

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	5
Leeswijzer	5
INK-managementmodel	6
Inhoud jaarverslag	6
1. Leiderschap	9
1.1. Leiderschap volgens INK	9
1.2. Missie	9
1.3. Visie	9
1.4. Waarden	9
1.5. Samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht	10
1.5.1. Raad van bestuur	10
1.5.2. Bestuur medische staf	10
1.5.3. Raad van toezicht	10
1.6. Strategie	11
1.7. Verslag raad van bestuur over 2006	11
1.7.1. Governance	11
1.7.2. Terugblik op 2006	12
1.8. Verslag raad van toezicht over 2006	14
1.8.1. Governance	14
1.8.2. Terugblik op 2006	15
1.9. Ondernemingsraad	16
1.9.1. Samenstelling ondernemingsraad	16
1.9.2. Overleg	16
1.9.3. Instemming en advies	16
1.10. Cliëntenraad	17
2. Beleid en strategie	19
2.1. Beleid en strategie volgens INK	19
2.2. Implementatie Go4Máx	19
2.2.1. Structuurverandering	19
2.2.2. Cultuurverandering	19
2.3. Samenwerking	19
2.3.1. Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen	20
2.3.2. Ziekenhuisketen	20
2.3.3. Alliantie van Ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant	21
2.3.4. Huisartsen	21
2.3.5. Technische Universiteit Eindhoven	21
2.3.6. Defensie	21
2.4. Beleid- en budgetcyclus	22
2.5. Kwaliteit- en veiligheidsbeleid	22
2.5.1. Kwaliteitsbeleid	22
2.5.2. Voorbereidingen NIAZ-accreditatie	22
2.5.3. Kernteam prestatie-indicatoren	22
2.5.4. (Patiënt)veiligheidsmanagementsysteem	22
2.6. Verpleegkundige Adviesraad	22
3. Personeelsmanagement	23
3.1. Personeelsmanagement volgens INK	23
3.2. Sociaal beleid	23
3.3. Leerhuis / MMC Academie	23
3.3.1. Medische opleidingen	23
3.3.2. Overige opleidingen	24
3.3.3. Wetenschappelijk onderzoek en wetenschapsbureau	25
3.3.4. MedSim	25

3.4. Arbeidsvoorwaarden	25
3.5. Arbeidsomstandigheden	25
3.5.1. Hepatitis B	25
3.5.2. Risico inventarisatie en –evaluatie	25
3.5.3. Fysieke belasting / werkplekonderzoeken	26
3.5.4. Bezoek Arbeidsinspectie	26
3.5.5. Arbocommissie	26
4. Middelenmanagement	27
4.1. Middelenmanagement volgens INK	27
4.4.2. Financiën	27
4.2.1. Landelijke ontwikkelingen	27
4.2.2. Máxima Medisch Centrum	27
4.2.3. Resultaat	29
4.3. DBC's	29
4.4. ICT	30
4.5. Huisvesting	31
4.5.1. Lange termijn huisvestingsplan (LTHP)	31
4.5.2. Vrouw, moeder, kindcentrum	31
4.5.3. Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Veldhoven	31
4.5.4. Renovatie beddenhuis locatie Eindhoven	31
4.6. Kennis	32
4.6.1. Promoties	32
5. Management van processen	33
5.1. Management van processen volgens INK	33
5.2. Projecten	33
5.3. Commissies	36
5.3.1. Beleids- en adviesplatform kwaliteit	36
5.3.2. Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie	36
5.3.3. Bloedtransfusiecommissie	37
5.3.4. Centrale opleidingscommissie AIOS (COCA)	37
5.3.5. Decubitus	38
5.3.6. Materiaal adviescommissie	38
5.3.7. Geneesmiddelencommissie	39
5.3.8. Commissie huisarts-specialist	39
5.3.9. Infectiecommissie	39
5.3.10. Kwaliteitscommissie medische staf	39
5.3.11. Medisch ethische toetsingscommissie	40
5.3.12. Commissie meldingen incidenten patiëntenzorg	42
5.3.13. Onderzoekscommissie medische calamiteiten	42
5.3.14. Commissie orgaan- en weefseldonatie	42
5.3.15. Commissie ethiek	43
5.3.16. Voedingscommissie	43
5.4. Audits	43
5.5. Visitaties	45
6. Waardering door klanten en leveranciers	47
6.1. Waardering door klanten en leveranciers volgens INK	47
6.2. Tevredenheidsonderzoeken	47
6.2.1. Patiënttevredenheidsonderzoek volwassen klinisch opgenomen patiënten (continu)	47
6.2.2. Patiënttevredenheidsonderzoek klinische en poliklinische patiënten	47
6.2.3. Patiënttevredenheidsonderzoek dagbehandeling	47
6.2.4. Patiënttevredenheidsonderzoek neonatale intensive care unit	48
6.2.5. Patiënttevredenheidsonderzoek kinderafdeling inclusief zuigelingen	48
6.2.6. Patiënttevredenheidsonderzoek kinderen dagbehandeling Eindhoven	48

6.2.7. Patiënttevredenheidsonderzoek operatieafdeling Veldhoven	48
6.2.8. Tevredenheidsonderzoek klinisch laboratorium	48
6.2.9. Vooruitblik 2007	48
6.3. Klachtenprocedure	49
6.3.1. Klachtenfunctionaris	49
6.3.2. Klachtencommissie	49
6.3.3. Aansprakelijkstelling	50
7. Waardering door medewerkers	51
7.1. Waardering door medewerkers volgens INK	51
7.2. Commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag	51
7.3. Verloop	51
7.4. WIA-instroom	51
7.5. Verzuim	52
8. Waardering door de maatschappij	53
8.1. Waardering door de maatschappij volgens INK	53
8.2. Patiëntenverenigingen	53
8.2.1. Samenwerking met patiëntenverenigingen	53
8.2.2. Informatiebijeenkomsten in Máxima Medisch Centrum	53
8.2.3. Informatiebijeenkomsten buiten het ziekenhuis	54
8.2.4. Lotgenotencontact	54
8.2.5. Broertje/zusje koffer	54
8.2.6. Verenigingen/instellingen waarmee in 2006 is samengewerkt	54
8.3. Milieu	55
8.3.1. Reststoffenmanagement	55
9. Bestuur en financiers	57
9.1. Bestuur en financiers volgens INK	57
9.2. Financiële resultaten (geconsolideerde jaarrekening)	58
9.2.1. Balans	58
9.2.2. Geconsolideerde resultatenrekening	60
9.2.3. Geconsolideerd kasstroomoverzicht	61
9.2.4. Waarderingsgrondslagen	62
9.2.5. Toelichting op de geconsolideerde balans	64
9.2.6. Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening	70
9.3. Financiële resultaten (enkelvoudige jaarrekening)	73
9.3.1. Balans	73
9.3.2. Enkelvoudige resultatenrekening	74
9.3.3. Waarderingsgrondslagen	74
9.3.4. Toelichting op de enkelvoudige balans	74
9.3.5. Toelichting op de resultatenrekening	75
9.4. Accountantsverklaring	76
9.5. Operationele resultaten	77
9.5.1. Productie	77
9.5.2. Wacht- en toegangstijden	79

Bijlagen

Bijlage 1 Algemene gegevens	85
1. Naam en vestigingsplaats Máxima Medisch Centrum	85
2. Samenstelling organen per 31 december 2006	85
3. Samenwerkingsverbanden	93
4. Nevenfuncties raad van bestuur	93
Bijlage 2 Financiële gegevens	95
1. Verloopoverzicht immateriële vaste activa	95
2. Verloopoverzicht materiële vaste activa	96
3. Bouwprojecten in uitvoering en mutaties in het boekjaar	98

4.	Overzicht langlopende schulden ultimo 2005	99
5.	Kwantitatieve gegevens	100
	5.1. klinische opname, verpleegdagen, beademingsdagen, dagverplegingen en polikliniekbezoeken	100
	5.2. opgenomen patiënten en verpleegdagen per specialisme	101
	5.3. dagverplegingen en polikliniekbezoeken per specialisme	102
	5.4. ziekenhuispsychiatrie	103
	5.5. dialyse productie	104
	5.6. opnamen en verpleegdagen per specialisme / DBC segment	105
	5.7. dagverplegingen en 1 ^e polikliniekbezoeken per specialisme / DBC segment	106
	5.8. herhalingsbezoeken per specialisme / DBC segment	107
	5.9. geopende DBC's in 2005 per specialisme / DBC segment	108
6.	Bezoldiging bestuurders en toezichhouders	109
7.	Wet openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)	111

INLEIDING

Eind 2006 bestond Máxima Medisch Centrum vijf jaar. In die vijf jaar is veel bereikt. Er zijn in 2006 belangrijke en onomkeerbare stappen gezet in de vorming van één ziekenhuis met twee locaties. Hét kernwoord in 2006 was verandering. Onder de titel Go4Máx zijn voorbereidingen getroffen voor een grote verandering in zowel de structuur als de cultuur van het ziekenhuis. Deze reorganisatie moet Máxima Medisch Centrum slagvaardiger en flexibeler maken zodat het ziekenhuis beter kan inspelen op de veranderingen die de gezondheidszorg de komende jaren te wachten staan.

In financiële zin was 2006 een moeilijk jaar. Het jaar wordt afgesloten met een klein verlies. Ook in 2007 zijn nog forse bezuinigingen nodig. Máxima Medisch Centrum staat daarin niet alleen. Er moet overal in de zorg meer gedaan worden met minder geld.

Wij zijn trots op Máxima Medisch Centrum, maar meer nog op de mensen die er werken! We hebben in 2006 veel van onze medewerkers gevraagd. De nieuwe manier van werken vraagt erg veel aandacht, terwijl tegelijkertijd het bedrijf gewoon door moet draaien. Wij hebben respect voor de manier waarop onze medewerkers daarmee om weten te gaan. Voor alles wat wij in 2006 gezamenlijk tot stand hebben gebracht, zijn wij alle medewerkers veel dank verschuldigd.

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

In dit jaarverslag zijn de volgende (deel)jaarverslagen samengebracht:

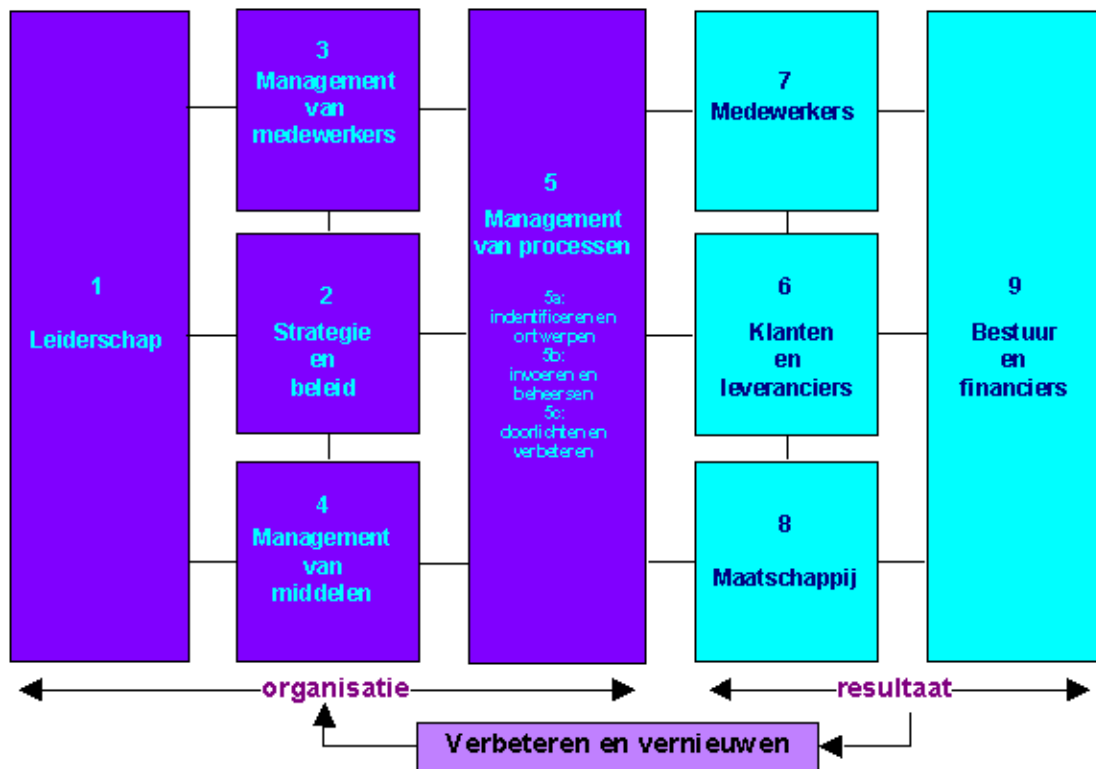
- algemeen/financieel jaarverslag;
- kwaliteitsjaarverslag;
- jaarverslag van de klachtencommissie;
- sociaal jaarverslag;
- prestatie-indicatoren.

Leeswijzer

INK-managementmodel

De hoofdstukindeling van het jaarverslag 2006 volgt de negen aandachtsgebieden van het INK-managementmodel. De aandachtsgebieden vatten de bedrijfsvoering van profit en non-profit organisaties samen. Het model maakt onderscheid tussen de wijze waarop de organisatie functioneert en wat de inspanningen hebben opgeleverd. Anderzijds toont het model ook de samenhang tussen de verschillende velden. In de organisatiegebieden wordt beschreven hoe de organisatie is ingericht; in de resultaatgebieden worden de strategisch relevante maatstaven gekozen en wordt geregistreerd wat feitelijk is gerealiseerd. De feedbackloop geeft aan dat de organisatie leert van de uitkomsten en dat verbeteringen in gang worden gezet. Op de volgende pagina vindt u een schematisch overzicht van het INK-managementmodel.

INK-managementmodel



Inhoud jaarverslag

- Hoofdstuk 1 Leiderschap schetst een beeld van het leiderschap binnen Máxima Medisch Centrum. Achtereenvolgens komen aan de orde: missie, visie, waarden, samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht, strategie, verslag van de raad van bestuur, verslag van de raad van toezicht, ondernemingsraad en de cliëntenraad.
- In hoofdstuk 2, Beleid en strategie staan het beleid en de strategie van Máxima Medisch Centrum in 2006 centraal. Aan de orde komen: de implementatie van Go4Máx, samenwerkingsverbanden, het kwaliteitsbeleid en de beleids- en budgetcyclus.
- Hoofdstuk 3 gaat over personeelsmanagement en geeft een beeld van de manier waarop Máxima Medisch Centrum de kennis en inzet van zijn medewerkers gebruikt en het beleid dat hieraan ten grondslag ligt. Onderwerpen zijn: sociaal beleid, Leerhuis / MMC Academie, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.
- Hoofdstuk 4 beschrijft het middelenmanagement en gaat over de manier waarop vanuit strategie en beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden gebruikt om activiteiten uit te voeren. In hoofdstuk 4 komen aan de orde de middelen financiën, DBC's, ICT, huisvesting en kennis.
- In hoofdstuk 5 staat het management van processen centraal: de manier waarop Máxima Medisch Centrum zijn processen identificeert, ontwerpt, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Achtereenvolgens komen aan de orde: een overzicht van projecten, een overzicht van commissies, audits en visitaties.
- Hoofdstuk 6, waardering door klanten en leveranciers beschrijft hoe de klanten en leveranciers van Máxima Medisch Centrum (met name patiënten en verwijzers) de

producten en dienstverlening van het ziekenhuis waarderen. Aan de orde komen de tevredenheidsonderzoeken en de klachtenprocedure.

- Waardering door medewerkers is het onderwerp van hoofdstuk 7. Beschreven worden: verloop, WAO-instroom en verzuim.
- Hoofdstuk 8 heeft als titel waardering door de maatschappij en stelt de vraag hoe de maatschappij de inspanningen van het ziekenhuis waardeert om naast haar primaire klantgerichte taken in de bedrijfsvoering rekening te houden met de behoeften en verwachtingen van de lokale, nationale en internationale omgeving. Aan de orde komen: de contacten met patiëntenverenigingen en milieu.
- Hoofdstuk 9, bestuur en financiers gaat over de manier waarop bestuur en financiers de inspanningen van het management waarderen. In dit hoofdstuk komen aan de orde: de financiële resultaten (jaarrekening) en de operationele resultaten.
- Tenslotte vindt u in de bijlagen een groot aantal algemene en financiële gegevens en de prestatie-indicatoren.

Eindhoven,
raad van bestuur, mei 2007

1. LEIDERSCHAP

1.1. Leiderschap volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft leiderschap als volgt:

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

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

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

1.2. Missie

De missie van Máxima Medisch Centrum luidt als volgt:

Máxima Medisch Centrum is een teaching hospital dat zorg van topkwaliteit levert, waarbij de patiënt het middelpunt is van ons handelen. De zorg wordt geleverd door gemotiveerde medewerkers die in hun werk voldoende ontplooiingsmogelijkheden hebben. Ons ziekenhuis is financieel en economisch gezond.

1.3. Visie

In een wereld waarin gezondheid het grootste goed is en elk aspect van het dagelijks leven raakt, wil Máxima Medisch Centrum een toonaangevend ziekenhuis zijn op het gebied van preventieve en curatieve zorg en op het gebied van reïntegratie. Naast de beste medische zorg staat klantgerichtheid zeer hoog in ons vaandel. Wij willen uitgroeien tot het meest klantgerichte ziekenhuis in de regio.

1.4. Waarden

Missie en visie zijn verder uitgewerkt en vastgelegd in de *collectieve ambitie*. De collectieve ambitie beschrijft de waarden die wij in Máxima Medisch Centrum hanteren. De kern bestaat uit twee begrippen: ‘vorstelijk onthaal’ en ‘nieuwsgierig’. Met dit als uitgangspunt zijn vijf speerpunten geformuleerd:

Máxima Medisch Centrum levert zorg van topkwaliteit

Onze zorg voldoet altijd aan de standaard die is vastgesteld door medische beroepsverenigingen. Op basis daarvan meten en controleren wij onze prestaties. Deskundigen op verschillende vakgebieden werken nauw met elkaar samen om te komen tot de beste behandeling. Wij willen en zullen goed luisteren naar de patiënt en zijn vertegenwoordiger. En natuurlijk is Máxima Medisch Centrum een veilig ziekenhuis.

De patiënt is het middelpunt van ons handelen; wij organiseren de zorg rondom hem

Máxima Medisch Centrum zoekt samen met de patiënt naar de beste zorg. Iedere patiënt heeft een eigen probleem en verdient dus persoonlijke aandacht. Alle kennis en kunde van het ziekenhuis staat in dienst van de patiënt, niet omgekeerd. Wij willen dat onze patiënt vertrouwen heeft in de behandeling en zich niet onzeker voelt. Wij informeren hem daarom duidelijk, volledig en zorgvuldig. Persoonlijke informatie wordt rustig en onder vier ogen gegeven, zonder vakjargon.

Medewerkers hebben werk dat de moeite waard is

Onze mensen werken deskundig en toegewijd aan zorg van topkwaliteit met de patiënt als middelpunt. Een team in ons ziekenhuis vormt een werkomgeving waarin mensen de gelegenheid krijgen zich te ontplooiën en te verbeteren. Persoonlijk initiatief wordt gewaardeerd. De resultaten van het team komen op de eerste plaats, maar er is altijd aandacht voor ieders bijdrage daaraan. Plezier in het werk is belangrijk.

Inspiratie door opleiding, wij delen onze kennis met anderen

Onze professionals delen hun wetenschap met nieuwsgierige en kritische jonge artsen en andere medewerkers. Máxima Medisch Centrum is een kennisinstituut. Veel medewerkers voeren wetenschappelijk onderzoek uit en publiceren daarover in toonaangevende vaktijdschriften. Aanhoudende vernieuwing en verspreiding van kennis is van levensbelang voor onze patiënten en ons ziekenhuis. Máxima Medisch Centrum is lid van de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ).

Wij zijn een economisch gezond ziekenhuis, dat ook

Een ziekenhuis is een organisatie met hoge kosten. Daar moeten zoveel inkomsten tegenover staan dat wij onze ambities kunnen realiseren, kunnen innoveren en kunnen groeien. Tevoren is vastgesteld wat moet worden bereikt en binnen hoeveel tijd. De doelstellingen zijn openbaar, dus toetsbaar zodat duidelijk is of wij ze al of niet bereiken.

1.5. Samenstelling raad van bestuur, bestuur medische staf en raad van toezicht

1.5.1. Raad van bestuur

Máxima Medisch Centrum heeft een tweehoofdige raad van bestuur. Gedurende het jaar 2006 zijn er geen wijzigingen opgetreden in de samenstelling van de raad van bestuur. De raad van bestuur bestaat uit:

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

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

1.5.2. Bestuur medische staf

De heren dr. F. van der Graaf, (klinisch chemicus, secretaris stafbestuur), dr. H.R. Haak (internist, vice-voorzitter stafbestuur), en dr. W.E. Tjon A Ten (kinderarts) hebben het bestuur van de medische staf in de loop van 2006 verlaten. De heren J.D.J. Janssen (longarts) en A. Visser (anesthesioloog) zijn toegetreden tot het bestuur van de medische staf. De heer Janssen heeft de secretarisfunctie op zich genomen. De heer De Mönnik, KNO-arts, heeft de rol van vice-voorzitter overgenomen van de heer Haak.

Per 31 december 2006 bestaat het stafbestuur uit de volgende personen:

dr. M.A.H.M. Wiegerinck (voorzitter)	gynaecoloog
J.P. de Mönnik (vice-voorzitter)	keel, neus, oorarts
J.D.J. Janssen (secretaris)	longarts
mw. dr. M. Chatrou	medisch psycholoog
A.N. van der Linden	radioloog
A. Visser	anesthesioloog

1.5.3. Raad van toezicht

In de samenstelling van de raad van toezicht zijn in 2006 geen wijzigingen opgetreden. Per 31 december 2006 bestaat de raad van toezicht uit de volgende personen:

J. Wilkes RA (voorzitter)	laatstelijk financieel directeur Philips Nederland
drs. J.G.M. Kegelaer (vice-voorzitter)	laatstelijk voorzitter raad van bestuur ziekenhuis Leyenburg te Den Haag
mr. A.J.H.M. Lips	partner Holland van Gijzen advocaten en notarissen te Eindhoven

mw. S.R. de Moor-Bullinga
prof. dr. L.B.A. van de Putte

diverse adviesfuncties, waaronder
commissariaten
emeritus hoogleraar reumatologie UMC St.
Radboud te Nijmegen

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

1.6. Strategie

Het jaar 2006 stond in het teken van Go4Máx, een strategisch veranderprogramma met als belangrijkste doelen:

- zorg van topkwaliteit te blijven leveren;
- de status van MMC als opleidingsziekenhuis uit te breiden;
- een excellente werkplek te zijn voor medewerkers;
- financieel gezond te blijven.

Go4Máx staat zowel voor een structuurverandering als voor een cultuurverandering.

Structuurverandering

Vormen van een slagvaardige en flexibele organisatie, die goed kan reageren op veranderingen in de omgeving. Dat is de kern van Go4Máx. Per specialisme worden resultaatverantwoordelijke eenheden gevormd. Aan het hoofd van een eenheid, zorggroep genoemd, staat een medisch specialist. De zorggroepen zijn zelf verantwoordelijk voor hun productie, budget, personeel en kwaliteit van zorg. De medische en verzorgende beroepsgroepen vormen per specialisme als zorggroep één 'bedrijf': samen zijn zij er verantwoordelijk voor dat de patiënt de beste behandeling krijgt, maar ook dat het bedrijf financieel gezond is. In 2006 zijn de eerste pilots van start gegaan (zie 1.7). De nieuwe organisatiestructuur moet in 2009 helemaal ingevoerd zijn.

Cultuurverandering

Naast de structuur is de cultuur een tweede belangrijk element van Go4Máx. De ambities van het ziekenhuis op dit gebied laten zich in twee begrippen samenvatten: 'vorstelijk onthaal' en 'nieuwsgierig' (zie ook paragraaf 1.4.).

Vorstelijk onthaal geeft aan dat Máxima Medisch Centrum aan alle patiënten zorg op maat wil leveren: persoonlijke aandacht en service voor iedereen. Uiteraard met de beste medische behandeling. Maar daarnaast met een persoonlijk contact waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de omstandigheden van de patiënt. Wij voelen ons er verantwoordelijk voor dat de patiënt zich prettig voelt in ons ziekenhuis.

Kennis en kunde in dienst van de patiënt: nieuwsgierig. Máxima Medisch Centrum is een kennisinstituut. Veel medewerkers voeren wetenschappelijk onderzoek uit en publiceren daarover in toonaangevende bladen. Alle kennis en kunde staat in dienst van de patiënt. We hebben dat samengevat in de term 'nieuwsgierig'. Door nieuwsgierig te blijven naar ontwikkelingen in de medische wereld en ons steeds af te vragen wat deze ontwikkelingen voor onze patiënten betekenen, blijven we onze kennis en kunde vergroten.

1.7. Verslag raad van bestuur over 2006

1.7.1. Governance

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

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

Overleg raad van bestuur

In 2006 kwam de raad van bestuur elke week in vergadering bijeen. De ene week vergadert de raad van bestuur formeel, de andere week informeel. Elke twee maanden trekt de raad van bestuur zich een dag terug om te spreken over strategische thema's.

In de vergaderingen van de raad van bestuur is onder andere gesproken over de volgende onderwerpen: Go4Máx, exploitatie en financiële stand van zaken, samenwerking/fusie maatschappen, prestatie-indicatoren, samenwerking met Technische Universiteit Eindhoven inzake MedSim, samenwerking met Universiteit Maastricht en Academisch Ziekenhuis Maastricht, MMC Academie en ZorgDomein.

Overleg raad van bestuur – stafbestuur

Tot september 2006 was er elke twee weken een vergadering van raad van bestuur met het bestuur van de medische staf, het Strategisch Beleids Overleg (SBO). In deze vergaderingen kwamen uiteenlopende (strategische) thema's aan de orde. Er is onder andere gesproken over Go4Máx, exploitatie en financiële stand van zaken, samenwerking/fusie maatschappen en samenwerking met strategische partners.

Vanaf september is het SBO komen te vervallen en vervangen door het tweewekelijks overleg van de Groepsraad. De Groepsraad is het overlegorgaan waarin alle strategische en tactische aangelegenheden worden besproken. De bespreking van deze onderwerpen vormt de basis voor de statutaire besluiten die door de raad van bestuur worden genomen. De Groepsraad is zodanig samengesteld dat de verschillende inhoudelijke invalshoeken vertegenwoordigd zijn. Daarom hebben in de Groepsraad zitting de leden van de raad van bestuur, de voorzitter en de vice-voorzitter van het stafbestuur en de directeurs bedrijfsvoering, financiën en organisatieontwikkeling. De voorzitter van de raad van bestuur treedt op als voorzitter van de Groepsraad.

1.7.2. Terugblik op 2006

De raad van bestuur kijkt met tevredenheid terug op het jaar 2006. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen elkaar in hoog tempo op. Het is de taak van de raad van bestuur om het ziekenhuis daar zo goed mogelijk op te laten inspelen. Onderstaand worden enkele belangrijke thema's aangestipt die in 2006 een belangrijke rol speelden.

Veranderprogramma Go4Máx: structuurverandering

In 2005 heeft een Change Team de grote lijnen voor de nieuwe organisatiestructuur uitgezet. De kern wordt gevormd door resultaatverantwoordelijke eenheden per specialisme. In de tweede helft van 2005 is de projectorganisatie ingericht en zijn verdere voorbereidingen getroffen. In januari 2006 ging een aantal pilots van start met het maken van ondernemingsplannen voor hun zorggroep. De koplopers zijn chirurgie, gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde en reumatologie. Zij kregen bij het maken van de ondernemingsplannen ondersteuning van extern deskundigen. Eind 2006 waren de ondernemingsplannen vrijwel gereed. Medio 2007 zal de raad van bestuur de bedrijfsplannen goedkeuren, waarna de eenheden de status van resultaatverantwoordelijke eenheid krijgen. Intussen zijn ook de andere zorggroepen begonnen met het opstellen van ondernemingsplannen. De structuurverandering moet medio 2009 helemaal ingevoerd zijn.

Eind 2006 zijn de bedrijfsmanagers die de zorggroepen bedrijfskundige en organisatorisch gaan ondersteunen definitief benoemd. Een deel van de bedrijfsmanagers komt voort uit de 'oude' groep van zorggroepmanagers; een deel is afkomstig van buiten Máxima Medisch Centrum. Deze laatste groep, acht personen in totaal, treedt in de eerste maanden van 2007 in dienst van het ziekenhuis.

Veranderprogramma Go4Máx: cultuurverandering

Parallel aan de pilotzorggroepen ging het project 'collectieve ambitie' van start. Gebaseerd op de kernwaarden 'vorstelijk onthaal' en 'nieuwsgierig' zijn vijf punten geformuleerd waarop

Máxima Medisch Centrum zich wil onderscheiden van andere ziekenhuizen (zie paragraaf 1.2 Missie).

Om de collectieve ambitie handen en voeten te geven zijn in het najaar tien bijeenkomsten met leidinggevend georganiseerd. Doel van de bijeenkomsten was de leidinggevend voor te bereiden op een gesprek met hun medewerkers over Go4Máx en de collectieve ambitie. Elke afdeling is gevraagd drie concrete verbeterpunten aan te geven die passen binnen de collectieve ambitie. In 2007 worden de projecten uitgevoerd.

Op 26 juni is een feestelijke bijeenkomst gehouden in het Evoluon in Eindhoven waarbij zo'n 1.000 medewerkers aanwezig waren. Tijdens deze bijeenkomst zijn de nieuwe structuur en de collectieve ambitie formeel gepresenteerd.

Financiën

In financieel opzicht was 2006 voor Máxima Medisch Centrum een moeilijk jaar. De kosten waren structureel te hoog. De productie werd conform de begroting gerealiseerd. Ook de vermogenspositie van het ziekenhuis vroeg de aandacht. Toen dit in de loop van het verslagjaar duidelijk werd, zijn maatregelen genomen om hier verandering in te brengen. Zo is de budgetdiscipline aangescherpt. Eind 2006 is besloten om te onderzoeken of aan de hand van een zogenaamd zorglogistiek model verdere efficiency te behalen valt. De resultaten van het onderzoek worden in 2007 verwacht en worden dan zo mogelijk ook geïmplementeerd. De cijfers moeten beter onderbouwd worden dan tot nu toe het geval is. Zowel de financiële situatie als de vermogenspositie blijven een punt van zorg voor Máxima Medisch Centrum.

Registratie

Een goede registratie van gegevens is uiteraard van groot belang voor het ziekenhuis. In de eerste plaats moet productie geregistreerd worden om financieel vergoed te worden. In de tweede plaats omdat van ziekenhuizen steeds meer openheid geëist wordt op het gebied van kwaliteit. Máxima Medisch Centrum juicht deze ontwikkeling toe. Een aantal gegevens werd echter niet of onvoldoende geregistreerd waardoor het ziekenhuis onder andere laag eindigde in de ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad. Als gevolg van onvoldoende aandacht voor interne registratie zijn de gegevens niet compleet aangeleverd aan externe partijen die (mede)verantwoordelijk zijn voor publicatie van de gegevens in diverse ranglijsten (prestatie-indicatoren, Kind en Ziekenhuis, Mediquest, Kiesbeter.nl, etc). In de beeldvorming over kwaliteit van zorg hebben deze inmiddels een invloedrijke positie verworven. Onder andere het Algemeen Dagblad en de Consumentenbond baseren er hun ranglijsten op. Medio 2006 is een werkgroep ingericht die de verzameling van de benodigde gegevens structureel moet borgen en verankeren in de ziekenhuisorganisatie.

Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

Op 11 maart 2006 vond op locatie Eindhoven een grootschalige rampenoefening plaats. Deze oefening was de climax van een oefencyclus die liep van juli 2005 tot maart 2006. Tijdens deze cyclus is een groot aantal (deel)oefeningen gehouden, oplopend van klein naar groot en van eenvoudig naar complex. Alle oefeningen hadden tot doel het Ziekenhuis Rampen OpvangPlan (ZiROP) in de praktijk te testen. Na de oefening van 11 maart is een uitgebreide evaluatie gehouden. Uitkomst daarvan was dat het ZiROP in grote lijnen goed werkt, maar dat op details aanpassingen nodig zijn. Belangrijk aandachtspunt is de registratie van slachtoffers. Inmiddels is het ZiROP aangepast. In de periode van september 2006 tot maart 2007 vindt een nieuwe oefencyclus plaats. Deze mondt op 10 maart 2007 uit in een grote oefening op locatie Veldhoven.

Máxima Medisch Centrum en de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) zuidoost Brabant werken nauw samen bij de uitwerking van de systematische oefencyclus. Het ziekenhuis is daarmee koploper in Nederland waar het gaat om het oefenen van de rampenbestrijding.

1.8. Verslag raad van toezicht over 2006

1.8.1. Governance

Taak raad van toezicht

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

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

Rooster van aftreden

De raad van toezicht kent het volgende rooster van aftreden:

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

Overleg raad van toezicht

De raad van toezicht kwam in 2006 zeven maal voor een reguliere vergadering met de raad van bestuur bijeen. Daarnaast is tweemaal gesproken met het bestuur van de medische staf, éénmaal met de ondernemingsraad en éénmaal met de cliëntenraad. Bij al deze vergaderingen was ook de raad van bestuur aanwezig.

De raad van toezicht kent een financiële commissie, een honoreringscommissie en een strategiecommissie. De financiële commissie komt structureel vier maal per jaar bijeen, voorafgaand aan een reguliere raad van toezicht vergadering en bespreekt dan alle financiële onderwerpen met de raad van bestuur. De honoreringscommissie komt één maal per jaar structureel bijeen en bespreekt dan het functioneren en de beloning van de leden van de raad van bestuur. De strategiecommissie is in 2006 ingesteld en voor één vergadering bij elkaar geweest.

Onderwerpen van overleg

Onderstaand een overzicht van de belangrijkste onderwerpen waarover de raad van toezicht in 2006 met de diverse gesprekspartners heeft gesproken:

- *Overleg met de raad van bestuur:* diverse financiële onderwerpen (jaarrekening 2005, exploitatie/financiële stand van zaken, Kaderbrief en begroting 2007, voortgang bezuinigingen), huisvesting/vastgoed, Go4Máx, governance en kwaliteits- en veiligheidsmanagement.
- *Overleg met de ondernemingsraad:* Go4Máx en speerpunten ondernemingsraad.
- *Overleg met het bestuur medische staf:* Go4Máx, vastgoedbeleid en toekomstvisie Máxima Medisch Centrum.
- *Overleg met de cliëntenraad:* informatievoorziening cliëntenraad, financiën, plaats Máxima Medisch Centrum in diverse rankings en lange termijn planning.

Raad van toezicht en raad van bestuur hebben in 2006 intensief gesproken over governance. De raad van bestuur heeft het governance document van Máxima Medisch Centrum in overleg met de raad van toezicht vernieuwd. In januari 2006 is de nieuwe zorgbrede governance-code gepubliceerd. Op de meeste onderdelen voldeed Máxima Medisch Centrum aan de eisen die in de code gesteld worden. Waar dat niet zo was, zijn statuten en reglementen aangepast. Zo is het wettelijk verplichte enquêterecht nu in de statuten opgenomen.

Om de raad van toezicht meer te betrekken bij belangrijke onderwerpen die in het ziekenhuis spelen, wordt sinds medio 2005 in elke vergadering van de raad van toezicht een belangrijk thema aan de orde gesteld, toegelicht door een medewerker van het ziekenhuis. In 2006 is in dit kader een rondleiding verzorgd op de afdeling radiologie van locatie Eindhoven en de intensive care op locatie Veldhoven. Verder is gesproken over de bedrijfsvoering en het financieel model in de nieuwe organisatie, het vastgoedbeleid, kwaliteits- en veiligheidsmanagement en DBC's. De raad van toezicht beschouwt deze gesprekken als een waardevolle aanvulling op de informatie die zij van de raad van bestuur ontvangt.

Honoreringsbeleid

De bezoldiging van de leden van de raad van bestuur wordt bepaald door de raad van toezicht. Daarbij worden de richtlijnen gevolgd van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren (NVZD), waarbij de voorzitter van de raad van bestuur 10% meer verdient dan het lid van de raad van bestuur.

De raad van toezicht heeft in 2005 voor het eerst met de raad van bestuur afspraken gemaakt over variabele beloningen. De bonus kan maximaal 10% van het vaste inkomen bedragen. Er zijn objectief meetbare criteria vastgesteld waaraan de leden van de raad van bestuur moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een bonus. In 2006 is voor het eerst een bonus toegekend; deze bedroeg 70% van de maximaal haalbare bonus.

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

1.8.2. Terugblik op 2006

Go4Máx

De raad van toezicht is gedurende het verslagjaar intensief betrokken geweest bij Go4Máx. De nieuwe organisatie, gebaseerd op resultaatverantwoordelijke eenheden, is in elke vergadering van de raad van toezicht aan de orde gekomen. In 2005 heeft de raad van toezicht reeds ingestemd met het reorganisatieplan. De raad van bestuur heeft in 2006 steeds de grote lijnen toegelicht en aangegeven welke stappen gezet werden. Tevens heeft de raad van toezicht persoonlijk kennisgemaakt met de twee nieuwe directeuren die in het kader van het veranderingsproces zijn aangetrokken, de heren drs. J.H.M.F. van Osch (directeur financiën) en drs. M.J.M. Hendriks MBA (directeur bedrijfsvoering).

Financiële stand van zaken

De raad van toezicht heeft de financiële stand van zaken in Máxima Medisch Centrum gedurende het gehele verslagjaar op de voet gevolgd. Het ziekenhuis heeft een financieel moeilijk jaar achter de rug met een forse bezuinigingsdoelstelling en tegelijkertijd een hogere productiedoelstelling. De raad van toezicht wenste de realisatie van beide doelstellingen scherp in de gaten te houden en heeft er in elke vergadering uitgebreid met de raad van bestuur over gesproken. In dat verband is tevens de vermogenspositie van het ziekenhuis aan de orde geweest.

Imago Máxima Medisch Centrum

De raad van toezicht heeft in 2006 veel aandacht geschonken aan het imago van Máxima Medisch Centrum. Het ziekenhuis scoorde niet goed op onder andere de Elsevier enquête en de Algemeen Dagblad top 100. Dit beeld komt zeker niet overeen met het beeld dat de raad van toezicht heeft van de kwaliteit die in MMC geleverd wordt. Onder andere door een betere registratie moet het bestaande beeld bijgesteld worden.

Sponsoring

Raad van toezicht en raad van bestuur hebben gesproken over sponsoring en fondsenwerving. Geconcludeerd is dat er een grote potentie is en dat het de moeite waard is dit professioneel aan te pakken.

1.9. Ondernemingsraad

1.9.1. Samenstelling ondernemingsraad

De ondernemingsraad was in 2006 als volgt samengesteld:

mw. M. Poldervaart	diëtiste (voorzitter)
mw. P. Schaeps	verpleegkundige dagbehandeling (vice-voorzitter)
J. Beerens	anesthesioloog
mw. R. Blatter	verpleegkundige 5 ^e etage
mw. M. Brom	medewerker opname (tot 1 april)
D. Donders	medewerker ICT (tot 1 november))
F. van Es	nachthoofd
mw. J. Groeneveld	stafmedewerker kwaliteit (tot 1 april)
mw. G. Hovens	diabetesverpleegkundige (vanaf 1 december)
mw. P. Klaasse	verpleegkundige functieafdeling
mw. M. Koltsova	verpleegkundige cardiologie
mw. M. Kusters	verpleegkundige chirurgie
mw. A. Nieuwenhuizen	klachtenfunctionaris
mw. P. Schoones	afdelingssecretaresse
A. Smets	teamleider functieafdeling neurologie (vanaf 1 december)
mw. I. Spiljard	verpleegkundige oncologie
L. Verstraaten	medewerker OBB (vanaf 1 december)
R.J. Weber	kok
mw. M. Zevenbergen	unitleider dialyse afdeling

De ondernemingsraad kent de volgende commissies: algemene zaken, publiciteit, P&O, VGWM, financiën, scholing, verkiezingen en agenda.

1.9.2. Overleg

Gedurende het verslagjaar is de ondernemingsraad acht maal met de raad van bestuur in vergadering bijeen geweest. Daarnaast heeft de raad veertien maal een eigen vergadering gehouden. Tevens is éénmaal overleg gevoerd met de raad van toezicht over de algemene gang van zaken.

Onderstaande punten zijn onderwerp van overleg geweest met de raad van bestuur:

- beddenplan;
- Go4Máx;
- notitie OK Máxima Medisch Centrum;
- advies- en besluitvormingstraject voorgestelde organisatieverandering;
- niet-rokenbeleid;
- Orthopedisch Centrum Máxima;
- aanpassing organisatie inrichting Máxima Medisch Centrum;
- collectieve ambitie;
- procedure benoeming bedrijfsmanagers;
- personele problematiek;
- financiële situatie Máxima Medisch Centrum;
- begroting.

1.9.3. Instemming en advies

In het verslagjaar zijn de volgende instemmingsvragen behandeld:

- aangepast verzuimreglement en ziek- en herstelmeldingsprocedure;
- bedrijfsregeling kinderopvang;
- roosterwijziging restaurant Veldhoven;
- aanpassing werktijden klinisch laboratorium;
- verlenging bedrijfstijd afdeling dagbehandeling Eindhoven;
- wijziging dienstrooster en diensttijden functieafdeling Eindhoven;
- roosterwijziging receptie en beveiliging;
- plan van aanpak RI&E, klinisch laboratorium;
- sociaal kader herplaatsingsbeleid;

- roosterwijziging 5^e etage Eindhoven;
- regeling fietsplan;
- regeling extra vergoeding reiskosten;
- vaccinatiebeleid hepatitis-B;
- roosterwijziging en invoering werktijdenregeling afdeling fysiotherapie;
- klachtenregeling seksuele intimidatie en overig ongewenst gedrag;
- contract Arts in Bedrijf;
- aanpassing werktijden laboratorium;
- vakantieregeling klinisch laboratorium.

In het verslagjaar zijn de volgende adviesvragen behandeld:

- beddenplaatsingsplan;
- notitie OK Máxima Medisch Centrum Veldhoven – Eindhoven;
- aanpassing van de organisatie-inrichting van Máxima Medisch Centrum, specifiek de hoofdstructuur;
- plan van aanpak met betrekking tot Arbo-aspecten naar aanleiding van een risk audit door MidiRisk.

1.10. Cliëntenraad

De samenstelling van de cliëntenraad bleef in 2006 ongewijzigd. Per 31 december bestaat de cliëntenraad uit onderstaande personen:

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

De leden van de cliëntenraad worden benoemd door de raad van bestuur van Máxima Medisch Centrum. De dames Wijnen en De Koning zijn in het verslagjaar met instemming van de raad van bestuur herbenoemd.

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

- begroting 2006;
- kaderbrief 2007;
- onderzoek waardering door patiënten;
- procedure reorganisatie in het kader van Go4Max;
- rookvrij ziekenhuis;
- vaste aanstelling lid van de raad van bestuur;
- enquêterecht cliëntenraad.

De cliëntenraad heeft in 2006 eenmaal overleg gevoerd met de raad van toezicht en eenmaal met de ondernemingsraad. Verder heeft de cliëntenraad een studiemiddag gevolgd over beïnvloeden van beleid, samenwerking met de raad van bestuur, achterbanproblematiek en het opstellen van een jaarplan. Naar aanleiding van deze scholing worden in het komende jaar de reglementen van de cliëntenraad aangepast.

Daarnaast hebben de leden van de cliëntenraad verschillende bijeenkomsten bijgewoond, georganiseerd door zowel Máxima Medisch Centrum, Zorgbelang Noord-Brabant, LSR, Brabant Medical School of collega-cliëntenraden. Hier kwamen uiteenlopende onderwerpen aan de orde.

2. BELEID EN STRATEGIE

2.1. Beleid en strategie volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft beleid en strategie als volgt:

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

In dit hoofdstuk worden beleid en strategie in Máxima Medisch Centrum beschreven. Aan de orde komen achtereenvolgens: de implementatie van het veranderingsproces Go4Máx, samenwerking, kwaliteitsbeleid en de beleid- en budgetcyclus.

2.2. Implementatie Go4Máx

2.2.1. Structuurverandering

De uitgangspunten van Go4Máx zijn beschreven in hoofdstuk 1. Om de veranderingen te implementeren is een projectteam ingericht dat de zorggroepen ondersteunt bij het opstellen van bedrijfsplannen. De bedrijfsplannen van de zorggroepen gynaecologie en reumatologie zijn in 2006 opgeleverd en goedgekeurd. De vakgroepen interne geneeskunde, maag-, darm- en leverziekten (MDL), chirurgie, kindergeneeskunde, cardiologie en orthopedie hebben ultimo 2006 hun bedrijfsplan ‘under construction’. Tot en met het eerste kwartaal van 2007 wordt bij het maken van de bedrijfsplannen intensief gebruik gemaakt van externe deskundigen. Daarna gaat het ziekenhuis op eigen kracht verder.

Het projectteam werkt tevens aan kaders voor het ziekenhuis als geheel. Binnen deze kaders moeten de resultaatverantwoordelijke eenheden zich goed kunnen ontplooiën. Tegelijkertijd moet de identiteit van Máxima Medisch Centrum als geheel worden gewaarborgd. De kaders worden medio 2007 vastgesteld.

Een zorggroep gaat verder als resultaatverantwoordelijke eenheid nadat het bedrijfsplan is goedgekeurd en aansluitend ook het implementatieplan is goedgekeurd. In 2007 wordt de start van de eerste echte resultaatverantwoordelijke eenheden verwacht. In de tussentijd wordt al zo veel mogelijk conform dit model gewerkt.

2.2.2. Cultuurverandering

Aan het principe van ‘vorstelijk onthaal’ is veel aandacht besteed. De term blijkt in de praktijk soms moeilijk hanteerbaar. De term wordt vaak geassocieerd met materiële zaken. De ervaren krapte op het gebied van het bouwkundig- en technisch onderhoud alsmede in de sfeer van investeringen wordt dan betiteld als niet-vorstelijk. Voor leidinggevenden zijn in november 2006 sessies georganiseerd om tot een gemeenschappelijk denkkader te komen rondom de thema’s ‘vorstelijk onthaal’ en ‘nieuwsgierig’. Hen is gevraagd om per afdeling drie verbetervoorstellen in te dienen. Dit heeft eind 2006 geresulteerd in circa 150 verbetervoorstellen. Een deel van de voorstellen wordt op afdelingsniveau geïmplementeerd; een ander deel op ziekenhuisniveau.

2.3. Samenwerking

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

2.3.1. Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)

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

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

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

De volgende ziekenhuizen waren op 31 december 2006 lid van de STZ:

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

2.3.2. Ziekenhuisketen

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

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

In de Ziekenhuisketen participeren:

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

2.3.3. Alliantie van Ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant

De raden van bestuur van de vier ziekenhuizen in de regio (Máxima Medisch Centrum, Catharina-ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis en Sint Anna Zorggroep) overleggen regelmatig met elkaar over algemene beleidsonderwerpen. Ook de stafvoorzitters participeren in deze besprekingen.

2.3.4. Huisartsen

SMáSH

Eind 2002, is parallel aan de fusie van beide ziekenhuizen, SMáSH opgericht: Stichting Máxima Specialisten Huisartsen. SMáSH heeft zich ten doel gesteld de samenwerking tussen adherente huisartsen en Máxima Medisch Centrum te optimaliseren.

De coördinator van SMáSH is in 2006 nauw betrokken geweest bij het verbeteren van de communicatie en berichtgeving tussen huisartsen aan de ene kant en ziekenhuis en medisch specialisten aan de andere kant. Een overzicht van bereikbaarheidsgegevens van specialisten en huisartsen is geactualiseerd. Parallel hieraan is een start gemaakt met het ontwikkelen van een informatieklaapper voor de eerste lijn met daarin een overzicht van alle stafleden, gespecialiseerd verpleegkundigen, verschillende themapoli's en zelfstandige behandelcentra.

Inhoud geven aan het elektronisch verwijzen van patiënten naar MMC met behulp van ZorgDomein en het optimaliseren van de elektronische retourberichten vormt één van de kerntaken van SMáSH. In 2006 is hier veel tijd in geïnvesteerd.

In het voorjaar heeft SMáSH samen met SHOKO en de RAV een succesvolle nascholing georganiseerd op het gebied van acute zorg en reanimatievaardigheden, in het najaar gevolgd door de SMáSH-dag: High Tech op de High Tech.

Tenslotte is SMáSH nauw betrokken bij de organisatie van palliatieve casuïstiekbesprekingen en het ontwikkelen van een transmuraal palliatief consulententeam en een palliatieve unit binnen de muren van Máxima Medisch Centrum.

2.3.5. Technische Universiteit Eindhoven

Máxima Medisch Centrum en de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e) hebben de intentie om tot verdergaande, structurele samenwerking. Hiertoe wordt een samenwerkingsovereenkomst opgesteld. Het betreft een raamovereenkomst waaraan meer specifieke activiteiten en onderzoeksprogramma's opgehangen kunnen worden. De overeenkomst regelt financiële aspecten en de belangen van partijen bij mogelijke uitvindingen op commercieel interessante processen.

De MMC Academie heeft in dit jaar een researchplan met de TU/e ontwikkeld. Dit meerjaren researchplan is het eerste grootschalige project dat op basis van de samenwerkingsovereenkomst tot stand is gekomen. Medio 2007 zullen beide overeenkomsten met de ondertekening door raad van bestuur van Máxima Medisch Centrum en het college van bestuur van de TU/e hun beslag krijgen.

2.3.6. Defensie

Het voormalige Sint Joseph Ziekenhuis had een samenwerkingsrelatie met het Ministerie van Defensie. Deze samenwerking is ook na de vorming van Máxima Medisch Centrum voortgezet. Defensie stelt Máxima Medisch Centrum bovenformatief een chirurgisch team ter beschikking. Dit team wordt tevens ingezet bij vredesmissies in het buitenland. Eind 2006 is een team vertrokken naar Uruzgan, Afganistan. Zij keren medio april 2007 terug in Nederland.

Verder wordt op locatie Veldhoven vredeszorg geboden: het verlenen van medische hulp aan militairen in Nederland.

2.4. Beleid- en budgetcyclus

Evenals voorgaande jaren is in 2006 gewerkt conform de beleid- en budgetcyclus. Het INK-managementmodel is daarbij uitgangspunt. Per kwartaal leveren de divisies een analyse aan van de resultaten. Deze analyse wordt besproken met de raad van bestuur en waar nodig wordt het beleid aangepast.

Met het uitbrengen van de kaderbrief door de raad van bestuur, medio juli, is de beleid- en budgetcyclus van 2007 officieel gestart. Aan de hand van de uitgangspunten in de kaderbrief hebben de afdelingen hun jaarplannen opgesteld. Vervolgens zijn alle jaarplannen op elkaar afgestemd. Gezien de beperkte financiële ruimte was dit een intensief proces. Begin 2007 is de nieuwe begroting vast gesteld.

2.5. Kwaliteit- en veiligheidsbeleid

2.5.1. Kwaliteitsbeleid

In het verslagjaar heeft het Beleids- en adviesplatform Kwaliteit uitgebreid stilgestaan bij het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Resultaat hiervan was een advies aan de raad van bestuur om het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem op een andere wijze vorm te geven. Dit wordt in 2007 gerealiseerd.

2.5.2. Voorbereidingen NIAZ-accreditatie

In de tweede helft van 2006 hebben gesprekken plaatsgevonden tussen het NIAZ en vertegenwoordigers van Máxima Medisch Centrum. Doel van deze gesprekken was duidelijkheid te verkrijgen over de activiteiten die het ziekenhuis moet uitvoeren om een NIAZ-accreditatie te behalen. Aansluitend is hiervoor een plan uitgewerkt.

2.5.3. Kernteam prestatie-indicatoren

Mede naar aanleiding van de lage plaats van Máxima Medisch Centrum in de Algemeen Dagblad Ziekenhuis top 100, heeft de groepsraad een kernteam prestatie-indicatoren ingesteld. Dit team bestaat uit de directeur organisatieontwikkeling, medisch specialist, manager marketing en senior kwaliteitsadviseur.

De opdracht voor dit team is tweeledig. Ten eerste het op orde brengen van de registratie van de prestatie-indicatoren en het verhogen van de kwaliteit. Ten tweede het goed organiseren van de presentatie van de gegevens.

2.5.4. (Patiënt)veiligheidsmanagementsysteem

Het ziekenhuis is bezig met de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem. In het verslagjaar zijn voorbereidingen getroffen voor de implementatie van een belangrijk onderdeel hiervan, namelijk het blame free melden van incidenten. Er is software aangeschaft voor het geautomatiseerd melden van incidenten en verbeterpunten en voor het volgen van de verbeteracties naar aanleiding van deze meldingen. Er zijn pilots gestart op het klinisch laboratorium en de NICU, bij de klachten (bemiddeling en behandeling) en claims en bij de MIP-commissie. Na de pilot wordt het systeem op alle afdelingen in het ziekenhuis geïntroduceerd.

2.6. Verpleegkundige Adviesraad

In het verslagjaar zijn voorbereidingen getroffen voor de oprichting van een Verpleegkundige Adviesraad (VAR). Doel van de VAR is het professionaliseren van de verpleegkundige beroepsgroep en het adviseren van betrokkenen over beleid en ontwikkelingen die direct te maken hebben met de verpleegkundige beroepsinhoud. De VAR in oprichting heeft in 2006 een beleidsplan gemaakt. De officiële start is gepland in 2007.

3. PERSONEELSMANAGEMENT

3.1. Personeelsmanagement volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft personeelsmanagement als volgt:

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

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

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

3.2. Sociaal beleid

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

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

3.3. Leerhuis/MMC Academie

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

De doelstelling van het Leerhuis is het in samenhang organiseren en faciliteren van alle beroeps- en vervolgoopleidingen - in het bijzonder de medische opleidingen - en om deskundigheidsbevordering en bevordering van wetenschappelijk onderzoek. In juni 2006 is het Leerhuis een zelfstandig organisatieonderdeel geworden, rechtstreeks onder de raad van bestuur. Tegelijkertijd is de naam gewijzigd in MMC Academie.

3.3.1. Medische opleidingen

De specialismen reumatologie, intensive care, oogheelkunde en plastische chirurgie hebben in 2006 stappen gezet om te komen tot een erkende medische vervolgopleiding. Concrete resultaten worden de komende jaren verwacht. De opleidingen orthopedie locatie Eindhoven en chirurgie locatie Veldhoven zijn in het verslagjaar succesvol gevisiteerd. De opleiding voor

de subspecialisatie vaatchirurgie is in 2006 erkend. De samenwerking tussen Máxima Medisch Centrum en het Academisch Ziekenhuis Maastricht met betrekking tot de opleiding klinische genetica is geïntensiveerd.

OOR

De vorming van de zogenaamde Opleiding- en OnderwijsRegio's (OOR) kwam in 2006 in een stroomversnelling. Máxima Medisch Centrum valt zowel binnen het OOR Oost-Nederland met het UMC St. Radboud als binnen het OOR Zuidoost-Nederland met het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Het ziekenhuis onderhoudt intensieve contacten binnen beide OOR-en.

Co-assistentenopleiding

In 2006 is het aantal jaarplaatsen voor co-assistenten uitgebreid van 26 naar 31. In totaal 253 co-assistenten hebben in MMC een stageplek gekregen. Tevens nemen alle co-assistenten sinds januari deel aan gezamenlijk stageoverstijgend onderwijs.

Docentprofessionalisering

De curricula van de medische basis- en vervolgoopleidingen worden op dit moment aangepast volgens nieuwe onderwijskundige inzichten. Dit stelt nieuwe eisen aan de opleiders. Een aantal specialisten heeft daarom in 2006 de training Korte Klinische Beoordeling gevolgd.

3.3.2. Overige opleidingen

Verpleegkundige opleidingen

In 2005 is in samenwerking met de School voor de Zorgsector gestart met de ontwikkeling van een nieuw competentiegericht, flexibel en vraaggestuurd opleidingscurriculum voor de verpleegkundige beroepsopleiding niveau 4. Vanaf september 2006 biedt de school uitsluitend nog deze competentiegerichte leerroutes aan voor alle studenten uit de beroepsopleidende leerweg (BOL) en de beroepsbegeleidende leerweg (BBL).

Eind 2006 zijn de voorbereidingen gestart voor de implementatie van het project Onderwijsvernieuwing (beroeps)opleidingen MMC waarbij een fundamentele herstructurering plaatsvindt van de leer/werk- en stagestructuur van de verpleegkundige beroepsopleidingen. Het project wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met de School voor de Zorgsector/ROC Eindhoven en Fontys Hogeschool Verpleegkunde Eindhoven.

Verpleegkundige vervolgoopleidingen

In 2006 is een werkgroep specialistische verpleegkundige vervolgoopleidingen gevormd. Opdracht van de werkgroep is het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de praktijkopleiding in Máxima Medisch Centrum.

Bijzondere opleidingen

In Máxima Medisch Centrum zijn op verschillende plaatsen Physician Assistants (PA) en Nurse Practitioners (NP) aan het werk. Het ziekenhuis ondersteunt en stimuleert hiermee nieuwe ontwikkelingen in de zorg en profileert zich als topklinisch opleidings-ziekenhuis en goed werkgever. In 2006 waren binnen Máxima Medisch Centrum vier PA's aan het werk: één bij chirurgie en drie bij reumatologie. Afgestudeerde NP'ers werkten bij het neonatologisch centrum (twee) en bij interne geneeskunde in Eindhoven. Drie NP'ers zijn nog in opleiding: op de poli hartfalen/cardiologie in zowel Eindhoven als Veldhoven en op de poli dermatologie in Veldhoven.

Medisch ingenieurs

Eind 2005 zijn twee medisch ingenieurs in dienst getreden van Máxima Medisch Centrum. Zij hebben de studie Biomedische Technologie aan de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e) met succes afgerond en werken gedurende twee jaar op projectbasis voor de vakgroepen kindergeneeskunde/neonatologie en interne geneeskunde. Máxima Medisch Centrum en de TU/e werken nauw samen bij het zoeken naar de beste vormgeving van een vervolgoopleiding voor de medisch ingenieurs in de klinische praktijk. Dit heeft in 2006 geleid tot de opleiding Qualified Medical Engineer die beide medisch ingenieurs binnen MMC volgen.

3.3.3. Wetenschappelijk onderzoek en wetenschapsbureau

In 2006 is de commissie Wetenschap vier keer bij elkaar gekomen. De commissie komt periodiek bijeen om het wetenschappelijk onderzoek binnen het ziekenhuis te monitoren. De commissie Wetenschap heeft in 2006 een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van het Wetenschapsbureau. Met de aanstelling van een epidemioloog is het bureau sinds 1 oktober operationeel. Het Wetenschapsbureau onderhoudt en ontwikkelt de onderzoeksinfrastructuur in Máxima Medisch Centrum en is daarnaast verantwoordelijk voor begeleiding, ondersteuning en advisering bij het opzetten en uitvoeren van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek.

3.3.4. MedSim

Máxima Medisch Centrum werkt aan de totstandkoming van een multidisciplinair educatie- en simulatiecentrum (MedSim). In het centrum trainen professionals in teamverband ingewikkelde medische situaties. Verhogen van de patiëntveiligheid door een betere communicatie staat daarbij centraal. Er worden zeer geavanceerde simulatoren ingezet die de werkelijkheid tot in detail benaderen. Zo heeft Máxima Medisch Centrum in 2006 als eerste ziekenhuis in Nederland de beschikking gekregen over een zeer geavanceerde bevallingsrobot waarmee multidisciplinaire teamtrainingen zijn gegeven aan verloskundige teams.

De trainingen in MedSim zijn tevens toegankelijk voor medische teams uit andere ziekenhuizen dan Máxima Medisch Centrum. Zorgverzekeraars onderschrijven het belang van MedSim middels een bijdrage in de trainingskosten.

Het project MedSim resulteert in 2008 in de opening van een Multidisciplinair Educatie en Simulatiecentrum op het terrein van Máxima Medisch Centrum, locatie Veldhoven.

3.4. Arbeidsvoorwaarden

In het kader van het meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden zijn in 2006 twee nieuwe regelingen voor medewerkers beschikbaar gekomen:

- regelingen contributie beroepsvereniging en lidmaatschap vakbonden;
- regeling extra reiskosten woon/werkverkeer. Van deze regeling is door ongeveer 3000 medewerkers gebruik gemaakt.

Daarnaast is het fietsplan geactualiseerd en is de uitvoeringsregeling van het fietsplan vereenvoudigd.

Kinderopvang

In de loop van 2006 werd duidelijk dat er door de nieuwe wet kinderopvang veel zou veranderen in de manier waarop werkgevers bijdragen aan de kosten voor kinderopvang. De wet is per 1 januari 2007 ingevoerd. De belangrijkste wijziging is dat de bijdrage in de bijdrage rechtstreeks via de belastingdienst naar de medewerkers wordt overgemaakt. Het contract met Mens en Werk, de organisatie die namens MMC de regeling uitvoerde, is om die reden opgezegd.

3.5. Arbeidsomstandigheden

3.5.1. Hepatitis B

De nota Hepatitis B-beleid is in mei 2006 vastgesteld. Daarna is een implementatietraject gestart.

3.5.2. Risico-inventarisatie en -evaluatie

In 2006 is een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) uitgevoerd op de volgende afdelingen:

- spoedeisende hulp Eindhoven, inclusief gipskamer;
- spoedeisende hulp Veldhoven, inclusief gipskamer;
- operatiekamers Eindhoven.

Daarnaast is voor de in 2005 uitgevoerde RI&E in het facilitair bedrijf het plan van aanpak gevalideerd en is een klinische les over de RI&E verzorgd voor het personeel van de operatiekamers in Eindhoven.

3.5.3. Fysieke belasting / werkplekonderzoeken

Máxima Medisch Centrum kent een beleid fysieke belasting. Op verzoek van de bedrijfsarts en leidinggevenden zijn in het verslagjaar 36 ergonomische werkplekonderzoeken uitgevoerd door de arbeidsfysiotherapeut. Op locatie Eindhoven zijn 13 onderzoeken uitgevoerd; in Veldhoven 23. Vijfentwintig onderzoeken werden aangevraagd door de zorggroepen; elf door de ondersteunende afdelingen. Ten opzichte van 2005 is het aantal onderzoeken (36) gelijk gebleven. Naast individuele adviezen zijn dit jaar ook trainingen aan groepen verzorgd. Er wordt in toenemende mate een beroep gedaan op de arbeidsfysiotherapeut voor ondersteuning bij productontwikkeling, innovatie en nieuw- en verbouwplannen.

De Arbocommissie heeft in 2006 geld beschikbaar gesteld voor een pilot RSI op vier werkplekken. Dit naar aanleiding van de vele klachten van polikliniekmedewerkers op het spreekuur van de bedrijfsarts en de resultaten van de werkplekonderzoeken van de arbeidsfysiotherapeut. De arbeidsfysiotherapeut heeft tevens deelgenomen aan externe werkgroepen ten behoeve van de regionale visievorming over fysieke belasting.

3.5.4 Bezoek Arbeidsinspectie

Eind 2006 heeft de Arbeidsinspectie Máxima Medisch Centrum voor een periodiek onderzoek bezocht. Daarbij stonden de volgende onderwerpen op de agenda: fysieke belasting, cytostatica, agressie en geweld, narcosegassen. Er werd getoetst op beleidsmatige aspecten en procedures en er vond een bezoek aan afdelingen plaats.

3.5.5. Arbocommissie

De Arbocommissie is in het verslagjaar zes maal bijeengeweesd waarbij onder andere de volgende onderwerpen op de agenda hebben gestaan:

- audit Medi Risk;
- preventiemedewerker;
- plan van aanpak RI&E facilitair bedrijf;
- fysieke belasting;
- beleid beroepsziekten;
- bezoek arbeidsinspectie;
- toekomst van de arbozorg in relatie tot Go4Max;
- bedrijfsopvangteam (BOT);
- gezondheidsmanagement.

4. MIDDELENMANAGEMENT

4.1. Middelenmanagement volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft middelenmanagement als volgt:

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

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

4.2. Financiën

4.2.1. Landelijke ontwikkelingen

In de landelijke politiek is in 2006 opnieuw veel aandacht besteed aan het beperken van de kosten van de gezondheidszorg. Zoals verwacht heeft de minister vanwege het overschrijden van het budgettair kader zorg een generieke korting aan de ziekenhuissector opgelegd. In eerste instantie is deze korting in zijn geheel bij de ziekenhuizen neergelegd. De ziekenhuizen zijn hiertegen succesvol in beroep gegaan. Máxima Medisch Centrum heeft hierin een actieve rol gespeeld. De korting is op dit moment weliswaar niet van tafel, maar wel minder hoog dan eerst verwacht werd.

Door de marktwerking in het B-segment staan de prijzen onder druk. Dit geldt vooral voor ingrepen waarin ook privéklinieken zich hebben gespecialiseerd. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat privéklinieken over het algemeen minder zware patiënten behandelen en een overeenkomstige kostenstructuur hebben.

De hervorming van de financiering in de gezondheidszorg is nog volop in ontwikkeling. In 2006 is zicht gekomen op de nieuwe wijze van financiering van de medisch specialisten in opleiding. In voorgaande jaren lag hier nog een taak voor het lokaal overleg (overleg tussen ziekenhuis, specialisten en zorgverzekeraars). Vanaf 1 januari 2006 is er een belangrijke rol voor de opleidingsuniversiteiten.

In 2006 is er veel aandacht geweest voor de plannen rond de liberalisering van het vastgoed en de kapitaalslasten. De overdracht aan de ziekenhuizen is een majeure onderneming waaraan voor de individuele ziekenhuizen de nodige risico's zijn verbonden. In 2006 is door de politiek en het departement hard gewerkt aan het uitwerken van de plannen. Naar verwachting worden deze 1 januari 2008 operationeel.

Landelijk is het verslagjaar veel werk gemaakt van het verbeteren en stabiliseren van de DBC-methodiek. De politiek, maar ook de ziekenhuizen en medisch specialisten willen graag financiering op basis van output. Het FB-systeem en de lumpsum voor de medisch specialisten wordt vervangen door een systeem van outputpricing (met of zonder vaste prijzen of prijsplafonds). Op dit moment is nog onbekend wanneer dit systeem ingevoerd wordt.

4.2.2. Máxima Medisch Centrum

Opbrengsten

De totale opbrengsten in 2006 bedroegen 187 miljoen. Het overgrote gedeelte bestaat uit wettelijk budget aanvaardbare kosten (het zogenoemde A-segment).

De opbrengsten worden onderverdeeld in:

	miljoen euro
A. wettelijk budget aanvaardbare kosten (A-segment)	163,1
B. nagekomen budgetaanpassingen	0
C. opbrengsten B-segment	13,7
D. overige bedrijfsopbrengsten	10,2
TOTAAL	186,9

A. Wettelijk budget aanvaardbare kosten (A-segment)

Het wettelijk budget aanvaardbare kosten is circa 2 miljoen hoger dan in 2005. Dit komt voornamelijk door een stijging van de productieparameters, de prijsindex en door het volledig toekennen van de fusiebonus.

in jaarrekening 2005 opgenomen budget 2005	161,9
vergoeding voor loon- en prijsstijging	2,3
productieontwikkelingen / schoning B-segment	0,9
aanpassing kapitaalslasten	-1,9
uitbreiding erkenning en instroom agio's	0,2
korting prestatiecontract	-2,1
opleidingsfonds	0,6
fusie-effect	0,2
overige mutaties	1,0
in jaarrekening 2006 opgenomen budget 2006	163,1

B. Nagekomen budgetaanpassingen

De nagekomen budgetaanpassingen waren in 2006 gering. Het betrof een negatieve bijstelling van € 100.000.

C. Opbrengsten B-segment

Het totaal aan opbrengsten in het B-segment (inclusief mutatie onderhanden werk) bedroeg in 2006 13,7 miljoen. Dit is aanzienlijk hoger dan het voorgaande jaar. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door een stijgende productie of prijsstijging in het B-segment, maar vooral doordat in 2006 het gehele jaar het B-segment gold, terwijl in 2005 dat slechts 11 maanden betrof. In 2005 werd het B-segment geïntroduceerd, in dat jaar ontstond voor het eerst een grote post onderhanden werk (van 0 naar 3,7 miljoen). De mutatie in het onderhanden werk 2006 is logischerwijs veel geringer.

D. Overige opbrengsten

De overige opbrengsten zijn in 2006 ruim 10 miljoen. Ook hier is een stijging te zien ten opzichte van 2005. Dit betreft voornamelijk de ESF-subsidie.

Kosten

In onderstaande opsomming worden de kosten van 2006 uitgesplitst naar kostensoort. Daarbij is een vergelijking gemaakt met 2005.

x 1.000 euro	2005	2006	verschil
salariskosten	€ 85.561	€ 88.526	3,5%
sociale lasten	€ 15.905	€ 17.053	7,2%
andere personeelskosten	€ 3.972	€ 5.013	26,2%
subtotaal	€ 19.877	€ 22.066	11,0%
<i>totaal personele kosten</i>	€ 105.438	€ 110.592	4,9%
voeding	€ 1.942	€ 1.957	0,8%
hotelmatige kosten	€ 4.250	€ 4.401	3,6%
algemene kosten	€ 11.184	€ 11.611	3,8%
patiëntgebonden kosten	€ 34.284	€ 35.938	4,8%
terrein- en gebouwgebonden kosten	€ 3.290	€ 3.691	12,2%
<i>totaal materiele kosten</i>	€ 54.950	€ 57.598	4,8%
<i>totaal kapitaallasten</i>	€ 19.326	€ 19.218	-0,6%
totaal generaal	€ 179.714	€ 187.408	4,3%

De totale kosten zijn gestegen met 4,3%. De personele kosten zijn met 4,9% toegenomen. Dit wordt onder andere verklaard doordat er 22 fte medewerkers meer in dienst zijn. De stijging bij de sociale en andere personeelskosten worden mede veroorzaakt door de meerkeuze systematiek arbeidsvoorwaarden waarvan veel werknemers gebruik gemaakt hebben.

De stijging van bij de patiëntgebonden kosten is bijna in zijn geheel toe te schrijven aan toename van de kosten voor geneesmiddelen met 1,2 miljoen euro.

4.2.3. Resultaat

Samenvattend heeft Máxima Medisch Centrum het jaar 2006 met een klein negatief resultaat afgesloten.

totale opbrengsten	186,9	miljoen euro
totale kosten	187,4	miljoen euro
resultaat	- 0,5	miljoen euro

4.3. DBC's

Bestuursverklaring vervangen door juistheidsverklaring

Middels het landelijk verplichte verantwoordingsdocument totaalbedrag gefactureerde DBC's (juistheidsverklaring) verklaart Máxima Medisch Centrum dat het totaalbedrag aan gefactureerde A- en B-DBC's in 2006 juist is en overeenstemt met de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering (Regeling AO/IC). De door de accountant goedgekeurde juistheidsverklaring is afgegeven aan Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit en is in de plaats gekomen van de vorig jaar geïntroduceerde bestuursverklaring. In de toelichting bij de juistheidsverklaring zijn de activiteiten genoemd die Máxima Medisch Centrum in 2006 heeft ondernomen om te voldoen aan de Regeling AO/IC. Tevens is aangegeven welke aanvullende activiteiten in 2007 worden ondernomen. In 2006 betroffen deze activiteiten onder andere de structurele opleiding van medewerkers in de DBC-systematiek, het opzetten van de administratieve organisatie, het uitvoeren van de steekproef dossiercontroles,

volledigheid van de DBC-registraties en een volledige bronregistratie. In 2007 ligt de nadruk op het volledig maken van de administratieve organisatie.

Beter grip op registratie

In 2006 is hard gewerkt aan het verbeteren van de DBC-registratie. De registratiegraad is nu continu boven de 98%. De uitval (DBC's waar de nodige verrichtingen ontbreken) ligt nog wel aan de hoge kant. Dit blijft een punt van aandacht. Het kenniscentrum DBC's is verder vorm gegeven. Medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers kunnen hier terecht met vragen over de registratievoorschriften rond DBC's. Vanuit het kenniscentrum worden ook cursussen verzorgd voor onder andere de arts-assistenten.

Onderhandelingen zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren

Er is uitgebreid met zorgverzekeraars en medisch specialisten gesproken over de zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren. Voor de kwaliteitsindicatoren is aangesloten bij de standaarden van de zorgverzekeraars.

Facturatie volgens DBC's

In 2006 is gefactureerd volgens de DBC methodiek. Deze methodiek veroorzaakte in het gehele land een te hoge facturatiestroom. Ook in MMC leidde dit tot een te grote kasstroom.

De nieuwe zorgverzekeringswet heeft veel extra werk gezorgd. Vooral het feit dat heel veel patiënten van zorgverzekeraar zijn gewisseld veroorzaakte vele 'foutieve' rekeningen.

4.4. ICT

Informatisering en automatisering zijn niet meer weg te denken uit de zorg. ICT is bij uitstek geschikt om de zorgprocessen en de administratieve registratie daarvan te ondersteunen. Met de invoering van meer systemen groeit ook de afhankelijkheid van Máxima Medisch Centrum van deze informatiesystemen. Dit vraagt om een steeds grotere beschikbaarheid en betrouwbaarheid van de informatiesystemen en de onderliggende infrastructuur.

In 2006 is veel aandacht besteed aan de verdere invulling van een robuuste ICT infrastructuur. Op beide locaties zijn de computerruimtes opnieuw ingericht, waarmee de basis gelegd is voor een geografisch redundant systeem. Op beide locaties is tevens een draadloos netwerk gerealiseerd als basis voor de implementatie van spraak- en data-applicaties. Mobiliteit en flexibiliteit van handelen spelen hierbij een grote rol. Op het gebied van informatiebeveiliging is het beleid ingevuld en zijn de eerste maatregelen uitgevoerd.

Ter ondersteuning van een efficiëntere zorg is een functionaliteitenplan uitgewerkt en geaccordeerd onder de titel 'Ezis voor Zorggroepen' dat in de komende drie tot vijf jaar geëffectueerd wordt.

De integratie van de locaties Veldhoven en Eindhoven is op het niveau van informatiesystemen gerealiseerd. Voorbeelden hiervan zijn de nieuwe module ten behoeve van de spoedeisende hulp en de nieuwe release van Parance voor de fysiotherapie.

De efficiëntie van processen is verhoogd door de invoering van het elektronisch versturen van brieven in plaats van de bestaande papieren stroom. Daarnaast is er een koppeling gerealiseerd tussen het centrale EZIS en het patiëntenvoedingssysteem Culicart, waardoor restauratieve voorzieningen automatisch mutaties van patiënt doorkrijgt.

In 2007 gaat de aandacht uit naar het verbeteren van de instandhouding en de serviceverlening. Tevens wordt extra aandacht besteed aan een zo hoog mogelijke technische beschikbaarheid en functionaliteit van het EZIS. Ook wordt gestart met de introductie van nieuwe functionaliteiten in het kader van EZIS voor zorggroepen zoals het elektronisch voorschrijven van medicatie. Het draadloze netwerk t.b.v. mobiele telefonie met de geïntegreerde functie van de bestaande seinen en oproepsystemen wordt eveneens in 2007 in gebruik genomen.

4.5. Huisvesting

4.5.1. Lange Termijn Huisvestings Plan

Het vigerende Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP) is in 2004 binnen de kaders van de WZV vastgesteld. Deze wet is in 2006 is vervangen door de WTZi. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de financiering van de kapitaallasten en daarmee ook voor de huisvestingskosten en benuttingsgraad van de gebouwen. Sinds dit jaar is duidelijk dat er een relatie gelegd zal worden tussen productie en huisvestingskosten.

Het LTHP is van groot belang gebleken in het overleg met het College Bouw Zorginstellingen bij het verkrijgen van de vergunningen voor het vrouw-, moeder-, kindcentrum, het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg en het realiseren van een nieuw bestemmingsplan Veldhoven en Eindhoven. Ook bleek het LTHP achteraf van grote waarde bij het bepalen van de inbrengverplichting voor beide vergunningsplichtige bouwprojecten.

Met de WTZi en de modernisering van de kapitaallasten heeft het LTHP echter aan waarde ingeboet. Ook gewijzigde inzichten met betrekking tot de locatieprofilering, marktwerking en ruimtebenutting hebben hun invloed op de actualiteit van het LTHP. Ziekenhuizen dienen huisvestingskosten te reduceren door de hoeveelheid vierkante meters te verminderen of door de gebouwen zelf geld te laten genereren. MMC onderzoekt door middel van een masterplan vastgoedontwikkeling de mogelijkheden van zijn vastgoed, waarbij het accent momenteel op locatie Eindhoven ligt. Het masterplan is halverwege 2007 in concept gereed. In een latere fase wordt het masterplan vastgoedontwikkeling een van de peilers van een nieuw LTHP.

4.5.2. Vrouw-, moeder-, kindcentrum

De vergunning voor de bouw van het vrouw-, moeder-, kindcentrum (VMK-centrum) is op 15 mei 2006 door het College Bouw Zorginstellingen afgegeven. Het bestemmingsplan 'ziekenhuis Veldhoven' is aangepast en wordt in 2007 definitief. Daarmee is aan alle formaliteiten voldaan. De bouwvergunning wordt in 2007 aangevraagd; dit is slechts een formaliteit. In 2007 worden tevens het bestek en de directiebegroting afgerond. De (Europese) aanbesteding is op papier gezet en wordt nu juridisch getoetst.

In verband met de WTZi en de veranderende kapitaallastenregeling wordt een bedrijfsplan gemaakt dat moet aantonen dat het gebouw een uitdaging is en géén 'molensteen' wordt. In 2007 wordt een definitieve beslissing van de raad van bestuur verwacht. Het totale project kan dan 36 maanden later opgeleverd zijn.

4.5.3. Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Veldhoven

Het Regionaal Centrum Geestelijke gezondheidszorg Veldhoven (RCGV) is in de ontwerp-, bestek- en realisatiefase gekoppeld aan het VMK-centrum. De vergunning is eveneens in 2006 door het College Bouw Zorginstellingen afgegeven. De oplevering is een jaar eerder dan het VMK-centrum.

4.5.4 Renovatie beddenhuis locatie Eindhoven

De renovatie van het beddenhuis van locatie Eindhoven gaat definitief niet door. Hiervoor in de plaats wordt vervangende nieuwbouw van het beddenhuis gerealiseerd. De technische en functionele kwaliteit van het veertig jaar oude gebouw zijn zo slecht dat renoveren uiterst kostbaar zou zijn en met slechts een minimaal functioneel resultaat.

In 2007 wordt de studie afgerond die moet uitwijzen waar het nieuwe beddenhuis ten opzichte van het bestaande gebouw wordt gerealiseerd. Belangrijke afwegingen zijn de ontsluiting en de invloed het nieuwe gebouw op de vastgoedontwikkeling. In 2006 heeft een werkgroep belangrijke functionele uitgangspunten gedefinieerd die in het ontwerp meegenomen worden. Het nieuwe beddenhuis krijgt een op de locatieprofielen toegesneden klinische capaciteit.

In 2006 is naar aanleiding van de onderzoeksresultaten van de Schipholbrand zorgvuldig met de gemeente en externe experts gekeken naar de brandveiligheid van het huidige beddenhuis. Met het oog op de noodzakelijke plan- en bouw tijd voor vervangende nieuwbouw

van het beddenhuis is besloten een substantiële investering te doen in branddetectie en brandveiligheid in het gebouw. In combinatie met de verbetering van de bedrijfshulpverlening zal in 2007 voor het beddenhuis een gebruiksvergunning afgegeven worden.

4.6. Kennis

4.6.1. Promoties

In 2006 zijn twee medisch specialisten en twee arts-assistenten verbonden aan Máxima Medisch Centrum gepromoveerd:

- S. Romijn, arts-assistent chirurgie, promoveerde op 8 mei aan de Universiteit van Antwerpen op het proefschrift 'Isolated lung perfusion with melphalan; experimental and clinical study'.
- P.R. Fa-Si-Oen, arts-assistent chirurgie, promoveerde op 24 mei aan de Universiteit van Leiden op het proefschrift 'The value of mechanical bowel preparation in elective open colon surgery'.
- M.R. Nijziel, internist-hematoloog, promoveerde op 3 november aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift 'Hypercoagulability in cancer: new aspects of Trousseau's syndrome'.
- R.J.E.M. Smeets, revalidatie-arts, promoveerde op 8 december aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift 'Active rehabilitation for low back pain: cognitive-behavioral, physical or both?'

5. MANAGEMENT VAN PROCESSEN

5.1. Management van processen volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft management van processen als volgt:

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

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: een selectie van projecten, een overzicht van commissies en de audits en visitaties die in 2006 hebben plaatsgevonden.

5.2. Projecten

naam project	doel / te bereiken resultaten																																																									
Veilige Zorg	<p>In navolging van locatie Eindhoven is op 28 november 2006 het convenant Veiligezorg® getekend voor locatie Veldhoven.</p> <p>Verder heeft in het verslagjaar een uitrol van het project Veiligezorg® plaatsgevonden op de spoedeisende hulp (SEH) en de PAAZ van locatie Veldhoven. Hieruit zijn opmerkingen en aanbevelingen gekomen. In de loop van 2007 worden deze verwerkt in een plan van aanpak voor deze twee afdelingen. Verder is gewerkt aan een goed registratiesysteem van incidenten. Er is een digitaal meldingsformulier ontwikkeld dat in de loop van 2007 op intranet geplaatst wordt. Er is een start gemaakt met de planning van een aparte pagina over Veiligezorg® op intranet.</p> <p>Incidentencijfers:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Eindhoven</th> <th>Veldhoven</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>totaal aantal incidenten</td> <td>34</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>• dagopname</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• overig</td> <td>5</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>• poliklinieken</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>• spoedeisende hulp</td> <td>19</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>• verpleegafdelingen</td> <td>7</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>geweldsoorten</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• bedreigingen</td> <td>16</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• fysiek geweld</td> <td>14</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>• verbaal geweld</td> <td>23</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>overige informatie:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• slachtoffer gewond</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• medische behandeling noodzakelijk</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• onveilig gevoel</td> <td>8</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>• emotioneel geraakt</td> <td>4</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>• materieel</td> <td>1</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>• gemeld aan politie</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>• aangifte bij politie</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Eindhoven	Veldhoven	totaal aantal incidenten	34	41	• dagopname	1	1	• overig	5	29	• poliklinieken	2	3	• spoedeisende hulp	19	3	• verpleegafdelingen	7	5	geweldsoorten			• bedreigingen	16	1	• fysiek geweld	14	2	• verbaal geweld	23	5	overige informatie:			• slachtoffer gewond	1		• medische behandeling noodzakelijk	2		• onveilig gevoel	8	2	• emotioneel geraakt	4	11	• materieel	1	38	• gemeld aan politie	4	9	• aangifte bij politie	3	1
	Eindhoven	Veldhoven																																																								
totaal aantal incidenten	34	41																																																								
• dagopname	1	1																																																								
• overig	5	29																																																								
• poliklinieken	2	3																																																								
• spoedeisende hulp	19	3																																																								
• verpleegafdelingen	7	5																																																								
geweldsoorten																																																										
• bedreigingen	16	1																																																								
• fysiek geweld	14	2																																																								
• verbaal geweld	23	5																																																								
overige informatie:																																																										
• slachtoffer gewond	1																																																									
• medische behandeling noodzakelijk	2																																																									
• onveilig gevoel	8	2																																																								
• emotioneel geraakt	4	11																																																								
• materieel	1	38																																																								
• gemeld aan politie	4	9																																																								
• aangifte bij politie	3	1																																																								

<p>Geautomatiseerde dienstrooster-planning (SPX) en Human Resources (HR)-Acces</p>	<p>De implementatie van SPX heeft eind 2005 en begin 2006 hinder ondervonden van de gelijktijdige start van de implementatie van HR-Acces. Hierdoor is een groot beroep gedaan op de implementatiegroep SPX. Desondanks is een gedegen groepsindeling en planning voor trainingen gemaakt waardoor nagenoeg 75% van de afdelingen in 2006 is getraind in het gebruik van SPX. Naast de MMC-brede implementatie is de pilot afgerond en is toegewerkt naar een afronding van het project als zodanig. Een en ander heeft eind 2006 geleid tot een overdracht van alle verantwoordelijkheden inzake SPX naar de personeels- en salarisadministratie.</p> <p>Toekomst: Tot april 2007 wordt SPX op de resterende afdelingen in gebruik genomen. Vervolgens wordt bekeken wat SPX kan betekenen voor medewerkers die niet direct onder een afdeling vallen, voor arts-assistenten en voor artsen in loondienst.</p>
<p>Onderhoudsgroep ZIROP</p>	<p>In 2005 zijn voor het eerst oefeningen gehouden op basis van het in dat jaar vastgestelde ZiROP. De oefencyclus kent zeven stappen, die zijn uitgesmeerd over een heel jaar. De oefeningen lopen op van klein naar groot, waarbij de output van de ene oefening steeds de input vormt voor de volgende. In het voorjaar 2006 zijn de laatste oefeningen van deze 1^{ste} cyclus doorlopen. Voor het eerst werden daarbij ook sleutelfunctionarissen getraind met behulp van het ETS (Emergo training System). De cyclus werd op 11 maart 2006 afgesloten met een grote gezamenlijke oefening op locatie Eindhoven, die in nauwe samenwerking met de GHOR werd voorbereid. Met het doorlopen van de gehele oefencyclus, heeft MMC als een van eerste én een van de weinige ziekenhuizen in Nederland zijn ZiROP gestructureerd beoefend.</p> <p>Op basis van het verkregen evaluatiemateriaal uit de gehele cyclus en een toets aan het landelijke referentiekader ZiROP, is het MMC-ZiROP herschreven/aangepast hetgeen heeft geleid tot een nieuwe geaccordeerde versie door de raad van bestuur.</p> <p>Medio 2006 is het ' Kennisplatform ZiROP' opgericht, waarbij MMC zich heeft aangesloten. Hierin participeren alle Brabantse ziekenhuizen, Traumacentrum Brabant en de drie GHOR-regio's. Doel is het verder optimaliseren van de ZiROP's binnen de Brabantse ziekenhuizen. Het ' Kennisplatform ZiROP' heeft subsidie aangevraagd (en gekregen) bij ZonMW om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de oefencyclus nader uit te werken en didactisch te beschrijven, opdat deze beschikbaar komt voor gebruik in heel Nederland; • drie medewerkers per ziekenhuis op te leiden als basic-instructor ETS, hetgeen trainingen minder kostbaar maakt omdat met gesloten beurzen gewerkt kan worden. <p>Inmiddels is de oefencyclus opnieuw gestart, waarmee het opleiden-traineren-oefenen binnen MMC een vaste plek heeft gekregen goed geborgd is.</p> <p>Het eerste kwartaal van 2007 wordt opnieuw intensief geoefend. Op 10 maart staat een grote oefening met externe partners gepland. Verder wordt in 2007 bekeken in hoeverre de huidige constructie met een stuurgroep, een onderhoudsgroep en een werkgroep ZiROP gehandhaafd dient te worden. Er is veel overlap in samenstelling en de borging zou inmiddels binnen de lijn vorm kunnen krijgen.</p>

Zorglogistiek	<p>In het voorjaar van 2006 is het project patiëntenlogistiek, dat in 2004 van start is gegaan, geëvalueerd. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat het toepassen van logistieke principes op gang is gekomen. Tevens is een aantal logistieke doelen gesteld en zijn er concrete verbeterpunten gerealiseerd. Voorbeelden hiervan zijn: het werken met een vermoedelijke ontslagdatum, triage op de afdeling dagbehandeling en de inrichting van het cataractcentrum op locatie Eindhoven. Er is een start gemaakt met integrale productie- en capaciteitsmanagement.</p> <p>Het project patiëntenlogistiek is met de introductie van de nieuwe organisatiestructuur omgezet in een afdeling zorglogistiek. Deze afdeling ondersteunt de resultaat verantwoordelijke eenheden bij het verbeteren van de patiëntenplanning, het optimaliseren van capaciteitsbenutting en het wegwerken van te lange wachttijden.</p>
Consultatieve intensive care verpleegkundige en medical emergency team	<p>Het project consultatieve intensive care verpleegkundige (CIV) en medical emergency team (MET) is een initiatief van verpleegkundigen en artsen van de intensive care. Het project is onder andere opgezet om het aantal heropnames van ontslagen IC-patiënten te verminderen, met als gevolg een efficiënter gebruik van de IC-bedden. Tevens wordt door vroegtijdige herkenning van een conditieverslechtering van de patiënt op de verpleegafdeling getracht ernstige complicaties zoals acute dood te voorkomen.</p>
Organisatiebrede aanpak ondervoeding	<p>Máxima Medisch Centrum is één van de zes pilotziekenhuizen voor het project Sneller Beter, onderdeel ondervoeding. Aan de hand van een aantal vragen (SNAQ screeningsmethodiek) wordt in een vroeg stadium gesignaleerd of een patiënt ondervoed is. De antwoorden op de vragen leveren punten op en bij patiënten die slecht scoren wordt binnen 24 uur na opname actie ondernomen. Daarnaast kunnen patiënten hun broodmaaltijd uitkiezen van een buffetwagen. Voedingassistenten komen met deze wagen bij het bed van de patiënt en de patiënt kan op dat moment kiezen wat hij wil eten.</p>
Schisisoperaties bij kinderen	<p>In 2006 zijn voorbereidingen gestart om vanaf 2007 kinderen met schisis (een aangeboren spleet in lip, kaak of gehemelte) te behandelen in Máxima Medisch Centrum. Dit in samenwerking met het schisisteam van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen. Tot 2007 werden patiëntjes doorverwezen naar Nijmegen of Maastricht. Een zware belasting voor ouders en kind, aangezien een kind met schisis vele malen behandeld moet worden vanaf de geboorte tot ongeveer 18 jaar, wanneer het kind volgroeid is. Ten behoeve van deze zorg is een schisisverpleegkundige aangesteld.</p>
Fast track / ERAS	<p>In juni 2006 is de projectgroep ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) van start gegaan. De projectgroep bereidt de invoering voor van een nieuwe richtlijn omtrent buikoperaties. Door verbeterde voorlichting, preoperatieve voorbereiding, aangepaste pijnbestrijding en een gewijzigd postoperatief regime wordt zowel betere uitkomst als een verkorte ligduur bereikt. De patiënt voelt zich door invoering van de verschillende elementen minder ziek rond de operatie. De positieve effecten van deze richtlijn waren voor Máxima Medisch Centrum aanleiding om deel te nemen aan dit landelijke project, onder coördinatie van het CBO. In mei 2007 moet het ERAS protocol zijn uitgeschreven in een zorgpad. Tevens moeten alle onderdelen (pre- en postoperatief) dan ingevoerd zijn op alle betrokken afdelingen.</p>

Project elektronische correspondentie	Eind 2005 is in het vervolg op het project ZorgDomein een project gestart om de papieren correspondentie te vervangen door elektronische correspondentie. Vanaf januari 2006 worden alle poliklinische brieven naar huisartsen elektronisch verzonden. Er wordt hard aan gewerkt om alle andere correspondentie ook elektronisch te verzenden.
Nieuwe telefooncentrale	In het verslagjaar is de telefooncentrale vervangen. De nieuwe centrale heeft 2000 aansluitingen. MMC beschikt nu over een centrale met de meest moderne IP-technologie die gereed is voor de toekomst.
Informatiebeveiliging	MMC heeft zoals alle organisaties te maken met potentiële risico's die afbreuk kunnen doen aan de betrouwbaarheid van patiënt- en personeelsinformatie. Een projectgroep heeft daarom een informatiebeveiligingsbeleid en een daarbij behorend plan van aanpak opgesteld. In 2007 wordt gestart met pilots om het project te implementeren.
Project Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)	De medisch specialisten van Máxima Medisch Centrum participeren samen met zeven andere ziekenhuizen in het project Individueel Functioneren Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten. Naar aanleiding van de resultaten in de verschillende ziekenhuizen wordt een systeem voor de evaluatie van individuele specialisten ontwikkeld. Doel van de evaluatiegesprekken is het professioneel functioneren en daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg verder te verbeteren.
Cataract centrum	Sinds medio 2006 vinden alle cataractoperaties plaats op locatie Eindhoven in het cataractcentrum (cataractstraat). De operaties vinden plaats op de poliklinische operatiekamers. Patiënten kunnen hun eigen kleding blijven dragen en hoeven niet meer op een operatietafel te liggen. Ook het poliklinische traject is aangepast, waarbij het aantal bezoeken aan het ziekenhuis tot een minimum is beperkt.

5.3. Commissies

5.3.1. Beleids- en adviesplatform kwaliteit

Het beleids- en adviesplatform is het coördinatie- en adviesorgaan voor iedereen die met kwaliteit bezig is. De doelstelling van het platform is het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid en het opzetten en in stand te houden van een kwaliteitssysteem. Met behulp van dit systeem wordt een continu streven naar verbeteringen bewerkstelligd, zowel op organisatieniveau als op afdelingsniveau en op het niveau van het individu.

In het verslagjaar heeft het platform uitgebreid stilgestaan bij het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Resultaat hiervan was een advies aan de raad van bestuur om het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem op een andere wijze vorm te geven. Dit wordt in 2007 gerealiseerd.

5.3.2 Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie

In het verslagjaar fungeerde een voorlopige Beroepen Individuele Gezondheidszorg-commissie (BIG-commissie). De commissie bestaat uit een zorggroepmanager, een ziekenhuisapotheker, een opleidingsfunctionaris en een unithoofd. De commissie is beperkt in vergadering geweest. In het verslagjaar is onder andere aandacht besteed aan:

- positie commissie nu en in de toekomst;
- afstemming met management zorg, protocollencommissie, MIP-commissie en commissie regulier inspectiebezoek;
- relatie BIG met prestatie-indicatoren;
- intraveneus medicatiebeleid;
- controle op toediening van medicatie en aanscherping medicatieprotocollen;
- harmonisatie van protocollen;
- autorisatie van specifieke functies;
- beoordeling van specifieke protocollen;
- oriëntatie op onderhoud/certifiering van bekwaamheden.

5.3.3. Bloedtransfusiecommissie

De bloedtransfusiecommissie stelt het transfusiebeleid in het ziekenhuis op, bereidt de vaststelling van richtlijnen betreffende het transfusiebeleid voor en begeleidt de implementatie van deze richtlijnen. De commissie richt zich daarbij op een veilig, zuinig en efficiënt gebruik van bloedproducten. Verder bespreekt de commissie de meldingen van transfusiereacties en organiseert interne audits ter toetsing van de gehele transfusieketen.

De bloedtransfusiecommissie is samengesteld uit de volgende leden: twee anesthesiologen, twee klinisch chemici, twee internisten, een algemeen chirurg, een kinderarts, twee verpleegkundigen, een groepshoofd bloedtransfusielaboratorium en een vertegenwoordiger van de klinisch consultatieve dienst van de bloedbank (Sanquin).

De commissie kwam in 2006 tweemaal in vergadering bijeen. Daarbij kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- verbruik van bloedproducten in 2005;
- transfusiereacties: overzicht 2005, nieuwe transfusiereacties 2006 en specifieke aandacht voor TRALI (transfusion related acute lung injury);
- nieuw reglement bloedtransfusiecommissie;
- voorstel voor nieuwe chirurgische bloedbestellijst;
- beleid bij massale transfusies;
- transfusies buiten ziekenhuis (werkgroep thuistransfusies);
- trombocytransfusies bij refractairiteit;
- beleid bij door patiënt gewenste autologe bloedtransfusies;
- beleid VVP bij rhesusnegatieve ontvangers.

De komende jaren wordt nadrukkelijk het hemovigilantiebeleid belicht. In 2007 wordt een hemovigilantiemedewerker aangesteld, zodat vooral op de klinische afdelingen meer aandacht kan worden gegeven aan scholing, protocollering, optimalisatie registratie van transfusiereacties en implementatie van verbeteringen op het gebied van de bloedtransfusieketen. Ook de uitvoering van interne audits past binnen dit beleid. Verder gaat de commissie aandacht besteden aan de volgende onderwerpen:

- implementatie van de nieuwe chirurgische bloedbestellijst;
- nieuwe richtlijn massale transfusies;
- indicaties voor toediening van de verschillende kort houdbare bloedproducten en bewaking en toetsing van deze indicaties;
- richtlijnen opstellen voor het gebruik van lang houdbare bloedproducten zoals stollingsfactorconcentraten (Cofact enz.).

5.3.4. Centrale opleidingscommissie AIOS (COCA)

Doelstelling van de commissie is het bewaken en bevorderen van het opleidingsklimaat voor de artsen in opleiding tot specialist (AIOS). Dit wordt bereikt door het toezien op de kwaliteit van de in het ziekenhuis aanwezige opleidingen tot klinisch en klinisch-ondersteunend specialist. Verder dient de commissie als overlegforum voor opleiders, AIOS en opleidelingen, raad van bestuur en MMC Academie. De commissie behartigt tevens de belangen van de AIOS. De commissie bestaat uit twintig leden van de medische staf, acht AIOS en opleidelingen, een lid raad van bestuur en de decaan en manager van MMC Academie.

De COCA kwam in 2006 vier maal in vergadering bijeen. Terugkerende onderwerpen van overleg waren onderwijsactiviteiten, nieuwe (beoogde) opleidingen, voorbereiden en bespreken van visitaties, MMC Academie, OOR-vorming, contacten met Academisch Ziekenhuis Maastricht, het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, de vereniging Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ) en de Brabant Medical School.

5.3.5. Decubitus

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

In het verslagjaar is de stuurgroep diverse malen bijeengekomen. Hoofdonderwerpen waren de implementatie van het behandelprotocol en de prevalentie meting. Ook de vakgroepen decubitus kwamen verschillende malen bij elkaar. Onderwerpen waren de evaluatie van het preventieprotocol, de implementatie van het behandelprotocol en de (training voor) de prevalentie metingen op beide locaties. De prevalentie metingen vonden plaats op 3 en 10 oktober en werden uitgevoerd door de leverancier van anti-decubitusmatrassen. Uit de meting blijkt een stabiel effect van het preventieprotocol. De prevalentie van decubitus is in vergelijking met 2005 namelijk gelijk gebleven met 5%. In 2007 vindt opnieuw een prevalentie meting plaats.

Verder is in 2006 binnen het regionaal overleg een aanzet gemaakt voor een regionaal protocol in samenwerking met de thuiszorg, regioziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit krijgt in 2007 een vervolg.

Tevens is gestart met de ontwikkeling van een registratiesysteem met betrekking tot de incidentie van decubitus ten behoeve van de prestatie-indicatoren. In 2007 wordt dit verder uitgewerkt.

5.3.6. Materiaal adviescommissie

Doelstelling van de commissie is om in overleg met gebruikers zorgdragen voor:

- handhaving en verbetering van een geschikt (gestandaardiseerd) assortiment van medische hulpmiddelen, passend bij de toepassingsgebieden welke voortvloeien uit de functie van het ziekenhuis;
- handhaving en verbetering van de kwaliteit van de (al dan niet steriele) medische hulpmiddelen, die in ons ziekenhuis worden gebruikt;
- ontwikkeling van procedures, instructies en begeleiding van procedures met betrekking tot de aanschaf en proefplaatsingen van nieuwe medische hulpmiddelen;
- streven naar harmonisatie van medische hulpmiddelen binnen de gebruikersgroepen;
- bewaken en signaleren van de financieel-economische gevolgen van veranderingen in het assortiment medische hulpmiddelen, waarbij als uitgangspunt een goed product tegen een redelijke prijs gehanteerd wordt.

De commissie bestond in 2006 uit drie zorggroepmanagers, een inkoper, een verpleegkundig unithoofd, een verpleegkundige en een hygiënist. Er was onder andere aandacht voor:

- introductie 3M afdek materiaal op de operatiekamers in Veldhoven, waardoor standaardisatie over de twee locaties werd bereikt;
- omzetting en implementatie nieuwe firma voor wondzorg;
- Lohmann & Rauscher (m.u.v. specialités) over de twee locaties;
- afronding werkgroep nieuwe bedden;
- modificatie van de Fresenius voedingspompen;
- afronding werkgroep stomazorg;
- implementatie ontharingsbeleid over de beide locaties;
- plan van aanpak m.b.t. de standaardisatie van handschoenen.

5.3.7. Geneesmiddelencommissie

niet ontvangen

5.3.8. Commissie huisarts-specialist

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

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

De nascholingen worden in 2007 op dezelfde manier georganiseerd als in het afgelopen jaar. Het doel blijft om via deze unieke vorm van nascholing, de onderlinge communicatie tussen huisartsen en specialisten te bestendigen en te bevorderen. Gezien het karakter van de commissie lijkt inbedding in andere huisartsgeoriënteerde organisaties minder aantrekkelijk.

5.3.9. Infectiecommissie

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

De commissie kwam in het verslagjaar vier maal bijeen. In 2006 zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- legionella locatie Eindhoven;
- contactisolatie bij Clostridium difficile (verdenking);
- concept-fube deskundige desinfectie;
- beleid bij pandemie vogelgriep;
- schoonmaak in relatie tot infectiepreventie;
- TBC-beleid;
- inspectie verslag follow-up bezoek 07-02-06 infectiepreventiebeleid;
- MRSA dialyseafdeling en 3B;
- voortgang MRSA afdeling 2 locatie Eindhoven;
- jaarverslag infectiecommissie 2005;
- projectplan opzet structurele scholing endoscopen;
- voortgang prikaccidentenprotocol;
- jaarverslag prikaccidenten 2005;
- nieuw beleid t.a.v. MRSA bij veehouders;
- voortgang inspectiebezoek;
- advies inbedding functie deskundige desinfectie binnen afdeling hygiëne en infectiepreventie;
- presentatie vernieuwd handboek MRSA.

5.3.10. Kwaliteitscommissie medische staf

De commissie bestaat uit zeven leden van de medische staf. Adviserende leden zijn twee adviseurs kwaliteit. Het doel van de commissie is inhoud, vorm en uitvoering geven aan het proces van ontwikkeling, verbetering en borging van kwaliteit van de medische zorgverlening. Dit doel wordt bereikt door het gevraagd en ongevraagd adviseren van de medische staf en de raad van bestuur, het bevorderen van het samenstellen van jaarverslagen door maatschappen/vakgroepen binnen Máxima Medisch Centrum, het bevorderen dat aanbevelingen uit visitaties gerealiseerd worden

Het bevorderen dat (landelijke) richtlijnen en consensusafspraken met betrekking tot het medisch handelen vertaald worden naar de medische zorg in Máxima Medisch Centrum en het participeren in het beleids- en adviesplatform kwaliteit Máxima Medisch Centrum.

De commissie kwam in 2006 zesmaal bijeen. De volgende onderwerpen zijn aan de orde geweest:

- organisatie rond het jaarverslag 2005 van de medische staf;
- projectvoorstel complicatieregistratie;
- procedure rond het aanbieden van de CBO-richtlijnen en inventarisatie van reacties;
- bespreken van visitatierapporten;
- meewerken aan het opstellen van een aantal protocollen:
 - informed consent (voorlichting patiënten betreffende onderzoek en/of behandeling en het verkrijgen van toestemming hiervoor);
 - voorkomen van links-rechts verwisselingen;
 - handelwijze bij acuut optredende verwardheid;
 - handelwijze arts bij het weigeren van een behandeling.
- medische kwaliteitsdocumenten, zoals bovengenoemde protocollen, staan voortaan op intranet.

5.3.11. Medisch Ethische Toetsings Commissie

Doel METC

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

Bij de toetsing staan de eerbiediging van de waardigheid en grondrechten -in het bijzonder het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art.10 Grondwet) en het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (art.11 Grondwet)- van de proefpersonen centraal.

In een onderzoeksprotocol mogen voornoemde rechten en belangen van de proefpersoon nimmer ondergeschikt worden gemaakt aan onderzoeksdoelstelling en -belang.

De kwaliteit van het onderzoek op zich en de bescherming van de onderzoeker zijn in de WMO oorspronkelijk niet als een doel van de toetsing van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen geformuleerd. Toch is onmiskenbaar dat het waarborgscheppende kader van de wet tevens een kwaliteitsimpuls voor het onderzoek behelst en in het belang werkt van de onderzoekers die medisch- wetenschappelijk onderzoek met mensen uitvoeren.

Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is gericht op de activiteiten van de commissie zelf. De kwaliteit is onder meer afhankelijk van de mate waarin commissieleden geïnspireerd, kritisch en onafhankelijk in goede samenwerking de toetsing uitvoeren. Om de officiële erkenning als medisch ethische toetsingscommissie te behouden zijn de vereiste erkenningeisen van de CCMO (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek) van toepassing. De METC is samengesteld uit een voldoende aantal leden en plaatsvervangende leden, die gezamenlijk over de juiste kwalificaties en ervaring beschikken om de wetenschappelijke, medisch en ethische aspecten van een onderzoeksvoorstel te kunnen beoordelen en evalueren.

Besluitvorming

De commissie kwam in 2006 achtmaal bijeen om vijftien onderzoeksaanvragen (plus twee van 2004 en vier van 2005) als primair toetsende commissie te beoordelen en om 37 onderzoeksaanvragen en in totaal twee amendementen en twee SAE's (met een positief oordeel van een erkende METC) te beoordelen voor uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in Máxima Medisch Centrum. In totaal 21 SAE's, twee ASR's en twee amendementen zijn als primair toetsende commissie beoordeeld.

De METC verleende namens de raad van bestuur 37 toestemming tot uitvoering van een onderzoek in MMC. Als toetsende commissie verleende zij zevenmaal goedkeuring; één onderzoeksaanvraag werd afgewezen. Over zeve onderzoeksaanvragen is nog geen besluitvorming geweest. Twee aanvragen van 2004 en vier van 2005 werden als primair toetsende commissie goedgekeurd.

Van de ingediende onderzoeksvorstellen was er in 37 gevallen sprake van toetsing voor lokale uitvoerbaarheid. Bij de toetsing als primair toetsende commissie was er driemaal sprake van onderzoek in samenwerking met de industrie, tienmaal was er sprake van eigen onderzoek, tweemaal externe aanvragen.

Naast de beoordeling van de ingediende onderzoeksvorstellen heeft de commissie in haar vergaderingen o.a. aandacht besteed aan:

- de activiteiten van de Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsingscommissies
- erkenningseisen volgens de WMO (en CCMO)
- toetsingsprocedure multicenter-onderzoek geneesmiddelen van WMO naar praktijk
- verzekering en aansprakelijkheid
- SAE's
- ASR's
- amendementen
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)
- ABR-formulier
- aanscherpen procedures toetsing lokale uitvoerbaarheid
- aanscherpen procedures primaire toetsing
- tripartite samenwerkingsovereenkomst (TSO)
- wetenschapsfonds (SWF)
- voortgangsrapportage studies
- EU-richtlijn Goede Klinische Praktijken
- Standard Operating Procedures (SOP's) voor METC-leden
- Standard Operating Procedures voor onderzoekers
- werkgroep leesbaarheid en begrijpelijkheid van de patiënten en het toestemmingsformulier (PIF-werkgroep)
- MMC Academie en de plaats van de METC hierin
- samenwerking Fontys Paramedische Hogeschool
- safetyparameters
- vergoeding onderzoekers
- artikelen Nederlands Tijdschrift Geneeskunde
- beroepsprocedure negatief oordeel

Overzicht ingediende onderzoeksaanvragen

Toetsing lokale uitvoerbaarheid MMC treedt op als toetsende commissie

indieners	totaal aantal		cat. a (firma)	cat. b (eigen)	cat. c (extern)
cardiologie	3	3	-	-	-
chirurgie	3	3	-	-	-
dialyse	1	-	-	1	-
gynaecologie	17	13	-	4	-
interne geneesk.	14	10	3	1	-
kindergeneeskunde	2	2	-	-	-
longziekten	4	4	-	-	-
neonatalogie	2	1	-	1	-
orthopedie	2	1	-	1	-
sportgeneeskunde	1	-	-	1	-
ziekenhuisapotheek	1	-	-	1	-
extern	2				2
totaal	52	37	3	10	2

5.3.12. Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

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

De commissie MIP wordt gevormd door drie medisch specialisten, een ziekenhuisapotheker, een arts-assistent, hoofd fysiotherapie, een verpleegkundige, een bedrijfsmanager en een unitleider. Het jaar 2006 is het eerste volledige jaar van de commissie. De leden vormen tevens een tweetal werkgroepen MIP, één voor locatie Eindhoven en één voor locatie Veldhoven. De werkgroepen komen elke week bijeen; de voltallige commissie vergaderd elke maand.

In 2006 zijn er 513 meldingen door de MIP commissie ontvangen. Hiervan zijn er 63 behandeld in de commissievergadering. Bij 25 meldingen is er een aanbeveling gedaan.

meldingen	2005* aantal	2006 aantal
meldingen	533	513
herkomst melding		
	aantal	aantal
verpleging	415	405
medici	40	51
apothek	7	2
paramedici	51	33
overig	10	23
aard incident		
	aantal	aantal
valincidenten	188	162
medicatiefouten	183	169
overig	162	183

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

5.3.13. Onderzoekscommissie medische calamiteiten

Een medische calamiteit is: 'iedere niet beoogde of onverwachte gebeurtenis bij een medische, verpleegkundige of verzorgende (be)handeling of bij toepassing van medische hulpmiddelen, apparatuur of geneesmiddelen gedurende transport, diagnostiek, behandeling, verpleging of verzorging van een patiënt, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor die patiënt heeft geleid'.

Bij elke medische calamiteit die zich voordoet wordt door de raad van bestuur een onderzoekscommissie geformeerd die, naast het onderzoeken van de toedracht van de calamiteit, aanbevelingen formuleert ter voorkoming van vergelijkbare calamiteiten. Tevens wordt de Inspectie voor de Volksgezondheid geïnformeerd. In het verslagjaar heeft zich één medische calamiteiten voorgedaan.

medische calamiteiten	2002 aantal	2003 aantal	2004 aantal	2005 aantal	2006 aantal
medische calamiteiten	5	2	5	3	1

5.3.14. Orgaan- en weefseldonatie niet ontvangen

5.3.15. Commissie ethiek

De commissie bestaat uit een longarts (voorzitter), intensivist, psycholoog, geestelijk verzorger, zorggroepmanager, verpleegkundig specialist oncologie, verpleegkundig afdelingshoofd, ethicus, huisarts en ambtelijk secretaris. Doel van de commissie is de raad van bestuur, stafbestuur, medisch specialisten en medewerkers van Máxima Medisch Centrum bij te staan in de morele implicaties van zorgverlening en bedrijfsvoering en om bij alle betrokkenen de meningsvorming over ethische vraagstukken, inclusief de levensbeschouwelijke aspecten hiervan te bevorderen. In 2006 is de commissie tweemaal regulier bij elkaar geweest. In deze bijeenkomsten heeft de commissie zich beraden over haar toekomst en de faciliteiten die daarvoor nodig zijn. Nadat de raad van bestuur facilitering heeft toegezegd, heeft de commissie een doorstart gemaakt. De commissie heeft de volgende taken:

- consultatieve taak: advies inzake concrete casuïstiek;
- protocollaire taak: opstellen en toetsen van richtlijnen en procedures;
- educatieve taak: kennisoverdracht, stimuleren van meningsvorming, vergroten van morele competentie onder medewerkers;
- beleidsadviserende taak: leveren van bijdragen aan beleidsvorming rond ethische kwesties;
- algemeen bezinnende taak: vormen van een platform voor het bespreken van ethische vraagstukken n.a.v. ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

5.3.16. Voedingscommissie

De commissie richt zich op de therapeutische aspecten van voeding met als belangrijkste doelstelling het verbeteren van de voedingszorg in Máxima Medisch Centrum waardoor voeding voortdurend de aandacht blijft houden. De commissie bestaat uit een intensivist, een verpleegkundige, een verpleegkundig afdelingshoofd, drie ziekenhuisapothekers waarvan één in opleiding, het hoofd diëtetiek en twee diëtisten, twee chirurgen, twee gastro-enterologen en een ziekenhuishygiënist. De voedingscommissie is dit jaar minimaal bijeen gekomen. In het verslagjaar was onder andere aandacht voor:

- protocol parentale voeding op intranet en aanvullingen met betrekking tot enterale voeding;
- voorlichtingsbijeenkomsten over de protocollen enterale voeding en parenterale voeding;
- nieuwe contracten ten aanzien van de klinische voeding.

5.4. Audits

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

soort audit	gehanteerde normen	divisie/beroepsgroep
- bacteriologische controle en algemene hygiëne voorwaarden door PAMM en bureau De Wit	hygiënecode voor instellingen en bacteriologische waarden	facilitair bedrijf: keuken, afwaskeuken, restaurant
- voedselveiligheid door Voedsel en waren autoriteit	hygiënecode voor instellingen	keuken, afwaskeuken, restaurant
- kwaliteitsaudit keukens, door Hospitality Consultants	hygiënecode voor instellingen en landelijke normen voor werkwijze instellingskeukens	keuken, afwaskeuken
- elektrische veiligheid	NEN 3140 en NEN 1010-7	technisch personeel
- controle rookgas emissies van voorzetbranders ketels	besluit BEES	technisch personeel
- zwembad water (kwaliteits)controle	WHBVZ	technisch personeel

soort audit	gehanteerde normen	divisie/beroepsgroep
- controle koel- en vriesinstallaties	STEK-eisen	technisch personeel
- gebruiksvergunning	gebaseerd op bouwbesluit	MMC
- milieutoets	milieuvergunning (handhaving regels in het kader van "lijst risicovolle bedrijven")	MMC
- legionella	drinkwaterbesluit	technisch personeel
- stoominstallatie	besluit Stoomwezen	technisch personeel
- liftkeuringen	besluit Liftinstituut	technisch personeel
- controle heliplaats	richtlijnen helihavens	technisch personeel
- medische gassen	NEN 737 en Farmae copee	apotheker/technisch personeel
- EDP audit (2006)	uitgevoerd door Ernst & Young op basis van de door hun gehanteerde criteria.	facilitair bedrijf i.s.m. economisch administratieve dienst
- VSR Kwaliteitsrondes	NEN 2075	schoonmaak
- kwaliteitsrondes hygiëne	WIP-richtlijnen, belevingsronde, visuele controle	schoonmaak i.s.m. hygiëne & infectiepreventie
- kwaliteitsaudit restaurant en winkel, door Hospitality Consultants	hygiëncode voor instellingen	restaurant (beide locaties) en winkel
- bliksembeveiliginginstallatie	NEN 1014	technisch personeel
- Gebouw en faciliteiten: fysieke omgeving, faciliteiten en diensten van de afdeling	HKZ	dialyseafdeling
- Predialyse: routing predialysetraject	HKZ	dialyseafdeling
- Aanmelden patient: routing vanaf indicatie tot start dialysebehandeling	HKZ	dialyseafdeling
- Klant en leveranciers: waardering door en hoe getoetst	HKZ	dialyseafdeling
- Verbeteren: continue verbeteren van de organisatie	HKZ	dialyseafdeling
- Hemodialyse: route vanaf start dialyse tot einde dialyse	HKZ	dialyseafdeling
- Interne audit: auditprocedure	HKZ	dialyseafdeling
- Waardering door medewerkers	HKZ	dialyseafdeling
- Accountantscontrole op jaarrekening	Ctg beleidsregels en regeling jaarverslaggeving	EAD
- EDP audit naar ICT infrastructuur rond DBC's inkv kaderregeling	NOREA	ICT/EAD

soort audit	gehanteerde normen	divisie/beroepsgroep
- Nulmeting AO/IC/AWBZ	Kaderregeling AO/IC AWBZ	Psychiatrie, ICT systeem en IC
- Validatie autoclaven CSA en was-desinfectiemachines	productieregistratie en facturering Besluit gesteriliseerde medische hulpmiddelen in ziekenhuizen	Centrale sterilisatieafdeling
- Risico inventarisatie en evaluatie gevaarlijke stoffen	Arbo-wetgeving	Apotheek
- Veegproeven cytostatica (1 x per kwartaal)	NVZA (beroepsgroep)	Apotheek
- GMP Microbiologische monitoring	GMP-z	Apotheek (continu)
- Stichting kwaliteitsbewaking Klinische Geneesmiddelanalyse en Toxicologie (KKGST)	NVZA (beroepsgroep)	laboratorium apotheek
- LNA preparatencontrole	KNMP (beroepsgroep)	laboratorium apotheek
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie (DGKC) cf richtlijnen Artsenkamer	Referenzinstitut für Bioanalytik (Duitsland)	laboratorium apotheek
- INK-model	Wetenschappelijke vereniging	radiologie
- Interne audits klinisch laboratorium	CCKL 4e praktijkrichtlijnen	klinisch laboratorium
- Interne audits klinische laboratorium	CCKL 4e praktijkrichtlijnen	SHE/INCA (MMC)
- Jaarlijkse visitatie mbt opleidingsplaatsen klinisch chemicus door NVKC	NVVC-richtlijnen	klinisch laboratorium/klinisch chemici (i.o)
- Visitatie beroepsgroep	NVVC-richtlijnen	klinisch laboratorium/klinisch chemici

5.5. Visitaties

In het verslagjaar zijn de onderstaande vakgroepen / maatschappen gevisiteerd:

- radiologie
- urologie
- KNO locatie Eindhoven
- klinische neurofysiologie locatie Eindhoven
- chirurgie (vaatchirurgie)
- neurologie locatie Veldhoven
- orthopedie locatie Eindhoven

6. WAARDERING DOOR KLANTEN EN LEVERANCIERS

6.1. Waardering door klanten en leveranciers volgens INK

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

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

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

6.2. Tevredenheidsonderzoeken

6.2.1. Patiënttevredenheidsonderzoek volwassen klinisch opgenomen patiënten (continu)

Locatie Eindhoven

Op locatie Eindhoven krijgen patiënten de gelegenheid een enquêteformulier in te vullen. In de vragenlijst worden diverse aspecten aan de orde gesteld: bejegening, planning en uitvoering van zorg en behandeling, hotelfuncties en nazorg. Na invulling wordt het formulier in principe besproken met de patiënt. In 2006 hebben 1146 patiënten aan dit onderzoek deelgenomen. De resultaten laten een hoge waardering zien voor de behandeling en bejegening van medisch specialisten. Ook de verpleegkundige zorgverlening en begeleiding worden goed gewaardeerd.

Cardiologie locatie Veldhoven

Op de afdeling cardiologie van locatie Veldhoven vindt sinds de tweede helft van 2006 permanent onderzoek plaats naar de tevredenheid van opgenomen patiënten. De beoordeling van de zorg en bejegening wordt door patiënten en familieleden hoog gewaardeerd. In totaal hebben 96 patiënten de vragenlijst ingevuld.

Overige afdelingen

Andere klinische verpleegafdelingen verstrekken opgenomen patiënten een enquêteformulier. Dit formulier bevat enkele open vragen. Het wordt aan de patiënt overgelaten welke vragen beantwoord worden. De ingevulde formulieren worden gescreend op klachten en andere signalen die de zorg en dienstverlening aan patiënten kunnen verbeteren. Indien van belang worden de ingevulde formulieren ter beschikking gesteld aan de klachtenfunctionaris of klachtencommissie.

6.2.2. Patiënttevredenheidsonderzoek klinische en poliklinische patiënten

In 2006 is in Máxima Medisch Centrum onderzoek uitgevoerd naar de patiënttevredenheid op poliklinische en klinische afdelingen. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de vragenlijsten zoals die zijn opgesteld door de Nederlandse Federatie van Universiteitsziekenhuizen. De vragen in dit onderzoek richten zich op bereikbaarheid, bejegening en zorgverlening van diverse hulpverleners. Het management en de leiding van de participerende afdelingen zijn geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek. Klinische en poliklinische patiënten geven aan een hoge waardering te hebben voor de zorg en dienstverlening. Het onderzoek wordt structureel jaarlijks uitgevoerd. In 2006 hebben 1960 patiënten aan dit onderzoek meegewerkt.

6.2.3. Patiënttevredenheidsonderzoek dagbehandeling

Op de afdelingen dagbehandeling van beide locaties is in 2006 onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid van patiënten op die afdeling. In totaal hebben 407 patiënten aan dit onderzoek

deelgenomen. De waardering voor zorg, informatie, behandeling en nazorg is op beide locaties groot.

6.2.4. Patiënttevredenheidonderzoek neonatale intensive care unit

De vragenlijst voor de neonatale intensive care unit (NICU) is afgestemd met de Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen. Het onderzoek wordt doorlopend uitgevoerd. Voor 2006 zijn de gemiddelde cijfers als volgt:

	NICU
verpleegkundige zorg	9,1
medische zorg	8,7
privacy op de afdeling	7,9
sfeer op de afdeling	8,5
speelmogelijkheden	n.v.t.
eten voor de kinderen	n.v.t.
zorg van psycholoog, maatschappelijk werker etc	7,9
totaalbeeld afdeling	8,7

6.2.5. Patiënttevredenheidonderzoek kinderafdeling inclusief zuigelingen

In 2006 zijn nieuwe vragenlijsten opgesteld voor het meten van de tevredenheid op de kinderafdeling. Deze lijsten zijn in november 2006 in gebruik genomen. Het aantal ingevulde vragenlijsten is te gering om een reëel beeld weer te geven van de tevredenheid op deze afdeling.

6.2.6. Patiënttevredenheidonderzoek kinderen dagbehandeling Eindhoven

In het verslagjaar heeft op de afdeling dagbehandeling locatie Eindhoven onderzoek plaatsgevonden naar de tevredenheid van ouders van kinderen die voor dagopname werden opgenomen. De vragenlijst bevatte vragen met betrekking tot de voorbereiding (preoperatieve screening en voorbereiding, de opname en het ontslag. Het gemiddelde rapportcijfer was 7,2.

6.2.7. Patiënttevredenheidonderzoek operatieafdeling Veldhoven

In totaal 363 patiënten van de operatieafdeling van locatie Veldhoven, hebben meegewerkt aan een tevredenheidonderzoek. De vragenlijst bevatte vragen met betrekking tot de ontvangst, bejegening van diverse zorgverleners, privacy en informatieverstrekking. Medewerkers van de operatieafdeling hebben de vragenlijsten ook ingevuld, maar dan als zorgverlener. Van de medewerkers zijn 45 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Het management is geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek en er zijn aanbevelingen voor verbeteringen gedaan. Onderstaand een samenvatting van de uitslag.

	patiënten	medewerkers
ontvangst operatieafdeling en voorbereiding op ingreep	7,5	6,8
zorg op de operatiekamer	8,4	7,1
zorg op de uitslaapkamer	8,3	6,7

6.2.8. Tevredenheidonderzoek klinisch laboratorium

In 2006 heeft onder 637 patiënten (verdeeld over beide locaties) tevredenheidonderzoek plaatsgevonden. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de CCKL-certificering van het klinisch laboratorium. In het onderzoek worden in het bijzonder de bereikbaarheid, openingstijden, wachttijden en bejegening getoetst. De respondenten geven een hoge waardering voor de openingstijden.

6.2.9. Vooruitblik 2007

In 2006 heeft de afdeling kwaliteit een plan opgesteld ten behoeve van het meten van tevredenheid onder klinische en poliklinische patiënten. Naast centraal uitgevoerd onderzoek worden afdelingen in staat gesteld om op structurele wijze metingen te verrichten naar de wensen en tevredenheid van patiënten.

6.3. Klachtenprocedure

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

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

6.3.1. Klachtenfunctionaris

geregistreerde klachten bemiddeld door klachtenfunctionaris locatie Eindhoven	2002	2003	2004	2005	2006
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal
klagers	225	193	203	219	229
klachten	264	238	250	275	277
geregistreerde klachten bemiddeld door klachtenfunctionaris locatie Veldhoven	2002	2003	2004	2005	2006
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal
klagers	266	321	289	288	256
klachten	414	± 500*	333	334	315

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

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

6.3.2. Klachtencommissie

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

ingediende klachten	2004		2005		2006	
	aantal		aantal		aantal	
	klachten/aspecten		klachten/aspecten		klachten/aspecten	
totaal	12/17		11/18		20/31	
categorieën klachten	2004		2005		2006	
	aantal		aantal		aantal	
medisch inhoudelijk	8		8		15	
bejegening	8		6		13	
organisatorisch					4	
financieel	1		4			
resultaten afgehandelde klachten	2004	2004	2005	2005	2006	2006
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal
	klachten	aspecten	klachten	aspecten	klachten	aspecten
aantal afgehandelde klachten	2003: 7	7	2004: 5	2004: 9	2005: 6	2005: 10
(incl. vermelding van jaar van indienen)	2004: 2	2	2005: 3	2005: 5	2006: 13	2006: 20

<i>medisch inhoudelijk</i>					
gegrond	1		1		2
gedeeltelijk gegrond					2
ongegrond	3		4		4
<i>bejegening</i>					
gegrond	2				1
gedeeltelijk gegrond					2
ongegrond	2		4		4
<i>organisatorisch</i>					
gegrond					2
ongegrond					2
stopgezet door klager	9	14	3	5	9
niet ontvankelijk					2

Aanbevelingen

De klachtencommissie heeft drie aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot klachten uit 2005. Deze zijn door de raad van bestuur overgenomen. De aanbevelingen zijn:

- verbetering van de organisatie op de polikliniek traumatologie;
- verbetering van de privacy op de poliklinieken;
- een protocol op te stellen voor de medische screening van patiënten die zich melden met onderbuiksklachten in relatie tot mogelijke verdenking op een dreigen aneurysma aortae.

6.3.3. Aansprakelijkstelling

Aansprakelijkstellingen (schadeclaims) worden ingediend bij de raad van bestuur die deze voor behandeling doorzendt naar de aansprakelijkheidsverzekeraar. De aansprakelijkheidsverzekeraar behandelt de aansprakelijkstelling aan de hand van verkregen informatie van de patiënt of zijn adviseur en het ziekenhuis en/of hulpverlener. De afhandeling gaat in het algemeen buiten het ziekenhuis om.

aansprakelijkstellingen	2002 aantal	2003 aantal	2004 aantal	2005 aantal	2006 aantal
aansprakelijkstellingen	31	29	26	31	27

7. WAARDERING DOOR MEDEWERKERS

7.1. Waardering door medewerkers volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft waardering door medewerkers als volgt:

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

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

Onderstaand komen achtereenvolgens aan de orde: commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag, verloop, WIA-instroom en verzuim.

7.2. Commissie seksuele intimidatie / ongewenst gedrag

Op beide locaties bestond al jaren een commissie Ongewenste Intimiteiten. Vanaf 2006 beschikt Máxima Medisch Centrum over één gefuseerde commissie onder de landelijke naam: Commissie Seksuele Intimidatie. Deze commissie is gevraagd om ook ongewenst gedrag in haar portefeuille te nemen. Na enige voorbereidingen is in 2006 het nieuwe reglement goedgekeurd door de raad van bestuur en de ondernemingsraad. Door middel van folders en informatiebijeenkomsten wordt het thema ziekenhuisbreed onder de aandacht gebracht.

7.3. Verloop

In 2006 gingen er totaal 552 medewerkers uit dienst en kwamen 636 nieuwe medewerkers in dienst. Daarmee komt het totale aantal medewerkers op 31 december 2006 op 3364 (2342,66 fte). Ter vergelijking: op 31 december 2005 waren er 3280 medewerkers (2287,4 fte) in dienst in dienst.

In 2006 heeft het ziekenhuis in totaal ruim 3900 sollicitatiebrieven ontvangen, waarvan 165 open sollicitaties. Het totale aantal vacatures waarvoor in- en extern een advertentie is geplaatst bedroeg in het verslagjaar 229. In 2005 waren dat er 197.

Mobiliteitscentrum

Het mobiliteitscentrum van Máxima Medisch Centrum herplaatst medewerkers die door arbeidsongeschiktheid of boventaligheid hun functie niet meer kunnen uitoefenen. In 2006 zijn er 56 interne kandidaten aangemeld bij het mobiliteitscentrum (2005: 55), waarvan er 34 (61%) in 2006 met succes zijn begeleid en geplaatst in een passende, structurele functie (2005: 36 medewerkers = 65,5%). In een aantal gevallen is een andere oplossing gevonden. Mede door de heldere analyse van de achtergrond en situatie van herplaatsingskandidaten, maar vooral ook door de intensieve samenwerking met alle betrokkenen is dit goede resultaat behaald.

7.4. WIA instroom

Het WIA instroomcijfer voor Máxima Medisch Centrum was in 2006 0,03%. In verband met de gewijzigde wetgeving is de wachttijd om aanspraak te kunnen maken op een WIA-uitkering in 2005 verlengd met een jaar. Hierdoor is er in 2005 geen nieuwe WIA-instroom geweest. Het WAO instroomcijfer voor Máxima Medisch Centrum was in 2004 0,3%.

7.5. Verzuim

Máxima Medisch Centrum voert een geïntegreerd verzuimbeleid. Uitgangspunt is dat, als onderdeel van een integrale managementverantwoordelijkheid, de managers verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het verzuimbeleid. Het beleid is gericht op:

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

De direct leidinggevenden zijn eerst verantwoordelijk voor de aanpak van verzuim (verzuimbegeleiding en reïntegratie). Daarnaast is ook de arbeidsongeschikte medewerker mede verantwoordelijk voor het voorkomen en beheersen van verzuim. Leidinggevenden en medewerkers worden bij de uitvoering van het verzuimbeleid ondersteund door de bedrijfsarts (en/of andere deskundigen van de Arbo-dienst) en de HR -adviseur. De algehele coördinatie en ondersteuning rond verzuim is ondergebracht bij het team Gezondheidsmanagement binnen HRM.

Met ingang van 2005 is het ziekenhuis haar verzuimpercentage gaan definiëren op basis van de 'vernet-definitie'. Omdat alle STZ ziekenhuizen deze definitie hanteren, is het nog beter mogelijk geworden het verzuimpercentage van Máxima Medisch Centrum objectief te vergelijken met het gemiddelde percentage van vergelijkbare ziekenhuizen. Het verzuimpercentage van Máxima Medisch Centrum in 2006 is op basis van de genoemde 'vernet-definitie' 4,2% (exclusief zwangerschapsverlof). In 2005 was dit percentage 4,0 %.

Het gemiddelde verzuimpercentage binnen STZ ziekenhuizen ligt voor 2006 op 4,4% (exclusief zwangerschapsverlof). In 2005 was dit percentage 4,7%.

8. WAARDERING DOOR DE MAATSCHAPPIJ

8.1. Waardering door de maatschappij volgens INK

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

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

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

8.2. Patiëntenverenigingen

8.2.1. Samenwerking met patiëntenverenigingen

Een groot aantal patiëntenverenigingen organiseert in Máxima Medisch Centrum themabijeenkomsten en lotgenotencontact. Deze bijeenkomsten voorzien in een grote behoefte van patiënten en zijn een goede aanvulling op de reguliere voorlichting in het ziekenhuis. De afdeling patiëntenvoorlichting ondersteunt de patiëntenverenigingen bij de organisatie van deze activiteiten. Voorwaarde is dat, indien mogelijk een MMC-medewerker als spreker bij de activiteit betrokken wordt.

8.2.2. Informatiebijeenkomsten in Máxima Medisch Centrum

In 2006 werden op beide locaties van het ziekenhuis diverse informatiebijeenkomsten met patiëntenverenigingen georganiseerd:

- 16-01-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 06-02-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 10-02-06: Parkinson Patiënten vereniging
- 16-02-06: Endometriose
- 21-02-06: Reuma vereniging
- 28-02-06: Reuma vereniging
- 10-04-06: Eindhovense Hart Trim Stichting
- 11-04-06: Reuma vereniging
- 12-04-06: Eindhovense Hart Trim Stichting
- 24-04-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 10-05-06: CVA vereniging
- 16-05-06: Reuma vereniging
- 29-05-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 14-06-06: Postraumatische Dystrofie vereniging
- 07-09-06: Macula Degeneratie vereniging
- 19-09-06: Reuma vereniging
- 21-09-06: Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland
- 17-10-06: Reuma vereniging
- 19-10-06: Paget vereniging
- 24-10-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 30-10-06: Fiom Eindhoven
- 06-11-06: CVA vereniging
- 27-11-06: Diabetes Vereniging Nederland
- 27-11-06: Fiom Eindhoven
- 28-11-06: DES vereniging

8.2.3. Informatiebijeenkomsten buiten het ziekenhuis

Onder het motto 'De dokter gaat de boer op' organiseerde de afdeling patiëntenvoorlichting in 2006 een aantal informatiebijeenkomsten in de regio. Sprekers waren steeds specialisten werkzaam in Máxima Medisch Centrum.

- 22-02-06: Westerhoven, oogaandoeningen
- 03-03-06: Reusel, allergieën
- 20-03-06: Bergeyk, pijnbestrijding
- 09-10-06 Luyksgestel, knie- en heupprotheses
- 26-10-06: Bladel, allergieën
- 08-11-06: Reusel, knie- en heupprotheses
- 13-11-06: Bergeyk, oogaandoeningen

8.2.4. Lotgenotencontact

Een aantal verenigingen organiseert op vaste tijden (maandelijks of eens per kwartaal) een inloopochtend voor lotgenoten en/of andere belangstellenden.

Dit zijn:

- FES (Fibromyalgie Eendrachtig Sterk)
- Besnier Boeck Vereniging
- de Posttraumatische Dystrofie Vereniging
- Borstkanker Vereniging Nederland
- Eindhovense Hart en Trim Stichting (EHTS)
- Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten "De Wervelkolom"
- mensen met artrose (P-AL)

8.2.5. Broertje/zusje koffer

Eind 2006 is een bijzonder project van start gegaan. In samenwerking met de Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen (VOC) wordt een broertje/zusje koffer samengesteld. Deze koffer is bedoeld voor kinderen wiens broertje of zusje opgenomen is op de intensive care voor pasgeborenen. Een opname op de intensive care heeft grote invloed het hele gezin en dus ook op oudere broertjes of zusjes. Tot nu toe was er voor deze groep nauwelijks informatie. Met behulp van de boekjes, plaatjes en het speelgoed in de koffer worden zij spelenderwijs vertrouwd gemaakt met de situatie en zorg rondom hun nieuwe broertje of zusje. Het geld voor de koffertjes is door een aantal sportieve medewerkers van Máxima Medisch Centrum bij elkaar gelopen. Zij hebben in oktober deelgenomen aan de marathon van Eindhoven en daarvoor sponsors gezocht. De koffertjes worden begin 2007 gepresenteerd.

8.2.6. Verenigingen/instellingen waarmee in 2006 is samengewerkt

- Alzheimer Vereniging
- Astmafonds
- Besnier Boeck Vereniging
- BHV (Belangenvereniging Hart- en Vaatpatiënten)
- Borstkankervereniging Nederland
- DES vereniging
- Diabetes Vereniging Nederland (DVN)
- Eindhovense Hart en Trim Stichting (EHTS)
- Fibromyalgie Eendrachtig Sterk (FES)
- Graves Vereniging
- Hartstichting
- Hodgkin contactgroep
- Inloophuis 'de Eik'
- Koningin Wilhelmina Fonds / Nederlandse Kankerbestrijding
- MS vereniging
- Nederlandse vereniging van Posttraumatische Dystrofie
- Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten "De Wervelkolom"
- Ouders van meerlingen
- Pagetvereniging
- Reumavereniging Eindhoven e.o.

- RPCP
- Samen Verder (CVA)
- Schildklierstichting
- Stichting Aandacht
- Stichting Hellp Syndroom
- Stomavereniging Nederland
- Vereniging Kinderen met reuma
- Vereniging Macula Degeneratie
- VOC (Vereniging van ouders met couveusekinderen)
- WAO - belangenvereniging

Van deze verenigingen is bij de afdeling patiëntenvoorlichting informatiemateriaal op voorraad aanwezig. Informatie van/over andere patiëntenverenigingen wordt zonodig opgevraagd of via internet gedownload.

8.3. Milieu

8.3.1. Reststoffenmanagement

Op beide locaties van Máxima Medisch Centrum wordt gebruik gemaakt van zogenaamde 'reststoffeneilanden'. Deze manier van werken werpt zijn vruchten af. In totaal is het restafval in 2006 met zo'n 25.000 kg afgenomen, onder andere door een betere scheiding van het afval aan de bron (zie onderstaande tabel).

De piek van het gevaarlijk afval 2005 ten opzichte van 2006 is een gevolg van het feit dat er in 2006 slechts éénmaal gevaarlijk afval is opgehaald, terwijl dit normaal twee keer per jaar gebeurt. In 2006 is extra aandacht besteed aan het specifiek ziekenhuisafval. Desondanks is in deze dure afvalstroom slechts een kleine besparing bereikt.

locatie	Veldhoven		Eindhoven		totaal	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
karton (770 liter containers) + papier (240 liter kliko's)	77.320	79.499	33.552	32.446	110.872	111.945
vertrouwelijk papier (240 liter kliko's)	17.092	20.872	8.215	11.438	25.307	32.310
hout	7.780	4.400	14.420	12.240	22.200	16.640
restafval	353.220	348.820	221.520	201.820	574.740	550.640
specifiek ziekenhuis afval	59.562	55.461	20.446	21.703	80.008	77.164
gevaarlijk afval	4.097	2.230	1.771	360	9.965	2.590

9. BESTUUR EN FINANCIERS

9.1. Bestuur en financiers volgens INK

Het INK-managementmodel omschrijft bestuur en financiers als volgt:

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

Hierbij spelen onderstaande vragen een rol:

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

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

9.2. Financiële resultaten (geconsolideerde jaarrekening)

9.2.1. Balans

Per 31 december 2006 met ter vergelijking de cijfers ultimo 2005
(in duizenden euro's)

ACTIVA	31 december 2006	31 december 2005
vaste activa		
immateriële vaste activa	12.821	13.605
materiële vaste activa	104.207	103.663
financiële vaste activa	-	18
	117.028	117.286
vlottende activa		
voorraden	1.709	1.776
vorderingen en overlopende activa	104.988	99.282
onderhanden werk B-segment	4.603	4.278
liquide middelen	11.240	251
	122.540	105.587
totaal	239.568	222.873

PASSIVA

	31 december 2006	31 december 2005
eigen vermogen		
kapitaal	1.639	1.639
collectief gefinancierd gebonden vermogen	6.786	7.299
niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	753	753
aandeel derden in groepsvermogen	8	9
	9.186	9.700
egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen	3.650	4.343
voorzieningen	2.825	2.319
langlopende schulden	66.376	83.157
kortlopende schulden en overlopende passiva	50.310	80.959
financieringsoverschot	107.221	42.395
totaal	239.568	222.873

9.2.2. Geconsolideerde resultatenrekening

Over 2006 met ter vergelijking de cijfers over 2005
(in duizenden euro's)

	2006	2005
bedrijfsopbrengsten:		
- wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	163.100	160.280
- niet gebudgetteerde zorgprestaties	13.430	5.976
- mutaties onderhanden werk B-segment	284	3.744
- nagekomen budgetaanpassingen	-91	2.388
- overige bedrijfsopbrengsten	10.172	7.704
som der bedrijfsopbrengsten	186.895	180.092
bedrijfslasten:		
- personeelskosten	110.592	105.438
- afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	13.967	13.486
- overige bedrijfskosten	58.239	55.461
som der bedrijfslasten	182.798	174.385
bedrijfsresultaat	4.097	5.707
financiële baten en lasten	-4.610	-5.328
resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	-513	379
aandeel derden in resultaat	-1	-
RESULTAAT	-514	379

9.2.3. Geconsolideerde kasstroomoverzicht

Over 2006 met ter vergelijking de cijfers over 2005
(in duizenden euro's)

	2006	2005
kasstroom uit operationele activiteiten		
exploitatieresultaat	-514	379
aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	14.660	14.100
- mutaties equalisatierekening		
afschrijving instandhouding	-693	-614
- mutaties voorzieningen	506	2.218
	14.473	15.704
veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	67	382
- vorderingen	-5.705	-8.601
- onderhanden werk B-segment	-325	-3.744
- nog in tarieven te verrekenen	64.826	44.548
- kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	9.238	5.896
	68.101	38.481
totaal kasstroom uit operationele activiteiten	82.060	54.564
kasstroom uit investeringsactiviteiten		
investeringen in materiële vaste activa	-14.420	-13.549
investeringen in immateriële vaste activa	-	-650
mutaties financiële vaste activa	18	-
totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	-14.402	-14.199
kasstroom uit financieringsactiviteiten		
aflossingen langlopende schulden	-16.780	-6.802
overige mutaties eigen vermogen	-	9
totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	-16.781	-6.793
mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)		
	50.877	33.572

9.2.4. Waarderingsgrondslagen

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

Grondslagen voor consolidatie

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

- MRI centrum Zuid Nederland BV
- MMCZ Holding BV waarin begrepen O.C.M. BV.

Algemeen

In verband met voortschrijdend inzicht zijn diverse waardes over 2005, betrekking hebbende op DBC's en onderhanden werk DBC's, aangepast. Deze aanpassingen hebben geen gevolgen voor het resultaat c.q. het vermogen. Door de aanpassing zijn de balanstotalen 2005 verhoogd van € 180.478 (jaarrekening 2005) naar € 222.873 (jaarrekening 2006).

Immateriële vaste activa

De immateriële vaste activa worden gewaardeerd tegen de bestede kosten, verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen bedragen een percentage van de bestede kosten, conform de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa die op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) worden gefinancierd zijn gewaardeerd tegen aanschaffings- of vervaardigingskosten verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen worden berekend conform de desbetreffende beleidsregels van het NZa.

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

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

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

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

Financiële vaste activa

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

Voorraden

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

Vorderingen

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

De bepaling van de hoogte van het bedrag onderhanden werk A- en B-segment voor het ziekenhuis, het onderhanden werk bedrag specialistenhonoraria A-segment en de omvang van het onderhanden werk specialistenhonoraria B-segment is voorshands geschied met behulp van de landelijk gemiddelde kostprijzen zoals die worden gehanteerd door het NZa.

Voor zover van toepassing is hierbij rekening gehouden met de voor MMC geldende opslagpercentages, zoals die in de loop van het verslagjaar van toepassing zijn geweest.

Bedrijfsbaten en bedrijfslasten

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

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

Grondslagen voor de opstelling van het kasstroomoverzicht

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

9.2.5. Toelichting op de geconsolideerde balans

Per 31 december 2006 met ter vergelijking de cijfers ultimo 2005
(in duizenden euro's)

Immateriële vaste activa

De immateriële vaste activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	31.12.2006	31.12.2005
aanloopkosten	12.821	13.605
	12.821	13.605

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

boekwaarde per 31 december 2005	13.605
bij: investeringen in 2006	-
af: afschrijvingen 2006	784
boekwaarde per 31 december 2006	12.821

De cumulatieve afschrijvingen bedragen ultimo 2006 € 9.242.

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

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	31.12.2006	31.12.2005
terreinen	6.455	6.588
gebouwen	38.304	39.797
installaties	12.708	14.789
inventarissen	21.555	20.701
automatiseringsapparatuur	6.708	6.886
meldingsinvesteringen	10.592	11.743
bouwprojecten in uitvoering	7.885	3.159
	104.207	103.663

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

boekwaarde per 31 december 2005	103.663
bij: investeringen in 2006	14.420
af: afschrijvingen 2006	13.876

boekwaarde per 31 december 2006

104.207

De cumulatieve afschrijvingen bedragen ultimo 2006 € 118.252.

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

Daar is tevens het verloop weergegeven van bouwprojecten in uitvoering.

Financiële vaste activa

	31.12.2006	31.12.2005
	-	18

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

Vorraden

	31.12.2006	31.12.2005
benodigdheden verpleging, verzorging en overige voorraden	1.709	1.776
	1.709	1.776

Vorderingen en overlopende activa

De vorderingen en overlopende activa kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	31.12.2006	31.12.2005
debiteuren	53.153	39.306
voorschotten zorgverzekeraars	-32.917	-32.884
onderhanden werk A segment	68.091	74.259
onderhanden werk honorarium	11.320	10.542
overige vorderingen	3.998	6.335
overlopende activa	1.343	1.724
	104.988	99.282

Onderhanden werk B segment

onderhanden werk B segment	4.603	4.278
	4.603	4.278

Op de debiteurenpositie is een voorziening voor oninbaarheid van € 262 (2005: € 218) in mindering gebracht.

Onder de overige vorderingen is een bedrag van € 2.350 aan te vorderen goodwillbedragen specialisten opgenomen.

Liquide middelen

	31.12.2006	31.12.2005
banken	11.213	228
kas	27	23
	11.240	251

Eigen vermogen

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

	stand 31.12.2005	resultaat bestem- ming	overige mutaties	stand 31.12.2006
<i>kapitaal</i>	1.639	-	-	1.639
<i>collectief gefinancierd gebonden vermogen</i>				
- reserve aanvaardbare kosten	7.299	-513	-	6.786
<i>niet-collectief gefinancierd vrij vermogen</i>				
- algemene reserve	753	-	-	753
- aandeel derden groepsvermogen	9	-1	-	8
totaal eigen vermogen	9.700	-514	-	9.186

Egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen

stand per 31 december 2005				4.343
mutaties:				
toevoeging 2006		1.455		
onttrekking 2006		2.206		
correctie voorgaande jaren		58		
per saldo mutatie 2006				-693
stand per 31 december 2006				3.650

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

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

beschikbare investeringsruimte per 31 december 2005				691
correctie voorgaande jaren		224		-
indexering beschikbare investeringsruimte		453		
investeringsruimte 2006		1.378		
investeringen 2006		-1.055		
mutatie investeringsruimte				1.000
beschikbare investeringsruimte per 31 december 2006				1.691

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen voor een bedrag van € 6,5 miljoen beslag op de bovenvermelde beschikbare investeringsruimte per 31 december 2006. Het tekort zal worden gefinancierd uit de trekkingsrechten, voor zover de tegen die tijd opgebouwde investeringsruimte instandhouding niet voldoende is.

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

beschikbare investeringsruimte per 31 december 2005		25.975
indexering beschikbare investeringsruimte	847	
investeringsruimte 2006	2.331	
mutatie investeringsruimte		3.177
beschikbare investeringsruimte er 31 december 2006		29.153

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

Voorzieningen

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

	stand 31.12.2005	dotaties	ont- trekkingen	stand 31.12.2006
voorziening goodwill	2.319	31		2.350
voorziening jubilea	-	475	-	475
	2.319	506	-	2.825

De voorziening goodwill is gevormd ten behoeve van de nog resterende toezeggingen voor goodwillbetaling aan de (ex) leden van "de Holding".

Voor toekomstig CAO-gerelateerde jubileumuitkeringen is een voorziening gevormd van € 475 welke ten laste van het resultaat gebracht.

Langlopende schulden

	31.12.2006	31.12.2005
saldo leningen primo boekjaar	83.157	89.959
aflossingen 2007 resp. 2006	-16.781	-6.802
saldo leningen ultimo boekjaar	66.376	83.157

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar het in deel IV opgenomen 'Overzicht van langlopende schulden ultimo 2006'.

Máxima Medisch Centrum is toegelaten tot het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ).

Overige kortlopende schulden en overlopende passiva

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

	31.12.2006	31.12.2005
schulden aan kredietinstellingen	-	39.888
crediteuren	9.154	7.985
belastingen en premies sociale verzekeringen	3.920	2.018
schulden ter zake van pensioenen	1.130	1.310
aflossingsverplichtingen leningen	16.781	6.802
overige schulden		
- salarissen en toeslagen	5.941	5.834
- specialisten en maatschappen	3.411	2.996
- overige	8.012	10.059
- vooruitontvangen subsidiegelden	777	2.399
overlopende passiva		
- nog te betalen rente	1.185	1.668
	 50.310	 80.959

Per ultimo december 2006 waren de volgende faciliteiten bij de ING van kracht:
- rekening courant limiet € 45 miljoen

Nog in de tarieven te verrekenen financieringsoverschot

	t/m 2003	2004	2005	2006	totaal
saldo per 1 januari 2006	4.700	79	-47.174		-42.395
financieringsverschil boekjaar				-60.255	-60.255
correcties voorgaande jaren					
betalingen/ontvangsten				-4.571	-4571
saldo per 31 december 2006	4.700	79	-47.174	-64.826	-107.221
stadium van vaststelling	c	b	a	a	

a = interne berekening

b = in bespreking met zorgverzekeraars/zorgkantoor

c = definitieve vaststelling NZa

De specificatie van het financieringsverschil is als volgt:

	2006	2005
wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	163.100	160.280
vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- DBC A	223.039	126.551
- DBC B kapitaallasten	1.922	1.389
- onderhanden werk DBC A	-6.168	74.259
- ontvangen nabetaling 2005	4.571	
- vergoeding voor kliniek en dagverpleging	537	444
- af: toeslag lokaal initiatief	-7.641	-6.887
- vergoeding voor overige verrichtingen	4.130	5.118
- opbrengst PAAZ	4.621	4.533
- remicade, hemofilie en dure geneesmiddelen	2.007	1.415
- honoraria medisch specialistische hulp	908	632
totaal vergoedingen	227.926	207.454
financieringsverschil	64.826	47.174

Uit de specificatie blijkt dat er in 2006 € 64.826 meer is gedeclareerd dan het geraamde extern budget.

9.2.6. Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening

Over 2006 met ter vergelijking de cijfers over 2005
(in duizenden euro's)

Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten

Het verloop van het wettelijke budget aanvaardbare kosten ten opzichte van 2005200 is als volgt te specificeren:

wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2005 160.280

mutatie op grond van:

vergoeding prijsstijging	1.054	
vergoeding voor stijging loonkosten	1.231	
groei normatieve kapitaalslasten	79	
mutatie productie / DBC schoning	811	
lokale productiegebonden component	260	
fusie-effect	224	
		3.659

uitbreiding erkenning en toelating:

Loonkosten	215	
materiële kosten	8	
normatieve kapitaalslasten	7	
		230

beleidsmaatregelen overheid:

- regeling dure geneesmiddelen	974	
- hemofilie/remicade	531	
- kortingen prestatiecontract	-2.071	
- opleidingsfonds	643	
		77

nacalculeerbare kapitaalslasten:

- rente	-2.093	
- afschrijvingen	-13	
		-2.106
overige mutaties		960

wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2006 163.100

De opbrengst van het B segment is als volgt opgebouwd:

	2006	2005
gefactureerde DBC-B segment	13.430	5.976
onderhanden werk B-DBC's	284	3.744
	13.714	9.720

Nagekomen budgetaanpassingen

aanpassing AK 2003 PAAZ	-35	
aanpassing AK 2004 PAAZ	-56	
Saldo		-91

Overige bedrijfsopbrengsten

De overige bedrijfsopbrengsten kunnen als volgt worden gespecificeerd:

	2006	2005
zorgprestaties tussen instellingen	3.430	3.337
zorgprestaties derde compartiment	494	463
tandarts	124	110
overige dienstverlening	3.742	3.261
overige opbrengsten	1.865	20
doorberekende kapitaalslasten	517	513
totaal	10.172	7.704

Personeelskosten

	2006	2005
lonen en salarissen	86.296	83.860
sociale lasten	9.941	8.901
pensioenpremies	7.112	7.004
andere personeelskosten	5.013	3.972
	108.362	103.737
personeel niet in dienst	2.230	1.701
totaal	110.592	105.438

De gemiddelde personeelsbezetting kan als volgt worden gespecificeerd:

	2006	2005
	fte	fte
	2.323	2.301

<i>Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa</i>	2006	2005
afschrijvingen vergunningsplichtige activa	4.190	4.200
afschrijvingen immateriële vaste activa	249	-
afschrijvingen materiële vaste activa instandhouding (inventarissen en automatiseringsapparatuur)	2.206	2.101
afschrijvingen materiële vaste activa WTZi gefinancierd	7.898	7.683
afschrijvingen materiële vaste activa niet WTZi gefinancierd	117	117
mutatie voorziening instandhoudingskosten	-693	-615
totaal	13.967	13.486
<i>Overige bedrijfskosten</i>	2006	2005
voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	6.358	6.192
algemene kosten	11.611	11.184
patiënt- en bewonersgebonden kosten	35.938	34.284
onderhoud en energiekosten	3.691	3.290
huur en leasing	268	196
dotaties voorzieningen	373	315
totaal	58.239	55.461
<i>Financiële baten en lasten</i>	2006	2005
rentebaten	51	137
rentelasten	-4.661	-5.466
	-4.610	-5.329

9.3. Financiële resultaten (enkelvoudige jaarrekening)

9.3.1. Balans

Per 31 december 2006 met ter vergelijking de cijfers ultimo 2005
(in duizenden euro's)

ACTIVA

	31 december 2006	31 december 2005
vaste activa		
immateriële vaste activa	12.421	12.955
materiële vaste activa	104.207	103.663
financiële vaste activa	307	424
	116.935	117.042
vlottende activa		
voorraden	1.709	1.776
vorderingen en overlopende activa	104.971	99.478
onderhanden werk B-segment	4.603	4.278
liquide middelen	11.212	132
	122.495	105.664
totaal	239.430	222.706

PASSIVA

	31 december 2006	31 december 2005
eigen vermogen		
kapitaal	1.639	1.639
collectief gefinancierd gebonden vermogen	6.786	7.299
niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	753	753
	9.178	9.691
egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen	3.650	4.343
voorzieningen	2.825	2.319
langlopende schulden	66.376	83.157
kortlopende schulden en overlopende passiva	50.180	80.801
financieringsoverschot	107.221	42.395
totaal	239.430	222.706

9.3.2. Enkelvoudige resultatenrekening

Over 2006 met ter vergelijking de cijfers over 2005
(in duizenden euro's)

	2006	2005
resultaat uit deelnemingen na belastingen	-4	-
overige baten en lasten	-509	-379
RESULTAAT	-513	379

Algemeen

De financiële gegevens van MMCZ Holding B.V., Orthopedisch Centrum Máxima B.V. en MRI Centrum Zuid-Nederland B.V. zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Máxima Medisch Centrum.

9.3.3. Waarderingsgrondslagen

Algemeen

De grondslagen van waardering en resultaatbepaling voor de enkelvoudige jaarrekening zijn gelijk aan de grondslagen die worden vermeld in de toelichting op de geconsolideerde jaarrekeningen.

9.3.4. Toelichting op de enkelvoudige balans

(bedragen in duizenden euro's)

Algemeen

Voor een nadere toelichting op de volgende posten wordt verwezen naar de toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2006:

- immateriële vaste activa
- materiële vaste activa
- voorraden
- vorderingen en overlopende activa
- liquide middelen
- egalisatierekening afschrijving instandhoudinginvesteringen
- overige voorzieningen
- langlopende schulden
- kortlopende schulden en overlopende passiva

Financiële vaste activa
(bedragen in duizenden euro's)

	groeps- maatschap- pijen	overige vorderin- gen	totaal 2006	totaal 2005
stand per 1 januari	45	379	424	18
Investeringen	-18		-18	27
resultaat 2006	-4	-	-4	-
dividend uitkeringen	-	-	-	-
verstrekke leningen	-	-	-	474
aflossingen leningen	-	-95	-95	-
kortlopend deel leningen	-	-	-	-95
overige mutaties	-	-	-	-
stand per 31 december	23	284	307	424

De Stichting Máxima Medisch Centrum te Eindhoven staat aan het hoofd van de groep en heeft de volgende kapitaalbelangen.

naam	vestigingsplaats	aandeel in kapitaal
<i>Geconsolideerde deelnemingen</i>		
MMCZ Holding B.V.	Eindhoven	75%
MRI Centrum Zuid-Nederland B.V.	Veldhoven	75%

Eigen vermogen

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

	stand 31.12.2005	resultaat bestemming	stand 31.12.2006
kapitaal	1.639	-	1.639
collectief gefinancierd gebonden vermogen			
- reserve aanvaardbare kosten	7.299	-513	6.786
niet-collectief gefinancierd vrij vermogen			
- algemene reserve	753	-	753
totaal eigen vermogen	9.691	-513	9.178

9.3.5. Toelichting op de resultatenrekening

Over 2006 met ter vergelijking de cijfers over 2005
(in duizenden euro's)

<i>Resultaat uit deelnemingen na belastingen</i>	2006	2005
MMCZ Holding B.V.	5	-
MRI-Centrum Zuid-Nederland B.V.	-9	-
totaal	-4	-

9.4. Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de jaarrekening 2006 van Stichting Máxima Medisch Centrum te Veldhoven bestaande uit de balans per 31 december 2006 en de resultatenrekening over 2006 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 verantwoordelijk 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. 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 controle-werkzaamheden 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 de Stichting Máxima Medisch Centrum per 31 december 2006 en van het resultaat over 2006 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

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

Tevens zijn wij nagegaan dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening.

Den Haag, 3 mei 2007

Ernst & Young Accountants

9.5. Operationele resultaten

9.5.1. Productie

Realisatie ten opzichte van productieafspraken

Onderstaand wordt de werkelijk gerealiseerde productie in het A-segment vergeleken met de productieafpraak die met zorgverzekeraars overeengekomen is. De eerste polikliniekbezoeken zijn achtergebleven bij de verwachting. De dagverpleging en opnamen komen daarentegen iets hoger uit dan verwacht. Een mogelijke verklaring voor het achterblijven van de eerste polikliniekbezoeken is dat het verwijspatroon van huisartsen veranderd is door de veranderde bekostiging van huisartsen. Daarnaast scoren specialisten minder eerste polikliniekbezoeken doordat het aantal herhaalbezoeken na een jaar is verminderd.

	afpraak	werkelijk	% verschil
eerste polikliniekbezoeken	164.452	158.650	-3,5 %
dagverpleging	19.240	19.844	3,1 %
opnamen	22.679	23.085	1,8 %
verpleegdagen	155.206	155.507	0,2 %

In deze cijfers zijn de psychiatrische afdelingen niet opgenomen. Deze productie valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en wordt op een andere manier gemeten. De productieafpraak die hierover gemaakt is met het zorgkantoor, is ten aanzien van de intramurale productie ongeveer gehaald. De gerealiseerde extramurale productie heeft de productieafpraak ruim overschreden. Deze extra productie wordt wel vergoed aangezien in 2006 nog sprake was van een restitutiesysteem.

Trend

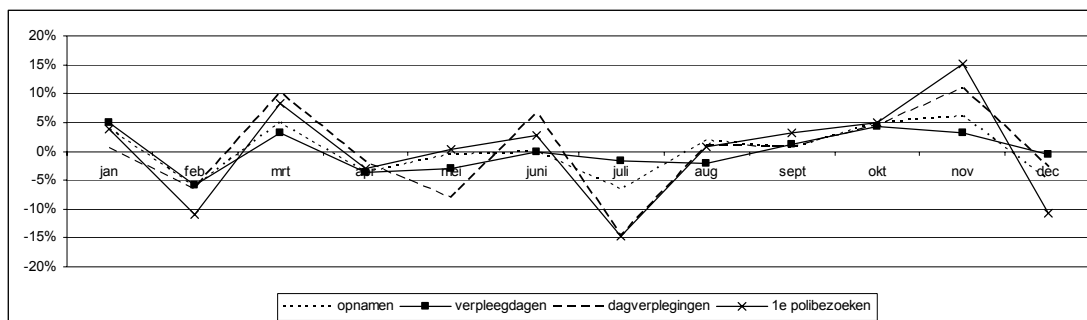
In onderstaande tabel wordt de gerealiseerde productie in 2006 vergeleken met de gerealiseerde productie in 2005.

	2005	2006	% verschil
eerste polikliniekbezoeken	158.217	158.651	0,3%
dagverpleging	18.711	19.844	6,1 %
opnamen	22.415	23.085	3,0 %
verpleegdagen	160.018	155.507	-2,8 %
gemiddelde verpleegduur	7,1	6,7	-0,4 (dag)

De gemiddelde verpleegduur is berekend op basis van het aantal opgenomen patiënten.

In 2006 zijn ongeveer evenveel eerste polikliniekbezoeken geregistreerd als in 2005. De dagverpleging en opnamen zijn gezamenlijk met 4,4% gestegen. Ondanks de stijging in opnamen zet de dalende trend in de verpleegdagen zich in 2006 verder door. De daling van de gemiddelde verpleegduur in 2006 was zelfs twee keer zo groot als in 2005. De specialisten hebben een actief zorglogistiek beleid gevoerd om deze daling te realiseren.

De productie kende de reguliere fluctuaties door het jaar heen. Onderstaande grafiek laat zien dat de pieken zich in de maanden maart, oktober en november voordeden en de dalen in de maanden februari, juli en december.



De stijging van de opnamen wordt in het bijzonder veroorzaakt door de specialisten cardiologie, interne geneeskunde en maag- darm en leverziekten (MDL). De stijging bij interne geneeskunde wordt verklaard door een toename van andere en meer intensieve therapie bij maligniteiten en de bijwerkingen die deze therapie met zich meebrengt. Bij MDL is door de komst van nieuwe specialisten het medische beleid veranderd. Daarnaast is het aantal ERCP's flink toegenomen.

De stijging bij de dagverpleging zit vooral bij de specialisten anesthesie en MDL. Bij anesthesie wordt dit veroorzaakt door verdere uitbouw van de pijnpoli. Bij MDL wordt de stijging veroorzaakt door de toename van Dormicum-toediening bij scopie-onderzoeken.

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

B-segment

In de onderstaande tabel wordt het aantal geopende B-DBC's in 2005 en 2006 weergegeven.

	2005	2006	% verschil
<u>heelkunde</u>			
liesbreuken	543	517	-4,8%
varices	464	497	7,1%
<u>dermatologie</u>			
varices	333	282	-15,3%
<u>inwendige geneeskunde</u>			
diabetes mellitus volwassenen	2.345	2264	-3,5%
<u>keel-, neus- en oorheelkunde</u>			
adenoid en tonsillen	655	835	27,5%
<u>plastische chirurgie</u>			
borstverkleining	191	159	-16,8%
<u>gynaecologie</u>			
cervixafwijking	149	171	14,8%
incontinentie	214	256	19,6%
<u>kindergeneeskunde</u>			
diabetes mellitus kinderen	101	75	-25,7%
<u>oogheelkunde</u>			
cataract	1.692	2038	20,4%
<u>neurochirurgie</u>			

	2005	2006	% verschil
hnp	169	169	0,0%
<u>reumatologie</u>			
jicht	124	187	50,8%
bechterew	123	167	35,8%
<u>orthopedie</u>			
heupen	372	382	2,7%
knieën	208	290	39,4%
hnp	9	2	-77,8%
<u>maag-, darm- en leverziekten</u>			
reflux	129	138	7,0%
dyspepsie	276	181	-34,4%
<u>urologie</u>			
blaascarcinoom	195	257	31,8%
niersteen	98	111	13,3%
uretersteen	101	116	14,9%
<u>neurologie</u>			
hnp	1.187	1121	-5,6%
<u>longziekten</u>			
interstitiële longaandoening	110	102	-7,3%
<u>totaal</u>	9.788	10.317	5,4%

De productie in het B-segment is met ruim 5% gestegen. Dit wordt vooral veroorzaakt door de sterke stijging van het aantal cataractoperaties en adenoïd- en tonsillenbehandelingen. De stijging van deze twee ingrepen heeft te maken met het lage productieniveau in 2005 als gevolg van vacatures bij deze specialismen. In 2006 zijn deze vacatures ingevuld waardoor de productie weer aantrok.

Ontwikkelingen

Voor 2007 verwacht Máxima Medisch Centrum een reguliere productiestijging van 2%. Voor de specialismen reumatologie en KNO wordt een sterkere stijging verwacht. Bij reumatologie heeft dit te maken met de verdere invulling van het regionaal reumacentrum. Bij KNO is dit het gevolg van de verdere ontwikkeling van de vakgroep.

9.5.2. Wacht- en toegangstijden

Wachttijden

In de tabel op de volgende bladzijde vindt u een overzicht van de wachttijden (in weken) voor dagopname en klinische opname per locatie en per specialisme.

specialisme	locatie Eindhoven				locatie Veldhoven			
	januari 2006		december 2006		januari 2006		december 2006	
	dag	opn	dag	opn	dag	opn	dag	opn
interne geneeskunde	1	1	1	1	1	1	1	1
cardiologie	1	1	1	1	1	1	1	1
longziekten	1	1	1	1	1	1	1	1
reumatologie	1	1	1	1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
pijnbestrijding	4	0	3	0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
chirurgie	4	4	3	3	5	5	4	4
urologie	4	4	3	2	4	4	4	4
orthopedie MMC	10	7	6	5	12	7	6	5
orthopedie OC	7	4	4	6	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
plastische chirurgie	35	52	10	25	35	40	25	30
gynaecologie	2	4	2	2	2	4	3	3
kindergeneeskunde	1	1	1	1	1	1	1	1
neurologie	1	1	1	1	3	1	1	1
dermatologie	1	1	1	1	1	1	1	1
keel-neus- oorheelkunde	5	5	7	12	5	5	7	12
oogheelkunde	12	8	13	13	12	8	13	14

dag = dagverpleging
opn = klinische opname

Toelichting

Omdat de wachttijden per locatie verschillen, worden ze ook per locatie geregistreerd. Over het algemeen zijn de wachttijden voor zowel dagopname als de klinische opname verder afgenomen.

Voor de dagverpleging geldt als Treeknorm dat 80% van de patiënten binnen vier weken wordt geholpen en 100% binnen zes weken. Voor de klinische behandeling is dit 80% van de patiënten binnen vijf weken en 100% binnen zeven weken. Met uitzondering van de specialismen orthopedie, plastische chirurgie en oogheelkunde voldoen alle specialismen aan deze norm.

Toegangstijden polikliniek

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de toegangstijden (in weken) per locatie en per specialisme.

specialisme	Eindhoven		Veldhoven	
	januari 2006	december 2006	januari 2006	december 2006
	interne geneeskunde	1	1	2
gastro-enterologie	1	1	3	1
cardiologie	2	1	2	4
longziekten	1	1	1	1
reumatologie	6	6	6	10
pijnbestrijding	3	4	n.v.t.	n.v.t.
chirurgie	1	1	2	2
urologie	4	4	2	2
orthopedie MMC	6	6	12	5
orthopedie OC	2	4	n.v.t.	n.v.t.
plastische chirurgie	6	2	7	3
gynaecologie	1	1	2	1

specialisme	Eindhoven		Veldhoven	
	januari 2006	december 2006	januari 2006	december 2006
kindergeneeskunde	3	1	11	2
psychiatrie	3	3	3	4
neurologie	4	5	1	3
dermatologie	3	2	4	3
keel-neus- oorheelkunde	5	1	10	1
oogheelkunde	6	9	12	19
kaakchirurgie	n.v.t.	n.v.t.	12	9
revalidatie	1	12	5	4

Toelichting

De Treeknorm voor toegangstijden polikliniek is dat 80% van de patiënten binnen drie weken op de polikliniek terecht kan en 100% binnen vier weken. Dit cijfer wordt door het merendeel van de specialismen ruimschoots gehaald. Uitzonderingen zijn reumatologie, oogheelkunde en kaakchirurgie. Bij een aantal specialismen is de toegangstijd ten opzichte van 2005 verder gedaald.

bijlagen

ALGEMENE GEGEVENS

1. Naam en vestigingsplaats

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

2. Samenstelling organen per 31 december 2006

raad van toezicht

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

mevr. S.R. de Moor-Bullinga

mr. A.J.H.M. Lips

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

J. Wilkes, RA

voorzitter

raad van bestuur

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

P. Nederlof, arts

voorzitter

directie

M.J.M. Hendriks MBA

drs. J.H.M.F. van Osch RC MMO

informatiemanagement

T.W.M. van de Schepop MHA

directeur bedrijfsvoering

directeur financiën, control en

directeur organisatieontwikkeling

bestuur medische staf

mevr. dr. M. Chatrou

J.D.J. Janssen

J.P. de Mönnink

A.N. van der Linden

dr. W.E. Tjon A Ten

A. Visser

dr. M.A.H.M. Wiegerinck

secretaris

vice-voorzitter

penningmeester

voorzitter

medische staf

J.L.H. Beerens

J.J. van den Berg

W.T.M. Custers

S.W.M. Janssen

M.R. Luirink

L.H.P.M. le Mair

J.A.J. van Meggelen

A. Pfaff

K.A. Postma

M.H.C. Rohof

N.F.J. Ruigrok

E.A. Tielbeek

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

A. Visser

anesthesiologie

V.J. Brenninkmeijer

dr. L.J.J. Derijks

mevr. L. Meerman

M.E.C. van de Poll

mevr. S.J. Troost

apotheek

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

R. van Gent dr. W.E. Tjon A Ten mevr. M.J.T. Verreussel mevr. D.M. Visser - Blokland mevr. J.M. van Wijk-Hoek S.H.J. Zegers L.A. Bok L.P.F. Janssens dr. C. Schröer mevr. J.P.F. van der Sluijs - Bens F.J.J. Halbertsma dr. P. Andriessen dr. S. Bambang Oetomo J. Buijs mevr. C.E.P.M. Duijsters dr. M.J.K. de Kleine A.M.P. Koolen F.A.B.A. Schuerman	kindergeneeskunde / neonatologie
dr. D.L. Bakkeren dr. F. van der Graaf dr. P.H.M. Kuijper prof. dr. ir. H.L. Vader	klinische chemie
mevr. dr. ir. C. van Pul prof. dr. ir. P.F.F. Wijn	klinische fysica
R.M. Aleva M.J. van Henten J.D.J. Janssen G.J. Jonker S.J.M. Mol D.R.A.J. de Munck	longziekten
dr. P.J. Boekema J.Th. Kamphuis dr. J.M.J.I. Salemans dr. J.W.A. Straathof mevr. dr. M.L. Verhulst dr. H.J. van Wijk	maag-darm-leverziekten
mevr. L.H.M. Verhoef	medische microbiologie
mevr. E.H. Bicknese mevr. H.J.M. Brus mevr. dr. M. Chatrou mevr. R.I. van Dommelen mevr. M.C. Jansen - Evers mevr. E.A.M. Rijper mevr. B.K. Tonino mevr. S.M.M. Verstraeten	medische psychologie
dr. J.P.H. Bekke dr. H.C.J. Kerstens	mondziekten en kaakchirurgie
L.R. Canta dr. P.L.I. Dellelijn W. Groeneveld dr. J.A.P. Hiel A. Valkenburg	neurologie

A.J. Vermeij
F.H.M. Kornips

I.H. Liem nucleaire geneeskunde

D.H.H. Box oogheelkunde
W.J. Hament
C.F. Hommersom
P.J.G.L. Meurs
dr. F.T. Kerkhoff
mevr. M.J.C. Kooijman-de Groot

W.A. den Boer orthopedie
F.Q.M.P. van Douveren
Ch.W.G.M. Geukers
R.P.A. Janssen
H.W.J. Koot
dr. T.E. Lim
dr. J.B.A. van Mourik
H.A.G.M. Sala

M.W.P.M. van Beek pathologie
T.B.J. Demeyere
mevr. dr. G. van Lijnschoten

M.R. Fechner plastische en reconstructieve chirurgie
mevr. E.M.J. Mesters
H.W.H.J. van Tits
J. Wilmink

F.A.J.M. Ancion psychiatrie
A.A.H. Roulaux
W.A.F. Sondermeijer
mevr. M.A. van Woensel – Kwast

A.Ph. Booij radiodiagnostiek
P.T.J. Cremers
F.H.J. ter Linden
A.N. van der Linden
H.W.A. Ooms
H.L.M. Pasmans
M.L. Plaisier
M.P.J. Polak
mevr. E.I.J. Rasenberg
F.G. Roos
C.M.E.S.N. Tseng
J.P.G. Weerdenburg

mevr. dr. M.C.G.S. Jacobs reumatologie
dr. E.J.A. Kroot
R.A.M. Traksel
R.H. Verheesen
dr. A.A.A. Westgeest

A. van Essen sportgeneeskunde
dr. A.R. Hoogeveen
dr. G. Schep

R.W.L. Bos urologie
P.F.C.M. Braam

dr. W.J. Levens
 mevr. E.L. Nanlohy-Manuhutu
 F.P.P.M. Pernet
 mr. W. Zwiars

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

verloskunde en gynaecologie

buitengewone stafleden

dr. J.N. Berendes
 mevr. J.N. Hofstede
 A.R. Jansz
 J. baer Jonge
 dr. K. Keizer
 mevr. M.H.D. Krabbenborg
 B.J.M. de Leest
 M.L.M. Lybeert
 dr. H.D. Mayer
 dr. R.N.J.T.L. de Nijs
 E.J.G.M. van Oosterhout
 mevr. M.J. Oostindiër
 J.G. Ribot
 L.E.G. Roijen
 mevr. prof. dr. C.T.R.M. Schrandt-Stumpel
 R.J.E.M. Smeets
 dr. H.J. Veltkamp
 dr. C.M. Verduin
 mevr. J.W.E. Verlouw

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

overige medici

	Naam	Functie	Organisatie eenheid
Dhr	F.P.P.J. Smeets	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	E.G.F. Lintzen	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	J.M.H. Kisters	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	M.C.F.J. van der Borgh - Schellekens	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	M. Brozici	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	R.P. Geilen	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	H. Schut	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	L.F.C. Driessen	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	L.M. Keeris	IOS interne	interne geneeskunde
Dhr	M. Ozmen	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	A.G. Glasbeek - Panko	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Dhr	R.W.L. van de Weijer	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	R.F.J. Dambacher	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Dhr	R.J.A. Hagenberg	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde

	Naam	Functie	Organisatie eenheid
Dhr	J.J.P. Slebe	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	N.C. Peltenburg	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	C.E.L.H. Vreuls	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Dhr	S.H.A.J. Kuijpers	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Dhr	J.B.J. Scholte	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	M.H.P. Ickenroth	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Dhr	A.G.L. Bodelier	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	D.E.J. Gulikers	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	U. Gunther	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	T.H. Kapinga	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	J.J. Koeijers	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	O.L. Reuchlin	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	S.T.M. Talib	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	A.M. van Tubergen	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	H.P.J. Willems	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	S.H.J. Zegers	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	E. van Os	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Dhr	S.H.J. Zegers	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Dhr	K.P. Dijkman	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	M.J. van Ledden - Klok	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	L. Bokken	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	A.E. Donker	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	K.A. Marcus	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	J.M.G. van Hout	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	I.E. Morsing	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Dhr	R. Dekkers	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	J.C. van de Heijden	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	P.M. van de Wijdeven	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Dhr	R.L.F. van der Palen	arts assistent AGNIO	kindergeneeskunde
Mevr.	J. de Vries	arts assistent AGNIO	kindergeneeskunde
Mevr.	I.A.W. Kotsopoulos	arts assistent AGNIO	kindergeneeskunde
Dhr	K.S.J. vanden Driessche	arts assistent AGNIO	kindergeneeskunde
Mevr.	M.A.A. Kusters	arts assistent AGNIO	kindergeneeskunde
Mevr.	P. Bot	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	I. Cuppen	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	D.M.W.M. te Loo	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Mevr.	F.M. Nooren	AIOS pediatrie	kindergeneeskunde
Dhr	M. van Oort	AIOS pediatrie	neonatologie
Mevr.	M. Kouwenberg	arts assistent AGNIO	neonatologie
Dhr	W.J.C.M. Moonen	arts assistent AGNIO	neonatologie
Mevr.	A.M. Zwitserloot	arts assistent AGNIO	neonatologie
Mevr.	A.C.M. van de Ven	arts assistent AGNIO	neonatologie
Mevr.	K.E. van de Ende	arts assistent AGNIO	neonatologie
Dhr	S.FPJ Coppus	arts assistent AGNIO	gynaecologie
Mevr.	J.M.A. Pijnenborg	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	M.M.E. van Rumste	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	J.O.E.H. van Laar	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	J. Langenveld	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Dhr	A.S.P. van Teeffelen	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	T.E.M. Verhagen	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	R. van de Laar	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Dhr	R.W.A. Engels	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	F.F. Wilms	arts assistent AGNIO	gynaecologie
Mevr.	J.P.M. Penninx	arts assistent AGNIO	gynaecologie
Dhr	H.W.F. van Eijndhoven	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	P.M.A.J. Geomini	AIOS gynaecologie	gynaecologie

	Naam	Functie	Organisatie eenheid
Mevr.	C.F. van Heteren	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	J.H. van Popering - Kleijn	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	K.B. Kluivers	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	N.A.C. Smeets	AIOS gynaecologie	gynaecologie
Mevr.	S.M. Reelinck	arts assistent AGNIO	psychiatrie
Mevr.	M. Bijwaard	arts assistent AGNIO	intensive care
Dhr	P.C. Rademaker	AIOS interne	intensive care
Mevr.	M. Bijwaard	arts assistent AGNIO	intensive care
Mevr.	E.M. Dias	arts assistent AGNIO	intensive care
Mevr.	M.J.M.L. Sterckx	arts assistent AGNIO	intensive care
Dhr	A. van Essen	AIOS sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Dhr	N.E.K.L. Liem	AIOS sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Dhr	S.F.E. Praet	AIOS interne	sportgeneeskunde
Dhr	V.M. Niemeijer	AIOS sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Dhr	R. Rozenberg	AIOS sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Mevr.	Y. Foolen	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	M.P. Mientjes	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	W.B.C. Stevens	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	A..van der Maas	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	M. Monroy Vesperinas	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	J.W.E. Hokken	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	K.P.M. Pouls	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	K.P.M. Pouls	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	A.C. van de Ven	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	T.A.C. Nizet	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	W.J.H. Weijers	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	J. ten Oever	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	N.J.M. Claessens	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	K.N.A. Sebregts - Aaldering	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	S. Kramer	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	J. Aalten	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	J.A.W.F. Dortmans	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	L.H.J. Simkens	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	E.A.M. Geerdink	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	T. de Nijs	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	I.T.M.A. Overdevest	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	A. Draisma	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	M. Youssef - El Soud	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	M. Goosens	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	A.H.E. Herbers	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	P.J. Huinink	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	H.M.C. Kemps	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	A.B. van Nunen	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	N.P. Riksen	AIOS interne	interne geneeskunde
Dhr	K.S. Simons	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	P.M.M.B. Soetekouw	AIOS interne	interne geneeskunde
Mevr.	D.M. den Hoed	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	A.M. Bosch	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	I.D. Ayodeji	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	C.H.M. Meerts	arts assistent AGNIO	chirurgie
Dhr	G.J.L. de Kort	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	J.T.M. Berlage	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	S.J.J. Boekhorst	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	S.J.F. Saers	AIOS cardiologie	chirurgie
Dhr	D.G. Sandbergen	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	D. Susa	AIOS chirurgie	chirurgie

	Naam	Functie	Organisatie eenheid
Dhr	J.M.G. Reijnders	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	J. Ebels	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	V.E.M.G. Dolmans	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	I. Cherepanin	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	M.J.A. Loos	arts assistent AGNIO	chirurgie
Mevr.	C.E. Firanescu	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	S.J. Arts	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	R. de Jongh	AIOS chirurgie	chirurgie
Mevr.	M.C.J. Mommersteeg	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	P.E.N. Hoek	AIOS chirurgie	chirurgie
Dhr	R.A.G. Nordkamp	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	H.P.W. Das	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	W.H.C. Rijnen	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	M.E.C. van Wijk	AIOS orthopedie	orthopedie
Mevr.	K.E. de Kroon	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	A.M.R.P. Laumen	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	N.M. Elenbaas	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	M.W. van den Boogaart	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	J. van der Wijk	arts assistent AGNIO	orthopedie
Dhr	R.N. Wessel	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	W.J.F. Zoest	AIOS orthopedie	orthopedie
Dhr	M.E.C. van Wijk	AIOS cardiologie	cardiologie
Dhr	L.J.H.J. Theunissen	AIOS cardiologie	cardiologie
Mevr.	A.M.H. de Ruijter	arts assistent AGNIO	cardiologie
Mevr.	M.A.K. Hillaert	arts assistent AGNIO	cardiologie
Mevr.	W.L. Mok	arts assistent AGNIO	cardiologie
Dhr	C.J. Roos	arts assistent AGNIO	cardiologie
Mevr.	P.M. Meiners	arts assistent AGNIO	plastische chirurgie
Dhr	J.M.P. Schots	arts assistent AGNIO	plastische chirurgie
Mevr.	L. Corsel	arts assistent AGNIO	neurologie
Mevr.	E. Tirsi	arts assistent AGNIO	neurologie
Dhr	M.O. Baptista	arts assistent AGNIO	neurologie
Dhr	H.T. Hulsen	arts assistent AGNIO	neurologie
Mevr.	G. Pons van Dijk	arts assistent AGNIO	neurologie
Dhr	T.W.H. Alleman	arts assistent AGNIO	neurologie
Mevr.	P. Kaleske	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Dhr	A.E.B. Lahaye	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Mevr.	K. van den Broek	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Mevr.	M.M. van Campen - Hoekstra	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Dhr	B.J.J.J. Blijweert	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Mevr.	F.M. Wouters	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Mevr.	D. Idzenga	AIOS SEH	spoedeisende hulp
Mevr.	S.M. Reelinck	arts assistent AGNIO	psychiatrie
Dhr	M.L.J.E. Paffen	agnio urologie	urologie
Mevr.	J.H. van Dijk	arts assistent AGNIO	urologie
Mevr.	M.T.H. Vonken	arts assistent AGNIO	interne geneeskunde
Mevr.	I.C.F. de Backer	AIO sportgeneeskunde	sportgeneeskunde

ondernemingsraad

J.L.H. Beerens
mevr. R.M. Blatter
F.C.J.M. van Es
mevr. G.F.A.M. Hovens
mevr. P.G. Klaasse
mevr. M. Koltsova

- Ronald McDonald Huis Veldhoven, secretaris bestuur
- Stichting Regio Helmond Electronische Communicatie (Rheco), bestuurslid
- Trombosedienst, lid raad van toezicht
- Ziekenhuisketen, lid directiegroep
- Ziekenhuisraad PAMM, lid

P. Nederlof, arts

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

BIJLAGE 2 FINANCIËLE GEGEVENS

1. Verloopoverzicht immateriële vaste activa Máxima Medisch Centrum 2006 (in duizenden euro's)

WTZI-vergunningsplichtige vaste activa									
	Aanloopkosten	Aanloopverliezen	Emissie- en leningskosten en boeterente	Subtotaal	Aanloopkosten	Licentiekosten software	Overige	Subtotaal niet nacalculerbaar	Totaal immateriële vaste activa
<i>(bedragen in euro's)</i>									
Afschrijvingspercentages	2,50%	10,00%	0%		20%	5%	0%		
Stand 1 januari									
Aanschafwaarde	21.413	-	-	21.413	650	-	-	650	22.063
Cumulatieve afschrijvingen	8.458	-	-	8.458	-	-	-	-	8.458
Boekwaarde	12.955	-	-	12.955	650	-	-	650	13.605
Mutaties boekjaar									
Investerings	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	535	-	-	535	249	-	-	249	784
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>									
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>									
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in de boekwaarde	(535)	-	-	(535)	(249)	-	-	(249)	(784)
Sinds 31 december									
Aanschafwaarde	21.413	-	-	21.413	650	-	-	650	22.063
Cumulatieve afschrijvingen	8.993	-	-	8.993	249	-	-	249	9.242
Boekwaarde	12.420	-	-	12.420	401	-	-	401	12.821

2. Verloopoverzicht materiële vaste activa Máxima Medisch Centrum 2006

(in duizenden euro's)

WTZi-vergunningsplichtige vaste activa									WTZi meldingsplichtige vaste activa						
	Grond	Terrein voorzieningen	Gebouwen	Semi-permanente gebouwen	Verbouwingen	Installaties	Onderhanden projecten	Subtotaal	Trekkingsrechten	Onderhanden projecten	Subtotaal	Instandhouding	Onderhanden projecten	Subtotaal	Subtotaal meldingen
(bedragen in euro's)															
Afschrijvingspercentages	0%	5,0%	2,0%	10,00%	5,0%	5,0%	0%		5,0%	0%		10,0%	0%		
Stand 1 januari															
Aanschafwaarde	5.680	2.987	55.625	113	12.193	49.405	-	126.003	-	-	-	21.010	3.159	24.169	24.169
Cumulatieve afschrijvingen	-	2.079	19.279	113	9.659	34.616	-	65.746	-	-	-	9.266	-	9.266	9.266
Boekwaarde	5.680	908	36.346	-	2.534	14.789	-	60.257	-	-	-	11.744	3.159	14.903	14.903
Mutaties boekjaar															
Investerings	-	-	-	-	-	-	2.420	2.420	-	-	-	1.055	2.307	3.362	3.362
Afschrijvingen	-	133	1.111	-	330	2.081	-	3.655	-	-	-	2.206	0	2.206	2.206
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>															
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>															
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in de boekwaarde	-	(133)	(1.111)	-	(330)	(2.081)	2.420	(1.235)	-	-	-	(1.151)	2.307	1.156	1.156
Stand 31 december															
Aanschafwaarde	5.680	2.987	55.625	113	12.193	49.405	2.420	128.423	-	-	-	22.065	5.466	27.531	27.531
Cumulatieve afschrijvingen	-	2.212	20.390	113	9.989	36.697	-	69.401	-	-	-	11.472	-	11.472	11.472
Boekwaarde	5.680	775	35.235	-	2.204	12.708	2.420	59.022	-	-	-	10.593	5.466	16.059	16.059

Verloopoverzicht materiële vaste activa Máxima Medisch Centrum 2006 (vervolg)

(in duizenden euro's)

WTZi gefinancierde vaste activa					Niet WTZi gefinancierde vaste activa						
	Inventaris	Vervoer- middelen	Automati- sering	Subtotaal	Gebouwen	Semi-per- manente gebouwen	Installaties	Parkeer- plaats	Onder- handen projecten	Subtotaal	Totaal materiële vaste activa
(bedragen in euro's)											
Afschrijvingspercentages	10% - 20%	20,0%	20,0%			5,0%	5,0%	7% - 15%			
Stand 1 januari											
Aanschafwaarde	43.047	-	18.584	61.631	-	1.150	-	655	-	1.805	213.608
Cumulatieve afschrijvingen	22.616	-	11.698	34.314	-	233	-	386	-	619	109.945
Boekwaarde	20.431	-	6.886	27.317	-	917	-	269	-	1.186	103.663
Mutaties boekjaar											
Investerings	5.691	-	2.947	8.638	-	-	-	-	-	-	14.420
Afschrijvingen	4.773	-	3.126	7.899	-	52	-	64	-	116	13.876
<i>Terugname geheel afgeschreven activa</i>											
Aanschafwaarde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Desinvesteringen</i>											
Aanschafwaarde	4.110	-	1.459	5.569	-	-	-	-	-	-	5.569
Afschrijvingen	4.110	-	1.459	5.569	-	-	-	-	-	-	5.569
Per saldo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutaties in boekwaarde	918	-	(179)	739	-	(52)	-	(64)	-	(116)	544
Stand 31 december											
Aanschafwaarde	44.628	-	20.072	64.700	-	1.150	-	655	-	1.805	222.459
Cumulatieve afschrijvingen	23.279	-	13.365	36.644	-	285	-	450	-	735	118.252
Boekwaarde	21.349	-	6.707	28.056	-	865	-	205	-	1.070	104.207

3. Bouwprojecten in uitvoering en mutaties in het boekjaar

(in duizenden euro's)

Projectgegevens		Investerings				Goedkeuringen		
Omschrijving	WTZi-type	t/m 2005	2006	t/m 2006		Nominaal bedrag WTZi	Indexering WTZi	Aangepaste goedkeuring
				Gereed	Onderhanden			
Vrouw Moeder Kind	vergunning	732	1.054		1.786	23.936		
regionaal centrum Veldhoven	vergunning	382	253		635	9.600		
verbouwing KNO Veldhoven	melding	6	144	150	-	150		
infrastructuur ICT	melding	995	1.160	-	2.155	2.250		
realisering 8 ^e OK	melding	17	-		17	509		
realisatie dakopbouw + aanpassingen IC	melding	93	2.340	-	2.433	2.681		
instandhoudingproject 2004	melding	525	380	905	-	905		
diverse technische aanpassingen	melding	-	11	-	11	455		
oplossen technische knelpunten	melding	29	450	-	479	575		
aanpassen polikliniek en functie		5	241	-	246			
renovatie hoogbouw		7	99	-	106			
dialyse		6	11	-	17			
project infrastructuur MMC		362	(362)		-			
		3.159	5.781	1.055	7.885	41.061	0	0

4.Overzicht langlopende schulden ultimo jaar 2006 Máxima Medisch Centrum

(in duizenden euro's)

Lening nr.	Datum	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Totale looptijd in maanden	Restschuld 31-12	Resterende looptijd in maanden	Restschuld over 5 jaar	Rente %	Genor-meerd	Aflossingswijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag	
												2006	2007
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	1989	onderhands	3.403	300	953	72	272	4,80	5,100	lineair	garantie waarborgfonds	136	136
2	1989	onderhands	1.134	300	340	90	113	3,77	5,55/4,612	lineair	garantie waarborgfonds	45	45
3	1989	onderhands	11.345	480	6.691	270	5.236	4,90	4,900	lineair	rijksgarantie	291	291
4	1992	onderhands	11.345	480	7.374	310	5.956	4,86	5,565	lineair	rijksgarantie	284	284
5	1995	onderhands	2.269	240	756	72	488	3,200	3,909	lineair	garantie waarborgfonds	54	54
6	1995	onderhands	2.269	240	756	72	488	3,200	3,909	lineair	garantie waarborgfonds	54	54
7	1996	onderhands	3.676	240	2.146	114	1.668	3,830	4,633	lineair	garantie waarborgfonds	107	96
8	1996	onderhands	3.131	240	1.878	114	1.459	3,830	4,633	lineair	garantie waarborgfonds	93	84
9	1999	onderhands	5.559	240	2.433	147	1.438	4,710	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	330	330
10	1999	onderhands	4.424	240	1.864	147	1.101	4,710	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	253	253
11	1999	onderhands	1.361	240	569	147	336	4,760	4,960	lineair	garantie waarborgfonds	77	77
12	2000	onderhands	6.534	240	4.530	159	3.379	6,24	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	270	270
13	2000	onderhands	5.309	240	3.471	159	2.588	6,24	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	207	207
14	2000	onderhands	1.770	240	1.060	159	791	6,29	6,490	lineair	garantie waarborgfonds	63	63
15	2001	onderhands	4.538	63	-	-	-	4,865	5,708	fixe	garantie waarborgfonds	4.538	-
16	2001	onderhands	4.538	87	4.538	18	-	5,065	5,917	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
17	2001	onderhands	4.538	75	4.538	6	-	4,960	5,826	fixe	garantie waarborgfonds	-	4.537
18	2001	onderhands	7.260	99	7.260	30	-	5,150	5,991	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
19	2002	onderhands	10.000	60	10.000	9	-	4,170	4,958	fixe	garantie waarborgfonds	-	10.000
20	2003	onderhands	5.000	72	5.000	24	-	4,010	4,783	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
21	2003	onderhands	8.500	87	8.500	42	-	4,040	4,901	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
22	2003	onderhands	8.500	99	8.500	54	-	4,180	5,029	fixe	garantie waarborgfonds	-	-
Totaal			116.403		83.157		25.313					6.802	16.781

Leningnummer

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

5. Kwantitatieve gegevens

5.1 Klinische opname, verpleegdagen, beademingsdagen, dagverplegingen en polikliniekbezoeken

	werkelijk 2006	werkelijk 2006		werkelijk 2005	werkelijk 2005	
	segment A	segment B	totaal	segment A	segment B	totaal
Aantal klinische opnamen	23.085	2.215	25.300	22.415	1.911	24.326
- waarvan opname neonatale IC	271	-	271	273	-	273
Aantal verpleegdagen, per klasse						
klasse 1			-			-
klasse 2			-			-
klasse 3			163.030			165.807
PAAZ			-			16.101
gezonde moeder/zuigeling			2.609			3.043
verkeerde bed-patiënten			1.143			975
afwezigheidsdagen			317			302
totaal aantal verpleegdagen	155.507	11.592	167.099	160.018	10.109	186.228
beademingsdagen IC voor volwassenen	3.442	-	3.442	3.120	-	3.120
aantal normale dagverplegingen			2.824			16.759
aantal zware dagverplegingen			5.092			4.776
totaal aantal dagverplegingen	19.844	3.722	23.566	18.711	2.824	21.535
aantal eerste polikliniekbezoeken	158.651	7.756	166.407	158.217	6.483	164.700
aantal herhalingsbezoeken	250.403	20.663	271.066	238.413	18.528	256.941
totaal aantal polikliniekbezoeken	409.054	28.419	437.473	396.630	25.011	421.641

5.2 Opgenomen patiënten en verpleegdagen per specialisme

	opnamen		verpleegdagen	
	werkelijk 2006	werkelijk 2005	werkelijk 2006	werkelijk 2005
Aantal opgenomen patiënten				
inwendige geneeskunde	3.215	2.932	26.798	26.922
maag-, darm- en lever	826	635	7.130	6.849
cardiologie	3.051	2.775	18.899	17.127
longziekten	1.514	1.361	13.728	14.360
reumatologie	133	84	1.783	1.629
anesthesiologie	8	11	21	86
chirurgie	4.985	4.865	34.317	36.678
urologie	1.368	1.329	6.284	6.552
orthopedie	2.327	2.206	14.109	14.217
plastische chirurgie	563	586	2.126	2.037
mondheeskunde / tandarts	78	88	298	333
gynaecologie en verloskunde	3.618	3.757	14.462	15.518
neonatologie	271	273	4.428	4.708
pediatrie	1.242	1.267	7.551	7.986
neurologie	1.236	1.224	12.357	12.008
neurochirurgie	6	1	27	4
dermatologie	43	41	934	779
allergologie	20	31	66	281
keel-, neus- en oorheeskunde	663	698	1.462	1.634
oogheeskunde	133	161	319	417
revalidatie				
sportgeneeskunde		1		2
totaal	25.300	24.326	167.099	170.127

5.3 Dagverplegingen en polikliniekbezoeken per specialisme

	dagverplegingen		1 ^e polikliniekbezoeken		herhalingsbezoeken	
	werkelijk 2006	werkelijk 2005	werkelijk 2006	werkelijk 2005	werkelijk 2006	werkelijk 2005
inwendige geneeskunde	2.376	2.255	13.485	13.483	28.989	28.263
maag- darm- en lever	2.651	1.974	7.338	6.407	11.312	6.891
cardiologie	1.786	1.799	12.543	11.811	15.693	14.467
longziekten	359	346	5.617	5.810	13.033	12.552
reumatologie	439	449	4.298	3.611	10.703	9.174
anesthesiologie	1.029	606	467	352	1.170	745
chirurgie	2.432	2.486	27.909	28.585	41.131	40.327
urologie	743	762	7.133	6.930	16.403	15.698
orthopedie	1.915	1.977	16.850	17.516	24.628	23.676
plastische chirurgie	718	637	3.587	3.862	8.397	8.512
mondheekunde	159	182	4.602	4.645	4.082	4.279
gynaecologie / verloskunde	3.544	3.157	9.799	9.514	25.791	25.278
neonatologie	2	0	484	536	-	179
pediatrie	504	582	4.831	4.592	6.966	6.219
neurologie	510	564	9.752	9.942	13.191	13.478
neurochirurgie	3	0	662	717	175	183
dermatologie	130	46	12.698	12.350	16.450	15.819
allergologie	51	56	236	81	-	82
keel-, neus- en oorheekunde	1.916	1.674	9.712	9.535	13.234	12.363
oogheekunde	2.269	1.952	13.579	13.694	18.866	17.953
revalidatie	30	30	825	727	852	803
sportgeneeskunde		1				
totaal	23.566	21.535	166.407	164.700	271.066	256.941

Waarvan zware dagverplegingen

Specialisme

	dagverplegingen	
	werkelijk 2006	werkelijk 2005
inwendige geneeskunde	1	2
maag-, darm- en lever	4	7
pulmonologie	-	1
cardiologie	60	76
chirurgie	889	861
urologie	197	184
orthopedie	1.277	1.309
plastische chirurgie	288	273
mondheekunde	23	39
gynaecologie / verloskunde	365	303
keel-, neus- en oorheekunde	50	61
neurologie	-	-
oogheekunde	1.938	1.660
totaal	5.092	4.776

5.4 Ziekenhuispsychiatrie

volgens G.G.Z. parameters

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

toeslag contact buiten instelling
 nieuwe inschrijving
 intakecontact
 psychodiagn/neuropsychologisch onderzoek
 psychotherapiecontact
 behandeling/begeleidingscontact
 telefonisch behandelings/begeleidingscontact
 totaal poliklinisch vanaf 18 jaar

werkelijk 2006	werkelijk 2005
0	0
443	698
348	534
380	558
138	200
6.645	6.408
175	92
8.129	8.490

Klinisch

verpleegdagen bekostigingscategorie 1.1
 verpleegdagen bekostigingscategorie 1.2
 verpleegdagen bekostigingscategorie 1.3
 sub totaal verpleegdagen

afwezigheidsdagen bekostigingscategorie 1.1
 afwezigheidsdagen bekostigingscategorie 1.2
 afwezigheidsdagen bekostigingscategorie 1.3
 sub totaal afwezigheidsdagen

totaal klinisch

werkelijk 2006	werkelijk 2005
11	51
10.579	10.232
4.690	4.487
15.280	14.770
2	27
1.011	1.226
21	76
1.034	1.329
16.314	16.099
469	460
44	22
513	482

Eerste opname

eerste opname
 heropname
 totaal opnamen

5.5 Dialyse productie

	werkelijk	werkelijk
	2006	2005
hemo dialyse / filtratie / diafiltratie	607	940
hemo dialyse / filtratie / diafiltratie + EPO	13.001	12.035
subtotaal hemo dialyse / filtratie / diafiltratie	13.608	12.975
continue Ambulante Peritoneale Dialyse (CAPD)	2.008	4.345
CAPD + Erythropoëtine (EPO)	4.305	2.827
subtotaal CAPD	6.313	7.172
chronic Cycling Peritoneal Dialysis (CCPD)	2.115	3.856
CCPD + EPO	3.213	1.998
subtotaal CCPD	5.328	5.854
totaal CAPD/CCPD	11.641	13.026
totaal dialyse productie	25.249	26.001
aantal dialyseweken	6.188	6.428
aantal acute dialyses	115	265

5.6 Opnamen en verpleegdagen per specialisme / DBC segment

verrichtingsjaar 2006

	opnamen			verpleegdagen		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	3.168	47	3.215	25.720	1.078	26.798
maag- darm- en lever	821	5	826	7.083	47	7.130
cardiologie	3.051	0	3.051	18.899	-	18.899
longziekten	1.504	10	1.514	13.552	176	13.728
reumatologie	128	5	133	1.676	107	1.783
anesthesiologie	8	0	8	21	-	21
chirurgie	4.748	237	4.985	33.634	684	34.318
urologie	1.017	351	1.368	4.631	1.653	6.284
orthopedie	1.666	661	2.327	9.875	4.233	14.108
plastische chirurgie	405	158	563	1.647	479	2.126
mondheelkunde	78	0	78	298	-	298
gynaecologie / verloskunde	3.362	256	3.618	13.258	1.204	14.462
neonatologie	271	0	271	4.428	-	4.428
pediatrie	1.230	12	1.242	7.457	94	7.551
neurologie	1.049	187	1.236	11.097	1.260	12.357
neurochirurgie	3	3	6	15	12	27
dermatologie	43	0	43	934	-	934
allergologie	20	0	20	66	-	66
keel-, neus- en oorheelkunde	440	223	663	1.013	449	1.462
oogheelkunde	73	60	133	203	116	319
radiologie	0	-	0	0	-	0
revalidatie	-	-	-	-	-	-
sportgeneeskunde	-	-	-	-	-	-
totaal	23.085	2.215	25.300	155.507	11.592	167.099

verrichtingsjaar 2005

	opnamen			verpleegdagen		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	2.900	32	2.932	26.097	825	26.922
maag- darm- en lever	626	9	635	6.715	134	6.849
cardiologie	2.775	0	2.775	17.111	16	17.127
longziekten	1.353	8	1.361	14.183	177	14.360
reumatologie	80	4	84	1.573	56	1.629
anesthesiologie	11	0	11	86	-	86
chirurgie	4.604	261	4.865	35.962	716	36.678
Urologie	1.066	263	1.329	5.337	1.215	6.552
orthopedie	1.681	525	2.206	10.481	3.736	14.217
plastische chirurgie	451	135	586	1.625	412	2.037
mondheelkunde	88	0	88	333	-	333
gynaecologie / verloskunde	3.537	220	3.757	14.451	1.067	15.518
neonatologie	273	0	273	4.708	-	4.708
pediatrie	1.255	12	1.267	7.892	94	7.986
neurologie	1.074	150	1.224	10.986	1.022	12.008
neurochirurgie	0	1	1	-	4	4
dermatologie	41	0	41	779	-	779
allergologie	31	0	31	281	-	281
keel-, neus- en oorheelkunde	507	191	698	1.205	429	1.634
oogheelkunde	61	100	161	211	206	417
radiologie	1	0	1	2	0	2
revalidatie	-	-	-	-	-	-
sportgeneeskunde	-	-	-	-	-	-
Totaal	22.415	1.911	24.326	160.018	10.109	170.127

5.7 Dagverpleging en 1^e polikliniekbezoeken per specialisme / DBC segment

verrichtingsjaar 2006

	dagverplegingen			1 ^e polikliniekbezoek		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	2.319	57	2.376	11.590	1.895	13.485
maag- darm- en lever	2.572	79	2.651	7.071	267	7.338
cardiologie	1.786	0	1.786	12.543	-	12.543
longziekten	343	16	359	5.538	79	5.617
reumatologie	439	0	439	3.968	330	4.298
anesthesiologie	1.029	0	1.029	467	-	467
chirurgie	1.713	719	2.432	27.038	872	27.910
urologie	622	121	743	6.922	211	7.133
orthopedie	1.890	25	1.915	16.317	533	16.850
plastische chirurgie	717	1	718	3.439	148	3.587
mondheelkunde	159	0	159	4.601	-	4.601
gynaecologie / verloskunde	3.296	248	3.544	9.449	350	9.799
neonatologie	2	0	2	484	0	484
pediatrie	503	1	504	4.771	60	4.831
neurologie	491	19	510	8.820	932	9.752
neurochirurgie	3	0	3	520	142	662
dermatologie	130	0	130	12.442	256	12.698
allergologie	50	1	51	235	1	236
keel-, neus- en oorheelkunde	1.357	559	1.916	8.964	748	9.712
oogheelkunde	393	1.876	2.269	12.647	932	13.579
revalidatie	30	0	30	825	0	825
sportgeneeskunde	0	0	0	0	0	0
totaal	19.844	3.722	23.566	158.651	7.756	166.407

verrichtingsjaar 2005

	dagverplegingen			1 ^e polikliniekbezoek		
	segment	segment	totaal	segment	segment	totaal
	A	B		A	B	
inwendige geneeskunde	2.216	39	2.255	11.831	1.652	13.483
maag- darm- en lever	1.896	78	1.974	6.137	270	6.407
cardiologie	1.799	0	1.799	11.811	-	11.811
longziekten	330	16	346	5.727	83	5.810
reumatologie	449	0	449	3.400	211	3.611
anesthesiologie	606	0	606	352	0	352
chirurgie	1.918	568	2.486	27.816	769	28.585
urologie	657	105	762	6.799	131	6.930
orthopedie	1.919	58	1.977	17.015	501	17.516
plastische chirurgie	636	1	637	3.701	161	3.862
mondheelkunde	182	0	182	4.645	0	4.645
gynaecologie / verloskunde	3.025	132	3.157	9.249	265	9.514
neonatologie	0	0	0	536	0	536
pediatrie	581	1	582	4.545	47	4.592
neurologie	552	12	564	9.129	813	9.942
neurochirurgie	0	0	0	580	137	717
dermatologie	46	0	46	12.092	258	12.350
allergologie	56	0	56	81	0	81
keel-, neus- en oorheelkunde	1.268	406	1.674	9.014	521	9.535
oogheelkunde	544	1.408	1.952	13.030	664	13.694
revalidatie	30	0	30	727	0	727
sportgeneeskunde	1	0	1	0	0	0
totaal	18.711	2.824	21.535	158.217	6.483	164.700

5.8 Herhalingsbezoeken per specialisme / DBC segment

verrichtingsjaar 2006

	herhalingsbezoeken		
	segment A	segment B	totaal
inwendige geneeskunde	23.504	5.485	28.989
maag-, darm- en lever	10.715	597	11.312
cardiologie	15.693	-	15.693
longziekten	12.735	298	13.033
reumatologie	9.945	758	10.703
anesthesiologie	1.170	-	1.170
chirurgie	39.389	1.742	41.131
urologie	15.626	777	16.403
orthopedie	22.654	1.974	24.628
plastische chirurgie	7.754	643	8.397
mondheekunde / tandarts	4.082	-	4.082
gynaecologie en verloskunde	24.702	1.089	25.791
neonatologie	191	-	191
pediatrie	6.531	244	6.775
neurologie	12.009	1.182	13.191
neurochirurgie	84	91	175
dermatologie	15.976	474	16.450
allergologie	-	-	-
keel-, neus- en oorheekunde	12.363	871	13.234
oogheekunde	14.428	4.438	18.866
Revalidatie	852	-	852
sportgeneeskunde	-	-	-
Totaal	250.403	20.663	271.066

verrichtingsjaar 2005

	herhalingsbezoeken		
	segment A	segment B	totaal
inwendige geneeskunde	22.795	5.468	28.263
maag-, darm- en lever	6.525	366	6.891
cardiologie	14.467	0	14.467
longziekten	12.342	255	12.597
reumatologie	8.666	508	9.174
anesthesiologie	745	0	745
chirurgie	38.634	1.693	40.327
urologie	15.206	492	15.698
orthopedie	21.849	1.827	23.676
plastische chirurgie	7.984	528	8.512
mondheekunde / tandarts	4.279	0	4.279
gynaecologie en verloskunde	24.227	1.051	25.278
neonatologie	179	0	179
pediatrie	5.996	260	6.256
neurologie	12.378	1.100	13.478
neurochirurgie	120	63	183
dermatologie	15.307	512	15.819
allergologie	-	-	-
keel-, neus- en oorheekunde	11.759	604	12.363
oogheekunde	14.152	3.801	17.953
radiologie	0	0	0
revalidatie	803	0	803
sportgeneeskunde	0	0	0
totaal	238.413	18.528	256.941

5.9 Geopende DBC's in 2006 per specialisme / DBC segment

	segment A	segment B	totaal geopend	% B- segment
inwendige geneeskunde	24.976	2.297	27.273	8,4
maag-, darm- en lever	10.490	353	10.843	3,3
cardiologie	22.574	0	22.574	0,0
longziekten	8.868	107	8.975	1,2
reumatologie	4.621	381	5.002	7,6
anesthesiologie	555	-	555	0,0
chirurgie	43.881	1.014	44.895	2,3
urologie	11.069	495	11.564	4,3
orthopedie	22.867	673	23.540	2,9
plastische chirurgie	4.611	171	4.782	3,6
mondheelkunde / tandarts	-	-	-	-
gynaecologie en verloskunde	17.395	427	17.822	2,4
neonatologie	670	-	670	0,0
pediatrie	10.050	75	10.125	0,7
neurologie	12.739	1.292	14.031	9,2
neurochirurgie	583	169	752	22,5
dermatologie	14.339	285	14.624	1,9
allergologie	-	-	-	-
keel-, neus- en oorheelkunde	10.891	834	11.725	7,1
oogheelkunde	16.534	2.049	18.583	11,0
radiologie	527	-	527	0,0
revalidatie	1.166	-	1.166	0,0
sportgeneeskunde		-	-	0,0
totaal	239.406	10.622	250.028	4,2

6. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Bezoldiging bestuurders (alle bedragen in duizenden euro's)

naam	P. Nederlof,	P. Nederlof,	dr. R.H.J. van 't	dr. R.H.J. van 't	dr. M.J. Rutgers	dr. M.J. Rutgers	ir. L.J.M. Kenter	ir. L.J.M. Kenter
	arts	arts	Hullenaar	Hullenaar				
jaar	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
aard bestuurder	S	S	S	S	n.v.t.	S	n.v.t.	S
periode in dienst	01-01 t/m 31-12	01-01 t/m 31-12	01-01 t/m 31-12	15-03 t/m 31-12	n.v.t.	01-01 t/m 31-12	n.v.t.	01-01 t/m 30-06
voorzitter	nee	nee	ja	ja	n.v.t.	ja	n.v.t.	nee
periode in dienst als	n.v.t.	n.v.t.	01-01 t/m 31-12	15-03 t/m 31-12	n.v.t.	01-01 t/m 14-03	n.v.t.	n.v.t.
voorzitter								
beëindiging	nee	nee	nee	nee	n.v.t.	ja	n.v.t.	ja
dienstverband ultimo								
verslagjaar								
afspraken werktijden	nee	nee	nee	nee	n.v.t.	nee	n.v.t.	nee
deeltijdfactor	100%	100%	100%	100%	n.v.t.	100%	n.v.t.	100%
(percentage)								
brutosalaris	204	199	224	196	n.v.t.	207	n.v.t.	88
bruto onkosten	-	1	1	2	n.v.t.	3	n.v.t.	2
vergoeding								
werkgeversbijdrage	6	2	6	4	n.v.t.	2	n.v.t.	2
sociale lasten								
werkgeversbijdrage	20	19	44	59	n.v.t.	21	n.v.t.	9
pensioen, VUT								
ontslagvergoeding	-	-	-	-	n.v.t.	440	n.v.t.	-
bonussen	14	-	15	-	n.v.t.	-	n.v.t.	-
totaal bruto inkomen	244	221	291	260	n.v.t.	673	n.v.t.	101
cataloguswaarde	53*	53*	50	50	n.v.t.	32	n.v.t.	56
auto van de zaak								
eigen bijdrage auto	-	-	-	-	n.v.t.	1	n.v.t.	-
van de zaak								
belastbaar inkomen	205	173	226	170	n.v.t.	179	n.v.t.	71

* meerkosten boven de € 50.000 komen voor rekening van de bestuurder

Bezoldiging toezichthouders (alle bedragen in duizenden euro 's)

naam	functie	bezoldiging	belastbaar loon	bezoldiging	belastbaar loon
		2006	2006	2005	2005
J. Wilkes RA	voorzitter vanaf 01-03-2005	11	11	10	10
drs. J.G.M. Kegelaer	vice-voorzitter	11	11	11	11
mr. A.J.H.M. Lips	lid	7	7	7	7
prof.dr. L.B.A. van de Putte	lid	7	7	7	7
mw. S.R. de Moor-Bullinga	lid	7	7	7	7
totaal		43	43	42	42

7. Wet openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)

(alle bedragen in duizenden euro's)

functie/functionies	duur dienstverband in het verslagjaar		belastbaar loon		voorzieningen t.b.v. beloningen betaalbaar op termijn		uitkeringen i.v.m. beëindiging van het dienstverband	
	In dienst v.a.	In dienst t/m	2006	2005	2006	2005	2006	2005
lid raad van bestuur	01-01	31-12	205	173	45	45		
lid raad van bestuur	01-01	31-12	226	170	70	85		
anesthesist	01-01	31-12	186	176	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	139	133	34	36		
anesthesist	01-01	31-12	187	177	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	186	178	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	172	177	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	157	176	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	185	181	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	188	170	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	146	137	31	33		
anesthesist	01-01	31-12	187	180	46	50		
anesthesist	01-01	31-12	148	140	36	39		
kinderarts	01-01	31-12	147	125	34	33		
kinderarts	01-01	31-12	153	177	34	37		
kinderarts	01-01	31-12	145	102	32	29		
kl. onderst.spec.	01-01	31-12	158	159	41	44		
spec.neonatologie	01-01	31-12	187	180	43	46		
spec.neonatologie	01-01	31-12	240	149	31	37		
manager zorg	01-01	31-12	136	115	35	31		
manager zorg	01-01	31-12	114	104	26	27	110	
manager zorg	01-01	31-12	144	114	35	31		