedselprovocatie te implementeren en de haalbaarheid ervan te onderzoeken. De test is succesvol geïmplementeerd en wordt inmiddels standaard uitgevoerd op de kinderafdeling. Het project 'Vaatchirurgisch centrum' heeft als resultaat opgeleverd, dat de doorlooptijd voor de vaatchirurgische patiënt is teruggebracht tot zes weken.

4.2.1.2 Verzelfstandiging

De tweede beleidslijn van de Isala klinieken is verzelfstandiging van activiteiten door het introduceren van ondernemerschap. De Isala klinieken zijn sinds de fusie in 1998 een ziekenhuisorganisatie van grote

omvang, waardoor de bestuurlijke complexiteit groot is. Daarom zoekt de organisatie naar wegen om deze complexiteit te reduceren. Eén daarvan is verzelfstandiging.

Verzelfstandiging is bovendien een reactie op de maatschappelijke denkbeelden over ziekenhuizen in de afgelopen jaren en de politieke vertaling daarvan in richtlijnen en regels. De overheid verwacht van ziekenhuizen dat zij zich dynamisch opstellen en zich gedragen als een maatschappelijke onderneming.

Het thema 'verzelfstandiging' omvat het opzetten van faciliterende ondernemingen en zorginhoudelijke ondernemingen (electieve modules). Specialismen die minder complexe en planbare zorgactiviteiten uitvoeren, krijgen de mogelijkheid zelfstandig te opereren. Dat wil zeggen, met ondernemerschap van medisch specialisten in de vorm van zorgbedrijven (Zorg BV's). Met deze constructie komt de verantwoordelijkheid voor de exploitatie van de zorgactiviteiten zo dicht mogelijk te liggen bij het primaire proces.

Bij concernvorming zullen de Isala klinieken voortdurend overwegen welke activiteiten het ziekenhuis zelf wil uitvoeren, welke te verzelfstandigen zijn en welke uit te besteden. Op deze manier wil de organisatie slagvaardiger kunnen reageren op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, bedrijfsmatige keuzes maken en een zakelijke manier van werken introduceren.

BV's

In 2007 is verder gevolg gegeven aan de ingezette lijn tot verzelfstandiging. Zo is medio 2007 het Dermatologisch centrum Isala van start gegaan als Zorg BV. Verder is verzelfstandiging in voorbereiding van de dialysefunctie en de fertiliteitsfunctie.

Daarnaast is de centrale keuken van het ziekenhuis ondergebracht in een BV. Deze keuken is overgegaan in een assemblagekeuken met een eigen identiteit, onder de naam La Gourmande. Medio 2007 is de bouw van de assemblagekeuken afgerond en in gebruik genomen. Tegelijkertijd zijn de bestaande keukens op de locaties Sophia en Weezenlanden buiten gebruik

gesteld. Ook de afdeling ICT van de Isala klinieken is volgens een besluit van de Raad van Bestuur in 2007 verzelfstandigd tot BV. Het nieuwe ICT-bedrijf van de Isala klinieken werkt onder de naam 'IC2it'.

4.2.1.3 Isala Academie

In de derde beleidslijn 'Isala Academie' komt tot uitdrukking dat de Isala klinieken willen uitgroeien tot hét opleidingsziekenhuis binnen de regio. De Isala Academie zal zowel voor interne klanten als externe relaties een kenniscentrum zijn voor onderwijs, opleiding en onderzoek. Dit kenniscentrum werkt nauw samen met academische ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen en opleidingsinstellingen in de regio. De Isala Academie zal een aantrekkelijk en adequaat pakket aan opleidingen aanbieden en de modernisering van medische vervolgopleidingen verder gestalte geven. Daarnaast bevordert de Isala Academie het uitvoeren van (wetenschappelijk) onderzoek.

De uitgangspunten van de Isala Academie zijn in 2007 voortvarend opgepakt. Zo biedt dit kenniscentrum van de Isala klinieken inmiddels ongeveer honderd cursussen aan. Ruim een kwart van de cursussen bestaat uit vaardigheidsonderwijs. Deze cursussen vallen onder de verantwoordelijkheid van het skillslab. Tevens beheert de Isala Academie de verkregen subsidiegelden uit het opleidingsfonds voor arts-assistenten; de administratieve organisatie is hierop aangepast.

In 2007 is een verdere aanzet gegeven tot het concentreren van alle opleidingen bij de Isala Academie.

Op het gebied van de medische vervolgopleidingen is gestart met proefvisitaties ter voorbereiding op de visitaties door de KNMG. In alle geledingen van de organisatie is het besef doorgedrongen dat modern opleiden een realiteit is die we moeten omarmen. Het nieuwe curriculum voor co-assistenten is met succes geïmplementeerd en het aantal co-assistenten is fors gegroeid. De Isala Academie heeft het verslagjaar 2007 in financieel opzicht positief afgesloten. Dit is mede dankzij het feit dat het aantal externe klan-

ten is toegenomen. Bovendien is het merendeel van de opleidingsproducten ook intern in rekening gebracht.

4.2.1.4 Centres of Excellence (CoE)

Het vierde strategische speerpunt van de Isala klinieken is het ontwikkelen van Centres of Excellence voor zorgonderzoek en -onderwijs. Een CoE is een bijzondere functie binnen de Isala klinieken met een innovatief karakter en activiteiten die wetenschappelijk onderbouwd zijn of worden. Zo'n centrum trekt nieuwe patiënten of doelgroepen aan en is in staat zelfstandig inkomsten te genereren om de gemaakte kosten te dekken. Deze centra zullen het imago van de Isala klinieken als medisch en verpleegkundig topcentrum versterken en een regionale, nationale en zo mogelijk internationale uitstraling hebben.

In 2005 zijn twee Centres of Excellence gekozen: het Centrum voor Diabeteszorg en het Centrum Patiëntveiligheid Isala. Beide centra zijn in 2006 ingericht.

Centres of Excellence krijgen een startsubsidie van de Isala klinieken voor vijf jaar. Het is de bedoeling dat een Centre na die periode op eigen kracht verder kan functioneren.

Centrum voor Diabeteszorg

In de regio Zwolle is de methodiek voor transmurale samenwerking al vele jaren in gebruik. In de laatste twee jaar is deze methodiek ook in andere regio's toegepast. Er is een groot samenwerkingsverband dat samen met enthousiaste regioteams samenwerking en toetsing faciliteert in de regio's Assen, Emmen, Hoogeveen, Meppel, Coevorden-Hardenberg, de polders en Zwolle. De naam van dit samenwerkingsverband is Diabeteszorgbeter (zie ook de website www.diabeteszorgbeter.nl). Hieraan hebben in 2007 bijna vijfhonderd huisartsen met 25.000 patiënten deelgenomen.

Het Centrum Diabeteszorg is inmiddels omgevormd tot het Ketenzorg Kenniscentrum. Deze omvorming is het gevolg van de veranderingen in de zorgorganisa-

tie naar de richting van de Keten-DBC's. Het Keten zorg Kenniscentrum is nu een onafhankelijke stichting, die diensten aanbiedt op het gebied van audit, spiegelinformatie, benchmark en kwaliteitsverbetering. Tevens vindt binnen de Isala klinieken onderzoek plaats in het Centrum voor Diabetes. Hier werken momenteel, onder begeleiding van prof. dr. Henk Bilo, vier promovendi aan verschillende onderwerpen. Henk Bilo is internist in de Isala klinieken en hoogleeraar Inwendige Geneeskunde in Groningen. Zijn opdracht is het bevorderen van en onderzoek doen naar transmurale zorg.

Centrum Patiëntveiligheid Isala

Het Centrum Patiëntveiligheid Isala is een ambitieus, professioneel, innovatief en inventariserend centrum, waar een enthousiaste groep professionals werkt aan de verbetering van de patiëntveiligheid in de gehele zorgketen. Patiëntveiligheid is iets wat ons allemaal raakt. In de huisartsenpraktijk, de apotheek, in het ziekenhuis maar ook bij de thuiszorg, overal gaat wel eens iets mis. Hulpverlening is mensenwerk en ook in de zorg komen fouten ofwel (bijna)incidenten voor. Welke vergissingen of fouten zijn dat en hoe kunnen we daarvan leren? Welke maatregelen kunnen we nemen om soortgelijke (bijna)incidenten te voorkomen? Op dergelijke vragen geeft het Centrum Patiëntveiligheid Isala antwoord.

Het Centrum Patiëntveiligheid Isala is in 2006 opgezet door de Raad van Bestuur en de Medische Staf van de Isala klinieken als Centre of Excellence (CoE). De doelstelling van het Centrum Patiëntveiligheid Isala is het continu bevorderen van de patiëntveiligheid, dan wel het verminderen van (bijna)incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg. De missie van deze CoE is: Veilige zorg, altijd en overal. Deze opdracht wil het centrum op twee manieren bereiken. Allereerst door actief bij te dragen aan het uitwisselen van informatie over risico's en fouten in de zorg, de genomen maatregelen en de resultaten daarvan. In de tweede plaats geeft het centrum advies en scholing

aan zorgprofessionals voor het realiseren van een veiligere zorg.

Het Centrum Patiëntveiligheid Isala richt zich primair op de brede Zwolse zorgketen, maar ook hulpvragen vanuit de rest van het land zijn van harte welkom.

In 2007 heeft het Centrum Patiëntveiligheid Isala de volgende activiteiten uitgevoerd:

- trainingen verzorgd op het gebied van de Decentrale Analyse Methode, bij tenminste tien ziekenhuizen in Nederland. Met deze methode is het mogelijk op een structurele wijze te zoeken naar basisoorzaken van (bijna)incidenten;
- de eerste Isala Patient Safety Summer School georganiseerd; tijdens deze masterclass hebben 16 deelnemers uit heel Nederland alle facetten van patiëntveiligheid doorgrond. Op basis van deze kennis hebben zij na afloop van de masterclass de zorg in hun eigen instelling, onder andere de Isala klinieken, veiliger kunnen maken;
- trajecten begeleid binnen de Isala klinieken rondom veilige infuustherapie en de vroeg Signaleringscore; dit zijn internationaal bekende methodes om de patiëntveiligheid in een ziekenhuis naar een hoger niveau te tillen;
- gewerkt aan het realiseren van samenwerking tussen alle hulpverleners in Zwolle op het gebied van patiëntveiligheid. Dit heeft geleid tot de opzet van de eerste Zwolse Veiligheidsmeldweek en het initiatief om te komen tot het Zwols Veiligheidsmanifest. In dit manifest spreken de betrokken hulpverleners zich uit om in gezamenlijkheid de zorg in Zwolle en omgeving veiliger te maken.

4.2.2 Nieuwbouw

Begin 2007 heeft de Raad van Bestuur besloten de nieuwbouw on hold te zetten. Het bestaande nieuwbouwplan bleek niet haalbaar, gezien de financiële situatie van het ziekenhuis en de veranderingen die op komst waren in de financiering van zorgvastgoed. In de loop van 2007 is veel werk verzet om te achterhalen onder welke voorwaarden het wél zou lukken

om te gaan bouwen. Dit onderzoek heeft geresulteerd in het beslisdocument 'Route naar een gezond bedrijf'. Op basis van dit document heeft de Raad van Bestuur medio december 2007 definitief besloten over te gaan tot nieuwbouw.

Nieuwbouw is een levensvoorwaarde voor de Isala klinieken en stelt het ziekenhuis in staat nog betere zorg te bieden aan patiënten. Hieronder vallen onder andere de toepassing van de nieuwste medische technieken, adequate parkeervoorzieningen en een integraal aanbod van alle onderdelen van de zorgketen op één locatie. Een nieuw ziekenhuisgebouw versterkt de innovatiekracht van de organisatie en is een stimulerende werkomgeving voor medewerkers en specialisten.

4.2.2.1 Bouwplan

Het ontwerp van de nieuwbouw blijft gehandhaafd en nieuwbouw blijft geconcentreerd op locatie Sophia. Het samengaan van alle functies op één locatie leidt namelijk tot structureel lagere kosten. Locatie Weezenlanden wordt verkocht. Wel is het bouwplan aangepast op de volgende punten:

- alle functies komen in de nieuwbouw; er zal geen renovatie plaatsvinden van bestaande bouw;
- het bouwplan is versneld, waardoor de geplande oplevering nog steeds in 2013 kan plaatsvinden;
- als tweede tranche zal de ontwikkeling plaatsvinden van het middenterrein inclusief de gebouwen aan de Dr. Spanjaardweg. Voor de invulling van het middenterrein volgt onderzoek naar de mogelijkheden om met andere partijen een 'zorgpark' te realiseren, waar bezoekers gebruik kunnen maken van zorggerelateerde diensten;
- de selectie van het bouwteam en de aanbesteding van de nieuwbouw vindt plaats in de periode 2008 tot begin 2009. De eerste bouwwerkzaamheden zullen naar verwachting de tweede helft van 2009 starten.

4.2.2.2 Businessplan, bidbook en veranderprogramma

De financiering van de nieuwbouw zal in de loop van 2008 plaatsvinden. Er is sprake van een tweesporenbeleid om financiering van de nieuwbouw mogelijk te maken. Dit omvat de ontwikkeling van een intern businessplan en een extern bidbook. Beide sporen lopen parallel.

Intern zal een businessplan worden opgesteld dat enerzijds is gestoeld op het onder gedeelde verantwoordelijkheid door de Raad van Bestuur en het bestuur Medische Staf vast te stellen strategiedocument en anderzijds bottom-up tot stand wordt gebracht met behulp van de samen met de maatschappen/vakgroepen opgestelde businessplannen per specialisme. Richtinggevend is de opgave waarvoor de Isala klinieken zich hebben gesteld om het rendement te verhogen naar 10% van de omzet in 2012.

Naast het businessplan zal een extern bidbook komen, dat primair bestemd is voor (potentiële) toekomstige financiers. Dit bidbook moet financiële instellingen ervan overtuigen dat het nieuwe ziekenhuis financierbaar is. Naast specifieke informatie die banken voor financiering nodig hebben, zal het bidbook ook de hoofdlijnen van het businessplan bevatten.

Uit het businessplan volgt uiteindelijk het interne veranderprogramma 2008-2012. Dit plan geeft inzicht in de veranderopgave waarvoor de Isala klinieken zich gesteld zien. In het veranderprogramma zal beschreven staan welke veranderingen nodig zijn en hoe deze concreet te realiseren zijn, uitgaande van de strategie en de interne omgeving (onder andere de markt, de organisatiestructuur, processen en financiën).

4.2.3 Informatiebeleid

In 2007 zijn belangrijke stappen gezet voor het informatiebeleid van de Isala klinieken. Er is een informatiebeleidsplan opgesteld. Verder is de verzelfstandiging van de stafafdeling ICT tot zelfstandige IC2it BV gerealiseerd en het programma Isala Digitaal is gelanceerd.

4.2.3.1 Informatiebeleidsplan

In maart 2007 is het Informatiebeleidsplan vastgesteld. Het informatiebeleid bestaat uit een inrichtingsmodel voor de informatievoorziening in de komende jaren. In dit inrichtingsmodel zijn de visie en strategie van het Isala-concern en de mogelijkheden op het gebied van ICT samengevoegd. Bij de totstandkoming ervan zijn ambitieniveau, organisatiestrategie, beleidsuitgangspunten en de informatiearchitectuur vergeleken met de huidige situatie. Op basis van de uitkomst daarvan is een vertaalslag gemaakt naar de aandachtsgebieden van het informatiebeleid voor de komende twee jaar.

Speerpunten

Het informatiebeleid bestaat uit zes speerpunten:

- volumeverhoging, door het aanbieden van EriDanos en agendering aan patiënten en de eerste lijn (de Isala klinieken willen verwijzers actief aan zich binden);
- kwaliteitsverhoging, door het met kracht voortzetten van digitalisering van documenten en beelden. Daarom is aanpassing van de infrastructuur nodig om informatie 'overal en altijd' beschikbaar te hebben, mede in relatie tot de nieuwbouw. Daarnaast staat het uitbreiden van het vastleggen van meetgegevens op het programma;
- kostenverlaging, door integrale planning, het (verder) inrichten van ordercommunicatie en elektronisch voorschrijven, en verbetering van de registratie;
- ondersteuning van specialisatie en onderzoek (= kennis = Centre of Excellence), door het aanbieden van een hoogwaardige infrastructuur, inclusief robots en telemonitoring;

- herinrichting onderwijs, door het aanbieden van kennis op afstand en simulaties;
- ondersteunende activiteiten, door het inrichten van ICT-governance en het verbeteren van de ICT-infrastructuur, waaronder de herinrichting van de datacenters.

Vanuit deze zes speerpunten is een projectenkalender voor 2007 en 2008 opgesteld. Het digitale patiëntendossier staat daarin centraal.

4.2.3.2 Isala Digitaal

Al sinds 2001 ontwikkelen de Isala klinieken haar eigen elektronisch dossier, genaamd EriDanos. In de eerste jaren hiervan heeft de nadruk gelegen op de zogenaamde 'kijkdoos'-functie: het ontsluiten van medische informatie vanuit de verschillende deelsystemen. Van deze 'kijkdoos' maakten eind 2007 ruim vierhonderd zorgverleners buiten de Isala klinieken gebruik. Dit is een groei van 30% ten opzichte van eind 2006.

In 2007 is het startsein gegeven voor het structureel uitbreiden van EriDanos met medisch registratieve functies. Hiertoe is het programma Isala Digitaal ingericht. Dit programma omvat een aantal projecten met gezamenlijke doelstellingen, waaronder het verbeteren van de kwaliteit van de informatievoorziening in het primaire proces en het verbeteren van de efficiency van het zorgproces, voor zowel zorgverlener als patiënt.

Het digitale patiëntendossier biedt naast evidente kwaliteitsverbetering aanknopingspunten voor verdergaande procesoptimalisatie, zoals ordercommunicatie en integrale planning. Ook moet het digitale patiëntendossier specifiek leiden tot een structurele formatiereductie. Eind 2007 is de eerste polikliniek (de polikliniek Gynaecologie) gestart met het houden van spreekuren met een volledig digitaal polidossier. Als tweede pilot-specialisme zal Chirurgie in het begin van het tweede kwartaal 2008 operationeel gaan. Daarna volgt in 2008 en 2009 de ontsluiting van alle overige poliklinieken.

Onder verantwoordelijkheid van de zorggroep MOS

(Medisch Ondersteunende Specialismen) is hard gewerkt aan het digitaliseren van beelden door de invoering van het RIS/PACS. Dit is een belangrijke voorwaarde voor digitaal werken. Vanaf begin 2008 zullen de afdelingen Radiologie en Nucleaire Geneeskunde volledig digitaal werken. Dit betekent dat alle röntgen- en nucleaire beelden digitaal beschikbaar zijn. Er zullen geen beelden meer op film geprint worden. In het verslagjaar is onder verantwoordelijkheid van de zorggroep MOS hard gewerkt aan de installatie van het systeem IMPAX om digitaal werken mogelijk te maken.

4.2.3.3 Verzelfstandiging IC2it BV

Vanaf 1 januari 2007 is de ICT-stafafdeling als een zelfstandig bedrijf gaan functioneren onder de naam IC2it. Sinds 1 januari 2008 is IC2it ook juridisch gezien een zelfstandige BV; de Isala klinieken bezitten 100% van de aandelen. Het doel van de verzelfstandiging is driedelig:

- duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering;
- transparantie van de ICT-kosten;
- uitbreiding van de mogelijkheden tot (commerciële) dienstverlening aan klanten buiten de Isala klinieken.

Vanwege de verzelfstandiging van IC2it tot leverancier van ICT-diensten is het zaak dat de Isala klinieken haar rol van klant/afnemer goed invullen. Zij zullen daarom aandacht besteden aan het definiëren van haar eigen vraag, leren projectmatig en planmatig te werken, en het functioneel beheer van de systemen op orde brengen.

Bij dit alles speelt de afdeling Informatiemanagement een belangrijke rol als regisseur. In de loop van het jaar heeft Informatiemanagement samen met IC2it afspraken uitgewerkt over de volgende onderwerpen: de dienstverlening, de prioriteitstelling en planning van projecten, de doorontwikkeling en het beheer van de centrale systemen, en het in te lopen achterstallig onderhoud. Deze afspraken zijn vastgelegd in een dienstverleningsovereenkomst met IC2it voor 2008, voor de centrale systemen en de in-

frastructuur. Vanaf 2008 is de afdeling Informatiemanagement tevens budgethouder voor de centrale afspraken met IC2it.

4.2.3.4 Informatiebeveiliging

Door de verdergaande digitalisering neemt de afhankelijkheid van de ICT-voorzieningen steeds toe. Daarom is een beleidsplan opgesteld voor informatiebeveiliging. Dit beleidsplan heeft tot doel de Isala klinieken in 2010 te laten voldoen aan de NEN7510. Dit is de landelijke norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Het beleid omvat onder andere het voeren van een bewustwordingscampagne onder medewerkers, een wachtwoordenbeleid, en 'clear desk, clear screen'-bevordering.

Tevens omvat het beleid verbetering van back-up en restore procedures en verbetering van de centrale infrastructuur, teneinde een 24x7-beschikbaarheid van de systemen te kunnen garanderen.

4.2.4 Milieubeleid

Binnen de Isala klinieken is de afdeling Arbo en Milieu verantwoordelijk voor de uitvoering van het milieubeleid van de organisatie. In het verslagjaar is aan de volgende milieuaspecten en milieuonderwerpen gewerkt.

Milieuvergunningen

Door de ingelaste pauze voor de nieuwbouw van de Isala klinieken is de uitwerking van het onderwerp 'milieuvergunningen' doorgeschoven naar 2008. De vergunningen van de locaties Weezenlanden en Stilobadstraat zijn verouderd. Daarom zullen de Isala klinieken voor deze locaties een revisieaanvraag indienen.

De vergunningverlening voor de nieuwbouw op locatie Sophia is een bijzonder traject. Dit traject zal prioriteit hebben boven de vergunningaanvragen van de andere locaties. Dit is zo afgesproken met het bevoegde gezag.

Milieubeleidsplan - opzetten milieuorganisatie

Het opzetten/herindelen van de milieuorganisatie is afgerond. Er zijn milieulogboeken uitgezet en in de hele organisatie zijn aanspreekpunten aangewezen voor de deelgebieden energie, onderhoud en afval.

Milieubeleidsplan - milieueffectanalyse

De basis voor het milieubeleidsplan 2005 – 2010 is een milieueffectanalyse. Voor deze analyse is een inventarisatie op alle afdelingen vereist. Het verzoek deze inventarisatie uit te voeren heeft echter vanuit de organisatie een te lage respons opgeleverd. Hierdoor is een gedegen milieueffectanalyse niet mogelijk gebleken. Daarom is besloten dit project af te sluiten zonder resultaat en te zoeken naar andere mogelijkheden om de benodigde gegevens inzichtelijk te krijgen. In 2008 zal het milieubeleidsplan worden herzien.

Milieu-inspecties 2007

In het verslagjaar zijn bij de Isala klinieken verschillende milieu-inspecties uitgevoerd door diverse instanties. De volgende locaties zijn geïnspecteerd:

- de assemblagekeuken La Gourmande

La Gourmande heeft naar aanleiding van de oprichting een controlebezoek gehad van de gemeente Zwolle in het kader van de verleende milieuvergunning. Op een paar kleine aandachtspunten na zijn er geen tekortkomingen geconstateerd. Die aandachtspunten zijn opgelost.

- locatie Sophia

De ziekenhuislocatie Sophia is geïnspecteerd door de gemeente Zwolle. Bij deze inspectie is een aantal tekortkomingen geconstateerd. Deze tekortkomingen waren intern al bekend, maar er was nog geen actie ondernomen. Door het inspectiebezoek zijn de benodigde acties alsnog uitgevoerd en de tekortkomingen zijn opgelost.

Voorts heeft locatie Sophia een controlebezoek gehad van het Waterschap Groot Salland. Hierbij is gekeken naar de lozingsvergunning in het kader van de Wet verontreiniging oppervlaktewateren. Er zijn geen tekortkomingen geconstateerd.

- locatie Weezenlanden

De ziekenhuislocatie Weezenlanden is eveneens geïnspecteerd door de gemeente Zwolle. Bij deze inspectie is een aantal tekortkomingen geconstateerd. Deze tekortkomingen waren intern al bekend, maar er was nog geen actie ondernomen. Door het inspectiebezoek zijn de benodigde acties alsnog uitgevoerd en de tekortkomingen zijn bijna opgelost. De herinrichting van het afvalplein van locatie Weezenlanden staat nog open. Deze herinrichting zal in het eerste kwartaal van 2008 plaatsvinden. Ook de locatie Weezenlanden heeft een controlebezoek gehad van het Waterschap Groot Salland. Hierbij is gekeken naar de lozingsvergunning in het kader van de Wet verontreiniging oppervlaktewateren. Er zijn geen tekortkomingen geconstateerd.

Registratie gevaarlijke stoffen

De tot in het verslagjaar gebruikte programmatuur voor de registratie en het beheer van gevaarlijke stoffen voldeed niet meer aan de actuele vereisten. Actuele programmatuur is echter onontbeerlijk, zeker met het oog op ingrijpende ontwikkelingen in de komende jaren op het gebied van wet- en regelgeving. Daarom zijn de Isala klinieken inmiddels overgestapt op andere software. Deze software is in december 2007 geïnstalleerd. Gedurende het eerste kwartaal van 2008 zal de gehele registratie zijn overgezet.

Aanvullende registratie carcinogene, mutagene en reprotoxische stoffen

Van alle zogenaamde CMR-stoffen zijn de aanvullende registraties uitgevoerd.

Herinventarisatie gevaarlijke stoffen

Nagenoeg alle afdelingen hebben de herinventarisatie uitgevoerd. Hierdoor is de registratie up-to-date.

Digitalisering veiligheidsinformatiebladen

De uitgave van de veiligheidsinformatiebladen op papier zal verdwijnen. In plaats hiervan komt er een digitale uitgave van de veiligheidsinformatiebladen

op het intranet van de Isala klinieken. Elke afdeling krijgt een aparte plek op het intranet, waar de veiligheidsinformatiebladen in pdf-formaat komen te staan. De uitwerking van dit project is doorgeschoven naar 2008 vanwege de komst van IRIS (het vernieuwde intranet van de Isala klinieken).

Tevens is in overleg met de Arbeidsinspectie besloten om op het intranet ook een plek in te richten voor werkplekinstructiekaarten. Dit heeft verschillende voordelen. Elke medewerker kan voor zijn of haar afdeling direct de benodigde veiligheidsinformatie digitaal raadplegen. De informatie is sneller beschikbaar en up-to-date. Daarnaast komt voor elke afdeling een map beschikbaar met algemene informatie over gevaarlijke stoffen.

4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Het kwaliteitsbeleid en het veiligheidsbeleid van de Isala klinieken hebben tot doel de directe zorg aan de patiënt te optimaliseren. Dit betekent dat de zorg daadwerkelijk rondom de patiënt is georganiseerd, efficiënt is en servicegericht. De patiënt wordt met empathie en respect behandeld.

4.3.1 Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid en het veiligheidsbeleid sluiten qua doelstelling naadloos aan bij de strategische speerpunten van de Isala klinieken. Het optimaliseren van processen, het verbeteren van de efficiency en het serviceniveau hebben tot doel de kernfunctie van de Isala klinieken te versterken.

Kwaliteitszorg is een integraal onderdeel van de totale bedrijfsvoering. Voor de uitvoering hiervan is het INK-managementmodel in gebruik. Daarnaast dient er een goede balans te zijn tussen motiveren en normeren. Dat gebeurt op basis van vier pijlers van kwaliteitszorg:

- signaleren; de huidige situatie vastleggen, een analyse maken en verbetermogelijkheden opspo-

ren met behulp van het INK-model, NIAZ-normen, (bijna)incidentmeldingen (VIM, MIP), klachten, audits en prestatie-indicatoren;

- verbeteren; verbeterprojecten opzetten waarbij de volgende vragen centraal staan: wat willen we bereiken (doel), hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten), welke verandering kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering (veranderen)? Voorbeelden hiervan zijn de Isala Sneller Beterprojecten;
- borgen; (nieuwe) werkwijzen verankeren in het dagelijks handelen, dat wil zeggen: afspraken vastleggen, blijven meten en bijsturen, en verbeteringen vastleggen in een operationeel kwaliteitssysteem (NIAZ) en in een managementinformatiesysteem;
- verantwoorden; communiceren over het kwaliteitsstelsel en zichtbare resultaten zoals prestatie-indicatoren, patiënttevredenheidsonderzoek en onderzoeken van de consumentenbond. Hierdoor krijgt de buitenwereld een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de Isala klinieken.

4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN

4.4.1 Kwaliteit van zorg

4.4.1.1 Inspanningen

NIAZ

In 2006 zijn voorbereidingen getroffen voor de NIAZ-accreditatie. Die voorbereidingen hebben geresulteerd in een auditbezoek door zes NIAZ-auditoren. Deze audit heeft in februari 2007 plaatsgevonden. Op grond van de audit is een auditrapport opgesteld. Het auditrapport heeft aanleiding gegeven de organisatie van zorg op twaalf punten te verbeteren. Deze verbeterpunten zijn verwoord in een verbeterplan. Het verbeterplan en het auditrapport tezamen hebben voldoende grond gegeven om het initiële accreditatiebewijs aan de Isala klinieken toe te kennen.

Interne auditsysteem

Het in 2006 gestarte interne auditsysteem is in 2007 voortgezet. Dat heeft geresulteerd in 18 uitgevoerde audits, verdeeld over verschillende afdelingen en processen.

Isala Sneller Beter

In 2007 zijn 46 nieuwe Isala Sneller Beter-projecten gestart. Deze projecten zijn vooral gericht op het terugdringen van toegangstijden en het voorkomen/verminderen van decubitus en pijn.

Daarnaast is in 2007 ondervoeding als nieuw thema toegevoegd. In dit project gaat het erom alle klinische patiënten te screenen op ondervoeding en zonodig te behandelen. In 2007 zijn verschillende trainingsrondes georganiseerd om de diverse projectgroepen op gang te helpen bij het behalen van hun doelstellingen. Ook hebben verschillende intervisiebijeenkomsten plaatsgevonden om de projectgroepen tijdens het project te ondersteunen.

Tabel: Verdeling van Isala Sneller Beter-projecten over de verschillende thema's

Thema	totaal	afgerond	loopt	starten
decubitus	17	4	9	4
ondervoeding	18		18	
overig	2		2	
PHI	13	7	4	2
pijn	13	1	11	1
WZW	20	4	10	6
totaal	83	16	54	13

Per thema is een kernteam in het leven geroepen dat zorg draagt voor verbreiding van de verschillende thema's. Tevens heeft het kernteam tot doel te monitoren in hoeverre de aan het thema gekoppelde doelstelling wordt behaald. Het kernteam bestaat uit een zorggroepmanager, indien nodig een medisch specialist, een hoofd zorgteam en een themacoördinator. De teams functioneren inmiddels als bedoeld. Voor

de logistieke thema's geldt, dat aansluiting is gezocht bij de ziekenhuisbrede regiegroep 'Verbeteren patiëntenstromen'.

Protocollen

In 2007 heeft de BIG-werkgroep alle BIG-gerelateerde protocollen geactualiseerd.

Begin 2007 is het protocol 'Markeren van de operatieplek en de te volgen procedure bij verwisselingen' geïmplementeerd. Dit protocol is in oktober 2007 geëvalueerd en aangepast.

Het protocol voor het Isala-brede 'Reanimatiebeleid' is in oktober 2007 geïmplementeerd.

Documentbeheersysteem

In 2007 is gestart met de implementatie van het nieuwe documentbeheersysteem Topdoc. Dit nieuwe systeem zal in 2008 het oude documentbeheersysteem vervangen. Topdoc heeft een aantal voordelen ten opzichte van DKS: de documenten zijn decentraal te beheren en documenten zijn eenvoudiger terug te vinden. Topdoc is in 2007 aangepast op basis van de testen en de wensen van gebruikers en is door twee pilotafdelingen in gebruik genomen. In december 2007 zijn de eerste trainingen gegeven voor decentraal beheerders. Dit traject krijgt in 2008 een vervolg. Het gebruik van het huidige documentbeheersysteem DKS stopt in 2008, nadat alle documenten van DKS overgezet zijn naar Topdoc.

Patiënttevredenheidsonderzoek

De Isala klinieken verwelkomen ongeveer 200.000 patiënten per jaar. Het is ons streven de patiënten de beste zorg te geven. Ook hechten wij veel waarde aan de mening van patiënten over onze kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Om daar zicht op te krijgen vinden in de Isala klinieken, regelmatig patiënttevredenheidsonderzoeken plaats. Deze waarderingsonderzoeken worden uitgevoerd in de volgende vormen:

- vragenlijsten; een vragenlijst bestaat uit vragen die geformuleerd zijn door de Nederlandse Vereniging

ging van Ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl) en verder uit vragen over de afdeling of polikliniek waarmee de patiënt in contact is geweest. De patiënt vult de vragenlijst anoniem in. De uitkomsten van de vragenlijsten worden gepubliceerd op de website van de Isala klinieken.

Van 1 september 2006 tot 1 april 2007 hebben 58 afdelingen deelgenomen aan het patiënttevredenheidsonderzoek. Alle deelnemende afdelingen hebben de resultaten daarvan ontvangen, zodat zij waar nodig verbeteringen kunnen inzetten. De voornaamste verbeterpunten waren gelegen in de informatievoorziening naar patiënten en externen, en de nazorg. Een sterk punt was de bejegening.

- spiegelgesprekken; in 2007 zijn de Isala klinieken gestart met het houden van spiegelgesprekken. Deze verlopen in de vorm van een spiegelbijeenkomst. Een spiegelbijeenkomst is een kringgesprek met (ex)patiënten onder leiding van een gespreksleider. Deze vraagt de (ex)patiënten hoe zij de dienstverlening ervaren hebben en wat hun mening daarover is. De betrokken medewerkers van de afdeling of polikliniek zijn als toehoorders aanwezig. Door te luisteren naar de verhalen en meningen van de (ex)patiënten krijgen de medewerkers als het ware een spiegel voorgehouden. Deze directe 'face to face'-confrontatie heeft een groot effect op het gedrag van de medewerkers. Vervolgens bespreken de medewerkers de resultaten van de spiegelbijeenkomst op een later tijdstip op de afdeling of polikliniek. Daarna ontvangen de (ex)patiënten die aan de spiegelbijeenkomst hebben deelgenomen een brief waarin beschreven staat wat de afdeling/polikliniek gaat doen met hun suggesties, ideeën en kritische punten.
- ontslaggesprekken; in een ontslaggesprek bespreekt een verpleegkundige met de patiënt (en eventuele familieleden) zowel het verpleegproces als het resultaat van de verleende zorg.

Al deze patiënttevredenheidsonderzoeken hebben voldoende input gegeven voor verbetering.

Prestatie-indicatoren

In totaal hebben de Isala klinieken circa negentig procent van de lijst met prestatie-indicatoren waarnaar de Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt, kunnen invullen. Vervolgens gebruiken verschillende instanties die prestatie-indicatoren voor het opstellen van ziekenhuisranglijsten. Een daarvan is de AD Top 100. Op deze ranglijst staan de Isala klinieken op de zesde plaats.

Naast de presentatie van indicatoren op verzoek van externen, zijn de Isala klinieken in 2007 ook op patiëntenprocesniveau gestart met het benoemen van zowel logistieke als kwalitatieve indicatoren. Het inventariseren van deze indicatoren heeft tot doel zicht te krijgen op de verbetermogelijkheden.

Consumentenbond

De Isala klinieken hebben in 2007 deelgenomen aan onderstaande onderzoeken van de Consumentenbond:

- borstkankerzorg;
- diabetes;
- incontinentiezorg;
- spataderenzorg;
- heup/knie;
- staarzorg.

De resultaten zijn gepubliceerd op de website van KiesBeter.

Prestaties: kwaliteitsmanagementsysteem

Tabel: Gehanteerd kwaliteitssysteem/gehanteerde kwaliteitssystemen

HKZ	ja
MIK-V	nee
ISO	ja
NIAZ/INK	ja
MKG	nee
zorgkwaliteitseisen	nee
overige systemen	ja

Toelichting:

NIAZ: Isala klinieken

HKZ: Nierdialyse (certificaat)

ISO: Isala Facilitair (certificaat), ziekenhuisapotheek

Overige systemen:

JACIE: stamceltransplantatie

GMP-Z: productie-unit ziekenhuisapotheek

CCKL: Klinisch Chemisch Laboratorium, fertiliteitslaboratorium, Pathologie, Medische microbiologie, laboratorium ziekenhuisapotheek

Prestaties: accreditatie

Tabel: Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

certificaat, label of accreditatie behaald	ja
--	----

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

gestart traject:

naam beoogde certificaat, label of accreditatie	NIAZ
verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	september 2007
naam toetsende instantie	NIAZ

Toelichting:

In februari 2007 heeft de NIAZ-audit plaatsgevonden. In april 2007 is het accreditatierapport aan-geleverd. In de zomermaanden is een verbeterplan geschreven door de Isala klinieken. In september 2007 heeft de NIAZ-commissie zich gebogen over het accreditatierapport en het verbeterplan. Op basis daarvan heeft de commissie bepaald dat de Isala klinieken een keurmerk krijgen toegekend. In 2008 besteden de Isala klinieken verder aandacht aan de verbeterpunten zoals die door de NIAZ-auditoren zijn benoemd.

4.4.2 Klachten

Klachten ontstaan door een veelheid aan factoren, zoals: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen, misverstanden, niet nakomen van afspraken, gebrekkige communicatie, interpretatieverschillen over patiëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van zorg. Klachten leiden er voor patiënten vaak toe dat zij hun ziekte of aandoening nog ingrijpender en als extra belastend ervaren. Ook op zorgaanbieders hebben klachten een grote impact. Daarom is het belangrijk zo vroeg en zo zorgvuldig mogelijk op een klacht in te gaan om escalatie te voorkomen.

Naar aanleiding van een onderzoek van het NIVEL naar de afhandeling van klachten, is in opdracht van ZonMw in 2002 een groot aantal organisaties uit diverse zorgsectoren gestart met het maken van een 'Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg'. Deze richtlijn is in december 2004 gepresenteerd. In deze richtlijn is de werkwijze zoals gehanteerd in de Isala klinieken aanbevolen als 'good practice'.

In de Isala klinieken krijgen afdelingen en nieuwe medewerkers op een structurele wijze voorlichting over relevante onderwerpen rondom klachten. Onderwerpen waarover informatie wordt verstrekt, zijn onder meer de klachtenregeling, de formele en informele klachtenafhandeling, de wetgeving op het gebied van klachten, de klachtencommissie en de functie van de klachtenfunctionaris.

De Isala klinieken kennen een klachtenregeling. In deze klachtenregeling is aangegeven wie en op welke wijze binnen de Isala klinieken een klacht kan indienen, en vervolgens hoe de ziekenhuisorganisatie met die klacht omgaat.

4.4.2.1 Klachtencommissie

Tabel: Samenstelling klachtencommissie

Naam lid	aandachtsgebied of rol binnen de commissie
mw. mr. S.E. Bins-van Waegeningh	vice-president van de Arrondissementsrechtbank Zwolle-Lelystad, voorzitter tot 1 september 2007
mw. mr. M. Stroetenga	juridisch medewerker bij NU91 per 1 februari 2007, voorzitter per 1 september 2007
mw. drs. E.M. Kalsbeek-barones Schimmelpenninck van der Oije	namens het Zorgbelang Overijssel, tot 1 november 2007
mw. I.M.F. Rentenaar	namens patiëntenperspectief, per 1 november 2007
dhr. N. van der Kolk	psychiatrisch verpleegkundige, namens de verpleegkundige sector
mw. drs. H.J.C. Kerdel-Christman	arts, n.p
dhr. M. de Goede	verpleegkundige, namens de verpleegkundige sector
dhr. E. van Ewijk	huisarts in ruste, per 1 februari 2007

Wegens het voltooien van haar ambtstermijn is mevrouw mr. S.E. Bins-van Waegeningh, voorzitter, per 1 september 2007 afgetreden als lid van de klachtencommissie. Zij is als voorzitter per 1 september opgevolgd door mevrouw mr. M. Stroetenga.

Mevrouw drs. E. Kalsbeek-barones Schimmelpenninck van der Oije is afgetreden per 1 november 2007, eveneens vanwege het voltooien van de ambtstermijn. Zij is per 1 november 2007 opgevolgd door mevrouw I.M.F. Rentenaar.

Mevrouw mr. W. J. Schipper is werkzaam als ambtelijk secretaris a.i. van de klachtencommissie Isala klinieken.

In 2007 heeft de klachtencommissie 26 aan haar geadresseerde klachtbrieven ontvangen. Dit zijn er 11 minder dan in 2006. In 17 gevallen is de klacht door de commissie in behandeling genomen.

In het verslagjaar heeft de klachtencommissie nog twee zaken uit 2006 behandeld.

De commissie heeft in 2007 bij 5 klachten uitspraak gedaan, waaronder 2 klachten uit 2006.

4.4.2.2 Klachtenfunctionarissen

In 2007 zijn 772 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionarissen en door hen geregistreerd. Ook dit jaar is weer een stijging te zien van het aantal klachten ten opzichte van het vorige verslagjaar.

De volgende aandachtspunten zijn voortgekomen uit de in 2007 ingediende klachten:

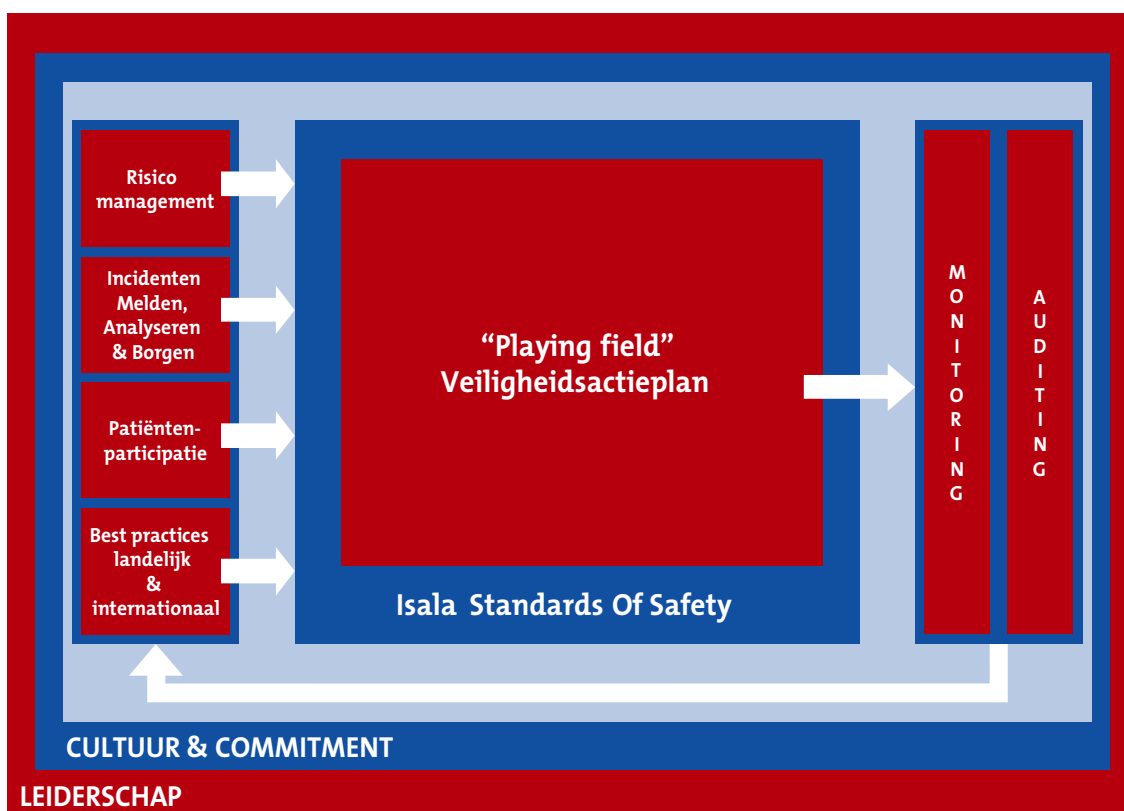
- communicatie en bejegening;
- attitude van de medewerkers;
- de patiënt ziet te veel artsen tijdens de behandeling;
- het ziekenhuis annuleert vaak de afspraken met de patiënt;
- geen volledige dossiervorming;
- op enkele poliklinieken nog lange wachttijden.

Gegevens over de kwaliteit van de organisatie zijn opgenomen in bijlage 5 (Kwaliteit van de organisatie).

4.4.3 Veiligheid

Per 1 januari 2008 is voor alle ziekenhuizen in Nederland het Veiligheids Management Systeem (VMS) verplicht. Sinds november 2005 zijn de Isala klinieken een van de tien pilotziekenhuizen binnen

Schema: Isala Veiligheidsgrondvest



het landelijke project 'Veiligheidsmanagementsysteem'. Vanuit deze pilot van de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) is een aantal instrumenten rondom patiëntveiligheid getest in de Isala klinieken. Een van de bekendste instrumenten is het Veilig Incident Melden. Het landelijke project is inmiddels omgezet in het landelijke veiligheidsprogramma. Binnen de Isala klinieken is de term VMS (Veiligheids Management Systeem) niet als zodanig in gebruik. De vervangende term daarvoor is 'patiëntveiligheid'. De Isala klinieken zien patiëntveiligheid niet als project, maar als een traject waarin continu investeren in patiëntveiligheid vereist is.

Veiligheidsgrondvest

De Isala klinieken hebben alle elementen van het VMS samengevoegd in een schema, het zogenaamde

'Veiligheidsgrondvest'. Dit is de kapstok van alle activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid. In de volgende paragrafen wordt de stand van zaken per element toegelicht.

4.4.3.1 Leiderschap en Cultuur & Commitment

Het implementeren van veiligheidsmanagement vraagt om strategie & beleid, leiderschap en organisatieontwikkeling. Dit geldt onder andere voor het creëren van een veiligheidscultuur en voor het verspreiden van de 'good practices' in de eigen organisatie. Kennis van en ervaring met deze thema's zijn zowel binnen de industrie als binnen de zorgbranche beschikbaar.

Bij leiderschap geldt: 'Goed voorbeeld doet goed volgen'. Het management speelt een belangrijke rol bij het creëren van een veiligheidscultuur. Leidinggeven-

den zetten de eerste stappen naar een nieuwe cultuur. Bij het bespreken van een (bijna)incident stellen zij vragen naar wát er gebeurd is en niet wie het gedaan heeft. In dit perspectief zien de Isala klinieken leiderschap als een taak voor elke leidinggevende, op elk niveau: van Raad van Bestuur tot teamleider.

Patiëntveiligheid is voor een belangrijk deel bepaald door de organisatie- en afdelingscultuur. Bereidheid tot melden van (bijna)incidenten, maar ook samenwerking en communicatie zijn essentieel voor patiëntveiligheid. Er bestaat een aantal zogenoemde interventies om de cultuur rondom patiëntveiligheid te verbeteren. Deze zijn onder andere: teamtraining (TRM), een communicatie-instrument (SBAR) en veiligheidsrondes (ISQS).

Daarnaast willen de Isala klinieken ook het credo van Shell-voorman Rein Willems continu uitdragen: 'Je werkt hier veilig, of je werkt hier niet'. Dit gebeurt door managers continu te wijzen op dit credo en door het geven van voorlichting aan (potentieel) nieuwe medewerkers.

Activiteiten

In het kader van Leiderschap & Cultuur zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten uit voorgaande jaren):

- samenwerking met DSM (sinds oktober 2004);
- patiëntveiligheid- & casuïstiekbesprekingen zijn sinds medio 2005 een vast agendapunt in de Kernstaf;
- patiëntveiligheid- & casuïstiekbesprekingen zijn sinds oktober 2006 een vast agendapunt in management-overleg en kwartaalgesprekken;
- start van de pilot communicatie-instrument SBAR (Situation Background Assessment Recommendation) (eind 2007);
- voorlichting over patiëntveiligheid aan arts-assistenten en leerling-verpleegkundigen;
- delen van kennis en ervaring rondom patiëntveiligheid via het Centrum Patiëntveiligheid Isala (sinds mei 2006).

4.4.3.2 Incidenten melden, analyseren en borgen

Het belang van een systematische registratie en analyse van incidenten behoeft geen uitleg. De afgelopen jaren heeft dit de Isala klinieken veel winst opgeleverd. Daarom is het van belang te blijven investeren in de systematische melding, registratie en analyse van (bijna)incidenten via bijvoorbeeld de VIM-methode (Veilig Incident Melden). Daarbij is een digitaal meldsysteem een goed middel om patiëntveiligheid enigszins te kunnen monitoren. Belangrijker is, dat de meldingen aanleiding geven tot verbeteractiviteiten, waardoor de kwaliteit en patiëntveiligheid daadwerkelijk verbeteren.

Activiteiten

In het kader van de systematische melding, analyse en afhandeling van (bijna)incidenten zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten uit voorgaande jaren):

- Veilig Incident Melden op 75% van alle afdelingen in de Isala klinieken; het aantal meldingen van (bijna) incidenten is in 2007: 9130;
- DAM-trainingen voor de leden van patiëntveiligheidscommissies (PVC's): gemiddeld één keer per maand (sinds medio 2005);
- analyse van ernstige incidenten door de MIP-commissie volgens SIRE (sinds januari 2007);
- een digitaal meldsysteem is ingevoerd en in gebruik genomen (sinds maart 2007);
- Isala-brede uitwisseling van goede en vooral veilige ideeën; uitreiking van de Isala Safety Award tijdens een jaarlijks terugkomende Isala-brede bijeenkomst;
- op zorggroepniveau uitwisseling van goede en vooral veilige ideeën voor patiëntveiligheidscommissies, per zorggroep minimaal twee keer per jaar.

4.4.3.3 Risicomanagement

Naast de reactieve methode om patiëntveiligheid in de Isala klinieken te verbeteren, is het proactief inspelen op risico's in (zorg)processen essentieel. Zorgprofessionals kunnen vaak al op voorhand aangeven

waar de zwakke plekken (ofwel risico's) in een systeem zitten. In het landelijke veiligheidsprogramma hebben de Isala klinieken ervaring opgedaan met de HFMEA-methodiek (Healthcare Failure Mode & Effects Analysis). Daarnaast zijn de Isala klinieken gestart met het (opnieuw) in kaart brengen van zorgprocessen.

Om het uitvoeren van een risicoanalyse in de Isala klinieken te borgen, is gekozen voor inbedding van de risicoanalyse bij het (her)inrichten van (zorg)processen. In 2007 zijn de mogelijkheden onderzocht om dit daadwerkelijk uit te voeren.

4.4.3.4 Patiëntenparticipatie

Patiëntveiligheid kent verschillende actoren. De Isala klinieken zien de patiënt ook als actieve speler in de wedstrijd tegen patiëntonveiligheid. Uiteraard is de patiënt niet eindverantwoordelijk voor de eigen veiligheid, maar hij of zij kan wél een belangrijke bijdrage leveren. Patiënten (en hun familie) hebben immers als geen ander een duidelijk beeld van het eigen zorgproces. Daarbij is het wel van belang dat patiënten de gelegenheid krijgen om überhaupt een bijdrage te leveren. Medewerkers en medisch specialisten kunnen patiënten ondersteunen en stimuleren tot een eigen inbreng in hun veiligheid. Bijvoorbeeld door de patiënt erop te wijzen vooral veel vragen te stellen.

In het kader van patiëntparticipatie zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten van voorgaande jaren):

- de introductie van de Patiëntveiligheidskaart op tien klinische afdelingen;
- testen van de folder 'Durf te vragen'; dit is een pilot op enkele poliklinieken en bij enkele andere zorgaanbieders in de zorgketen waaronder huisartsenposten.

4.4.3.5 Best practices (inter)nationaal

De eerste landelijke patiëntveiligheidsthema's zijn opgenomen in het jaarplan 2008 (kaderbrief) voor de Isala klinieken en zijn onderdeel van de planning

& controlcyclus. Het betreffen de onderstaande vier thema's:

- voorkomen van ziekenhuisinfecties na operatie;
- voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrengschade, infecties en sepsis);
- vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functie;
- voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht.

4.4.3.6 Monitoring en auditing

Als gevolg van alle activiteiten op het gebied van (onder andere) patiëntveiligheid, volgen zowel kleine als grote verbetermaatregelen en aanpassingen in processen. Deze veranderingen kunnen zowel Isalabreed ingezet zijn als afdelingsspecifiek. Het beheren en beheersen van deze veranderingen is zoveel mogelijk meegenomen in de huidige planning & controlcyclus, zodat monitoring en bijsturing mogelijk is.

In het kader van monitoring zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- het aantal incidentmeldingen met bijbehorende verbetermaatregelen is onderdeel van de planning & controlcyclus;
- aanbevelingen vanuit calamiteitsmeldingen zijn onderdeel van kwartaalgesprekken tussen Raad van Bestuur en zorggroepmanagement.

4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

4.5.1 Personeelsbeleid

4.5.1.1 Beleid en inspanningen

Het HRM-meerjarenbeleidsplan dient als invulling van de HRM-component van het Strategisch Plan, zoals dat is opgesteld door de Raad van Bestuur medio 2004. Dit beleid is een basis- en richtlijn voor de komende drie tot vijf jaren. Het HRM-beleid is er onder andere op gericht patiëntgericht te werken.

Tevreden patiënten zijn altijd in contact geweest met tevreden medewerkers. Dit impliceert dat ook de leden van de maatschappen tot het HR-aandachtsgebied behoren.

Het HRM-beleid heeft de volgende speerpunten:

- vitale organisatie;
- vitale medewerkers;
- vitale groei.

Vitaliteit loopt als rode draad door alle activiteiten en projecten. Vitaliteit betekent letterlijk: levenskracht. Deze levenskracht is terug te vinden in onze medewerkers en in de organisatie als geheel.

In 2007 is Isala-breed gestart met het ontwikkelen van het leeftijdsfasebewust personeelsbeleid en op diverse afdelingen is FOTO (Formatie voor de Toekomst) doorgevoerd. Er is gestart met E-hrm (het digitaliseren van het personeelsadministratieve proces), en in een werkgroep zijn voorstellen opgesteld aangaande de besturingsfilosofie. Verder is de functiematrix geïntroduceerd, als instrument om het functioneelgebouw te beheersen. Als belangrijk intern communicatiemiddel is het nieuwe intranet (dat de naam IRIS heeft gekregen) geïntroduceerd.

Jaargesprekken

Het voeren van jaargesprekken is een belangrijk middel om de medewerker en de organisatie verder in ontwikkeling te brengen. Door de begeleiding en ontwikkeling van medewerkers systematisch aan te pakken, concrete meetbare afspraken te maken en jaarlijks te evalueren, leveren jaargesprekken een gerichte bijdrage aan de doelstelling van de organisatie. Daarnaast binden jaargesprekken en het nakomen van de daarin gemaakte afspraken medewerkers aan de organisatie. Jaargesprekken bewerkstelligen dat medewerkers hun eigen loopbaan gaan sturen. Dat heeft tot gevolg dat de organisatie effectiever gebruik kan maken van beschikbare talenten en bij medewerkers het werkplezier toeneemt.

Het jaargesprek mondt uit in een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) van de medewerker. Dat kan een

opleiding zijn, een loopbaanvraag, een andere nadruk in de werkzaamheden. Ook het streven naar een andere functie, of de constatering dat in de huidige situatie nog voldoende verbreding, verdieping of voltooing mogelijk is, kunnen onderdeel zijn van een POP. Zo'n 45% van alle medewerkers heeft in 2007 een jaargesprek gevoerd met zijn/haar leidinggevende.

Loopbaanontwikkeling

In de Isala klinieken is een mobiliteitscentrum aanwezig. Het mobiliteitscentrum ondersteunt medewerkers van de Isala klinieken bij het vinden van een andere functie en/of functierichting, zowel binnen als buiten de organisatie. Het mobiliteitscentrum is er voor alle medewerkers van de Isala klinieken. De nadruk ligt op de ondersteuning van medewerkers die herplaatsbaar zijn, zowel in het kader van het Sociaal Plan als regulier. Tevens komen medewerkers met loopbaan- en ontwikkelvragen bij het mobiliteitscentrum. Dit kan bijvoorbeeld zijn naar aanleiding van een POP-gesprek.

Het mobiliteitscentrum werkt vanuit de uitgangspunten die zijn beschreven in het mobiliteitsbeleid van de Isala klinieken. Daarnaast is er een Sociaal Plan en een regulier herplaatsingsbeleid, waarin uitgangspunten voor herplaatsing zijn vastgelegd.

Van 244 medewerkers zijn in 2007 de begeleidingstrajecten afgerond.

Klachten van medewerkers

De Isala klinieken hebben een klachtenregeling die geldt voor individuele medewerkers van de Isala klinieken. Groepen medewerkers kunnen hun klachten deponeren bij de Ondernemingsraad. Patiënten kunnen gebruikmaken van een andere klachtenregeling. In eerste instantie is het de bedoeling dat een medewerker met zijn direct leidinggevende zijn of haar onvrede bespreekt en zo tot een oplossing probeert te komen. De klachtenregeling is dan ook te beschouwen als een uiterste weg die mensen kunnen

gaan. De zorg voor gezonde werkrelaties houdt ook in dat duidelijk aangegeven dient te zijn dat er grenzen bestaan met betrekking tot omgangsvormen. Iedere medewerker heeft recht op een respectvolle en correcte bejegening. Indien er situaties voorkomen, waarin dat niet gewaarborgd is, dient men de mogelijkheid te hebben daarover een klacht in te dienen. Vervolgens heeft de medewerker recht op een serieuze en vertrouwelijke behandeling van zijn klacht. Voor de afhandeling van klachten is een klachtencommissie ingesteld. Deze heeft een adviserende rol. De klachtenregeling en klachtencommissie zijn er voor klachten met betrekking tot ongewenste omgangsvormen en voor overige individuele klachten. In 2007 zijn geen klachten gemeld.

Arbo

De Isala klinieken beschikken over een gecertificeerde interne Arbo-dienst. Deze dienst vormt samen met de milieuadviseur de afdeling Arbo en Milieu van de Isala klinieken. In 2007 is vooral aandacht besteed aan de volgende drie onderwerpen.

• Implementatie Fit@Work

Onder regie van de afdeling is het in 2006 vastgestelde Preventie- en Reïntegratiebeleid Fit@Work van de Isala klinieken geïmplementeerd. De implementatie is per zorggroep uitgevoerd via de volgende werkwijze:

- startbijeenkomst met hoofden zorgteam, waarin de nieuwe cultuur en de uitgangspunten van het nieuwe beleid zijn besproken;
- vaardigheidstraining voor hoofden zorgteam (workshop);
- hoofden zorgteam stellen individuele Plannen van Aanpak op, met ondersteuning van P&O en Arbo en Milieu; in zo'n Plan van Aanpak is tevens aandacht voor de procedure afwezig melden en preventie;
- zorggroepmanagers sturen de hoofden zorgteam op de uitvoering van de Plannen van Aanpak; dit gebeurt maandelijks;
- driemaandelijks terugkombijeenkomsten van zorggroepmanagers en hoofden zorgteam met P&O en Arbo en Milieu, om onder andere de focus scherp te houden en bij te sturen.

• Aanpak belangrijkste gezondheidsrisico's

De belangrijkste gezondheidsrisico's zijn: agressie, fysieke belasting, schokkende gebeurtenissen, cytostatica en narcosegassen. In 2007 is ten aanzien van de arbeidsomstandigheden van de medewerkers een aantal verbeterpunten geconstateerd. De Arbeidsinspectie constateerde verbeterpunten bij fysieke belasting, agressie, cytostatica en narcosegassen. Uit de NIAZ-accreditatie kwam naar voren, dat de opvang rondom schokkende gebeurtenissen onvoldoende bekend is. Vanuit de certificeringeisen voor interne Arbo-diensten zijn verbeterpunten geconstateerd voor de uitvoering van de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E). Voor al deze verbeterpunten heeft de afdeling Arbo en Milieu in 2007 verbeterplannen gemaakt. Dit heeft geresulteerd in:

- de Richtlijn Agressie. In 2007 is de afdeling Spoedeisende Hulp aan de slag gegaan met deze nieuwe richtlijn. De verdere implementatie van de richtlijn gebeurt in 2008.
- aanpak en beleid Fysieke belasting en ergonomie. Er is een inventarisatie gemaakt van het aantal bedden en douchestoelen. Op basis daarvan is voor alle verpleegafdelingen in kaart gebracht wat de Isala klinieken ten aanzien van elektrische hoog/laag bedden en elektrische hoog/laag douchestoelen minimaal in huis dienen te hebben om te voldoen aan de landelijke normen. De Raad van Bestuur heeft akkoord gegeven op de noodzakelijk geachte aanschaf van hoog/laag douchestoelen. Vanaf september 2008 zullen 260 elektrische hoog/laag bedden in de Isala klinieken aanwezig zijn. Verder is de training voor ergocoaches van start gegaan. Zo is een begin gemaakt met het structureel inbedden van aandacht voor fysieke belasting op de afdelingen;
- de aanpak cytostatica en narcosegassen is geoptimaliseerd;
- in 2007 is een update gemaakt van het Beleid opvang schokkende gebeurtenissen;
- uitvoering en toetsing RI&E is in 2007 geactualiseerd.

- aanpak griepvaccinatie gewijzigd qua doelstelling en opzet.

De doelstelling van het griepvaccinatieprogramma is verschoven naar het beschermen van kwetsbare patiënten. Daarvoor is een vaccinatiegraad van 50% bij de Isala-medewerkers noodzakelijk. De aanpak van de campagne is daar ook op aangepast. Tevens zijn er voor medewerkers veel meer mogelijkheden gecreëerd om op de eigen afdeling een griepspuit te laten zetten. In 2007 heeft een stijging van de vaccinatiegraad plaatsgevonden naar 16%. Hiermee is de doelstelling (nog) niet gehaald.

4.5.1.2 Verloop personeel

Verloop personeel	aantal personeels-leden	aantal fte
instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	360	299
uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	640	345

Personeelsformatie	percentage
verzuim totaal personeel in loondienst, exclusief zwangerschap	5,17

Vacatures	totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar
totaal personeel	135

4.5.2 Kwaliteit van het werk

De Isala klinieken voeren periodiek een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uit. In het eerste kwartaal van 2005 is het MTO voor de tweede keer in de Isala klinieken uitgevoerd. Dit in navolging op het landelijke onderzoek in 2001 'Personeel in Beeld'. In de jaarplannen is vervolg gegeven aan de uitkom-

sten van het onderzoek. De zorggroep Ouder & Kind bijvoorbeeld heeft hierbij gekozen voor de praktische methodiek 'De zeven bronnen van arbeidsvreugde'. Deze methodiek is gericht op werken met plezier en goed presteren. Het streven is in 2008 opnieuw een MTO uit te voeren.

4.6 SAMENLEVING

De Isala klinieken zoeken met verschillende projecten aansluiting bij de samenleving. Zo getuigen zij van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

4.6.1 Isala Wereldbreed

Isala Wereldbreed is opgericht om projecten op het gebied van gezondheidszorg in tweede- en derdewereldlanden financieel te ondersteunen. Het gaat om projecten, waarbij medewerkers en/of medisch specialisten van de Isala klinieken persoonlijk betrokken zijn. Het fonds bestaat sinds 2001 en heeft inmiddels aan tal van projecten een financiële bijdrage geleverd. Het bieden van ondersteuning is mogelijk dankzij vele honderden Isalanders die maandelijks van hun salaris een halve euro afstaan. Isala-medewerkers en medisch specialisten die zelf donateur zijn van Isala Wereldbreed kunnen financiële steun aanvragen voor een project op het gebied van gezondheidszorg in een tweede- of derdewereldland. Voorwaarde is dat zij op de een of andere manier persoonlijk bij dit project betrokken zijn en dat het om een bonafide organisatie gaat. Het is een pre als ook andere sponsors het project steunen. Afgeschreven apparatuur wordt in dit kader 'om niet' verstrekt aan diverse nationale en internationale instellingen.

4.6.1.1 Voorbeelden van projecten in 2007

Ziekenhuis in Ghana

Een Isala-team, bestaande uit de orthopedisch chirurgen Adriaan Mostert en Niek Tulp, anesthesioloog Sorab Pourahmad, anesthesieassistent Marc Companjen

en de operatieassistenten Frits de Boer en Cor Wellenberg, heeft twee weken operaties uitgevoerd in een ziekenhuis in Ghana. Dit project wordt gesteund door acht Nederlandse Ziekenhuizen, onder de naam 'Care to Move'. Isala Wereldbreed heeft het team van de benodigde operatiekamermaterialen voorzien.

Rijdende oogkliniek voor Senegal

Isala Wereldbreed heeft € 3.000 gegeven aan de stichting de Babobab die in Zuid-Senegal een mobiele oogkliniek laat rijden. De gezondheidswerkers die de kliniek bemensen, behandelen oogaandoeningen en geven voorlichting over het voorkomen daarvan. Het gebied waarin de kliniek zorg verleent, telt ongeveer 250.000 inwoners. De financiële steun is aangevraagd door Hilde van den Hof, in de Isala klinieken werkzaam als arts-assistent Neurologie.

Aids-klinieken in Zuid-Afrika

In Zuid-Afrika is Aids een onvoorstelbaar groot probleem. Isala Wereldbreed heeft in de loop van 2007 twee aanvragen gekregen voor ondersteuning van Aids-klinieken die hulp ontvangen vanuit kerken in Zwolle. Bij deze projecten zijn ook Isala-medewerkers persoonlijk betrokken. Zij maken deel uit van groepen hulpverleners die ter plaatse de handen uit de mouwen steken. Voor zo'n project heeft Dini Bos € 2.500 ontvangen van Isala Wereldbreed. Voor dit bedrag wordt een hospice voor Aids-patiënten in de buurt van Pretoria een jaar lang van handschoenen en incontinentiemateriaal voorzien. Eenzelfde bedrag is overgemaakt voor een Aids-kliniek in Elandskop, een project waarvoor Roelienke de Lange steun heeft aangevraagd.

4.6.2 Inzet van vrijwilligers

Bij de Isala klinieken en Isala Ouderenzorg werken veel vrijwilligers. Hun werk heeft grote waarde voor patiënten en bewoners. Deze kunnen dankzij de inzet van vrijwilligers het 'ziek zijn' even achter zich laten, hun verhaal aan iemand vertellen of tijd besteden aan hobby's of uitstapjes. Gemiddeld zijn in 2007

ongeveer 550 vrijwilligers in actie geweest binnen de Isala klinieken.

Er zijn binnen de Isala klinieken twee groepen vrijwilligers actief:

- Isala-vrijwilligers; deze vrijwilligers werken op een ziekenhuislocatie of op een vaste afdeling van Isala Ouderenzorg. Zij helpen mensen bijvoorbeeld bij het uitoefenen van hobby's, gaan met hen naar de film en organiseren activiteiten. Ook hebben zij de rol van gastheren/gastvrouwen wanneer patiënten of bewoners in de Isala klinieken komen. Vaak vormen ze de brug tussen patiënten/bewoners en de maatschappij. Zij hebben een wezenlijke sociale functie die de professionele zorg aanvult.
- UVV-vrijwilligers; deze vrijwilligers zijn niet direct verbonden aan de Isala klinieken, maar aan de UVV (Landelijke Unie van Vrijwilligers). De UVV heeft ook vrijwilligers in andere organisaties.

Zij helpen op de kinderafdeling (speelkamer), bij patiëntenregistratie, op de röntgenafdeling en op diverse verpleegafdelingen. Ze gaan bijvoorbeeld ook met de boekenwagen langs de patiënten op de verpleegafdelingen.

4.6.3 Patiëntenvoorlichting

In 2007 zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd voor patiënten en potentiële patiënten, familieleden en andere betrokkenen om voorlichting te geven over diverse thema's. De Isala klinieken werken hierbij soms samen met andere organisaties, zoals patiëntenverenigingen. Aan de orde zijn gekomen:

- uiterlijke verzorging van mensen met kanker;
- bevallen in het ziekenhuis: voor zwangere vrouwen en hun partner die in het ziekenhuis gaan bevallen;
- een beroerte;
- leven met borstkanker;
- laser- en of lensimplantatie;
- nierziekten en dialyse;
- Spina Bifida.

Tevens heeft de Fertiliteitsafdeling een bijeenkomst georganiseerd en is er een COPD-dag georganiseerd.

4.7 FINANCIËEL BELEID

4.7.1 Financiële ontwikkelingen

In 2007 is een positief exploitatieresultaat gerealiseerd (€ 4,3 miljoen). Vergeleken met de begroting 2007 is het gerealiseerde exploitatieresultaat fors lager (€ 4,5 miljoen). Belangrijkste oorzaken zijn het niet vergoed krijgen van een deel van de gerealiseerde productie, de fors hogere meerkosten die samenhangen met de geleverde meerproductie in 2007, de efficiëntiekorting door de overheid, versnelde afschrijvingen op vastgoed in verband met voorgenomen nieuwbouw en versnelde afschrijving van immateriële vaste activa.

De hogere meerkosten ten opzichte van de meerproductie 2007 zitten vooral in personeelskosten en patiëntgebonden kosten (geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen).

Het werkkapitaal volgens de definitie van de NZA (exclusief schulden aan kredietinstellingen) is gedaald ten opzichte van het werkkapitaal van 2006. De omvang van het werkkapitaal wordt veroorzaakt door het financieringsoverschot van € 138 miljoen dat over 2007 is ontstaan. Dit financieringsoverschot zal in 2008 terugbetaald worden aan de zorgverzekeraars op basis van de marktaandeelverdeling van het CVZ. Het eigen vermogen is in 2007 door het positieve ex-

ploitatieresultaat met € 4,3 miljoen toegenomen. Dit zorgt in 2007 niet voor een hogere solvabiliteit vergeleken met 2006 (zie ratio's), omdat de boekwaarde van de niet-WZV-investeringen in 2007 fors toegenomen is in vergelijking met 2006.

Vanaf 2002 zijn de balanstotalen in dalende lijn. In 2006 is het balanstotaal aanmerkelijk gestegen door het ontstane financieringsoverschot en de daarbij horende positieve bankstanden, hetgeen zich in 2007 heeft voortgezet. Tevens is in 2007 verder geïnvesteerd in nieuwbouw van het ziekenhuis en nieuwbouw van het verzorgingshuis, aankoop en verbouwing locatie Dr. Spanjaardweg, nieuwbouw van een parkeergarage, nieuwbouw assemblagekeuken en inventarissen (€ 18,1 miljoen).

Het item onderhanden werk heeft betrekking op nog niet afgewikkelde investeringsprojecten.

De current ratio is licht gedaald ten opzichte van ultimo 2006. De current ratio is het quotiënt van de vlottende activa en de vlottende passiva en is een maatstaf voor liquiditeit. De kasstroom is neutraal in 2007. De grote afwijking ten opzichte van 2006 is het gevolg van het opgebouwde financieringsoverschot in 2006. In 2007 is de opbouw hiervan van gelijke omvang als de terugbetaling over 2006.

Tabel: Overzicht balans

Balans	2007	2006	2005	2004	2003
Vaste activa	157,4	148,5	124,7	122,1	135,0
Werkkapitaal NZA	-129,5	-120,0	19,8	27,4	27,8
Nettowerkkapitaal	-49,2	-39,0	-10,5	-10,5	-44,0
Investeringen	37,3	41,8	19,1	3,0	3,8
Onderhanden werk activa	52,7	45,3	16,9	10,3	11,2
Kort krediet	-80,3	-81,0	30,2	37,9	71,8
Lang krediet	80,6	85,5	92,3	95,2	81,7
Eigen vermogen	25,0	20,6	17,9	14,4	7,3
Balanstotaal	368,9	371,8	196,6	201,7	219,4

Bedragen in miljoenen euro's

Tabel: Overzicht ratio's

Ratio's	2007	2006	2005	2004	2003
Current ratio	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7
Cash flow	-0,8	111,2	7,7	34,1	16,6
Eigen vermogen/balanstotaal ratio	6,8%	6,3%	9,0%	7,1%	3,3%
Lasten/baten ratio	98,9%	99,2%	98,9%	97,7%	98,0%
Winstmarge	1,1%	0,8%	1,1%	2,3%	2,0%
Goedgekeurd DBC's (in jaar)	318.825	285.434	252.890		
Openstaande DBC's (cumulatief)	33.748	47.535	78.792		
Aantal DBC's > 1 jaar open (cumulatief)	513	611	2.219		
Uitgevallen DBC's (cumulatief)	12.296	25.579	32.362		
Gem. omlooptijd OHW afgesloten DBC's	94	96	108		
Gem. omlooptijd OHW open DBC's	228	212	127		
Gemiddelde omlooptijd debiteuren	41	73	71	88	98
Gemiddelde omlooptijd crediteuren	37	37	39	42	58
Gemiddelde salariskosten	38.030	36.860	35.558	30.865	30.200
Gemiddelde personeelskosten	48.387	47.450	46.469		
Gemiddeld aantal FTE	4.112	4.163	4.118	4.116	4.175
Rentabiliteit totaal vermogen	1,0%	2,6%	4,4%	6,3%	5,8%
Solvabiliteit conform Wfz	4,7%	4,9%	5,0%	4,4%	1,9%

Het opgebouwde financieringsoverschot heeft geleid tot een (tijdelijk) liquiditeitsoverschot. Het financieringsoverschot dat in 2006 was opgebouwd is in 2007 terugbetaald aan de zorgverzekeraars conform het door het CVZ vastgestelde marktaandeel van de zorgverzekeraars in 2006. Hier tegenover staat de opbouw van het financieringsoverschot in 2007, waardoor ook ultimo 2007 een liquiditeitsoverschot bestaat.

De prognose voor 2008 is dat de verwachte terugbetaling van het financieringsoverschot en de voorfinanciering van de nieuwbouw van het ziekenhuis binnen de huidige kredietlimiet zullen vallen.

De winstmarge is de verhouding tussen de bruto-winst en de omzet. Deze is in 2007 met 0,3% gestegen tot 1,1% vergeleken met 2006. De rentabiliteit is een indicator voor de winstgevendheid van de stichting en het gemiddeld eigen vermogen. De rentabiliteit van het totale vermogen is met 1,6% gedaald tot 1,0%.

De daling is het gevolg van een sterk stijgend balans-totaal in 2006 en 2007.

4.7.2 Investerings

In 2007 is € 37,3 miljoen geïnvesteerd in materiële vaste activa. In totaliteit is eind 2007 € 52,7 miljoen onderhanden. Het merendeel van de nog onderhanden projecten heeft betrekking op planontwikkeling voor de nieuwbouw van het ziekenhuis op locatie Sophia (€ 22,5 miljoen), nieuwbouw van locatie Nieuwe Haven (€ 12,5 miljoen), nieuwbouw van de assemblage-keuken (€ 3,2 miljoen) en verbouw van een deel van locatie Dr. Spanjaardweg (€ 3,4 miljoen). Verder houdt € 12,3 miljoen verband met inventarissen.

Belangrijke projecten die in 2007 definitief zijn afgerond, zijn de verbouw van het grootste deel van locatie Dr. Spanjaardweg, het merendeel van het verhuisplan om specialismen te concentreren op één locatie en de inrichting van La Gourmande.

Daarnaast hebben de Isala klinieken activa overgenomen, welke voorheen via een leaseconstructie werden gehuurd. Deze leaseconstructie staat landelijk

ter discussie. De Isala klinieken hebben definitieve afspraken gemaakt met de belastingdienst om de fiscale consequenties van deze leaseconstructie definitief af te wikkelen.

4.7.3 Resultaatanalyse

De geconsolideerde resultatenrekening 2007 sluit met een voordelig saldo van € 4,3 miljoen (tegenover € 2,8 miljoen voordelig in 2006).

Ten opzichte van 2006 is het extern budget van het ziekenhuis gestegen met € 2,2 miljoen en het extern budget van Isala Ouderenzorg met € 1,8 miljoen. De voornaamste oorzaak van de toename is een verhoogde vergoeding voor kapitaalslasten in verband met het versneld afwaarderen van de gebouwen op locatie Sophia. Daarnaast is er sprake van hogere productie dan in 2006. Ten opzichte van 2006 is het wettelijk budget verlaagd met de vergoeding voor opleidingsplaatsen. Deze vergoeding in het wettelijk budget is vervangen door een subsidie voor opleidingsplaatsen, die onder de overige bedrijfsopbrengsten is verantwoord. De opbrengsten uit het B-segment zijn € 3,2 miljoen hoger dan in 2006. Deze stijging hangt samen met tariefsstijgingen, met het terugbrengen van openstaand uitval en het verkorten van de doorlooptijd van DBC's.

De personele lasten zijn ten opzichte van 2006 met € 1,0 miljoen toegenomen. De post wordt positief beïnvloed door mutaties op de voorziening vakantie-

uren, de voorziening loondoorbetaling bij ziekte en door mutaties op de voorzieningen van herplaatsbaren/mobiliteit.

De post 'personeel niet in loondienst (PNIL)' is in 2007 met € 1,8 miljoen gedaald. De sociale lasten zijn ten opzichte van 2006 met € 0,5 miljoen gestegen.

De totale gemiddelde salariskosten (exclusief sociale lasten) zijn gestegen van € 36.800 in 2006 naar € 38.030 in 2007. De stijging van het bruto salaris met 3,0% is voor 1,4% veroorzaakt door de CAO-stijging per 1 april 2007.

De gemiddelde personeelsbezetting (formatie exclusief personeel niet in loondienst, doorberekeningen et cetera) is gedaald van 4.163 in 2006 naar 4.112 in 2007. De formatie is in 2007 gedaald met 51 formatieplaatsen (fte). In het eerste kwartaal van 2007 heeft de Raad van Bestuur een formatiereductie afgekondigd van 250 fte. Daarnaast dienden de kosten voor uitzendkrachten en interim personeel gereduceerd te worden tot begrotingsniveau. Deze maatregelen hebben geleid tot een daling van formatie, daling van de kosten personeel niet in loondienst en additionele opbrengsten. De formatiereductie zal voor een deel gerealiseerd worden in 2008 en 2009, voornamelijk door digitalisering van werkzaamheden.

De overige bedrijfskosten stijgen met € 13,0 miljoen. De toename van de overige bedrijfskosten heeft voor € 6,6 miljoen betrekking op patiëntgebonden kosten.

Tabel: Resultaten

Resultaten	2007	2006	2005	2004	2003
Baten	352,9	331,7	316,7	308,3	302,5
Lasten	348,6	328,9	313,2	301,1	296,4
Resultaat voor winstverdeling	4,3	2,8	3,5	7,2	6,1
Resultaat voor afschrijving rente	31,7	24,2	25,2	29,4	28,6
- Afschrijving	27,8	17,5	16,5	16,1	15,0
- Rentekosten	-0,4	4,0	5,2	6,1	7,5
Renteresultaat	2,6	-0,1	1,1	1,3	0,5

Bedragen in miljoenen euro's

Deels hangt deze stijging samen met meerproductie, bijvoorbeeld door de kosten van implantaten en prothesen die in 2007 € 3,0 miljoen hoger zijn dan in het voorgaande jaar. Hiervan heeft € 2,0 miljoen betrekking op ICD's en € 0,6 miljoen op wervelimplantaten. Daarnaast waren met name de lasten voor geneesmiddelen € 1,4 miljoen hoger dan in 2006. De algemene kosten laten ten opzichte van 2006 een stijging zien van € 8,9 miljoen, waarvan € 7,3 miljoen betrekking heeft op het verwerken van een reservering voor een in het wettelijk budget opgenomen vergoeding voor kapitaalslasten.

De afschrijvingskosten stijgen met € 10,3 miljoen. Belangrijke verklaring voor deze stijging is het versneld afschrijven van het bestaande vastgoed op locatie Sophia, in verband met de voorgenomen nieuwbouw (€ 6,0 miljoen). Daarnaast zijn de immateriële vaste activa, als gevolg van gewijzigde jaarverslaggevings-

regelgeving, versneld afgewaardeerd (€ 1,4 miljoen).

In 2007 geven de financiële baten en lasten per saldo een voordeel van € 0,4 miljoen. Dit hangt samen met de positieve stand van de rekening courant gedurende 2007, veroorzaakt door een financieringsoverschot. Hierdoor zijn minder rentekosten gemaakt. Het behaalde renteresultaat (saldo van werkelijke rentekosten en rentevergoeding in het wettelijk budget) is € 2,6 miljoen. Dit wordt veroorzaakt door enerzijds een renteopbrengst in rekening courant en anderzijds door rentevergoeding in het wettelijk budget. Van deze rentevergoeding heeft € 1,1 miljoen betrekking op voorgaande jaren.

Een aantal incidentele posten beïnvloedt het resultaat. Het volgende kader geeft een overzicht van het genormaliseerd resultaat:

Overzicht resultaat uit normale bedrijfsvoering		in miljoenen euro's
Voordeling exploitatieresultaat 2007		4,3
Af: incidentele voordelige beïnvloedingen		
- additionele opbrengst B-segment, i.v.m. eenmalige actie ter verkorting doorlooptijd en afhandelen uitval	2,1	
- baten met betrekking tot voorgaand jaar, mn. rente en nagekomen productie	2,6	
		4,7
Bij: incidentele nadelige beïnvloedingen		
- versnelde afschrijving locatie Sophia in verband met voorgenomen nieuwbouw	6,0	
- versnelde afschrijving immateriële vaste activa i.v.m. wijziging jaarverslaggevingsregelgeving	1,4	
- overige	0,7	
		8,1
Resultaat uit normale bedrijfsvoering, inclusief Isala Ouderenzorg		7,8
Resultaat Isala Ouderenzorg		-1,0
Resultaat uit normale bedrijfsuitoefening, exclusief Isala Ouderenzorg		8,8

De Isala klinieken
zijn voorloper op
het gebied van
patiëntveiligheid



5. Jaarrekening

5.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2007

	31 december 2007	31 december 2006
Activa		
<i>Vaste activa</i>		
5.5.1 Immateriële vaste activa	67.166	1.523.057
5.5.2 Materiële vaste activa	157.076.047	146.777.520
5.5.3 Financiële vaste activa	229.707	212.284
Totaal vaste activa	<u>157.372.920</u>	<u>148.512.861</u>
<i>Vlottende activa</i>		
5.5.4 Voorraden	5.601.249	5.897.868
5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	26.034.590	47.523.651
5.5.6 Vorderingen en overlopende activa	99.595.924	88.817.283
5.5.7 Vorderingen uit hoofde van financierings-tekort		
5.5.8 Liquide middelen	80.260.752	81.041.182
Totaal vlottende activa	<u>211.492.516</u>	<u>223.279.984</u>
Totaal activa	<u>368.865.436</u>	<u>371.792.845</u>
Passiva		
5.5.9 Eigen vermogen		
Kapitaal	91	91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	22.516.973	17.139.061
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	3.475.668
Algemene reserve	-1.038.966	0
Totaal eigen vermogen	<u>24.953.766</u>	<u>20.614.820</u>
5.5.10 Egalisatierekening afschrijvingen	655.579	476.721
5.5.11 Voorzieningen	2.413.765	2.923.846
5.5.12 Langlopende schulden	68.437.661	74.732.014
5.5.7 Schulden uit hoofde van financierings-overschot	133.896.339	147.252.454
5.5.13 Kortlopende schulden en overlopende passiva	<u>138.508.327</u>	<u>125.792.991</u>
Totaal passiva	<u>368.865.436</u>	<u>371.792.845</u>

5.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2007

	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
5.9.4 Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	295.222.582	291.219.612
5.9.5 DBC opbrengsten B-segment	23.269.261	20.026.065
5.9.6 Niet gebudgetteerde zorgprestaties	3.987.356	3.508.951
5.9.7 Overige bedrijfsopbrengsten	30.404.560	16.941.040
Som der bedrijfsopbrengsten	<u>352.883.760</u>	<u>331.695.668</u>
Bedrijfslasten		
5.9.8 Personeelskosten	198.572.971	197.534.654
5.9.9 Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	27.774.838	17.516.888
5.9.10 Overige bedrijfskosten	122.587.172	109.920.731
Som der bedrijfslasten	<u>348.934.981</u>	<u>324.972.273</u>
Bedrijfsresultaat	3.948.779	6.723.395
5.9.11 Financiële baten en lasten	<u>422.543</u>	<u>-3.968.639</u>
Resultaat boekjaar voor belasting	<u>4.371.322</u>	<u>2.754.756</u>
Vennootschapsbelasting	-32.376	-12.912
Resultaat boekjaar na belasting	<u>4.338.946</u>	<u>2.741.844</u>

5.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	2007	2006
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	A 4.338.946	2.754.756
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	27.225.541	17.973.561
- mutaties bestemmingsreserves	3.348.293	-109.046
- mutaties egaliseringsreserves	178.858	-837.728
- mutaties voorzieningen	-510.081	110.004
	B <u>30.242.611</u>	<u>17.136.790</u>
Veranderingen werkkapitaal:		
- voorraden	-296.619	2.379.389
- onderhanden werk DBC's	-21.489.061	0
- vorderingen	15.467.552	21.813.168
- nog in tarieven te verrekenen	13.356.116	-148.002.334
- kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	-5.485.098	-15.982.662
	C <u>1.552.890</u>	<u>-139.792.438</u>
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	D=A+B-C 33.028.667	159.683.984
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
- investeringen in materiële vaste activa	36.103.592	41.852.855
- desinvesteringen materiële vaste activa	-13.007.993	-20.800
- investeringen in immateriële vaste activa	0	0
- desinvesteringen in immateriële vaste activa	0	0
- waardeverminderingen	1.381.681	0
- investeringen in deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	17.423	40.113
- mutatie leningen u/g	0	-68.151
- overige investeringen in financiële activa	-24.821	0
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	E <u>24.469.881</u>	<u>41.804.017</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	9.000.000	26.656.225
Aflossingen langlopende leningen	-15.294.353	-33.434.950
Overige mutaties eigen vermogen	-3.044.863	109.045
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	F <u>-9.339.216</u>	<u>-6.669.680</u>
Mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	G=D-E+F -780.430	111.210.288
Mutatie Liquide middelen	-782.265	80.985.356
Af: Mutatie Schulden aan kredietinstellingen	1.835	30.224.932
	<u>-780.430</u>	<u>111.210.288</u>

5.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAAT-BEPALING

5.4.1 Algemeen

Doel Stichting Holding Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het voeren van het bestuur over en/of deelnemen aan instellingen casu quo rechtspersonen van gezondheidszorg en instellingen casu quo rechtspersonen die gezondheidszorg (-organisatie) ondersteunende diensten leveren, een en ander in de ruimste zin van het woord, in het bijzonder onder meer:

- de stichting: Stichting Isala klinieken, statutair gevestigd in de gemeente Zwolle;
- de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid: Isala BV, statutair gevestigd te Zwolle.

De stichting heeft tevens ten doel: het (doen) ontwikkelen, beheren, instandhouden en het bewaken van de kwaliteit, welke verbonden is aan het merk 'Isala'.

Doel Stichting Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het onderzoek, de behandeling, de verpleging en de verzorging van zieken, gehandicapten en ouderen, zowel intra- als extramuraal, alsmede het verschaffen van huisvesting voor ouderen met bijbehorende voorzieningen, en voorts al hetgeen met het voorgaande verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin des woords.

Doel Isala BV

Artikel 2 van de statuten

De vennootschap heeft ten doel:

- het deelnemen in en het besturen van rechtspersonen waarmee de Stichting Holding Isala klinieken, statutair gevestigd te Zwolle, in een groep is verbonden;
- het verkrijgen, verwerven in genot, vervreemden, huren, verhuren, vervaardigen, administreren, financieren, beheren, exploiteren en bezwaren van goederen;

- het al dan niet tezamen met anderen deelnemen in en het besturen van andere rechtspersonen, instellingen en ondernemingen;
- het voorzien in de behoefte aan financieringsmiddelen van rechtspersonen waarmee de vennootschap in een groep is verbonden en van anderen;
- het verlenen van managementdiensten en het aangaan van managementovereenkomsten;
- het sluiten van overeenkomsten waarbij de vennootschap zich als borg of hoofdelijk medeschuldenaar verbindt, zich voor een derde sterk maakt of zich tot zekerheidstelling voor een schuld van een ander verbindt;
- het verrichten van alle andere daden op financieel, commercieel, economisch en administratief gebied;
- het verrichten van alle handelingen, welke in de ruimste zin verband kunnen houden met of bevorderlijk kunnen zijn voor een van de hiervoor omschreven doeleinden.

Groepsverhoudingen

Onder de groep - Stichting Holding Isala klinieken - vallen de volgende rechtspersonen:

Naam	zetel	belang
• Stichting Isala klinieken	Zwolle	zeggenschap
- Isala Vastgoed BV	Zwolle	100%
- Leefstijl Trainings Centrum NV	Dalfsen	25%
• Isala BV	Zwolle	100%
- Isala Onroerend Goed BV	Zwolle	100%
- Isala Business BV	Zwolle	100%
- Isala La Gourmande BV	Zwolle	100%
- IC2it BV	Zwolle	100%
- Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV	Zwolle	100%
- Dermatologisch centrum Isala BV	Zwolle	100%

Leefstijl Trainings Centrum NV te Dalfsen, waarin Stichting Isala klinieken een kapitaalsbelang van 25% heeft, is niet geconsolideerd en is gewaardeerd tegen nettovermogenswaarde.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van Titel 9 Boek 2 BW (met uitzondering van afdeling 1, 11 en 12), de Regeling verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Wijziging bekostiging kapitaallasten en aanpassing Regeling verslaggeving WTZi en Richtlijn 655 Zorginstellingen

Met de brieven van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 13 juni 2007 (kenmerk CZ/TSZ/2771129) en 9 juli 2007 (kenmerk MC-U-2783995) en de wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi van 13 december 2007 zijn belangrijke wijzigingen in de regelgeving rondom zorgvastgoed en de bekostiging van vaste activa aangekondigd. Per 1 januari 2008 is het bouwregime voor ziekenhuizen afgeschaft; hierdoor ontstaat meer vrijheid in bouwen, maar tevens zal de garantie van het Ministerie van VWS op de vergoeding van afschrijvingen en rentelasten vervallen, naar verwachting met ingang van boekjaar 2009. Het risico van de dekking van kapitaallasten van het vastgoed ligt daardoor geheel bij de zorginstellingen.

Richtlijn 655 Zorginstellingen is begin 2008 en met ingang van boekjaar 2007 aangepast aan het vervallen van het bouwregime en de voorgenomen wijzigingen in de bekostiging van de kapitaallasten van het vastgoed per 1 januari 2009.

Door de wijziging van de bekostigingssystematiek komt een einde aan verwerking en waardering van vaste activa (met name vastgoed) op grond van de bekostigingsvoorschriften. De verwerking en waardering van vaste activa zal in de toekomst volledig volgens de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving plaatsvinden. Voor de jaarrekening 2007 zijn voor de immateriële en materiële vaste activa in alinea 309 tot en met 315 van richtlijn 655 de effecten opgenomen.

Immateriële vaste activa

Onder de immateriële vaste activa kunnen tot en met 2006 posten zijn opgenomen die door het vervallen van de integrale vergoeding voor afschrijvingslasten niet langer voor verwerking in de balans in aanmerking komen. Voor zover in 2008 of latere jaren nog specifieke vergoedingen worden ontvangen, zijn deze eind 2007 als vordering opgenomen onder de immateriële vaste activa.

Posten als bouwrente, plankosten en enkele overige posten zijn toegevoegd aan de materiële vaste activa, voor zover zij hiervoor in aanmerking komen. Posten die niet langer voor activering in aanmerking komen - met een boekwaarde van € 1.381.681 - zijn als bijzondere post ten laste van de resultatenrekening 2007 gebracht.

Materiële vaste activa

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan worden aangemerkt als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een bijzondere waardevermindering overeenkomstig hoofdstuk 121 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa. Door de onzekerheid over de toekomstige bekostigingssystematiek is het nog niet mogelijk om vast te stellen of sprake is van een bijzondere waardevermindering ultimo 2007.

Vanwege de landelijke onzekerheden over de hoogte van de toekomstige opbrengsten en het ontbreken van een uniform kader van ervaringsnormen voor bijvoorbeeld een bedrijfswaardeberekening is, overeenkomstig richtlijn 655 Zorginstellingen, de boekwaarde van de materiële vaste activa per 31 december 2007 ongewijzigd. De werkelijke waarde is echter niet eenduidig te bepalen en kan van de boekwaarde afwijken. In samenhang met het niet aanpassen van de boekwaarde van de (instandhoudings)investeringen, is ook de

waardering van de egalisatierekening afschrijving instandhouding per 31 december 2007 niet aangepast.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van het voorgaande jaar. Waar nodig zijn de cijfers van voorgaande jaren aangepast voor vergelijkingsdoeleinden.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening zijn tevens opgenomen de stichtingen en vennootschappen die tot de groep behoren behalve het Leefstijl Trainings Centrum NV.

Verbonden rechtspersonen

Isala Onroerend Goed BV exploiteert niet WTZi-gefinancierd onroerend goed en verhuurt dit aan Stichting Isala klinieken (kantoorgebouw Dr. Spanjaardweg), Isala La Gourmande BV (productiekeuken), Dermatologisch centrum Isala BV (polikliniek Dr. Spanjaardweg) en aan derden. Vanaf januari 2008 vindt ook verhuur plaats aan IC2it BV (kantoorgebouw Dr. Spanjaardweg).

Isala La Gourmande BV exploiteert een assemblagekeuken en levert geportioneerde en bulkmaaltijden aan Stichting Isala klinieken en aan andere institutionele instellingen.

Dermatologisch centrum Isala BV verleent alle soorten dermatologische zorg aan patiënten. Vanuit Stichting Isala klinieken neemt het centrum diensten af, met name op het gebied van de medisch ondersteunende sector (diagnostisch onderzoek).

IC2it BV is opgericht op 27 december 2007 en houdt zich bezig met de implementatie en het beheer van software, hardware en andere ICT-voorzieningen binnen het ziekenhuis maar ook daarbuiten. De activiteiten van IC2it BV, die tot en met 31 december 2007 binnen Stichting Isala klinieken waren ondergebracht, zijn per 1 januari 2008 overgedragen.

Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

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

5.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs.

Immateriële en materiële vaste activa

De immateriële en materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van lineaire jaarlijkse afschrijvingen. WTZi-vergunningsplichtige vaste activa worden gewaardeerd tegen de laagste van de verkrijgings- of vervaardigingsprijs en het goedgekeurde investeringsbedrag.

Voor WTZi-vergunnings- en meldingsplichtige vaste activa en WTG-gefinancierde vaste activa waarvoor in de bekostigingssystematiek geen substitutievrijheid bestaat binnen het verkregen budget, is de afschrijvingsperiode gelijk aan de in de bekostigingssystematiek voorgeschreven afschrijvingstermijnen.

Voor die vaste activa waarvoor binnen de bekostigingssystematiek of de verkregen subsidie substitutievrijheid bestaat, zijn de afschrijvingstermijnen gebaseerd op de economische levensduur.

Financiële vaste activa

Deelnemingen in groepsmaatschappijen en overige deelnemingen waarin invloed van betekenis kan worden uitgeoefend worden gewaardeerd volgens de nettovermogenswaardemethode. Invloed van betekenis wordt in ieder geval verondersteld aanwezig te zijn bij het kunnen uitoefenen van 20% of meer van de stemrechten. De nettovermogens-

waarde wordt berekend volgens de waarderingsgrondslagen van de desbetreffende deelneming. Indien de waardering van een deelneming volgens de nettovermogenswaarde negatief is, wordt deze op nihil gewaardeerd.

Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs danwel de lagere marktwaarde. De verkrijgingsprijs wordt voor de magazijnvoorraden bepaald op basis van de gemiddelde historische inkoopprijs en voor de overige voorraden op basis van de laatst bekende inkoopprijs.

Onderhanden werk DBC's

Het onderhanden werk heeft betrekking op openstaande DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). Het onderhanden werk wordt bepaald door de som van de uitgevoerde verrichtingen te waarderen tegen kostprijs voor zover deze niet hoger ligt dan het DBC-tarief voor het A-segment of de uiteindelijke verkoopprijs voor het B-segment. Zevende verrichtingen worden op basis van het voorzichtigheidsbeginsel niet gewaardeerd omdat er onzekerheid bestaat of er een bijpassende DBC is die tot een opbrengst leidt. Het onderhanden werk van specialisten niet in loondienst is bepaald in de verhouding van het ziekenhuisbudget en de lumpsum. Ontvangen voorschotten van verzekeraars zijn met ingang van 1 januari 2007 gerubriceerd onder de kortlopende schulden.

Voor de afgesloten en foutief gevalideerde DBC's is, op basis van de einddatum, een voorziening opgenomen afhankelijk van de ouderdom. Voor de openstaande DBC's is voorzichtigheidshalve een voorziening opgenomen van 4,5%.

Vorderingen

Vorderingen worden gewaardeerd tegen nominale waarde, rekening houdend met een voorziening wegens oninbaarheid. De hoogte van de voorziening is

zowel afhankelijk van de categorie debiteur alsmede van de ouderdom van de vorderingen. Er wordt daarbij gewerkt met staffelpercentages per categorie debiteur. Vorderingen worden 100% voorzien m.b.t.:

- zorgverzekeraars indien vordering meer dan 2 jaar is vervallen;
- patiënten en algemene debiteuren indien vordering meer dan 1 jaar is vervallen;
- maatschappen indien vordering meer dan 180 dagen is vervallen.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden.

Egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen

De toevoegingen en onttrekkingen aan de egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen zijn gebaseerd op de geldende richtlijnen van het NZA. Het verschil tussen de in het budget opgenomen vergoeding voor afschrijvingslasten en de werkelijke afschrijvingskosten is in 2007 gedoteerd aan de egalisatierekening afschrijvingen.

Voorzieningen

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

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

Belastingen

De besloten vennootschappen zijn belastingplichtig voor de vennootschapsbelasting.

Isala BV vormt een fiscale eenheid voor de vennootschapsbelasting met:

Isala Onroerend Goed BV (vanaf 1 februari 2007);

Isala Business BV (vanaf 1 februari 2007);

Isala La Gourmande BV (vanaf 1 februari 2007);

Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV

(vanaf 27 december 2007);

IC2it BV (vanaf 27 december 2007).

De verschuldigde vennootschapsbelasting door Dermatologisch centrum Isala BV is opgenomen onder de kortlopende schulden.

Voor de fiscale verliezen die zijn ontstaan in de overige vennootschappen en de fiscale eenheid is voorzichtigheidshalve geen actieve belastinglatentie opgenomen.

5.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

Algemeen

Het resultaat wordt bepaald door het verschil tussen de baten en lasten over het verslagjaar, met inachtneming van de hiervoor reeds vermelde waarderingsgrondslagen. De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

Baten en lasten (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

Pensioen

Stichting Isala klinieken heeft voor haar werknemers een toegezegd-pensioenregeling. Medewerkers die hiervoor in aanmerking komen hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds PGGM. Stichting Isala klinieken heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij PGGM, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Stichting Isala klinieken heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde-bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Voor de medewerkers die in dienst zijn van Isala La Gourmande BV geldt dat hun pensioen is ondergebracht bij het pensioenfonds Horeca & Catering. Het betreft een toegezegde bijdrageregeling die als zodanig is verwerkt in de jaarrekening. Voor de medewerkers van Dermatologisch centrum Isala BV geldt de pensioenregeling van PGGM.

5.4.4 Grondslagen van segmentering

In de jaarrekening wordt overeenkomstig de Richtlijn Zorginstellingen een segmentatie van de resultatenrekening gemaakt in de volgende segmenten: Ziekenhuis en Ouderenzorg.

5.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2007

5.5.1 Immateriële vaste activa

	Aanloopkosten	Afkoop-, emissie-, leningskosten	Totaal
1 januari 2007			
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.350.589	94.804	1.445.394
Boekwaarden	1.486.721	36.336	1.523.057
Mutaties			
Investerings			
Desinvesteringen:			
- aanschafwaarde			
- cumulatieve afschrijvingen			
Waardeverminderingen	1.348.623	33.057	1.381.681
Terugneming van waarde- verminderingen			
Afschrijvingen	70.933	3.279	74.211
	1.419.556	36.336	1.455.892
31 december 2007			
Aanschafwaarde	1.488.688	98.083	1.586.771
Cumulatieve afschrijvingen	1.421.522	98.083	1.519.605
Boekwaarden	67.165	0	67.165
Afschrijvingspercentages	2,5	2,5	

In bijlage 5.6 is het gedetailleerd verloopoverzicht immateriële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen.

Als gevolg van de bepalingen in Richtlijn 655 Zorginstellingen voor de immateriële vaste activa ingaand per 1 januari 2007 zijn de immateriële vaste activa afgewaardeerd, aangezien het aanloopkosten nieuwbouw 1988 betreffen. Alleen de afschrijvingskosten die via het wettelijk budget van 2008 vergoed worden, zijn nog geactiveerd. Afwaardering is verwerkt in de resultatenrekening onder de afschrijvingskosten als een separate post.

5.5.2 Materiële vaste activa

	Terreinen en gebouwen	Installaties	Inventarissen	Projecten in uitvoering	Inventaris uit lease	Totaal
Stand per 1 januari 2007						
Aanschafwaarde	124.598.225	37.828.883	55.278.416	51.909.992	10.360.892	279.976.407
Cumulatieve afschrijvingen	70.792.990	26.097.056	29.743.104	6.565.737		133.198.887
Boekwaarden	53.805.235	11.731.827	25.535.312	45.344.256	10.360.892	146.777.520
Mutaties						
Investerings				37.273.526		37.273.526
OHW Geactiveerd	21.366.702	387.675	22.997.837	-34.391.322	-10.360.892	
Desinvesteringen:						
- aanschafwaarde	2.703.964	499.383	64.650			3.267.998
- cumulatieve afschrijvingen	-1.962.754	-291.337	-49.958			-2.304.049
Waardeverminderingen						
Terugneming van waardeverminderingen						
Afschrijvingen	17.340.171	2.252.999	10.868.584	-4.450.703		26.011.051
Subtotaal	3.285.321	-2.073.371	12.114.561	7.332.907	-10.360.892	10.298.527
Stand per 31 december 2007						
Aanschafwaarde	143.260.963	37.717.174	78.211.603	54.792.196		313.981.936
Cumulatieve afschrijvingen	86.170.406	28.058.719	40.561.730	2.115.034		156.905.888
Boekwaarden	57.090.556	9.658.456	37.649.873	52.677.163	0	157.076.047
Afschrijvingspercentages	0/2/2,5/5 10/20	5/6,67 10/20	10/20/33,3			

In bijlage 5-7 is het gedetailleerd verloopoverzicht materiële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen.

Grote investeringen gedurende het verslagjaar hebben plaatsgevonden in verband met de bouw van een parkeergarage (€ 5,4 mln), voorbereidingen voor de nieuwbouw van het ziekenhuis (€ 2,2 mln) en het marktconform en huurdersspecifiek maken van de gebouwen aan de Dr. Spanjaardweg (€ 7,8 mln). Verder is geïnvesteerd in een RIS-PACS voor de afdeling Radiologie (€ 5,5 mln) en werd de nieuwbouw van de Nieuwe Haven gerealiseerd (€ 4,6 mln) alsmede de productiekeuken (€ 2 mln).

De verwachting is dat het nieuwe ziekenhuis in 2013 in gebruik wordt genomen waarbij het gebouw locatie Sophia, inclusief aanwezige installaties, gesloopt zal worden. Dit impliceert dat de gebruiksduur daarmee is gewijzigd. Na bijstelling hiervan zijn inhaalafschrijvingen in 2007 verwerkt van € 6 mln. In deze afschrijvingen zijn de te maken sloopkosten in 2008 van naar verwachting € 5 mln. nog niet begrepen. De jaarlijkse afschrijvingen van de huidige gebouwen zullen jaarlijks afnemen tot en met 2012.

5.5.3 Financiële vaste activa

	Vorderingen samenwerkings- verbanden	Overige deelnemingen	Vorderingen op overige deelnemingen	Langlopende leningen	Overige effecten	Totaal
1 januari 2007		212.284				212.284
Mutaties						
Investerings						
Desinvesteringen						
Afschrijvingen / aflossing						
Waardeverminderingen						
Terugneming van waarde- verminderingen						
Dividend						
Resultaat deelnemingen		17.423				17.423
		17.423				17.423
31 december 2007		229.707				229.707

Onder de overige deelnemingen is het Leefstijl Trainings Centrum N.V. te Dalfsen, waarin Stichting Isala klinieken een kapitaalbelang van 25% heeft, verantwoord tegen nettovermogenswaarde.

Het resultaat ad € 17.423 is verantwoord onder de financiële baten en lasten.

5.5.4 Voorraden

	2007	2006
Magazijnvoorraden	1.735.695	1.616.308
Voorraden op afdelingen	3.865.554	4.281.561
Totaal voorraden	5.601.249	5.897.869

5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

	2007	2006
Onderhanden werk DBC's A-segment	26.252.828	46.432.199
Onderhanden werk DBC's B-segment	2.118.835	5.037.845
Voorziening onderhanden werk A-segment	-2.221.996	-3.358.074
Voorziening onderhanden werk B-segment	-115.077	-588.319
Totaal onderhanden werk	26.034.590	47.523.651

Het onderhanden werk is met € 21,5 mln gedaald ten opzichte van 2006. De daling wordt voornamelijk veroorzaakt door het onderhanden werk A-segment. Het aantal DBC's dat nog niet gefactureerd kan worden, dit zijn de uitgevallen DBC's, is in 2007 verder afgenomen. Ten opzichte van begin 2007 is het aantal uitgevallen DBC's gedaald met 52%. Dit werd met name veroorzaakt door het nemen van een aantal interne maatregelen. Verder is de daling van het verrekenpercentage op A-segment DBC's van invloed geweest op de waardering van het onderhanden werk. De forse afname van de voorziening in het B-segment wordt verklaard doordat verlieslatende contracten niet meer worden voorzien.

5.5.6 Vorderingen en overlopende activa

	2007	2006
Vorderingen		
Debiteuren	91.158.437	87.682.647
Vaste voorschotten zorgverzekeraars	-13.029.385	-1.120.380
<i>Subtotaal</i>	<i>78.129.052</i>	<i>86.562.267</i>
Inkomende betalingen onderweg	6.777	-260
Voorziening dubieuze debiteuren	-2.236.947	-2.934.163
<i>Totaal debiteuren</i>	<i>75.898.882</i>	<i>83.627.844</i>
 Nog te ontvangen bedragen	 13.084.738	 1.504.477
Nog te factureren	9.521.510	
Vorderingen op maatschappen	17.624	1.358.529
Overige vorderingen	155.376	1.446.092
BTW-vordering	575.613	0
<i>Totaal vorderingen</i>	<i>99.253.743</i>	<i>87.936.943</i>
 Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	342.181	880.340
Totaal overlopende activa	342.181	880.340
 Totaal	 99.595.924	 88.817.283

Debiteuren

De debiteurenstand is gedaald van € 83,6 mln naar € 75,9 mln. Door gerichte aandacht, soms in projectvorm, zijn met name de oude tot zeer oude posten onder de loep genomen. Resultaat is dat veel van deze posten alsnog zijn geïncasseerd. Verder zijn, met succes, besprekingen gevoerd ter verbetering van het declaratieverkeer en de afwikkeling van declaraties. De debiteurenlooptijd, als 12-maands voortschrijdend gemiddelde gemeten, is ten opzichte van een jaar geleden gedaald van 93 naar 41. De voorziening dubieuze vorderingen is circa € 0,7 mln lager dan ultimo 2006. De daling is veroorzaakt door het feit dat een aantal oude vorderingen is afgewikkeld. De voorschotten bedragen € 13,0 mln. Dit betreft een voorschot van een verzekeraar op een tweetal facturen, omdat deze niet binnen de gestelde betaaltermijn kon worden afgewikkeld.

Nog te ontvangen bedragen

Hierin is opgenomen een post van € 9,5 mln omdat in 2007 teveel financieringsoverschot is terugbetaald aan Achmea. Op 3 januari 2008 is dit bedrag door Achmea betaald.

Nog te factureren

Betreft nog te factureren DBC's van zowel A-segment als B-segment die in januari 2008 zijn gefactureerd en betrekking hebben op boekjaar 2007. Ultimo 2006 was hiervoor geen bedrag opgenomen.

BTW-vordering

Ultimo 2007 bestaat de btw-vordering uit een vordering van € 1,0 mln voor de parkeergarage en het restant is reguliere btw.

5.5.7 Vorderingen / schulden uit hoofde van financieringstekort / -overschot

	Stand 1 januari	Mutaties	Stand 31 december
Normale bedrijfsvoering Ziekenhuis	-146.424.836	19.749.981	-126.674.855
Normale bedrijfsvoering Ouderenzorg	225.246	1.053.239	1.278.485
PAAZ	35.590	32.658	68.248
Specialisten honorering	-1.088.456	-7.479.759	-8.568.215
Totaal	-147.252.456	13.356.119	-133.896.337

Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ziekenhuis					
	2007	2006	2005	t/m 2004	Totaal
Stand per 1 januari	0	-130.306.495	-16.061.486	-56.855	-146.424.836
Resultaat boekjaar	-120.142.680	0	0	0	-120.142.680
Correctie voorgaande jaren	0	1.761.348	-217.712	0	1.543.636
Betalingen/ontvangsten	138.349.025	0	0	0	138.349.025
Verrekende opbrengsten oude jaren	-149.693.427	132.191.964	17.444.608	56.855	0
Totaal	-131.487.082	3.646.817	1.165.410	0	-126.674.855
Stadium van vaststelling	a	c	c	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2007	2006
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	269.075.026	266.946.393
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	371.854.121	393.454.856
- mutatie onderhanden werk DBC	-15.556.442	573.600
- verpleeg- en verzorgingsgelden	-10.629	51.665
- dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging	18.216.770	15.420.618
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	13.169.820	11.776.745
- andere vergoedingen	1.544.066	1.824.086
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)		
	389.217.706	423.101.570
Resultaat boekjaar	-120.142.680	-156.155.177
Verrekende opbrengsten oude jaren	-149.693.427	16.182.124
Terugbetaald financieringsoverschot	138.349.025	9.666.558
Financieringsoverschot/-tekort	-131.487.082	-130.306.495

Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ouderenzorg					
	2007	2006	2005	t/m 2004	Totaal
Stand per 1 januari	0	145.841	79.405	0	225.246
Resultaat boekjaar	1.334.221	0	0	0	1.334.221
Correctie voorgaande jaren	0	69.884	-40.003	-59.046	-29.165
Betalings/ontvangsten	0	-171.407	-80.410	0	-251.817
Totaal	1.334.221	44.318	-41.008	-59.046	1.278.485
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2007	2006
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	21.025.614	19.220.577
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	0	0
- verpleeg- en verzorgingsgelden	0	0
- dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging	0	0
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	0	0
- andere vergoedingen	-900	4.785
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	19.692.293	19.069.951
	19.691.393	19.074.736
Financieringsoverschot/-tekort	1.334.221	145.841

Financieringsresultaat PAAZ	2007	2006	2005	t/m 2004	Totaal
Stand per 1 januari	0	245.381	-185.203	-24.588	35.590
Resultaat boekjaar	80.006	0	0	0	80.006
Corr. voorgaande jaren	0	-12.105	-4.275	1.787	-14.593
Betalingen/ontvangsten	0	-244.725	189.169	22.801	-32.755
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	0	0	0	0
Totaal	80.006	-11.449	-309	0	68.248
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

Specificatie financieringsresultaat PAAZ in het boekjaar	2007	2006
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	5.121.942	5.052.642
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	3.146	0
- verpleeg- en verzorgingsgelden	0	0
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	0	0
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	5.038.790	4.807.261
	5.041.936	4.807.261
Financieringsoverschot/-tekort	80.006	245.381

Financieringsresultaat specialisten honorering	2007	2006	2005	t/m 2004	Totaal
Stand per 1 januari	0	-3.295.673	3.246.235	-1.039.018	-1.088.456
Resultaat boekjaar	-6.231.664	0	0	0	-6.231.664
Corr. voorgaande jaren	0	-737.264	1.288.020	-701.503	-150.747
Betalingen/ontvangsten	0	0	0	0	0
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	2.148.716	-4.534.255	1.288.191	-1.097.348
Totaal	-6.231.664	-1.884.221	0	-452.330	-8.568.215
Stadium van vaststelling	a	a	c	d	

Specificatie financieringsresultaat specialisten honorering	2007	2006
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	55.214.300	53.549.175
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- honoraria specialisten	53.110.815	44.314.572
- mutatie onderhanden werk DBC	-3.486.851	708.276
- ontvangen voorschotten (conform CTG-beschikking)	11.822.000	11.822.000
	61.445.964	56.844.848
Resultaat boekjaar	-6.231.664	-3.295.673
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	
Financieringsoverschot/-tekort	-6.231.664	-3.295.673

5.5.8 Liquide middelen

	2007	2006
Bankrekeningen	80.212.227	80.998.463
Kassen en kruisposten	48.526	42.719
Totaal	80.260.753	81.041.182

De ontvangsten als gevolg van een te hoog vastgesteld verrekenpercentage 2006 zijn in 2007 gedeeltelijk terugbetaald. Omdat in 2007 wederom sprake was van een voordelig financieringsresultaat is de totale rekeningcourantpositie relatief ongewijzigd gebleven in 2007. Terugbetaling van de schuld uit hoofde van het financieringsoverschot (zie punt 5.5.7) zal de liquide middelen fors laten dalen.

5.5.9 Eigen vermogen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Kapitaal	91			91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	17.139.061	16.891.196	-11.513.284	22.516.973
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	0	0	3.475.668
Algemene reserve BV's	0	104.734	-1.143.700	-1.038.966
Totaal eigen vermogen	20.614.820	16.995.930	-12.656.984	24.953.765

Het eigen vermogen uitgedrukt in een percentage van de totale balans bedraagt ultimo 2007 6,8% (ultimo 2006 5,5%).

Specificatie van het collectief gefinancierd gebonden vermogen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Algemene reserve	707.227	0	0	707.227
Reserve equalisatie afschrijvingskosten inventarissen	9.079.504	0	-9.079.504	0
Reserve strategische middelen	2.433.780	0	-2.433.780	0
Reserve A.K., gebonden	4.918.551	16.891.196	0	21.809.746
Totaal	17.139.061	16.891.196	-11.513.284	22.516.973

De resultaatbestemming is conform 5.14.2 verwerkt.

Specificatie van het niet collectief gefinancierd vrij vermogen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Reserve A.K. , vrij	3.475.668	0	0	3.475.668
Totaal	3.475.668	0	0	3.475.668

Specificatie algemene reserve besloten vennootschappen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Isala La Gourmande BV	0	0	-454.198	-454.198
Isala Onroerend Goed BV	0	0	-689.502	-689.502
Dermatologisch centrum Isala BV	0	104.734	0	104.734
Totaal	0	104.734	-1.143.700	-1.038.966

Specificatie aansluiting geconsolideerd - enkelvoudig vermogen 31 december 2007 en resultaat over 2007		
De specificatie is als volgt:	Eigen vermogen	Resultaat
Enkelvoudig eigen vermogen en resultaat Stichting Holding Isala klinieken:	68.734	68.734
Stichting Isala klinieken	25.992.732	5.377.912
Negatief vermogen Isala Onroerend Goed BV	-436.198	-436.198
Negatief vermogen Isala La Gourmande BV	-671.502	-671.502
Totaal geconsolideerd eigen vermogen en resultaat	24.953.766	4.338.946

Stichting Holding Isala klinieken voert het bestuur over Stichting Isala klinieken en heeft daarmee een direct zeggenschapsbelang. Dit belang is niet in de enkelvoudige jaarrekening van Stichting Holding Isala klinieken verwerkt.

Het verschil tussen het geconsolideerde en enkelvoudige vermogen van Stichting Holding Isala klinieken wordt veroorzaakt doordat de waarde van de (indirecte) deelnemingen in Isala Onroerend Goed BV en Isala La Gourmande BV is afgewaardeerd tot nihil terwijl het eigen vermogen van beide voornoemde groepsmaatschappijen negatief is ultimo 2007.

De dotaties en onttrekkingen worden hier nader toegelicht.

Kapitaal

Het bij oprichting ingebrachte gebrachte kapitaal bedraagt € 91,-.

*Collectief gefinancierd gebonden vermogen***Algemene reserve**

Uit de pre-budgetteringsperiode resteert nog een algemene reserve groot € 707.227,-.

Reserve egalisatie afschrijvingskosten inventarissen

Omdat aan de bestemmingsreserve geen concreet bestemmingsplan (meer) ten grondslag ligt, heeft de Raad van Bestuur besloten de reserve per 1-1-2007 vrij te laten vallen ten gunste van de Reserve aanvaardbare kosten.

De mutatie is als volgt tot stand gekomen:

Stand per 1 januari 2007	9.079.504
Vrijval ten gunste Reserve aanvaardbare kosten	-9.079.504
Stand per 31 december 2007	0

Reserve strategische middelen

Omdat aan de bestemmingsreserve geen concreet bestemmingsplan (meer) ten grondslag ligt, heeft de Raad van Bestuur besloten de reserve per 1-1-2007 vrij te laten vallen ten gunste van de Reserve aanvaardbare kosten.

De mutatie is als volgt tot stand gekomen:

Stand per 1 januari 2007	2.433.780
Vrijval ten gunste Reserve aanvaardbare kosten	-2.433.780
Stand per 31 december 2007	0

Reserve aanvaardbare kosten, gebonden**De mutatie is als volgt tot stand gekomen:**

Stand per 1 januari 2007	4.918.551
Bij: van Reserve egalisatie afschrijvingskosten inventarissen	9.079.504
Bij: van Reserve strategische middelen	2.433.780
Bij: vanuit winstbestemming	5.377.912
Stand per 31 december 2007	21.809.746

*Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen***Reserve aanvaardbare kosten, vrij****De mutatie is als volgt tot stand gekomen:**

Stand per 1 januari 2007	3.475.668
Bij: vanuit winstbestemming	0
Stand per 31 december 2007	3.475.668

5.5.10 Egalisatierekening afschrijvingen

	2007	2006
Stand per 1 januari	476.722	1.314.450
Bij: budget	2.608.866	2.487.702
Af: afschrijvingskosten instandhoudingsinvesteringen	-2.430.008	-3.325.430
Stand per 31 december	655.580	476.722

Instandhoudingsinvesteringen

De instandhoudingsinvesteringen zijn als volgt gespecificeerd:

Rekenstaat nr. 7 van 10 december 2007 Ziekenhuizen

Rekenstaat nr. 10 van 6 maart 2008 AWBZ-instellingen sector V & V

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2007	ZH OZ	4.320.475 426.845	
			4.747.320
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH OZ	385.646 10.628	
			396.274
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH OZ	1.924.665 176.929	
			2.101.594
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH OZ	2.008.371 80.830	
			2.089.201
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2007			5.155.987

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen voor € 1,0 mln beslag op beschikbare investeringsruimte.

Trekkingsrechten

De opgebouwde trekkingsrechten zijn als volgt gespecificeerd:

Rekenstaat nr. 7 van 10 december 2007 locatie Ziekenhuizen

Rekenstaat nr. 10 van 6 maart 2008 AWBZ-instellingen sector V & V

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2007	ZH OZ	83.771.536 10.078.709	
			93.850.245
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH OZ	4.657.697 250.960	
			4.908.657
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH OZ	2.578.030 0	
			2.578.030
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH OZ	0 0	
			0
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2007			101.336.932

5.5.11 Voorzieningen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Onderhoud	357.658	0	-226.890	130.768
Afvoeiingsregelingen	28.000	0	-28.000	0
Jubileumuitkeringen	1.613.548	49.529	0	1.663.077
Loondoorbetaling bij ziekte	924.640	0	-304.720	619.919
Totaal	2.923.846	49.529	-559.610	2.413.765

Onderhoud

De onderhoudsvoorziening is bestemd voor renovatie van de kapel van Isala Ouderenzorg.

Afvoeiingsregelingen

De voorziening afvoeiingsregelingen ultimo 2006 (€ 28.000) is ultimo 2007 opgenomen onder de kortlopende schulden omdat de verplichting in 2008 afloopt. De schuld uit hoofde hiervan bedraagt € 87.000 ultimo 2007.

Jubileumuitkeringen

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke Stichting Isala klinieken heeft tegenover haar personeel uit hoofde van jubileumuitkeringen. De voorziening is berekend op basis van het aantal verstreken dienstjaren. Hierbij is rekening gehouden met een blijfkans van het personeel van 50%. De te verwachten CAO-stijging en de contante waardefactor zijn aan elkaar gelijkgesteld. Het kortlopende gedeelte met als uitgangspunt de verplichtingen die vervallen binnen 5 jaar is gecijferd op € 844.000.

Loondoorbetaling bij ziekte

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke Stichting Isala klinieken heeft tegenover personeelsleden die op balansdatum langer dan 6 maanden ziek zijn. De voorziening is berekend voor een loondoorbetalingstermijn van maximaal 24 maanden. Het eerste jaar wordt 100% van het salaris doorbetaald; voor het tweede jaar is dit 70% van het salaris. De kans dat een medewerker de volledige termijn van 24 maanden ziek blijft is gesteld op 50%. Aangezien de berekening gebaseerd is op een maximale doorbetalingstermijn van 24 maanden is deze voorziening als kortlopend te beschouwen.

5.5.12 Langlopende schulden

	2007	2006
Stand per 1 januari	74.732.013	79.591.249
Aflossingen komend boekjaar	-12.129.235	-10.759.236
Extra aflossingen boekjaar	-3.165.117	-20.756.225
Nieuwe leningen	9.000.000	26.656.225
Stand per 31 december	68.437.661	74.732.013

In 2007 is voor € 9,0 mln aan nieuwe langlopende leningen aangetrokken. De leningen zijn afgesloten bij de Rabobank en hebben betrekking op financiering van investeringen. Looptijd van de leningen is 10 jaar en deze hebben een rentepercentage van 4,46%. Voor het bedrag van de langlopende schulden met een resterende looptijd van meer dan een jaar en een resterende looptijd van meer dan vijf jaren wordt verwezen naar 5.8.

5.5.13 Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2007	2006
Crediteuren	12.991.362	15.683.956
Schulden aan kredietinstellingen	0	-1.835
Belastingen en premies sociale verzekeringen	6.636.402	7.256.721
Schulden ter zake van pensioenen	2.276.245	2.345.645
Ontvangen voorschotten	43.223.337	46.942.007
BTW-verplichting	0	338.304
Betaalbaar gestelde rente	42.868	726.863
Korte-termijn deel langlopende verplichtingen	12.129.236	10.759.236
Overige kortlopende schulden	31.899.626	24.068.097
<i>Waarvan Reorganisatie</i>	2.044.224	1.108.449
<i>Waarvan te betalen salarissen</i>	6.881.424	7.089.740
<i>Waarvan te betalen specialisten honorering</i>	23.036.862	13.723.236
Overlopende passiva	29.309.250	17.673.998
<i>Waarvan vakantie-uren</i>	4.513.207	4.814.215
<i>Waarvan ROAZ</i>	812.300	1.778.357
Totaal	138.508.327	125.792.991

Crediteuren

De lagere crediteurenstand komt met name voort uit de bouwstop die sinds het voorjaar van 2007 is ingelast en heeft geduurd tot december 2007.

Ontvangen voorschotten

Het voorschot onder de kortlopende schulden verantwoord, was in de jaarrekening 2006 in mindering gebracht op het onderhanden werk, zoals voorgeschreven. Deze verwerkingswijze is in 2007 niet gehanteerd, aangezien de waarde van het onderhanden werk dan negatief zou zijn.

Overlopende passiva

Onder de overlopende passiva is een voorziening opgenomen van € 7,3 mln in verband met een budgetvergoeding van de versnelde afschrijvingskosten van de gebouwen op locatie Sophia (€ 6,0 mln) en de budgetvergoeding terzake de afschrijvingskosten op de immateriële vaste activa (€ 1,3 mln).

5.5.14 Niet uit de balans blijvende verplichtingen

Een deel van het onroerend goed op locatie Weezenlanden, genoemd Transitorium, wordt gehuurd van de provincie Overijssel. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,3 mln.

Het onroerend goed aan de Stilobadstraat te Zwolle, waarin het microbiologisch en pathologisch laboratorium zijn gevestigd, wordt gehuurd van de Gemeente Zwolle. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,1 mln.

Stichting Isala klinieken en IJsselheem hebben op 12 juni 2007 een intentieverklaring getekend waarin wordt afgesproken dat Isala Ouderenzorg wordt overgenomen door IJsselheem. Aanvankelijk lag het in de bedoeling om per 1 januari 2008 over te dragen. Uiteindelijk zal de overdracht op 1 mei 2008 worden gerealiseerd. Stichting Isala klinieken verhuurt, in verband met de herbestemmingsmogelijkheden van het terrein Groot Weezeland, locatie

Weezenlanden aan IJsselheem vanaf 1 mei 2008. Dit pand blijft dus eigendom van Stichting Isala klinieken. De locatie Nieuwe Haven zal worden overgedragen tegen marktwaarde. Huurovereenkomsten Werkeren en stadswoningen worden overgedragen aan IJsselheem. Woonzorgconcern IJsselheem wordt preferred provider voor Stichting Isala klinieken voor de ontwikkeling van ouderenzorg in de brede zin van het woord. Tevens gaat Stichting Isala klinieken de inspanningsverplichting aan om in de ontwikkeling van het terrein Weezenlanden de mogelijkheid van seniorenwoningen en/of intramurale ouderenzorg in te brengen.

Binnen Isala Ouderenzorg is een normbegroting inclusief een normformatie 2008 vastgesteld. Hierdoor is een deel van de huidige formatie boven formatief. Voor zover de feitelijke situatie per 1 april 2008 (is 1 mei 2008 geworden) afwijkt van de normbegroting, zal de Stichting Isala klinieken hiervoor IJsselheem financieel compenseren. Daartoe is een voorziening opgenomen in onderhavige jaarrekening.

5.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT IMMATERIËLE VASTE ACTIVA

	WTZi/WMG vergunnings- plichtige vaste activa		Totaal immateriële vaste activa
	Aanloopkosten	Emissie- en leningskosten	
Afschrijvingspercentage	2,5%	2,5%	
Stand per 1 januari 2007			
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.350.589	94.804	1.445.394
Boekwaarde	1.486.721	36.336	1.523.057
Mutaties boekjaar			
Investerings			
Afschrijvingen	65.785		65.785
Terugname geheel afgeschreven activa			
Aanschafwaarde			
Afschrijvingen			
Desinvesteringen			
Aanschafwaarde			
Afschrijvingen			
Waardevermindering	-1.353.772	-36.336	-1.390.108
Stand per 31 december 2007			
Aanschafwaarde	131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	64.404		64.404
Boekwaarde	67.165		67.165

5.7 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIËLE VASTE ACTIVA

	WZV vergunningsplichtige vaste activa					WZV meldingsplichtige vaste activa			
	Terreinen	Gebouwen	Installaties	Onderhanden projecten	Subtotaal	Instandhouding	Onderhanden projecten	Instandhouding tlv. trekkingsrechten	Subtotaal
Stand per 1 januari 2007									
Aanschafwaarde	7.760.073	92.214.669	25.698.058	21.733.507	147.406.306	17.516.374	3.605.494	10.470.740	31.592.608
Cumulatieve afschrijvingen	815.049	56.812.576	19.607.235		77.234.860	8.943.557	1.922.344	6.700.342	17.566.243
Boekwaarde	6.945.025	35.402.092	6.090.823	21.733.507	70.171.447	8.572.816	1.683.150	3.770.398	14.026.365
Mutaties boekjaar									
Investeringen				6.179.042	6.179.042		418.885		418.885
Afschrijvingen	32.455	8.325.039	1.223.789		9.581.283	4.614.993	-1.759.476	376.953	3.232.470
OHW geactiveerd						3.336.682	-3.336.682		
Terugname geheel afgeschreven activa									
Aanschafwaarde									
Afschrijvingen									
Desinvesteringen									
Aanschafwaarde	81.619	2.619.753	476.018		3.177.390	25.957			25.957
Afschrijvingen	16.823	1.944.894	282.164		2.243.881	10.209			10.209
Stand per 31 december 2007									
Aanschafwaarde	7.678.454	89.594.916	25.222.040	27.912.549	150.407.959	20.827.098	687.698	10.470.740	31.985.536
Cumulatieve afschrijvingen	830.680	63.192.721	20.548.860		84.572.261	13.548.341	162.868	7.077.295	20.788.504
Boekwaarde	6.847.774	26.402.194	4.673.180	27.912.549	65.835.698	7.278.757	524.830	3.393.445	11.197.032

(vervolg) Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa

	WTG gefinancierde vaste activa				Niet WZV/WTG gefinancierde vaste activa					Totaal materiële vaste activa
	Inventaris	Inventaris uit lease	Onderhan- den projecten	Subtotaal	Gebouwen	Installa- ties	Inventaris	Onderhan- den projecten	Subtotaal	
Stand per 1 januari 2007										
Aanschafwaarde	53.669.871	10.360.892	10.249.405	74.280.168	4.292.603	4.474.591	1.608.545	16.321.585	26.697.324	279.976.407
Cumulatieve afschrijvingen	28.968.494		1.961.025	30.929.519	1.690.213	2.321.074	774.610	2.682.368	7.468.265	133.198.887
Boekwaarde	24.701.378	10.360.892	8.288.380	43.350.650	2.602.390	2.153.517	833.935	13.639.217	19.229.059	146.777.520
Mutaties boekjaar										
Investerings			14.310.220	14.310.220				16.365.379	16.365.379	37.273.526
Afschrijvingen	11.163.788		-16.334	11.147.454	4.695.348	223.730	-194.340	-2.674.893	2.049.844	26.011.051
OHW geactiveerd	22.118.564	-10.360.892	-11.757.672		18.417.695		879.273	-19.296.968		
Terugname geheel afgeschreven activa										
Aanschafwaarde	64.650			64.650						3.267.997
Afschrijvingen	49.958			49.958						2.304.049
Desinvesteringen										
Aanschafwaarde										
Afschrijvingen										
Stand per 31 december 2007										
Aanschafwaarde	75.723.785		12.801.952	88.525.738	22.710.298	4.474.591	2.487.817	13.389.996	43.062.702	313.981.936
Cumulatieve afschrijvingen	40.082.297		1.944.691	42.026.987	6.385.561	2.544.803	580.270	7.475	9.518.109	156.905.889
Boekwaarde	35.641.489		10.857.261	46.498.751	16.324.738	1.929.787	1.907.548	13.382.521	33.544.593	157.076.047

5.8 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2007

Lening	Jaar	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Looptijd	Restschuld 31-Dec	Reste-rende looptijd	Restschuld over 5 jaar	Rente %	
BNG	1989	onderhands	6.579.813	20	2.218.985	2	1.796.970	5,600%	
BNG	1989	onderhands	4.991.582	20	2.670.497	2	2.445.875	7,100%	
BNG	2002	onderhands	5.585.127	24	4.421.560	19	3.257.991	4,680%	
BNG	2002	onderhands	5.672.253	25	4.537.802	20	3.403.352	5,010%	
NWB	1999	onderhands	2.280.245	30	1.672.180	22	1.292.139	4,310%	
BNG	2001	onderhands	1.919.679	14	1.096.960	8	411.360	5,140%	
BNG	1985	onderhands	1.542.853	30	411.461	8	154.326	6,175%	
BNG	1985	onderhands	2.359.657	30	629.275	8	236.007	6,175%	
Gem Zwolle	1987	hypothecair	18.151.209	25	3.630.242	5	-	5,900%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	1.134.451	20	623.948	11	567.225	6,270%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	2.268.901	10	226.890	1	226.890	6,180%	
BNG	2001	onderhands	11.616.773	8	2.904.193	2	-	5,150%	
BNG	2001	onderhands	12.478.955	9	4.159.652	3	-	5,250%	
BNG	2001	onderhands	18.151.208	10	7.260.483	4	-	5,350%	
Gem Zwolle	1994	onderhands	1.813.306	15	241.774	2	-	4,350%	
BNG	2003	onderhands	4.254.190	25	3.573.520	21	2.722.682	4,330%	
Rabo	2005	onderhands	9.000.000	10	7.200.000	8	2.700.000	3,730%	
Rabo	2006	onderhands	756.225	11	687.477	10	343.737	4,470%	
Rabo	2006	onderhands	17.200.000	8	15.050.000	7	4.300.000	4,300%	
Rabo	2006	onderhands	2.240.000	8	1.960.000	7	560.000	4,300%	
Rabo	2006	onderhands	560.000	8	490.000	7	140.000	4,300%	
Rabo	2007	onderhands	9.000.000	10	9.000.000	10	4.500.000	4,460%	
Rabo	2006	onderhands	3.000.000	26	3.000.000	25	2.400.000	4,710%	
Rabo	2006	onderhands	2.300.000	11	2.300.000	10	1.150.000	4,520%	
Rabo	2006	onderhands	600.000	6	600.000	5	-	4,310%	
			145.456.427		80.566.898		32.608.553		

	Aflossings- wijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag	
			2007	2008
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	281.344	281.344
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	149.747	149.747
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	232.714	232.714
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	76.008	76.008
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	137.120	137.120
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	51.427	51.427
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	78.654	78.654
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	726.048	726.048
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	56.723	56.723
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.452.096	1.452.096
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.386.550	1.386.550
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.815.121	1.815.121
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pos.hyp.verkl. op onr.goed Nieuwe Haven	120.887	120.887
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	170.168	170.168
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring + pari passu	900.000	900.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	68.748	68.748
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	2.150.000	2.150.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	280.000	280.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	70.000	70.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause+hoofdelijk aansprakelijkheid	-	900.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownershipa	-	120.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	-	230.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	-	120.000
			10.759.236	12.129.236

5.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING 2007

5.9.1 Resultatenrekening Ziekenhuis

	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	274.196.968	271.999.035
DBC opbrengsten B-segment	23.269.261	20.026.065
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	3.966.712	3.445.916
Overige bedrijfsopbrengsten	29.698.865	16.475.553
Som der bedrijfsopbrengsten	331.131.806	311.946.569
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	181.862.109	181.052.845
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	26.676.948	16.754.025
Overige bedrijfskosten	118.016.055	105.452.881
Som der bedrijfslasten	326.555.113	303.259.752
Bedrijfsresultaat	4.576.694	8.686.817
Financiële baten en lasten	822.343	-3.809.047
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering voor belasting	5.399.037	4.877.771
Vennootschapsbelasting	-32.376	-12.912
Resultaat boekjaar na belasting	5.366.661	4.864.859

5.9.2 Resultatenrekening Ouderenzorg

	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	21.025.614	19.220.577
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	20.644	63.035
Overige bedrijfsopbrengsten	690.972	465.487
Som der bedrijfsopbrengsten	21.737.230	19.749.099
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	16.710.862	16.481.809
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	1.097.890	762.863
Overige bedrijfskosten	4.556.393	4.467.850
Som der bedrijfslasten	22.365.145	21.712.521
Bedrijfsresultaat	-627.915	-1.963.422
Financiële baten en lasten	-399.800	-159.593
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-1.027.715	-2.123.015

5.9.3 Aansluiting totaal resultaat met resultaat segmenten

	2007	2006
Ziekenhuis	5.366.661	4.864.859
- Stichting Isala klinieken (incl.IC2it BV)	6.405.626	
- Isala La Gourmande BV	-454.198	
- Isala Onroerend Goed BV	-689.502	
- Dermatologisch centrum Isala BV	104.734	
Ouderenzorg	-1.027.715	-2.123.015
Resultaat na belasting volgens gecons. resultatenrekening	4.338.946	2.741.844

5.9.4.1 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis

	2007	2006
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	271.999.035	269.254.049
Productieafspraken verslagjaar	10.163.595	5.457.437
Mutatie:		
DBC B-segment overige loon- en materiele kosten	-49.692	-1.647.790
Korting obv differentiatie-indicator	-3.407.138	-2.967.337
Dure geneesmiddelen	855.259	1.308.608
	<u>-2.601.571</u>	<u>-3.306.519</u>
Calculatieschema:		
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	839.321	976.385
Prijsindexatie materiële kosten	-7.451	33.571
Efficiencykorting	0	13.560
	<u>831.870</u>	<u>1.023.516</u>
Uitbreiding erkenning en toelating:		
Loonkosten	-11.802.447	1.531.431
	<u>-11.802.447</u>	<u>1.531.431</u>
Beleidsmaatregelen overheid:		
Zorgvernieuwing	253.976	183.153
	<u>253.976</u>	<u>183.153</u>
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
Rente	-2.601.002	-1.840.981
Afschrijvingen	7.204.795	-74.363
Overige	179.587	-65.002
	<u>4.783.380</u>	<u>-1.980.346</u>
Overige mutaties:	569.130	-163.686
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	<u>274.196.968</u>	<u>271.999.035</u>

5.9.4.2 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg

	2007	2006
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	19.220.577	18.601.545
Productieafspraken verslagjaar	757.575	396.350
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	203.011	100.755
Prijsindexatie materiële kosten	-22.637	64.389
	<u>180.374</u>	<u>165.144</u>
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
Rente	373.646	119.781
Afschrijvingen	198.910	-345
Overige	-178.066	-2.206
	<u>394.490</u>	<u>117.230</u>
Overige mutaties	472.597	-59.692
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	21.025.613	19.220.577

5.9.5 DBC opbrengsten B-segment

	2007	2006
Gefactureerde omzet DBC B-segment	25.264.859	19.926.862
Mutatie onderhanden werk DBC B-segment	-1.995.598	99.203
Totaal DBC opbrengsten B-segment	23.269.261	20.026.065

De DBC opbrengsten in het B-segment zijn ten opzichte van 2006 met 16% gestegen. Enerzijds hebben tariefstijgingen invloed op de hoogte van de opbrengsten, anderzijds hebben de Isala klinieken zich erop gericht het onderhanden werk te verlagen. Ook is het aantal gerealiseerde DBC's in het B-segment hoger dan in 2006.

5.9.6 Niet gebudgetteerde zorgprestaties

	2007	2006
Zorgprestaties tussen instellingen (WDS)	3.972.899	3.455.480
Eigen bijdrage cliënten / bewoners	14.457	53.472
Totaal Niet gebudgetteerde zorgprestaties	3.987.356	3.508.951

5.9.7 Overige opbrengsten

	2007	2006
Overige dienstverlening	2.511.926	2.404.569
Overige subsidies	12.430.497	714.135
Opbrengsten derden	66.822	0
Opbrengsten algemene en administratieve diensten	6.255.829	6.847.433
Opbrengsten andere diensten en verrichtingen	2.431.800	2.653.952
Opbrengsten patiëntgebonden functies	5.053.704	3.444.810
Opbrengsten technische en/of agrarische diensten	98.383	88.391
Correctie budget-afrekening over voorgaande jaren	1.555.599	787.750
Totaal overige opbrengsten	30.404.560	16.941.040

De stijging in de overige opbrengsten wordt veroorzaakt door subsidie opleidingsplaatsen voor zorgopleidingen 2007. In de voorgaande jaren was dit onderdeel van het budget, vanaf 2007 is dit een aparte subsidiestroom vanuit het Ministerie van VWS.

Opbrengst derden

Onder de opbrengsten derden wordt de facturatie aan derden verantwoord. Te denken is hierbij aan de levering van complete maaltijden door Isala La Gourmande BV. Verhuur van bedrijfsruimte aan derden is opgenomen in opbrengsten andere diensten en verrichtingen.

Opbrengsten patiëntgebonden functies

De opbrengsten patiëntgebonden functies zijn € 1,6 mln hoger dan in 2006. In 2006 heeft de afrekening inzake ROAZ/WA plaatsgevonden. Sinds 2001 bestond een aantal geschilpunten aangaande de kostenverdeling tussen de medisch specialisten en de Isala klinieken. Partijen hebben in onderling overleg besloten een arbitrageprocedure in te stellen waartoe een arbitragecommissie is samengesteld. Deze commissie heeft in februari 2006 een uitspraak gedaan over de verdeling van de kosten over de jaren 2001 tot en met 2005. In 2006 leidde dat tot een neerwaartse correctie van € 0,9 mln in de opbrengsten patiëntgebonden functies.

5.9.8 Personeelskosten

	2007	2006
Lonen en salarissen	155.985.061	153.261.274
Sociale lasten	19.363.331	18.864.934
Pensioenpremies	13.108.761	12.531.570
Andere personeelskosten	5.886.137	6.788.619
	<i>194.343.291</i>	<i>191.446.397</i>
Personeel niet in loondienst	4.229.681	6.088.256
Totaal personeelskosten	198.572.971	197.534.653

De post lonen en salarissen wordt negatief beïnvloed door mutaties op de voorzieningen herplaatsbaren, AMS en dotaties op de voorziening jubileumuitkering en gunstig beïnvloed door mutaties op de voorziening loondoorbetaling bij ziekte en op de voorziening vakantie-uren. In de stijging van de lonen en salarissen is begrepen een CAO-stijging van 1,4% per 1 april (1,05% op jaarbasis).

Verdeling personeelsleden (in FTE)	2007	2006
Ziekenhuis (incl. IC2it BV)	3.694	3.761
Ouderenzorg	390	402
Dermatologisch centrum Isala BV	16	0
Isala La Gourmande BV	12	0
Isala Onroerend Goed BV	0	0
Totaal gemiddeld aantal FTE's	4.112	4.163

5.9.9 Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

	2007	2006
Nacalculeerbare afschrijvingen	12.136.313	7.241.655
Overige afschrijvingen immateriële vaste activa	81.869	74.211
Overige afschrijvingen materiële vaste activa	13.996.117	10.756.630
Dotatie egalisatierekening afschrijvingen inventarissen	0	282.119
Instandhoudingsinvesteringen	178.858	-837.728
Bijzondere waardeverminderingen	1.381.681	0
Totaal afschrijvingen vaste activa	27.774.838	17.516.887

Nacalculeerbare afschrijvingen

De nacalculeerbare afschrijvingskosten zijn circa € 5,0 mln hoger dan in 2006. Deze stijging is veroorzaakt door versnelde afschrijving in verband met geplande nieuwbouw van de gebouwen op locatie Sophia van in totaal € 6,0 mln.

Overige afschrijvingen materiële vaste activa

De overige afschrijvingen materiële vaste activa zijn € 3,2 mln hoger dan in 2006. In het jaar 2007 zijn de nieuwe assemblagekeuken en de interimvoorziening voor nieuwbouwactiviteiten opgeleverd, waaruit nieuwe afschrijvingskosten voortvloeien. Verder zijn de lease-BV's alle opgeheven en is de activa overgenomen, wat heeft geleid tot nieuwe afschrijvingskosten.

Bijzondere waardeverminderingen

Als gevolg van de bepalingen in Richtlijn 655 Zorginstellingen voor de immateriële vaste activa ingaand per 1 januari 2007, zijn de immateriële vaste activa afgewaardeerd en opgenomen als bijzondere waardeverminderingen.

5.9.10 Overige bedrijfskosten

	2007	2006
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	11.368.746	10.939.774
Algemene kosten	23.917.708	14.991.142
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	79.810.334	73.191.800
Onderhouds- en energiekosten	6.007.761	6.224.249
Huur en leasing	1.791.328	3.086.527
Dotaties en vrijval voorzieningen	129.941	1.284.519
Overige bedrijfskosten	-438.646	202.722
Totaal overige bedrijfskosten	122.587.172	109.920.733

Algemene kosten

In de algemene kosten zijn de kosten van de voorziening - € 7,3 mln - opgenomen voor de budgetvergoeding afschrijvingskosten gebouwen locatie Sophia alsmede de budgetvergoeding afschrijvingskosten immateriële vaste activa. Op de balans staat deze post gepresenteerd onder de overlopende passiva. De bijdragen zijn € 0,8 mln hoger dan in 2006 (betreft met name kosten maatschap Anesthesie t.b.v. intensive care) en de advieskosten zijn € 0,3 mln hoger. Aan software werd € 0,6 mln meer besteed.

Patiënt- en bewonersgebonden kosten

De patiëntgebonden kosten liggen € 6,7 mln hoger dan in 2006 en hangen gedeeltelijk samen met meerproductie. Aan onderzoeksfuncties werd € 0,4 mln meer besteed dan in 2006 en € 0,6 mln meer aan instrumentarium en apparatuur. De post geneesmiddelen laat een overschrijding zien van € 1,4 mln. Andere grote overschrijdingen deden zich voor bij de AICD's (€ 2 mln), wervelimplantaten (€ 0,6 mln) en katheters (€ 1,4 mln).

Huur en leasing

Afrekening met de lease-BV's heeft plaatsgevonden en de lease-BV's zijn opgeheven. Hierdoor zijn vanaf 2007 de huurkosten lager zijn.

Dotaties en vrijval voorzieningen

De dotatie aan de voorziening debiteuren kon in 2007 beperkt blijven in vergelijking met 2006.

5.9.11 Financiële baten en lasten

	2007	2006
Rentebaten	6.344.460	2.161.945
Resultaat deelnemingen	17.423	91.353
Rentelasten	-5.939.341	-6.221.938
Totaal financiële baten en lasten	422.543	-3.968.640

5.10 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2007

	31 december 2007	31 december 2006
Activa		
Vaste activa		
Financiële vaste activa	86.734	18.000
Totaal activa	86.734	18.000
Passiva		
Eigen vermogen	68.734	nihil
Kortlopende schulden	18.000	18.000
Totaal passiva	86.734	18.000

5.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2007

	31 december 2007	31 december 2006
Bedrijfsopbrengsten		
Overige opbrengsten	107.584	nihil
Som der bedrijfsopbrengsten	107.584	nihil
Bedrijfslasten		
Overige bedrijfskosten	107.584	nihil
Som der bedrijfslasten	107.584	nihil
Bedrijfsresultaat	nihil	nihil
Financiële baten en lasten	68.734	nihil
Resultaat boekjaar	68.734	nihil

5.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS ULTIMO 2007

Op 7 september 2006 is de Stichting Holding Isala klinieken opgericht. Deze stichting heeft een financieel belang van 100% in Isala BV en voert het bestuur over Stichting Isala klinieken. Isala BV is op 11 december 2006 opgericht en heeft een financieel belang van 100% in Isala Business BV, Isala Onroerend Goed BV en Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV.

In 2007 zijn activiteiten gestart in de groepsmaatschappijen van Stichting Holding Isala klinieken, namelijk de exploitatie van onroerend goed (Isala Onroerend Goed BV, de productie en levering van maaltijden (Isala La Gourmande BV) en dermatologische zorg (Dermatologisch centrum Isala BV). De waarde van de financiële vaste activa is toegenomen met het resultaat van Isala BV over 2007.

5.13 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE RESULTATEN-REKENING OVER 2007

Onder financiële baten en lasten is verantwoord het resultaat van de deelneming in Isala BV. Deze bestaat uit een voordelig resultaat in het Dermatologisch centrum Isala BV (€ 104.734). Tevens bestaat het resultaat uit de afwaardering van de deelneming in Isala Business BV (€ 18.000 vanwege het verlies bij Isala La Gourmande BV) en afwaardering van de deelneming in Isala Onroerend Goed BV (€ 18.000 vanwege verlies).

5.14 OVERIGE GEGEVENS

5.14.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De Raad van Bestuur van Stichting Holding Isala klinieken heeft de Jaarrekening 2007 vastgesteld in de vergadering van 15 mei 2008.

De Raad van Toezicht van Stichting Holding Isala klinieken heeft de jaarrekening 2007 goedgekeurd in de vergadering van 15 mei 2008.

5.14.2 Resultaatbestemming

Geconsolideerd resultaat na belastingen Stichting Holding Isala klinieken voor winstbestemming	€ 4.338.946
Resultaatbestemming Ziekenhuis en Ouderenzorg:	
Ten gunste van Algemene reserve	€ 0
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, gebonden vermogen	€ 5.377.912
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, vrij vermogen	€ 0
Totaal resultaatbestemming Ziekenhuis	€ 5.377.912
Resultaatbestemming BV's:	
Ten laste van algemene reserve Isala La Gourmande BV	€ -454.198
Ten laste van algemene reserve Isala Onroerend Goed BV	€ -689.502
Ten gunste algemene reserve Dermatologisch centrum Isala BV	€ 104.734
Totaal resultaatbestemming BV's	€ -1.038.966

5.14.3 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

Vaststelling door de Raad van Bestuur
15 mei 2008

Goedgekeurd door de Raad van Toezicht
15 mei 2008



Mw. drs M. Sint



Drs. R.M. Smit



Drs. A.H. Hilbers



Prof. dr. ir. A. Bruggink



De heer R.A. Thieme Groen, arts



Mw. drs W.M. van Ingen



Prof. Dr. N.S. Klazinga

Prof. Dr. N.S. Klazinga



Dr. R. Scheerens

Dr. R. Scheerens



Mw. drs J.J. Zandbergen-de Zeeuw



Mw. drs J.J. Zandbergen-de Zeeuw

5.14.4 Accountantsverklaring



Aan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van
Stichting holding Isala klinieken

PricewaterhouseCoopers
Accountants N.V.
Zuiderzeelaan 53
8017 JV Zwolle
Postbus 513
8000 AM Zwolle
Telefoon (038) 427 27 27
Fax (038) 427 27 28
www.pwc.com/nl

Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit jaardocument opgenomen jaarrekening 2007 van Stichting holding Isala klinieken te Zwolle bestaande uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2007 en de geconsolideerde en enkelvoudige winst-en-verliesrekening over 2007 met de toelichting gecontroleerd.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi. Deze verantwoordelijkheid omvat onder meer: het ontwerpen, invoeren en in stand houden van een intern beheersingssysteem relevant voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat, zodanig dat deze geen afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten bevat, het kiezen en toepassen van aanvaardbare grondslagen voor financiële verslaggeving en het maken van schattingen die onder de gegeven omstandigheden redelijk zijn.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht. Dienovereenkomstig zijn wij verplicht te voldoen aan de voor ons geldende gedragsnormen en zijn wij gehouden onze controle zodanig te plannen en uit te voeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De keuze van de uit te voeren werkzaamheden is afhankelijk van de professionele oordeelsvorming van de accountant, waaronder begrepen zijn beoordeling van de risico's van afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

PricewaterhouseCoopers is de handelsnaam van onder meer de volgende vennootschappen: PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287) en PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289). Op diensten verleend door deze vennootschappen zijn Algemene Voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Deze Algemene Voorwaarden zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam en ook in te zien op www.pwc.com/nl

In die beoordeling neemt de accountant in aanmerking het voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat relevante interne beheersingssysteem, teneinde een verantwoorde keuze te kunnen maken van de controlewerkzaamheden die onder de gegeven omstandigheden adequaat zijn maar die niet tot doel hebben een oordeel te geven over de effectiviteit van het interne beheersingssysteem van de stichting.

Tevens omvat een controle onder meer een evaluatie van de aanvaardbaarheid van de toegepaste grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van schattingen die het bestuur van de stichting heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

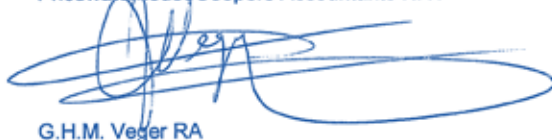
Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting holding Isala klinieken per 31 december 2007 en van het resultaat over 2007 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende andere wettelijke voorschriften en/of voorschriften van regelgevende instanties

Op grond van de wettelijke verplichting ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder e BW melden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Zwolle, 15 mei 2008
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.



G.H.M. Veger RA

In 2007 is een
positief exploitatie-
resultaat
gerealiseerd



6. Bijlagen

Bijlage 1: Organogram Stichting Holding Isala klinieken

Bijlage 2: Kerngegevens

Bijlage 3: Wet bijzondere medische verrichtingen/traumacentrum

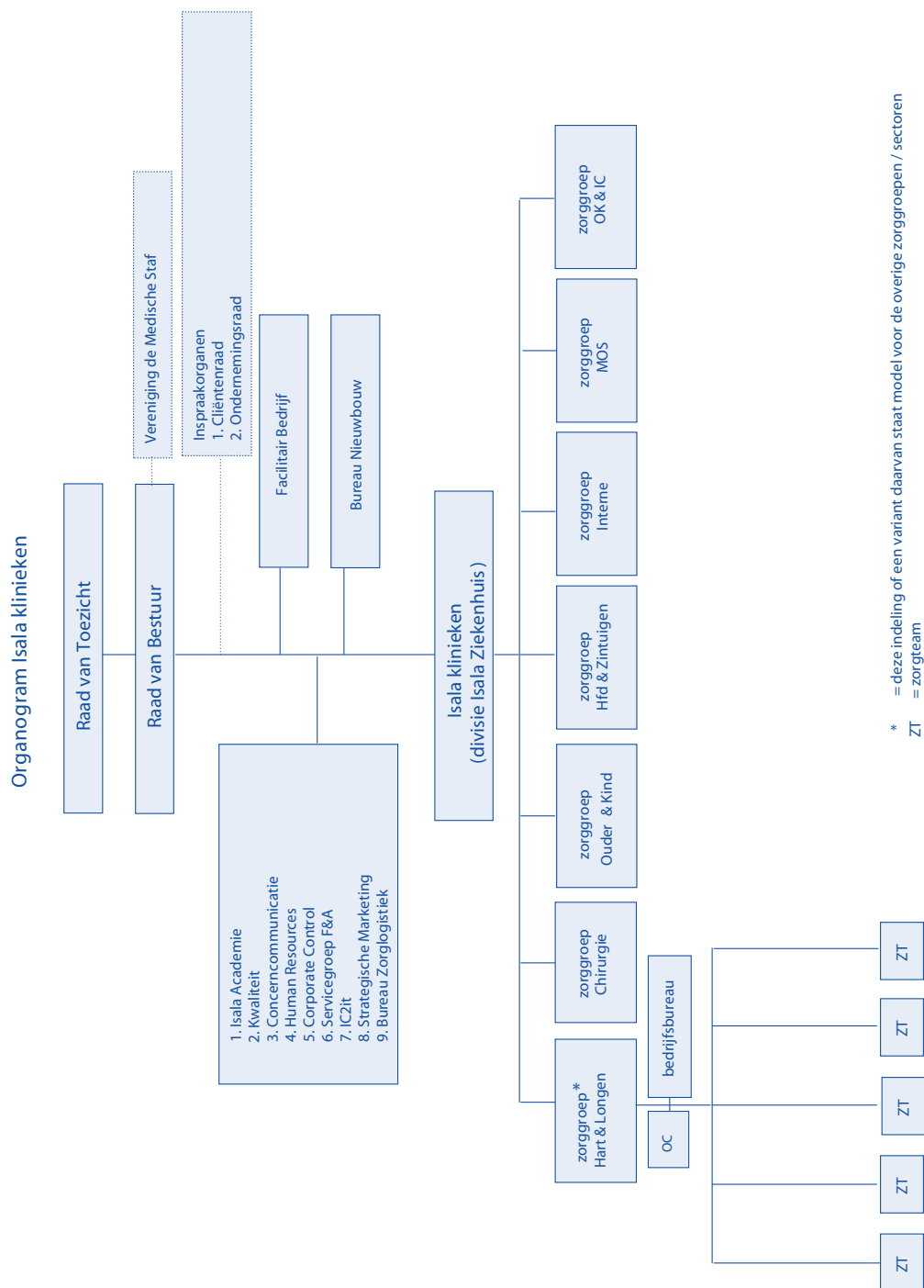
Bijlage 4: Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen

Bijlage 5: Kwaliteit van de organisatie

Bijlage 6: Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders 2007

Bijlage 7: Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)

BIJLAGE 1 ORGANOGRAM ISALA KLINIEKEN



mei 2008

BIJLAGE 2

KERNGEGEVENS

Nadere typering medisch-specialistische instellingen	
Universitair Medisch Centrum	nee
Algemeen Ziekenhuis	ja
Revalidatiecentrum	nee
Dialysecentrum	ja
Brandwondencentrum	nee
Astmacentrum	nee
Abortuskliniek	nee
Epilepsiecentrum	nee
Integraal Kankerinstituut	nee
Radiotherapeutisch centrum	ja
Traumacentrum	ja
Sanatorium	nee
Militair Ziekenhuis	nee
Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)	nee
Ziekenhuiszorg > 365 dagen	ja
Overig	nee

Bijzondere concernonderdelen	
Audiologisch centrum	nee
Ambulancedienst en/of CPA	nee
Trombosedienst	ja
Medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium	ja
Erfelijkheidscentrum	nee
Apotheek	ja
Huisartsenpost	nee
Gezondheidscentrum	nee
Kraamcentrum	nee
Provinciale entadministratie	nee

Specialismen medisch-specialistische instellingen (per 31 december 2007)	
Anesthesiologie	ja
Algemene heekunde	ja
Cardiochirurgie	ja
Cardiologie	ja
Dermatologie	ja
Gynaecologie	ja
Hematologie	ja
Interne Geneeskunde	ja
Kaakchirurgie	ja
Keel-, neus- en oorheekunde	ja
Kindergeneeskunde	ja
Klinische chemie	ja
Klinische genetica	nee
Klinische oncologie	ja
Klinische pathologie	ja
Maag-, darm- en leverziekten	ja
Medische microbiologie	ja
Mondziekten	ja
Nefrologie	ja
Neurologie	ja
Neurochirurgie	ja
Nierziekten	ja
Nucleaire Geneeskunde	ja
Oogheekunde	ja
Orthopedie	ja
Plastische chirurgie	ja
Pulmonologie	ja
Psychiatrie	ja
Radiodiagnostiek	ja
Radiotherapie	ja
Reumatologie	ja
Revalidatie	ja
Thoraxchirurgie	ja

Urologie	ja
Vaatchirurgie	ja
Verloskunde	ja
Overig	ja

AWBZ-functies geleverd door het concern

Huishoudelijke verzorging	nee
Persoonlijke verzorging	nee
Verpleging	ja
Ondersteunde begeleiding	ja
Activerende begeleiding	ja
Behandeling	ja
Verblijf op grond van de AWBZ	ja

Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern

Uitleen verpleegartikelen	nee
Prenatale zorg	nee
Advies, instructie en voorlichting	nee
Voedingsvoorlichting	nee

Overige zorg geleverd door het concern

Dieetadvisering	ja
-----------------	----

Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg

Somatische aandoening of beperking	ja
Psychogeriatrische aandoening of beperking	ja
Psychiatrische aandoening	ja
Lichamelijke handicap	ja
Verstandelijke handicap	ja
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	ja
Psychosociale problemen	ja

Kerngegevens capaciteit, personeel en opbrengsten algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's; exclusief revalidatiecentra en inclusief PAAZ en PACZ

gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december 2007	8
aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag-/deeltijdbehandeling) op 31 december 2007	931
- waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden	27
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december 2007	5.691
aantal fte personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december 2007	3.896
aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december 2007	236
aantal fte medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december 2007	221
bedrijfsopbrengsten in verslagjaar: wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	295.223
bedrijfsopbrengsten in verslagjaar: overige bedrijfsopbrengsten	57.631
totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	352.854

Productiegegevens algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's, voor zover van toepassing; exclusief revalidatiecentra

aantal in verslagjaar geopende DBC's	299.053
percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	0.03%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	42.339
- waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	274
aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	42.932
aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	189.832
- waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	281.777
- waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	40.048
- waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1.348
aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	263.765
- waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	14.574

Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december 2007

niertransplantatie	nee
harttransplantatie	nee
longtransplantatie	nee
levertransplantatie	nee

pancreastransplantatie	nee
transplantatie van de dunne darm	nee
haematopoëtische stamceltransplantaties	nee
transplantatie van de eilandjes van Langerhans	nee
radiotherapie	ja
bijzondere neurochirurgie	ja
openhartoperatie (OHO)	ja
automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	ja
ritmechirurgie	ja
percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering	nee
in vitro fertilisatie (IVF)	ja
neonatale intensive care unit (NICU)	ja

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december 2007

pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
cochleaire implantaties	nee
uitnameteams orgaandonatie	nee

Zorgkantoorregio's

Groningen	nee
Friesland	nee
Drenthe	nee
Zwolle	ja
Twente	nee
Apeldoorn, Zutphen e.o.	nee
Midden IJssel	nee
Arnhem	nee
Nijmegen	nee
Utrecht	nee
Flevoland	nee

't Gooi	nee
Noord-Holland Noord	nee
Kennemerland	nee
Zaanstreek/Waterland	nee
Amsterdam	nee
Amstelland en De Meerlanden	nee
Zuid-Holland Noord	nee
Haaglanden	nee
Delft Westland Oostland	nee
Midden Holland	nee
Rotterdam	nee
Nieuwe Waterweg Noord	nee
Zuid-Hollandse eilanden	nee
Waardenland	nee
Zeeland	nee
West-Brabant	nee
Midden-Brabant	nee
Noordoost Brabant	nee
Zuidoost-Brabant	nee
Noord- en Midden-Limburg	nee
Zuid-Limburg	nee

Kerngegevens Isala Ouderenzorg

Cliënten

aantal intramurale cliënten per 31 december 2007	341
aantal cliënten dagactiviteiten per 31 december 2007	64
aantal extramurale cliënten dagactiviteiten per 31 december 2007	36

Capaciteit

aantal beschikbare plaatsen met AWBZ-verblijf per 31 december 2007	360
--	-----

Productie

aantal intramurale verzorgingsdagen in 2007	44.713
aantal intramurale verpleegdagen in 2007	80.023
aantal dagen dagactiviteiten in 2007	12.039
aantal uren extramurale productie in 2007 (exclusief dagactiviteiten)	11.695

Personeel	
aantal personeelsleden in loondienst per 31 december 2007	503
aantal FTE in loondienst per 31 december 2007	303,2
Bedrijfsopbrengsten Isala Ouderenzorg (bedragen in duizenden euro's)	
totale bedrijfsopbrengsten in 2007	21.737
waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	21.025
waarvan overige opbrengsten	712

Personeelsinformatie	
Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst	
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	7.0740.00 euro
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	163 personen
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	149,17 fte
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	15.219.000 euro
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	593 personen
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	454,37 fte
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	9.787.000 euro
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	417 personen
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	298,95 fte
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	1.360.000 euro
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	69 personen
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	41,52 fte
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	5.806.000 euro
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	2.375 personen
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (6)	1.610,06 fte
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	15.981.000 euro
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	277 personen
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	240,83 fte
subtotaal	10.748.000 euro
subtotaal	3.894 personen
subtotaal	2.794,9 fte
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst	
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	216.000 euro
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	10,86 fte
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	600.000 euro

verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	24,83 fte
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	24.000 euro
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	1,1 fte
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	675.000 euro
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	25,34 fte
subtotaal	1.515.000 euro
subtotaal	
subtotaal	62,13 fte
Management en ondersteunend personeel in loondienst	
personeel algemene en administratieve functies	24.837.000 euro
personeel algemene en administratieve functies	994 personen
personeel algemene en administratieve functies	753,94 fte
personeel hotelfuncties	11.748.000 euro
personeel hotelfuncties	747 personen
personeel hotelfuncties	451,86 fte
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	1.668.000 euro
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	46 personen
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	48,91 fte
Subtotaal	38.253.000 euro
Subtotaal	1.787 personen
Subtotaal	1.254,71 fte
Personeel niet in loondienst	
stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
overige stagiaires	378.000 euro
uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	118.000 euro
overige uitzendkrachten	147.000 euro
overig ingehuurd personeel	4.075.000 euro
subtotaal	4.718.000 euro
Salarissen en kosten in verslagjaar, totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	151.967.000 euro
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	5.773 personen
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	4.144,34 fte

BIJLAGE 3

WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN

Inkomsten en kosten traumacentrum exclusief helicentrum

Inkomsten / kosten	gegevens	opmerkingen
inkomsten verslagjaar	898.253	subsidie VWS + bijdrage Collectieve Vereniging
accountantsverklaring	ja	
aantal fte per 31 december 2007	5.2	
totale personeelskosten	226.742	
huur (huisvestingskosten)	74.465	
inrichting en roerende zaken	0	
afschrijvingen	0	
kosten netwerkfunctie	8.239	
kosten kenniscentrumfunctie	9.283	
kosten mobiel medisch team	61.186	
opleiding en training MMT	-/- 5.897	
overige personeelskosten	428.220	
kosten registratie traumacentrum totaal	0	
kosten registratie traumacentrum landelijk	0	
kosten registratie traumacentrum regionaal	70.853	
kosten lidmaatschap LVTC	21.600	
kosten communicatie		
Overige kosten	-/- 4.133	inkomsten uit ZiROP activiteiten

Totaaloverzicht traumacentrum exclusief helicentrum

Inkomsten / kosten	gegevens	opmerkingen
Inkomsten verslagjaar	898.253	
Uitgaven verslagjaar	890.558	
Saldo positief / negatief	7.695	positief
Reserves		geen

Beschikt het traumacentrum over een helicentrum?	nee
--	-----

BIJLAGE 4

BELANGHEBBENDEN, ANDERS DAN ZORGGROEPEN EN AFDELINGEN

De Isala klinieken hebben contact met diverse belanghebbenden in de gezondheidszorg, maar ook in branches als het onderwijs en welzijn. De leden van de Raad van Bestuur onderhouden in ieder geval contact met onderstaande gremia:

Aandachtsgebieden voorzitter Raad van Bestuur, drs. M. Sint

Interne contacten

Toezicht en Medezeggenschap: Raad van Toezicht, Bestuur Medische Staf, Ondernemingsraad, Cliëntenraad

Externe contacten

NVZ, STZ

Aandachtsgebieden lid Raad van Bestuur, drs. A.H. Hilbers

Externe contacten

Regionaal Zorgnetwerk, Dalfser Beraad, Ontmoetingsoverleg VWS, Verzekeraars

Aandachtsgebieden lid Raad van Bestuur, R.A. Thieme Groen, arts

Interne contacten

klachtencommissie, adviescommissie Kwaliteit, MIP-commissie

commissie Zorgvernieuwing, Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC), commissie Ethiek

arts-assistenten/opleidingsfonds

Externe contacten

Inspectie, STZ-ledenvergadering, Dalfser Beraad, commissie 1e/2e lijn (huisartsen), OOR NO-Nederland.

BIJLAGE 5

KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE

Kwaliteit van de organisatie	
naam/omschrijving instelling	Isala klinieken
verleende zorg door instelling	Algemeen Ziekenhuis, Categorieel Ziekenhuis, Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	
certificaat, label of accreditatie behaald	ja
Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	
er is een traject gestart om een kwaliteitscertificaat, -label of accreditatie te verkrijgen	ja
Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties: indien een traject is gestart	
naam beoogde certificaat, label of accreditatie	NIAZ
verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	september 2007
naam toetsende instantie	NIAZ

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
1. Heeft u over het verslagjaar een cliëntenraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg?	ja
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg?	ja

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
gebruikte meetmethode	Patiëntenenquête, spiegelgesprekken en ontslaggesprekken

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
omschrijving van de gehanteerde norm	75% van de patiënten moet duidelijk of zeer tevreden zijn over de zorg.

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt

uitkomst van de cliëntenraadpleging o.b.v. normering sector	74,5
---	------

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt

Heeft u de uitkomsten van de cliëntenraadpleging voorgelegd aan de Cliëntenraad?	ja
--	----

Waardering kwaliteit van zorg door medewerker

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

Waardering kwaliteit van zorg door medewerker:

Over welk jaar heeft de laatste medewerkerraadpleging plaatsgevonden?	2005
---	------

Klachten in het verslagjaar

aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	26 klachten
aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	17 klachten
aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	5 klachten

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker:

Over welk jaar heeft de laatste medewerkerraadpleging plaatsgevonden	2005
--	------

BIJLAGE 6

VERANTWOORDING BEZOLDIGING BESTUURDERS EN GEWEZEN BESTUURDERS

		mw. drs. M. Sint		dhr. drs. A.H. Hilbers	
		2007	2006	2007	2006
1	Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie (ultimo verslagjaar)	bestuur met Raad van Toezicht			
2	Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie?	drie hoofdig met voorzitter			
3	Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie	1/1/2007	-	3/1/2004	3/1/2004
4	Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	ja	-	ja	ja
5	Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	-	-	-	-
6	Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	ja	-	nee	nee
7	Hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	12	-	-	-
8	Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	onbepaalde tijd	-	onbepaalde tijd	onbepaalde tijd
9	Welke salarisregeling is toegepast?	huidige NVZD- of VDZ-regeling	-	huidige NVZD- of VDZ-regeling	huidige NVZD- of VDZ-regeling
10	Wat is de deeltijdfactor?	100%	-	100%	100%
11	Bruto-inkomen, incl.vakantiegeld, eindjaarsuitkering en andere vaste toelagen	215.658	-	208.481	203.989
12	Waarvan verkoop verlofuren	-	-	-	-
13	Waarvan nabetaling voorgaande jaren	-	-	-	-
14	Bruto-onkostenvergoeding	8.990	-	10.524	5.402
15	Werkgeversbijdrage sociale lasten	6.376	-	7.660	6.853
16	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	22.564	-	21.775	21.698
17	Ontslagvergoeding	-	-	-	-
18	Bonussen	-	-	-	-
19	Totaal inkomen (9+12 t/m 16)	253.588	-	248.440	237.942
20	Cataloguswaarde auto van de zaak	50.435	-	42.430	40.700
21	Eigen bijdrage auto van de zaak	-	-	-	-

(Vervolg) Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders

		dhr. R.A. Thieme Groen		dhr. drs L.L. Schoots		dhr. dr. J.W. Sindram	
		2007	2006	2007	2006	2007	2006
1	Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie (ultimo verslagjaar)	bestuur met Raad van Toezicht					
2	Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie?	driehoofdig met voorzitter					
3	Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie	1/1/2006	1/1/2006	3/1/2004	3/1/2004	7/1/2004	7/1/2004
4	Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	ja	ja	nee	ja	nee	nee
5	Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	-	-	12/31/2006	-	-	-
6	Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	nee	-	nee	ja	-	-
7	Hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	-	-	-	-	-	-
8	Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	onbepaalde tijd	onbepaalde tijd	extern ingehuurd	extern ingehuurd	gewezen bestuurder	gewezen bestuurder
9	Welke salarisregeling is toegepast?	huidige NVZD-regeling of VDZ-regeling	huidige NVZD-regeling of VDZ-regeling	andere	andere	andere	andere
10	Wat is de deeltijdfactor?	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Bruto-inkomen, incl.vakantiegeld, eindjaarsuitkering en andere vaste toelagen	208.481	203.549	29.750	288.600	-	-
12	Waarvan verkoop verlofuren	-	-	-	-	-	-
13	Waarvan nabetaling voorgaande jaren	-	-	-	-	-	-
14	Bruto-onkostenvergoeding	26.764	5.100	-	-	-	-
15	Werkgeversbijdrage sociale lasten	7.332	6.853	-	-	-	-
16	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	21.775	21.698	-	-	-	-
17	Ontslagvergoeding	-	-	-	-	47.260	59.322
18	Bonussen	-	-	-	-	-	-
19	Totaal inkomen (9+ 12 t/m 16)	264.352	237.200	29.750	288.600	47.260	59.322
20	Cataloguswaarde auto van de zaak	-	-	-	-	-	-
21	Eigen bijdrage auto van de zaak	-	-	-	-	-	-

Het hierboven vermelde bedrag van de heer Schoots betreft een bruto bedrag, in rekening gebracht via een managementbureau. De overige advieskosten zijn in deze opstelling niet inbegrepen.

Tabel verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders

Naam	functie	bezoldiging
drs. R.M. Smit	voorzitter	4431
ir.L.M.J. van Halderen	gewezen voorzitter	3500
mr. W.G.N.M. Smit	vicevoorzitter	2500
prof. dr. ir. A. Bruggink	toezichthouder	3500
mw. drs. W.M. van Ingen	toezichthouder	292
prof. dr. N.S. Klazinga	toezichthouder	3500
dr. R. Scheerens	toezichthouder	3500
mw. drs. J.J. Zandbergen- de Zeeuw	toezichthouder	3500

BIJLAGE 7**WET OPENBAARMAKING UIT PUBLIEKE MIDDELEN GEFINANCIERDE
TOPINKOMENS (WOPT)**

Functie	Duur dienst- verband in het verslagjaar		Belastbaar inkomen		Voorzieningen ten behoeve van beloningen belastbaar op termijn		Uitkeringen i.v.m. het beëin- digen van het dienstverband	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Lid Raad van Bestuur		1-jan 31-dec		€ 184.125				
Lid Raad van Bestuur	1-jan 31-dec	1-jan 31-dec	€ 186.606	€ 191.792	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Lid Raad van Bestuur	1-jan 31-dec	1-jan 31-dec	€ 182.788	€ 198.483	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.
Kinderarts	1-jan 31-dec	1-jan 31-dec	€ 182.826	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.

Motivatie overschrijding gemiddeld belastbaar loon minister (€ 169.000).

Bovenstaande honoreringen zijn marktconform voor de sector.

De nieuwbouw van
de Isala klinieken
kan doorgaan



COLOFON

Het Jaardocument 2007 is een uitgave van de Stichting Holding Isala klinieken.
Dit document is ook te vinden op www.isala.nl/jaardocument en te downloaden als pdf-bestand.

Eindredactie:

Stafdienst Concerncommunicatie
Sjaklien Euwals

Vormgeving:

Haagsblauw. (Den Haag)

