

ijssel land
ziekenhuis



Jaarverslag 2025

Mei 2026

Inhoudsopgave Jaarverslag 2025 IJsselland Ziekenhuis

Bestuursverslag 2025	3
Jaarverslag 2025 raad van toezicht	40
Jaarrekening 2025	50
Overige gegevens	85



Bestuursverslag 2025

Mei 2026

Inhoudsopgave bestuursverslag

Voorwoord	5
Deel 1 – Over het IJsselland Ziekenhuis	7
1.1 Profiel en missie	7
1.2 Besturingsfilosofie en besturingsmodel	7
1.3 Governance en medezeggenschap	9
1.4 Maatschappelijke verantwoordelijkheid.....	10
Deel 2 – Visie, doelen, aanpak en sturen op resultaten	12
2.1 Het waarom: missie, visie en kernwaarden	12
2.2 Wat willen we bereiken: strategische thema's	13
2.3 Hoe bereiken we de doelen	16
2.4 Meten en sturen: de ruit en de realisatie van de strategie.....	20
Deel 3 – De brug naar morgen	31
3.1 Risicoparagraaf	32
Bijlage 1 Nevenfuncties raad van bestuur in 2025	36
Bijlage 2 Duurzaamheid	37

Voorwoord

In dit jaarverslag kijken we als Stichting IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel met trots terug op 2025. Met het jaarverslag legt het ziekenhuis verantwoording af aan alle belanghebbenden en aan de maatschappij over het beleid, de inspanningen en de prestaties in het afgelopen jaar.

Afgelopen jaar lanceerden we onze nieuwe meerjarenstrategie waarmee we met ons ziekenhuis koers zetten richting 2030. We richten ons de komende jaren op drie strategische thema's: Samenwerken, IJssellanders aan zet, en Zorg op maat. Elk thema helpt ons voorbereid te zijn op de toekomst en sluit aan op de behoeften van onze patiënten. De rode draad? Samenwerken. Want met sterke verbindingen binnen ons ziekenhuis en met onze partners in de buurt en regio maken we het verschil.

Een mooi voorbeeld is de samenwerking die we hebben opgezet met de vrijwilligers van inloophuis De IJssel. Zij zetten zich ook in voor de begeleiding van patiënten op de oncologie dagverpleging binnen het ziekenhuis. Met verschillende hulpdiensten uit de regio organiseerden we afgelopen jaar een grote weerbaarheidstraining. En ook binnen onze organisatie werken we volop samen: met de invoering van AFAS richten we onze financiële en HR systemen efficiënter in en zijn we klaar voor de toekomst.

Sinds afgelopen jaar is het mogelijk om voor een aantal ingrepen de volledige voorbereiding op een operatie digitaal te doorlopen. Meerdere fysieke afspraken worden vervangen door één efficiënt zorgpad dat grotendeels digitaal en op een zelfgekozen moment kan worden doorlopen. Een belangrijke stap richting toekomstgerichte en toegankelijke zorg, waarin patiënt en professional beiden profiteren van minder belasting en meer regie.

Trots zijn we op het behalen van de gouden status van de Milieuthermometer Zorg als eerste in de regio. Hiermee hebben we onze ambities overtroffen. Deze certificering toont aan dat het ziekenhuis structurele verduurzaming toepast, van energiebesparing tot afvalscheiding en inkoop.

Onze kwaliteit van zorg is ook in 2025 onverminderd hoog gebleven – een fundament waarop we bouwen en dat we koesteren. Dit is niet alleen zichtbaar in onze medische uitkomsten, maar ook in de ervaring van onze patiënten. De waardering die zij ons geven, met een score van 8,9 voor de kliniek en een 8,6 voor de polikliniek, is een prachtig compliment en bevestigt dat we op de juiste weg zijn. Het is een erkenning voor het vakmanschap en de betrokkenheid van onze medewerkers en medisch specialisten, die zich elke dag inzetten voor veilige, persoonsgerichte zorg.

Tevens zijn wij Stichting Vrienden van het IJsselland zeer erkentelijk voor de fondsenwerving die zij ieder jaar weer verrichten waardoor wij onze patiënten nog meer comfort kunnen bieden tijdens hun verblijf.

Ontwikkelingen binnen en buiten onze landsgrenzen zijn van invloed op ons ziekenhuis en trekken ook vanuit financieel oogpunt een zware wissel op de zorg zoals wij die willen leveren. Wij plaatsen de cijfers in de context van actuele risico's (zoals personeelstekorten, financieringsdruk en het macrobeheersinstrument), maar ook in het licht van kansen op het gebied van innovatie, regionale samenwerking en efficiëntieverhoging. Het resultaat wijkt negatief af van de norm 2025 net zoals de EBITDA. Het verslag 2024 gaf een zeer positief jaar weer. Als we de resultaten 2025 afzetten tegen de resultaten 2023 liggen zij meer in lijn met elkaar. Dit betekent dat we alert zijn op de resultaat- en EBITDA ontwikkeling in 2026. Wij voelen ons gesteund door de zorgverzekeraars vanuit het vertrouwen dat zij hebben gesteld in onze strategie voor de komende jaren en werken met enthousiasme verder aan de toekomst. Geïnspireerd door de resultaten van het afgelopen jaar, blijven wij ons inzetten voor kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en duurzame zorg voor iedereen die op ons rekt.

Tot slot willen we iedereen bedanken die zich in het afgelopen jaar met hart en ziel heeft ingezet voor het IJsselland Ziekenhuis – onze medewerkers, medisch specialisten, vrijwilligers, samenwerkingspartners en patiënten. Jullie betrokkenheid en inzet vormen het kloppend hart van onze organisatie. Gezamenlijk maken wij onze missie waar!

Hartelijke groet,

Albert van Wijk, Natasja Bovee en Richard Groenendijk

raad van bestuur

Algemene identificatiegegevens

Naam verslag leggende rechtspersoon	Stichting IJsselland Ziekenhuis
Adres	Prins Constantijnweg 2 2906 ZC Capelle aan den IJssel Postbus 690 2900 AR Capelle aan den IJssel
Telefoonnummer	010-2585000
Website	www.ysl.nl
Twitter	@ijssellandzhs
LinkedIn	https://nl.linkedin.com/company/ijsselland-ziekenhuis
Facebook	https://nl-nl.facebook.com/ijssellandzhs
E-mailadres	communicatie@ysl.nl
Nummer Kamer van Koophandel	41128994

Deel 1 – Over het IJsselland Ziekenhuis

1.1 Profiel en missie

Het IJsselland Ziekenhuis is een algemeen regionaal ziekenhuis en biedt een breed aanbod aan medisch specialistische zorg. De hoofdvestiging ligt in Capelle aan den IJssel. Het ziekenhuis heeft buitenpoliklinieken in Rotterdam Nesselande, Krimpen aan den IJssel en Rotterdam-Kralingen. Als algemeen ziekenhuis bedienen wij in eerste instantie onze directe omgeving, in vaktermen ons adherentiegebied (zie onderstaand figuur). Het adherentiegebied omvat Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel, de Krimpenerwaard en de oostelijke kant van Rotterdam. Een uitzondering hierop vormt de MDL-zorg die een duidelijke bovenregionale functie kent. Het adherentiegebied voor topklinische zorg is meer dan twee keer zo groot als het gebied voor het reguliere zorgaanbod. Onze professionals en vrijwilligers spannen zich elke dag met veel energie en betrokkenheid in om onze missie waar te maken:

“Wij zijn uw ziekenhuis, nauw verbonden met de regio en stevig verankerd in wijk en buurt. Intensieve samenwerking met verschillende partners zit in ons DNA. Daarbij hebben we oog voor u en onze medewerkers.”



Adherentiegebied IJsselland Ziekenhuis

1.2 Besturingsfilosofie en besturingsmodel

1.2.1 Besturingsfilosofie

Het IJsselland Ziekenhuis staat voor een maatschappelijke opdracht: het leveren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst. In de uitvoering van deze opdracht worden we geconfronteerd met uitdagingen zoals een almaar groeiende vraag naar zorg, zowel qua omvang als qua complexiteit, een afnemend aanbod van medewerkers, gezondheidsverschillen tussen burgers, en de opdracht om te verduurzamen. Méér geld is niet de oplossing. Het integraal zorgakkoord (IZA) onderstreept dit. Deze uitdagingen vragen om een organisatie met een stabiele visie en strategie en tegelijkertijd lenigheid in besturing en leiderschap. In 2019 is het IJsselland Ziekenhuis gestart met een transitieproces waarbij de zorg het uitgangspunt is. Leidend bij deze transitie is ons sterke geloof in de besturingsfilosofie: gelijkgerichtheid, mede-eigenaarschap, resultaatgerichtheid en (leiderschaps)ontwikkeling. Dit geloof sluit naadloos aan op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van raad van bestuur en medische staf voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Wij vinden het als ziekenhuis belangrijk dat iedereen wordt uitgenodigd om mee te doen aan het vormgeven van onze organisatie. Dat hoort bij modern werkgeverschap, waarmee je professionals wilt binden en boeien. Mede-eigenaarschap en gelijkgerichtheid vinden in onze filosofie niet plaats door top down sturing, maar door een organisatiebrede dialoog over persoonlijke ontwikkeling en

organisatieontwikkeling, over veiligheid, vertrouwen, kwaliteit en resultaten, zodat zorgverlening en bedrijfsvoering met elkaar geïntegreerd zijn.

In de afgelopen jaren zijn mede-eigenaarschap en gelijkgerichtheid gegroeid en zichtbaar geworden op alle lagen van de organisatie. Teamleiders en vakgroepvoorzitters zijn samen een dragende pijler in de sturing van de organisatie. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de resultaten van de afdelingen. We zien de samenwerking tussen vakgroepen, afdelingen, verpleegkundigen, management, medische staf en ondersteunende diensten groeien: gezamenlijk wordt het gesprek gevoerd over ambities, uitvoering én resultaatbereiking. Wij zijn trots op het initiatief van de Verpleegkundige Raad om te starten met project 'Samen aan Z!', een project gericht op meer zeggenschap en inbreng van verpleegkundigen met als doel het hele team van arts tot voedingsassistent te versterken. Dit zijn voorbeelden van veranderkracht die direct ten goede komt aan kwaliteit van patiëntenzorg en werkplezier. Andere voorbeelden zijn de integrale benadering van kwaliteit in de verbeterteams (kwaliteit), het programma intern talent (PIT), de CMQO (kwaliteit) en CMIO (ICT) in de medische staf en de CNIO (verpleegkundige met ICT portefeuille) en verpleegkundigen en medisch specialisten zijn betrokken in projectteams van meerdere strategische projecten. Ter ondersteuning bij deze vernieuwingen zijn leiderschapsprogramma's gestart voor leidinggevenden en medisch specialisten. Ook het co-bestuur, het bestuursberaad¹ en de groeiende betrokkenheid van zorgprofessionals in vernieuwing van het werk, kwaliteit en strategische projecten zijn uitingen van de besturingsfilosofie.

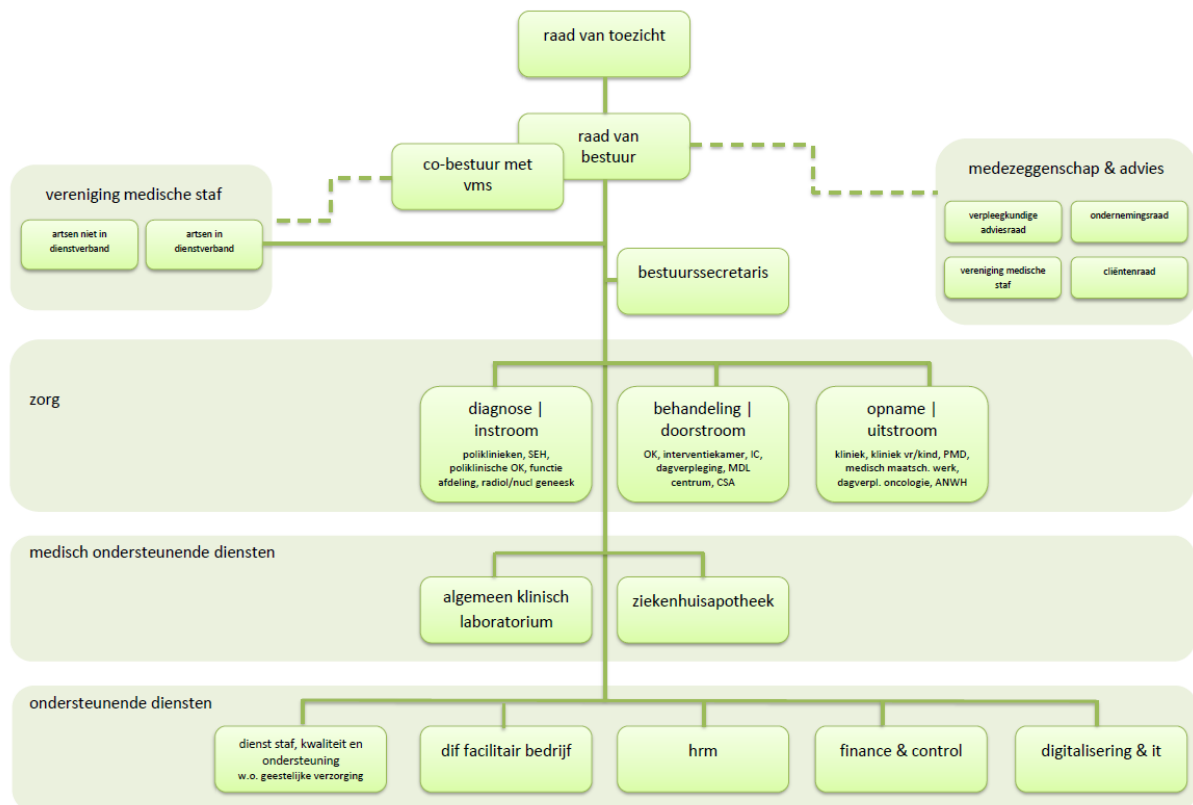
1.2.2 Besturingsmodel

De besturingsfilosofie is vertaald naar een besturingsmodel. Een besturingsmodel moet flexibel genoeg zijn om mee te bewegen bij veranderingen en groei van de organisatie en tegelijkertijd de strategische doelen van de organisatie te ondersteunen. Een dergelijke transitie van leiderschap en de organisatie vraagt tijd en ruimte om te experimenteren en adaptief te kunnen zijn. We zijn blijvend adaptief aangaande ons besturingsmodel door de invulling daarvan te laten meebewegen bij veranderingen en groei van de organisatie, ter ondersteuning van realisatie van onze strategische doelen. Mede-eigenaarschap en gelijkgerichtheid tussen het 'organisatorische' en 'medische/zorginhoudelijke' domein zijn zichtbaar door heel de organisatie. Een belangrijke voorwaarde om de strategische doelstellingen te realiseren is hiermee ingevuld.

1.2.3 Organisatiestructuur

Het organogram van het IJsselland Ziekenhuis is een weergave van de wijze waarop de organisatie is ingericht. De zorgafdelingen van het ziekenhuis zijn zo ingericht dat zij bijdragen aan organiseren en continu verbeteren van de patiëntreis. De patiënt doorloopt op een zo doelmatig mogelijke manier diens zorgpad. Een van de bouwstenen voor het verbeteren van de patiëntreis is het organiseren van patiëntenzorg aan de hand van patiëntlogistiek: 'instroom, doorstroom en uitstroom'. Dit leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt en een betere inzet van personeel, ruimte en middelen.

¹ Het bestuursberaad bestaat uit voorzitter medische staf, raad van bestuur en een aantal managers. Het bestuursberaad adviseert aan de raad van bestuur.



1.3 Governance en medezeggenschap

Het IJsselland Ziekenhuis is een stichting en kent een raad van bestuur en een raad van toezicht. Het IJsselland Ziekenhuis hecht vanzelfsprekend belang aan goed bestuur, degelijk toezicht en adequate verantwoording. De scheiding tussen bestuurlijke en toezichthoudende functies enerzijds en een goede samenwerking anderzijds zijn belangrijk. De raad van bestuur is belast met het besturen van het ziekenhuis. Dit houdt onder meer in dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van het ziekenhuis, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling en voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De raad van bestuur legt hierover verantwoording af aan de raad van toezicht. De raad van toezicht vervult de toezichthoudende functie.

De Governancecode Zorg 2022, vormt voor ons de norm voor goed bestuur en toezicht. De principes uit de code worden dan ook toegepast. Daarnaast past het IJsselland Ziekenhuis de QMentum governancenorm toe. De statuten van stichting IJsselland Ziekenhuis en de reglementen raad van bestuur en raad van toezicht zijn gebaseerd op modellen van NVTZ en NVZD (2022).

De beloning van de leden van de raad van bestuur is in overeenstemming met de regelgeving van de Wet Normering Topinkomens en wordt vastgesteld door de raad van toezicht. In de jaarrekening is nadere informatie te vinden over de hoogte van de beloning. De raad van toezicht heeft beleid opgesteld voor de vergoeding van onkosten van de raad van bestuur en ziet toe op de naleving ervan. Jaarlijks wordt openbaar verantwoord² welke bedragen op grond hiervan zijn uitgegeven, gespecificeerd naar vaste en andere onkostenvergoedingen, binnenlandse en buitenlandse reiskosten, opleidingskosten, representatiekosten en overige kosten. Voor de nevenfuncties van de leden van de raad van bestuur wordt verwezen naar bijlage 2 van het jaarverslag. De beloningsgegevens en nevenfuncties van de leden van de raad van toezicht zijn

² Dit is terug te vinden in de jaarrekening van het ziekenhuis.

opgenomen in het jaarverslag van de raad van toezicht.

De samenstelling van de raad van bestuur per 31 december 2025 luidt als onderstaand:

De heer mr. A.H. van Wijk MPM – voorzitter raad van bestuur
Mevrouw drs. N.B.C. Bovee – lid raad van bestuur
De heer dr. R.G.L. Nellen – chirurg en co-bestuurder

De samenstelling van de Raad van Toezicht per 31 december 2025 luidt als onderstaand:

De heer prof. dr. mr. J.C.M. van Sonderen – voorzitter
Mevrouw dr. H.M. Klomp – vice-voorzitter
De heer ir. S.M.A. Rodts – lid
Mevrouw drs. S.M.C. Kersten-Kerstens – lid
Mevrouw drs. R.M. Ritsema van Eck – lid
De heer A.B. Hooker – lid (per 6 november 2025)
De heer J. ten Dam – lid (per 6 november 2025)

1.3.1 Medezeggenschap

Het IJsselland Ziekenhuis kent, conform statuten, vier inspraak- en/of adviesorganen die verschillende belanghebbenden vertegenwoordigen:

- Vereniging Medische Staf: vertegenwoordiging van alle medisch specialisten
- Ondernemingsraad: vertegenwoordiging van medewerkers
- Verpleegkundige Raad: vertegenwoordiging van verpleegkundigen
- Cliëntenraad: vertegenwoordiging van patiënten

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de raad van bestuur over beleid en voorgenomen besluiten in het ziekenhuis. Waar van toepassing, leggen zij in eigen jaarverslagen verantwoording af over jaar 2025.

1.4 Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Het IJsselland Ziekenhuis vervult een belangrijke rol in de continuïteit van de zorgverlening in de regio, zoals ook wordt uitgedragen door onze visie en strategie. Als ziekenhuis dat is verankerd in wijk en buurt, is voor het IJsselland Ziekenhuis vanzelfsprekend om zich in te zetten voor bewoners, zowel op sociaal vlak als op het gebied van gezondheidsverbetering en preventie van ziekte. Ook op het vlak van milieu en duurzaamheid heeft het ziekenhuis een verantwoordelijkheid. Hierover meer in hoofdstuk 2.3.

Om passende toekomstbestendige zorg op de juiste plaats door de juiste professional te kunnen organiseren is samenwerken met verschillende partners essentieel. Dit gebeurt in de wijk, regionaal en landelijk op operationeel, tactisch en strategisch niveau. Een landelijk voorbeeld is het lidmaatschap van de Stichting Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Op regionaal niveau onder andere de samenwerking Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ), Netwerk Acute Zorg Zuidwest (voorheen ROAZ), BeterKeten, Concord, het convenant welzijn, zorg en wonen in Capelle

en Krimpen aan den IJssel (Capelle Krimpen Verbonden - CKV), samen voor kwetsbare ouderen 010 (SVK0010) en de IZA alliantie Gezond naar Morgen | Capelle, Krimpen, Rotterdam.

In Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel is het IJsselland Ziekenhuis de grootste werkgever. In de regio Rijnmond participeren wij actief in het gezamenlijk arbeidsmarktbeleid en de instrumenten daarvoor binnen deRotterdamseZorg.

Deel 2 – Visie, doelen, aanpak en sturen op resultaten

Onze nieuwe meerjarenstrategie is in 2025 opgeleverd. De nieuwe strategie 'Samen maken we het verschil' 2025-2030 borduurt voort op wat we de afgelopen jaren hebben bereikt en legt extra focus op een aantal thema's, zodat we nog beter klaar zijn voor de toekomst. Onze strategische koers is de leidraad om de transformatie van zorg in ons ziekenhuis dusdanig te realiseren dat onze zorg beschikbaar en toegankelijk blijft. Hierin staat voorop dat het IJsselland Ziekenhuis qua profiel een ziekenhuis van wijk en buurt is én blijft en dat samenwerking met partners in onze regio essentieel is voor het leveren van passende zorg aan onze patiënten.

**Samen
maken
we het
verschil.**

2.1 Het waarom: missie, visie en kernwaarden

De strategie van het IJsselland Ziekenhuis is geworteld in onze missie, visie en kernwaarden. Deze geven richting aan ons denken en doen, vanuit een stevige positie in onze regio.

Onze missie

Wij zijn uw ziekenhuis, nauw verbonden met de regio en stevig verankerd in wijk en buurt. Intensieve samenwerking met verschillende partners zit in ons DNA. Daarbij hebben we oog voor u en onze medewerkers.

Onze visie

Wij bieden hoogwaardige en passende medisch specialistische zorg, die zowel beschikbaar als toegankelijk is voor onze patiënten. We geloven in het verder versterken van de samenwerking met onze partners om dit te realiseren. Daarbij richten we ons op het welzijn van zowel onze patiënten als onze medewerkers.

Kernwaarden

Deskundig, dichtbij en doen. We staan voor betrouwbare, hoogwaardige en efficiënte zorg. We zijn een vertrouwde plek, dichtbij en toegankelijk, en hebben oog voor elkaar. Wij bewegen mee met de veranderingen door te werken met korte lijnen, praktische oplossingen en flexibiliteit.



Deskundig



Dichtbij



Doen

2.2 Wat willen we bereiken: strategische thema's

2.2.1 Onze strategie – samen maken we het verschil

Het IJsselland Ziekenhuis dient zich te verhouden tot maatschappelijke en zorg brede uitdagingen zoals een toename van de zorgvraag, tekorten aan medewerkers, adopteren van technologische ontwikkeling. Hiervoor moeten we onze zorg en hoe we (met elkaar) werken transformeren en vernieuwen. Om dat voor elkaar te krijgen moeten we zélf veranderen en dat vraagt leiderschap, eigenaarschap en creativiteit van ons allemaal. Samen maken we het verschil.

Strategie 2025-2030 bestaat uit drie strategische thema's: IJssellanders aan zet, Zorg op maat en – centraal thema - Samenwerken. Binnen de thema's 'IJssellanders aan Zet' en 'Zorg op Maat' is samenwerking randvoorwaardelijk en een middel om onze ambities te realiseren. De activiteiten binnen het thema samenwerken sluiten aan bij de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) en de speerpunten van de Stichting Algemene Ziekenhuizen, waarbij we streven naar integrale verbinding en effectieve samenwerking binnen de regio.

Thema: Zorg op Maat

We zijn een algemeen tweedelijns ziekenhuis dat zorg op maat in onze wijk en buurt levert. We bewegen mee met de behoeften in de regio en zijn in staat om te veranderen om ook in de toekomst de zorg voor iedereen beschikbaar en toegankelijk te houden. De inzet van digitalisering is een cruciaal middel. Enerzijds is het een onderdeel van het hybride inrichten van zorglijnen en anderzijds is het een onderdeel waarmee we de IJssellanders kunnen helpen om de zorg efficiënter in te richten. Het thema kent twee programma's: Zorgportfolio en Hybride zorg. Beiden met de focus op toekomstbestendige zorg kunnen blijven leveren als IJsselland ziekenhuis.

Thema: Samenwerken

Samenwerken is het centrale thema van onze strategie, het is ons belangrijkste middel om onze ambities te bereiken. Het gaat hier om samenwerking in de regio, maar ook in ons ziekenhuis over de afdelingen heen. We zien samenwerken breder dan alleen langs de lijn van zorg. Zo werken we in Capelle & Krimpen Verbonden samen met partners aan zorg én welzijn, rekening houdend met een toename aan kwetsbare ouderen en chronische patiënten en dat bouwen we verder uit. Eerstelijnszorg is zorg waar mensen zelf zonder verwijzing naartoe kunnen gaan zoals de huisartsenzorg, verloskunde en wijkverpleging. Samenwerken met de eerstelijns is belangrijk om te zorgen dat wij ons als ziekenhuis bezig kunnen houden met medisch specialistische zorg conform ons zorgportfolio. Samenwerken met eerstelijnszorg biedt kansen om de instroom te beheersen en uitstroom te bevorderen. Hiermee creëren we voldoende plek voor de behandeling van nieuwe zorgvragen en voorkomen we wachttijden, piekbelasting en onbenutte capaciteit. Zo dragen we bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

Thema: IJssellanders aan zet

IJssellanders zijn het hart van onze zorg. Binnen het strategisch thema IJssellanders aan Zet staat de beweging centraal waarin we als IJssellanders zelf verantwoordelijkheid nemen en actief bijdragen aan de transformatie van de zorg. Om dit te bereiken zetten we in op het vergroten van werkplezier, eigenaarschap en vernieuwingskracht van ons allemaal. Het vergroten van werkplezier draagt tevens bij aan het behoud van onze medewerkers.



2.2.2 Ons fundament

Onze strategische koers steunt op een breed fundament, bestaande uit digitalisering, financieel gezond, continu verbeteren, duurzaamheid en preventie. Een duurzaam fundament vraagt om voortdurende versteviging. Daarom is werken aan het fundament onlosmakelijk verbonden aan onze strategie. Het fundament beschrijft de keuzes die we maken voor de komende jaren:

Digitalisering

Waar verbeteringen in efficiëntie, snelheid en kwaliteit mogelijk zijn, zetten we digitalisering in. We nemen beproefde concepten over en sluiten aan bij bestaande initiatieven in onze regio.

Financieel gezond

We zijn een organisatie die in staat is om financiële verplichtingen op zowel de korte als lange termijn na te komen, terwijl wij ook voldoende middelen hebben om te blijven investeren in groei en ontwikkeling. Daarbij zetten we in op het behouden en uitbreiden van de derde geldstroom.

Continu verbeteren

We hebben de basis op orde en iedere zorgprofessional is dagelijks bezig om het voor de patiënten én de IJssellanders steeds beter te maken. Tevens werken we doelmatig en zetten onze mensen en middelen op een duurzame wijze in. We doen dit vanuit het LEAN gedachtengoed.

Duurzaamheid

Vanuit een maatschappelijke opgave letten wij op de duurzaamheid van onze mensen en middelen. Duurzame inzetbaarheid houdt in dat medewerkers op een gezonde, gemotiveerde en competente manier kunnen blijven werken, zowel nu als in de toekomst. Met betrekking tot het efficiënt en

verantwoord gebruik maken van hulpbronnen zullen wij dit op een manier doen zodat het milieu zo min mogelijk belast wordt en de lange termijn beschikbaarheid van deze middelen waarborgt blijft.

Preventie

Binnen ieders eigen professie met bijbehorende mogelijkheden wordt elke dag en bij elke patiënt geprobeerd een invulling te geven aan deze vorm van primaire preventie.

2.2.3 Integraal zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA)

Het IJsselland Ziekenhuis heeft zich gecommitteerd aan de uitvoering van de doelen in het integraal zorgakkoord (IZA). Het integraal zorgakkoord (IZA) beschrijft een grote opdracht om over de grenzen van de eigen sector heen te kijken en samen met netwerkpartners integraal de maatschappelijke opdracht te benaderen. De opdracht is om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, terwijl sprake is van een groeiende zorgvraag en een (groeiend) tekort aan personeel tegen geen of weinig budgettaire groei. In 2025 is daar het aanvullend zorg- en welzijn akkoord (AZWA) bij gekomen met als doel om een extra impuls te geven aan de realisatie van de IZA afspraken.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft actief geparticipeerd in de totstandkoming van de regioplannen. Verschillende denkrichtingen komen terug in de regioplannen, zoals het opschalen van digitalisering in de zorg, een paradigmashift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, passende zorg, optimale inzet van capaciteit, aandacht voor werkbelasting en werkplezier en integrale wijkaanpak. De strategie van het ziekenhuis ligt in lijn met de inhoud van het IZA en AZWA en de denkrichtingen in de regioplannen. Op sommige vlakken lopen we zelfs voor. Voorbeelden daarvan zijn het convenant Capelle Krimpen Verbonden, de strategische samenwerkingen met Erasmus MC en Lelie zorggroep, de samenwerking op het spoedplein, digitale innovatie in zorgpaden, integraal capaciteitsmanagement en onze strategische pijler 'IJssellanders aan Zet'. Op andere vlakken helpen de regioplannen om de volgende stap te zetten, zoals bij het verplaatsen van tweedelijns zorg naar algemene ziekenhuizen en het uitbouwen van samenwerking met de VVT en het sociaal domein.

Een belangrijk dossier in het IZA is spreiding & concentratie. Landelijk zijn in meerdere tranches volumenormenten vastgesteld op bepaalde verrichtingen. Het IJsselland Ziekenhuis heeft actief geparticipeerd in de overleggen over de eerste tranche vaatchirurgie en een aantal oncologische verrichtingen. De systeemtherapie is uit de normering gehaald in het kader van de juiste zorg op de juiste plek, dicht bij de patiënt. Passende zorg dus die het IJsselland ziekenhuis voor de patiënt dicht bij huis kan leveren. Namens het ziekenhuis heeft de oncologiecommissie de regionale besprekingen gevoerd. De vaatchirurgen hebben met de regionale partners gesproken over zorg op de noordoever, waarmee de vaatchirurgische zorg op alle locaties in de regio is geborgd.

De acute zorg is een ander belangrijk dossier. In 2024 is ROAZ koers 2030 vastgesteld met zes thema's voor de ROAZ regio. Het IJsselland Ziekenhuis participeert actief in het ROAZ plan Rotterdam-Rijnmond. Zo is de voorzitter raad van bestuur de kartrekker van thema zorgcoördinatie en is de manager acute zorg voorzitter van een werkgroep rondom de ontwikkeling van spoedpleinen.

Het IJsselland Ziekenhuis participeert daarnaast ook actief in IZA thema's arbeidsmarkt, via de Rotterdamsezorg en digitalisering, via een groot regionaal project 'DigiZorg'. Digizorg is een regionaal initiatief van 29 zorgaanbieders die met elkaar de toegang tot digitale zorg voor patiënten willen vereenvoudigen door het realiseren van een 'digitale voordeur'. Daarnaast is het doel om zorgverleners eenvoudiger met elkaar te laten samenwerken om de beste zorg te verlenen.

Als laatste heeft IJsselland Ziekenhuis zelf een trekkende rol vervuld in het bevorderen van de lokale samenwerking rondom proactieve zorgplanning en passende palliatieve zorg. In nauwe samenwerking met het netwerk palliatieve zorg Rotterdam is gewerkt aan een plan wat bijdraagt aan deskundigheidsbevordering, gegevensuitwisseling en samenwerken met als doel de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek in de laatste levensfase.

2.3 Hoe bereiken we de doelen

In de nieuwe meerjarenstrategie zullen we bijbehorende nieuwe KPI's monitoren, zoals weergegeven in tabel 1. Deze worden opgenomen in de kwartaalrapportages en besproken door de stuurgroep strategie. Deze stuurgroep komt tweewekelijks bijeen om actief te sturen op voortgang op de verschillende thema's.

Tabel 1: Strategie 2025-2030 thema's, ambities en KPI's

Thema	KPI	Omschrijving	KPI	Norm 2026
Zorg op maat	1	Om ervoor te zorgen dat we onze zorg toegankelijk houden en we zo groot blijven als dat we nu zijn, moeten we als ziekenhuis in staat kunnen zijn om in ieder geval hetzelfde aantal unieke patiënten te zien als in 2024 en houden we de toegangstijden voor de patiënten in onze regio en minimaal gelijk aan de gemiddelde toegangstijd van 2024, waarbij we streven naar een toegangstijd lager of gelijk aan de andere ziekenhuizen in onze regio.	Toegankelijkheid: In 2030 zijn onze toegangstijden minimaal gelijk aan de gemiddelde toegangstijden van 2024 en is het totaal aantal unieke patiënten, passend bij ons zorgportfolio, minimaal gelijk gebleven.	45
	2	Door te meten of de zorg betaalbaar blijft en of we een markconforme prijs kunnen blijven aanbieden, moeten we doelmatige zorg blijven leveren. Dit doen we door de patiënt de best denkbare zorg te bieden met een goede herhaalfactor en passend gebruik van diagnostiek en andere ziekenhuis middelen. Zo houden we de zorg betaalbaar, toegankelijk en daarmee beschikbaar voor de patiënten in onze regio.	Kostprijs per patiënt Doelmatigheid/betaalbaarheid: De kostprijs per patiënt is binnen de daarvoor gestelde begrotingsdoelstelling. Hier ook kijken naar relatie toegenomen zorgvraag, unieke patiënten	€ 201,00
Samenwerken	3	We zien in ons ziekenhuis patiënten die niet in een ziekenhuis setting zorg nodig hebben. In samenwerking met onze huisartsen willen we de patiënt in de eerste lijn houden indien dit kan. Dit doen we door te ondersteunen door middel van bijvoorbeeld meekijkconsulten, huisartsen dagen en door training. Hiermee houden we de zorg toegankelijk en betaalbaar.	Het aantal nieuwe patiënten die we 1 keer op onze polikliniek zien zonder een vervolg bezoek of behandeling ligt 5% lager dan in 2024	70.039
			en onze herhaalfactor van fysieke consulten daalt met 5% per jaar	2,24
	4	We zien in ons ziekenhuis patiënten die onnodig opgenomen blijven in een ziekenhuis setting. In samenwerking met onze partners in de VVT willen we ervoor zorgen dat deze patiënten tijdig de juiste zorg	Het aantal patiënten medisch klaar dat een ziekenhuisbed bezet houdt is in 2030 gehalveerd naar maximaal 8 bedden.	15

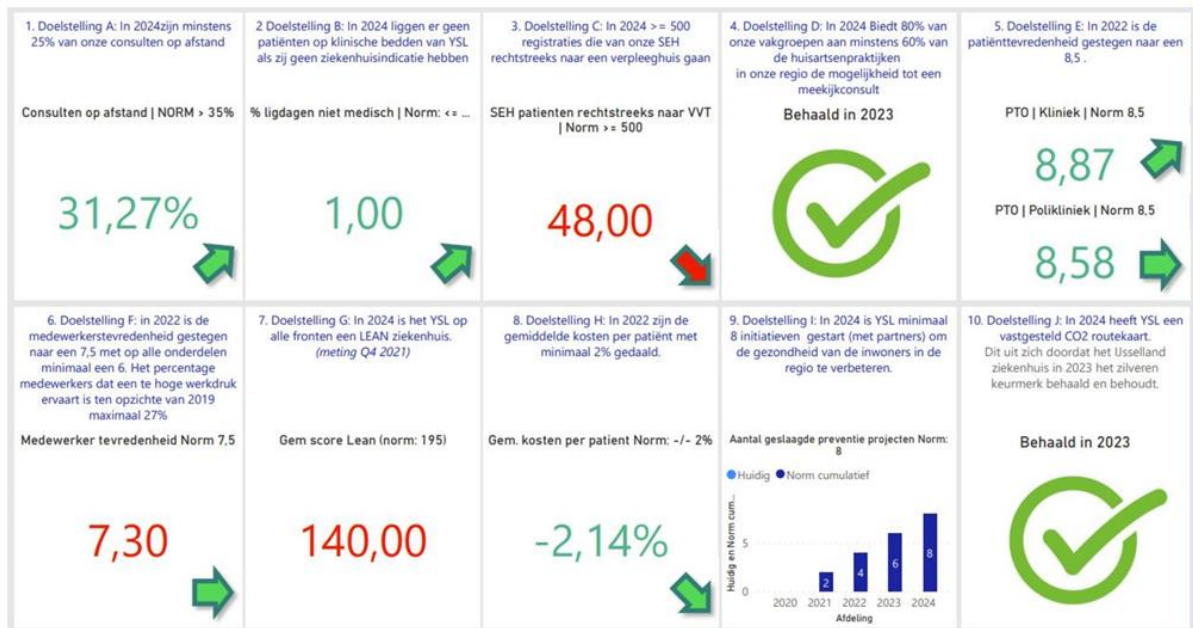
		<p>krijgen. Door de patiënt al bij de spoedinstroom met een sociale indicatie naar een verpleeghuis te triëren of door goede overstijgende zorglijnen af te spreken, zodat de doorstroom na een medische opname soepel verloopt en de patiënt tijdig verpleeghuiszorg, revalidatiezorg of thuiszorg ontvang. De juiste zorg op het juiste moment in zetten is beter voor de patiënten die moeten doorstromen en de patiënten die juist wachten op een medische plek. Op deze manier houden we de zorg toegankelijk.</p>									
Ijssellanders aan zet	5	<p>Het inzetbaarheid percentage is een gemiddelde, per afdeling kan daarvan worden afgeweken afhankelijk van de omstandigheden. Het percentage willen we in stappen bereiken door te verbeteren en het inzetbaarheid percentage jaarlijks te vergroten 95,5% betekent max 4,5% ziekteverzuim wat betekent dat iedere medewerker jaarlijks 78 niet inzetbaar is. Dit is exclusief zwangerschapsverlof Op peil moment maart 2025 is dat nog 92,4%, dat betekent dat medewerkers jaarlijks gemiddeld 131 uur ziek zijn. Opvangen van het verschil tussen 4,5% en de tussenstap doen we In eerste instantie door onze processen te optimaliseren. Indien niet lukt kunnen op basis van goede plannen per afdeling er tijdelijk financiële middelen worden ingezet.</p>	<p>Inzetbaarheidspercentage: Het inzetbaarheidspercentage vergroten we in 2030 naar 95,5%</p>	93,20%							
	6	<p>- Een gezonde instroom zorgt voor vernieuwing en kan bijdragen aan het binnenhalen van nieuwe kennis. Te hoge instroom kan leiden tot retentie. Te lage instroom tot onvoldoende vernieuwing</p> <p>- Een gezonde mate van mobiliteit wijst op ontwikkelmogelijkheden en kan een bijdrage leveren aan het behoud van onze medewerkers</p> <p>- Een te hoge uitstroom is ongewenst terwijl een beperkte mate van uitstroom gewenst is bijvoorbeeld door natuurlijk</p>	<table border="1"> <tr> <td>Mutatie</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Instroom</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Doorstroom</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Uitstroom</td> <td>10%</td> </tr> </table>	Mutatie	2%	Instroom	12%	Doorstroom	8%	Uitstroom	10%
Mutatie	2%										
Instroom	12%										
Doorstroom	8%										
Uitstroom	10%										

		verloop.		
--	--	----------	--	--

Terugblik op de vorige meerjarenstrategie

We zijn 2025 ingegaan met de KPI's vanuit de vorige meerjarenstrategie. Daarin lag de focus op doelstelling A, B en H. Oftewel consulten op afstand aanbieden, verkeerde beddagen en gemiddelde kosten per patiënt. Daar hebben we het eerste deel van 2025 op ingezet en gemonitord en hebben we de volgende scores behaald tot in mei 2025:

Afbeelding 1: Realisatie strategische KPI's peil mei 2025



De rest van 2025 is gewerkt aan het concretiseren van de nieuwe KPI's en het opzetten van bijbehorende plannen. Per januari 2026 zullen de nieuwe KPI's worden opgenomen in de rapportages.

Op alle thema's zijn al wel kleinere resultaten en voortgang geboekt. Hieronder volgt een korte omschrijving.

Zorg op Maat

Binnen hybride zorg heeft in Q4 een marktverkenning gezamenlijk met Lelie zorggroep plaatsgevonden betreft mogelijkheden voor een Medisch Service Centrum. Daarnaast wordt in beeld gebracht wat er in het ziekenhuis al loopt op het gebied van hybride zorg, wat versterkt moet worden en welke initiatieven we willen oppakken met duidelijke prioritering. Tevens is een projectteam samengesteld om het Zorgportfolio te kunnen realiseren en wordt er samenwerking voor de orthopedie verkend met de Bergman Clinics. Ook wordt gewerkt aan volledige implementatie van BeterDichtbij; een beveiligd communicatiekanaal tussen zorgverleners en patiënten.

Samenwerken

Er is een stakeholdersanalyse opgeleverd, waarmee inzichtelijk wordt met hoeveel partijen we samenwerkingen hebben. Voor proactieve zorgplanning is een transformatieaanvraag gedaan en zijn

scholingen en intervisies gestart met het netwerk.

IJssellanders aan Zet

Voor medewerkers lopen er verschillende projecten, waaronder Samen aan Z! Dit loopt nu voortvarend op de cardiologie. Verder is in 2025 de eerste editie van 'Het beste idee YSL' georganiseerd welke nog concreet wordt uitgewerkt om te implementeren in 2026. Verder wordt er op dit moment gewerkt aan een werkelijkheidsanalyse met daarin alle verzamelde bestaande data rondom behoud van IJssellanders. De uitkomsten van de analyse zullen bepalen welke plannen er vervolgens worden opgesteld.

2.4 Meten en sturen: de ruit en de realisatie van de strategie

Het Ijsselland Ziekenhuis hanteert in de planning & control cyclus de zogenaamde ruit als sturingsmodel. De ruit is een argumentatiemodel waarbij het gaat over continue verbeteren vanuit het gesprek over de KPI's en de onderlinge samenhang tussen de verschillende onderdelen in de ruit. Zowel over het 'hier en nu' alsook over de ontwikkeling naar de toekomst: de realisatie van de strategie. Hierbij gaat het om kwaliteit, mensen en geld.

De KPI's in de ruit zijn gebaseerd op de strategie van het ziekenhuis. De strategie die vertaald is naar een strategiekaart waarin de vertaling plaatsvindt van de strategie. Dit doen we vanuit de 4 thema's Samenwerken, Zorg op maat, Ijssellanders aan zet en het fundament. De strategie is vertaald in kritische succesfactoren die vervolgens vertaald zijn in meetbare Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's). Deze KPI's zijn opgenomen in de ruit.

De ruit bestaat uit vier hoeken die ieder een onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering vertegenwoordigen:

- 1) Patiënten & Klanten;
- 2) Interne Processen & Kwaliteit;
- 3) HRM, Ontwikkeling & Innovatie;
- 4) Financiën.

Op iedere hoek is een aantal KPI's gedefinieerd dat de prestatie van een organisatie-eenheid op die hoek van de ruit weergeeft. Het model is een argumentatiemodel, omdat er bij een gezonde bedrijfsvoering sprake is van een Ruit die in balans is en waar alle hoeken onder een gezonde spanning staan. Als er op één hoek iets gebeurt dat afwijkt van de planning, heeft dat meestal ook direct invloed op minimaal één andere hoek van de Ruit. Zo kunnen relaties tussen bijvoorbeeld beschikbaarheid van personeel en geleverde kwaliteit of geleverde kwaliteit en geleverde productie in gezamenlijkheid besproken worden en kunnen de juiste bijstuuracties worden genomen.

De ruit is opgesteld op ziekenhuisniveau en is tevens vertaald naar afdelingen en vakgroepen. Zo heeft iedere lijnverantwoordelijke en vakgroep een ruitrapportage voor zijn eigen eenheid. In de planning & controlcyclus wordt hier maandelijks over gesproken tussen de teamleiders, de vakgroepvoorzitter en control en wordt er een ziekenhuis brede managementrapportage opgesteld, die in het bestuursberaad wordt besproken. Periodiek leggen de lijnverantwoordelijke en vakgroepvoorzitter verantwoording af over de geleverde prestaties aan de raad van bestuur.

Onderstaand is de ruit per 31 december 2025 opgenomen. De paragrafen hierna gaan dieper in op ieder van de ruit onderdelen. De realisatie van de strategische doelstellingen is opgenomen in paragraaf 2.4.5.

Patiënten & klanten	Norm	Realisatie
Aantal poli's met toegangstijd < 4wkn	100%	44%
Aantal verwijzingen 1ste lijn	57.231	58.662
Unieke patiënten	147.709	148.194
Patient tevredenheid	8,5	8,65
Kosten per patient	1707	1742

Financiën	Norm	Realisatie
Bruto opbrengsten (x € 1.000)	256.198	262.955
Netto opbrengsten (x € 1.000)	256.198	260.094
Kosten (x € 1.000)	252.114	258.176
Netto marge (x € 1.000)	4.084	1.918
EBITDA (x € 1.000)	18.804	15.648
DSCR ratio	1,3	1,6
Solvabiliteit ratio	25,0	29,0
Liquiditeit in mln.	10,0	17,3



Interne processen & kwaliteit	Norm	Realisatie
Productie		
Aantal consulten	297.739	292.047
Aantal operaties	13.637	13.773
Aantal opnames	15.638	14.967
Aantal ligdagen	71.103	67.263
Kostprijzen		
Kostprijs per poli uur	222	251
Kostprijs per operatie	938	925
Kostprijs per ligdag	447	510
Kwaliteit		
Volumenormen	100	100
Totale VMS bundel kwetsbare o	80	74
SNAQ	85	85
Delier	85	80

HRM, ontwikkeling en innovatie	Norm	Realisatie
Aantal FTE	1.425	1.417
Percentage verzuim	4,50%	6,70%

2.4.1 Patiënten & klanten

Patiënten & klanten	Norm	Realisatie	Afwijking
Aantal poli's met toegangstijd < 4wkn	100%	44%	✖ -56%
Aantal verwijzingen 1ste lijn	57.231	58.662	✔ 2%
Unieke patiënten	147.709	148.194	✔ 0%
Patient tevredenheid	8,5	8,65	✔ 2%
Kosten per patient	1707	1742	✖ 2%

Op de hoek van *patiënten & klanten* sturen we op het maximaliseren van klant- en patiënttevredenheid en het meten van de uitkomsten van zorg. Hierbij gelden de negen klantbeloften van 'Hier gaat het om U' als uitgangspunt. Onze actieve cliëntenraad houdt ons scherp op deze beloften. Met de overige indicatoren sturen we op de toegankelijkheid van zorg voor onze patiënten (toegangstijden), de mate van instroom van het aantal patiënten, betaalbaarheid van zorg (kosten per patiënt) en meten we de mening van onze patiënten (patiënttevredenheid) en de mening van onze overige klanten zoals huisartsen en andere zorginstellingen.

De norm voor toegangstijden (binnen 4 weken) wordt niet overal gehaald, maar er is wel een duidelijke verbetering van de toegangstijden in 2025 ten opzichte van 2024. Het aantal verwijzingen ligt 2% boven de norm en het aantal unieke patiënten ligt op e norm. Hier hebben we de lijn van 2024 nagenoeg weten vast te houden. We zijn ontzettend blij dat de patiënttevredenheid zeer stabiel is en de patiënten zijn vooral tevreden met het contact met de zorgverleners en het luisterend oor. Ook de informatievoorziening scoort wederom hoog. Aandachtspunten die we meenemen naar 2026 blijven de toegangstijden. Hier sturen we actief met de inzet van integraal capaciteitsmanagement. Ander aandachtspunt zijn de kosten per patiënt welke boven de norm liggen. Deze zijn te verklaren door een toename van de personele kosten door inhuur van personeel vanwege beschikbaarheid (ziekteverzuim boven de norm en openstaande vacatures).

Kwaliteit en patiëntveiligheid

Kwaliteit en patiëntveiligheid blijft niet beperkt tot bovengenoemde indicatoren. Onderstaand een beeld van andere activiteiten.

Kwaliteitsrapportage

Het IJsselland Ziekenhuis werkt met een integrale kwartaalrapportage Kwaliteit & Patiëntveiligheid. In de rapportage worden diverse kwaliteitsonderwerpen gebundeld die afkomstig zijn uit verschillende rapportages en databronnen. Er is een verbetermatrix opgesteld waardoor optimale sturing op de verbeteracties mogelijk is.

Onderstaand een weergave van het dashboard van het jaar 2025.

Oplegger Rapportage Kwaliteit en patiëntveiligheid	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025
Indicatoren				
<u>(voorlopige) HSMR¹</u>	97	94		-
<u>OLO¹</u>	15,6%	15,7%		-
<u>Heropnamenratio¹</u>	97	97		-
<u>Screening Totale VMS bundel kwetsbare ouderen</u>	89%	76%	69%	74%
<u>Screening Katz-ADL</u>	88%	86%	82%	85%
<u>Screening valrisico</u>	89%	89%	85%	86%
<u>Screening ondervoeding ouderen</u>	88%	87%	83%	84%
<u>Screening delier</u>	85%	81%	76%	80%
<u>Observatie delier</u>	87%	90%	92%	9%
Incident meldingen				
<u>Aantal VIM meldingen</u>	455	401	429	354
<u>Aantal calamiteiten</u>	0	1	2	0
<u>Aantal interne onderzoeken</u>	0	2	1	0
<u>Aantal procesonderzoeken</u>	0	1	0	0
<u>Aantal geregistreerde complicaties</u>	472	431	499	489
Patiënttevredenheid				
<u>Gemiddelde PEM - kliniek</u>	8,7	8,4	8,5	-
<u>Gemiddelde PEM - polikliniek</u>	8,5	8,5	8,6	-
<u>Gemiddelde PEM - functieafdelingen</u>	8,6	8,7	8,8	-
<u>Aantal klachten</u>	105	109	104	122
<u>Aantal claims</u>	8	8	7	7
Interne/externe toetsing				
<u>Veiligheidsrondes</u>	4	8	4	5
<u>Audits (Tracer, flits, VTGM volledig)</u>	2	12	14	25
<u>Kledingvoorschriften</u>	93%	93%	93%	-
<u>VRH scholing bekwaam (ziekenhuisbreed)</u>	66%	68%	67%	87%
Zenya-document				
<u>Actuele documenten</u>	96%	98%	97%	95%

Indicatoren

In Q4 2025 is een lichte daling te zien in de scores van de verpleegkundige indicatoren. Hierop heeft er een detailanalyse plaatsgevonden en zijn verbetermaatregelen in gang gezet.

Incidentmeldingen

Binnen IJsselland ziekenhuis kunnen laagdrempelig incidenten gemeld worden om hiervan te leren.

Indien er twijfel is bij een incident wordt er een intern onderzoek gedaan en afhankelijk van de uitslag wordt het eventueel als calamiteit bij de IGJ gemeld. Jaarlijks doen zich in ziekenhuizen calamiteiten^[1] voor. Een mogelijke calamiteit wordt door de behandelaar gemeld aan de raad van bestuur en deze zorgt ervoor dat de calamiteit wordt gemeld aan de IGJ. Een voor dit doel samengestelde onderzoekscommissie onderzoekt de calamiteit met behulp van de SIRE-methodiek. Het doel van dit onderzoek is leren van de situatie om te voorkomen dat dezelfde calamiteit zich in de toekomst nog een keer voor kan doen.

Patiënttevredenheid

Een van de strategische doelstellingen van het IJsselland Ziekenhuis is gericht op patiënttevredenheid: een rapportcijfer van minimaal een 8,6. Op de onderdelen wachttijd, eigen regie, informatievoorziening, medicatievoorlichting en ontslaggesprek verwachten we minimaal een score van 85%. Deze score werd in 2025 behaald. Tussen 1 oktober 2025 t/m 13 januari 2026 heeft er geen uitvraag van de patiënttevredenheid plaatsgevonden door een probleem met het databestand. Het probleem is verholpen waardoor de uitvraag hervat kan worden. De resultaten van het vierde kwartaal van 2025 zullen meegenomen worden in de kwartaalrapportage van het eerste kwartaal van 2026.

Intern/externe toetsing

Er wordt een verscheidenheid aan toetsingen gedaan om verbeterpunten op te sporen en van te leren. Bij interne toetsing valt te denken aan veiligheidsrondes, tracer- en flitsaudits en thermometeracties. Externe toetsing gebeurt onder meer door kwaliteitsvisitaties van wetenschappelijke verenigingen en Qualicor audits. Op basis van de rapporten gaan de verbetersteams aan de slag om de verbeterpunten in te voeren. Deze verbeteracties worden opgenomen in een verbetermatrix waarin de PDCA is geborgd. Zichtbaar is dit b.v. bij de VRH toetsing waar een werkgroep voor geïnstalleerd is die de nodige verbetermaatregelen heeft geïmplementeerd

[1] Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

2.4.2 Interne processen en kwaliteit

Interne processen & kwaliteit	Norm	Realisatie	Afwijking
Productie			
Aantal consulten	297.739	292.047	⊘ -2%
Aantal operaties	13.637	13.773	⊙ 1%
Aantal opnames	15.638	14.967	⊘ -4%
Aantal ligdagen	71.103	67.263	⊘ -5%
Kostprijzen			
Kostprijs per poli uur	222	251	⊘ 13%
Kostprijs per operatie	938	925	⊙ -1%
Kostprijs per ligdag	447	510	⊘ 14%
Kwaliteit			
Volumenormen	100	100	⊙ 0%
Totale VMS bundel kwetsbare o	80	74	⊘ -6%
SNAQ	85	85	⊙ 0%
Delier	85	80	⊘ -5%

Op de hoek van de ruit *interne processen & kwaliteit* sturen we op efficiency, output en kwaliteit. Sinds 2022 is er een nieuw meerjarenkwaliteitsbeleid met daarin het veiligheidsmanagementsysteem. Dit systeem is, met het nieuwe strategisch kwaliteitsbeleidsplan ongewijzigd gebleven. Het krijgt ook de steun van onze cliëntenraad. De basis van het 'kwaliteitsmanagementsysteem' bestaat uit continu verbeteren, waarbij de verbeterteams een centrale rol innemen. Kwaliteit is immers van iedereen en continu verbeteren is onderdeel van ons werk.

Ziekenhuisbreed worden de QMentum Global normen gevolgd vanuit Qualicor Europe. Binnen het IJsselland Ziekenhuis is gekozen over te gaan op sequentiële audits, waarbij de auditresultaten die leiden tot accreditatie opeenvolgend (sequentieel) opgebouwd worden. Deze cyclus kent drie korte externe toetsmomenten verdeeld over vijf jaar. Deze worden ingebed in de eigen kwaliteitscyclus om zo het continu verbeteren te stimuleren. De eerste sequential audit heeft het IJsselland ziekenhuis gehad op niveau van diamant (het hoogste niveau). Hierbij is ook de toets op informatiebeveiliging meegenomen. De audit is goed verlopen en had een positieve uitslag.

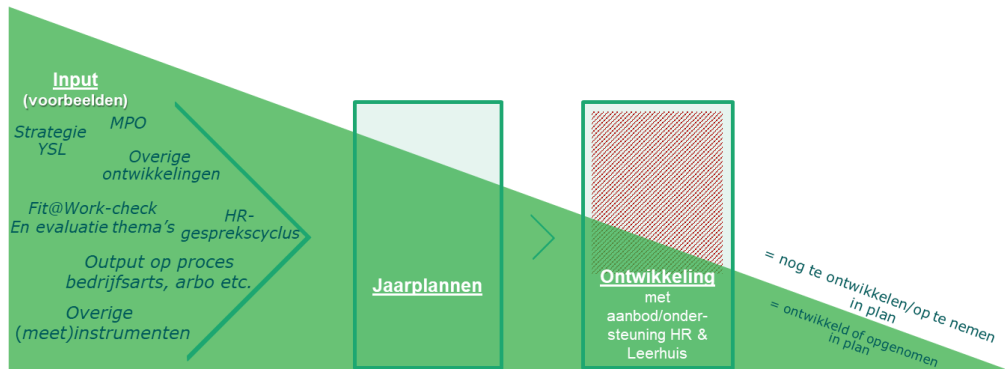
2.4.3 HRM, ontwikkeling en innovatie

HRM, ontwikkeling en innovatie	Norm	Realisatie	Afwijking
Aantal FTE	1.425	1.417	⊙ -0,5%
Percentage verzuim	4,50%	6,70%	⊘ 48,9%

Op de hoek van de ruit *HRM, ontwikkeling & innovatie* sturen we op beschikbaarheid van medewerkers, de gezondheid van onze medewerkers en opleiding & ontwikkeling. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt staat dit onderdeel van de ruit in het IJsselland Ziekenhuis de afgelopen, maar zeker ook de komende jaren in de schijnwerpers. Wij voeren hierover actief het gesprek met de ondernemingsraad en de Verpleegkundige Raad. De negen zekerheden voor medewerkers geven de richting voor onze acties als goed werkgever. Dit zijn niet zomaar negen kreten, maar zijn een leidraad voor alle leidinggevenden én medewerkers van het IJsselland Ziekenhuis.

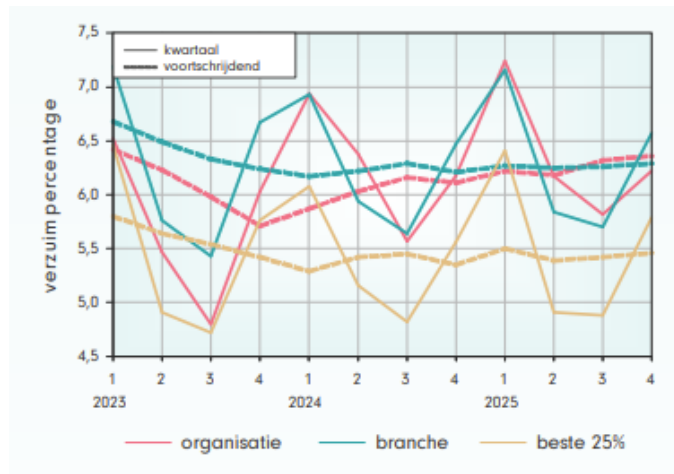
Vanuit HRM wordt integraal gestuurd op gezondheid en vitaliteit. Dit omvat zowel het ondersteunen in het versterken van de medewerker, preventie als het terugbrengen van verzuim. Vanuit verschillende metingen, ontwikkelingen en andere output wordt, zoals zichtbaar in bovenstaande afbeelding, gekeken naar welke kansen en risico's er zijn en waar welke investering nodig is. Soms is dit organisatiebreed, denk aan de thema's rondom sociale veiligheid, ervaren werkdruk en waardering. Per organisatie-onderdeel wordt gekeken naar de exacte behoefte. De leidinggevende wordt hierin ondersteund door de HR Business Partner (HRBP) en de Casemanager, die vervolgens de juiste expertise aansluit. Denk aan bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werk, arbeids- en organisatiepsycholoog, Arbo coördinator, Leerhuis of Fit@Work-coördinator.

Van input naar verbetering



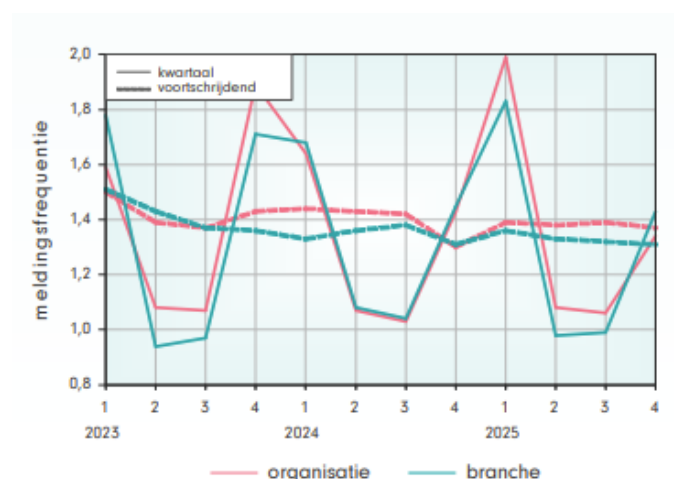
Ontwikkeling van verzuim

Het verzuim in de branche algemene ziekenhuizen (onderdeel van de zorgsector) bedraagt in 2025 6,29% en is ten opzichte van een jaar geleden gestegen. Binnen het IJsselland Ziekenhuis ligt het verzuimpercentage in 2025 op 6,36%, wat hoger is dan het gemiddelde in de branche algemene ziekenhuizen (bron: Vernet).



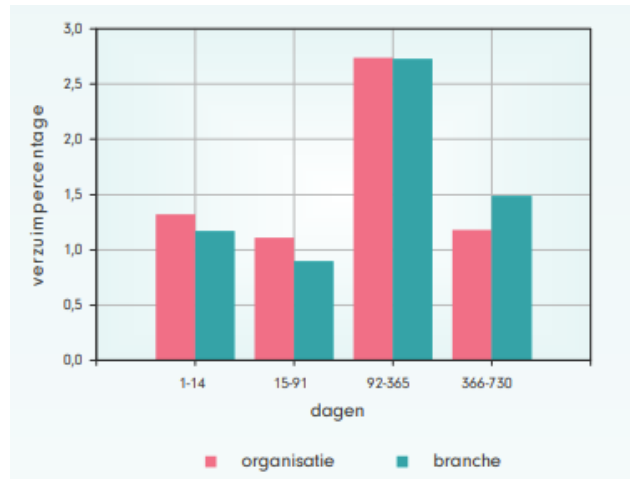
Ontwikkeling van meldingsfrequentie

Het IJsselland Ziekenhuis laat een stijgende trend zien in de meldingsfrequentie ten opzichte van een jaar geleden. Voor wat betreft Q4 zien we wel een lagere meldingsfrequentie van 1,34 t.o.v. 1,43 in Q4 2024. Eind 2025 is extra aandacht gegeven aan frequent verzuim. Mogelijk draagt dit bij aan de lagere meldingsfrequentie.



Benchmark verzuim naar duurklasse

Het ziekteverzuim in het IJsselland Ziekenhuis in de verzuimduurklasse 1-14 dagen en 15-91 dagen ligt hoger dan in de branche. In het langere verzuim (366-730 dagen) ligt het verzuimpercentage in het IJsselland Ziekenhuis lager dan in de branche.

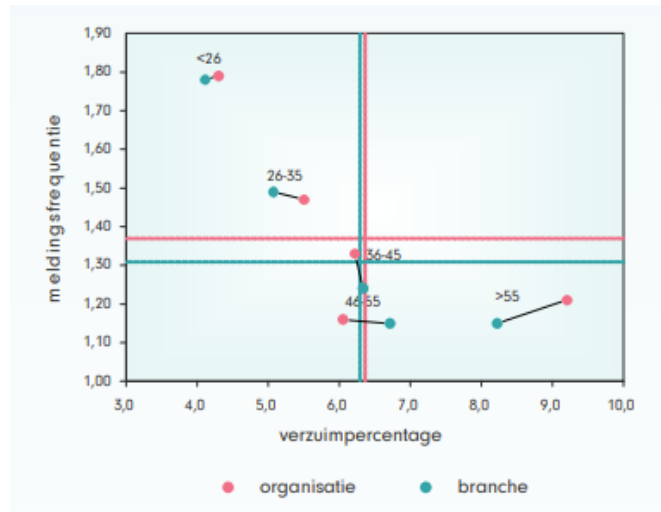


Benchmark verzuim naar leeftijd

De grafiek laat zien hoe de verzuimprestaties binnen het IJsselland Ziekenhuis per leeftijdsklasse zich ontwikkelen over het jaar 2025.

De kans op langdurige uitval is groter in de hogere leeftijdsklassen. Dit komt vaak door een verhoogd risico op gezondheidsproblemen en een langere hersteltijd bij ziekte.

Het verzuim onder medewerkers in de leeftijdsgroep 46-55 in het IJsselland Ziekenhuis ligt iets boven het branchegemiddelde. In de leeftijdsgroep >55 ligt het verzuim in het IJsselland Ziekenhuis lager.



Deze trend, het verhoogde verzuim onder medewerkers in de leeftijdsgroepen 46-55 zien we ook breder terug in de zorgsector. Dit hangt samen met de fysieke belasting en de impact van jarenlang werken in een intensieve werkomgeving. Daarmee wordt een setting bedoeld waarin fysieke, mentale en emotionele belasting structureel aanwezig is. Zorgmedewerkers worden dagelijks geconfronteerd met complexe patiëntenzorg, een hoge werkdruk en voortdurend wisselende omstandigheden.

De verzuimfrequentie is het hoogst in de leeftijdsgroep <26 (+1,8%) en is laag in de leeftijdsgroepen 46-55 en >55.

De bovenstaande grafieken en tabellen laten zien hoe het verzuim, de personeelsstromen en de verzuimkosten zich in 2025 hebben ontwikkeld. In reactie hierop heeft HR van het IJsselland Ziekenhuis zich in 2025 sterk gericht op preventie, medewerkerstevredenheid, slimme en efficiënte werkprocessen en duurzame inzetbaarheid. In Q4 2024 is een plan voor Duurzame Inzetbaarheid en Aantrekkelijk Werkgeverschap opgesteld. Dit plan bevat een grondige analyse van de huidige stand van zaken en een duidelijke richting met een concreet plan van aanpak. Het biedt handvatten om medewerkers op een gezonde, gemotiveerde en competente manier inzetbaar te houden en om het IJsselland Ziekenhuis als aantrekkelijke werkgever verder te positioneren.

Voor 2026 wordt deze koers niet alleen voortgezet, maar ook verder uitgebouwd onder het thema IJssellanders aan zet met de strategische pijlers Cultuur, Leiderschap, Duurzame Inzetbaarheid en ontwikkeling & behoud. Met de herijkte strategische koers, die per 2025 is uitgerold kan er beter worden aangesloten op de actuele uitdagingen en behoeften van medewerkers en de organisatie.

Een cruciaal speerpunt binnen HR blijft het beheersen van verzuim. Hoog verzuim leidt niet alleen tot hogere kosten, maar vergroot ook de werkdruk voor collega's, wat direct invloed heeft op werkplezier en het werkklimaat.

Om verzuim te verminderen, de duurzame inzetbaarheid van medewerkers te versterken en de instroom van nieuw talent te optimaliseren, zijn in 2025 verschillende gerichte initiatieven opgezet, waaronder veel aandacht voor Sociaal Medische Overleggen (SMO's) ten behoeve van een integrale aanpak en meer aandacht voor frequent verzuim met structurele gesprekken.

In 2025 is Fit@Work verder gepositioneerd als praktisch uitvoeringsprogramma binnen de strategische pijler IJssellanders aan zet. Fit@Work ondersteunt medewerkers en leidinggevenden met gerichte interventies op het gebied van gezondheid, veerkracht en werkvermogen. De activiteiten zijn ingericht langs vijf samenhangende pijlers: Fysiek fit, Mentaal fit, Sociaal fit, Werk fit en Zingeving. Hiermee wordt zowel preventief gewerkt aan het versterken van medewerkers als aan het vroegtijdig signaleren van risico's op uitval.

Fit@Work draagt bij aan:

- het vergroten van gezondheidsbewustzijn en eigen regie;
- het versterken van mentale veerkracht en herstelvermogen;
- het bevorderen van sociale veiligheid en team functioneren;
- het ondersteunen van werkvermogen en loopbaanperspectief;
- het vergroten van betrokkenheid en betekenisvol werken.

Deze inzet sluit aan bij de gesignaleerde trends rondom werkdruk, verzuimontwikkeling en duurzame inzetbaarheid binnen de organisatie.

2.4.3.1 Activiteiten Leerhuis

In 2025 heeft het IJssel Land Ziekenhuis (YSL) verder geïnvesteerd in leiderschap, cultuur en professionele ontwikkeling. Het Leerhuis speelt hierin een belangrijke rol door medewerkers, teams en leidinggevenden te ondersteunen bij hun ontwikkeling en bij het versterken van de veranderkracht van de organisatie.

Deze activiteiten dragen bij aan de strategische pijler "IJssellanders aan Zet" uit de strategische koers 2025–2030. Het doel is een werkomgeving te creëren waarin medewerkers eigenaarschap nemen, samenwerken en zich blijven ontwikkelen, zodat zij optimaal kunnen bijdragen aan de kwaliteit en toekomstbestendigheid van de zorg.

Onboarding

Een goede start voor nieuwe medewerkers is essentieel voor het versterken van de organisatiecultuur. Daarom wordt structureel geïnvesteerd in onboardingprogramma's voor verschillende doelgroepen binnen het ziekenhuis.

De algemene onboarding bestaat uit een introductiemiddag en een e-learning in CAPP. Tijdens deze introductie maken nieuwe medewerkers kennis met de organisatie, de werkwijze en belangrijke samenwerkingspartners. Dit ondersteunt medewerkers bij een goede start en draagt bij aan betrokkenheid en behoud.

Voor verpleegkundigen is er daarnaast de trainingsweek Leren Doen We Met Elkaar (LDWME). Tijdens deze week ontwikkelen nieuwe verpleegkundigen de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het werken binnen het ziekenhuis. Theorie en praktijk worden hierbij gecombineerd, met nadruk op samenwerking en kennisdeling.

Voor medisch specialisten wordt een aparte introductiebijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze

bijeenkomst ontvangen nieuwe medisch specialisten praktische en theoretische informatie over het werken binnen het IJsselland Ziekenhuis. De opzet sluit aan bij de gedachte van *Leren Doen We Met Elkaar*, maar is specifiek toegespitst op de rol en verantwoordelijkheden van medisch specialisten.

Teamontwikkeling

In 2025 zijn meerdere afdelingen gestart met trajecten op het gebied van teamontwikkeling. Deze trajecten sluiten aan bij uitkomsten van onder andere het medewerkerstevredenheid onderzoek (MPO), leerklimaatmetingen en de strategische doelen van afdelingen.

Intervisie wordt ingezet als ontwikkelinstrument. Professionals in opleiding, regieverpleegkundigen en teams reflecteren hierbij gezamenlijk op praktijksituaties. Dit draagt bij aan professionele ontwikkeling, bewustwording van gedrag en het delen van ervaringen en inzichten.

Persoonlijke en professionele ontwikkeling

Het Leerhuis ondersteunt medewerkers bij hun professionele en persoonlijke ontwikkeling door middel van verschillende ontwikkelprogramma's.

In 2025 is een nieuwe groep gestart met het ontwikkelprogramma PIT! Dit programma biedt medewerkers de mogelijkheid om hun talenten verder te ontwikkelen en hun rol binnen het team bewuster vorm te geven. Deelnemers werken daarnaast aan een strategische opdracht die bijdraagt aan de ontwikkeling van de organisatie.

Ook het jaarlijkse ontwikkelprogramma voor Professionals in Opleiding (PIO's) is voortgezet. Dit programma bestaat uit coaching, intervisie en workshops tijdens de PIO-dagen. De thema's sluiten aan bij de ontwikkelbehoeften van de deelnemers, zoals werk-privébalans, growth mindset en het omgaan met feedback. Het programma draagt bij aan duurzame inzetbaarheid en professionele ontwikkeling.

Daarnaast was coaching op aanvraag beschikbaar voor medewerkers van het ziekenhuis, gericht op zowel functioneren in het werk als persoonlijke ontwikkeling.

In 2025 is een nieuwe groep regieverpleegkundigen opgeleid en is een volgende groep gestart met de opleiding. Daarnaast is een programma ontwikkeld voor verdere professionalisering van reeds opgeleide regieverpleegkundigen. De inzet van regieverpleegkundigen draagt bij aan kwaliteitsverbetering van zorg, loopbaanontwikkeling en innovatie binnen de verpleegkundige beroepsgroep.

In samenwerking met de Hogeschool Leiden is een maatwerktraject ontwikkeld voor praktijkbegeleiders binnen de kliniek, radiologie, poliklinieken en de OK. Dit traject ondersteunt hen in hun rol als begeleider van professionals in opleiding en versterkt hun didactische vaardigheden.

Daarnaast is in 2025 het vernieuwde traineeprogramma voor recent gediplomeerde verpleegkundigen gestart. Dit programma ondersteunt de overgang van professional in opleiding naar zelfstandig werkende verpleegkundige en biedt ruimte voor verdere ontwikkeling en verbreding van ervaring.

Leiderschapsontwikkeling

Voor nieuwe leidinggevendenden wordt het Management Development (MD) programma aangeboden. Dit programma ondersteunt leidinggevendenden bij het invullen van hun rol vanuit de visie op leiderschap van het IJsselland Ziekenhuis. In maart 2025 is een nieuwe groep van acht deelnemers gestart. Eind 2025 hebben alle teamleiders dit leiderschapsprogramma succesvol doorlopen.

Opleidingsvisitatie interne geneeskunde

De opleidingsvisitatie voor de opleiding interne geneeskunde vond plaats op 3 december 2024 en is

succesvol verlopen. In maart 2025 heeft de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) het IJsselland Ziekenhuis opnieuw erkend als opleidingsinstelling voor deze opleiding.

BAZ-traineeship

Sinds mei 2025 is het IJsselland Ziekenhuis gestart met het BAZ-traineeship. De Basis Acute Zorg vormt het eerste onderdeel van alle acute vervolgoopleidingen. Tijdens het eenjarige traineeship doen verpleegkundigen ervaring op op verschillende acute afdelingen en ontwikkelen zij hun kennis en vaardigheden binnen de acute zorg. Aan het einde van het traineeship maken deelnemers een bewuste keuze voor een vervolgopleiding binnen een specifiek specialisme of blijven zij werkzaam als BAZ-verpleegkundige binnen de acute zorg.

Portfolio CAPP Programs

Vanaf juni 2025 is het ziekenhuis overgestapt van het portfolio Aorta naar CAPP Programs voor MBO- en HBO-studenten die geen gebruik maken van EPA-onderwijs. Met deze overstap worden kosten gereduceerd en wordt de gebruiksvriendelijkheid voor studenten, begeleiders en beheerders vergroot.

Omdat CAPP al wordt gebruikt als Learning Management System (LMS), zijn met deze overgang alle portfoliofunctionaliteiten geïntegreerd binnen één systeem. Dit zorgt voor meer overzicht, efficiënter beheer en een gebruiksvriendelijkere werkwijze.

Informatiebeveiliging

Op basis van de risicoanalyse van het ziekenhuis is extra aandacht besteed aan de bekwaamheid en het bewustzijn van medewerkers op het gebied van informatiebeveiliging.

Naast de verplichte e-learning is een doorlopend programma ingericht met aanvullende scholingsactiviteiten. In 2025 zijn onder andere presentaties op afdelingen verzorgd, een podcast uitgebracht en hebben medewerkers deelgenomen aan interactieve leervormen zoals een escape room en een arcadegame.

Met deze initiatieven wordt het bewustzijn rondom informatiebeveiliging versterkt en wordt voldaan aan zowel interne eisen als aan externe normen, waaronder de NEN 7510 en de NIS2-richtlijn.

COC

Ook dit jaar heeft het Leerhuis weer een belangrijke rol gespeeld in de Centrale Opleidingscommissie (COC) om de kwaliteit van medische opleidingen te waarborgen en een optimaal leerklimaat te creëren. Voor AIOS in het kader van een erkende opleiding; voor ANIOS en coassistenten in het kader van hun verdere ontwikkeling als arts. Dit hebben we gedaan door periodiek intern te evalueren middels D-RECT analyses, verbeterplannen op te stellen en door te voeren, jaargesprekken te voeren met de vakgroep, en bevindingen te halen uit exitgesprekken en hiervan te leren. Ook hebben we geïnvesteerd in de ontwikkeling van de competenties van de A(N)IOS. Ze hebben een aantal verplichte scholing gevolgd zoals Advanced Life Support (ALS) en Veilige Toepassing van Medische technologie. Additioneel is er intervisie aangeboden en een jaarlijkse opleidingsworkshop georganiseerd, met als thema van 2025: Nachtwerk & Slaap: Fit door de nacht!

Met alle bovenstaande deze activiteiten draagt het Leerhuis bij aan een lerende organisatie waarin medewerkers zich blijven ontwikkelen en samen werken aan toekomstbestendige zorg.

2.4.4 Financiën

Financiën	Norm	Realisatie	Afwijking
Bruto opbrengsten (<i>x € 1.000</i>)	256.198	262.955	✓ 3%
Netto opbrengsten (<i>x € 1.000</i>)	256.198	260.094	✓ 2%
Kosten (<i>x € 1.000</i>)	252.114	258.176	✗ 2%
Netto marge (<i>x € 1.000</i>)	4.084	1.918	✗ -53%
EBITDA (<i>x € 1.000</i>)	18.804	15.648	✗ -17%
DSCR ratio	1,3	1,6	✓ 22%
Solvabiliteit ratio	25,0	29,0	✓ 16%
Liquiditeit in mln.	10,0	17,3	✓ 73%

Op de hoek van de ruit *Financiën* sturen we met vier indicatoren op de financiële gezondheid van ons ziekenhuis. De korte termijn financiële gezondheid meten we met de DSCR-ratio (betalingscapaciteit ten opzichte van financiële verplichtingen), liquiditeit en EBITDA (Operationele winst voor afschrijvingen en rente). De financiële gezondheid op lange termijn meten we met de solvabiliteit (de mate waarin het ziekenhuis met eigen vermogen is gefinancierd). Het resultaat uit reguliere bedrijfsvoering t/m december 2025 komt uit op €1.918k positief. Dit is €2.166k lager dan het begrote resultaat. De afwijkingen van de begroting wordt voornamelijk veroorzaakt door kostenoverschrijdingen bij personeel. Op de hoek van de ruit *Financiën* zien we verder dat de bruto en netto-opbrengst boven de begroting liggen. Dit komt in eerste instantie doordat we meer productie hebben kunnen doen. Een deel van de kostentoeename wordt dan ook gedekt door een hogere omzet. Een deel van de omzettoename wordt verder veroorzaakt door extra omzet vanuit dure geneesmiddelen, waar even zo hoge kosten tegenover staan. Het resultaat ad. € 1.918k is inclusief resultaten buiten de reguliere bedrijfsvoering (eenmalig). De eenmalige effecten worden veroorzaakt door de vrijval van niet benodigde reserves welke waren gereserveerd om tegenvallers op te vangen, effect vanuit vrijval voorzieningen en lager dan genormeerde kapitaallasten. Dit vanwege minder investeringen dan begroot. We sluiten het jaar 2025 wederom met een winst af. Hoewel we zien dat het resultaat per patiënt is gedaald ten opzichte van 2024, zien we nog steeds gezonde financiële ratio's en een kaspositie welke ruim boven de norm ligt. Ondanks dat de lange termijn ratio's er gezond zijn is er aandacht nodig voor de structurele resultaatsontwikkeling

Treasury activiteiten

Qua financieringsactiviteiten heeft het IJsselland Ziekenhuis in 2025 geen nieuwe leningen aangetrokken. Het IJsselland Ziekenhuis maakt, conform het treasury statuut, bij de bestaande financieringen geen gebruik van derivaten. Het IJsselland Ziekenhuis bewaakt op meerdere niveaus de liquiditeit van het ziekenhuis. Operationeel wordt er met een korte termijn liquiditeitsprognose per dag gewerkt. Op tactisch niveau wordt een liquiditeitsprognose per maand gemaakt, die anderhalf jaar vooruitkijkt. Op strategisch niveau vormt de lange termijn liquiditeitsprognose onderdeel van het meerjaren financieel businessplan van het IJsselland Ziekenhuis. In 2025 is er geen gebruik gemaakt van de rekening courant faciliteit.

In het meerjaren businessplan was rekening gehouden met een daling van de liquiditeitspositie. De liquiditeitspositie is in het laatste deel van 2024 sterk gestegen. Deze positie hebben we in 2025 vast weten te houden. De liquiditeitspositie einde jaar was €17,3 mln. In 2024 was dit € 20,4 mln.

Deel 3 – De brug naar morgen

Zorg op Maat

De twee hoofdprojecten binnen het thema Zorg Op Maat zullen in 2026 steeds meer vorm krijgen. Beter Dichtbij zal breed worden geïmplementeerd. Hybride zorg creëert een totaaloverzicht van alle initiatieven die al lopen op dit moment en daarbij worden ook kansen in kaart gebracht. Ook worden ontwikkelingen landelijk en regionaal gemonitord. Daarnaast is de doelstelling om het Zorgportfolio zo ver mogelijk te volbrengen in 2026. Verder worden ook concrete zorgoptimalisaties in de praktijk gebracht.

Samenwerken

Binnen dit thema wordt voortgebouwd op het fundament van de vorige strategie. Tegelijkertijd is het veld waarin moet worden samengewerkt dynamischer geworden door o.a. IZA, AZWA en andere ontwikkelingen. (Lopende) samenwerkingen moeten daar verder op ingericht worden. In de regio wordt op de achtergrond gewerkt aan onder andere het opzetten van een R-ICM, samenwerking Noordover en samenwerking met de 1e lijn en CKV.

IJssellanders aan Zet

Samen aan Z hopen we op te schalen naar andere afdelingen. Er is in 2025 gewerkt aan een werkelijkheidsanalyse over de stand van zaken op het gebied van personeel in het IJssel land Ziekenhuis. In Q1 2026 wordt deze analyse met aanbevelingen opgeleverd en zal een plan van aanpak worden opgesteld. Het 2e beste idee wordt in 2026 opgeleverd.

Samenvattend

Er wordt op de verschillende thema's hard gewerkt. In 2026 zetten we een volgende, belangrijke stap door onze inspanningen concreter en zichtbaarder te maken. Met een heldere koers en vertrouwen in onze strategie blijven we bouwen aan een toekomstbestendig IJssel land Ziekenhuis met onze kernwaarden voorop: Deskundig, Dichtbij en Doen.



3.1 Risicoparagraaf

Risicogericht aanpak

In het IJsselland Ziekenhuis wordt er gestuurd op een goed control framework en daarmee een duidelijke risicobeheersing van processen in het ziekenhuis. Het IJsselland Ziekenhuis geeft de laatste jaren invulling aan verschillende vormen van risicomanagement, zoals prospectieve risicoanalyses op zorgprocessen vanuit het oogpunt van kwaliteit en patiëntveiligheid, het information security management system (ISMS) voor informatiebeveiliging inclusief privacyaspecten en de onafhankelijke risicoanalyses en interne controles op de werking van het control framework van niet-zorginhoudelijke processen door de AO-/IC-functionaris.

Het is voor een betrouwbare jaarrekening en facturatie aan zorgverzekeraars van belang dat binnen de relevante processen voldoende zekerheid bestaat over de betrouwbaarheid van gegevens. Hiertoe wordt jaarlijks door de AO-/IC-functionaris een controleprogramma uitgevoerd op basis van een intern controleplan.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft Horizontaal Toezicht voor wat betreft de declaraties aan de zorgverzekeraars stevig geïmplementeerd. Dit heeft voor facturatie jaar 2024 geleid tot een correctie van € 93K. Voor 2025 is het de inschatting dat de correctie op onjuistheden vanuit de declaraties uitkomt op max. €34K.

Risicomanagement

In 2025 is er opnieuw geïnventariseerd welke risico's en onzekerheden er zijn. Hierna worden de onderstaande tabellen verder geoptimaliseerd.

OVERZICHT RISICO'S EN ONZEKERHEDEN				
Risico categorie	Risico soort	Risico bereidheid	Kans	Impact
Strategische risico's	Verlies positie en zorgprofiel	●○○	●●○	●●●
	Verlies van bestaande verkoopcontracten / inkomsten	●○○	●●○	●●○
	Imagoschade	●○○	●○○	●●●
	De transformatie van zorg in het IJsselland Ziekenhuis is onvoldoende om aan de maatschappelijke opdracht te voldoen om met dezelfde kosten de stijgende zorgvraag op te vangen	●○○	●●●	●●○
Operationele risico's	Uitval kritieke (ICT-)voorzieningen	●○○	●●○	●●●
	Te hoge toegangstijden	●○○	●●○	●●○
	Beschikken over voldoende inzetbaar personeel	●○○	●●●	●●●
	Kwaliteitsthema's	●○○	●●○	●●●
Financiële risico's	Omzetsderving door afschaling (electieve) zorg en extra kosten a.g.v. COVID-19 crisis	●○○	●●○	●●○
	Geen kostendekkende tarieven kunnen afspreken	●○○	●●○	●●●
	Fraude	●○○	●○○	●●○
	Onvoldoende liquide middelen om de kosten te betalen	●○○	●○○	●●●

Wet- en regelgeving risico's	Informatiebeveiliging en privacy wet- en regelgeving	●○○	●●○	●●●
	Schade door niet naleven wet- en regelgeving	●○○	●●○	●●○
● laag ●● middel ●●● hoog				

In onderstaande tabel zijn de strategische, operationele en financiële hoge risico's alsmede de hoge risico's op het gebied van wet- en regelgeving in relatie tot de beheersmaatregelen beschreven.

OVERZICHT RISICO'S EN ONZEKERHEDEN				
Risico categorie	Risico soort	Risico beschrijving	Doel beheersmaatregel	Bestaande of te implementeren beheersmaatregelen
Strategische risico's	Verlies positie en zorgprofiel	Door in- en externe factoren kan het voor het ziekenhuis lastig zijn om de huidige positie en het zorgprofiel te behouden	Beheersen	<ul style="list-style-type: none"> Versterken positie als netwerkororganisatie Alertheid op ontwikkelingen in het zorgaanbod in de regio Partnership zorgverzekeraars Goede relatie met verwijzers onderhouden Juiste sturingsinformatie in de planning & controlcyclus
	Verlies van bestaande verkoopcontracten / inkomsten	Op alle inkomstenstromen bestaat het risico dat het IJsselland Ziekenhuis een verkoopcontract verliest en/of dat inkomsten stoppen.	Beheersen	<ul style="list-style-type: none"> Professioneel accountmanagement richting klanten Contractmanagement Nakomen SLA afspraken
	Imago schade	Door in- en externe factoren kan het ziekenhuis imago schade oplopen, met als gevolg dat er minder patiënten komen en de inkomsten teruglopen.	Accepteren & beheersen	<ul style="list-style-type: none"> Media- en communicatiebeleid Klachtenmanagement
	De transformatie van zorg in het IJsselland Ziekenhuis is onvoldoende om aan de maatschappelijke opdracht te voldoen om met dezelfde kosten de stijgende zorgvraag op te vangen	Het kan lastig zijn om kostendekkende afspraken met zorgverzekeraars te maken als de strategische projecten (transformatie) duurder uitpakken of minder besparing opleveren dan gedacht of dat de declaratiewaarde harder daalt dan de kosten.	Beheersen	<ul style="list-style-type: none"> Eenduidige programmastructuur Periodieke rapportages m.b.t. strategische projecten met duidelijke impact op kpi's Transparantie over resultaten projecten richting zorgverzekeraars
Operationele risico's	Uitval kritieke (ICT-) voorzieningen	Door in- en externe factoren kan uitval van kritieke voorzieningen (elektriciteit, gas, water, warmte, koeling, medische perslucht, zuurstof, gassen, ICT) ontstaan	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> Business continuïteitsplan is vastgesteld en geïmplementeerd Crisis organisatie paraat Frequent testen (nood)procedures Adequate noodvoorzieningen zijn aanwezig
	Te hoge toegangstijden	Als er door capaciteitsgebrek of personeelstekort te hoge toegangstijden ontstaan kiezen patiënten wellicht voor een ander ziekenhuis	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> Continue monitoring op de toegangstijden Integraal capaciteitsmanagement om capaciteit in te zetten waar er vraag is
	Beschikken over voldoende inzetbaar personeel	<p>Het ziekenhuis kan over te weinig inzetbaar personeel beschikken als:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het ziekteverzuim hoog is Relatief veel personeel vertrekt Het lastig is om vacatures snel in te vullen <p>Het gevolg is dat er minder zorg geleverd wordt en daardoor de opbrengsten dalen.</p>	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> Strategische personeelsplanning Optimale arbeidsmarktcommunicatie en website werkenbijjysl.nl Recruitment functie Aandacht voor opleiden en vitaliteit van de medewerker d.m.v. strategische projecten in 'hier gaat het om u: medewerker!' Frequent uitvoeren medewerkersparticipatie onderzoek Samenwerking in De Rotterdamse Zorg Taken vervangen door automatisering / robotisering / slimmer organiseren
	Kwaliteitsthema's	Door onvoldoende beheersing van de kwaliteit en veiligheid	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> Adequaat werkend kwaliteitsmanagement systeem

		kunnen er calamiteiten ontstaan		<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit kpi's als standaard onderdeel van de planning & control dashboards • Helder beleggen eigenaarschap en verantwoordelijkheden van de kwaliteit- en veiligheidsthema's • Regelmatige audits en veiligheidsrondes
Financiële risico's	Geen kostendekkende tarieven kunnen afspreken	Doordat processen intern minder efficiënt en effectief plaatsvinden en/of de kosten harder toenemen, kan het zijn dat het IJsselland Ziekenhuis aan marktconforme tarieven niet genoeg heeft, maar hoger niet kan contracteren.	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> • Planning & Controlcyclus waarbij interne stakeholders de juiste stuurinformatie bespreken • Benchmarks van de kostprijzen en tarieven met andere ziekenhuizen
	Fraude	Door fraude kunnen er financiële middelen aan het ziekenhuis onttrokken worden	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> • Zero tolerantie beleid • Anti-fraude beleid • Adequate maatregelen om fraude zoveel mogelijk onmogelijk te maken • Risk framework waar frauderisico's integraal onderdeel van zijn • Interne audits op financiële processen
	Onvoldoende liquide middelen om de kosten te betalen	Door toenemende kosten en afnemen omzet kan er onvoldoende liquiditeit ontstaan. Dit kan ook door een verkeerde afstemming tussen het moment van in- en uitgaande kasstromen	Beheersen	<ul style="list-style-type: none"> • Cashflow prognoses: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dagelijks 6 maanden vooruit ◦ Per kwartaal 18 maanden vooruit • Korte lijnen met zorgverzekeraars omtrent voorschotten
Wet- en regelgeving risico's	Informatiebeveiliging en privacy wet- en regelgeving	Door falende informatiebeveiliging kunnen vertrouwelijke data en persoonsgegevens openbaar worden (mogelijk leidend tot een boete)	Beheersen	<ul style="list-style-type: none"> • CISO (informatiebeveiliging) en FG (privacy) zijn aangesteld • Periodieke rapportage CISO en FG en bespreking met portefeuillehouder RvB • NEN7510 gecertificeerd • Verplichte periodieke e-learning medewerkers betreffende informatiebeveiliging en AVG • Actuele autorisatie en wijzigingsbeheer • Veilig mailen • Afdekking restrisico's d.m.v. een cyberverzekering
	Schade door niet naleven wet- en regelgeving	Door het niet naleven van wet- en regelgeving kan er financiële schade ontstaan door bijvoorbeeld boetes, maar er kan ook imagoschade optreden met verschillende gevolgen	Accepteren & beheersen	<ul style="list-style-type: none"> • Toetsen en rapporteren W&R kwaliteit en veiligheid door afdeling Kwaliteit & Veiligheid • Toetsen en rapporteren W&R arbo en HR door afdeling HRM • Toetsen en rapporteren fiscale W&R door afdeling Control • Toetsen en rapporteren W&R NZa door AO/IC functionaris

Het IJsselland ziekenhuis werkt continu aan patiëntveiligheid en borging van kwaliteit via decentrale risicobeheersing. Om hier ziekenhuisbreed nog gericht op te kunnen sturen, is eind 2023 het beleid voor Integraal Risicomanagement (IRM) vastgesteld en in 2024 een IRM-commissie opgericht. In 2025 hebben we vervolgstappen gezet in de implementatie hiervan. De reeds bestaande aparte onderdelen zijn geïnventariseerd en voor een groot deel samengebracht. Dit moet in 2026 resulteren in een actueel ziekenhuisbreed profiel van onze strategische en tactische risico's. Hiermee werken we verder aan een stevigere basis van integraal risicomanagement, waarbij in 2026 de focus ligt op de doorontwikkeling van het integrale control framework. Met dit inzicht kunnen we nog actiever en vooral meer integraal inzetten op evaluatie en sturing.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft de mogelijkheid tot het melden van een misstand geformaliseerd door middel van een zogenaemde 'klokkenluidersregeling'.

Binnen het IJsselland Ziekenhuis is er een anti-fraude beleid. Er zijn binnen Het IJsselland Ziekenhuis in 2025 geen gevallen van fraude bekend.

Bijlage 1 Nevenfuncties raad van bestuur in 2025

Leden raad van bestuur	Nevenfuncties
Mr. A.H. van Wijk, voorzitter	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter raad van toezicht KNVB (AV) - Lid raad van toezicht Partners voor Jeugd - Voorzitter raad van toezicht Stichting Christelijk Onderwijs Haaglanden (SCOH) - Voorzitter raad van commissarissen Zorgservice XL - Voorzitter Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (per 1-12-2024)
Drs. N.B.C. Bovee, lid	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Scholengroep Leonardo da Vinci Leiden (per 1 september 2025) - STAK bestuurder Corbotics - Bestuurder Samenwerkende Chipsoft Ziekenhuizen
Dr. R.G.L. Nellen, co-bestuurder	<ul style="list-style-type: none"> - Vicevoorzitter Stichting BeterKeten - Lid extern dagelijks bestuur Concord

Bijlage 2 Duurzaamheid

In mei 2025 heeft het IJsselland Ziekenhuis als eerste in de regio de gouden status behaald van de Milieuthermometer Zorg en daarmee haar ambities overtroffen. Deze certificering toont aan dat het ziekenhuis structurele verduurzaming toepast, van energiebesparing tot afvalscheiding en inkoop. Eerder bezat het ziekenhuis al het zilveren keurmerk.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft duurzaamheid opgenomen in de fundatie van haar strategie. Hiermee neemt het ziekenhuis zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid. Gevolg van deze strategische keuze is het in 2023 opgestelde beleid "Milieu en Duurzaamheid 2023-2027" wat nog steeds gevolgd wordt.

In het beleid Milieu en Duurzaamheid zijn de volgende doelstellingen opgenomen:

1. Blijven voldoen aan milieuwet- en regelgeving;
2. Behouden en verstevigen van de Milieuthermometer Zorg (zilver);
3. Voldoen aan de Green Deal 'Samen werken aan duurzame zorg';
4. Het uitrollen van de CO₂-routekaart.

De doelstellingen van het beleid Milieu en Duurzaamheid hebben een samenhang en overlappen elkaar. De uitgevoerde projecten en activiteiten in 2025 zijn daarom terug te herleiden naar de verschillende doelstellingen.

In 2025 behaalde het IJsselland Ziekenhuis het gouden certificaat van de Milieuthermometer Zorg. Onderdeel van het behoud van het keurmerk is het voldoen aan wet- en regelgeving. In 2024 is een start gemaakt met het registreren van de vervoersbewegingen van de medewerkers die in dienst zijn van het ziekenhuis in het kader van de Wet Personen Mobiliteit (WPM). In 2025 worden deze gegevens gebruikt als input voor het herzien van het mobiliteitsbeleid. Een project wat nog in 2026 doorloopt. Daarnaast is in 2025 als voorbereiding op het nieuwe Grondstoffen en afvalbeleid een project opgestart voor het invoeren van extra gescheiden afvalstromen om hiermee extra grondstoffen te kunnen hergebruiken. Daarnaast is in het kader van de vernieuwde PGS-15 een project gestart om de gevaarlijke stoffen grootschalig te inventariseren voor de overgang naar een nieuw registratiesysteem. Naast nieuwe wetgeving heeft het ziekenhuis de controle van bevoegd gezag omtrent milieu- en energiewetgeving goed doorstaan en heeft het een jaarlijkse audit uitgevoerd op de gevaarlijke stoffen.

In 2025 is een verdere uitwerking gedaan om tot een programma te komen van verschillende projecten om aan de CO₂-routekaart te voldoen. Door middel van deze verdieping wil het ziekenhuis maatregelen inplannen waarmee klimaatdoelstellingen van 2030 behaald worden en een doorkijk geven richting 2050. De verdieping van de CO₂-routekaart zal in 2026 afgerond worden en het MJOP zal hierop aangepast worden.

Het afgelopen jaar werden de goede resultaten van de voorgaande jaren voortgezet:

- Het aantal Green Teams is verder uitgebreid;
- Vanuit de Green Teams is een aantal pilots en projecten geïnitieerd om verder te besparen op energie, minder gebruik van grondstoffen en het gebruik van re-usables;
- Het wagenpark is verder verduurzaamd voor volledig elektrische voertuigen en voor de long range logistiek plug-in hybrides in te zetten
- Het Vernacare Disposable Po Systeem is helemaal afgerond en in 2025 geïmplementeerd.
- De "green Nurse Champion" (onderdeel van het landelijke programma Samen de Zorg Vergroenen) is ingesteld met behulp van subsidiegelden van het Citrien Fonds.
- De duurzaamheid advies commissie is ingesteld om de steeds groeiende hoeveelheid initiatieven de stroomlijnen en zoveel mogelijk snel in uitvoering te brengen. Hiermee wordt het enthousiasme voor duurzaamheid tot diep in de organisatie verder versterkt

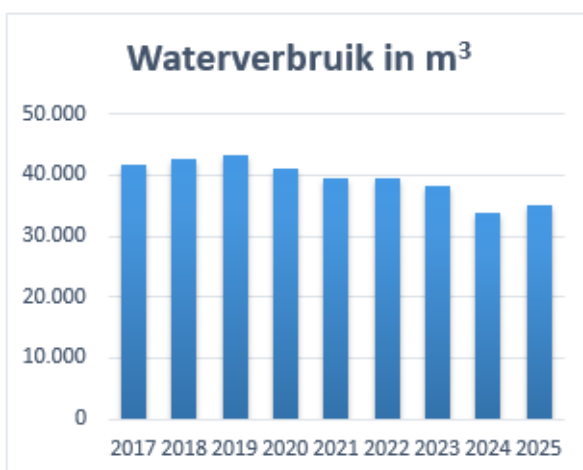
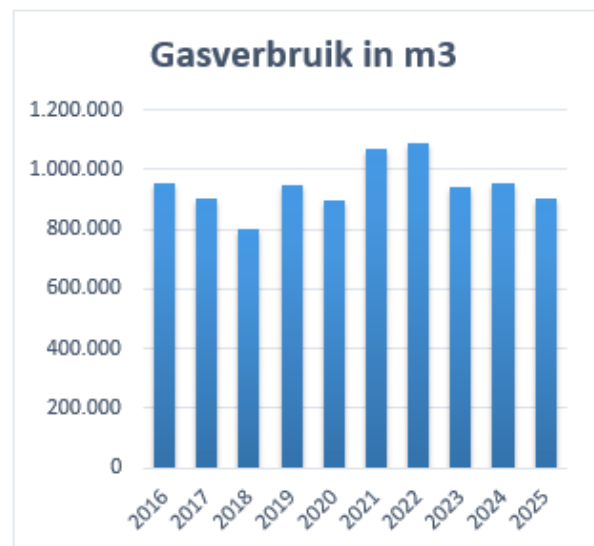
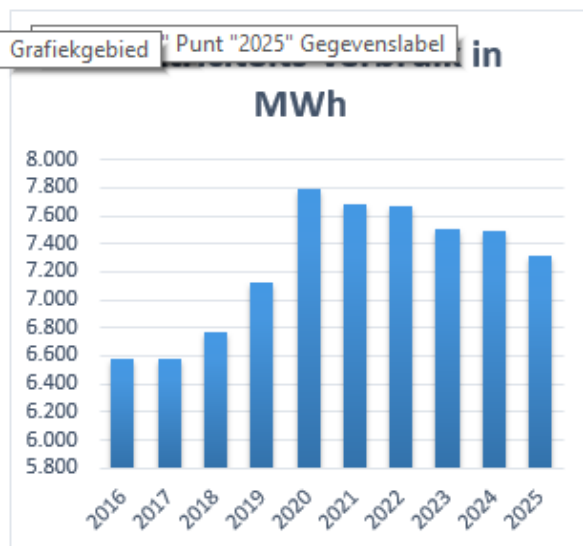
Naast bovenstaande resultaten zijn er projecten die meerdere jaren in beslag nemen en nog doorlopen:

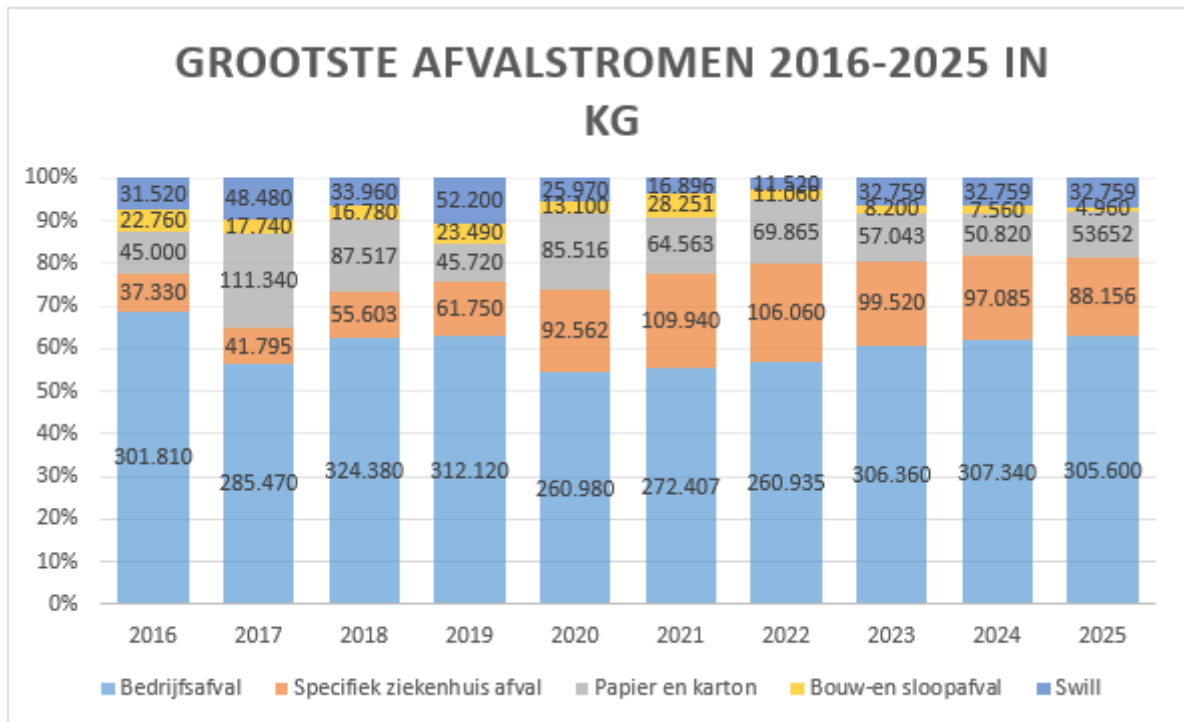
- Het verduurzamen van het voedingsaanbod in samenwerking met Albron;
- Dit onderzoek loopt nog door in 2025 met de pilot van 2 maanden bij het YSL. In de loop van 2026 wordt dit onderzoek afgerond.
- Het optimaliseren en inregelen van de installaties.

Het Ijsselland Ziekenhuis maakt jaarlijks een milieuraportage waarin plannen en resultaten rondom het thema duurzaamheid en energieverbruik worden beschreven. Bijlage 2 bij dit jaarverslag geeft inzicht in het verbruik van gas, water en elektriciteit.

Verbruik van elektriciteit, gas en water

In de grafieken hieronder een overzicht van het elektriciteits-, gas- en waterverbruik, van de vervuilende eenheden van het afvalwater en van het afgevoerde afval van 2016 tot en met 2025.







Jaarverslag 2025

Raad van Toezicht

Naam : Raad van Toezicht
Datum : mei 2026

1. Woord vooraf	42
2. Over toezicht houden	42
3. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol	43
4. Verslag vanuit de werkgeversrol	46
5. Over de raad van toezicht	46

1. Woord vooraf

De raad van toezicht bedankt het bestuur en alle medewerkers voor hun bijdrage aan de prestaties van het IJsselland Ziekenhuis in 2025. We kijken terug op een mooi jaar waarin we dankzij de enorme inzet van onze medewerkers goede zorg hebben geleverd die wederom hoog wordt gewaardeerd door onze patiënten. 2025 was ook het jaar waarin een nieuwe meerjarenstrategie is gelanceerd waarin het ziekenhuis de koers bepaalt voor de komende jaren.

Namens de raad van toezicht,

Hans van Sonderen (voorzitter)

2. Over toezicht houden

Het IJsselland Ziekenhuis hecht belang aan goed bestuur, goed toezicht en een adequate verantwoording. De raad van bestuur bestuurt de organisatie en de raad van toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de raad van bestuur en de algemene gang van zaken.

2.1 Governancecode Zorg

Als norm voor goed bestuur en toezicht onderschrijft het IJsselland Ziekenhuis de Governancecode Zorg 2022. Raad van toezicht en raad van bestuur zijn beide vanuit de eigen rol verantwoordelijk voor de governance in de organisatie. De principes uit de governancecode zijn verwerkt in de statuten, reglementen, de toezichtvisie en het jaarverslag en zijn duidelijk zichtbaar in het gedrag van raad van toezicht, raad van bestuur en verschillende gremia en functionarissen in het ziekenhuis. Een mooi voorbeeld waarin meerdere principes van de governancecode tot uiting komen, is het strategietraject dat is doorlopen ter voorbereiding op de nieuwe meerjarenstrategie 2026-2030. De raad van bestuur heeft opdracht gegeven aan een multidisciplinair team, bestaande uit collega's met organisatorische, medische en verpleegkundige achtergronden, de meerjarenstrategie van het ziekenhuis te herijken. De maatschappelijke opdracht om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden staat in deze strategie centraal. In het strategietraject is ruimte gegeven aan inbreng en invloed vanuit interne en externe belanghebbenden. Zo zijn er strategieconferenties georganiseerd waar naast interne belanghebbenden ook externe partijen zijn uitgenodigd, zoals zorgverzekeraars, gemeenten, banken en zorginstellingen. De raad van toezicht kijkt met trots terug op deze aanpak, waarmee mede-eigenaarschap van professionals en gelijkgerichtheid tussen verschillende disciplines is gestimuleerd – geheel in lijn met de besturingsfilosofie van het ziekenhuis.

2.2 Rollen: toezichthouder, werkgever, klankbord en netwerker

De raad van toezicht vervult vier rollen, die van toezichthouder, werkgever, klankbord en netwerker. Deze rollen krijgen situationeel invulling en lopen in de praktijk vaak in elkaar over. Als wij nodig zijn, dan zijn wij er. In hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan over de toezichthoudende en adviserende rol en in hoofdstuk 4 over de werkgeversrol van de raad van toezicht.

Toezicht met een brede oriëntatie

Met een brede oriëntatie op het zorglandschap en een specifieke interesse in de directe omgeving van het ziekenhuis, diens patiënten en medewerkers hebben wij zicht op wat er speelt. Door de breedte van achtergronden en perspectieven van de leden van de raad van toezicht te benutten, zijn we in staat diverse invalshoeken in het gesprek dat wij voeren, ook met de raad van bestuur, in te brengen. De leden van de raad zijn er alert op vooruitstrevend te denken zonder de bestaande maatschappelijke opgaven uit het oog te verliezen, met betrekking tot de strategie en ontwikkeling van het ziekenhuis. De raad heeft oog voor een goede balans tussen consolideren en vernieuwen.

De raad van toezicht beweegt zich met regelmaat in de organisatie en heeft in 2025 de contacten met diverse stakeholders onderhouden, tijdens een aantal werkbezoeken en in vergaderingen met de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad, en de medische staf. Daarnaast heeft de remuneratiecommissie gesproken met vertegenwoordigers van management, bestuur VMS en medezeggenschapsorganen.

3. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol

3.1 Algemeen

De agenda van de raad van toezicht wordt deels bepaald door de planning & controlcyclus, zoals de begroting, managementletter, jaarrekening, jaarverslag en kwartaalrapportages. Voor het overige wordt de agenda gevuld op basis van een jaarkalender waarin actuele interne en externe thema's en ontwikkelingen zijn opgenomen. Zo zijn in 2025 onder meer de onderwerpen kwaliteit & patiëntveiligheid, actualiteiten vakgroepen, strategische samenwerkingen, meerjarenstrategie en het IZA en AZWA terugkerende onderwerpen geweest in vergaderingen van de raad van toezicht.

De raad van bestuur brengt elke vergadering verslag uit van de lopende zaken. Strategische ontwikkelingen en onderwerpen die bespreking met dan wel de goedkeuring van de raad van toezicht vereisen, worden apart gedocumenteerd, geagendeerd en besproken.

In 2025 vergaderde de raad van toezicht vijf keer, daarnaast vonden in het kader van de werving van twee nieuwe leden raad van toezicht verschillende gesprekken plaats. Op 6 en 7 november vond de jaarlijkse tweedaagse bijeenkomst plaats met raad van toezicht en raad van bestuur. Tijdens de tweedaagse volgde de raad van toezicht een workshop Toezien op het Verandervermogen van de organisatie die door een externe partij werd verzorgd. De rest van het programma stond in het teken van de zelfevaluatie van de raad van toezicht, waarvan het eerste deel plaatsvond in bijzijn van de raad van bestuur.

3.2 Onderwerpen in 2025

De volgende onderwerpen speelden in 2025 een rol op de agenda van de raad van toezicht.

Bij iedere vergadering vindt standaard een terugkoppeling plaats vanuit de Commissie Kwaliteit, Auditcommissie, Commissie Samenwerking en de Remuneratiecommissie en worden onderwerpen indien passend nader besproken. Onder 3.3 wordt een overzicht van deze onderwerpen vermeld.

Strategie 2026-2030

De raad van toezicht was betrokken bij de totstandkoming van de nieuwe meerjarenstrategie en volgt de voortgang van dit onderwerp.

Planning & Control

De raad van toezicht volgde nauwlettend de ontwikkelingen op het gebied van financiën en productie en, mede aan de hand van de kwartaalrapportages. Deze onderwerpen worden gedetailleerd besproken in de auditcommissie van de raad van toezicht, die verslag uitbrengt aan de voltallige raad tijdens vergaderingen. Ook zijn jaarverslag 2024 en kaderbrief, jaarplan en begroting voor het jaar 2026 besproken in de auditcommissie. Ten aanzien van de documenten van de jaarcyclus keurde de raad van toezicht in 2025 de volgende documenten goed: begroting 2026 en het jaarverslag en de jaarrekening 2024.

Actualiteiten vakgroepen

De raad van bestuur informeert de raad van toezicht schriftelijk en/of mondeling over de ontwikkelingen binnen de vakgroepen/specialismen. Dit gebeurt onder andere aan de hand van de kwartaalrapportages en uitkomsten van audits en visitaties. De raad van toezicht heeft in lijn met de raad van bestuur in 2025 enkele vakgroepen nadrukkelijker gevolgd.

Werkbezoeken

De raad van toezicht heeft verschillende werkbezoeken gedaan binnen de organisatie. De raad van toezicht liet zich informeren over het zorgcontinuïteitsplan tijdens een rondleiding gewijd aan dit thema. Ook heeft de raad van toezicht een bezoek gebracht aan de polikliniek in het Gezondheidscentrum Krimpen aan den IJssel.

Nieuwe leden raad van toezicht

In 2025 hebben zich een aantal wijzigingen voorgedaan in de samenstelling van de raad van toezicht. De raad van toezicht heeft zich ingespannen om twee nieuwe leden te werven en benoemen met de portefeuilles medisch/zorginhoudelijk en digitalisering/innovatie/transformatie. Er is aandacht besteed aan een goede overdracht en inwerkperiode waardoor de commissies al in november 2025 zijn aangevuld.

3.3 Commissies

De raad van toezicht kent vier vaste commissies: de auditcommissie, de commissie kwaliteit, de commissie samenwerking en de remuneratiecommissie (zie hoofdstuk 4). De commissies hebben een voorbereidende en adviserende taak. Er is geen sprake van gedelegeerde verantwoordelijkheden. De vaste commissies hebben, met uitzondering van de commissie samenwerkingen, een vastgesteld commissiereglement waarin de taken en verantwoordelijkheden van de commissie zijn vastgelegd.

Auditcommissie

Leden: de heer Rodts (vz), mevrouw Ritsema van Eck, de heer ten Dam

De auditcommissie is in het bijzonder belast met het ondersteunen en adviseren van de raad van toezicht op het terrein van financiën, interne beheersing, financiële verslaggeving en naleving van wet- en regelgeving.

De commissie kwam in 2025 drie keer bijeen. Bij deze vergaderingen was tevens de accountant (een deel van de vergadering) aanwezig. In de commissievergaderingen zijn onder meer aan de orde geweest de jaarrekening 2024, het controleplan 2025, de kaderbrief, begroting en jaarplan voor 2026, de kwartaalrapportages, diverse auditrapportages, en de status van het integraal

risicomanagement. Ook de jaarlijkse milieurapportage wordt geagendeerd in het auditoverleg.

Commissie Kwaliteit

Leden: mevrouw Klomp (vz), mevrouw Kersten-Kerstens, de heer Hooker

De commissie kwaliteit van de raad van toezicht ondersteunt en adviseert de raad van toezicht op het terrein van kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met inachtneming van de belangen van relevante stakeholders. Meer specifiek gaat het om toezicht op de volgende vraagstukken:

- worden de kwaliteitsdoelen van het ziekenhuis gerealiseerd;
- geven de resultaten een getrouw beeld van de werkelijkheid;
- doet het kwaliteitsbeheerssysteem wat het moet doen.

De commissie kwam in 2025 vier keer bijeen.

Dit jaar kwamen onder meer aan de orde: een toelichting op het thema huiselijk geweld en kindzorg, ethische vraagstukken, het jaarverslag peer support, het jaarverslag van de onafhankelijke klachtencommissie, visitaties, kwaliteitsindicatoren, kwartaalrapportages kwaliteit, opleidingen, strategisch kwaliteitsbeleid 2025-2029. De portefeuillehouder kwaliteit van de vereniging medische staf en tevens voorzitter van de commissie Ethiek van het ziekenhuis wordt standaard uitgenodigd bij de commissie kwaliteit.

Commissie Samenwerking

Leden: de heer Van Sonderen (vz) en mevrouw Klomp

Deze commissie is ingesteld als begeleidingscommissie voor de trajecten op het gebied van strategische samenwerking. Tijdens vergaderingen wordt een update gegeven van verschillende strategische samenwerkingen van het ziekenhuis, waaronder Capelle Krimpen Verbonden, samenwerkingen met ziekenhuizen binnen en buiten de regio, Philips, Bergman Clinics en Lelie zorggroep. De commissie kwam in 2025 tweemaal bijeen.

3.4 Accountant

Gedurende het jaar was de accountant gedurende tenminste een deel van de vergadering aanwezig bij alle vergaderingen van de auditcommissie. Op 27 mei was de accountant aanwezig in de vergadering van de raad van toezicht voor het bespreken van de jaarrekening 2024.

3.5 Overleg belanghebbenden

De raad van toezicht hecht belang aan het contact met belanghebbenden in het ziekenhuis. Daartoe vindt op gezette momenten overleg plaats met interne en externe stakeholders.

De raad van toezicht ging tweemaal in gesprek met het bestuur van de vereniging medisch staf (VMS) over de Toekomstvisie VMS en de invulling van het co-bestuur. Daarnaast was er een gesprek met wethouder Hugo van der Wal van de Gemeente Krimpen aan den IJssel over het lokale zorgbeleid. De raad van toezicht ging tevens in gesprek met de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad.

4. Verslag vanuit de werkgeversrol

Remuneratiecommissie

Leden: mevrouw Klomp (vz) en de heer Van Sonderen

De remuneratiecommissie voert namens de raad van toezicht jaarlijks met elk van de leden van de raad van bestuur één evaluatiegesprek en één voortgangsgesprek. Tevens voert de raad van toezicht tweemaal per jaar een reflectiegesprek met de co-bestuurder. Ter voorbereiding op deze gesprekken spreekt de remuneratiecommissie met vertegenwoordigers vanuit de adviesgremia en het Management Team. Naast de individuele gesprekken vindt een gesprek plaats met de raad van bestuur als geheel over de samenwerking en ontwikkeling in het team en de samenwerking met het management en de medezeggenschap. De raad van toezicht draagt zorg voor een verslag van de gesprekken. Een en ander staat beschreven in het beoordelingskader raad van bestuur.

De commissie beoordeelt de beloning van de raad van bestuur en doet een controle op de declaraties.

5. Over de raad van toezicht

5.1 Profiel van de raad van toezicht

In verband met de werving van twee nieuwe leden is de profielschets van de raad van toezicht in 2025 vernieuwd. Binnen de raad van toezicht wordt een evenwichtige spreiding van maatschappelijke achtergronden, deskundigheden en disciplines nagestreefd. De raad van toezicht bepaalt dit evenwicht, waarbij rekening wordt gehouden met de op dat moment en te verwachten strategische en bestuurlijke opgaven. Naast de aspecten zoals benoemd in het algemeen profiel, acht de raad van toezicht specifieke deskundigheid of achtergrond relevant per ieder van de onderstaande aandachtsgebieden. Samen met het algemeen profiel, vormt het profiel per aandachtsgebied het profiel voor een lid van de raad van toezicht. Meerdere van de leden van de raad kunnen hetzelfde aandachtsgebied hebben en er kan overlap zijn tussen de aandachtsgebieden. De specifieke kwaliteiten kunnen op enig moment in meer of mindere mate aanwezig zijn bij de leden van de raad van toezicht. Dit doet niet af aan de toegevoegde waarde van leden van en de raad als geheel.

De raad van toezicht kent tenminste de volgende aandachtsgebieden:

- strategie en beleid
- financieel-economisch
- medisch, zorginhoudelijk en kwaliteit
- maatschappelijke omgeving, patiënten en andere stakeholders
- HR beleid, opleiding en ontwikkeling
- Digitalisering, innovatie en transformatie
- bestuurlijk en juridisch

Het functioneren van de leden van de raad van toezicht wordt gekenmerkt door integriteit en een onafhankelijke opstelling. Dit betekent dat leden in de uitoefening van de functie op geen enkele wijze zakelijk belang hebben bij het ziekenhuis en opgave doen van hun (neven)functies.

5.2 Benoeming en herbenoeming

Werving en benoeming

In 2025 waren er enkele wijzigingen in de samenstelling van de raad van toezicht:

- Per 1 juli 2025 is mevrouw Ritsema van Eck herbenoemd voor een periode van zes

maanden tot 31 december 2025. Na deze termijn heeft zij afscheid genomen. Wij zijn haar zeer erkentelijk voor haar inzet binnen de raad van toezicht.

- Per 1 juli 2025 is de heer Van Sonderen herbenoemd voor een tweede termijn van vier jaar.
- Per 1 juli 2025 is de heer Rodts herbenoemd voor een periode van vier jaar.
- Per 6 november 2025 is de heer Hooker toegetreden als lid van de raad van toezicht met de portefeuille medisch/zorginhoudelijk.
- Per 6 november 2025 is de heer ten Dam toegetreden als lid van de raad van toezicht met de portefeuille digitalisering/innovatie/transformatie.
- Per 1 januari 2026 is mevrouw Kersten-Kerstens herbenoemd voor een tweede termijn van vier jaar.

5.3 Samenstelling, nevenfuncties en bezoldiging Raad van Toezicht (31-12-2025)

Naam	<u>Mw. dr. H.M. Klomp</u>	Nevenfuncties
Functie	Vicevoorzitter	Lid raad van commissarissen Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie
Functie dagelijks leven	Lid raad van bestuur Noordwest Ziekenhuisgroep	
Zittingstermijn tot	1 september 2026	
Bezoldiging	€ 19.680	
Naam	<u>Mw. drs. R.M. Ritsema van Eck</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid	Lid van het bestuur van de Stichting Aandelen Administratie Kantoor Triodos Bank
Functie dagelijks leven	Lid raad van bestuur De Alliantie Voorzitter raad van bestuur De Alliantie (per 1 november 2025)	Eerste onderhandelaar CAO onderhandelingen Aedes
Zittingstermijn tot	31 december 2025, niet herbenoembaar	Lid Bestuurlijk overleg SPW
Bezoldiging	€ 19.680	Voorzitter Werkgroep Werkgeverszaken DVS
		Lid raad van commissarissen Coöperatie Univé U.A.
		Lid van commissie Nationaal Groeifonds
		Lid raad van toezicht Luchtverkeersleiding Nederland
		Voorzitter raad van commissarissen ABN AMRO Hypotheken Groep (per 1 november 2025)

Naam	<u>Dhr. prof. dr. mr. J.C.M. van Sonderen</u>	Nevenfuncties
Functie	Voorzitter	Emeritus Hoogleraar Erasmus School of Law, Erasmus Universiteit Rotterdam
Functie dagelijks leven		
Zittingstermijn tot	1 juli 2029, niet herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 29.520	
Naam	<u>Dhr. ir. S.M.A. Rodts MBA</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid	Lid raad van toezicht Het Zuid-Hollands Landschap
Functie dagelijks leven	Lid raad van bestuur Newton	
Zittingstermijn tot	1 juli 2029, niet herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 19.680	
Naam	<u>Mw. drs. S.M.C. Kersten-Kerstens</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid	Bestuurslid Ieder(in) (tot 6 februari 2025)
Functie dagelijks leven	Bestuurder bij Expertisecentrum Euthanasie	Voorzitter bestuur Ieder(in) (per 6 februari 2025)
Zittingstermijn tot	1 januari 2030, niet herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 19.680	
Naam	<u>Dhr. drs. J. ten Dam MBA</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid (per 6 november 2025)	Lid auditcommissie Jeugdzorg Nederland
Functie dagelijks leven	Bestuurder iHub onderwijs & familie zorg	
Zittingstermijn tot	6 november 2029, herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 3.019	
Naam	<u>Dhr. dr. A.B. Hooker</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid (per 6 november 2025)	Auditor (voorzitter) Qualicor Europe
Functie dagelijks leven	Gynaecoloog Zaans Medisch Centrum	Geschillencommissie Zorg
Zittingstermijn tot	6 november 2029, herbenoembaar	Commissielid ZonMw (programma Zwangerschap en Geboorte)
Bezoldiging	€ 3.019	

5.4 Programma Goed Toezicht

'Goed Toezicht' is de naam van het accreditatieprogramma van de NVTZ. Het programma geldt vanaf 2017 voor alle raden van toezicht die lid zijn van de NVTZ. In het programma wordt aangegeven hoe raden van toezicht inzichtelijk en aantoonbaar kunnen maken dat zij continu werken aan Goed Toezicht. Via de website van de NVTZ ([IJsselland Ziekenhuis | NVTZ](#)) is zichtbaar in welke mate de raad van toezicht voldoet aan de voorwaarden van het programma.

5.5 Functioneren en evaluatie

Tijdens de tweedaagse van de raad van toezicht is de jaarlijkse zelfevaluatie uitgevoerd, ditmaal in eigen gelederen. De zelfevaluatie is voorbereid aan de hand van een vragenlijst en is voorafgegaan door een telefonische voorbereiding door de voorzitter met ieder lid. Het eerste deel van de zelfevaluatie vond plaats in bijzijn van de raad van bestuur.

5.6 Deskundigheidsbevordering

De raad van toezicht heeft een opleidingsplan. Dit plan sluit aan op de richtlijnen met betrekking tot kennis- en competentieontwikkeling in het programma Goed Toezicht van NVTZ. De leden volgen jaarlijks een gezamenlijke scholing, dit jaar vond dit plaats tijdens de tweedaagse: een workshop rondom het thema Toezien op Verandervermogen. Daarnaast is per individueel lid een plan gemaakt voor het volgen van opleidingen.

5.7 WNT klasse indeling en bezoldiging

Het IJsselland Ziekenhuis valt in 2025 in klasse V.

De hoogte van de bezoldiging van de leden raad van toezicht in 2025 valt vanzelfsprekend binnen de Wet Normering Topinkomens en binnen de kaders van de adviesregeling van de NVTZ. Deze bedraagt 8% (lid) en 12% (voorzitter) van het maximum van de bezoldigingsklasse van de bestuurder.

5.8 Informatievoorziening

De informatievoorziening aan de raad van toezicht is vastgelegd in een informatieprotocol dat de wijze van informatieverstrekking vanuit de raad van bestuur beschrijft. Het informatieprotocol sluit aan op de eisen vanuit de statuten, reglementen en de governancode zorg. Het informatieprotocol is in 2025 geactualiseerd.

Tussen de voorzitter van de raad van toezicht en de voorzitter raad van bestuur vindt met regelmaat bilateraal overleg plaats.

Jaarrekening 2025

IJsselland Ziekenhuis

ijssel land
ziekenhuis

Jaarrekening 2025



Jaarrekening 2025

INHOUDSOPGAVE

1.1 Jaarrekening

- 1.1.1 Balans per 31 december 2025
- 1.1.2 Winst- en verliesrekening over 2025
- 1.1.3 Kasstroomoverzicht over 2025
- 1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening
- 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025
- 1.1.6 Mutatieoverzicht immateriële vaste activa
- 1.1.7 Mutatieoverzicht materiële vaste activa
- 1.1.8 Mutatieoverzicht financiële vaste activa
- 1.1.9 Overzicht langlopende schulden ultimo 2025
- 1.1.10 Toelichting op de winst- en verliesrekening over 2025
- 1.1.11 Vaststelling en goedkeuring

1.2 Overige gegevens

- 1.2.1 Statutaire regeling resultaatbestemming
- 1.2.2 Nevenvestigingen
- 1.2.3 Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

1.1.1 Balans per 31 december 2025
(na resultaatbestemming)

ACTIVA	Ref.	31-dec-25	31-dec-24
		x €	x €
A Vaste activa			
I Immateriële vaste activa	1		
1. concessies, vergunningen en intellectuele eigendom		1.599.980	2.239.972
Totaal immateriële vaste activa		<u>1.599.980</u>	<u>2.239.972</u>
II Materiële vaste activa	2		
1. bedrijfsgebouwen en -terreinen		59.421.077	62.106.102
2. machines en installaties		29.644.612	32.683.824
3. andere vaste bedrijfsmiddelen		26.998.646	28.523.527
4. vaste bedrijfsmiddelen in uitvoering en vooruitbetaald op materiële vaste activa		1.771.397	424.456
Totaal materiële vaste activa		<u>117.835.732</u>	<u>123.737.909</u>
III Financiële vaste activa	3		
1. deelnemingen in groepsmaatschappijen		1.502.660	1.180.411
2. vorderingen op groepsmaatschappijen		2.143.758	2.193.061
3. andere deelnemingen		376.720	424.475
4. vorderingen op participanten en op maatschappijen waarin wordt deelgenomen		524.000	524.000
5. overige vorderingen		277.396	336.500
Totaal financiële vaste activa		<u>4.824.534</u>	<u>4.658.447</u>
B Vlottende activa en overlopende activa			
I Voorraden	4	2.263.938	2.243.630
II Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten	5		
1. onderhanden werk		33.950.922	24.121.623
2. vooruitbetaald op voorraden		-26.564.284	-27.847.084
Totaal Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten		<u>7.386.638</u>	<u>-3.725.461</u>
III Vorderingen	6		
1. op handelsdebiteuren		17.836.563	13.920.444
4. nog te factureren omzet DBC's / DBC-zorgproducten		11.147.676	19.774.589
5. overige vorderingen		907.985	914.052
6. overlopende activa		16.892.093	16.674.896
Totaal vorderingen		<u>46.784.317</u>	<u>51.283.980</u>
IV Liquide middelen	7	17.338.083	20.496.248
Totaal activa		<u>198.033.222</u>	<u>200.934.725</u>

1.1.1 Balans per 31 december 2025
(na resultaatbestemming)

PASSIVA	Ref.	31-dec-25 x €	31-dec-24 x €
C Eigen vermogen	8		
IV <u>Wettelijke en statutaire reserve</u>			
1. Wettelijke reserve		976.711	976.711
VII <u>Overige reserves</u>		56.445.836	54.527.117
Totaal eigen vermogen		<u>57.422.547</u>	<u>55.503.828</u>
D Voorzieningen	9		
3. overige		7.545.564	6.117.076
Totaal voorzieningen		<u>7.545.564</u>	<u>6.117.076</u>
E Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar) en overlopende passiva	10		
3. schulden aan banken		68.422.821	74.601.628
Totaal langlopende schulden		<u>68.422.821</u>	<u>74.601.628</u>
F Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar) en overlopende passiva	11		
1. schulden aan banken		6.178.806	8.612.114
2. schulden aan leveranciers en handelskredieten		6.055.840	8.164.074
3. schulden aan participanten en aan maatschappijen waarin wordt deelgenomen		46.538	-70.064
4. belastingen en premies sociale verzekeringen		5.547.017	5.255.350
5. schulden ter zake van pensioenen		2.810.221	2.766.637
6. overige schulden		21.955.424	19.423.801
7. overlopende passiva		22.048.444	20.560.281
Totaal kortlopende schulden		<u>64.642.290</u>	<u>64.712.193</u>
H Totaal passiva		<u>198.033.222</u>	<u>200.934.725</u>

1.1.2 Winst- en verliesrekening over 2025

	Ref.	2025	2024
		x €	x €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
<i>Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening</i>			
Zorgverzekeringswet			227.811.824
Subsidie voor zorgverlening	15	236.722.326	1.542.104
Beschikbaarheidsbijdrage zorgfuncties		1.542.902	4.909.906
Overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening	15	5.083.949	10.445.628
		13.415.204	
		256.764.381	244.709.463
<i>Andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten</i>			
	16	3.330.460	3.301.477
Som der bedrijfsopbrengsten		260.094.842	248.010.940
BEDRIJFSLASTEN:			
Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten	17	45.307.503	38.758.036
Lonen en salarissen	18	93.073.752	91.013.860
Sociale lasten	18	15.965.676	13.900.492
Pensioenlasten	18	8.505.901	8.008.606
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	19	12.929.116,43	13.051.437
Overige bedrijfskosten	20	81.593.486	76.980.016
Som der bedrijfslasten		257.375.434	241.712.447
Bedrijfsresultaat		2.719.408	6.298.493
Opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten	21	-381.829	-497.104
Andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten	21	-52.765	-136.071
Waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren	21	-	-114.552
Rentelasten en soortgelijke kosten	21	1.235.283	1.806.154
Som der financiële baten en lasten		800.689	1.058.426
RESULTAAT VOOR BELASTING		1.918.719	5.240.067
RESULTAAT BOEKJAAR		1.918.719	5.240.067
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>			
		2025	2024
		x €	x €
Toevoeging/onttrekking:			
Algemene reserve		1.918.719	5.136.963
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed		-	103.104
Overige reserves			
		1.918.719	5.240.067

1.1.3 Kasstroomoverzicht over 2025

	Ref.	2025		2024	
		x €	x €	x €	x €
Kasstroom uit operationele activiteiten					
- Som der bedrijfsopbrengsten		260.094.842		248.010.940	
- Som der bedrijfslasten		<u>-257.375.434</u>		<u>-241.712.447</u>	
Bedrijfsresultaat			2.719.408		6.298.493
Aanpassingen voor:					
- afschrijvingen en overige waardeverminderingen	20	12.929.116		13.051.437	
- mutaties voorzieningen	9	<u>1.428.488</u>		<u>-165.088</u>	
			14.357.604		12.886.349
Veranderingen in werkkapitaal:					
- voorraden	4	-20.308		-16.064	
- mutatie onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten	5	-11.112.099		8.127.133	
- vorderingen	6	4.499.663		-4.866.872	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan banken)	11	2.363.404		6.826.695	
			<u>-4.269.340</u>		<u>10.070.892</u>
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			<u>12.807.672</u>		<u>29.255.735</u>
Ontvangen interest	22	52.765		136.071	
Betaalde interest	22	<u>-1.235.283</u>		<u>-1.806.154</u>	
			<u>-1.182.519</u>		<u>-1.670.083</u>
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten			<u>11.625.153</u>		<u>27.585.652</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten					
Investeringen materiële vaste activa	2	-5.040.006		-7.770.296	
Gereed gekomen projecten	2	3.453.063		6.175.406	
Bijboekingen op projecten	2	-4.743.283		-4.169.035	
Desinvesteringen materiële vaste activa	2	-		-	
Investeringen immateriële vaste activa	1	-		-	
Desinvesteringen immateriële vaste activa	1	-		-	
Verwervingen niet-geconsolideerde deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	3	-		-	
Vervreemdingen niet-geconsolideerde deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	3	-		-	
Ontvangen dividend		-		-	
Uitgegeven leningen u/g	3	-		-	
Aflossing leningen u/g	3	215.743		216.443	
Investeringen in overige financiële vaste activa	3	-104.476		-	
Desinvesteringen overige financiële vaste activa	3	<u>47.755</u>		<u>-</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten			<u>-6.171.204</u>		<u>-5.547.481</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten					
Nieuw opgenomen leningen	10	-		2.360.000	
Aflossing langlopende schulden	10	<u>-8.612.114</u>		<u>-9.369.867</u>	
			<u>-8.612.114</u>		<u>-7.009.867</u>
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten			<u>-8.612.114</u>		<u>-7.009.867</u>
Mutatie geldmiddelen					
			<u><u>-3.158.165</u></u>		<u><u>15.028.304</u></u>
Stand geldmiddelen per 1 januari	9		20.496.248		3.681.831
Stand geldmiddelen per 31 december	9		<u>17.338.083</u>		<u>20.496.248</u>
Mutatie geldmiddelen			<u>-3.158.165</u>		<u>16.814.416</u>

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

1.1.4.1 Algemeen

Algemene gegevens en groepsverhoudingen

Zorginstelling Stichting IJsselland Ziekenhuis is (statutair) gevestigd te Capelle aan den IJssel, op het adres Prins Constantijnweg 2, en is geregistreerd onder KvK nummer: 41128994.

De doelstelling van de zorginstelling IJsselland Ziekenhuis is het uitvoeren van activiteiten die voornamelijk bestaan uit: het bieden respectievelijk het doen van onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging aan hen die zich voor medische en daarmee samenhangende hulp tot een ziekenhuis wenden en alles dat kan worden geacht daartoe te behoren, alsmede het naar vermogen ruimte te bieden aan opleidingen en wetenschappelijk onderzoek voor zover deze verband houden met de doelstelling.

Verslaggevingsperiode

Deze jaarrekening heeft betrekking op het boekjaar 2025, dat is geëindigd op 31 december 2025.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling openbare jaarverantwoording WMG (RojW). Tevens is de jaarrekening opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van Titel 9 Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) – voor zover deze volgens de RojW van toepassing zijn – en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, in het bijzonder RJ 655 'Zorginstellingen', die zijn uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving. Daarnaast is de jaarrekening opgesteld met inachtneming van de bepalingen van en krachtens de Wet normering topinkomens (WNT).

De grondslagen die worden toegepast voor de waardering van activa en passiva en het resultaat zijn gebaseerd op historische kosten, tenzij anders vermeld in de verdere grondslagen.

Baten en lasten worden toegerekend aan het jaar waarop ze betrekking hebben. Winsten worden slechts opgenomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd. Verplichtingen en mogelijke verliezen die hun oorsprong vinden voor het einde van het verslagjaar, worden in acht genomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

Continuïteitsveronderstelling

Deze jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling. Het IJsselland Ziekenhuis baseert deze continuïteitsveronderstelling op de volgende feiten:

- Er is een goedgekeurde begroting 2026, welke voldoet aan de door de financiers gestelde normen voor diverse ratio's.
- Met alle zorgverzekeraars zijn de afspraken voor 2026 rond.
- De aan het begin van 2026 geactualiseerde liquiditeitsprognose voor de komende 18 maanden, vertoont geen risico's ten aanzien van de kasstroom.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar.

Verrekenen en salderen

- Een actief en post van het vreemd vermogen worden gesaldeerd in de jaarrekening opgenomen uitsluitend indien en voor zover
- een deugdelijke juridisch instrument beschikbaar is om het actief en de post van het vreemd vermogen gesaldeerd en simultaan af te wikkelen; en
 - het stellig voornemen bestaat om het saldo als zodanig of beide posten simultaan af te wikkelen.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Schattingswijziging

Er zijn in het jaar 2025 geen schattingswijzigingen opgetreden welke afwijken van de schattingen in de jaarrekening 2024.

Leasing

Financiële leasing

IJsselland Ziekenhuis heeft een aantal lopende leasecontracten. Hierbij worden de voor- en nadelen verbonden aan het eigendom van deze activa nagenoeg geheel door de vennootschap gedragen. Deze activa worden geactiveerd op de balans bij aanvang van het leasecontract tegen de reële waarde van het actief of de lagere contante waarde van de minimale leasetermijnen. De te betalen leasetermijnen worden op annuïtaire wijze verdeeld in een aflossings- en een rentecomponent. De leaseverplichtingen worden exclusief de rentecomponent opgenomen onder de langlopende schulden.

De rentecomponent wordt gedurende de looptijd van het contract verantwoord in de geconsolideerde winst- en verliesrekening met een vast rentepercentage over de gemiddelde resterende aflossingscomponent. De relevante activa worden afgeschreven over de resterende gebruiksduur of, indien korter, de looptijd van het contract.

Operationele leasing

De vennootschap heeft leasecontracten waarbij de voor- en nadelen die aan de eigendom verbonden zijn, niet nagenoeg geheel door de vennootschap worden gedragen. Deze leasecontracten worden verantwoord als operationele leasing. Leasebetalingen worden, rekening houdend met ontvangen vergoedingen van de lessor, op lineaire basis verwerkt in de winst-en-verliesrekening over de looptijd van het contract.

Gebruik van schattingen

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

De volgende waarderingsgrondslagen zijn naar de mening van het management het meest kritisch voor het weergeven van de financiële positie, en vereisen een aantal schattingen en veronderstellingen:

In de totstandkoming van de zorgopbrengsten worden schattingen opgenomen ten aanzien van de nog in 2026 af te ronden zorgproducten, welke gestart zijn in 2025 en daardoor behoren tot de met de zorgverzekeraars afgesloten contracten 2025. Dit kan leiden tot eventuele effecten op de overschrijding en/of onderschrijding van de contractafspraken met verzekeraars en kan effecten hebben op de hoogte van het gereedheidspercentage en daarmee de toerekening van een eventuele overschrijding / onderschrijding aan het boekjaar 2025.

Indien het voor het geven van het in artikel 2:362 lid 1 BW vereiste inzicht noodzakelijk is, wordt per onderwerp in de jaarrekening inzicht gegeven in de relevante oordelen en schattingen.

Consolidatie

Op grond van het artikel 407, vrijstelling van consolidatieplicht, van BW2 stelt Stichting IJsselland Ziekenhuis voor het jaar 2025 geen geconsolideerde jaarrekening op. Gezien de omvang van de activiteiten is Parkeerbeheer B.V. niet geconsolideerd.

Verbonden rechtspersonen

Als verbonden partij worden aangemerkt alle rechtspersonen waarover overheersende zeggenschap, gezamenlijke zeggenschap of invloed van betekenis kan worden uitgeoefend. Ook de statutaire bestuursleden, andere sleutelfunctionarissen in het management van de Stichting IJsselland Ziekenhuis en nauwe verwanten zijn verbonden partijen.

Transacties van betekenis met verbonden partijen worden toegelicht voor zover deze niet onder normale marktvoorwaarden zijn aangegaan. Hiervan wordt toegelicht de aard en de omvang van de transactie en andere informatie die nodig is voor het verschaffen van het inzicht.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft de volgende verbonden stichtingen en vennootschappen:

- Pathan B.V. statutair gevestigd te Rotterdam.
De kernactiviteit is het verlenen van pathologische diagnostiek.
- Parkeerbeheer B.V. statutair gevestigd te Capelle aan den IJssel.
De kernactiviteit is het beheren van de parkeerfaciliteiten van de stichting IJsselland Ziekenhuis
- Regioapothek B.V. statutair gevestigd te Capelle aan den IJssel.
De kernactiviteit is het verzorgen van apothekersdiensten in de regio Capelle aan den IJssel en fungeren als dienstapothek.
- ZBC DC Skoop Schiedam B.V. statutair gevestigd te Schiedam.
De kernactiviteit is het verlenen van MDL diagnostiek.
- ZBC DC Skoop Vaste Land B.V. statutair gevestigd te Rotterdam.
De kernactiviteit is het verlenen van MDL diagnostiek.
- OWM MediRisk B.A. statutair gevestigd te Utrecht.
De kernactiviteit is het verzekeren van medische aansprakelijkheid.
- Zorgservice XL B.V. statutair gevestigd te Delfgauw.
De kernactiviteit is het fungeren als beheersmaatschappij van de gezamenlijke inkooporganisatie Zorgservice XL C.V.
- Zorgservice XL C.V. statutair gevestigd te Delfgauw.
De kernactiviteit is het verzorgen van de inkoop en logistiek van een vijftal ziekenhuizen.

Financiële instrumenten

Onder financiële instrumenten worden zowel primaire financiële instrumenten (zoals vorderingen en schulden) als afgeleide financiële instrumenten (derivaten) verstaan.

In de toelichting op de onderscheiden posten van de balans wordt de reële waarde van het betreffende instrument toegelicht als die afwijkt van de boekwaarde. Indien het financiële instrument niet in de balans is opgenomen, wordt de informatie over de reële waarde gegeven in de toelichting onder punt 13.

Het IJsselland Ziekenhuis maakt geen gebruik van afgeleide financiële instrumenten.

1.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Activa en passiva worden tegen verkrijgingsprijs of vervaardigingsprijs opgenomen, tenzij anders vermeld in de verdere grondslagen. Toelichtingen op posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

Een actief wordt in de balans verwerkt wanneer het waarschijnlijk is dat de toekomstige economische voordelen naar de onderneming zullen toevloeien en het actief een kostprijs of een waarde heeft waarvan de omvang betrouwbaar kan worden vastgesteld. Activa die hier niet aan voldoen worden niet in de balans verwerkt, maar worden aangemerkt als niet in de balans opgenomen activa.

Een verplichting wordt in de balans verwerkt wanneer het waarschijnlijk is dat de afwikkeling daarvan gepaard zal gaan met een uitstroom van middelen die economische voordelen in zich bergen en de omvang van het bedrag waartegen de afwikkeling zal plaatsvinden op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld. Onder verplichtingen worden mede voorzieningen begrepen. Verplichtingen die hier niet aan voldoen worden niet in de balans opgenomen, maar worden verantwoord als niet in de balans opgenomen verplichtingen.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Een in de balans opgenomen actief of verplichting blijft op de balans opgenomen als een transactie niet leidt tot een belangrijke verandering in de economische realiteit met betrekking tot het actief of de verplichting. Dergelijke transacties geven evenmin aanleiding tot het verantwoorden van resultaten. Bij de beoordeling of er sprake is van een belangrijke verandering in de economische realiteit wordt uitgegaan van de economische voordelen en risico's die zich naar waarschijnlijk in de praktijk zullen voordoen, en niet op voordelen en risico's waarvan redelijkerwijze niet te verwachten is dat zij zich voordoen.

Een actief of verplichting wordt niet langer in de balans opgenomen indien een transactie ertoe leidt dat alle of nagenoeg alle rechten op economische voordelen en alle of nagenoeg alle risico's met betrekking tot het actief of de verplichting aan een derde zijn overgedragen. De resultaten van de transactie worden in dat geval direct in de winst-en-verliesrekening opgenomen, rekening houdend met eventuele voorzieningen die dienen te worden getroffen in samenhang met de transactie. Indien de weergave van de economische realiteit ertoe leidt dat het opnemen van activa waarvan de rechtspersoon niet het juridisch eigendom bezit, wordt dit feit vermeld.

De jaarrekening wordt gepresenteerd in euro's, wat ook de functionele valuta is van Stichting IJsselland Ziekenhuis.

Immateriële en materiële vaste activa

De immateriële en materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van cumulatieve afschrijvingen en cumulatieve bijzondere waardeverminderingen.

Onder de IMVA worden alle investeringen geactiveerd die betrekking hebben op de aanschaf van softwarelicenties en de bijbehorende implementatiekosten van de leverancier van deze software, indien het gebruik van deze software aantoonbaar leidt tot toekomstige voordelen voor de organisatie.

De afschrijvingstermijnen van immateriële en materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte economische levensduur van het vast actief.

De afschrijvingen worden berekend als een percentage over de verkrijgings- of vervaardigingsprijs volgens de lineaire methode op basis van de verwachte economische levensduur. Er wordt afgeschreven vanaf het moment van ingebruikneming. Op bedrijfsterreinen en op vaste activa in ontwikkeling en vooruitbetalingen op materiële vaste activa wordt niet afgeschreven.

De volgende afschrijvingspercentages worden hierbij gehanteerd:

- | | | |
|--|-----------|-------------------|
| • Bedrijfsgebouwen: | 2% - 5% | (20 tot 50 jaar). |
| • Machines en installaties: | 6,25% | (16 jaar). |
| • (Medische) inventaris: | 10% | (10 jaar). |
| • ICT hardware en projecten: | 20% | (5 jaar). |
| • Softwarelicenties en bijbehorende implementatiekosten: | 10% | (10 jaar) |
| • Andere bedrijfsmiddelen: | 10% - 20% | (5 tot 10 jaar). |

In de investeringen is een bedrag aan geactiveerde rente opgenomen van € 0,-. Het totaal van de geactiveerde rente bedraagt ultimo boekjaar € 0,-.

Voor zover subsidies of daaraan gelijk te stellen vergoedingen zijn ontvangen als eenmalige bijdrage in de afschrijvingskosten, zijn deze in mindering gebracht op de investeringen.

Groot onderhoud

De kosten van groot onderhoud worden verwerkt volgens de componentenbenadering. Dit houdt in dat het materieel vast actief bij de eerste verwerking in de balans opgesplitst wordt in twee of meer componenten, ieder met een eigen economische levensduur en dus afschrijvingstermijn. Bij de uitvoering van het groot onderhoud worden de kosten, indien aan de activeringscriteria is voldaan, opnieuw geactiveerd, waarna wordt afgeschreven over de geschatte termijn waarvoor het onderhoud is gepleegd. Alle overige onderhoudskosten of de resterende boekwaarde van de activa die vervangen worden, worden direct in de winst- en verliesrekening verwerkt.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Financiële vaste activa

De financiële vaste activa worden gewaardeerd tegen reële waarde en vervolgens tegen geamortiseerde kostprijs.

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

Deelnemingen waarin geen invloed van betekenis wordt uitgeoefend, worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs of lagere realiseerbare waarde. Indien sprake is van een stellig voornemen tot afstoting vindt waardering plaats tegen de eventuele lagere verwachte verkoopwaarde. Indien de onderneming een actief of een passief overdraagt aan een deelneming die wordt gewaardeerd op verkrijgingsprijs of actuele waarde, wordt de winst of het verlies voortvloeiend uit deze overdracht direct en volledig in de geconsolideerde resultatenrekening verwerkt, tenzij de winst op de overdracht in wezen niet is gerealiseerd.

De leningen aan groepsmaatschappijen worden initieel opgenomen tegen reële waarde.

De grondslagen voor overige financiële vaste activa zijn opgenomen onder het kopje Financiële Instrumenten.

Dividenden worden verantwoord in de periode waarin zij betaalbaar worden gesteld. Rentebaten worden verantwoord in de periode waartoe zij behoren, rekening houdend met de effectieve rentevoet van de desbetreffende post. Eventuele winsten of verliezen worden verantwoord onder de financiële baten en lasten.

Kapitaalbelangen die niet worden aangemerkt als deelneming worden onder de effecten gerubriceerd.

Vaste activa - bijzondere waardeverminderingen

Stichting IJsselland Ziekenhuis beoordeelt op elke balansdatum of er aanwijzingen zijn dat een vast actief aan een bijzondere waardevermindering onderhevig kan zijn. Indien dergelijke indicaties aanwezig zijn, wordt de realiseerbare waarde van het actief vastgesteld.

Van een bijzondere waardevermindering is sprake als de boekwaarde van een actief hoger is dan de realiseerbare waarde; de realiseerbare waarde is de hoogste van de opbrengstwaarde en de bedrijfswaarde. Een bijzondere waardevermindering wordt direct als verlies verwerkt in de resultatenrekening onder gelijktijdige verlaging van de boekwaarde van het betreffende actief.

De opbrengstwaarde wordt in eerste instantie ontleend aan een bindende verkoopovereenkomst; als die er niet is, wordt de opbrengstwaarde bepaald met behulp van de actieve markt waarbij normaliter de gangbare biedprijs geldt als marktprijs. De in aftrek te brengen kosten bij het bepalen van de opbrengstwaarde zijn gebaseerd op de geschatte kosten die rechtstreeks kunnen worden toegerekend aan de verkoop en nodig zijn om de verkoop te realiseren.

Voor de bepaling van de bedrijfswaarde wordt een inschatting gemaakt van toekomstige netto kasstromen bij voortgezet gebruik van het actief; vervolgens worden deze kasstromen contant gemaakt.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Indien wordt vastgesteld dat een bijzondere waardevermindering die in het verleden verantwoord is, niet meer bestaat of is afgenomen, dan wordt de toegenomen boekwaarde van de desbetreffende activa niet hoger gesteld dan de boekwaarde die bepaald zou zijn indien geen bijzondere waardevermindering voor het actief zou zijn verantwoord.

Ook voor financiële instrumenten beoordeelt de stichting op iedere balansdatum of er objectieve aanwijzingen zijn voor bijzondere waardeverminderingen van een financieel actief of een groep van financiële activa. Bij objectieve aanwijzingen voor bijzondere waardeverminderingen bepaalt de stichting de omvang van het verlies uit hoofde van de bijzondere waardevermindering, en verwerkt dit direct in de resultatenrekening.

Bij financiële activa die gewaardeerd zijn tegen geamortiseerde kostprijs wordt de omvang van de bijzondere waardevermindering bepaald als het verschil tussen de boekwaarde van het actief en de best mogelijke schatting van de toekomstige kasstromen, contant gemaakt tegen de effectieve rentevoet van het financiële actief zoals die is bepaald bij de eerste verwerking van het instrument.

Het waardeverminderingsverlies dat daarvoor opgenomen was, dient te worden teruggenomen indien de afname van de waardevermindering verband houdt met een objectieve gebeurtenis na afboeking. De terugname wordt beperkt tot maximaal het bedrag dat nodig is om het actief te waarderen op de geamortiseerde kostprijs op het moment van de terugname, als geen sprake geweest zou zijn van een bijzondere waardevermindering. Het teruggenomen verlies wordt in de resultatenrekening verwerkt.

Vervreemding van vaste activa

Voor verkoop beschikbare activa worden gewaardeerd tegen boekwaarde of lagere opbrengstwaarde.

Voorraden

Voorraden zijn gewaardeerd tegen de laatst bekende verkrijgingsprijs. Het betreffende de voorraden van medische hulpmiddelen en grondstoffen voor de operatiekamers, het laboratorium en de apotheek. Alle overige voorraden liggen bij zorgservice XL, een gezamenlijke inkooporganisatie, en worden op hun balans verantwoord. Bij de waardering wordt rekening gehouden met de incurantheid van de voorraden.

Financiële instrumenten

Financiële instrumenten omvatten handels- en overige vorderingen, geldmiddelen, leningen en overige financieringsverplichtingen, handelsschulden en overige te betalen posten.

Financiële instrumenten omvatten tevens in contracten besloten afgeleide financiële instrumenten (derivaten). Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft geen afgeleide financiële instrumenten en worden daarom niet verder beschreven.

Verstrekte leningen en overige vorderingen

Verstrekte leningen en overige vorderingen worden gewaardeerd tegen geamortiseerde kostprijs op basis van de effectieverentemethode, verminderd met bijzondere waardevermindervers verliezen.

Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten

Het onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten wordt gewaardeerd tegen de opbrengstwaarde of de vervaardigingsprijs, zijnde de afgeleide verkoopwaarde van de reeds bestede verrichtingen. De productie van het onderhanden werk is bepaald door de openstaande verrichtingen te koppelen aan de DBC's / DBC-zorgproducten die ultimo boekjaar openstonden. Op het onderhanden werk worden de voorschotten die ontvangen zijn van verzekeraars in mindering gebracht.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Vorderingen

De eerste waardering van vorderingen is tegen reële waarde, inclusief transactiekosten. De vervolwaardering van vorderingen is tegen geamortiseerde kostprijs. Een voorziening wordt getroffen op de vorderingen op grond van verwachte oninbaarheid.

Een vordering uit hoofde van financieringstekorten of een schuld uit hoofde van financieringsoverschotten is het aan het einde van het boekjaar bestaande verschil tussen de contractueel afgesproken vergoedingen voor de geleverde zorg en de prognose voor de voor dat contract totaal te declareren bedragen.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en direct opeisbare deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden. Liquide middelen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde.

Liquide middelen die naar verwachting langer dan 12 maanden niet ter beschikking staan van de onderneming, worden gerubriceerd als financiële vaste activa.

Voorzieningen (algemeen)

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan en die het gevolg zijn van een gebeurtenis uit het verleden, waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen contante waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichting en verliezen af te wikkelen. De gehanteerde disconteringsvoet is 2%. Voorgaand jaar was de disconteringsvoet tevens 2%.

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

Reorganisatievoorziening

Een reorganisatievoorziening wordt getroffen indien op balansdatum een gedetailleerd reorganisatieplan is geformaliseerd en uiterlijk op opmaakdatum van de jaarrekening de gerechtvaardigde verwachting van uitvoering van het plan heeft gewekt bij hen voor wie de reorganisatie gevolgen zal hebben. Van een gerechtvaardigde verwachting is sprake als is gestart met de uitvoering van de reorganisatie, of als de hoofdlijnen bekend zijn gemaakt aan hen voor wie de reorganisatie gevolgen zal hebben. In de reorganisatievoorziening worden de als gevolg van de reorganisatie noodzakelijke kosten opgenomen die niet in verband staan met de doorlopende activiteiten van de onderneming.

Voorziening jubileumverplichtingen

De jubileumvoorziening betreft een voorziening voor toekomstige jubileumuitkeringen. De voorziening betreft de contante waarde van de in de toekomst uit te keren jubileumuitkeringen. De berekening is gebaseerd op gedane toezeggingen, blijfkans en leeftijd. De gehanteerde disconteringsvoet bedraagt 2%.

Voorziening langdurig zieken

Voor langdurig zieken is een voorziening gevormd op basis van de contante waarde van de verwachte loonkosten in de eerste twee jaren (uitgezonderd de Long-COVID waarvoor een periode van drie jaar geldt) van de arbeidsongeschiktheid (voor medewerkers die naar verwachting niet zullen terugkeren in het arbeidsproces), voorzover deze na 31 december 2025 vallen, gebaseerd op 100 % gedurende het eerste jaar en 70 % gedurende het tweede jaar. De gehanteerde disconteringsvoet bedraagt 2%.

Voorziening persoonlijk budget levensfase (toerekening aan jaren)

De voorziening persoonlijk budget levensfase (PBL) betreft een voorziening uit hoofde van een CAO verplichting in het kader van de overgangsregeling 45+. Het persoonlijk budget levensfase kwalificeert als een beloning met opbouw van rechten. De voorziening betreft de contante waarde van de in de toekomst eenmalig uit te keren PBL-uren. De berekening is gebaseerd op de Cao-bepalingen, blijfkans, leeftijd en resterende dienstjaren tot het bereiken van de 55-jarige leeftijd. De gehanteerde disconteringsvoet bedraagt 2%.

Schulden

Onder de langlopende schulden worden schulden opgenomen met een resterende looptijd van meer dan één jaar. De kortlopende schulden hebben een verwachte looptijd van maximaal één jaar. De schulden worden bij eerste verwerking opgenomen tegen de reële waarde en vervolgens gewaardeerd tegen de geamortiseerde kostprijs. De aflossingsverplichtingen voor het komend jaar van de langlopende schulden worden opgenomen onder kortlopende schulden.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

1.1.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

Algemeen

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

Baten worden in de winst- en verliesrekening opgenomen wanneer een vermeerdering van het economisch potentieel, samenhangend met een vermeerdering van een actief of een vermindering van een verlichting, heeft plaatsgevonden, waarvan de omvang betrouwbaar kan worden vastgesteld. Lasten worden verwerkt wanneer een vermindering van het economisch potentieel, samenhangend met een vermindering van een actief of een vermeerdering van een verplichting, heeft plaatsgevonden, waarvan de omvang betrouwbaar kan worden vastgesteld.

Baten worden verantwoord in het jaar waarin de baten zijn gerealiseerd. Lasten worden in aanmerking genomen in het jaar waarin deze voorzienbaar zijn. De overige baten en lasten worden toegerekend aan de verslagperiode waarop deze betrekking hebben.

Baten (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend. In het geval van een geconstateerde fout in voorgaande boekjaren wordt fouterstel toegepast.

Opbrengsten

Opbrengsten uit het verlenen van diensten worden in de winst-en-verliesrekening verwerkt wanneer het bedrag van de opbrengsten op betrouwbare wijze kan worden bepaald, de inning van de te ontvangen vergoeding waarschijnlijk is, de mate waarin de dienstverlening op balansdatum is verricht betrouwbaar kan worden bepaald en de reeds gemaakte kosten en de kosten die (mogelijk) nog moeten worden gemaakt om de dienstverlening te voltooien op betrouwbare wijze kunnen worden bepaald.

Indien het resultaat van een bepaalde opdracht tot dienstverlening niet op betrouwbare wijze kan worden bepaald, worden de opbrengsten verwerkt tot het bedrag van de kosten van de dienstverlening die worden gedekt door de opbrengsten.

De met de opbrengsten samenhangende lasten worden toegerekend aan de periode waarin de baten zijn verantwoord.

Overheidssubsidies

Overheidssubsidies worden aanvankelijk in de balans opgenomen als vooruitontvangen baten zodra er redelijke zekerheid bestaat dat zij zullen worden ontvangen en dat de groep zal voldoen aan de daaraan verbonden voorwaarden. Subsidies ter compensatie van door de groep gemaakte kosten worden systematisch als opbrengsten in de winst-en-verliesrekening opgenomen in dezelfde periode als die waarin de kosten worden gemaakt. Subsidies ter compensatie van de groep voor de kosten van een actief worden systematisch in de winst-en-verliesrekening opgenomen gedurende de gebruiksduur van het actief. Een krediet afgesloten tegen een lagere rente dan de marktrente, wordt als schuld in de balans opgenomen waarbij waardering plaatsvindt zoals opgenomen onder Financiële instrumenten. Het verschil tussen het hogere ontvangen bedrag van het krediet en de boekwaarde bij eerste verwerking betreft het voordeel als gevolg van de lagere rente. Dit voordeel wordt verwerkt als overheidssubsidie.

Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten

Als gevolg van de invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2015 behoren de honorariumvergoedingen voor medisch specialisten tot het opbrengstbegrip van de instelling. Het Ziekenhuis maakt per jaar met de vrijgevestigd medisch specialisten afspraken over de vergoeding die zij ontvangen voor geleverde diensten. De kosten voor vrijgevestigd medisch specialisten behorend bij het jaar 2025, worden onder deze rubriek getoond.

Honorarium van specialisten in loondienst ontvangen salaris dat is opgenomen onder de personele kosten.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Personele kosten

Lonen, salarissen en sociale lasten worden op grond van de arbeidsvoorwaarden verwerkt in de resultatenrekening voorzover ze verschuldigd zijn aan werknemers respectievelijk de belastingautoriteit.

De beloningen van het personeel worden als last in de winst-en-verliesrekening verantwoord in de periode waarin de arbeidsprestatie wordt verricht en, voor zover nog niet uitbetaald, als verplichting op de balans opgenomen. Als de reeds betaalde bedragen de verschuldigde beloningen overtreffen, wordt het meerdere opgenomen als een overlopend actief voor zover er sprake zal zijn van terugbetaling door het personeel of van verrekening met toekomstige betalingen door de instelling.

Voor de beloningen met opbouw van rechten (sabbatical leave, gratificaties e.d.) worden de verwachte lasten gedurende het dienstverband in aanmerking genomen. Een verwachte vergoeding ten gevolge van gratificaties worden verantwoord indien de verplichting tot betaling van die vergoeding is ontstaan op of vóór balansdatum en een betrouwbare schatting van de verplichtingen kan worden gemaakt. Ontvangen bijdragen voortvloeiend uit levensloopregelingen worden in aanmerking genomen in de periode waarover deze bijdragen zijn verschuldigd. Toevoegingen aan en vrijval van verplichtingen worden ten laste respectievelijk ten gunste van de winst-en-verliesrekening gebracht.

Indien een beloning wordt betaald, waarbij geen rechten worden opgebouwd (bijvoorbeeld doorbetaling in geval van ziekte of arbeidsongeschiktheid) worden de verwachte lasten verantwoord in de periode waarover deze beloning is verschuldigd. Voor op balansdatum bestaande verplichtingen tot het in de toekomst doorbetalen van beloningen (inclusief ontslagvergoedingen) aan personeelsleden die op balansdatum naar verwachting blijvend geheel of gedeeltelijk niet in staat zijn om werkzaamheden te verrichten door ziekte of arbeidsongeschiktheid wordt een voorziening opgenomen. De verantwoorde verplichting betreft de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de desbetreffende verplichting op balansdatum af te wikkelen. De beste schatting is gebaseerd op contractuele afspraken met personeelsleden (CAO en individuele arbeidsovereenkomsten). Toevoegingen aan en vrijval van verplichtingen worden ten laste respectievelijk ten gunste van de winst-en-verliesrekening gebracht.

Ontslagvergoedingen

Ontslagvergoedingen zijn vergoedingen die worden toegekend in ruil voor de beëindiging van het dienstverband. Een uitkering als gevolg van ontslag wordt als verplichting en als last verwerkt als de onderneming zich aantoonbaar onvoorwaardelijk heeft verbonden tot betaling van een ontslagvergoeding. Als het ontslag onderdeel is van een reorganisatie, worden de kosten van de ontslagvergoeding opgenomen in een reorganisatievergoeding. Zie hiervoor de grondslag onder het hoofd Voorzieningen. Ontslagvergoedingen worden gewaardeerd met inachtneming van de aard van de vergoeding. Als de ontslagvergoeding een verbetering is van de beloningen na afloop van het dienstverband, vindt waardering plaats volgens dezelfde grondslagen die worden toegepast voor pensioenregelingen. Andere ontslagvergoedingen worden gewaardeerd op basis van de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichting af te wikkelen.

Pensioenen

Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat is gebaseerd op het gemiddeld verdiende loon berekend over de jaren dat de werknemer pensioen heeft opgebouwd bij Stichting IJsselland Ziekenhuis. De verplichtingen, die voortvloeien uit deze rechten van haar personeel, zijn ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. Tot en met 2025 hing de aanpassing van het pensioen vooral af van de dekkingsgraad. Per 1 januari 2026 is PFZW overgegaan naar het nieuwe pensioenstelsel, conform de Wet toekomst pensioenen. Dit betekent dat de regeling voor PFZW vanaf die datum wordt uitgevoerd als een premieregeling (persoonlijk pensioenvermogen). De opbouw vindt plaats op basis van beschikbare premie, waarbij beleggingsresultaten en risicodeling bepalend zijn voor het uiteindelijke pensioen. Er is geen sprake meer van een gegarandeerde uitkering of een vaste dekkingsgraadnorm. De dekkingsgraad van december 2025 is de laatste die is gepubliceerd en deze wordt gebruikt om het pensioeninkomen en -vermogen van de deelnemers ten tijde van de overstap naar de nieuwe regeling te berekenen. In december 2025 was de dekkingsgraad 125,7% (bron: www.pfzw.nl). In het geval van een tekort bij het PFZW heeft het IJsselland geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen anders dan het effect van de hogere toekomstige premies. In de jaarrekening worden daarom alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar verantwoord. Stichting IJsselland Ziekenhuis betaalt hiervoor premies waarvan de helft door de werkgever wordt betaald en de helft door de werknemer. De pensioenrechten worden jaarlijks geïndexeerd, indien en voor zover de dekkingsgraad van het pensioenfonds (het vermogen van het pensioenfonds gedeeld door haar financiële verplichtingen) dit toelaat. Per 1 januari 2015 gelden nieuwe regels voor pensioenfonds. Daarbij behoort ook een nieuwe berekening van de dekkingsgraad. De 'nieuwe' beleidsdekkingsgraad is het gemiddelde van de laatste twaalf dekkingsgraden. De actuele dekkingsgraad van december 2025 is 125,7%. Dit is 15,9 procentpunt hoger dan de stand van eind december 2024. Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij het pensioenfonds, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft daarom alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

Financiële baten en lasten

De financiële baten en lasten betreffen van derden en groepsmaatschappijen ontvangen (te ontvangen) en aan derden en groepsmaatschappijen betaalde (te betalen) interest. Tevens is hieronder opgenomen het aandeel van de stichting in het resultaat van de op nettovermogenswaarde gewaardeerde deelnemingen danwel ontvangen dividenden van deelnemingen waarin geen invloed van betekenis op het zakelijke en financiële beleid wordt uitgeoefend en waardeveranderingen van financiële vaste activa en effecten.

1.1.4.4 Grondslagen voor de opstelling van het kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode. De geldmiddelen in het kasstroomoverzicht bestaan uit de liquide middelen en beleggingen die zonder beperkingen en zonder materieel risico van waardeverminderingen als gevolg van de transactie kunnen worden omgezet in geldmiddelen.

Ontvangsten en uitgaven in 2025 uit hoofde van interest, ontvangen dividenden en winstbelastingen zijn opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten. Betaalde dividenden zijn opgenomen onder de kasstroom uit financieringsactiviteiten. Onder de kasstroom uit investeringsactiviteiten zijn investeringen en desinvesteringen in immateriele vaste activa en vaste activa opgenomen waarvoor in 2025 uitgaven zijn gedaan. Verstrekte leningen en aflossingen op leningen u/g zijn hier tevens in opgenomen. Onder de kasstroom uit financieringsactiviteiten zijn ontvangsten en uitgaven uit hoofde van financieringsovereenkomsten met banken opgenomen.

1.1.4.5 Grondslagen voor gebeurtenissen na balansdatum

Gebeurtenissen die nadere informatie geven over de feitelijke situatie per balansdatum en die blijken tot aan de datum van het opmaken van de jaarrekening worden verwerkt in de jaarrekening.

Gebeurtenissen die geen nadere informatie geven over de feitelijke situatie per balansdatum worden niet in de jaarrekening verwerkt. Als dergelijke gebeurtenissen van belang zijn voor de oordeelsvorming van de gebruikers van de jaarrekening, worden de aard en de geschatte financiële gevolgen ervan toegelicht in de jaarrekening.

1.1.4.6 Waarderingsgrondslagen WNT

Voor de uitvoering van de Wet normering topinkomens (WNT) heeft de instelling zich gehouden aan de wet- en regelgeving inzake de WNT, waaronder de instellings specifieke (sectorale) regels.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

ACTIVA

1. Immateriële vaste activa

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

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	2.239.972	2.879.964
Bij: investeringen	-	-
Af: afschrijvingen	639.992	639.992
Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-
Bij: terugname bijzondere waardeverminderingen	-	-
Af: terugname geheel afgeschreven activa	-	-
Af: desinvesteringen	-	-
Boekwaarde per 31 december	<u><u>1.599.980</u></u>	<u><u>2.239.972</u></u>

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de immateriële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 1.1.6.

In het boekjaar 2025 zijn er geen investeringen gedaan in immateriële vaste activa. De kosten van concessies, vergunningen en rechten van intellectuele eigendom zijn de investeringen gedaan in het ziekenhuisinformatiesysteem HIX in het jaar 2018.

2. Materiële vaste activa

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

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	123.737.909	130.385.430
Bij: investeringen	5.040.006	7.770.296
Bij: herwaarderingen	-	-
Af: afschrijvingen	12.289.124	12.411.445
Af: bijzondere waardeverminderingen	-	6.282.164
Bij: terugname bijzondere waardeverminderingen	56.721	-
Bij: bijboeking op projecten	4.743.283	4.169.035
Af: gereed gekomen projecten	3.453.063	6.175.406
Af: terugname geheel afgeschreven activa	-	-
Af: desinvesteringen	-	-
Boekwaarde per 31 december	<u><u>117.835.732</u></u>	<u><u>117.455.745</u></u>

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de materiële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 1.1.7.

In 2025 heeft het IJsselland Ziekenhuis in het kader van de renovatie diverse vervangingsinvesteringen gerealiseerd. Deze investeringen hebben hun werslag op de afschrijvingslasten.

De vaste activa zijn als zekerheid gesteld voor de langlopende schulden. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar het overzicht van de langlopende leningen in bijlage 1.1.9.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

ACTIVA

3. Financiële vaste activa

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:

	2025	2024
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	4.658.447	4.263.234
Kapitaals stortingen	-	-
Resultaat deelnemingen	214.914	611.656
Mutatie vordering i.v.m. negatief EV deelneming	107.336	-
Ontvangen dividend	-	-
Acquisities van deelnemingen	-	-
Nieuwe/vervallen consolidaties	-	-
Verstrekte leningen / verkregen effecten	-	-
Ontvangen dividend / aflossing leningen	-215.743	-216.443
(Terugname) waardeverminderingen	-47.755	-
Amortisatie (dis)agio	-	-
Boekwaarde per 31 december	4.717.198	4.658.447

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de financiële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 1.1.8. Van de vorderingen op de financiële vaste activa heeft een totaalbedrag van € 214.643,- een looptijd korter dan 1 jaar.

Toelichting op belangen in andere rechtspersonen of vennootschappen:

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Verschaft kapitaal	Kapitaalbelang (in %)	Eigen vermogen x €	Resultaat x €	
Rechtstreekse kapitaalbelangen >= 20%:						
Parkeerbeheer B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt parkeergarage IJsselland Ziekenhuis	-	100%	2025	-362.466	107.336
Regioapothek IJsselland B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt apothekersdiensten in de regio Capelle aan den IJssel	-	50%	2025	668.319	96.266
ZBC DC Skoop Vaste Land B.V.*	Verzorgen van MDL Scopiëën	-	49%	2024	1.631.145	216.835
Zorgservice XL C.V. te Pijnacker *	Gezamenlijke inkooporganisatie	-	20%	2024	280.000	-
Overige belangen:						
OWM MediRisk B.A. te Utrecht	Verzekeren van medische aansprakelijkheid	-	2%	2025	28.124.000	-47.755
Pathan B.V. te Rotterdam*	Verzorgt pathologische onderzoeken	-	17%	2024	2.601.825	-
ZBC DC Skoop Schiedam B.V.*	Verzorgen van MDL Scopiëën	-	12%	2024	402.660	9.148
Zorgservice XL B.V. te Pijnacker *	Beheersmaatschappij gezamenlijke inkooporganisatie	-	13%	2024	924.667	-

Toelichting:

Parkeerbeheer B.V (deelneming en lening):

Parkeerbeheer B.V. heeft als doel het parkeren van patiënten te faciliteren. Parkeerbeheer B.V. is 100% eigendom van Stichting IJsselland Ziekenhuis. De deelneming is gewaardeerd tegen de netto vermogenswaarde methode. Het resultaat van de deelneming is vanwege het negatieve Eigen Vermogen verwerkt als mutatie op de vordering. Parkeerbeheer B.V. heeft een langlopende lening bij Stichting IJsselland Ziekenhuis waarop jaarlijks wordt afgelost en deze vindt lineair plaats. Het positieve resultaat uit 2025 wordt tevens gesaldeerd onder "vorderingen op groeps-maatschappijen"

Regioapothek B.V.:

De Regio Apotheek is opgericht door Stichting IJsselland Ziekenhuis en 22 apothekers in de regio rondom het Ziekenhuis. De Regio Apotheek is opgericht om patiënten uit het ziekenhuis direct te bedienen op het gebied van ontslag medicatie, medicatie vanuit HAP of de SEH. De deelneming is gewaardeerd tegen de netto vermogenswaarde methode.

ZBC DC Skoop Vaste Land B.V.:

ZBC DC Skoop Vaste Land B.V. is een MDL scopie centrum gevestigd in Rotterdam. Het centrum heeft als doel het ontplooiën van bedrijfsactiviteiten in het kader van basis MDL scopiëën en is opgezet vooruitlopend op de toenemende productie binnen MDL gebied vanwege onder ander het bevolkingsonderzoek darmkankerscreening. De deelneming is gewaardeerd tegen de netto vermogenswaarde methode.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

Zorgservice XL:

Zorgservice XL is opgericht met als doel voor haar leden de inkoop en de logistiek van de goederen te verzorgen van de deelnemers. In 2013 is besloten de rechtsvorm om te zetten in een besloten vennootschap alsmede per 1 maart 2013 de commanditaire vennootschap Zorgservice XL C.V. op te richten. De deelneming Zorgservice XL B.V. is opgenomen tegen de verkrijgingsprijs. Zorgservice XL B.V. is de beherend venoot van Zorgservice XL C.V.. Het IJsselland Ziekenhuis is aandeelhouder van Zorgservice XL B.V. en commanditaire venoot van Zorgservice XL C.V..

OWM MediRisk B.A.

OWM MediRisk is een onderlinge waarborg maatschappij waarin de medische aansprakelijkheid is verzekerd waarin Stichting IJsselland Ziekenhuis een eigendomsrecht bezit. Ongeveer de helft van de algemene ziekenhuizen in Nederland zijn aangesloten bij MediRisk. Het aandelen kapitaal wordt uit voorzichtigheidsbeginsel als nihil gewaardeerd. Verder is er een garantie afgegeven onder Tier 2 voor een bedrag van € 459.699. Deze garantie is opgenomen onder 'Niet in de balans opgenomen verplichtingen en niet in de balans opgenomen activa'.

Pathan B.V.:

Dit is een onderneming welke voor 4 ziekenhuizen de pathologie onderzoeken verzorgt. In 2019 is besloten tot kapitaalvermindering van alle aandelen B van Pathan B.V. Na levering van de aandelen B is het hiermee gemoeid gaande bedrag door middel van een langlopende lening met aflossing onder voorwaarde beschikbaar gesteld aan Pathan B.V. De deelneming is gewaardeerd tegen de netto vermogenswaarde methode.

ZBC DC Skoop Schiedam B.V.:

ZBC DC Skoop Schiedam B.V. is een MDL scopie centrum gevestigd in Schiedam. Het centrum heeft als doel het ontplooi van bedrijfsactiviteiten in het kader van basis MDL scopiën en is opgezet vooruitlopend op de toenemende productie binnen MDL gebied vanwege onder ander het bevolkingsonderzoek darmkankerscreening. De deelneming is gewaardeerd tegen de netto vermogenswaarde methode.

Lening Kunstcommissie:

Het IJsselland Ziekenhuis heeft op 10 december 1991 aan de Kunststichting IJsselland een renteloze lening verstrekt voor een bedrag van € 45.378. De lening is aangegaan voor onbepaalde tijd maar is direct opeisbaar.

Lening Pathan B.V.:

Het IJsselland Ziekenhuis heeft op 10 december 2019 aan Pathan B.V. een renteloze lening verstrekt voor een bedrag van € 580.444. De lening is aangegaan voor bepaalde tijd (10 jaar) en dient op 1 december 2028 afgelost te zijn.

Lening Zorgservice XL B.V.:

In verband met de financieringsbehoefte van Zorgservice XL is in 2013 een lening verstrekt. Voor deze lening is nog geen looptijd bepaald. Het leningsbedrag dient op een nader te bepalen datum te zijn voldaan. De lening wordt afgerekend op basis van basis van het 12 maand Euribor-tarief plus 1,5%.

*) Op het moment van opstellen van de jaarrekening waren de gegevens 2025 van deze partijen nog niet gepubliceerd of bekend en daarom zijn de gegevens van het jaar 2024 verwerkt.

4. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
Algemeen Klinisch Laboratorium	577.940	317.924
OK-complex	724.368	762.889
Ziekenhuis apotheek	961.631	1.162.817
Totaal voorraden	<u>2.263.938</u>	<u>2.243.630</u>

Toelichting:

De voorraden zijn gewaardeerd tegen laatst bekende inkoopprijs.

De meeste voorraden zijn gesitueerd bij Zorgservice XL.

De voorraden bij het IJsselland Ziekenhuis betreffen de decentrale voorraden van:

- Apotheek
- OK
- Laboratorium

Na beoordeling van de voorraad blijkt geen noodzaak te bestaan een voorziening te treffen voor incurantheid.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

5. Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
1. Onderhanden werk	33.950.922	24.121.623
2. vooruitbetaald op voorraden	-26.564.284	-27.847.084
Totaal onderhanden werk	<u>7.386.638</u>	<u>-3.725.461</u>

Het onderhanden werk uit hoofde van DBC-zorgproducten wordt gewaardeerd op basis van de huidige opbrengstwaarde. Voor het bepalen van de huidige opbrengstwaarde is gebruik gemaakt van de onderhanden werk grouper. Alle zorgtrajecten zijn door de grouper geëvalueerd en voor elk traject is een zorgproduct bepaald (mits er voldoende verrichtingen zijn gekoppeld aan het traject). Door koppeling van de zorgproducten met de prijzen van de betreffende verzekeraars is de huidige opbrengstwaarde bepaald. DBC-zorgproducten met onvoldoende verrichtingen worden gewaardeerd tegen vervaardigingsprijs van de verrichtingen. In de winst-en-verliesrekening wordt de mutatie van het onderhandenwerk verwerkt. Zorgverzekeraars hebben voorschot verstrekt voor financiering van de onderhanden werk positie. Conform de regelgeving zijn de voorschotten van de zorgverzekeraars in mindering gebracht op het onderhanden werk.

ACTIVA

6. Vorderingen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
1. Vorderingen:		
Vorderingen op debiteuren	17.836.563	13.920.444
Nog te factureren omzet DBC-zorgproducten	11.147.676	19.774.589
Overige vorderingen	907.985	914.052
Nog te ontvangen uit hoofde van prestatiecontract	4.788.057	11.988.376
2. Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	5.629.374	3.430.013
Nog te ontvangen bedragen	6.474.662	1.256.506
	<u>46.784.317</u>	<u>51.283.980</u>

Toelichting:

Op de vordering op debiteuren is een voorziening voor oninbaarheid in mindering gebracht van € 434 duizend (2024: € 367 duizend).

Alle debiteuren en overige vorderingen hebben een resterende looptijd van korter dan 1 jaar.

In de post 'Nog te ontvangen uit hoofde van prestatiecontract' is de methodiek aangehouden van 2024.

ACTIVA

7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
1. Bankrekeningen	17.309.731	20.495.429
2. Kassen	-	-
3. Deposito's	28.352	819
Totaal liquide middelen	<u>17.338.083</u>	<u>20.496.248</u>

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van het IJsselland Ziekenhuis. In 2025 heeft het IJsselland 0 dagen gebruik gemaakt van het rekening courant krediet.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

PASSIVA

8. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
1. wettelijke reserve	976.711	976.711
2. Overige reserves	56.445.836	54.527.117
Totaal overige reserves		
Totaal eigen vermogen	<u>57.422.547</u>	<u>55.503.828</u>

8.1. wettelijke reserve

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-25</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-25</u>
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed	976.711	-	-	976.711
Totaal wettelijke reserve	<u>976.711</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>976.711</u>

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-24</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-24</u>
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed	873.607	103.104	-	976.711
Totaal wettelijke reserve	<u>873.607</u>	<u>103.104</u>	<u>-</u>	<u>976.711</u>

Toelichting:

In de jaarrekening is een aparte reserve gevormd voor de niet uitgekeerde resultaten van de deelnemingen waarbij het IJsselland Ziekenhuis niet de zeggenschap heeft om dit te laten uitkeren, of de financiële positie van de deelneming dat niet toelaat.

8.2. Overige reserves

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-25</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-25</u>
	x €	x €	x €	x €
Algemene reserve	54.527.117	1.918.719		56.445.836
Totaal overige reserves	<u>54.527.117</u>	<u>1.918.719</u>	<u>-</u>	<u>56.445.836</u>

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-24</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-24</u>
	x €	x €	x €	x €
Algemene reserve	49.390.154	5.136.963	-	54.527.117
Totaal overige reserves	<u>49.390.154</u>	<u>5.136.963</u>	<u>-</u>	<u>54.527.117</u>

9 Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-25</u>	<u>Dotatie</u>	<u>Onttrekking</u>	<u>Vrijval</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-25</u>
	x €	x €	x €	x €	x €
1. pensioenen					-
2. voor belastingen					-
3. overige					
3.1 Medische aansprakelijkheid Eigen Behoud	852.461	493.296	0		1.345.757
3.2 Jubilea	1.069.989	166.909	7.916		1.228.982
3.3 Langdurig zieken	800.981	87.364	0		888.345
3.4 Overgangsregeling PLB	92.566	0	0		92.566
3.5 Groot Onderhoud	0	0	0		-
3.6 Reorganisatie voorziening	1.799.089	0	0		1.799.089
3.7 Voorziening generatieregeling	1.501.990	688.834	0		2.190.824
3.8 Voorziening Computer apparatuur generatiebeleid	0	0	0		-
Totaal voorzieningen	<u>6.117.076</u>	<u>1.436.404</u>	<u>7.916</u>	<u>-</u>	<u>7.545.564</u>

Toelichting in welke mate (het totaal van) de voorzieningen als langlopend moeten worden beschouwd:

	<u>31-dec-25</u>
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	3.144.846
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	4.400.718
hiervan > 5 jaar	

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

Toelichting per categorie voorziening:

De voorziening jubilea betreft een voorziening voor toekomstige personeelsuitkeringen inclusief sociale lasten voor het bereiken van de dienstjubilea zoals in de CAO is overeengekomen. Bij de bepaling van de voorziening is rekening gehouden met gemiddelde verloopcijfers. De voorziening is met 5% geïndexeerd o.b.v., cf. CAO index. De voorziening is opgenomen tegen de geschatte contante waarde van toekomstige uitkeringen. Verdisconteringsvoet bedraagt 2%

De voorziening langdurig zieke personeelsleden dient ter dekking van personeel waarvan verwacht wordt dat deze langdurig ziek zullen blijven en waarvoor 2 jaar salaris betaald dient te worden. De voorziening is met 5% geïndexeerd o.b.v., cf. CAO index. De voorziening is opgenomen tegen de geschatte contante waarde van toekomstige uitkeringen. De disconteringsvoet bedraagt 2%

De voorziening persoonlijk levensfase budget (PLB) betreft een voorziening uit hoofde van een CAO-verplichting uit 2010. Voor werknemers die vallen onder de overgangsregeling is eenmalig een voorziening getroffen, omdat de verplichting pas ontstaat op het moment dat de medewerker op 55 jarige leeftijd nog in dienst is van het ziekenhuis. De voorziening is opgenomen tegen de geschatte waarde van toekomstige uitkeringen. Aan deze voorziening wordt nooit gedoteerd, alleen maar onttrokken. Als alle medewerkers die recht hebben op deze overgangsregeling uit dienst zijn of met pensioen, valt deze voorziening weg.

In 2023 is conform de caowijziging van 01 juli jl. een nieuwe voorziening ontstaan. Het betreft de voorziening generatieregeling. De Regeling Generatiebeleid zorgt ervoor dat oudere medewerkers minder kunnen werken en op gezonde wijze de AOW-gerechtigde leeftijd kunnen bereiken. Door de vacatureruimte die hierdoor ontstaat krijgen jongere medewerkers de kans op een arbeidsovereenkomst en wordt de doorstroom van medewerkers binnen de organisatie bevorderd.

Bij de bepaling van de voorziening is rekening gehouden met gemiddelde verloopcijfers, als ook de kans dat medewerkers gebruik gaan maken van de regeling. De voorziening is opgenomen tegen de geschatte contante waarde van toekomstige uitkeringen. De voorziening is met 5% geïndexeerd o.b.v., cf. CAO index. De voorziening is opgenomen tegen de geschatte contante waarde van toekomstige uitkeringen. De disconteringsvoet bedraagt 2%

De voorziening uitloop MAR (medische aansprakelijkheid) verzekering betreft een voorziening voor het eigen risico ten aanzien van eventueel te betalen uitloopshade vanaf het jaar 2022 bij MediRisk.

De reorganisatievoorziening:

Met de nieuwe strategie en de bijbehorende strategische projecten wil het IJsselland Ziekenhuis een slag maken om door middel van onder andere zorgvernieuwing de zorg toekomstbestendig te maken. Dit is in lijn met de maatschappelijke opdracht die in het IZA is afgesproken. Vernieuwing van zorg betekent dat op diversie onderdelen de zorg op een andere wijze geleverd zal worden dan tot nu toe. Hierdoor zullen ook sommige bestaande taken van medewerkers komen te vervallen en zullen er nieuwe taken voor terugkomen. Het IJsselland Ziekenhuis heeft als streven om alle medewerkers de gelegenheid te geven mee te gaan in deze vernieuwing, maar schat in dat dat niet voor iedereen mogelijk is. Deze medewerkers zullen geholpen worden van werk naar werk. De besluitvorming over deze veranderingen hebben plaatsgevonden in 2020, evenals de start van de verschillende strategische projecten. De verwachting is dat dit in 2026 zal leiden tot frictiekosten, welke zijn voorzien in deze reorganisatievoorziening.

Door de niet gegunde aanbesteding "laboratorium werkzaamheden t.b.v. Hielprisk screening" zal het AKL IJsselland Ziekenhuis helaas passende maatregelen moeten gaan nemen. De voorziening is voor het eerst opgenomen in 2025 en loopt 1 jaar langer door vanwege de langer durende transitie.

Naast een financieel gat bij de inkomstenbegroting zal er ook ingegrepen worden op de kosten. Aangezien een substantieel deel voor deze werkzaamheden personeelskosten betreft zal hierbij ook gekeken worden naar wat de mogelijkheden zijn om passende maatregelen te nemen. Uiteraard zal dit volledig in samenspraak gaan met de betreffende medewerkers. Op hoofdlijnen is voor de begroting 2026 een inschatting gemaakt wat het effect is van deze wijzigingen op de benodigde formatie. Voor de voorziening is op basis van die uitgangspunten uitgerekend welke transitiekosten hiermee waarschijnlijk gemoed zijn.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

PASSIVA

10 Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar) en overlopende passiva

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Stand per 1 januari	83.213.741	90.223.609
Bij: nieuwe leningen	-	2.360.000
Af: aflossingen	8.612.114	9.369.867
Stand per 31 december	<u>74.601.628</u>	<u>83.213.741</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	6.178.806	8.612.114
Stand langlopende schulden per 31 december	<u><u>68.422.821</u></u>	<u><u>74.601.628</u></u>

Toelichting in welke mate (het totaal van) de langlopende schulden als langlopend moeten worden beschouwd:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	6.178.806	8.612.114
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	68.422.821	74.601.628
hiervan > 5 jaar	48.195.448	52.414.043

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage overzicht langlopende schulden. De aflossingsverplichtingen komend boekjaar zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.

Toelichting:

De aflossingsverplichtingen voor komend jaar zijn verantwoord onder de kortlopende schulden. De reguliere aflossingen op de lening portefeuille heeft conform kredietdocumentatie plaatsgevonden. Verder zijn er in 2025 geen nieuwe leningen aangetrokken.

De verstrekte zekerheden voor de opgenomen lening bij het bank consortium: BNG en ING Bank N.V. luiden als volgt: Stichting IJsselland Ziekenhuis voldoet eind 2025 aan de bancaire convenanten welke zijn afgesproken voor de debt service coverage ratio en solvabiliteitsratio.

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage onder 1.1.9 Overzicht langlopende schulden ultimo 2025

11 Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar) en overlopende passiva

De specificatie overige schulden is als volgt:

	<u>31-dec-25</u>	<u>31-dec-24</u>
	x €	x €
1. Schulden aan kredietinstellingen	-	-
2. Schulden aan zorgverzekeraars	11.889.341	11.085.024
3. Schulden t.a.v. belastingen en premies sociale verzekeringen	5.593.555	5.185.286
4. Schulden t.a.v. pensioenen	2.810.221	2.766.637
5. Reservering vakantiegeld	3.872.207	3.844.598
6. Reservering Persoonlijk levensfase budget, vakantiedagen en JUS	18.176.238	16.715.683
7. Crediteuren	6.009.302	8.234.138
8. Schulden aan participanten en aan maatschappijen waarin wordt deelgenomen	46.538	-70.064
9. Aflossingsverplichtingen komend boekjaar langlopende leningen	6.178.806	8.612.114
10. Nog te betalen kosten	10.066.083	8.338.778
Totaal overige schulden	<u><u>64.642.290</u></u>	<u><u>64.712.193</u></u>

Toelichting:

De kredietfaciliteit in rekening-courant bij ING Bank N.V. bedraagt per 31 december 2025 10 miljoen (2024: € 10 miljoen).

De reservering Vakantiedagen / Jaaruren / PLB is op basis van de opgebouwde uren in 2025 en betreft derhalve de verplichting op balansdatum.

1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2025

Algemeen

12. Financiële instrumenten

Het IJsselland Ziekenhuis maakt geen gebruik van afgeleide financiële instrumenten.

Algemeen

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

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

Kredietrisico

Het ziekenhuis loopt kredietrisico over de opgenomen financiële activa, waaronder de handelsdebiteuren, overige vorderingen en liquide middelen. Het kredietrisico op de vorderingen uit hoofde van handelsdebiteuren is voor circa 76% geconcentreerd bij de zorgverzekeraars. Omdat zorgverzekeraars onder toezicht staan van De Nederlandsche Bank (DNB) en doorgaans een hoge kredietwaardigheid bezitten, wordt het daadwerkelijke kredietrisico op deze groep debiteuren als zeer beperkt ingeschat. Voor de overige debiteuren (zoals patiënten, debiteuren voor onverzekerde zorg en overige instellingen) wordt het kredietrisico gemitigeerd door een actief debiteurenbeheer. Voor zover vorderingen naar inschatting van de directie oninbaar blijken of dreigen te worden, is hiervoor een voorziening wegens dubieuze debiteuren gevormd die in mindering is gebracht op de vorderingen. De liquide middelen van het ziekenhuis worden uitsluitend aangehouden bij gerenommeerde Nederlandse bankinstellingen met een sterke kredietrating, waardoor het kredietrisico op deze post eveneens als minimaal wordt beschouwd.

Renterisico en kasstroomrisico

Het renterisico is beperkt tot eventuele veranderingen in de marktwaarde van opgenomen en uitgegeven leningen. Bij deze leningen is sprake van een vast rentepercentage over de gehele looptijd. De leningen worden aangehouden tot het einde van de looptijd. De instelling heeft derhalve als beleid om geen afgeleide financiële instrumenten te gebruiken om (tussentijdse) rentefluctuaties te beheersen.

Reële waarde

De reële waarde van de meeste in de balans verantwoorde financiële instrumenten, waaronder vorderingen, effecten, liquide middelen en kortlopende schulden, benadert de boekwaarde ervan.

13. Niet in de balans opgenomen verplichtingen en niet in de balans opgenomen activa

Toelichting:

Huurverplichtingen

De huurverplichting heeft betrekking op panden en bedraagt in 2026 € 494.912,- en is opgesplitst in drie overeenkomsten.

De huurverplichting van 2027 tot en met 2030 bedraagt € 762.503,33 conform de looptijd van de overeenkomsten.

De huurverplichting van 2030 tot en met 2033 bedraagt € 0,- conform de looptijd van de overeenkomsten.

De huurovereenkomsten zijn aangegaan voor een vaste periode en na afloop van deze periode worden de overeenkomsten stilzwijgend verlengd met één of vijf jaar.

Toelichting:

14. Mogelijke rechten of verplichtingen in het kader van de niet in de balans opgenomen regelingen

Verplichtingen uit hoofde van het macrobeheersinstrument

Het macrobeheersinstrument kan door de minister van VWS ingezet worden om overschrijdingen van het macrokader zorg terug te vorderen bij instellingen voor medisch specialistische zorg en bij instellingen voor curatieve geestelijke gezondheidszorg. Het macrobeheersinstrument is uitgewerkt in de Aanwijzing macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg, respectievelijk Aanwijzing Macrobeheersinstrument curatieve geestelijke gezondheidszorg. Ook voor instellingen in andere sectoren kan een Aanwijzing Macrobeheersinstrument van toepassing zijn.

Jaarlijks wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ambtshalve een mbi-omzetplafond vastgesteld. Tevens wordt door de NZa jaarlijks een omzetplafond per instelling vastgesteld, welke afhankelijk is van de realisatie van het mbi-omzetplafond van alle instellingen gezamenlijk. Deze vaststelling vindt plaats nadat door de Minister van VWS de overschrijding van het mbi-omzetplafond uiterlijk vóór 1 december van het opvolgend jaar is gecommuniceerd.

Voor 2025 is het MBI-omzetplafond 2025 door de NZa vastgesteld op €31,8 mln (prijspeil 2025). Het mbi-omzetplafond is voor 2026 door de NZa vastgesteld op € 33.144,9 miljoen (prijsniveau 2026).

Bij het opstellen van de jaarrekening 2025 bestaat nog geen inzicht in realisatie van het mbi-omzetplafond over 2025. Het IJsselland Ziekenhuis is niet in staat een betrouwbare inschatting te maken van de uit het macrobeheersinstrument voortkomende verplichting en deze te kwantificeren. Als gevolg daarvan is deze verplichting niet tot uitdrukking gebracht in de balans van Het IJsselland Ziekenhuis per 31 december 2025.

Aansprakelijkheid en garanties:

IJsselland Ziekenhuis heeft aan Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A. een garantie van € 459.698 verstrekt.

Indien MediRisk een beroep doet op deze garantie, dan dient het IJsselland Ziekenhuis (een deel van) dit bedrag als agiostorting aan MediRisk te voldoen.

De zorginstelling heeft in het kader van het WfZ-deelnemerschap een obligoverplichting richting het WfZ. Dit houdt in dat indien het eigen vermogen van het WfZ onvoldoende zou blijken om aan de garantieverplichting te voldoen en WfZ wordt aangesproken op zijn garantieverplichting een beroep kan doen op de financiële hulp van de deelnemers. Deze hulp wordt in dat geval geboden in de vorm van een renteloze lening aan het WfZ. De omvang van het obligo bedraagt maximaal 3% van de restantschuld van de geborgde leningen van de deelnemer. De omvang van dit obligo bedraagt ultimo 2025 € 1,3 miljoen.

Gebeurtenissen na balansdatum

Er hebben zich geen gebeurtenissen voorgedaan na balans datum welke nog verwerkt behoren te worden in de jaarrekening 2025 en welke zouden leiden tot een waarderingswijziging van 1 van de posten opgenomen in de balans.

1.1.6 Mutatieoverzicht immateriële vaste activa

	Kosten op- richting en uitgifte van aandelen	Kosten van ontwikkeling	Kosten van concessies, vergunningen en rechten van intellectuele eigendom	Kosten van goodwill die van derden is verkregen	Vooruitbe- talingen op immateriële activa	Totaal
	x €	x €	x €	x €	x €	x €
Stand per 1 januari 2025						
- aanschafwaarde	-	-	6.640.075	-	-	6.640.075
- cumulatieve afschrijvingen	-	-	4.400.103	-	-	4.400.103
Boekwaarde per 1 januari 2025	-	-	2.239.972	-	-	2.239.972
Mutaties in het boekjaar						
- Bij: investeringen	-	-	-	-	-	-
- Af: afschrijvingen	-	-	639.992	-	-	639.992
- Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
- Bij: terugname bijz. waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-	-	-639.992	-	-	-639.992
Stand per 31 december 2025						
- aanschafwaarde	-	-	6.640.075	-	-	6.640.075
- cumulatieve afschrijvingen	-	-	5.040.095	-	-	5.040.095
Boekwaarde per 31 december 2025	-	-	1.599.980	-	-	1.599.980

1.1.7 Mutatieoverzicht materiële vaste activa

	Bedrijfs- gebouwen en terreinen	Machines en installaties	Andere vaste bedrijfs- middelen, technische en administratieve uitrusting	Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	Totaal
	x €	x €	x €	x €	x €	x €
Stand per 1 januari 2025						
- aanschafwaarde	113.870.957	82.355.587	142.765.807	424.456	-	339.416.807
- cumulatieve herwaarderings	-	-	-	-	-	-
- cumulatieve afschrijvingen	51.764.855	49.671.763	114.242.280	-	-	215.678.898
Boekwaarde per 1 januari 2025	62.106.102	32.683.824	28.523.527	424.456	-	123.737.909
Mutaties in het boekjaar						
- Bij: investeringen niet zijnde projecten	-	-	2.330.905	-	-	2.330.905
- Bij: investeringen via projecten	161.360	267.388	2.280.354	-	-	2.709.102
- Af: herwaarderings	-	-	-	-	-	-
- Af: afschrijvingen	2.846.385	3.306.601	6.136.139	-	-	12.289.124
- Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
- Bij: terugname bijz. waardeverminderingen	-	-	-	56.721	-	56.721
- Bij: bijboeking op projecten	-	-	-	4.743.283	-	4.743.283
- Af: gereedgekomen projecten	-	-	-	3.453.063	-	3.453.063
cumulatieve afschrijvingen per saldo	-	-	-	-	-	-
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-2.685.025	-3.039.213	-1.524.881	1.346.941	-	-5.902.177
Stand per 31 december 2025						
- aanschafwaarde	114.032.317	82.622.975	147.377.065	-	-	344.032.357
- cumulatieve herwaarderings	-	-	-	-	-	-
- cumulatieve afschrijvingen	54.611.240	52.978.364	120.378.419	-	-	227.911.301
Boekwaarde per 31 december 2025	59.421.077	29.644.612	26.998.646	1.771.397	-	117.835.732

1.1.8 Mutatieoverzicht financiële vaste activa

	Deelnemingen in groeps- maatschap- pijen en verbonden partijen >20%	Vorderingen op overige verbonden maatschap- pijen <20%	Vorderingen op groeps- maatschap- pijen en verbonden partijen >20%	Vorderingen op overige verbonden maatschap- pijen <20%	Overige vorderingen	Totaal
	x €	x €	x €	x €	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari 2025	1.180.411	424.475	2.193.061	524.000	336.500	4.658.447
Kapitaals stortingen	-	-	-	-	-	-
Resultaat deelnemingen	322.249	-	-	-	-	322.249
Mutatie vordering i.v.m. negatief EV deelneming	-	-	107.336	-	-	107.336
Ontvangen dividend	-	-	-	-	-	-
Acquisities van deelnemingen	-	-	-	-	-	-
Nieuwe/vervallen consolidaties	-	-	-	-	-	-
Verstrekte leningen / verkregen effecten	-	-	-	-	-	-
Aflossing leningen	-	-	-156.639	-	-59.104	-215.743
(Terugname) waardeverminderingen	-	-47.755	-	-	-	-47.755
Amortisatie (dis)agio	-	-	-	-	-	-
Boekwaarde per 31 december 2025	<u>1.502.660</u>	<u>376.720</u>	<u>2.143.758</u>	<u>524.000</u>	<u>277.396</u>	<u>4.824.534</u>

1.1.9 Overzicht langlopende schulden ultimo 2025

Leninggever	Afsluitdatum	Hoofdsom	Totale looptijd	Soort lening	Werkelijke-rente	Restschuld 31 december 2024	Nieuwe leningen in 2025	Aflossing in 2025	Restschuld per 31 december 2025	Restschuld over 5 jaar	Resterende looptijd in jaren eind 2025	Aflossingswijze	Aflossing 2026	Gestelde zekerheden
		x €			%	x €	x €	x €	x €	x €			x €	
Ned. Waterschapsbank 1W0010439RH	1 februari 1989	9.076.000	40	Onderhands	2,710%	1.134.451	-	226.890	907.560	-	4	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Ned. Waterschapsbank 1 0028225RH	1 juli 1991	9.075.604	40	Onderhands	3,760%	1.588.231	-	226.890	1.361.340	226.890	6	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Bank Nederlandse Gemeenten	16 november 1998	6.806.703	30	Onderhands	4,790%	907.561	-	226.890	680.670	-	3	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Bank Nederlandse Gemeenten	23 december 2002	6.525.000	29	Onderhands	4,920%	1.575.000	-	225.000	1.350.000	225.000	6	Lineair	225.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	1 oktober 2009	5.000.000	20	Onderhands	4,785%	1.250.000	-	250.000	1.000.000	-	4	Lineair	250.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	14 februari 2012	2.269.000	20	Onderhands	2,990%	907.561	-	113.445	794.116	226.890	7	Lineair	113.445	Gemeentegarantie
Bank Nederlandse Gemeenten	26 juli 2013	6.000.000	30	Onderhands	3,250%	3.750.000	-	200.000	3.550.000	2.550.000	17	Lineair	200.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	3 februari 2014	4.000.000	30	Onderhands	3,450%	2.566.667	-	133.333	2.433.333	1.766.667	19	Lineair	133.333	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	16 september 2014	4.000.000	30	Onderhands	2,415%	2.633.334	-	133.333	2.500.000	1.833.334	19	Lineair	133.333	Waarborgfonds
ING Bank/BNG consortium	1 juli 2015	3.000.000	10	Onderhands	3,000%	1.860.000	-	1.860.000	-	-	0	Lineair	-	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	18 april 2016	3.000.000	30	Onderhands	1,36%	2.150.000	-	100.000	2.050.000	1.550.000	20	Lineair	100.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	16 oktober 2017	4.000.000	30	Onderhands	1,680%	3.066.667	-	133.333	2.933.333	2.266.667	22	Lineair	133.333	Waarborgfonds
ABN Amro Lease	26 oktober 2017	4.964.000	9	Onderhands	1,984%	782.627	-	624.570	158.057	-	1	Annuiteit	158.057	Verpanding
ING Bank/BNG consortium	2 juli 2018	5.000.000	25	Onderhands	2,400%	3.750.000	-	200.000	3.550.000	2.550.000	18	Lineair	200.000	Ongeborgd
ABN Amro Lease	28 januari 2019	3.099.968	9	Onderhands	2,240%	1.103.341	-	359.590	743.750	-	2	Annuiteit	359.590	Verpanding
Bank Nederlandse Gemeenten	18 februari 2019	3.000.000	25	Onderhands	1,330%	2.310.000	-	120.000	2.190.000	1.590.000	18	Lineair	120.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	26 april 2019	3.000.000	25	Onderhands	1,100%	2.340.000	-	120.000	2.220.000	1.620.000	18	Lineair	120.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	1 oktober 2019	4.000.000	25	Onderhands	0,400%	3.200.000	-	160.000	3.040.000	2.240.000	19	Lineair	160.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	2 maart 2020	6.000.000	25	Onderhands	0,470%	4.860.000	-	240.000	4.620.000	3.420.000	19	Lineair	240.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	4 mei 2020	3.000.000	25	Onderhands	1,900%	2.460.000	-	120.000	2.340.000	1.740.000	19	Lineair	120.000	Ongeborgd
ING Bank	4 mei 2020	3.000.000	25	Onderhands	2,200%	2.460.000	-	120.000	2.340.000	1.740.000	19	Lineair	120.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	1 juni 2020	8.000.000	25	Onderhands	0,470%	6.560.000	-	320.000	6.240.000	4.640.000	19	Lineair	320.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	15 juli 2020	5.000.000	25	Onderhands	0,390%	4.150.000	-	200.000	3.950.000	2.950.000	19	Lineair	200.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	29 januari 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,465%	1.275.000	-	60.000	1.215.000	915.000	20	Lineair	60.000	Ongeborgd
ING	29 januari 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,850%	1.275.000	-	60.000	1.215.000	915.000	20	Lineair	60.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	22 maart 2021	3.000.000	25	Onderhands	0,450%	2.550.000	-	120.000	2.430.000	1.830.000	20	Lineair	120.000	Waarborgfonds
ING	22 maart 2021	1.500.000	25	Onderhands	2,000%	1.290.000	-	60.000	1.230.000	930.000	20	Lineair	60.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	22 maart 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,600%	1.290.000	-	60.000	1.230.000	930.000	20	Lineair	60.000	Ongeborgd
ABN AMRO	1 juni 2021	903.375	5	Onderhands	1,350%	261.890	-	184.342	77.548	-	0	Annuiteit	77.548	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	1.865.043	6	Onderhands	1,420%	769.456	-	315.195	454.261	-	1	Annuiteit	315.195	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	81.423	7	Onderhands	1,490%	40.770	-	11.715	29.055	-	2	Annuiteit	11.715	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	1.672.048	8	Onderhands	1,650%	948.973	-	208.857	740.116	-	3	Annuiteit	208.857	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	2.482.704	9	Onderhands	1,620%	1.535.216	-	273.396	1.261.820	-	4	Annuiteit	273.396	Verpanding
Bank Nederlandse gemeente	1 juli 2021	1.500.000	25	Onderhands	0,590%	1.305.000	-	60.000	1.245.000	945.000	20	Lineair	60.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	19 oktober 2021	2.250.000	25	Onderhands	1,980%	1.980.000	-	90.000	1.890.000	1.440.000	20	Lineair	90.000	Ongeborgd
ING	19 oktober 2021	2.250.000	25	Onderhands	1,850%	1.980.000	-	90.000	1.890.000	1.440.000	20	Lineair	90.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	31 december 2021	500.000	25	Onderhands	0,515%	440.000	-	20.000	420.000	320.000	20	Lineair	20.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	31 december 2021	750.000	25	Onderhands	1,800%	660.000	-	30.000	630.000	480.000	20	Lineair	30.000	Ongeborgd
ING	31 december 2021	750.000	25	Onderhands	1,850%	660.000	-	30.000	630.000	480.000	20	Lineair	30.000	Ongeborgd
ING	1 oktober 2022	4.000.000	10	Onderhands	4,250%	3.600.000	-	200.000	3.400.000	2.400.000	6	Lineair	200.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	30 december 2022	2.000.000	12	Onderhands	2,994%	1.666.667	-	166.667	1.500.000	666.667	8	Lineair	166.667	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	17 juli 2024	1.180.000	10	Onderhands	3,820%	1.160.333	-	78.667	1.081.667	688.333	9	Lineair	78.667	Ongeborgd
ING	1 juli 2024	1.180.000	10	Onderhands	4,202%	1.160.000	-	80.000	1.080.000	680.000	9	Lineair	80.000	Ongeborgd
						83.213.741	0	8.612.114	74.601.628	48.195.448			6.178.806	

1.1.10 Toelichting op de winst- en verliesrekening over 2025

Voor zover posten uit de enkelvoudige resultatenrekening niet afwijken van de geconsolideerde resultatenrekening zijn deze hierna niet nader toegelicht en wordt verwezen naar de toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening.

BATEN

15 Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening

15.1 Zorgverzekeringswet

De baten zorgverzekeringswet zijn als volgt samengesteld:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	€	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	236.722.326	227.811.824
Totaal	<u>236.722.326</u>	<u>227.811.824</u>

Toelichting:

De omzet zorgverzekeringswet betreft de omzet van DBC zorgproducten, Overige producten en Overige trajecten welke binnen de toepassing van de zorgverzekeringswet vallen (regeling sociale verzekering voor geneeskundige zorg t.b.v. de gehele bevolking).

De toename van de opbrengsten zorgverzekeringswet komt grotendeels door de prijsindexatie van de tarieven, waarmee onder andere de stijgende kosten van de CAO gedekt worden. De toename is niet de volledige 4,45%. De toename wordt namelijk gedempt vanwege de contractafspraken in het jaar 2025

BATEN

15.2 Subsidie op grond van een regeling als bedoeld in de Kaderwet VWS-subsidies of door het Zorginstituut op grond van de Wet langdurig zorg

De baten subsidie op grond van een regeling als bedoeld in de Kaderwet VWS-subsidies of door het Zorginstituut op grond van de Wet langdurig zorg zijn als volgt samengesteld:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	€	€
Subsidie medische vervolgopleidingen	1.924.661	1.859.199
Subsidie Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	1.542.902	1.542.104
Subsidie t.b.v. IC-COVID	-	0
Overige subsidie waaronder FZO/CZO	3.159.288	3.050.708
Totaal	<u>6.626.851</u>	<u>6.452.010</u>

Toelichting:

De subsidie Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg is in 2025 nagenoeg gelijk aan 2024. Voor de overige subsidies geldt dat in 2025 sectorplanplus is vastgesteld en toegekend. De toename van de subsidie FZO komt door prijsindexatie, meer opleidingen en de overgang naar een EPA structuur.

15.3 Overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening

De overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening zijn als volgt samengesteld:			2025	2024
			€	€
2054,55	98,2	1219,1	13.415.204	10.445.628
Zorgverlening aan andere zorgaanbieders				
Totaal			<u>13.415.204</u>	<u>10.445.628</u>

Toelichting:

De omzet "Zorgverlening aan andere zorgaanbieders" bestaat uit zorgprestaties welke zijn geleverd aan andere zorginstellingen welke buiten de zorgverzekeringswet vallen.

BATEN

16. Andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten

De baten uit andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten zijn als volgt samengesteld:			2025	2024
			€	€
Huuropbrengsten inclusief servicekosten			1.527.778	1.604.358
Opbrengsten restaurant			921.970	922.993
Doorberekende kosten			604.021	607.914
Overige opbrengsten			276.691	166.213
Totaal			<u>3.330.460</u>	<u>3.301.477</u>

Toelichting:

De opbrengsten van de huur hebben betrekking op de verhuur van OK, VVT en andere samenwerkingspartners

De overige opbrengsten worden voor het grootste deel bepaald door de opbrengsten vanuit affiliatiegelden.

Doorberekende kosten hebben onder andere betrekking op de diensten die de apotheek van het IJsselland Ziekenhuis levert. De overige opbrengsten bevatten voornamelijk inkomsten uit het restaurant en de restauratieve voorziening in de hal.

LASTEN

17. Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten

<i>De kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten zijn als volgt samengesteld:</i>	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	€	€
Personeel niet in loondienst	6.015.612	5.623.828
Honorariumkosten vrijgevestigde medisch specialisten	39.291.890	33.134.207
Totaal	<u><u>45.307.503</u></u>	<u><u>38.758.036</u></u>

Toelichting:

Om de capaciteit van het ziekenhuis open te houden is er in 2025 veel inzet geweest van personeel niet in loondienst. Vooral om de vacatureruimte in te vullen. Daarnaast zijn de tarieven voor het ingehuurde personeel geïndexeerd.

De toename van de inhuur zit voornamelijk bij diverse zorgafdelingen en de afdeling HRM en D&IT.

18. Lonen, salarissen, sociale lasten en pensioenlasten

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	€	€
Lonen en salarissen	93.073.752	91.013.860
Sociale lasten	15.965.676	13.900.492
Pensioenpremies	8.505.901	8.008.606
Totaal personeelskosten	<u><u>117.545.328</u></u>	<u><u>112.922.958</u></u>

Toelichting:

De personeelskosten zijn toegenomen door stijging van het brutoloon conform de CAO.

Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:

Activiteit A	1.417	1.414
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	<u><u>1.417</u></u>	<u><u>1.414</u></u>
Aantal personeelsleden dat buiten Nederland werkzaam is	0	0

LASTEN

19. Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	639.992	639.992
- materiële vaste activa	12.289.124	12.411.445
Totaal afschrijvingen	<u>12.929.116</u>	<u>13.051.437</u>

Toelichting:

De afschrijvingen op immateriële vaste activa zijn de afschrijvingen van de in 2018 geïmplementeerde ziekenhuis informatiesysteem.

20. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Overige personeelskosten	5.709.008	5.460.944
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	6.532.509	6.154.205
Algemene kosten	17.599.111	16.880.427
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	46.196.123	44.396.613
Onderhoud en energiekosten	5.077.636	3.493.556
Huur en leasing	492.599	457.020
Dotaties en vrijval voorzieningen	-13.500	137.250
Totaal overige bedrijfskosten	<u>81.593.486</u>	<u>76.980.016</u>

Toelichting:

De mutatie in de overige bedrijfskosten wordt vooral veroorzaakt door de prijsindexatie van gemiddeld 4,45%. Overige verschillen zijn: Een 10% toename van de energiekosten. Een toename van de patientgebonden kosten vooral vanwege hogere OK productie. De kosten van de dure geneesmiddelen zijn nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar

LASTEN

21. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
Rentebaten	-52.765	-136.071
Resultaat deelnemingen	-381.829	-497.104
Subtotaal financiële baten	-434.594	-633.176
Rentelasten	1.235.283	1.806.154
Resultaat deelnemingen	0	-114.552
Subtotaal financiële lasten	1.235.283	1.691.602
Totaal financiële baten en lasten	<u>800.689</u>	<u>1.058.426</u>

Toelichting:

In 2025 verwerken we de resultaten van de deelnemingen op basis van het jaar T-1 m.u.v. de deelneming Regio Apotheek en Parkeerbeheer. Voor deze deelnemingen zijn de voorlopige cijfers 2025 verwerkt in het resultaat. Dit is gelijk aan de methodiek uit eerdere jaren. Hiermee ontstaat er meer een betrouwbaar beeld van de resultaten uit deelnemingen.

22. Honoraria accountant

De honoraria van de accountant over 2025 zijn als volgt:

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
	x €	x €
1 Controle van de jaarrekening	211.889	171.082
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	39.386	15.370
3 Fiscale advisering	0	0
4 Niet-controlediensten	7.985	31.228
Totaal honoraria accountant	<u>259.260</u>	<u>217.680</u>

Toelichting:

De kosten voor de controle van de jaarrekening betreffen de kosten voor de controle van het boekjaar 2025 en zijn toegenomen vanwege prijsindexatie.

23. Transacties met verbonden partijen

Van transacties met verbonden partijen is sprake wanneer een relatie bestaat tussen de instelling, haar deelnemingen en hun bestuurders en leidinggevende functionarissen.

Er hebben zich geen transacties met verbonden partijen voorgedaan op niet-zakelijke grondslag.

1.1.11 VASTSTELLING EN GOEDKEURING

Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur heeft de jaarrekening 2025 opgemaakt en vastgesteld in de vergadering van 11-05-2025

De raad van toezicht heeft de jaarrekening 2025 goedgekeurd in de vergadering van 19-05-2025.

Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 1.1.5

Gebeurtenissen na balansdatum

Ondertekening door bestuurders en toezichhouders

W.G.

De heer mr. A.H. van Wijk

W.G.

De heer R.P.F. Groenendijk

W.G.

De heer prof. dr. mr. J.C.M. van Sonderen

W.G.

Mevrouw drs. N.B.C. Bovee

W.G.

De heer ir. S.M.A. Rodts MBA

W.G.

De heer dr. A.B. Hooker

W.G.

Mevrouw drs. S.M.C. Kersten-Kerstens

W.G.

De heer drs. J. ten Dam MBA

Verantwoordingsmodel WNT 2025

WNT-verantwoording 2025 - IJsselland ZKH

De WNT is van toepassing op IJsselland ZKH. Het voor IJsselland ZKH toepasselijke bezoldigingsmaximum is in 2025 € 246.000,00 zijnde het bezoldigingsmaximum voor zorg en jeugdhulp, klasse V, totaalscore 13 punten.

1. Bezoldiging topfunctionarissen

1a. Leidinggevende topfunctionarissen met dienstbetrekking en leidinggevende topfunctionarissen zonder dienstbetrekking vanaf de 13e maand van de functievervulling

Leidinggevende topfunctionarissen met dienstbetrekking en leidinggevende topfunctionarissen zonder dienstbetrekking vanaf de 13e maand van de functievervulling inclusief degenen die op grond van hun voormalige functie nog 4 jaar als topfunctionaris worden aangemerkt

Gegevens 2025 bedragen x € 1	AH van Wijk	RGL Nellen	NBC Bovee
Functiegegevens	voorzitter RvB	co-bestuurder	lid RvB
Aanvang en einde functievervulling in 2025	01/01 - 31/12	01/01 - 31/12	01/01 - 31/12
Omvang dienstverband (als deeltijdfactor in fte)	1,000	0,563	1,000
Dienstbetrekking?	ja	nee	ja
Bezoldiging			
Beloning plus belastbare onkostenvergoedingen	€ 229.868	€ 138.224	€ 229.868
Beloningen betaalbaar op termijn	€ 16.132	€ -	€ 16.132
<i>Subtotaal</i>	€ 246.000	€ 138.224	€ 246.000
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 246.000	€ 138.498	€ 246.000
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Bezoldiging	€ 246.000	€ 138.224	€ 245.998
Het bedrag van de overschrijding, en de reden waarom de overschrijding al dan niet is toegestaan	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting op de vordering wegens onverschuldigde betaling	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Gegevens 2024 bedragen x € 1	AH van Wijk	RGL Nellen	NBC Bovee
Functiegegevens	voorzitter RvB	co-bestuurder	lid RvB
Aanvang en einde functievervulling in 2024	01/01 - 31/12	01/01 - 31/12	01/09 - 31/12
Omvang dienstverband (als deeltijdfactor in fte)	1,000	0,616	1,000
Dienstbetrekking?	ja	nee	ja
Bezoldiging			
Beloning plus belastbare onkostenvergoedingen	€ 216.678	€ 129.990	€ 72.226
Beloningen betaalbaar op termijn	€ 16.183	€ 0	€ 5.394
<i>Subtotaal</i>	€ 232.861	€ 129.990	€ 77.620
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 232.861	v	€ 77.667
Bezoldiging	€ 232.861	€ 129.990	€ 77.620

1c. Toezichthoudende topfunctionarissen

Gegevens 2025							
bedragen x € 1	JCM van Sonderen	RM Ritsema van Eck	SMA Rodts	HM Klomp	SMC Kersten - Kerstens	J ten Dam	AB Hooker
Funcctiegegevens	voorzitter	lid	lid	lid	lid	lid	lid
Aanvang en einde functievervulling in 2025	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	06/11 t/m 31/12	06/11 t/m 31/12
Bezoldiging							
Bezoldiging	€ 29.520	€ 19.680	€ 19.680	€ 19.680	€ 19.680	€ 3.019	€ 3.019
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 36.900	€ 24.600	€ 24.600	€ 24.600	€ 24.600	€ 3.774	€ 3.774
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Bezoldiging	€ 27.960	€ 19.680	€ 19.680	€ 19.680	€ 19.680	€ 3.019	€ 3.019
Het bedrag van de overschrijding, en de reden waarom de overschrijding al dan niet is toegestaan	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting op de vordering wegens	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Gegevens 2024							
bedragen x € 1	JCM van Sonderen	RM Ritsema van Eck	SMA Rodts	HM Klomp	SMC Kersten - Kerstens		
Funcctiegegevens	voorzitter	lid	lid	lid	lid		
Aanvang en einde functievervulling in 2024	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12		
Bezoldiging							
Bezoldiging	€ 27.960	€ 18.640	€ 18.640	€ 18.640	€ 18.640		
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 34.950	€ 23.300	€ 23.300	€ 23.300	€ 23.300		

Declaraties en Credit Card betalingen - Raad van Bestuur en co-bestuur

incl. betalingen via credit cards, welke niet altijd het karakter hebben van een declaratie van persoonlijke aard van een bestuurder

Jaar	Vaste onkosten vergoedingen	Andere onkosten vergoedingen	Binnenlandse reiskosten	Buitenlandse reiskosten	Opleidings-kosten	Representatiekosten	Overige kosten	Totaal
2018	€ 4.200	€ -	€ 4.648	€ -	€ -	€ 2.250	€ 13.758	€ 24.855
2019	€ 4.800	€ -	€ 1.111	€ -	€ 1.022	€ 2.198	€ 1.293	€ 10.423
2020	€ 4.500	€ -	€ 739	€ -	€ 1.645	€ 1.722	€ 504	€ 9.110
2021	€ 3.244	€ -	€ 377	€ -	€ -	€ -	€ 158	€ 3.779
2022	€ 2.400	€ -	€ 820	€ -	€ -	€ 1.540	€ 91	€ 4.850
2023	€ 2.500	€ -	€ 1.205	€ 3.650	€ -	€ 479	€ 87	€ 7.921
2024	€ 3.000	€ -	€ 414	€ 3.650	€ 3.875	€ 1.288	€ 87	€ 8.664
2025	€ 7.200	€ -	€ 2.055	€ 98	€ -	€ 2.499	€ 1.219	€ 13.071

1.2 OVERIGE GEGEVENS

1.2 OVERIGE GEGEVENS

1.2.1 Statutaire regeling resultaatbestemming

In de statuten is bepaald, conform artikel 4 lid 1, dat het behaalde resultaat ter vrije beschikking staat van Stichting IJsselland Ziekenhuis.

1.2.2 Nevenvestigingen

Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft geen nevenvestigingen.

1.2.3 Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

De controleverklaring van de onafhankelijke accountant is opgenomen op de volgende pagina.

**Controleverklaring van de
onafhankelijke accountant**