

ijssel land  
ziekenhuis



# Jaarverslag 2022

Mei 2023



PricewaterhouseCoopers  
Accountants N.V.  
Uitsluitend voor  
identificatiedoeleinden

## Inhoudsopgave Jaarverslag 2022 IJsselland Ziekenhuis

---

<b>Bestuursverslag 2022</b>	<b>3</b>
<hr/>	
<b>Jaarverslag 2022 raad van toezicht</b>	<b>46</b>
<hr/>	
<b>Jaarrekening 2022</b>	<b>57</b>
<hr/>	
<b>Overige gegevens</b>	<b>93</b>

ijssel land  
ziekenhuis



# Bestuursverslag 2022

Mei 2023



PricewaterhouseCoopers  
Accountants N.V.  
Uitsluitend voor  
identificatiedoeleinden

# Inhoudsopgave bestuursverslag

---

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Deel 1 – Over het IJsselland Ziekenhuis</b>	<b>7</b>
1.1 Profiel en missie .....	7
1.2 Besturingsfilosofie .....	7
1.3 Governance en medezeggenschap .....	9
1.4 Maatschappelijke verantwoordelijkheid.....	10
<hr/>	
<b>Deel 2 – Aandacht maakt iedereen beter</b>	<b>12</b>
2.1 Strategische thema ´s en projecten.....	13
2.2 Aanpak realisatie meerjarenstrategie .....	21
2.3 Randvoorwaarden.....	21
<hr/>	
<b>Deel 3 – De Ruit</b>	<b>24</b>
3.1 Patiënten & klanten .....	25
3.2 Interne processen en kwaliteit .....	25
3.3 HRM, ontwikkeling en innovatie.....	31
3.4 Financiën.....	34
3.5 Corona in het IJsselland Ziekenhuis .....	35
<hr/>	
<b>Deel 4 – De brug naar morgen</b>	<b>39</b>
4.1 Risicoparagraaf .....	39
<b>Bijlage 1 Specialismen</b> .....	<b>43</b>
<b>Bijlage 2 Nevenfuncties raad van bestuur in 2022</b> .....	<b>44</b>

## Voorwoord

---

Voor u ligt het jaarverslag 2022 van Stichting IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel. Met het jaarverslag legt het ziekenhuis naar alle belanghebbenden en naar de maatschappij verantwoording af over het beleid, de inspanningen en de prestaties over het jaar 2022.

Als ziekenhuis bevinden we ons in een tijdperk van grote veranderingen: onze patiënten veranderen; ze worden steeds ouder, hebben andere ziektebeelden en zijn mondiger. Daarnaast zijn er meer en andere zorgmedewerkers nodig om aan de toenemende zorgvraag te voldoen. Dit stelt zorgorganisaties voor complexe uitdagingen. Om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden, hebben zorginstellingen en maatschappelijke partijen in september 2022 het Integraal Zorgakkoord afgesloten. Naast deze ontwikkelingen speelt sinds maart 2020 de COVID-pandemie, die de zorg en ondersteunende diensten ook in 2022 behoorlijk heeft beïnvloed. De effecten hiervan op productie en financiën zijn er nog steeds.

Onze visie en strategie (2019-2024) zijn de leidraad als het gaat om het toekomstbestendig maken van het IJsselland Ziekenhuis. In 2022 hebben we onze strategie herijkt en is gebleken dat deze goed aansluit op de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Naast de dagelijkse zorg voor onze patiënten en klanten, werken we aan kwaliteitsverbetering, slimmer en doelmatiger werken, en regionale samenwerking. We werken aan vernieuwing van ons personeelsbeleid en brengen samen met onze strategische partners innovaties naar de patiënt. Een belangrijke succesfactor van onze strategie is onze besturingsfilosofie van gelijkgerichtheid, mede-eigenaarschap, resultaatgerichtheid en (leiderschaps-)ontwikkeling. We zien de samenwerking tussen vakgroepen, afdelingen, verpleegkundigen, management en ondersteunende diensten groeien: gezamenlijk wordt het gesprek gevoerd over ambities, uitvoering én resultaatbereiking.

Met een feestelijke opening van nieuw- en verbouw van een groot deel van het ziekenhuis, een open dag en een personeelsfeest vierden wij in 2022 het 30-jarig (+1) bestaan van het IJsselland Ziekenhuis. Na uitstel vanwege coronamaatregelen, mochten wij onze samenwerkingspartners, patiënten, medewerkers, buurtbewoners en andere geïnteresseerden uitnodigen in hún ziekenhuis om dit met ons te vieren.

Hartelijke groet,

Albert van Wijk en Ruud Nellen

raad van bestuur

Uit respect voor het milieu wordt het jaarverslag alleen digitaal aangeboden en niet gedrukt. Het is voor iedereen te raadplegen op onze website: [www.ysl.nl](http://www.ysl.nl).

**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	<a href="http://www.ysl.nl">www.ysl.nl</a>
Twitter	@ijssellandzhs
LinkedIn	<a href="https://nl.linkedin.com/company/ijsselland-ziekenhuis">https://nl.linkedin.com/company/ijsselland-ziekenhuis</a>
Facebook	<a href="https://nl-nl.facebook.com/ijssellandzhs">https://nl-nl.facebook.com/ijssellandzhs</a>
E-mailadres	<a href="mailto:communicatie@ysl.nl">communicatie@ysl.nl</a>
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 Nesseland, 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. Op het gebied van MDL bieden wij topklinische zorg. 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 een algemeen ziekenhuis, verweven met de regio en verankerd in wijk en buurt. Wij zijn er voor iedereen in onze regio. Intensief samenwerken met verschillende partners zit in ons bloed. En in alles wat we doen gaat het om u”. U leest meer over de strategie van het ziekenhuis in hoofdstuk 2 van het jaarverslag.



*Adherentiegebied IJsselland Ziekenhuis*

### 1.2 Besturingsfilosofie

Het IJsselland Ziekenhuis staat voor een maatschappelijke opdracht: het leveren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. 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) benadrukt dit des te meer. 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, In de besturingsfilosofie staat het belang van de patiënt en de professional centraal, waarbij kwaliteit en resultaatsturing de focus krijgen. 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 vindt in de besturingsfilosofie niet plaats

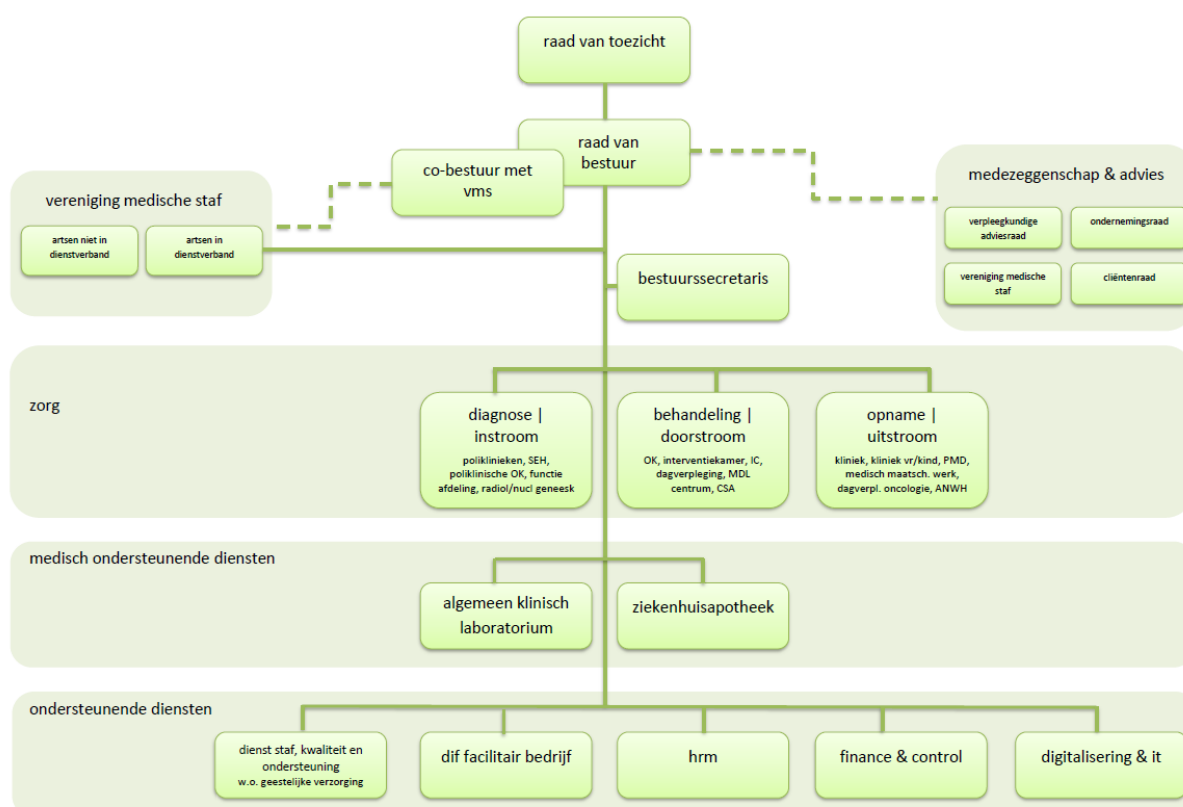
door top down sturing, maar door een organisatiebrede dialoog over persoonlijke ontwikkeling en organisatieontwikkeling, over veiligheid, vertrouwen, kwaliteit en resultaten, zodat zorgverlening en bedrijfsvoering met elkaar geïntegreerd zijn. In de afgelopen jaren zijn mede-eigenaarschap en gelijkgerichtheid 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. 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 bestuursberaad en de groeiende betrokkenheid van zorgprofessionals in vernieuwing van het werk, kwaliteit en strategische projecten zijn uitingen van de besturingsfilosofie. De verpleegkundige adviesraad professionaliseert en voegt de verpleegkundige invalshoek toe aan projecten, kwaliteit en besluitvorming. Het bestuursberaad, met daarin (zorg)managers en medisch specialisten is adviserend aan de raad van bestuur. Mede-eigenaarschap en gelijkgerichtheid tussen het 'organisatorische' en 'medische/zorginhoudelijke' domein zijn dus zichtbaar door heel de organisatie.

Zoals aangegeven worden de ervaringen met het besturingsmodel nauwgezet gevolgd. Na de pilot in 2021 vond een evaluatie plaats, gevolgd door twee evaluaties in 2022. Bovenstaand beeld wordt bevestigd in deze evaluaties. Waar in de eerste fase een cultuurverandering is bereikt op vlak van gelijkgerichtheid en mede-eigenaarschap, is het nu tijd om de strategische doelstellingen te realiseren. Ook de uitdagingen zoals benoemd in het Integraal Zorgakkoord en de afspraken met de zorgverzekeraars vragen om resultaatbereiking. Dit vraagt blijvend inspanning en samenwerking op alle niveaus in de organisatie.



## 1.2.2 Organisatiestructuur

In 2022 is het organogram van het IJsselland Ziekenhuis gewijzigd op het aspect 'zorg'. Het achterliggende doel van deze wijziging heeft zijn oorsprong in de ambitie van het programma integraal capaciteitsmanagement: "het continu verbeteren van de patiëntreis. De patiënt doorloopt op een zo doelmatig mogelijke weg het zorgpad. Dit leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt en een betere inzet van personeel, ruimte en middelen". Een van de bouwstenen voor het verbeteren van de patiëntreis is het organiseren van patiëntenzorg aan de hand van patiëntlogistiek: 'instroom', 'doorstroom' en 'uitstroom'. Het herontwerp, dat door zorgmanagement zelf is ontwikkeld, is verwerkt in het onderstaande organogram.



## 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 zijn in 2022 volledig herzien.

op basis van modellen van NVTZ en NVZD. Hierin zijn wijzigingen naar aanleiding van de Governancecode 2022 en diverse wetgeving, waaronder Wtza en WBTR, meegenomen.

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. Voor de nevenfuncties van de leden van de raad van bestuur wordt verwezen naar bijlage 2 van het jaarverslag. Het jaarverslag van de raad van toezicht bevat onder meer de beloningsgegevens en nevenfuncties van de leden van de raad van toezicht.

De samenstelling van de raad van bestuur per 31 december 2022 luidt als onderstaand:

De heer mr. A.H. van Wijk MPM – voorzitter De heer dr. R.G.L. Nellen – co-bestuurder
---

De samenstelling van de Raad van Toezicht per 31 december 2022 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 De heer prof. dr. H.J.J.M. Berden – lid Mevrouw S.M.C. Kerstens – lid Mevrouw drs. R.M. Ritsema van Eck – lid
---

### 1.3.2 Medezeggenschap

Het IJsselland Ziekenhuis kent vijf inspraak- en/of adviesorganen die verschillende belanghebbenden vertegenwoordigen:

- Bestuur Vereniging Medische Staf: vertegenwoordiging van alle medisch specialisten namens de Vereniging Medische Staf
- Ondernemingsraad: vertegenwoordiging van medewerkers
- Verpleegkundige Adviesraad: vertegenwoordiging van verpleegkundigen
- Cliëntenraad: vertegenwoordiging van patiënten
- Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (opgericht per 5 april 2022): vertegenwoordiging van de medisch specialisten in dienstverband

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 2022.

## 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 hernieuwde 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.

Om passende toekomstbestendige zorg op de juiste plaats door de juiste professional te kunnen organiseren is samenwerken met verschillende partners essentieel. Dit kan 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 Rijnmondse Ziekenhuizen (SRZ), het convenant welzijn, zorg en wonen in Capelle en Krimpen aan den IJssel, samen voor kwetsbare ouderen 010 (SVKO010) en het Bestuurlijk Platform Zorg (gemeente Rotterdam).

In Capelle 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 – Aandacht maakt iedereen beter

---

De meerjarenstrategie 2019-2024, in het ziekenhuis bekend onder het motto 'Aandacht maakt iedereen beter', speelt in op uitdagingen in onze omgeving, zoals de groeiende (complexiteit in de) zorgvraag, veranderende behoeften van patiënten, de 'juiste zorg op de juiste plek', technologische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Ook geeft de strategie het ziekenhuis een eigen identiteit: het IJsselland Ziekenhuis is patiëntgericht, werkt intensief samen met netwerkpartners en is als algemeen ziekenhuis verankerd in de regio. Het werkende principe onder onze meerjarenstrategie is mede-eigenaarschap binnen alle geledingen van de organisatie. Dit uit zich bijvoorbeeld in de gelijkgerichtheid in zowel inhoud als aansturing tussen raad van bestuur en medische staf.

De missie van het ziekenhuis bood de leidraad voor het ontwikkelen van de visie en meerjarenstrategie:

*Wij zijn een algemeen ziekenhuis, verweven met de regio en verankerd in wijk en buurt. Wij zijn er voor iedereen in onze regio. Intensief samenwerken met verschillende partners zit in ons bloed. En in alles wat we doen gaat het om u.*

In het kader van continu verbeteren is de meerjarenstrategie in 2022 getoetst op resultaatbereiking en relevante ontwikkelingen, waaronder het Integraal Zorgakkoord. Interne en externe stakeholders zijn gevraagd om te reageren op de uitkomsten hiervan. Uit deze herijking is gebleken dat onze meerjarenstrategie nog steeds aansluit bij ontwikkelingen in het zorglandschap en dat het ziekenhuis met de strategische projecten de juiste stappen zet om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden. Het Integraal Zorgakkoord onderstreept het belang dat het IJsselland Ziekenhuis inzet op regionale samenwerking in de breedste zin van het woord. Passende zorg komt immers tot stand in de regio. Wij werken samen met zorgpartners, overheid, sociaal domein, welzijn, onderwijs en andere relevante partners, zodat de zorg in onze regio kwalitatief goed én toegankelijk blijft. Wel krijgt een aantal bestaande aspecten van onze strategie extra aandacht vanaf 2023:

- Duurzaamheid
- Electieve zorg
- Zorg voor (kwetsbare) ouderen
- Digitale innovatie
- Passende zorg
- Medische servicecentra

De thema's van de meerjarenstrategie 2019-2024 zijn in onderstaande figuur in één oogopslag gevisualiseerd:



## 2.1 Strategische thema's en projecten

De meerjarenstrategie is in 2019 gepresenteerd en breed bekend gemaakt in de organisatie. Daarnaast is er een aantal centrale thema's benoemd waaraan programma's zijn gekoppeld. Deze thema's zijn verder geconcretiseerd en vertaald in meetbare doelstellingen die een leidraad zijn voor het ziekenhuis om de genoemde uitdagingen het hoofd te bieden en het realiseren van de toekomstvisie 2024.

Na de herijking is een zesde thema toegevoegd aan de meerjarenstrategie: duurzaamheid. Duurzaamheid was al een nadrukkelijk onderdeel van de strategische activiteiten van het ziekenhuis. Zo hebben we het zilveren keurmerk van de milieuthermometer zorg behaald en doen we mee met de initiatieven die stichting SRZ op het vlak van de greendeal ontplooit. Door duurzaamheid toe te voegen als thema krijgt dit een meer passende waardering. De zes thema's van de meerjarenstrategie en een aantal van de strategische projecten worden hieronder nader toegelicht. Met projecten binnen deze thema's richten we ons onder andere op optimalisatie van processen, binden, boeien en behouden van medewerkers, samenwerken met partners in ons netwerk en het creëren van de juiste randvoorwaarden (zoals het verder ontwikkelen van onze ICT-infrastructuur). Wij geloven dat we met deze thema's de juiste focus hebben om als algemeen ziekenhuis de landelijke en regionale ontwikkelingen het hoofd te bieden.



## Netwerkielkenhuis

Om invulling te geven aan de gewenste transitie van zorg uit het Hoofdlijnenakkoord (medio 2022 opgevolgd door het Integraal Zorgakkoord (IZA), positioneert het IJsselland Ziekenhuis zich nadrukkelijk als betrouwbare partner in het regionale zorgnetwerk. Het IJsselland Ziekenhuis is een belangrijke speler in het regionale netwerk. Als verbinder en aanjager en met samen met partners in het netwerk organiseren we zorg op het niveau van wijk en buurt. Door in te zetten op preventie, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional en digitale zorg vervullen wij een sleutelrol in het verbeteren van gezondheid samen met het netwerk zoals gemeenten. Met verschillende samenwerkingspartners werkt het IJsselland Ziekenhuis aan de juiste zorg op de juiste plek voor patiënten/bewoners. Zo heeft het IJsselland Ziekenhuis in 2022 het Convenant samenwerkingsverband welzijn, zorg en wonen Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel ondertekend. Een samenwerkingsverband met als doel het bevorderen van welzijn van bewoners uit regio Capelle en Krimpen aan de IJssel. Hier wordt domeinoverstijgende samenwerking gebundeld en versterken zorg, welzijn en gemeente elkaar. Drie thema's staan centraal in het samenwerkingsverband: preventie, domeinoverstijgend samenwerken en langer thuis wonen. Een ander voorbeeld van regionale samenwerking is de opening (begin januari 2023) van een afdeling van de Lelie zorggroep in het IJsselland Ziekenhuis met als doel de juiste zorg op de juiste plek te versterken. Andere initiatieven die onderzocht worden in het samenwerkingsverband met de Lelie zorggroep zijn intensieve samenwerking tussen b.v. paramedici en transferbureau. Daarnaast heeft het IJsselland Ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst getekend met het Erasmus MC. Zie onderstaand kader voor meer informatie.

Voorbeelden van strategische projecten die vallen onder het strategisch thema 'Netwerkielkenhuis'

### Partnership Erasmus MC

In de afgelopen jaren hebben het IJsselland Ziekenhuis en het Erasmus MC gewerkt aan het tot stand brengen van vergaande samenwerking. Een samenwerking met als doel een optimale patiëntreis: zorg (dichter) bij mensen thuis waar het kan en verder weg (geconcentreerd) als dit nodig is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid. Een samenwerking om onnodige en (duurdere) zorg te voorkomen in de regio. Een samenwerking die een versterkend effect heeft op de ontwikkeling van innovatieve zorgvormen/e-health en ICT-zorginfrastructuur. Een samenwerking bovendien die arbeidsproblematiek in de gezondheidszorg tegengaat door in de regio een aantrekkelijke en ambitieuze werkomgeving te creëren die professionals de mogelijkheid biedt uit te blinken - nu en in de toekomst. Gedurende deze periode is een aantal samenwerkingspilots gestart.

Na voorbereidingen op juridisch vlak, is in 2018 de melding voor de zorgconcentratietoets ingediend bij de NZa. De wijze waarop Erasmus MC en IJsselland Ziekenhuis hun partnership wilden vorm geven is uniek en kreeg dan ook grote aandacht van de toezichthouder. Op 4 februari 2020 heeft de NZa deze aanvraag onder voorwaarden goedgekeurd. Na deze goedkeuring, is datzelfde jaar de aanvraag tot goedkeuring van de concentratie bij de ACM ingediend, welke in mei 2021 is omgezet in een vergunningsaanvraag. Begin 2022 hebben de ziekenhuizen de vergunningsaanvraag ingetrokken en besloten hun strategisch partnership voor goede patiëntenzorg voort te zetten zonder een fusie aan te gaan. In deze gewijzigde vorm van samenwerking blijft optimale patiëntenzorg voorop staan: zorg op de juiste plek door de juiste professional. De ziekenhuizen hebben geconcludeerd dat de juridische vormgeving van de samenwerking te veel tijd kost en te lang duurt. Alle energie kan daardoor weer terug naar daar waar het om gaat: de optimalisatie van de patiëntenzorg. Voorbeelden van initiatieven binnen de samenwerking zijn: gynaecologische oncologie, wetenschappelijk onderzoek en radiotherapie.

### **Chronische zorg thuis monitoren**

Het strategisch project chronische zorg thuis monitoren heeft als doel het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis, zodat chronische patiënten zorg op afstand ontvangen. Met de inzet van digitale zorg willen we met dezelfde middelen meer patiënten zorg kunnen leveren, bijvoorbeeld door vrijkomende ruimte op de polikliniek te benutten voor nieuwe patiënten of door vroeg-signalering SEH-bezoek te voorkomen. Daarnaast leidt inzet van digitale zorg tot verbetering van kwaliteit van zorg, doordat patiënten en zorgverleners meer en beter inzicht krijgen in (de ontwikkeling van) het ziektebeeld en patiënten de mogelijkheid krijgen tot (meer) zelfmanagement en eigen regie.

In 2022 zijn we overgestapt op een nieuwe softwareleverancier voor Hartfalen en COPD. Deze leverancier past beter bij de huidige situatie in ons ziekenhuis.

Momenteel voeren we monitoring uit voor:

1. patiënten met hartfalen;
2. patiënten met COPD;
3. patiënten met IBD;
4. kinderen met COPD: luchtbrug;
5. zwangeren met een hoog risicoprofiel: thuis monitoring;
6. patiënten met diabetes.

De projecten hebben een vlucht gekregen; zorg op afstand en ziekenhuisbezoek voorkomen was immers wenselijk en noodzakelijk. Bijvoorbeeld voor hartfalen geldt dat we hier in 2022 220 patiënten op afstand monitoren door middel van een applicatie die de patiënt zelf invult. Patiënten en zorgprofessionals geven aan deze vorm van zorg op afstand te waarderen. Doelstelling is dan ook om komende jaren steeds meer patiënten in de nieuwe werkwijze te includeren. Daartoe worden aantallen en relevante parameters gemonitord. We merken dat er proactief nieuwe ideeën t.a.v. verplaatsen van zorg, voorkomen van (onnodige) zorg of het vervangen van (dure) zorg worden aangedragen. Een uitdaging bij deze nieuwe vorm van zorgverlening is een goede vergoeding vanuit de zorgverzekeraars.



### **Hier gaat het om u: onze patiënten**

De 9 patiëntbeloften van het ziekenhuis vormen de basis voor het verbeteren van service- en patiëntgerichtheid. We doen er alles aan om een bezoek aan het IJsselland Ziekenhuis zo zorgeloos, persoonlijk en aangenaam mogelijk te maken. Iedere patiënt is uniek en heeft eigen wensen. Door naar de patiënt te luisteren worden we iedere dag een stukje beter in ons werk. We zorgen ervoor dat alle informatie duidelijk en beschikbaar is, zodat de patiënt samen met de dokter de beste keuze kan maken over de best passende zorg. Tegelijkertijd werken we kostenbewust en geloven we dat zinnige en slim georganiseerde zorg bijdraagt aan het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Het IJsselland Ziekenhuis draagt hieraan bij door het verplaatsen van zorg naar de juiste plek, door de juiste professional, door het slim en doelmatig organiseren van processen en waar mogelijk de toepassing van digitale mogelijkheden. De strategische projecten in dit thema zorgen voor het verbeteren van informatievoorziening aan de patiënt (vooraf, tijdens en na het gesprek met de specialist) en het zo soepel en aangenaam mogelijk laten verlopen van een bezoek aan ons ziekenhuis.



Voorbeeld van een strategisch project dat valt onder het strategisch thema 'Hier gaat het om u – onze patiënten'

### **Poliproces nieuwe stijl**

In het IJsselland Ziekenhuis willen we 'de best denkbare zorg' op de juiste plaats, zo dicht mogelijk bij de patiënt. In het kader hiervan hebben we in 2022 flink veranderd. Het IJsselland Ziekenhuis heeft het poliproces zo vernieuwd dat de patiënt (die het wil) meer regie krijgt over het proces op de polikliniek. Hierbij staat voorop dat voor de patiënt dit dat niet wil of kan een niet-digitale route beschikbaar blijft. Dit betekent dat de spreekuurhouders en -ondersteuners zo uniform mogelijk de werkzaamheden gaan uitvoeren en dat zowel de patiënt als de behandelaar beter voorbereid zijn op de poli-afpraak. Veel werkprocesstappen zijn gedigitaliseerd en geautomatiseerd. Zo hebben patiënten meer inzicht in hun eigen dossier via het patiëntportaal en kan men zelf poliklinische afspraken maken en verzetten. Hiermee willen we de patiënttevredenheid verhogen, de wachttijden op de poli verbeteren en meer zorg op maat realiseren.

Daarnaast is er een nauwere samenwerking met de spreekuurhouders en spreekuurondersteuners van de poortspecialismen en met (de vertegenwoordigers van) de patiënten ontstaan. Het poliklinische werkproces is dusdanig verbeterd en nieuwe technologische ontwikkelingen dusdanig toegepast dat het poliklinisch proces (voor zowel de patiënt als de zorgverleners) patiëntgericht, efficiënter en moderner is geworden.



### **Hier gaat het om u: onze medewerkers**

Vanzelfsprekend zijn we in 2022 verder gegaan met het professionaliseren van HR-beleid en het verder vorm geven van integraal management. De basis is onze ambitie van modern werkgeverschap die heeft geleid tot het actieplan 'Binden, Boeien & Behouden'. Het doel van dit actieplan is medewerkers te behouden en nieuwe medewerkers aan het IJsselland Ziekenhuis te binden.

#### *De 9 zekerheden van ons personeelsbeleid*

- We vinden je bijzonder als je bij ons werkt;
- We gebruiken de denkkraft van onze medewerkers;
- We stimuleren een leven lang leren;
- We werken gezond & veilig;
- We werken slimmer, niet harder;
- We geven vrijheid, ruimte & vertrouwen;
- We vinden leiderschap cruciaal;
- We zijn transparant;
- We werken samen.

Voorbeelden van strategische projecten die vallen onder het strategisch thema 'Hier gaat het om u: onze medewerkers'

### **Leiderschap**

Leiderschap is cruciaal om de vastgestelde strategie 2019-2024 te realiseren en de ingezette beweging te begeleiden. In dit strategisch project is een leiderschapsprofiel uitgewerkt waarmee het voor alle leiders binnen het YSL duidelijk en helder is wat de verwachtingen op het gebied van leiderschap en gedrag zijn. Dit vormt een solide basis voor leidinggevendenden om daadwerkelijk eigenaarschap te kunnen nemen en geven. In 2021 is gestart met het leiderschapsprogramma voor teamleiders en een MD-traject voor medisch specialisten. In 2022 hebben diverse bijeenkomsten met alle leidinggevendenden en vakgroepvoorzitters van de organisatie

plaatsgevonden. In deze bijeenkomsten stonden actuele thema's centraal. Ook werden zij getraind in het voeren van ruit-gesprekken. Voor 2023 wordt een vervolg op het leiderschapsprogramma ontwikkeld. Samen met het eerdere leiderschapsprogramma vormt dit een ontwikkelcyclus.

Tevens zijn we in 2022 door gegaan met ons PIT-programma om interne talenten in beeld te krijgen. Iedere medewerker kan zich hiervoor aanmelden. De deelnemers maken een mooie ontwikkeling door en zijn enthousiast over het resultaat van het programma, zowel op het gebied van persoonlijke groei en samenwerking als op de inhoudelijke kant: de strategische opdracht die zij geformuleerd en uitgevoerd hebben. Opdrachten met zowel impact op de patiënt als de medewerker.

Het leren en ontwikkelen is gericht op alle medewerkers van de organisatie. Met en van elkaar leren, reflecteren en ook regie voeren zijn actuele thema's. Basisvaardigheden voor persoonlijk leiderschap. In 2023 worden deze verder zichtbaar in diverse programma's die samen met de afdelingen worden vormgegeven.

### **Fit@work**

Fit@Work is een meerjarenprogramma ter bevordering van de gezondheid van onze medewerkers. Het doel is duurzame inzetbaarheid en preventie. Eind 2021 zijn we gestart met de voorbereidingen om dit meerjarenprogramma op een goede wijze in te zetten in de organisatie. In de zomer van 2022 hebben we onder andere een gezondheidscheck aangeboden aan al onze medewerkers. Met de gezondheidscheck kunnen medewerkers er snel achter komen hoe gezond en vitaal zij zijn. De check bevatte naast een vragenlijst ook een thuistest waarmee persoonlijke metingen konden worden gedaan. Tevens kon de medewerker gebruik maken van een uitslaggesprek en kreeg men persoonlijke tips om daadwerkelijk met de uitslag aan te gang te gaan. Zowel zelfstandig als onder professionele begeleiding.

Ook van de andere onderdelen van het Fit@Work programma wordt veel gebruikt gemaakt. Een PiT-groep is gevraagd om mee te denken over mogelijkheden om het programma nog bekender te maken zodat er nog meer collega's aan mee gaan doen.



### **Slim en doelmatig**

De strategische projecten in dit thema leveren een bijdrage aan het efficiënter en effectiever verlopen van de processen binnen het IJsselland Ziekenhuis en verbeteren daarmee ook de kosten van de zorg.

Voorbeelden van strategische projecten die vallen onder het strategisch thema 'Slim en doelmatig'

#### **Integraal capaciteitsmanagement (ICM)**

Een van de grootste programma's om de strategische doelstellingen te behalen is integraal capaciteitsmanagement. Het ICM-programma houdt in dat de zorg optimaal wordt afgestemd op de zorgvraag van onze patiënten. We willen de patiëntreis continu verbeteren; de patiënt volgt zijn of haar zorgpad zo efficiënt mogelijk. Dit leidt tot beter ingerichte zorg voor de patiënt en een betere inzet van medewerkers, ruimte en middelen. ICM levert voordelen op ten aanzien van efficiëntie, kwaliteit en stuurbaarheid. Het programma zal bijdragen aan de volgende doelstellingen van de strategie:

- Toename van de patiënttevredenheid;
- Verlagen van de werkbelasting van medewerkers;
- Gemiddelde kosten per patiënt verlagen.

Veel projecten die zijn gestart in 2021 en 2022 hebben als doel gehad om een goed fundament neer te zetten om de capaciteit in ons ziekenhuis op integrale wijze te kunnen overzien. Onderstaand de projecten die in 2022 zijn gestart:

- Optimaal plannen personeel & modern roosteren | Betere inzet personeel
- Zorgpaden | Doelmatig zorgpad
- Transferbureau 2.0 | Verbetering uitstroom
- Optimalisatie OK planning (waaronder Kort Circuit) | Betere inzet ruimte en middelen
- Optimalisatie planning dagbehandeling | Betere inzet ruimte en middelen
- Data stuurbaarheid en inzicht | Stuurbaarheid
- Planningsoverleg (OPO en TPO) | Tactisch en operationeel integraal (bij)sturen
- Procesoptimalisatie Radiologie | Introduceren capaciteitsplanning radiologie (TPO lokaal)
- Doorstroom SEH | Toegang van spoedzorg verbeteren

ICM bestaat uit een aantal bouwstenen waarmee volwassenheid wordt gecreëerd in ons ziekenhuis op het gebied van integraal capaciteitsmanagement. Een aantal van deze bouwstenen is:

- Inzicht op capaciteit vanuit dashboards, OK-planningsdashboard, overzicht van de afdelingsbezetting, ICM-poli, OK, etc.
- Een ziekenhuis brede planningshorizon welke randvoorwaardelijk is om integraal te kunnen plannen
- Generieke integrale werkwijze, waaronder:
  - Polireglement, waarin we afspraken hebben gemaakt over planningshorizon, politijden en rasters
  - OK-reglement, waarin we afspraken hebben gemaakt over de sessiekeuzes
- Implementatie van een nieuw roostersysteem om straks de onderlinge uitwisselbaarheid te vergroten.
- ICM als lijnorganisatie. In 2022 is gestart met het aannemen van een teamleider ICM. Hiermee willen we integrale regie op planning en roostering en tactische sturing hierop een onderdeel maken van het normale werken.

Een mooi voorbeeld van waar we vandaan komen en nu staan in het creëren van onze basis is inzicht. Inzicht binnen en over de kolommen van afdelingen en specialismen heen. Bijvoorbeeld de OK-wachttijd. Nu hebben we integraal zicht op de OK-wachttijd: zicht op urgentie en de geschatte OK-duur en we plannen integraal tussen OK en klinische afdeling. We maken ook keuzes over de capaciteit vanuit dit integrale beeld. Een verbetering voor de patiënt, medewerker en de efficiëntie.

Met deze grote stap naar volwassenheid maken we in 2023 de stap om ICM ook te laten renderen. Deze eerste stap is al genomen in 2022 door het lokaal TPO radiologie te starten. Hiermee wordt ook de eerste businesscase concreet gemaakt waar het rendement van slimmer plannen inzichtelijk wordt gemaakt.

Het programma ICM had ook een belangrijke verantwoordelijkheid in capaciteitsplanning in het hier en nu. Dit hebben we tot uitvoer gebracht tijdens corona en heeft geleid tot ziekenhuis brede coronaplannen en voor het reguliere proces met de start van het TPO en OPO.

### Zorgevaluatie & gepast gebruik<sup>1</sup>

We willen dat iedereen in ons ziekenhuis de best bewezen zorg krijgt. Dat betekent dat we moeten weten welke zorg voor welke patiënt op welk moment het meest gepast is. Dit wordt gemeten binnen het programma ZE&GG. Er is een verbeterplan opgesteld met onderwerpen uit de implementatie-agenda en eigen onderwerpen.

Van de 186 onderwerpen zijn eind 2022 164 onderwerpen geheel geïmplementeerd, vier onderwerpen zijn deels geïmplementeerd en 18 onderwerpen zijn niet van toepassing. Van de volledig geïmplementeerde onderwerpen zijn er 60 onderbouwd met data van IZI. In 2022 is een start gemaakt met de dataverzameling van de 59 onderwerpen waar geen spiegelinformatie van beschikbaar is. Negen van de 59 onderwerpen is in 2022 onderbouwd met data.



### Preventie

Het IJsselland Ziekenhuis gelooft in het belang van preventie en zet hier in haar samenwerkingsverbanden al jaren op in. Een bekend voorbeeld is de opzet van griepteams (in Rotterdam Zevenkamp, Ommoord, Capelle en Krimpen aan den IJssel). In samenwerking met huisartsen, VVT en Welzijn zijn afspraken gemaakt hoe de zorg voor kwetsbare ouderen in hun omgeving kan plaatsvinden. In 2020 is regio Zevenkamp toegevoegd aan het griepteam. Naast Influenza A en B is er gesproken over COVID-19 en zijn de teams meer infectiepreventieteams geworden. Preventiemaatregelen zijn afgesproken en testmogelijkheden zijn beschikbaar. Deze testen richten zich niet alleen op influenza A en B maar ook op COVID-19.

Als patiënten goed zijn voorgelicht en worden geholpen met een gezonde leefstijl, is de kans dat ze in het ziekenhuis komen kleiner en zijn klachten mogelijk milder. Ook de COVID-19 pandemie heeft het belang van een gezonde leefstijl nadrukkelijk aangetoond. Preventie is dus actueel en past in de visie dat veel zorgverlening in de toekomst op een andere manier geleverd moet worden. Het IJsselland Ziekenhuis participeert waar kan in de preventieprojecten in de wijken. Daarnaast onderzoekt het ziekenhuis de mogelijkheden om patiënten thuis fysiek goed voor te bereiden op complexe operaties (prehabilitatie). Preventie is ook een van de centrale thema's in het eerdergenoemde domeinoverstijgende samenwerkingsverband in gemeente Capelle en Krimpen aan den IJssel.



### Duurzaamheid

Het IJsselland Ziekenhuis heeft milieu en duurzaamheid hoog op de agenda staan, niet alleen in woorden maar ook in daden. Duurzaamheid is afgelopen jaar toegevoegd als strategisch thema. Hiermee bevestigen we wat we al belangrijk vonden! Na het behalen van het zilveren keurmerk van de milieuthermometer zorg is de focus in 2022 vooral gericht geweest op het vlak van lokale initiatieven in de organisatie. Hier hebben we geholpen te ontwikkelen en implementeren. De afgelopen jaren is het ziekenhuis samen met Albron de strijd tegen voedselverspilling verder aangegaan door de inzet van een innovatief systeem. We hebben ook bespaard op water door

<sup>1</sup> Het landelijke programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG) stimuleert het implementeren van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Deze richtlijnen zijn door de Wetenschappelijke Verenigingen in samenwerking met het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vastgesteld.

tappunten aan te passen en we zijn contrastmiddelen gaan inzamelen voor recycling. Pilots voor het inzamelen en recyclen van materialen, in samenwerking met de industrie en onderzoekinstellingen, zijn voorbeelden van een positieve ontwikkeling die steeds meer zal plaats vinden. Zo is er een pilot definitief doorgevoerd waarbij staplers (een soort chirurgische nietmachines) worden ingezameld op de OK. Andere initiatieven zoals wasbare luiers voor de kinderafdeling stuiten op hygiënische en logistieke problemen en kunnen niet worden ingevoerd. Wet- en regelgeving waar een ziekenhuis aan moet voldoen maakt dit soms tot weerbarstige trajecten. Ideeën en initiatieven zoals eze komen onder andere vanuit onze Green Teams. Deze teams bestaan uit medewerkers van zowel de zorg als de ondersteunende staf die ideeën uitwerken over (duurzaamheids)vraagstukken op de werkvloer.

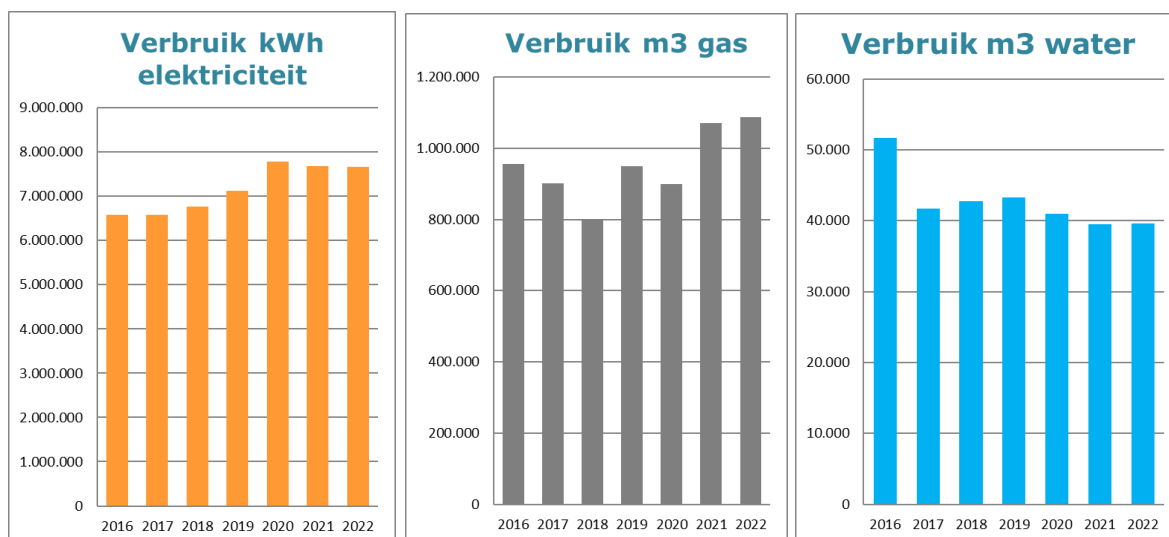
De enorme stijging van de energiekosten heeft nog meer dan anders de focus gelegd op energiebesparingsmaatregelen en dan wel die maatregelen die nagenoeg direct geeffectueerd konden worden. De temperatuur in het gehele ziekenhuis is verlaagd, bevochtiging is teruggedraaid, bedrijfstijden van installaties zoveel mogelijk beperkt en instellingen van regelingen verder geoptimaliseerd. Ook instellingen op ICT-apparatuur zijn aangepast. Voor de wat middellange termijn wordt in de nog niet gerenoveerde delen LED-verlichting toegepast.

Het YSL heeft zich gecommitteerd aan de routekaart CO2 2050 en zal in 2023 een traject gaan opstarten deze routekaart concreet te gaan vertalen in projecten. Ook hier zal een heroriëntatie noodzakelijk zijn op de maatregelen.

Het Ijsselland Ziekenhuis maakt jaarlijks een milieuraportage waarin plannen en resultaten rondom het thema duurzaamheid en energieverbruik worden beschreven. Dit milieuraport is beschikbaar op de website (na gereedmaking).

### Verbruik gas, water en elektriciteit

De onderstaande tabellen laten het verbruik van gas, water en elektriciteit van de afgelopen zes jaren zien.



## 2.2 Aanpak realisatie meerjarenstrategie

De realisatie van de meerjarenstrategie vraagt van iedereen in onze organisatie een bijdrage: alleen samen kunnen we de maatschappelijke opdracht van het ziekenhuis vervullen. Het vraagt gelijkgerichtheid binnen alle geledingen. De besturingsfilosofie zoals eerder omschreven is dan ook doorvertaald in de aanpak van de strategische projecten, waarbij eigenaarschap wordt gevraagd van zowel management als vakgroepen. Iedereen heeft zijn of haar rol bij het realiseren van de strategische doelstellingen. Aan elk strategisch project is een manager verbonden die als gedelegeerd opdrachtgever de voortgang en resultaten van het project rapporteert. De gedelegeerd opdrachtgever is tevens sparringpartner voor de projectleider, die op zijn beurt verantwoordelijk is voor het bewaken en behalen van resultaten. In aansluiting op de besturingsfilosofie, hebben de raad van bestuur en bestuur vereniging medische staf (VMS) voor ieder project dat het zorgproces raakt een medisch specialist benoemd als 'medisch sponsor'. Hij of zij is de ambassadeur van het project, zorgt voor draagvlak en medewerking van collega medisch specialisten en denkt mee als sparringpartner van de gedelegeerd opdrachtgever en projectleider op gebied van medische inhoud en kwaliteit. Een vertegenwoordiging namens de verpleegkundige adviesraad neemt sinds 2022 ook deel aan een aantal (strategische) projecten, zoals integraal capaciteitsmanagement. De projectstructuur en de besluitvorming daarbinnen zijn vormgegeven langs de lijnen van de methodiek Projectmatig Creëren. Verantwoording over de voortgang van projecten vindt plaats vanuit diverse (maand)rapportages. Een dashboard geeft zicht op de realisatie van de strategische doelstellingen: uiteindelijk worden de projecten voor die doelstellingen uitgevoerd.

Met behulp van bovenstaande structuur en aanpak zijn belangrijke stappen gezet richting het realiseren van strategische doelstellingen. Als onderdeel van de herijking van de strategie, is ook de aanpak van de realisatie van de meerjarenstrategie aangescherpt. Hiermee verkrijgen we meer samenhang, meer sturing en zicht op (financiële) resultaten en prioritering van projecten.

## 2.3 Randvoorwaarden

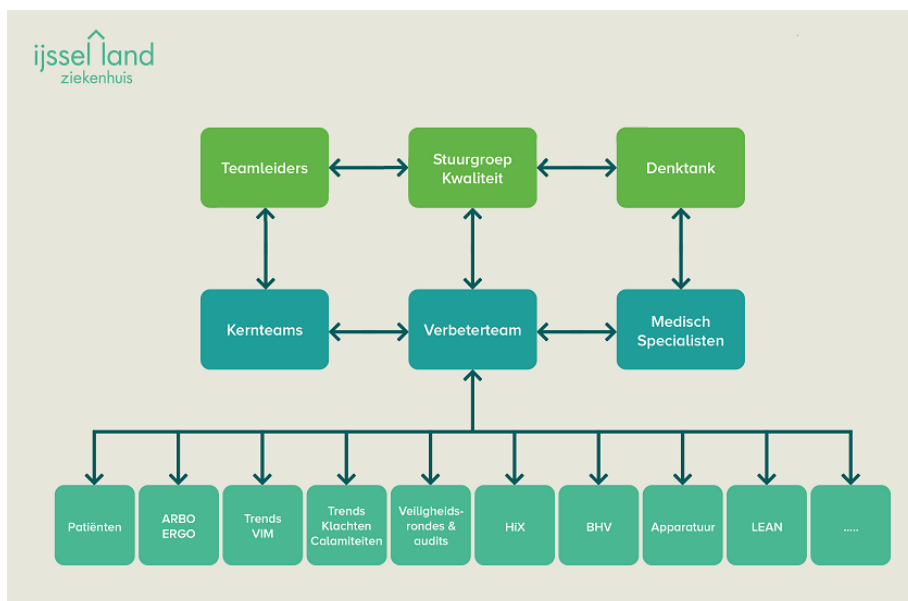
De slagingskans van een meerjarenstrategie en haar strategische doelstellingen wordt grotendeels bepaald door een aantal belangrijke randvoorwaarden.

### **Randvoorwaarde 1: Kwaliteit, veiligheid, wet- en regelgeving**

Twee van de fundamenten van het ziekenhuis (en cruciaal voor het slagen van de meerjarenstrategie) zijn kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In ons ziekenhuis willen we patiënten de best denkbare zorg bieden. Het is voor de patiënt van belang dat de kwaliteit en veiligheid geborgd worden. Daarbij moeten wij de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, innoveren in het zorgaanbod en verbeteringen doorvoeren naar aanleiding van ervaringen en klachten van patiënten. Het kwaliteitsbeleid is geënt op de visie en de strategie van het ziekenhuis. In de cultuur van de organisatie is veilig werken en continu verbeteren voor patiënt en medewerker volledig geïntegreerd. Dit zorgt voor de best denkbare zorg door goed opgeleide medewerkers en medisch specialisten waarbij intensief met elkaar wordt samengewerkt. Het strategisch kwaliteitsbeleid is voor de komende twee jaar beschreven.



Hierin staat centraal: patiëntparticipatie (samen beslissen). Waarbij we een ziekenhuis zijn dat continu wil verbeteren. De verbeterteams op de afdeling hebben een centrale rol. De zorgprofessionals nemen het voortouw als het gaat om kwaliteit en patiëntveiligheid en het continu verbeteren. Zij nemen dan ook intensief deel aan alle onderdelen, zoals hieronder weergegeven, die zijn ingericht om kwaliteit en patiëntveiligheid te waarborgen.



De kwaliteitsthema's worden vanaf 2022 bepaald in de stuurgroep kwaliteit. Deze thema's krijgen het betreffende jaar extra aandacht. De thema's worden omgezet in SMART-doelen met bijbehorende acties. In 2022 lag de focus op de volgende twaalf thema's: patiëntparticipatie, patiëntidentificatie, informatiebeveiliging, medicatieveiligheid, behandelbeperking, infectiepreventie, pijnregistratie, medische apparatuur, overdracht, veilige cultuur, senior friendly en continu verbeteren. De thema's patiëntidentificatie, informatiebeveiliging, pijnregistratie, medische apparatuur en overdracht zijn in 2022 volledig afgerond. Andere thema's lopen in 2023 door.

In 2022 is het stafbureau kwaliteit opnieuw ingericht. Alle centrale kwaliteitsadviseurs zijn onderverdeeld en gekoppeld aan teamleiders en vakgroepen met als doel de verbinding tussen de zorg en het stafbureau te vergroten.



## Randvoorwaarde 2: Productieprikkel

Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van deze strategie is het voorkomen van tegengestelde belangen tussen ziekenhuis en (vrijgevestigd) medisch specialisten. Aangezien het ziekenhuis in de strategie wil sturen op de juiste zorg op de juiste plek en wil bijdragen aan de maatschappelijke opdracht om anders zorg te leveren met dezelfde middelen, was het niet wenselijk dat omzet en inkomen dominant zouden worden bij de vraag welke zorg wij gaan leveren. Het MSB heeft vanuit gelijkgerichtheid de ambitie om de strategie van het IJsselland mede vorm te geven en uit te voeren, ook in de transitie van zorg. In deze periode (van 2020-2022) hebben MSB en IJsselland Ziekenhuis een meerjarencontract gesloten zonder productieprikkel. Deze aanneemsom bood het MSB de ruimte nog meer bij te dragen aan de resultaten van de strategie en te investeren in kwaliteit en medisch leiderschap. Deze beweging is stevig ingezet, wat ruimte biedt om op dit punt gezamenlijk een nieuw evenwicht te zoeken.

## Randvoorwaarde 3: Financiële ratio's

Een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van iedere strategie is vanzelfsprekend een financieel gezonde organisatie. Het IJsselland Ziekenhuis heeft dat gedefinieerd aan de hand van drie financiële ratio's, de DSCR, de EBITDA-ratio en de solvabiliteitsratio. Voor de DSCR en de solvabiliteitsratio heeft het IJsselland Ziekenhuis afspraken met de financiers over de minimale norm. Deze bedragen respectievelijk 1,3 en 20% voor 2022. Voor de EBITDA-ratio stuurt het IJsselland Ziekenhuis op een stijging van de ratio qua norm van 8,0% in 2022 naar 9,0% in 2024.

	2022	2021	norm
Solvabiliteit	23,7%	23,1%	20,0%
DSCR	1,41	1,62	1,30
EBITDA ratio	7,0%	8,0%	8,0%

Het IJsselland Ziekenhuis heeft in 2022 de minimum norm van de ratio's die zijn afgesproken met de financiers gehaald. Met name de EBITDA ratio blijft achter op de eigen gestelde norm van 8,0%. De oorzaak hiervan ligt voornamelijk in de realisatie van hogere kosten dan begroot, wat onder andere het gevolg is van de hoge inflatie in 2022.

Doordat de nieuwe CAO voor 2023 hoger ligt dan de compensatie die het IJsselland Ziekenhuis daarvoor krijgt, is de verwachting dat de EBITDA ratio doelstelling voor 2023 niet gehaald zal worden. Of de doelstelling in 2024 wel gehaald wordt, hangt grotendeels af van de prijsindexatie die kan worden afgesproken met de zorgverzekeraars.

## Randvoorwaarde 4: ICT

Een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van de meerjarenstrategie van het IJsselland Ziekenhuis, is een gezonde ICT-organisatie. De ICT-organisatie is verantwoordelijk voor de instandhouding van de ICT, draagt bij aan innovatie en participeert in veranderprojecten zoals de eerdergenoemde strategische projecten.

Vanwege de toenemende vraag, afhankelijkheid en complexiteit van IT, werken we aan de verdere ontwikkeling van de afdeling Digitalisering & IT tot een vanzelfsprekende, betrouwbare en betrokken partner voor het ziekenhuis. Het team ondersteunt en inspireert de slimme inzet van technologie en de bijdrage daarvan aan de realisatie van de ambities van het ziekenhuis. We werken op dit moment toe naar een robuust, up-to-date en toekomstvast IT-landschap en een gecontroleerde wijze van vernieuwing. Daarvoor is het noodzakelijk dat de ingezette verbeteringen ten aanzien van werkprocessen, nieuwe mogelijkheden en de transitie naar IAAS verder worden geprofessionaliseerd en worden aangevuld met bijkomende verantwoordelijkheden van de afdeling, zoals cyber security, life cycle management en architectuur.

Efficiëntie en effectiviteit worden gevonden in regionale en nationale samenwerkingsverbanden waar snelheid mogelijk is door de gemeenschappelijke agenda, de gezamenlijke inzet en slim hergebruik. Domeinen waar dit betrekking op heeft zijn gegevensuitwisseling, eHealth, architectuurontwikkelingen, data-gedreven werken en compliance & cyber security.

## Deel 3 – De Ruit

Het IJsselland Ziekenhuis hanteert in de planning & controlcyclus 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 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 lijnverantwoordelijke, de vakgroepvoorzitter en de business controller en wordt er een ziekenhuisbrede 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 2022 opgenomen.

Patiënten & klanten	Norm	Realisatie	Eenheid
Toegangstijd polikliniek < 4wkn	100%	39%	%
Toegangstijd behandeling < 7wkn	100%	13%	%
Aantal verwijzingen 1ste lijn	54.852	54.080	aant
Instream patiënten	93.369	88.558	aant
no shows (tijdens behandel fase)	4.423	2.153	aant
Patiënten op afstand	20	25	%
Patient tevredenheid	8,5	8,71	cijfer
Kosten per patient	-1%	8%	%

Financiën	Norm	Realisatie	Eenheid
Opbrengsten	210.538	214.636	€x1000
Netto opbrengsten	210.538	214.636	€x1000
Kosten	208.111	213.149	€x1000
Netto marge	2.427	1.487	€x1000
DSCR	1,30	1,41	ratio
Solvabiliteit	25,00	23,7	%
Liquiditeit	10,0	0,2	mln.



Interne processen & kwaliteit	Norm	Realisatie	Eenheid
Aantal consulten	299.936	271.158	aant
kostprijs per poli uur	116	123	€
aantal operaties	11.927	10.925	aant
kostprijs per operatie	1.027	1.049	€
Aantal opnames	14.577	14.255	aant
Aantal ligdagen	87.460	75.804	aant
Kostprijs per ligdag	349	402	€
Volumenormen	100	85,7	%
Verpleegkundige indicatoren	100	72	%
IGJ indicatoren	100	88	%
Aantal audits	10	>10	aant
Opvolging VIM meldingen	100	37,7	%
Aantal calamiteiten	0	0	aant

HRM, ontwikkeling en innovatie	Norm	Realisatie	Eenheid
Aantal FTE	1.361	1.366	aant
Percentage verzuim	4,50%	8,97%	%
Meldingsfrequentie	0,21	1,55	ratio
MedewerkerParticipatie	7,5	8,0	cijfer
Werkdrukbeleving	max 27	39	%
Aantal nieuwe zorgconcepten	10	3	aant

### 3.1 Patiënten & klanten

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.

Patiënten & klanten	Norm	Realisatie	Eenheid
Toegangstijd polikliniek < 4wk	100%	39%	%
Toegangstijd behandeling < 7wk	100%	13%	%
Aantal verwijzingen 1ste lijn	54.852	54.080	aant
Instroom patiënten	93.369	88.558	aant
no shows (tijdens behandel fase)	4.423	2.153	aant
Patienten op afstand	20	25	%
Patient tevredenheid	8,5	8,71	cijfer
Kosten per patient	-1%	8%	%

De toegangstijden binnen 4 weken worden niet overal gehaald. Diverse vakgroepen zijn met speciale plannen van aanpak bezig om de toegangstijden te verkorten. Het aantal verwijzingen en unieke patiënten is nog niet op orde, maar ook daarvoor zijn gerichte acties per vakgroep. We zijn ontzettend blij dat de patiënttevredenheid weer is toegenomen en de patiënten zijn vooral tevreden met het contact met de zorgverleners en het luisterend oor. En ook de informatievoorziening scoort wederom hoog. Aandachtspunten die we meenemen naar 2023 zijn voor de polikliniek de wachttijden en de kliniek zelf het afrondende ontslaggesprek. De toegenomen kosten per patiënt zijn te verklaren door verminderde instroom en de vaste (personele) kosten.

### 3.2 Interne processen en kwaliteit

Op de hoek van de ruit *interne processen & kwaliteit* sturen we op efficiency, output en kwaliteit. Een belangrijke stap in 2022 was het geredkomen van het nieuwe meerjarenkwaliteitsbeleid met daarin het kwaliteitshuis (zie hieronder). Dit beleid krijgt ook de steun van onze cliëntenraad. De basis van het 'kwaliteitshuis' bestaat uit continu verbeteren, waarbij de verbeterteams een centrale rol innemen. Kwaliteit is immers van iedereen en continu verbeteren is onderdeel van ons werk. Daarnaast is een strategische pijler een LEAN-ziekenhuis te worden, waarmee een sterk fundament wordt gelegd in het streven naar continu verbeteren van processen en het terugbrengen van administratieve lasten.

Interne processen & kwaliteit	Norm	Realisatie	Eenheid
Aantal consulten	299.936	271.158	aant
kostprijs per poli uur	116	123	€
aantal operaties	11.927	10.925	aant
kostprijs per operatie	1.027	1.049	€
Aantal opnames	14.577	14.255	aant
Aantal ligdagen	87.460	75.804	aant
Kostprijs per ligdag	349	402	€
Volumenormen	100	85,7	%
Verpleegkundige indicatoren	100	72	%
IGJ indicatoren	100	88	%
Aantal audits	10	>10	aant
Opvolging VIM meldingen	100	37,7	%
Aantal calamiteiten	0	0	aant

Het kwaliteitshuis staat in de steigers en wordt het komende jaar steeds verder ingevuld. Efficiëntie meten we door te monitoren op de kostprijs per output indicator zoals de ligdag. De output meten we door te kijken naar productieparameters zoals het aantal operaties. Tot slot meten we op deze hoek van de ruit de kwaliteit op basis van de verpleegkundige indicatoren (pijnmetingen, decubitus en ondervoeding) en de IGJ-indicatoren, zoals de onverwacht lange opnameduur en de heropnameratio.

Ziekenhuisbreed worden de QMentum Global normen gevolgd vanuit Qualicor Europe (voorheen NIAZ). Binnen het IJsselland Ziekenhuis is gekozen voor een overbruggingsaudit begin 2023 en daarna om de twee jaar 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. Deze vernieuwing van de auditvorm wordt onderdeel van het totale auditproces binnen de organisatie.

### 3.2.1 Kwaliteit en patiëntveiligheid

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

#### **Kwaliteitsrapportage**

In 2022 is er een integrale kwartaalrapportage Kwaliteit & Patiëntveiligheid opgesteld. In de rapportage worden diverse kwaliteitsonderwerpen gebundeld die afkomstig zijn uit verschillende rapportages en databronnen. De rapportage is dynamisch van aard en onderwerpen kunnen per rapportage verschillen. Bij een aantal onderwerpen is een vergelijking gemaakt met landelijk en regionale ziekenhuizen of tussen verschillende afdelingen en/of specialismen in het IJsselland Ziekenhuis. Afwijkende uitkomsten worden toegelicht en indien nodig worden het plan van aanpak en de genomen verbetermaatregelen opgenomen in de rapportage.

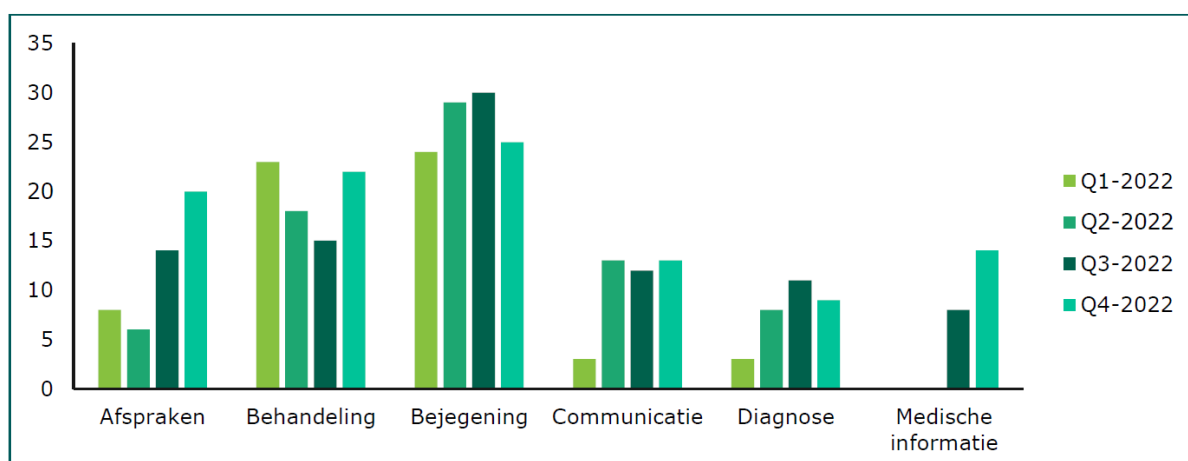
#### **Analyses kwaliteitsindicatoren**

In het ziekenhuis worden analyses verricht op de kwaliteit van zorg. Het evalueren en monitoren van de metingen/uitkomstindicatoren staat hierin centraal. Het doel is de kwaliteit en de doelmatigheid binnen het ziekenhuis te verbeteren. De kwaliteitsindicatoren worden beschouwd als waardevolle stimulans voor het kwaliteitsbeleid. In 2022 is het realtime kwaliteitsdashboard ontwikkeld. Voor iedere indicator is één verantwoordelijke aangesteld. Diegene is verantwoordelijke voor de procesverbetering. Met deze informatie kunnen wij de dialoog voeren over een gezamenlijk beeld van kwaliteit van zorg en de verbetering en de borging daarvan in een kwaliteitscyclus. Naast deze kwaliteitsindicatoren worden gegevens als klachten, analyses van calamiteiten, analyses naar aanleiding van (bijna) incidentmeldingen, patiënttevredenheidsonderzoeken, (prospectieve) risico-analyses, veiligheidsrondes en interne en externe audits gebruikt om kwaliteit van zorg en van ondersteunende processen te monitoren, te bewaken, tijdig bij te sturen en te verbeteren.

#### **Klachten**

Sommige patiënten en bezoekers hebben minder goede ervaringen in het ziekenhuis. Dit kan leiden tot een klacht. Wij nemen klachten uiterst serieus en trekken daaruit lering. Het streven is dat een klacht zoveel mogelijk wordt opgepakt op de plaats waar deze ontstaat. Patiënten worden daarom zoveel mogelijk gevraagd met de betreffende medewerker en/of diens leidinggevende in gesprek te gaan. De balie van patiëntvoorlichting kan de patiënt meer informatie geven over klachtafhandeling, de klacht registreren en/of een afspraak voor hem maken met de klachtenfunctionaris.

De klachtenfunctionaris en de klager bespreken samen wat er gebeurt met de klacht. Soms kan het voldoende zijn als de klager zijn verhaal heeft kunnen delen, maar de klachtenfunctionaris kan indien gewenst ook onderzoek doen naar de toedracht van de klacht. Een klager kan meerdere deelklachten hebben die meerdere clusters kunnen betreffen. Ook kan de klachtenfunctionaris bemiddelen tussen klager en beklagde. Als het gesprek met de klachtenfunctionaris niet leidt tot een bevredigende oplossing, kan de klager een beroep doen op de onafhankelijke klachtencommissie (OKC) van het ziekenhuis. Als klager er met het ziekenhuis niet uit komt, kan deze een beroep doen op de Geschillencommissie Zorg. Het totaal aantal klagers in 2022 is 373 (2021: 405). Drie (2021: twee) klagers hebben hun klacht voorgelegd aan de Geschillencommissie zorg. In 2022 is het ziekenhuis is 27 keer financieel aansprakelijk gesteld door middel van een claim. In 2021 was dit 15 keer. Zie onderstaande grafiek voor de top 6 van het aantal klachten per onderwerp.



Grafiek: Top 6 aantal klachten per onderwerp.

### Calamiteiten

Jaarlijks doen zich in ziekenhuizen calamiteiten<sup>[1]</sup> 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.

In 2022 zijn drie calamiteiten onderzocht en gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarnaast zijn er acht mogelijke calamiteiten middels een intern onderzoek geanalyseerd. Deze incidenten bleken na onderzoek geen calamiteit te zijn.

### Infectiepreventie

De afdeling infectiepreventie speelt een belangrijke rol bij kwaliteit en patiëntveiligheid. 2022 heeft voor een groot deel in het teken gestaan van inhaalwerkzaamheden, die vanwege de drukte rondom corona zijn blijven liggen in de jaren ervoor. De surveillance van postoperatieve wondinfecties en lijnsepsis is voor de jaren 2020, 2021 en 2022 bijgewerkt. Het percentage lijnsepsis was over de coronajaren hoger dan de jaren ervoor; dit is in overeenstemming met de landelijke trend gedurende de coronaperiode.

In 2022 zijn hygiëne audits uitgevoerd op de volgende afdelingen/afdelingsoverstijgende thema's:

- Hygiënisch werken op het operatiekamercomplex;
- Hygiënisch werken in de afdelingskeukens;
- Handhygiëne compliance (deelname regionaal project "Handen uit de Mouwen");
- Dienstkleding en persoonlijke hygiëne in de openbare ruimten;
- Vervaldata beheer steriele materialen.

Naast de werkzaamheden die de afdeling op het gebied van Infectiepreventie uitvoert voor de Lelie zorggroep, zijn in 2022 ook infectiepreventie-werkzaamheden gestart voor Stichting Sonneburgh. Voor beide organisaties zijn audits en klinische lessen verzorgd. Daarnaast wordt deelgenomen aan de Infectiecommissie van beide organisaties en worden zij beiden geadviseerd bij adhocvragen en infectiepreventieproblematiek.

[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.

## COVID-19

Begin 2022 heeft de opkomst de Omicron-variant van het coronavirus nog een behoorlijke invloed gehad op het aantal patiënten dat met coronavirus opgenomen moest worden in de kliniek en het percentage zieke medewerkers. Gaandeweg het jaar is nog een aantal keer een kortdurende verheffing van patiënten met coronavirus geweest, waardoor tijdelijke cohorten zijn ingesteld. In 2022 zijn ruim 2700 medewerkers in het ziekenhuis getest. 750 medewerkers uit deze groep bleken positief te testen op het coronavirus. Omdat medewerkers ook de mogelijkheid hebben gehad buiten het ziekenhuis te testen is dit een onderrapportage van het daadwerkelijke aantal positief geteste medewerkers.

Vanwege het opheffen van alle landelijke preventieve maatregelen is eind 2022 weer een opkomst van andere seizoensgebonden virussen te zien. Regionaal zijn dan ook afspraken gemaakt voor de opvang van niet alleen patiënten met coronavirus, maar ook met Influenza A en B.

## Medicatieveiligheid

Belangrijke onderwerpen op het gebied van medicatieveiligheid die door het kernteam medicatie, de commissie medicatieveiligheid of de ziekenhuisapothek zijn opgepakt, zijn de volgende:

- Het kernteam medicatiebeheer heeft in 2022 hard gewerkt aan de normenset Medicatiebeheer (Qualicor) om volledig te voldoen aan de ruim 250 genoemde criteria. Eind 2022 was het kernteam vrijwel klaar voor de audit van Qualicor van januari 2023.
- Voor de commissie medicatieveiligheid heeft de nadruk in 2022 gelegen op het proces medicatieverificatie op de polikliniek en het voorschrijven in stuks of milligram. Voorafgaand aan besluitvorming hierover zijn VAR, medisch specialisten (intern en extern), arts-assistenten en verpleegkundigen geraadpleegd.
- De commissie medicatieveiligheid zag een verbetermogelijkheid in het tijdig voorschrijven van ontslagmedicatie. De verwachting is dat het tijdig klaarzetten van ontslagmedicatie door artsen met de nieuwe versie van HiX (6.3) makkelijker gerealiseerd kan worden. Daarnaast is een werkgroep ontslag opgericht met daarin voorschrijvers, verpleging, medewerkers ziekenhuisapothek en regioapothek. Dit heeft geleid tot een betere VOD (verwachte ontslagdatum en daarmee een snellere doorstroming en een aanpassing van de werkwijze wanneer het ontslagrecept na 17 uur wordt uitgeschreven.
- De commissie medicatieveiligheid heeft ook in 2022 de VIM's (Veilig Incident Melden) met betrekking tot medicatie-incidenten geanalyseerd. Het percentage medicatiemeldingen ten opzichte van het totale aantal VIM-meldingen was in 2021 gedaald: 25% (2019), 21% (2020), 13% (2021). In 2022 is dit percentage verder afgenomen naar 11%. Dit bevestigt de afname van het aantal medicatie VIM's en toont aan dat alle ingezette verbetermaatregelen effect hebben.
- Ook in 2022 gold de norm dat 80% van de ontslagen patiënten een medicatieverificatiegesprek heeft gehad. Net als in 2021 heeft de ziekenhuisapothek wederom aan deze norm voldaan. Het percentage ontslaggesprekken is in 2022 ten opzichte van 2021 toegenomen van 86,6% naar 90,4%.
- De pilot digitale toedienregistratie op de intensive care is goed verlopen. Hierbij vindt de tweede controle bij toedienen plaats middels scannen in plaats van controle door een tweede verpleegkundige. De nieuwe manier van werken bevalt goed en de IC-afdeling houdt deze werkwijze vast. Op een snijdende afdeling is eenzelfde pilot later in 2022 voorbereid.

- Door de ziekenhuisapotheek is een plan van aanpak geschreven voor het werken op de afdeling en een pilot uitgevoerd. Deze pilot was succesvol. De aanwezigheid van de apothekersassistent op de afdeling werd zowel door artsen als verpleegkundigen gewaardeerd. De korte lijnen en het gemakkelijk kunnen aanspreken van zowel de apothekersassistent door de arts of verpleegkundige als andersom werd als prettig ervaren. Bovendien werd hiermee de zichtbaarheid van de ziekenhuisapotheek verder vergroot. Verwacht wordt dat de medicatieveiligheid en medicatieoverdracht hiermee zal verbeteren. In het eerste kwartaal van 2023 zal deze werkwijze ziekenhuisbreed worden uitgerold.

### Patiënttevredenheidsonderzoek

Een van de strategische doelstellingen van het IJsselland Ziekenhuis is gericht op het vergroten van de patiënttevredenheid: een rapportcijfer van minimaal een 8,5. Op de onderdelen wachttijd, eigen regie, informatievoorziening, medicatievoorlichting en ontslaggesprek verwachten we minimaal een score van 85%. Veel van de strategische projecten beogen direct of indirect een bijdrage te leveren aan de patiënttevredenheid. Het PTO geeft ons inzicht in de mate waarin patiënten ons ziekenhuis en onze strategie waarderen.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft in 2022 het PTO volledig in eigen beheer uitgezet en geanalyseerd binnen alle poliklinieken en klinische afdelingen.

**In de polikliniek** is het gemiddelde rapportcijfer: 8,6 ( 2021:8,72)

**In de kliniek** is het gemiddelde rapportcijfer: 8,8 ( 2021:8,61)

Polikliniek	2022 Q1	2022 Q2	2022 Q3	2022 Q4
<b>Rapportcijfer</b>	8,57	8,60	8,66	8,66
<b>NPS score</b>	46.17%	47,63%	49,02	53,65
<b>Wachttijd max. 15 minuten</b>	22,5% wacht langer	24,7% wacht langer	22,7 % wacht langer	23,9% wacht langer
<b>Eigen regie/meebeslissen</b>	9,9% niet tevreden	9,3% niet tevreden	8,4 % niet tevreden	8,5 % niet tevreden
<b>Informatievoorziening</b>	4% niet tevreden	3,6% niet tevreden	3,8 % niet tevreden	3,4 % niet tevreden
<b>Medicatievoorlichting</b>	5,4% niet tevreden	5,8% niet tevreden	7,8% niet tevreden	5,7% niet tevreden
<b>Contact met balie</b>	4,4% niet tevreden	4,1% niet tevreden	2,5% niet tevreden	3,3% niet tevreden
<b>Contact met zorgverlener</b>	4,0% niet tevreden	3,4% niet tevreden	3,8% niet tevreden	3,4% niet tevreden



Kliniek	2022 Q1	2022 Q2	2022 Q3	2022 Q4
Rapportcijfer	8,75	8,76	8,88	8,82
NPS score	55,63%	53,80%	56,71%	54,55
Eigen regie/meebeslissen	12,7% niet tevreden	12,9% niet tevreden	13,3 % niet tevreden	13,7 % niet tevreden
Informatievoorziening	4,9% niet tevreden	5,3% niet tevreden	5,1 % niet tevreden	4,4 % niet tevreden
Medicatievoorlichting	11,8% niet tevreden	11,4% niet tevreden	12,4 % niet tevreden	11,5 % niet tevreden
Ontslaggereprek	12,8% niet tevreden	16,4% niet tevreden	15,4 % niet tevreden	18 % Niet tevreden
Contact met verpleging	2,6% niet tevreden	3,3% niet tevreden	2,5% niet tevreden	3,2 % niet tevreden
Contact met arts	4,3% niet tevreden	6,1% niet tevreden	5,2% niet tevreden	5,4 % niet tevreden

### Prospectieve risico-analyses

Het ziekenhuis voert Prospectieve Risico-Inventarisaties (PRI's) uit met als doel vooraf risico's in kaart te brengen. Een PRI wordt uitgevoerd bij o.a. veranderingen in inrichting van processen, bij de inzet nieuwe hulpmiddelen en het toepassen van nieuwe medische technieken. In 2022 zijn er 19 PRI's uitgevoerd. Zie onderstaande tabel.

PRI onderwerpen			
Q1	Q2	Q3	Q4
ERCP	Endosee gynaecologie	CTB patiënt (casus)	Immunotherapie long i.s.m. EMC
OK	UDO apparaat urologie	Luchtbrug astmakliniek Kind	Inhuizing Lelie Zorggroep
Immunotherapie longgeneeskunde		Ortho GHZ patiënt op OK YSL	MultiBel reanimatiesein volwassenen/kinderen
Couveuses			Telemonitoring hartfalen
Balie radiologie en nucleaire geneeskunde			Cadiss
			Veilige monitor MRI
			Echo apparaat 3x waarvan 1 NRI fusion optie
			Audiometer

### Veiligheidsrondes

Veiligheidsrondes hebben als doel in gesprek te gaan met medewerkers op afdelingen over patiënt- en medewerkersveiligheid. De rondes worden gelopen door een lid van de raad van bestuur, lid bestuur Vereniging Medische Staf, teamleider, stafmedewerker beleid en kwaliteit en een lid van de cliëntenraad. Door het lopen van rondes wordt inzicht verkregen in de cultuur, de onderlinge samenwerking en samenwerking met de andere disciplines. In de nabespreking worden de bevindingen en eventuele verbeterpunten besproken met de betreffende zorgmanager en de vakgroepvoorzitter. Maatregelen worden opgenomen in de verbetermatrix van de desbetreffende afdeling of vakgroep en worden, afhankelijk van de maatregel, meegenomen in de ruitgesprekken. Afhankelijk van het soort afdeling wordt de ronde binnen een tot vier jaar herhaald.

In 2022 zijn 22 veiligheidsrondes gelopen:

Polikliniek	Kliniek	Ondersteunend/overig
KNO	IC	Radiologie
Kindergeneeskunde	Geboortecentrum	AKL
Buitenpoli Kralingen	SEH	MMW
Chirurgie	Chirurgie	Geestelijke verzorging
Urologie	Interne	PAVO
Gynaecologie	Long	MIB
Kaak	MDL	Receptie
Buitenpoli Krimpen		

### Wetenschappelijk onderzoek

Het IJsselland Ziekenhuis onderschrijft het belang van een netwerkziekenhuis om te participeren in wetenschappelijk onderzoek en ondersteunt de onderzoeker om uiteindelijk de best denkbare patiëntenzorg te bevorderen.

In 2022 konden na beoordeling op de lokale haalbaarheid 17 studies starten in het IJsselland Ziekenhuis. Onder de gestarte studies zien we o.a. 9 niet WMO en 8 WMO plichtige studies. In 2022 liepen in totaal 85 studies, waarvan er aan het einde van het jaar 9 konden worden gesloten.

Dit jaar werd een actuele pagina op het IJsselNet gerealiseerd, startte de bouw van een digitaal portaal voor het indieningsproces en vindt het wetenschapssymposium voor de vierde keer plaats.

Met de uitbreiding van een researchmedewerker vanuit het MSB, stuurt de commissie aan op een efficiënte en praktische ondersteuning. Een mooie aanvulling om de uitvoering van klinisch wetenschappelijk onderzoek te bevorderen en te bestendigen.

## 3.3 HRM, ontwikkeling en innovatie

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 VAR. 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 leidinggevendenden én medewerkers van het IJsselland Ziekenhuis.

HRM, ontwikkeling en innovatie	Norm	Realisatie	Eenheid
Aantal FTE	1.361	1.366	aant
Percentage verzuim	4,50%	8,97%	%
Meldingsfrequentie	0,21	1,55	ratio
MedewerkerParticipatie	7,5	8,0	cijfer
Werkdrukbeleving	max 27	39	%
Aantal nieuwe zorgconcepten	10	3	aant

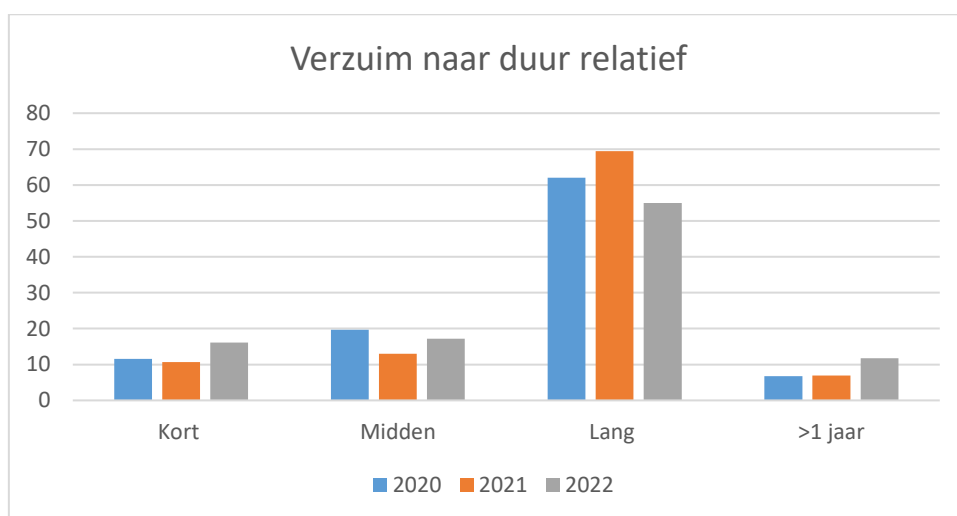
### 3.3.1 Toelichting op verzuim

De stijging in de verzuimcijfers van het IJsselland Ziekenhuis die sinds de COVID-19 pandemie is ingezet, zet ook in 2022 door. Dit is nog altijd een landelijke tendens, die in de zorg duidelijk zichtbaar is. Ons verzuimcijfer ligt iets hoger dan dat ten opzichte van de branche (bron: Vernet).

Vorig jaar werd al duidelijk dat COVID-19 hier op van invloed is geweest, zowel met betrekking tot het aantal zieken ten gevolge van COVID-19 zelf, als met betrekking tot de impact die de pandemie heeft gehad op het mentale welzijn van onze zorgmedewerkers. Dat is onveranderd gebleven. Onze bedrijfsarts geeft aan een duidelijke stijging te hebben gezien in 2021 van medewerkers met mentale klachten die direct en indirect het gevolg zijn van COVID-19. Deze stijging heeft zich in 2022 niet verder doorgezet en deze werknemers zijn goed in beeld. De groep is onder te verdelen in een tweetal categorieën, namelijk enerzijds medewerkers die zelf COVID-19 hebben doorgemaakt en daar nog de nasleep van hebben, anderzijds de groep die mentale klachten ondervinden doordat de

pandemie bijvoorbeeld verandering in de omgeving heeft teweeggebracht en daarmee het vervallen van houvast en structuur heeft veroorzaakt, wat zijn weerslag heeft op deze mensen.

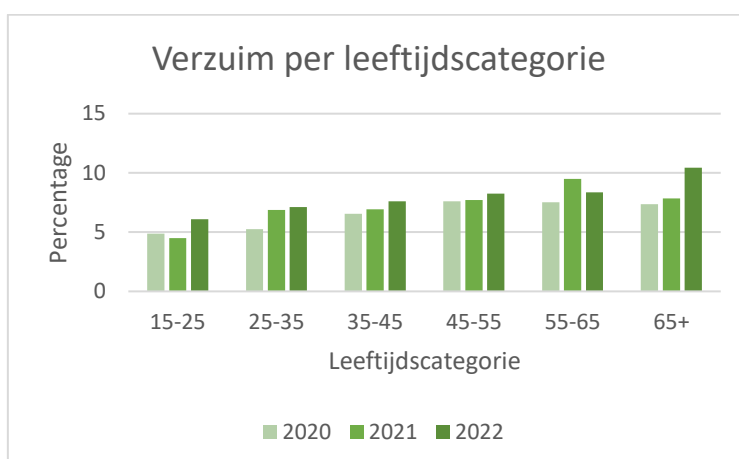
Wat we duidelijk zien in de cijfers ten opzichte van de afgelopen jaren is een verschuiving in de verzuimduur. Enerzijds zien we een verschuiving in het kortdurend verzuim (1-7 dagen). Waar in 2021 nog 10,65% van het totaalverzuim kortdurend verzuim betrof, is dat in 2022 toegenomen tot 16,15% van het geheel. We zien ook dat de instroom in het tweede ziektejaar fors is toegenomen. In 2020 en 2021 was het aandeel in verzuim langer dan een jaar onder de 7% van het geheel. In 2022 is dit toegenomen tot bijna 12% van het geheel. Logischerwijs is het aandeel langdurig verzuim (43 – 365 dagen) in het afgelopen jaar afgenomen.



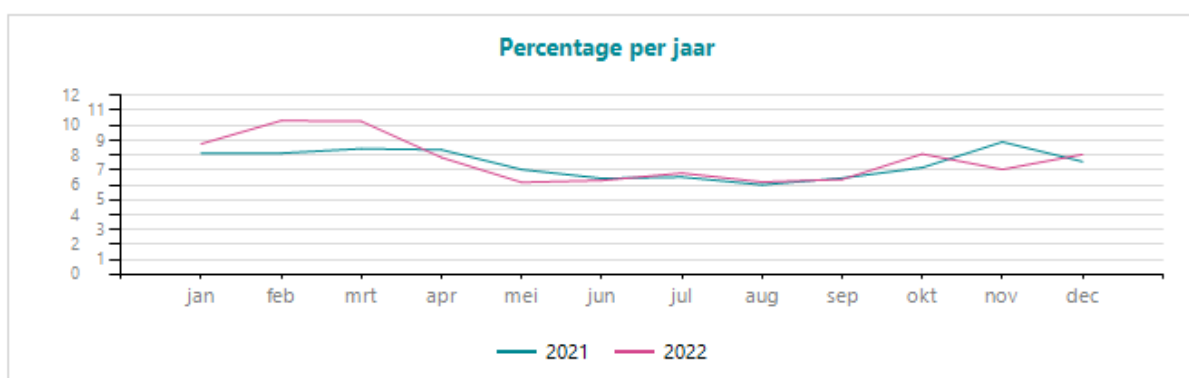
Wat we verder weten van het verzuimpercentage in het tweede ziektejaar, is dat we het als ziekenhuis tot nu toe relatief goed deden. Ons cijfer lag tot vorig jaar steeds onder het branchegemiddelde. Sinds 2022 zitten we daar echter iets boven. Wel ligt ons percentage lang verzuim (43 – 365 dagen) lager ten opzichte van de branche. (bron: Vernet).

Wat verder opvalt is dat het verzuim per leeftijdscategorie de laatste twee jaar lijkt te verschuiven. Dit was in 2021 het geval en zien we ook nu weer terug in 2022. In voorgaande jaren had de groep '45-55' het grootste aandeel in het verzuimpercentage. In 2021 verschoof dat naar de groep '55 - 65 jaar' en in 2022 is dit nog verder verschoven naar de groep '65+'. Navraag bij de bedrijfsarts leert dat dit herkenbaar is; het gaat hier om een klein aantal mensen die langer (deels) ziek zijn. De maatschappelijke trend is dat medewerkers langer door moeten werken als gevolg van de ophoging van de pensioengerechtigde leeftijd. Het aantal werkenden met een chronische aandoening zal derhalve toenemen. Er ligt een uitdaging om al vroeg in de loopbaan actief in te zetten op preventie, en als organisatie op het behoud van medewerkers op leeftijd met/zonder chronische aandoening (inclusiviteit).

Ook opvallend is de relatief forse stijging van het aandeel in het verzuimpercentage in de leeftijdsgroep '15-25'. Deze stijging is zowel in de resultaten van de Fit@Work gezondheidscheck te zien als in de praktijk van de bedrijfsarts. De nieuwe generatie hecht veel waarde aan mogelijkheden, autonomie, vitaliteit en werk/privé balans. Dit leidt er toe dat het niet meer vanzelfsprekend is om werk als 'professionele identiteit' te omarmen. Dat betekent dat er een mismatch ontstaat in verwachtingen tussen de zittende generatie en de generatie van de toekomst. De uitdaging is om hier, eventueel samen met de opleidingscentra, in de zorgsector op de juiste manier bij aan te sluiten.



Tot slot, waar we in 2020 als gevolg van de COVID-19 pandemie een opvallende ontwikkeling in het verloop van het verzuimpercentage zagen gedurende het jaar ten opzichte van voorgaande jaren, zien we dat de jaren erna weer min of meer gelijk verliepen. Opvallend in 2022 was wel het hoge verzuim in februari en maart. Ook zien we dat de piek in het najaar in 2022 in oktober kwam in plaats van in november.



### 3.3.2 Activiteiten Leerhuis

Als Leerhuis zijn we gestart met het werken met een ontwikkelplan voor elke afdeling. Het doel hiervan is:

- ✓ Knelpunten in het hier en nu oplossen;
- ✓ Verbeteringen doorvoeren voor nu en toekomst;
- ✓ Voorbereid zijn op de toekomstige vraag.

We analyseren en brengen de uitkomsten samen op organisatieniveau en afdelingsniveau en zetten van daaruit de benodigde acties in. Er is en wordt zichtbaar welke investering er op de korte en lange termijn nodig is. Door actieve samenwerking tussen leerhuis en afdelingen weten we wat er speelt en komen we tot passende oplossingen.

Er heeft in 2022 verdere implementatie plaatsgevonden van het werkplekleren. Daarbij werken we vanuit de volgende principes:

1. Bekwamen op de werkplek en/of;
2. Zo bekwamen dat het leerproces zoveel mogelijk lijkt op de praktijksituatie en direct toepasbaar is in de praktijk;
3. Regie en verantwoordelijkheid bij de professional (zelf toetsen of door directe collega's op de werkvloer);
4. Keuzevrijheid in de wijze en het moment van bekwamen.

Deze principes worden toegepast op alle activiteiten m.b.t. ontwikkeling.

## Leerinterventies

Nieuwe leeractiviteiten zijn gebaseerd op de uitgangspunten van het werkplekleren. Het bestaande aanbod wordt stap voor stap aangepast. Er vindt continu aanpassing plaats aan het leeraanbod. Dit gebeurt vanuit de ontwikkelbehoefte die in gesprekken zichtbaar wordt, uitkomsten van metingen, evaluatie van het aanbod en rode draden die in interventies als intervisie en coaching zichtbaar worden. Ook het afgelopen jaar is het standaardaanbod aangepast, onder andere door toe te spitsen op specifieke doelgroepen. Dit doen we bijvoorbeeld door trainers mee te laten lopen en de leeractiviteit vervolgens te baseren op de uitkomsten van de observatie en (ingebrachte) casuïstiek.

Ook leren van en met elkaar, nieuwe inzichten en vertrouwen opdoen hebben de aandacht. Een voorbeeld is intervisie. Deze methodiek draagt bewezen bij aan het verbeteren van het handelen. Om die reden zijn interne intervisiebegeleiders opgeleid die intern intervisiegroepen begeleiden.

Vanuit interventies zoals intervisie en coaching halen we een rode draad en verbeteren we onze leeractiviteiten. We bieden van daaruit masterclasses aan op thema's zoals lastige gesprekken en omgaan met weerstand. En bij professionals in opleiding leidt de rode draad tot aandachtspunten voor de werving en begeleiding.

## Projecten

Het Leerhuis heeft een bijdrage geleverd aan verschillende projecten, waarbij het eigenaarschap zowel binnen als buiten het Leerhuis ligt. Onder leiding van het Leerhuis heeft Brein en Broodje een succesvolle herstart gemaakt in 2022 en zijn de voorbereidingen getroffen om de diplomering van professionals in opleiding feestelijk te vieren. Verder is en wordt een grote investering gedaan om regieverpleegkundigen op te leiden en te positioneren. Ook worden meerdere (organisatiebrede) ontwikkeltrajecten begeleid, zoals de onderwijsvernieuwing naar EPA's (Entrustable Professional Activities)<sup>2</sup> en de verdere implementatie van de begeleidingsstructuur voor professionals in opleiding.

## 3.4 Financiën

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).

Financiën	Norm	Realisatie	Eenheid
Opbrengsten	210.538	214.636	€x1000
Netto opbrengsten	210.538	214.636	€x1000
Kosten	208.111	213.149	€x1000
Netto marge	2.427	1.487	€x1000
DSCR	1,30	1,41	ratio
Solvabiliteit	25,00	23,7	%
Liquiditeit	10,0	0,2	mln.

## Resultaten 2022

Met een positief resultaat van € 1,5 miljoen (rendement van 0,7%) sluit het IJsselland Ziekenhuis 2022 af met een resultaat dat € 0,8 miljoen onder de begroting uit is gekomen. Een positief resultaat, wat op zich in de krapte een goede prestatie is, maar tegelijkertijd een bevestiging is van de te lage bekostiging van het IJsselland Ziekenhuis.

Ook in 2022 is er tussen landelijke branchepartijen nog een COVID-regeling afgesproken. Deze bestond enerzijds uit een regeling voor de maanden januari t/m april om productie uitval als gevolg van COVID-19 financieel te compenseren. Anderzijds werden er via deze regeling meerkosten vergoed voor COVID-19. De hoogte van deze vergoeding werd bepaald per kwartaal op basis van

<sup>2</sup> EPA staat voor een beroepsactiviteit die aan de PIO toevertrouwd moet worden door de praktijk- en werkbegeleiders.

het risiconiveau dat gepubliceerd wordt op het Coronadashboard Rijksoverheid. Deze meerkosten regeling dekt voor ongeveer 30% de daadwerkelijke meerkosten welke direct gerelateerd waren aan COVID-19 en daardoor hebben we als IJsselland Ziekenhuis een aanzienlijk deel van de meerkosten zelf moeten opvangen.

In 2022 hebben we als IJsselland Ziekenhuis in de eerste vijf maanden van het jaar nog vaak de capaciteit afgeschaald in verband met de COVID-zorg. Tevens liep het ziekteverzuim onder het eigen personeel op en is dat heel 2022 hoog geweest. Beiden hebben ertoe geleid dat er over heel 2022 minder zorg is geleverd dan begroot. De impact hiervan op het resultaat is echter beperkt gebleven doordat er met diverse zorgverzekeraars aanneemsommen waren afgesproken voor 2022.

Aan de kostenkant is het IJsselland Ziekenhuis aan de slag gegaan met diverse doelmatigheidsdoelstellingen. Dit heeft ertoe geleid dat de kostenstijging beperkt is gebleven, ondanks de hoge inflatie die in de loop van 2022 zichtbaar werd. Het IJsselland Ziekenhuis verwacht hier het grootste effect van begin 2023. Ook de kosten voor inhuur van personeel zijn gedaald in 2022 ten opzichte van 2021. De reden hiervoor is dat er in 2022 minder is ingehuurd vanwege de inzet van personeel gerelateerd aan COVID-zorg.

Met de gerealiseerde DSCR en solvabiliteitsratio voldoet het IJsselland Ziekenhuis aan de met de financiers afgesproken minimumnormen.

### **Treasury activiteiten**

Qua financieringsactiviteiten heeft het IJsselland Ziekenhuis in 2022 2 nieuwe leningen aangetrokken met een totale waarde van € 6 miljoen. Deze leningen zijn aangetrokken in verband met twee businesscases. De eerste betrof het renoveren van een verpleegafdeling, die vanaf 2023 verhuurd wordt aan Lelie Zorggroep. De tweede business case betrof het renoveren van een afdeling tot flexibele kantooromgeving, waarmee vanaf 2023 een huurcontract van een extern kantoorpand komt te vervallen.

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 2022 is er twaalf dagen gebruik gemaakt van de rekening courant faciliteit. Dit had voornamelijk te maken met een opgebouwde vordering vanuit de CB regeling 2021, welke pas laat tot uitbetaling komt. Dit in combinatie met het laat afronden van diverse prijslijsten 2022, waardoor de kasstroom vanuit reguliere zorg laat op gang kwam.

Het IJsselland Ziekenhuis maakt bij de financiering geen gebruik van derivaten.

## **3.5 Corona in het IJsselland Ziekenhuis**

### **3.5.1 Aanpak COVID-19 zorg in het IJsselland Ziekenhuis**

Sinds maart 2019 drukt de zorg voor patiënten met COVID-19 een stempel op onze organisatie. Ook in 2022 was in een deel van het jaar deze zorgvraag dominant aanwezig in ons Ziekenhuis. Dit heeft impact gehad op onze patiënten, medewerkers, productie en financiën. Wij hebben tijdens de COVID-19 opschaling, de zorg voor een belangrijk deel toegankelijk weten te houden.

In het eerste halfjaar van 2022 is er een periode van maanden, fase 4.2K van toepassing geweest.

Dit had impact op de beschikbaarheid van onze bedden en op de beschikbaarheid van operatiekamers. Wat vooral impact had op de beschikbaarheid van capaciteit en daarmee op de toegankelijkheid van onze zorg, was de beschikbaarheid van personeel. Het ziekteverzuim, soms boven de 20% op bepaalde zorgafdelingen, had impact op onze patiënten en medewerkers. Door integraal te sturen op onze mensen, middelen en daarmee capaciteit is het gelukt om de zorg voor urgent klasse 1, 2 en 3 en de spoedzorg toegankelijk te houden, maar zagen we in 2022 wel de toegangstijden voor de electieve zorg oplopen.

Ten aanzien van klasse 1, 2 en 3 hebben we de zorg niet uitgesteld en hebben we deze zorg toegankelijk kunnen houden voor deze (semi-)urgente categorie van zorg. In de periode van uitgestelde zorg voor de urgentie klasse 4 en 5 (planbare zorg) hebben we de volgende maatregelen toegepast:

- Er is continue gestuurd op het inzetten van capaciteit op basis van onze wachtlijsten;
- Er is continue gestuurd op de urgentieklasse. Voor de urgente zorg is onze capaciteit op basis van historische instroom ingericht. Deze capaciteit bleek altijd afdoende om de urgente zorg op te kunnen vangen;
- In 2022 zijn de toegangstijden opgelopen tot boven de treeknorm. Dit is meestal niet afwijkend van de regio;
- De spoedinstroom heeft onder druk gestaan en is op basis van integrale capaciteitssturing in de meest gevallen toegankelijk gebleven;
- Het inzetten van de juiste maatregelen werd in 2022 bemoeilijkt door de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Hier is in 2022 over de zorgafdelingen heen personeel ingezet daar waar het personeel het hardst nodig was.

## Patiënt

De patiënt betrekken bij en informeren over de toegankelijkheid van de zorg is een belangrijk punt. In 2022 is de informatie over toegangstijden actueel beschikbaar geweest. Zowel intern, om hiermee de juiste keuzes maken, als ook voor de patiënten, zoals:

1. De informatie over onze toegangstijden was in 2022 actueel beschikbaar op onze website. Deze was eenvoudig te raadplegen voor onze patiënten. Tevens is de actuele toegangstijd inzichtelijk voor onze verwijzers. Hiermee heeft de patiënt de juiste informatie beschikbaar over wanneer de patiënt in ons ziekenhuis terecht kan.
2. Wij hebben continue gemonitord op de wachtlijsten. Op basis van deze wachtlijsten hebben we keuzes gemaakt over hoe we capaciteit in het ziekenhuis moesten verdelen. Dit deden we op basis van toegangstijd en medische urgentie. Op basis van deze input (zorgvraag) verdelen we op tactisch niveau (TPO<sup>3</sup>) de benodigde capaciteit op de verschillende zorgonderdelen en sturen we bij in het OPO<sup>4</sup> (Operationeel Planning Overleg).

---

<sup>3</sup> TPO is het Tactisch Planning Overleg. Dit vindt vier keer per jaar plaats. In dit overleg wordt de capaciteit op basis van de zorgvraag voor de komende drie maanden vastgesteld.

<sup>4</sup> OPO is het Operationeel Planning Overleg. Deze vindt iedere twee weken plaats. Er wordt vastgesteld of er bij moet worden gestuurd op basis van de planning zoals vastgesteld in het tactisch planningsoverleg en op basis van de op dat moment actuele situatie, zoals zorgvraag, wachtlijst, beschikbaarheid.



## **Medewerker/zorgprofessional**

Naast transparantie richting de patiënt en betrokkenheid vanuit de patiënt is ook de betrokkenheid van de medewerker/zorgprofessional een belangrijk aandachtspunt geweest in 2022. Hieronder is weergegeven op welke wijze daar invulling aan is gegeven.

1. De betrokkenheid vanuit de zorgprofessional is geborgd vanuit de overleggen tactisch planningsoverleg (TPO) en het operationeel planningsoverleg (OPO). Hierin wordt een deel van de medische staf en afvaardiging van de verschillende zorgorganisatie-onderdelen (OK, Acuat, Dagverpleging, Polikliniek, Kliniek, Radiologie, enz.) betrokken en er zijn vanuit deze overleggen keuzes gemaakt over de verdeling van capaciteit en daarmee de borging om de zorg in 2022 in ons ziekenhuis toegankelijk te houden.
2. In ons programma ICM (Integraal Capaciteitsmanagement) zijn een verpleegkundig sponsor (afvaardiging vanuit de VAR) en twee medisch sponsors (afvaardiging vanuit de medische staf) structureel betrokken. Met hen bespreken we de plannen vooraf.

## **Samenwerking in de keten**

Samenwerking in de keten en in de regio is ook in 2022 noodzakelijk geweest om de zorg in de regio toegankelijk te houden. Onder andere:

- Samenwerking vanuit RCPS en ROAZ. Hierin wordt er in regionaal verband gekeken naar de beschikbare capaciteit binnen de regio. Dit is ook voortgezet nu de COVID-19 zorgvraag in bepaalde periodes minder dominant aanwezig was, maar er bijvoorbeeld wel sprake was van een dominante zorgvraag door Influenza.
- Nauwe samenwerking met de VVT (Lelie zorggroep) op het gebied van ELV, Revalidatie en verkeerde bed problematiek om de uitstroom van de patiënten te borgen.

## **Andere vernieuwingen die bij hebben gedragen aan het opvangen van de zorgvraag.**

Naast het inrichten van processen om optimaal op capaciteit te sturen om zo de zorg toegankelijk te houden en de werkdruk voor medewerkers niet verder op te laten lopen, zijn er in 2022 een aantal vernieuwingen ingezet die inmiddels structureel onderdeel zijn geworden van onze zorg:

1. Digitale zorg is standaard onderdeel van het uitgevoerde zorgpad. Veertig procent van onze patiënten ontvangt op de een of andere manier digitale zorg;
2. Zorg op afstand (zie strategische projecten, hoofdstuk 2);
3. Thuis leveren van zorg (zoals Cytostatica thuis) om het gebruik van capaciteit in het ziekenhuis te optimaliseren en de patiënttevredenheid te verhogen;
4. Zorgvraag is leidend, hiermee wordt er actief gestuurd op de juiste prioritering van de patiëntenstroom;
5. Meer inzicht en objectieve informatiestromen vanuit de versnelde ontwikkeling van nieuwe dashboards, heeft geleid tot het objectiveren van de te maken keuzes;
6. Samenwerking en versnelling uitstroom naar de VVT, door onder andere de specialist ouderengeneeskunde in het ziekenhuis te laten triëren. Dit krijgt verder vorm en inhoud in 2023;
7. Samenwerking met de VVT op het gebied van longpatiënten (luchtbrug);
8. Invoer van Samen beslissen. Meer regie voor de patiënt om de incidentie van bijvoorbeeld knie en heup patiënten te verbeteren;
9. Uitgebreide en intensieve samenwerking met de ROAZ.

### 3.5.2 COVID-19 zorg en onze medewerkers

Hoewel COVID-19 in 2022 nog steeds impact had op onze medewerkers, zijn in de loop van 2022 de bijzondere omstandigheden van de afgelopen jaren geleidelijk verminderd en is COVID-19 zorg steeds meer ingebed in de reguliere zorgverlening. We zijn trots op de resultaten van de gezamenlijke aanpak in TPO en OPO (paragraaf 21), waarbij capaciteit van zorgprofessionals, middelen en ruimte op elkaar worden afgestemd.

#### **Extra steun voor onze medewerkers**

We hebben de afgelopen drie jaar veel van onze medewerkers gevraagd. Het hechte vangnet dat wij hebben ontwikkeld, in de vorm van een psychosociaal team bestaande uit onze eigen geestelijk verzorgers, medisch- en bedrijfsmaatschappelijk werkers en psychologen, blijft actief. Deze support wordt zeer gewaardeerd door onze collega's.

#### **COVID-19 vaccinatie**

In 2022 zijn de processen rondom vaccineren veranderd. Waar het ziekenhuis begin 2022 medewerkers zelf kon vaccineren, is de laatste vaccinatieronde door de GGD uitgevoerd. De coronavaccinaties die in het ziekenhuis plaatsvonden, zijn professioneel opgepakt onder leiding van een ziekenhuisapotheker als projectleider en dankzij het vaccinatieteam voorspoedig verlopen. Raad van bestuur en bestuur VMS hebben besluiten omtrent vaccineren nauw afgestemd.

### 3.5.3 COVID-19 zorg en financiën – verwachte ontwikkelingen in 2023

Op het moment van schrijven lijken de effecten van COVID-19 op de ziekenhuiscapaciteit zeer beperkt te zijn. Het is echter onzeker hoe dit zich de rest van 2023 zal ontwikkelen.

Mocht er door COVID-19 een landelijke pandemische crisissituatie ontstaan, dan zijn generieke afspraken nog steeds passend om de daarmee gepaard gaande risico's voor ziekenhuizen te beperken en de spreiding van patiënten te borgen. De minister van VWS heeft zich in zijn reactie op het rapport Velzel op het standpunt gesteld dat dit vanaf fase 2D aan de orde is, en niet eerder. De minister koppelt hier de conclusie aan dat afspraken over COVID-zorg vóór fase 2D onderdeel moeten gaan uitmaken van het reguliere zorginkoopproces. Zorgverzekeraars hebben zich achter dit standpunt geschaard.

Dit betekent dat vanaf fase 2D er landelijke generieke regelingen gaan gelden, die de financiële impact op onder anderen het IJsselland Ziekenhuis moeten beperken. Helaas heeft de minister onvoldoende geluisterd naar de ziekenhuizen, dat de COVID-19 in lagere fases dan 2D ook al forse impact kan hebben op zowel de te maken meerkosten en als de hoeveelheid af te schalen capaciteit. Deze laatste leidt dan weer tot derving van inkomsten.

Mocht deze situatie zich voordoen, dan zal het IJsselland Ziekenhuis trachten met de zorgverzekeraars hier passende afspraken over te maken. Op voorhand is dit zeer lastig, aangezien niemand precies de omvang van het probleem kent dat kan ontstaan.

Onder het personeel zijn de gevolgen van COVID-19 nog wel merkbaar in 2023. Enerzijds zijn er medewerkers die klachten hebben van long-COVID en daardoor niet volledig inzetbaar zijn. Anderzijds lopen diverse medewerkers op het tandvlees door de hoge werkdruk ten tijde van de COVID-19 periode. Het ziekteverzuim is de eerste maanden van 2023 ook nog steeds substantieel hoger dan in de jaren voor de COVID-19. Dit legt druk op het open houden van capaciteiten en het toegankelijk houden van de zorg. Tevens is duidelijk zichtbaar dat de transformatie van de zorg, ingebed in onze strategie, vertraagd is. Dit leidt ertoe dat beoogde kostenbesparingen ook pas enkele jaren later zullen vallen, terwijl hier in de afspraken met zorgverzekeraars vaak wel al rekening mee was gehouden. Dit zet extra druk op de financiën en de transformatie van zorg.

## Deel 4 – De brug naar morgen

---

We hebben als IJsselland Ziekenhuis een hoge ambitie als het gaat om onze meerjarenstrategie. Een van de belangrijkste voorwaarden voor succes is een gelijkgerichte cultuur van verbeteren. We zijn dan ook trots dat de auditoren van Qualicor tijdens hun bezoek in januari 2023 ons expliciet hebben gecompimenteerd met onze verbetercultuur. In dit licht blijven wij dan ook gericht op de uitvoering van de meerjarenstrategie, die bijdraagt aan de opdracht die in het IZA is afgesproken. Het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg staan hierbij voorop. Evenals het centraal stellen van de patiënt en de professional. Om de toegankelijkheid te borgen, is het reduceren van het ziekteverzuim een opgave die binnen het IJsselland Ziekenhuis de hoogste prioriteit zal krijgen.

In het kader van het IZA, zal het IJsselland Ziekenhuis in 2023 ook actief een bijdrage leveren aan de op te stellen regiobeelden (acuut en niet-acuut) en bijbehorende regioplannen.

In 2022 is de meerjarenstrategie herijkt, waarmee het IJsselland Ziekenhuis in 2023 klaar is voor fase twee van de strategie. Dit zal worden uitgevoerd in nauwe samenwerking met het bestuur VMS, management, medezeggenschap en alle medewerkers. De kern van de besturingsfilosofie van het IJsselland Ziekenhuis is namelijk 'mede eigenaarschap'. De focus zal in deze fase meer komen te liggen op het behalen van aantoonbare resultaten. Zowel op projectniveau als op organisatorisch en maatschappelijk niveau.

De projecten die de hoogste prioriteit krijgen in 2023 zijn 'Kliniek van de toekomst', 'Integraal capaciteitsmanagement', 'Samenwerking HAP/SEH' en 'Poli nieuwe stijl'. De andere projecten lopen ook door, maar kennen een lagere prioriteit als er capaciteit toebedeeld moet worden.

### 4.1 Risicoparagraaf

#### Risicogericht aanpak

De raad van bestuur is overtuigd van de meerwaarde van een goed framework van risicobeheersing. Het IJsselland Ziekenhuis geeft de laatste jaren invulling aan verschillende vormen van risicomanagement. Te denken valt aan de 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 per 2020 de stap naar Horizontaal Toezicht gemaakt voor wat betreft de declaraties aan de zorgverzekeraars. Hierbij is er over 2020 en 2021 ook een assurance-rapport van de extern accountant afgegeven, dat zekerheid geeft voor de zorgverzekeraars over de werking van de belangrijkste beheersmaatregelen. Voor 2022 is met de zorgverzekeraars afgesproken dat er geen assurance-rapport van een externe accountant nodig is.

#### Risicomanagement

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 risicobereidheid, kans en impact beschreven.

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	Omzetting 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"> <li>Versterken positie als netwerkorganisatie</li> <li>Alertheid op ontwikkelingen in het zorgaanbod in de regio</li> <li>Partnership zorgverzekeraars</li> <li>Goede relatie met verwijzers onderhouden</li> <li>Juiste sturingsinformatie in de planning &amp; controlcyclus</li> </ul>
	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"> <li>Professioneel accountmanagement richting klanten</li> <li>Contractmanagement</li> <li>Nakomen SLA afspraken</li> </ul>
	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"> <li>Media- en communicatiebeleid</li> <li>Klachtenmanagement</li> </ul>
	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"> <li>Eenduidige projectstructuur</li> <li>Periodieke rapportages m.b.t. strategische projecten met duidelijke impact op kpi's</li> <li>Transparantie over resultaten projecten richting zorgverzekeraars</li> </ul>

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"> <li>Business continuïteitsplan is vastgesteld en geïmplementeerd</li> <li>Crisis organisatie paraat</li> <li>Frequent testen (nood)procedures</li> <li>Adequate noodvoorzieningen zijn aanwezig</li> </ul>
	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"> <li>Continue monitoring op de toegangstijden</li> <li>Integraal capaciteitsmanagement om capaciteit in te zetten waar er vraag is</li> </ul>
	Beschikken over voldoende inzetbaar personeel	<p>Het ziekenhuis kan over te weinig inzetbaar personeel beschikken als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het ziekteverzuim hoog is</li> <li>Relatief veel personeel vertrekt</li> <li>Het lastig is om vacatures snel in te vullen</li> </ul> <p>Het gevolg is dat er minder zorg geleverd wordt en daardoor de opbrengsten dalen.</p>	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strategische personeelsplanning</li> <li>Optimale arbeidsmarktcommunicatie en website werkenbijjysl.nl</li> <li>Recruitment functie</li> <li>Aandacht voor opleiden en vitaliteit van de medewerker d.m.v. strategische projecten in 'hier gaat het om u: medewerker!'</li> <li>Frequent uitvoeren medewerkersparticipatie onderzoek</li> <li>Samenwerking in De Rotterdamse Zorg</li> <li>Taken vervangen door automatisering / robotisering / slimmer organiseren</li> </ul>
	Kwaliteitsthema's	Door onvoldoende beheersing van de kwaliteit en veiligheid kunnen er calamiteiten ontstaan	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequaat werkend kwaliteitsmanagement systeem</li> <li>Kwaliteit kpi's als standaard onderdeel van de planning &amp; control dashboards</li> <li>Helder beleggen eigenaarschap en verantwoordelijkheden van de kwaliteit- en veiligheidsthema's</li> <li>Regelmatige audits en veiligheidsrondes</li> </ul>
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"> <li>Planning &amp; Controlcyclus waarbij interne stakeholders de juiste stuurinformatie bespreken</li> <li>Benchmarken van de kostprijzen en tarieven met andere ziekenhuizen</li> </ul>
	Fraude	Door fraude kunnen er financiële middelen aan het ziekenhuis onvreemd worden	Beheersen & elimineren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zero tolerantie beleid</li> <li>Anti-fraude beleid</li> <li>Adequate maatregelen om fraude zoveel mogelijk onmogelijk te maken</li> <li>Risk framework waar frauderisico's integraal onderdeel van zijn</li> <li>Interne audits op financiële processen</li> </ul>
	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"> <li>Cashflow prognoses: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagelijks 6 maanden vooruit</li> <li>Per kwartaal 18 maanden vooruit</li> </ul> </li> <li>Korte lijnen met zorgverzekeraars omtrent voorschotten</li> </ul>
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"> <li>CISO (informatiebeveiliging) en FG (privacy) zijn aangesteld</li> <li>Periodieke rapportage CISO en FG en bespreking met portefeuillehouder RvB</li> <li>NEN7510 gecertificeerd</li> <li>Verplichte periodieke e-learning medewerkers betreffende informatiebeveiliging en AVG</li> <li>Actuele autorisatie en wijzigingsbeheer</li> <li>Veilig mailen</li> <li>Afdekking restrisico's d.m.v. een cyberverzekering</li> </ul>
	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"> <li>Toetsen en rapporteren W&amp;R kwaliteit en veiligheid door afdeling Kwaliteit &amp; Veiligheid</li> <li>Toetsen en rapporteren W&amp;R arbo en HR door afdeling HRM</li> <li>Toetsen en rapporteren fiscale W&amp;R door afdeling Control</li> <li>Toetsen en rapporteren W&amp;R NZa door AO/IC functionaris</li> </ul>

## **Fraudeaspecten en misstanden**

Tijdens de jaarrekeningcontrole besteedt de accountant meer expliciet aandacht aan fraude, het invullen van een fraudechecklist en de beoordeling van (bijzondere) journaalposten in de financiële administratie. Eind 2022 is er, naar aanleiding van de casus bij het Isala Ziekenhuis, een uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke fraude binnen het IJsselland Ziekenhuis. Dit rapport is begin 2023 opgeleverd. De conclusie van dat rapport is dat er geen aanwijzingen zijn gevonden voor fraude binnen het IJsselland Ziekenhuis of eraan gerelateerd. De aanbevelingen uit het rapport zullen in 2023 worden geïmplementeerd.

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

Er zijn binnen Het IJsselland Ziekenhuis in 2022 geen gevallen van fraude bekend.

## Bijlage 1 Specialismen

Anesthesiologie  
Cardiologie  
Dermatologie  
Heelkunde (chirurgie)  
Interne geneeskunde  
Intensive Care geneeskunde  
Keel-, Neus en Oorheelkunde  
Kindergeneeskunde  
Klinische geriatrie  
Klinische chemie  
Longziekten  
Maag-, Darm- en Leverziekten  
Medische microbiologie  
Medische seksuologie  
Mond-, kaak en aangezichtschirurgie  
Neurochirurgie  
Neurologie  
Nucleaire geneeskunde  
Obstetrie en gynaecologie  
Oogheelkunde  
Orthopedie  
Pathologie  
Plastische chirurgie  
Radiologie  
Reumatologie  
Revalidatiegeneeskunde  
Urologie  
Ziekenhuisfarmacie



## Bijlage 2 Nevenfuncties raad van bestuur in 2022

Leden raad van bestuur	Nevenfuncties
Mr. A.H. van Wijk, voorzitter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lid raad van toezicht KNVB (AV)</li> <li>- Voorzitter bestuur Stichting Administratiekantoor Ben van der Vlist Holding</li> <li>- Lid bestuur Stichting deRotterdamseZorg</li> <li>- Lid bestuur STAK BeterDichtbij</li> <li>- Lid raad van toezicht Partners voor Jeugd (per 1 juni 2022)</li> </ul>
Dr. R.G.L. Nellen, co-bestuurder	Lid raad van toezicht Ceulen Huidklinieken (tot 1 oktober 2022)



# Jaarverslag 2022

## Raad van Toezicht

Naam : Raad van Toezicht  
Datum : mei 2023

---

<b>1. Woord vooraf</b>	<b>47</b>
<b>2. Over toezicht houden</b>	<b>47</b>
<b>3. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol</b>	<b>49</b>
<b>4. Verslag vanuit de werkgeversrol</b>	<b>53</b>
<b>5. Over de raad van toezicht</b>	<b>53</b>

## 1. Woord vooraf

---

Het jaar 2022 was voor de raad van toezicht het eerste volle jaar in nieuwe samenstelling. Wij hebben als raad samen met de raad van bestuur een groei in samenwerking doorgemaakt. We zien aan de hand van evaluaties dat mede eigenaarschap en gelijkgerichtheid onder professionals verder is versterkt en dat de meerjarenstrategie van het ziekenhuis passend is bij de uitdagingen waarmee de sector geconfronteerd wordt. De raad van toezicht spreekt in het jaarverslag complimenten uit en dankt de raad van bestuur en alle medewerkers van het IJsselland Ziekenhuis voor de inzet.

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 Doel van ons toezicht

De raad van toezicht is onafhankelijk en zelfstandig in staat om zich een oordeel te vormen over het beleid en het functioneren van het IJsselland Ziekenhuis en de raad van bestuur. Binnen de wettelijke kaders en het kader van de Governancecode Zorg toetst de raad van toezicht of de raad van bestuur bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn bestuurstaken oog houdt voor het belang van de stichting in relatie tot haar maatschappelijke doelstelling: het realiseren van goede zorg. De behoeftes, wensen, ervaringen en het belang van cliënten in het algemeen staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg. Tevens toetst de raad van toezicht of de raad van bestuur daarbij een zorgvuldige en evenwichtige afweging heeft gemaakt van de belangen van allen die bij de stichting en de daarmee verbonden instellingen betrokken zijn. De visie en meerjarenstrategie van het IJsselland Ziekenhuis zijn leidend voor de wijze waarop de raad van toezicht zijn rol vervult.

### 2.2 Toezichtskader en taken

De raad van toezicht heeft tot taak integraal toezicht te houden op het beleid van de raad van bestuur en de algemene gang van zaken van de stichting.

De raad van toezicht houdt ten minste toezicht op:

- De realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de stichting;
- De strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de stichting;
- De opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- De financiële verslaglegging;
- De kwaliteit en veiligheid van zorg;
- De naleving van wet- en regelgeving;
- De verhouding met belanghebbenden;
- Het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de stichting.

Voor bepaalde besluiten van de raad van bestuur is de voorafgaande goedkeuring vereist van de raad van toezicht. De raad van toezicht adviseert de raad van bestuur daarnaast gevraagd en ongevraagd. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn nader uitgewerkt in de

statuten van de stichting en in het reglement raad van toezicht.

### *Governancecode Zorg*

Als norm voor goed bestuur en toezicht onderschrijft het IJsselland Ziekenhuis de Governancecode Zorg 2022. Uitgangspunt voor de code zijn zeven principes. De code is bedoeld als richtinggevend en levend document en is zo opgezet dat het stimuleert tot reflectie en gesprek. De toezichtvisie van de raad van toezicht, die begin 2021 is geactualiseerd, gaat uit van de zeven principes uit de Governancecode. Ook in de statuten en reglementen van raad van bestuur en raad van toezicht is de Governancecode Zorg geïntegreerd. De statuten van het IJsselland Ziekenhuis zijn in 2022 geactualiseerd, waarbij zowel de vernieuwde Governancecode als vernieuwde wet- en regelgeving (waaronder Wet bestuur en toezicht rechtspersonen) zijn verwerkt. De reglementen van raad van bestuur en raad van toezicht worden in 2023 vernieuwd. Ook is de zittingstermijn van leden raad van toezicht, die in 2019 tijdelijk was verruimd, weer binnen de richtlijn van de Governancecode Zorg gebracht.

### **2.3 Rollen: toezichthouder, klankbord en werkgever**

De raad van toezicht vervult drie rollen, namelijk die van toezichthouder, werkgever en klankbord. Deze rollen krijgen situationeel invulling en lopen in de praktijk vaak in elkaar over. Intern en extern, in relatie tot belanghebbenden en in onze netwerken brengen en houden raad van bestuur en raad van toezicht elkaar in positie. Wij zijn naar alle betrokkenen duidelijk over de rollen en verantwoordelijkheden die beide raden hebben. Indien dat nodig is 'stappen we als raad van toezicht dichterbij' met behoud van het onderscheid in rollen (rolzuiver). Wij zijn naar alle betrokkenen duidelijk over welke rol wij op enig moment innemen en zijn, indien het zich voordoet, expliciet over en zorgvuldig in het wisselen van rol. Daarmee creëren we duidelijkheid in wat bestuurders en ook anderen in een gegeven situatie van ons mogen verwachten. Vanuit de werkgeversrol is de raad van toezicht verantwoordelijk voor de benoeming (en eventuele schorsing of ontslag) van de raad van bestuur, en beoordeelt het functioneren van de bestuurders. Ook biedt de raad als werkgever een luisterend oor voor de raad van bestuur en de organisatie met respect voor elkaars positie en behoud van het onderscheid in rollen (rolzuiver). Als wij nodig zijn, dan zijn wij er.

### **2.4 Wijze van onze toezicht**

Met een brede oriëntatie op het zorglandschap en een specifieke interesse in de directe omgeving van het ziekenhuis, diens patiënten en medewerkers maken 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 verrassende invalshoeken in het debat dat wij voeren, ook met de raad van bestuur, in te brengen. Wij nodigen elkaar uit en stimuleren elkaar zodat de verschillende zienswijzen en ervaringen goed op tafel komen, zonder hierbij de noodzaak voor vernieuwing en maatschappelijke opgaven uit het oog te verliezen. De raad van toezicht neemt de tijd voor onderwerpen die er echt toe doen. Naast reguliere onderwerpen, agendeert de raad nieuwe thema's, maatschappelijke vraagstukken en/of dilemma's in het overleg met de raad van bestuur.

De raad van toezicht beweegt zich met regelmaat in de organisatie en heeft in 2022 de contacten met interne en externe stakeholders verstevigd, in vergaderingen en bijeenkomsten. Mooie momenten hiervoor waren de openingfeest van nieuw- en verbouw en 30+1 jarig bestaan van het ziekenhuis op 30 september en de opening van de afdeling van Lelie zorggroep in januari 2023.

De raad van toezicht volgt een bestendige, steunende lijn bij de bespreking van vraagstukken en het bespreken van (morele/ethische) dilemma's. In de relatie tussen raad van bestuur en

raad van toezicht is het adagium 'wij verrassen elkaar niet'. 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.

### 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, de managementletter, jaarrekening, jaarverslag en kwartaalrapportages. Voor het overige wordt de agenda gevuld op basis van actuele interne en externe thema's en ontwikkelingen. Zo zijn onder meer de onderwerpen kwaliteit & patiëntveiligheid, de besturingsfilosofie, strategische samenwerkingen en het integraal zorgakkoord in 2022 terugkerende onderwerpen geweest in vergaderingen van de raad van toezicht.

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

In 2022 vergaderde de raad van toezicht zes keer, waarvan een ingelaste vergadering met het onderwerp Erasmus MC. De raad van bestuur was bij al deze vergaderingen aanwezig. Daarnaast heeft de raad van toezicht tweemaal informeel overleg gevoerd in eigen gelederen. Op 8 en 9 november vond een tweedaagse bijeenkomst plaats met raad van toezicht en raad van bestuur. Tijdens een programma onderdeel verzorgde de directeur van de NVTZ scholing over het onderwerp 'toezichthouden met het oog op de toekomst'. Ook vond tijdens deze tweedaagse bijeenkomst de zelfevaluatie plaats van de raad van toezicht (onder externe begeleiding).

#### 3.2 Onderwerpen in 2022

De volgende onderwerpen speelden in 2022 een nadrukkelijke rol op de agenda van de raad van toezicht.

##### *Samenwerking IJsselland Ziekenhuis en Erasmus MC*

In het begin van 2022 stond de samenwerking tussen het IJsselland Ziekenhuis en Erasmus MC veelvuldig op de agenda van de raad van toezicht. Dit in aanloop naar het besluit van de beide organisaties de vergunningsaanvraag bij ACM in te trekken. De ziekenhuizen hebben geconcludeerd dat de juridische vormgeving van de samenwerking te veel tijd kost en te lang duurt. Alle energie kan daardoor weer terug naar daar waar het om gaat: de optimalisatie van de patiëntenzorg. De beide ziekenhuizen blijven wel intensief samenwerken, waarbij optimale patiëntenzorg voorop blijft staan: zorg op de juiste plek door de juiste professional. De raad van toezicht heeft later in 2022 goedkeuring gegeven aan de nieuwe samenwerkingsovereenkomst tussen het IJsselland Ziekenhuis en Erasmus MC, waarmee de samenwerking in zorg, onderwijs, onderzoek en bedrijfsvoering geborgd blijft.

##### *Samenwerking IJsselland Ziekenhuis en Lelie zorggroep*

De samenwerking tussen het IJsselland Ziekenhuis en verpleging- en thuiszorgorganisatie Lelie zorggroep heeft in 2022 meermaals op de agenda van de raad van toezicht gestaan. Onder andere de inhuizing van een geriatrische revalidatieafdeling in het ziekenhuis. De raad van toezicht is trots op deze ontwikkeling die mooi aansluit bij een van de doelen van het integraal zorgakkoord: juiste zorg op de juiste plek, zoals ook minister Ernst Kuipers aangaf tijdens de

opening op 23 januari 2023. De raad van toezicht is in 2022 geïnformeerd dat wordt gestart met onderzoek naar mogelijkheden om samen te werken op het vlak van bedrijfsvoering.

#### *Besturingsfilosofie en besturingsmodel*

De besturingsfilosofie van het IJssel Land Ziekenhuis kenmerkt zich door mede-eigenaarschap, resultaatgerichtheid, gelijkgerichtheid en (leiderschap)ontwikkeling. Deze filosofie wordt over de volle breedte van het ziekenhuis uitgedragen en geoperationaliseerd. Zo ook in het besturingsmodel. De raad van toezicht volgt de groei van de besturingsfilosofie nauwgezet. In de laatste maanden van 2022 heeft een grondige externe evaluatie van de besturingsfilosofie plaatsgevonden. De rapportage daarvan is in februari 2023 gedeeld met de raad van toezicht en wordt in het tweede kwartaal 2023 besproken met de raad van bestuur.

#### *Planning & Control*

De raad van toezicht volgde nauwlettend de ontwikkelingen op het gebied van financiën, productie en onderhandelingen met de verzekeraars, mede aan de hand van de kwartaalrapportages. In 2022 liep een aantal (meerjaren)contracten met zorgverzekeraars af, waarvoor onderhandelingen plaatsvonden. Deze onderwerpen worden gedetailleerd besproken in de auditcommissie van de raad van toezicht, welke verslag uitbrengt aan de voltallige raad tijdens vergaderingen. Ook zijn kaderbrief, jaarplan en begroting voor het jaar 2023/2024 besproken in de commissie.

Ten aanzien van de documenten van de jaarcyclus keurde de raad van toezicht in 2022 de volgende documenten goed: begroting 2023/2024 en het jaarverslag en de jaarrekening 2021.

#### *Meerjarenstrategie 2019-2024 en integraal zorgakkoord*

De raad van bestuur heeft de raad van toezicht geïnformeerd over de herijking van de meerjarenstrategie en de wijze waarop deze bijdraagt aan de doelstellingen van het integraal zorgakkoord. De raad van toezicht heeft in de zelfevaluatie (november) geconstateerd dat zij behoefte had met de raad van bestuur verdiepend te spreken over de meerjarenstrategie. In februari 2023 heeft een strategiesessie plaatsgevonden tussen raad van toezicht, raad van bestuur en een drietal managers. Op de agenda stonden in aansluiting op de strategie de portefeuille van het ziekenhuis, afspraken met zorgverzekeraars, modern werkgeverschap en samenwerking in de regio.

#### *Kwaliteit en veiligheid*

Het onderwerp kwaliteit en veiligheid is een vast agendapunt op de agenda van de raad van toezicht. De commissie kwaliteit van de raad rapporteert over hetgeen in de commissie is besproken en aan de orde is geweest. In de raad van toezicht kwamen onder meer aan de orde: meerjaren kwaliteitsbeleid, calamiteiten, opleidings- en kwaliteitsvisitaties vakgroepen en de vernieuwde integrale kwaliteitsrapportage. Ook staan de ontwikkelingen in de vakgroepen, ten aanzien van kwaliteit en opleiding vast op de agenda van zowel de commissie kwaliteit als de raad van toezicht.

#### *Sociaal veilig werk- en opleidingsklimaat*

Net als de raad van bestuur wil de raad van toezicht bijdragen aan een prettige en veilige werkomgeving in het ziekenhuis. De raad vraagt hiervoor aandacht in de vergaderingen met de raad van bestuur als ook in de commissie kwaliteit van de raad van toezicht.



### *Ethiek*

Ethiek en ethische dilemma's zijn een vast onderwerp op de agenda van de commissie kwaliteit van de raad. De raad van toezicht is door de voorzitter van ethische commissie geïnformeerd over de manier waarop het IJsselland Ziekenhuis komt tot beleidsvorming op het vlak van ethiek, de rol van de commissie Ethiek in de borging daarvan en de ondersteuning die het ziekenhuis biedt bij ethische vraagstukken. In 2022 heeft de commissie Ethiek het jaarplan 2022 aangeboden aan de raad van toezicht. De raad is positief gestemd over de groeiende aandacht die de commissie Ethiek genereert voor dit thema in het IJsselland Ziekenhuis.

### *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 2022 enkele vakgroepen nadrukkelijker gevolgd.

### *Bouw en renovatie*

De auditcommissie en/of de volledige raad van toezicht spreekt regelmatig over de samenhang van de bouwactiviteiten in relatie tot de continuïteit van patiëntenzorg. In 2022 was bijzondere aandacht voor het opleveren van de vernieuwde centrale hal met IJsselplein, de nieuwe kantoorafdeling op A2 en de inhuizing van Lelie zorggroep op afdeling A3.

## **3.3 Commissies**

De raad van toezicht kent drie vaste commissies: de remuneratiecommissie (zie hoofdstuk 4), de auditcommissie en de commissie kwaliteit. Daarnaast is er een tijdelijke commissie samenwerking. De commissies hebben een voorbereidende en adviserende taak. Er is geen sprake van gedelegeerde verantwoordelijkheden. De vaste commissies hebben een vastgesteld commissiereglement waarin de taken en verantwoordelijkheden van de commissie zijn vastgelegd. De commissies en samenstelling daarvan worden naar aanleiding van de zelfevaluatie van november 2022, in 2023 geëvalueerd.

### *Auditcommissie*

Leden: de heer Rodts (vz) en mevrouw Ritsema van Eck

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 2022 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 2021, het controleplan 2022, begroting en jaarplan 2023/2024, interne controle rapportages, kwartaalrapportages, stand van zaken onderhandelingen zorgverzekeraars, ICT rapportages, bouwrapportages, diverse auditrapporten, accountantsverslagen en het voornemen IJssel Parkeerbeheer te fuseren met het IJsselland Ziekenhuis (onderzoekstraject loopt nog). Naar aanleiding van landelijk nieuws over beïnvloeding van een inkoopproces binnen een ander ziekenhuis, heeft de raad van bestuur de raad van toezicht laten weten dat intern onderzoek wordt uitgevoerd.

### *Commissie Kwaliteit*

Leden: mevrouw Klomp (vz) en de heer Berden

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 2022 vier keer bijeen.

Onder meer kwamen aan de orde: de ziekenhuisbrede kwaliteitsrapportage, ontwikkelingen in vakgroepen, visitaties en audits (Qualicor audit in januari 2023), VIM/medicatiemeldingen, stand van zaken opleiding interne geneeskunde, klachten, calamiteiten en incidenten en de voortgang van het 'kwaliteitshuis'. Een vast agendapunt is het onderwerp ethiek. De portefeuillehouder kwaliteit van het bestuur vereniging medische staf en tevens voorzitter van de commissie Ethiek van het ziekenhuis, sluit vast aan bij de commissie kwaliteit

### *Commissie Samenwerking*

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

Deze commissie is enkele jaren geleden ingesteld als begeleidingscommissie voor de trajecten op het gebied van strategische samenwerking. In de laatste jaren heeft de commissie zich vooral gericht op de voortgang van de samenwerking met Erasmus MC en specifiek over het goedkeuringstraject bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM), de inrichting van de governance van de samenwerking en de maatschappelijke waarde van de samenwerking. Over de samenwerking met Erasmus MC is in hoofdstuk 3.2 meer informatie te lezen. In 2022 is voorgesteld in de commissie te spreken over regionale samenwerking in bredere zin, zoals bijvoorbeeld bedoeld in het integraal zorgakkoord. Deze overweging wordt meegenomen in de evaluatie van de commissies en samenstelling daarvan, zoals eerder benoemd.

## **3.4 Accountant**

Gedurende het jaar was de accountant gedurende tenminste een deel van de vergadering aanwezig bij alle vergaderingen van de auditcommissie. Op 24 mei was de accountant aanwezig in de vergadering van de raad van toezicht voor het bespreken van de jaarrekening 2021.

## **3.5 Overleg belanghebbenden**

Het reguliere overleg met de interne medezeggenschaps- en adviesorganen vond in 2022 als volgt plaats. Een vertegenwoordiging van het bestuur vereniging medische staf voerde eenmaal overleg met de raad van toezicht. In dat overleg stonden strategie en integraal zorgakkoord centraal. Een delegatie van de cliëntenraad voerde eenmaal overleg met de raad van toezicht. Een vertegenwoordiging van de raad van toezicht sloot eenmaal aan bij een overlegvergadering tussen raad van bestuur en ondernemingsraad. Tevens heeft een lid van de raad van toezicht informeel overleg met cliëntenraad.

## 4. Verslag vanuit de werkgeversrol

---

### 4.1 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 eenmaal per jaar een reflectiegesprek met de co-bestuurder. 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 zorgt voor een verslag van de gesprekken. Een en ander staat beschreven in het beoordelingskader 2022/2023.

In 2022 hebben voorafgaand aan het voortgangsgesprek feedbackgesprekken met interne stakeholders plaatsgevonden, dit in het kader van 360 graden feedback. In 2022 is halverwege het jaar gestart met werken volgens het beoordelingskader.

Jaarlijks beoordeelt de commissie 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

Bij de samenstelling van de raad van toezicht wordt onder meer rekening gehouden met algemene bestuurlijke kwaliteiten en ervaring, affiniteit met de doelstelling van het ziekenhuis en met een spreiding van achtergronden en deskundigheden. Tenminste één lid beschikt over de voor het ziekenhuis relevante kennis en ervaring in de zorg. Eén lid zit, conform de wettelijke bepalingen, op voordracht van de cliëntenraad in de raad van toezicht. De raad van toezicht heeft de competenties, deskundigheden, etc. vastgelegd in een profielschets. De profielschets bestaat uit een algemeen deel en een beschrijving van competenties voor een aantal aandachtsgebieden. De raad van toezicht maakt onderscheid tussen de volgende aandachtsgebieden: 1) financiën, 2) kwaliteit en veiligheid, 3) juridische zaken, 4) ondernemerschap, dienstverlening en innovatie.

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*

Per 1 januari 2022 is mevrouw Kersten toegetreden tot de raad. Mevrouw Klomp is in 2022 herbenoemd tot 1 september 2026. De heer Berden heeft begin 2023 aangekondigd de raad van toezicht in 2023 (1 februari) te zullen verlaten.

### 5.3 Samenstelling, nevenfuncties en bezoldiging Raad van Toezicht (31-12-2022)

<b>Naam</b>	<b><u>Mw. dr. H.M. Klomp</u></b>	<b>Nevenfuncties</b>
Functie	Lid	Lid raad van commissarissen Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie
Functie dagelijks leven	Chirurg NKI-AVL, interne vertrouwenspersoon	
Zittingstermijn tot	1 september 2026	
Bezoldiging	€ 17.280	
<b>Naam</b>	<b><u>Dhr. prof. dr. H.J.J.M. Berden</u></b>	<b>Nevenfuncties</b>
Functie	Lid	Deeltijd hoogleraar IQ Healthcare Radboud Universiteit Nijmegen
Functie dagelijks leven	Voorzitter raad van bestuur Elisabeth-Twee Steden Ziekenhuis Tilburg	Lid raad van commissarissen Espria
Zittingstermijn tot	1 februari 2023 (afgetreden)	Diverse bestuursfuncties uit hoofde van huidige functie ETZ (bestuurslid EMBRAZE en voorzitter ROAZ)
Bezoldiging	€ 17.280	Lid Raad van Advies Centrum Mens en Luchtvaart
		Voorzitter Raad van Toezicht SSH&
		Lid Innovatieraad Suur & Company
<b>Naam</b>	<b><u>Mw. drs. R.M. Ritsema van Eck</u></b>	<b>Nevenfuncties</b>
Functie	Lid	Lid Raad van Toezicht Zorggroep Sint Maarten
Functie dagelijks leven	Lid raad van bestuur De Alliantie	Lid van het bestuur van de Stichting Aandelen Administratie Kantoor Triodos Bank
Zittingstermijn tot	1 juli 2025, herbenoembaar	Eerste onderhandelaar CAO onderhandelingen Aedes
Bezoldiging	€ 17.280	Lid Bestuurlijk overleg SPW
		Voorzitter Werkgroep Werkgeverszaken DVS
<b>Naam</b>	<b><u>Dhr. prof. dr. mr. J.C.M. van Sonderen</u></b>	<b>Nevenfuncties</b>
Functie	Voorzitter (vanaf 1-2-2022)	Bestuurder Stichting Ondernemersbelangen Rotterdam
Functie dagelijks leven		Hoogleraar juridische faculteit Erasmus Universiteit Rotterdam
Zittingstermijn tot	1 juli 2025, herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 25.200	
<b>Naam</b>	<b><u>Dhr. ir. S.M.A. Rodts MBA</u></b>	<b>Nevenfuncties</b>

Functie	Lid		Bestuurslid Stichting Madurodam
Functie dagelijks leven	CEO PKF Wallast		Bestuurslid Opera2Day
Zittingstermijn tot	1 juli 2025, herbenoembaar		
Bezoldiging	€ 17.280		
<b>Naam</b>	<b><u>Mw. drs. S.M.C. Kerstens</u></b>		<b>Nevenfuncties</b>
Functie	Lid		
Functie dagelijks leven	Bestuurder bij Expertisecentrum Euthanasie		
Zittingstermijn tot	1 januari 2026, herbenoembaar		
Bezoldiging	€ 17.280		

#### 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 ([Ijssel Land Ziekenhuis | NVTZ](#)) is zichtbaar in welke mate de raad van toezicht voldoet aan de voorwaarden van het programma.

#### 5.5 Functioneren en evaluatie

In november 2022 heeft de raad zijn functioneren geëvalueerd in een zelfevaluatie onder externe begeleiding. De raad van bestuur was tijdens een deel van deze bijeenkomst aanwezig.

#### 5.6 Deskundigheidsbevordering

De raad van toezicht heeft een opleidingsplan 2022/2023 opgesteld. 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 en daarnaast is per individueel lid een plan gemaakt voor het volgen van opleidingen. Zo heeft de heer Rodts in 2022 de Leergang nieuwe toezichthouder in de zorg gevolgd bij NVTZ en zal mevrouw Kerstens in 2023 starten met diezelfde leergang. De cursussen en congressen die de toezichthouders hebben gevolgd in 2022 zijn openbaar gemaakt via [www.nvtz.nl](http://www.nvtz.nl).

#### 5.7 WNT klasse indeling en bezoldiging

Het Ijssel Land Ziekenhuis valt in 2022 in klasse V.

De hoogte van de bezoldiging van de leden raad van toezicht in 2022 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 raad van toezicht ontvangt informatie over de gang van zaken binnen het ziekenhuis uit de

overlegmomenten met de raad van bestuur, bestuur vereniging medische staf, ondernemingsraad, cliëntenraad en externe accountant.

De raad van toezicht wordt bij de vergaderstukken schriftelijk geïnformeerd aan de hand van diverse documenten zoals de mededelingen van de raad van bestuur, memo's over verschillende vergaderonderwerpen, jaarplan, begroting, en dergelijke. Ook ontvangt de raad van toezicht ter informatie een media overzicht met communicatie uitingen vanuit of over het Ijsselland Ziekenhuis.

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

# Jaarverslaggeving 2022

## IJsselland Ziekenhuis





## Jaarrekening 2022

INHOUDSOPGAVE		Pagina
<b>1.1</b>	<b>Jaarrekening</b>	57
1.1.1	Balans per 31 december 2022	59
1.1.2	Resultatenrekening over 2022	61
1.1.3	Kasstroomoverzicht over 2022	62
1.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening	63
1.1.5	Toelichting op de balans per 31 december 2022	74
1.1.6	Mutatieoverzicht immateriële vaste activa	82
1.1.7	Mutatieoverzicht materiële vaste activa	82
1.1.8	Mutatieoverzicht financiële vaste activa	83
1.1.9	Overzicht langlopende schulden ultimo 2022	84
1.1.10	Toelichting op de resultatenrekening over 2022	85
1.1.11	Vaststelling en goedkeuring	90
<b>1.2</b>	<b>Overige gegevens</b>	
1.2.1	Statutaire regeling resultaatbestemming	94
1.2.2	Nevenvestigingen	94
1.2.3	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	94

**1.1.1 Balans per 31 december 2022**  
(na resultaatbestemming)

<b>ACTIVA</b>	<b>Ref.</b>	<b>31-dec-22</b>	<b>31-dec-21</b>
		<b>x €</b>	<b>x €</b>
<b>A Vaste activa</b>			
I Immateriële vaste activa	1		
1. concessies, vergunningen en intellectuele eigendom		3.519.956	4.159.948
Totaal immateriële vaste activa		<u>3.519.956</u>	<u>4.159.948</u>
II Materiële vaste activa	2		
1. bedrijfsgebouwen en -terreinen		64.276.757	65.356.745
2. machines en installaties		34.315.590	34.330.647
3. andere vaste bedrijfsmiddelen		27.247.504	26.809.342
4. vaste bedrijfsmiddelen in uitvoering en vooruitbetaald op materiële vaste activa		5.405.628	3.190.654
Totaal materiële vaste activa		<u>131.245.479</u>	<u>129.687.388</u>
III Financiële vaste activa	3		
1. deelnemingen in groepsmaatschappijen		837.090	674.590
2. vorderingen op groepsmaatschappijen		2.065.098	1.740.543
3. andere deelnemingen		377.435	366.639
4. vorderingen op participanten en op maatschappijen waarin wordt deelgenomen		524.000	524.000
5. overige vorderingen		451.409	519.900
Totaal financiële vaste activa		<u>4.255.032</u>	<u>3.825.672</u>
<b>B Vlottende activa</b>			
I Voorraden	4	2.235.495	2.226.677
II Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten	5		
1. onderhanden werk		24.643.373	22.654.862
2. vooruitbetaald op voorraden		-20.699.498	-19.696.498
Totaal Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten		<u>3.943.875</u>	<u>2.958.364</u>
III Vorderingen	6		
1. op handelsdebiteuren		14.607.538	10.691.858
2. op groepsmaatschappijen		859.027	-
3. op participanten en op maatschappijen waarin wordt deelgenomen		159.277	-
4. nog te factureren omzet DBC's / DBC-zorgproducten		11.074.725	9.173.608
5. overige vorderingen		985.965	1.295.635
6. overlopende activa		23.260.311	16.171.931
Totaal vorderingen		<u>50.946.842</u>	<u>37.333.031</u>
IV Liquide middelen	7	231.375	14.861.442
<b>C Totaal activa</b>		<u>196.378.055</u>	<u>195.052.521</u>

**1.1.1 Balans per 31 december 2022**  
(na resultaatbestemming)

<b>PASSIVA</b>		
<b>D Eigenvermogen</b>	8	
1. Wettelijke reserve		929.671
2. Overige reserves		45.587.949
Totaal eigen vermogen		<u>46.517.621</u>
<b>E Voorzieningen</b>	9	
1. overige		4.860.285
Totaal voorzieningen		<u>4.860.285</u>
<b>F Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)</b>	10	
1. schulden aan banken		90.056.943
Totaal langlopende schulden		<u>90.056.943</u>
<b>G Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar)</b>	11	
1. schulden aan banken		7.818.246
2. schulden aan leveranciers en handelskredieten		9.699.956
3. schulden aan participanten en aan maatschappijen waarin wordt deelgenomen		189.936
4. belastingen en premies sociale verzekeringen		4.354.638
5. schulden ter zake van pensioenen		2.273.535
6. overige schulden		13.349.709
7. overige passiva		17.257.186
Totaal kortlopende schulden		<u>54.943.206</u>
<b>H Totaal passiva</b>		<u>196.378.055</u>

### 1.1.2 Resultatenrekening over 2022

	Ref.	2022	2021
		x €	x €
<b>BEDRIJFSOPBRENGSTEN:</b>			
<b>Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening</b>			
Zorgverzekeringswet	16	198.467.412	194.963.035
Subsidie op grond van een regeling als bedoeld in de Kaderwet VWS-subsidies of door het Zorginstituut op grond van de Wet langdurig zorg	16	5.151.385	6.438.963
Overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening	16	9.051.002	8.632.253
		212.669.800	210.034.252
<b>Andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten</b>	17	1.966.219	1.567.227
<b>Som der bedrijfsopbrengsten</b>		<b>214.636.018</b>	<b>211.601.479</b>
<b>BEDRIJFSLASTEN:</b>			
Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten	18	36.982.766	36.890.914
Lonen en salarissen	19	75.719.166	72.666.452
Sociale lasten	19	11.336.296	10.409.157
Pensioenlasten	19	7.020.214	6.706.649
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	20	12.006.068	13.331.471
Overige bedrijfskosten	21	68.645.625	68.042.032
<b>Som der bedrijfslasten</b>		211.710.135	208.046.675
Opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten	22	-173.296	-127.384
Andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten	22	-428.319	-129.499
Waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren	22	218.806	267.374
Rentelasten en soortgelijke kosten	22	1.821.994	2.005.025
<b>Som der financiële baten en lasten</b>		1.439.184	2.015.516
<b>RESULTAAT VOOR BELASTING</b>		<b>1.486.700</b>	<b>1.539.288</b>
Belastingen		-	-
<b>RESULTAAT BOEKJAAR</b>		<b>1.486.700</b>	<b>1.539.288</b>

### RESULTAATBESTEMMING

<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>	2022	2021
	x €	x €
Toevoeging/onttrekking:		
Algemene reserve	1.313.404	1.515.662
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed	173.296	23.625
Overige reserves		
	1.486.700	1.539.287

### 1.1.3 Kasstroomoverzicht over 2022

	Ref.	2022		2021	
		x €	x €	x €	x €
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten</b>					
- Som der bedrijfsopbrengsten		214.636.018		211.601.479	
- Som der bedrijfslasten		<u>-211.710.135</u>		<u>-208.046.675</u>	
Bedrijfsresultaat			2.925.884		3.554.804
Aanpassingen voor:					
- afschrijvingen en overige waardeverminderingen	20	12.006.068		13.331.471	
- mutaties voorzieningen	9	<u>473.547</u>		<u>-4.735</u>	
			12.479.615		13.326.736
Veranderingen in werkkapitaal:					
- voorraden	4	-8.818		-189.234	
- mutatie onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten	5	-985.512		-7.515.473	
- vorderingen	6	-13.613.812		-4.594.592	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan banken)	11	2.165.627		5.012.042	
			<u>-12.442.514</u>		<u>-7.287.257</u>
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			2.962.984		9.594.283
Ontvangen interest	22	428.319		129.499	
Betaalde interest	22	<u>-1.821.994</u>		<u>-2.005.025</u>	
			<u>-1.393.674</u>		<u>-1.875.526</u>
<b>Totaal kasstroom uit operationele activiteiten</b>			1.569.310		7.718.757
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>					
Investeringen materiële vaste activa	2	-10.709.193		-24.343.097	
Gereed gekomen projecten	2	6.976.563		18.516.808	
Bijboekingen op projecten	2	-9.191.537		-17.367.989	
Ontvangen dividend		-		-	
Uitgegeven leningen u/g	3	-700.000		-	
Aflossing leningen u/g	3	225.130		380.977	
Investeringen in overige financiële vaste activa	3			<u>139.990</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten			-13.399.037		-22.673.311
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>					
Nieuw opgenomen leningen	10	6.000.000		24.004.593	
Aflossing langlopende schulden	10	-8.800.333		-8.434.654	
Kortlopend bankkrediet	10	<u>-</u>		<u>-9.000.000</u>	
<b>Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>			-2.800.333		6.569.939
<b>Mutatie geldmiddelen</b>			<u>-14.630.067</u>		<u>-8.384.616</u>
Stand geldmiddelen per 1 januari	9	14.861.442		23.246.058	
Stand geldmiddelen per 31 december	9		231.375		14.861.442
Mutatie geldmiddelen			<u>-14.630.067</u>		<u>-8.384.616</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 2022, dat is geëindigd op 31 december 2022.

#### **Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening**

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de de Regeling openbare jaarverantwoording WMG, RVW. De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van Titel 9 Boek 2 BW - voor zover deze volgens deze regeling van toepassing zijn - en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving, die uitgegeven zijn door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

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 2023, welke voldoet aan de door de financiers gestelde normen voor diverse ratio's.
- Met alle zorgverzekeraars zijn de afspraken voor 2023 rond.
- De aan het begin van 2023 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.

#### **Stelselwijziging**

De jaarrekening 2022 is opgesteld op basis van de Regeling openbare jaarverantwoording WMG. De Regeling schrijft voor de balans en de winst-en-verliesrekening modellen voor die afwijken van de modellen die in de jaarrekening 2021 zijn gehanteerd. De vergelijkende cijfers over 2021 zijn aangepast op basis van de nieuwe modellen. Als gevolg van de stelselwijziging is het resultaat over 2022 gelijk aan als het resultaat op basis van de in het voorgaand verslagjaar gehanteerde grondslag; de invloed op het vermogen per 31 december 2022 bedraagt € 0,-. De aanpassingen hebben geen invloed op de omvang van het eigen vermogen ultimo 2021 en het resultaat over 2021. Zorgspecifieke posten zijn waar dit noodzakelijk wordt geacht vermeld in de toelichting.

#### **Vergelijkende cijfers**

De cijfers voor 2021 zijn, waar nodig, geherrubriceerd om vergelijkbaarheid met 2021 mogelijk te maken.

#### **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 2022 geen schattingswijzigingen opgetreden welke afwijken van de schattingen in de jaarrekening 2021.*

##### **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 de nog in 2023 af te ronden zorgproducten, welke gestart zijn in 2022 en daardoor behoren tot de met de zorgverzekeraars afgesloten contracten 2022. 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 2022.

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 2021 geen geconsolideerde jaarrekening op. Gezien de omvang van de activiteiten zijn Parkeerbeheer B.V. en Stichting ZBC IJsselland 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
- Regioapotheek 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 dienstapotheek.
- 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.

Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft de volgende niet verbonden stichtingen en vennootschappen.

- 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 zorginstelling 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:**

Voor de kosten van periodiek groot onderhoud wordt een voorziening gevormd. Deze voorziening is opgenomen onder de overige voorzieningen aan de passiefzijde van de balans. De uitgaven voor groot onderhoud worden ten laste gebracht van deze voorziening.

#### 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 waardeverminderingverlies 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.

##### ***Vorraden***

Vorraden 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 incourantheid 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 waardeverminderingverliezen.

##### ***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 vervolgwaardering 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 4%. Voorgaand jaar was de disconteringsvoet 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.

#### 1.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling jaarrekening

##### *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 4%.

##### *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 2022 vallen, gebaseerd op 100 % gedurende het eerste jaar en 70 % gedurende het tweede jaar. De gehanteerde disconteringsvoet bedraagt 4%.

##### *Voorziening groot onderhoud*

De voorziening groot onderhoud wordt gevormd voor verwachte kosten inzake periodiek onderhoud van panden, installaties en dient voor een gelijkmatige verdeling van de onderhoudskosten. Toevoegingen en onttrekkingen zijn gebaseerd op het Lange Termijn Onderhouds Plan dat loopt tot 2060. Voor deze jaren wordt deze voorziening als equalisatievoorziening toegepast en wordt jaarlijks een gelijk bedrag gedoteerd.

##### *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 4%.

##### **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.

#### **Kosten van uitbestede 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 2022, 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. 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 pensioenfondsen. Daarbij behoort ook een nieuwe berekening van de dekkingsgraad. De 'nieuwe' beleidsdekkingsgraad is het gemiddelde van de laatste twaalf dekkingsgraden. Door een gemiddelde te gebruiken, zal de dekkingsgraad nu minder sterk schommelen. In december 2022 bedroeg de beleidsdekkingsgraad 111,6%. Het vereiste niveau van de dekkingsgraad is 122,3%. Het pensioenfonds verwacht volgens het herstelplan eind 2027 hieraan te kunnen voldoen en voorziet geen noodzaak voor de aangesloten instellingen om extra stortingen te verrichten of om bijzondere premieverhogingen door te voeren. 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.

##### **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.

#### 1.1.4.5 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 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.

#### 1.1.4.6 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.

#### 1.1.4.7 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 instellingsspecifieke (sectorale) regels.

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### ACTIVA

##### 1. Immateriële vaste activa

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

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	4.159.948	4.980.056
Bij: investeringen	-	-
Af: afschrijvingen	639.992	820.108
Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-
Bij: terugname bijzondere waardeverminderingen	-	-
Af: terugname geheel afgeschreven activa	-	-
Af: desinvesteringen	-	-
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b><u>3.519.956</u></b>	<b><u>4.159.948</u></b>

##### 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 2022 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>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	129.687.388	119.004.473
Bij: investeringen	10.709.193	24.343.097
Bij: herwaarderingen	-	-
Af: afschrijvingen	11.366.076	12.511.363
Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-
Bij: terugname bijzondere waardeverminderingen	-	-
Bij: bijboeking op projecten	9.191.537	17.367.989
Af: gereed gekomen projecten	6.976.563	18.516.808
Af: terugname geheel afgeschreven activa	-	-
Af: desinvesteringen	-	-
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b><u>131.245.479</u></b>	<b><u>129.687.388</u></b>

##### 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 2022 heeft het Jsselland Ziekenhuis in het kader van de renovatie investeringen gedaan in:

- Het realiseren van een verpleegafdeling die verhuurd wordt aan de Lelie Zorggroep;
- Het realiseren van een flexibele kantooromgeving, waarmee externe huur van een pand kan worden opgezegd;

Verder hebben er reguliere vervangingsinvesteringen plaatsgevonden in (medische) apparatuur en inventaris en ICT.

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 2022

#### ACTIVA

#### 3. Financiële vaste activa

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:

	2022	2021
	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari	3.825.672	4.346.638
Kapitaalstortingen	-	-
Resultaat deelnemingen	-45.509	-139.990
Ontvangen dividend	-	-
Acquisities van deelnemingen	-	-
Nieuwe/vervallen consolidaties	-	-
Verstrekte leningen / verkregen effecten	700.000	-
Ontvangen dividend / aflossing leningen	-225.130	-380.977
(Terugnname) waardeverminderingen	-	-
Amortisatie (dis)agio	-	-
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b>4.255.032</b>	<b>3.825.672</b>

#### 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 €
<b>Rechtstreekse kapitaalbelangen &gt;= 20%:</b>					
Parkeerbeheer B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt parkeergarage IJsselland Ziekenhuis	31.000	100%	-911.042	-224.999
Regioapotheek IJsselland B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt apothekersdiensten in de regio Capelle aan den IJssel	50	50%	352.905	78.780
ZBC DC Skoop Vaste Land B.V.*	Verzorgen van MDL Scopieën	-	49%	1.271.339	283.785
Zorgservice XL C.V. te Pijnacker *	Gezamenlijke inkooporganisatie	-	20%	500	-
<b>Overige belangen:</b>					
OWM MediRisk B.A. te Utrecht *	Verzekeren van medische aansprakelijkheid	769.478	2%	35.257.000	1.890.000
Pathan B.V. te Rotterdam*	Verzorgt pathologische onderzoeken	200	17%	2.278.237	61.702
ZBC DC Skoop Schiedam B.V.*	Verzorgen van MDL Scopieën	-	12%	322.898	121.952
Zorgservice XL B.V. te Pijnacker *	Beheersmaatschappij gezamenlijke inkooporganisatie	-	13%	891.261	53.545

#### Toelichting:

##### 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 Trier 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'.

##### 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. Parkeerbeheer B.V. heeft een langlopende lening bij Stichting IJsselland Ziekenhuis waarop jaarlijks wordt afgelost en deze vindt lineair plaats. In het overzicht "1.2.8 MUTATIEOVERZICHT FINANCIËLE VASTE ACTIVA", is de negatieve waarde van de deelneming gesaldeerd met de uitstaande leningen onder de post "Vorderingen op groeps-maatschappijen".

##### 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.

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### Regioapothek B.V.:

De Regio Apothek is opgericht door Stichting IJsselland Ziekenhuis en 22 apothekers in de regio rondom het Ziekenhuis. De Regio Apothek 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 Schiedam B.V.:

ZBC DC Skoop Schiedam B.V. is een MDL scopie centrum gevestigd in Schiedam. Het centrum heeft als doel het ontplooiën 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.

#### 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 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.

#### 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 vennoot van Zorgservice XL C.V.. Het IJsselland Ziekenhuis is aandeelhouder van Zorgservice XL B.V. en commanditaire vennoot van Zorgservice XL C.V..

#### 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 2022 van deze partijen nog niet gepubliceerd of bekend en daarom zijn de gegevens van het jaar 2021 verwerkt.

## 4. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
Algemeen Klinisch Laboratorium	432.495	453.772
OK-complex	650.192	773.106
Ziekenhuis apotheek	1.152.808	999.799
Totaal voorraden	<u>2.235.495</u>	<u>2.226.677</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 incourantheid.

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### 5. Onderhanden DBC's en DBC-zorgproducten

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
1. Onderhanden werk DBC's / DBC-zorgproducten	24.643.373	22.654.862
2. Af: ontvangen voorschotten	-20.699.498	-19.696.498
Totaal onderhanden werk	<u>3.943.875</u>	<u>2.958.364</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-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
1 Overige vorderingen:		
Vorderingen op debiteuren	15.625.842	10.691.858
Nog te factureren omzet DBC-zorgproducten	11.074.725	9.173.608
Overige vorderingen	985.965	1.295.635
2 Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	2.398.710	2.860.545
Nog te ontvangen bedragen	1.978.606	2.097.707
Nog te ontvangen uit hoofde van prestatiecontract	18.882.995	11.213.679
	<u>50.946.842</u>	<u>37.333.031</u>

##### Toelichting:

Op de vordering op debiteuren is een voorziening voor oninbaarheid in mindering gebracht van € 307 duizend (2021: € 1,0 miljoen).

De voorziening voor oninbaarheid die in 2021 was opgenomen voor de vorderingen op IJssel Parkeerbeheer B.V. is komen te vervallen in 2022, gezien de verwachting dat deze vordering inbaar is de komende jaren.

In de debiteuren en overige vorderingen is begrepen een bedrag van € 0,- (2021: € 541 duizend) met een resterende looptijd langer dan 1 jaar.

In de post 'Nog te ontvangen uit hoofde van prestatiecontract' zijn de vergelijkende cijfers van 2021 aangepast. In de jaarrekening 2021 was ten onrechte een vordering op twee zorgverzekeraars gesaldeerd bij de kortlopende schulden. In 2022 is dit wel op de juiste wijze gerubriceerd.

Voor een correcte vergelijking met 2021 zijn de cijfers aangepast. Het bedraagt in totaal een correctie van € 642.500,-.

#### ACTIVA

##### 7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
1. Bankrekeningen	229.373	14.859.440
2. Kassen	-	-
3. Deposito's	2.002	2.002
Totaal liquide middelen	<u>231.375</u>	<u>14.861.442</u>

##### Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van het IJsselland Ziekenhuis. In 2021 heeft het IJsselland geen gebruik gemaakt van het rekening courant krediet.

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### PASSIVA

#### 8. Eigenvermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	<u>31-dec-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
1. Bestemmingsreserves	929.671	756.375
2. Overige reserves	45.587.949	44.274.546
Totaal eigen vermogen	<u>46.517.621</u>	<u>45.030.921</u>

#### 8.1. Bestemmingsreserves

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u>	<u>Resultaat-</u>	<u>Overige</u>	<u>Saldo per</u>
	<u>1-jan-22</u>	<u>bestemming</u>	<u>mutaties</u>	<u>31-dec-22</u>
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed	756.375	173.296	-	929.671
Totaal bestemmingsreserves	<u>756.375</u>	<u>173.296</u>	<u>-</u>	<u>929.671</u>

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u>	<u>Resultaat-</u>	<u>Overige</u>	<u>Saldo per</u>
	<u>1-jan-21</u>	<u>bestemming</u>	<u>mutaties</u>	<u>31-dec-21</u>
Niet uitgekeerd resultaat deelnemingen zonder belang van invloed	732.750	23.625	-	756.375
Totaal bestemmingsreserves	<u>732.750</u>	<u>23.625</u>	<u>-</u>	<u>756.375</u>

#### Toelichting:

In de jaarrekening 2022 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>Resultaat-</u>	<u>Overige</u>	<u>Saldo per</u>
	<u>1-jan-22</u>	<u>bestemming</u>	<u>mutaties</u>	<u>31-dec-22</u>
	x €	x €	x €	x €
Algemene reserve	44.274.546	1.313.404	-	45.587.949
Totaal overige reserves	<u>44.274.546</u>	<u>1.313.404</u>	<u>-</u>	<u>45.587.949</u>

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u>	<u>Resultaat-</u>	<u>Overige</u>	<u>Saldo per</u>
	<u>1-jan-21</u>	<u>bestemming</u>	<u>mutaties</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €	x €	x €
Algemene reserve	42.758.882	1.515.662	-	44.274.544
Totaal overige reserves	<u>42.758.882</u>	<u>1.515.662</u>	<u>-</u>	<u>44.274.544</u>

#### 9 Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u>	<u>Dotatie</u>	<u>Onttrekking</u>	<u>Vrijval</u>	<u>Saldo per</u>
	<u>1-jan-22</u>				<u>31-dec-22</u>
	x €	x €	x €	x €	x €
1. pensioenen					-
2. voor belastingen					-
3. overige					
3.1 Medische aansprakelijkheid Eigen Behoud	860.321	539.330	-368.373		1.031.278
3.2 Jubilea	790.325		-68.125		722.200
3.3 Langdurig zieken	237.684	160.487			398.171
3.4 Overgangsregeling PLB	213.939		-15.799		198.140
3.5 Groot Onderhoud	1.211.387	486.000	-259.973		1.437.414
3.6 Reorganisatie voorziening	1.073.082				1.073.082
Totaal voorzieningen	<u>4.386.738</u>	<u>1.185.817</u>	<u>-712.270</u>	<u>-</u>	<u>4.860.285</u>

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

	<u>31-dec-22</u>
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	2.670.777
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	2.189.508
hiervan > 5 jaar	

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### 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 opgenomen tegen de geschatte contante waarde van toekomstige uitkeringen.

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 groot onderhoud dient voor een gelijkmatige verdeling van de onderhoudskosten. Toevoegingen en onttrekkingen zijn gebaseerd op het Lange Termijn Onderhoudsplan dat loopt tot 2050. Voor deze jaren wordt deze voorziening als egalisatievoorziening toegepast en wordt jaarlijks een gelijk bedrag gedoteerd.

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.

De voorziening uitloop MAR (medische aansprakelijkheid) verzekering betreft een voorziening voor het eigen risico ten aanzien van eventueel te betalen uitloop schade vanaf het jaar 2016 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 2023 zal leiden tot frictiekosten, welke zijn voorzien in deze reorganisatievoorziening.

## PASSIVA

### 10 Langlopende schulden (nog voor meer dan een jaar)

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2022	2021
	x €	x €
Stand per 1 januari	100.675.522	85.105.590
Bij: nieuwe leningen	6.000.000	24.004.593
Af: aflossingen	8.800.333	8.434.654
Stand per 31 december	<u>97.875.189</u>	<u>100.675.529</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	7.818.246	8.805.256
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>90.056.943</u>	<u>91.870.273</u>

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

	31-dec-22	31-dec-21
	x €	x €
Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	7.818.246	8.805.256
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	90.056.943	91.870.273
hiervan > 5 jaar	60.787.313	61.691.188

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 2022 2 nieuwe lening aangetrokken:

- Bank Nederlandse Gemeenten: investeringen in realiseren verpleegafdeling voor de Lelie Zorggroep en Kantooromgeving
- ING Bank: investeringen in realiseren verpleegafdeling voor de Lelie Zorggroep en Kantooromgeving

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 2022 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 2022

### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### 11 Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar)

De specificatie overige schulden is als volgt:

	<u>31-dec-22</u>	<u>31-dec-21</u>
	x €	x €
1. Schulden aan kredietinstellingen	-	-
2. Schulden aan zorgverzekeraars	2.508.582	2.905.687
3. Schulden t.a.v. belastingen en premies sociale verzekeringen	4.544.574	3.772.647
4. Schulden t.a.v. pensioenen	2.273.535	274.065
5. Reservering vakantiegeld	3.159.002	3.102.699
6. Reservering Persoonlijk levensfase budget, vakantiedagen en JUS	14.098.184	13.339.839
7. Crediteuren	9.699.956	11.572.474
8. Aflossingsverplichtingen komend boekjaar langlopende leningen	7.818.246	8.805.256
9. Nog te betalen kosten	10.841.127	9.991.922
Totaal overige schulden	<u>54.943.206</u>	<u>53.764.589</u>

#### Toelichting:

De kredietfaciliteit in rekening-courant bij ING Bank N.V. bedraagt per 31 december 2022 10 miljoen (2020: € 10 miljoen).

De reservering Vakantiedagen / Jaaruren / PLB is op basis van de opgebouwde uren in 2022 en betreft derhalve de verplichting op balansdatum.

Onder de nog te betalen kosten is de subsidie opschaling curatieve zorg Covid-19 gereserveerd voor een bedrag van € 996 duizend tot er meer zekerheid is over de administratie en verantwoordingseisen rondom deze subsidieregeling.

In de post 'Schulden aan zorgverzekeraars' zijn de vergelijkende cijfers van 2021 aangepast. In de jaarrekening 2021 was ten onrechte een vordering op twee zorgverzekeraars gesaldeerd bij de kortlopende schulden. In 2022 is dit wel op de juiste wijze gerubriceerd. Voor een correcte vergelijking met 2021 zijn de cijfers aangepast. Het bedraagt in totaal een correctie van € 642.500,-.

#### Algemeen

##### 12. Financiële instrumenten

Het IJsselland Ziekenhuis maakt geen gebruik van 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

De vorderingen uit hoofde van handelsdebiteuren zijn voor circa 79% geconcentreerd bij de zorgverzekeraars.

##### 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 2022 € 581.273 en is opgesplitst in vier overeenkomsten.

De huurverplichting van 2023 tot en met 2027 bedraagt € 1.148.812 conform de looptijd van de overeenkomsten.

De huurverplichting van 2028 tot en met 2030 bedraagt € 313.338 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 een of vijf jaar.

##### Toelichting:

Zorginstelling maakt onderdeel uit van een fiscale eenheid vennootschapsbelasting en/of omzetbelasting [specifiek maken] met de volgende



### 1.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2022

#### 14. Mogelijk 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 2022 is het mbi-omzetplafond door de NZa vastgesteld op € 25.974,7 miljoen (prijsniveau 2022).

Bij het opstellen van de jaarrekening 2022 bestaat nog geen inzicht in realisatie van het mbi-omzetplafond over 2022. 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 2022.

##### 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 2022 € 1,6 miljoen.

##### Gebeurtenissen na balansdatum

Er hebben zich geen gebeurtenissen voorgedaan na balans datum welke nog verwerkt behoren te worden in de jaarrekening 2022 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 €
<b>Stand per 1 januari 2022</b>						
- aanschafwaarde	-	-	6.640.075	-	-	6.640.075
- cumulatieve afschrijvingen	-	-	2.480.127	-	-	2.480.127
Boekwaarde per 1 januari 2022	-	-	4.159.948	-	-	4.159.948
<b>Mutaties in het boekjaar</b>						
- Bij: investeringen	-	-	-	-	-	-
- Af: afschrijvingen	-	-	639.992	-	-	639.992
- Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
- Bij: terugname bijz. waardevermindering	-	-	-	-	-	-
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-	-	-639.992	-	-	-639.992
<b>Stand per 31 december 2022</b>						
- aanschafwaarde	-	-	6.640.075	-	-	6.640.075
- cumulatieve afschrijvingen	-	-	3.120.119	-	-	3.120.119
Boekwaarde per 31 december 2022	-	-	3.519.956	-	-	3.519.956

### 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 €
<b>Stand per 1 januari 2022</b>						
- aanschafwaarde	108.809.647	74.097.894	123.684.391	3.190.654	-	309.782.586
- cumulatieve herwaarderingen	-	-	-	-	-	-
- cumulatieve afschrijvingen	43.452.902	39.767.247	96.875.049	-	-	180.095.198
Boekwaarde per 1 januari 2022	65.356.745	34.330.647	26.809.342	3.190.654	-	129.687.388
<b>Mutaties in het boekjaar</b>						
- Bij: investeringen niet zijnde projecten	-	-	3.732.630	-	-	3.732.630
- Bij: investeringen via projecten	1.622.617	3.052.587	2.301.360	-	-	6.976.563
- Af: herwaarderingen	-	-	-	-	-	-
- Af: afschrijvingen	2.702.605	3.067.644	5.595.827	-	-	11.366.076
- Af: bijzondere waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
- Bij: terugname bijz. waardevermindering	-	-	-	-	-	-
- Bij: bijboeking op projecten	-	-	-	9.191.537	-	9.191.537
- Af: gereedgekomen projecten	-	-	-	6.976.563	-	6.976.563
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-1.079.988	-15.057	438.163	2.214.973	-	1.558.091
<b>Stand per 31 december 2022</b>						
- aanschafwaarde	110.432.264	77.150.481	129.718.380	5.405.627	-	322.706.752
- cumulatieve herwaarderingen	-	-	-	-	-	-
- cumulatieve afschrijvingen	46.155.507	42.834.891	102.470.876	-	-	191.461.274
Boekwaarde per 31 december 2022	64.276.757	34.315.590	27.247.504	5.405.628	-	131.245.479

### 1.1.8 Mutatieoverzicht financiële vaste activa

	Deelnemingen in groeps- maatschappijen	Deelnemingen in overige verbonden maatschappijen	Vorderingen op groeps- maatschappijen	Vorderingen op overige verbonden maatschappijen	Overige vorderingen	Totaal
	x €	x €	x €	x €	x €	x €
Boekwaarde per 1 januari 2022	674.590	366.639	1.740.543	524.000	519.900	<b>3.825.672</b>
Kapitaalstortingen	-	-	-	-	-	-
Resultaat deelnemingen	162.500	10.796	-218.806	-	-	<b>-45.509</b>
Ontvangen dividend	-	-	-	-	-	-
Acquisities van deelnemingen	-	-	-	-	-	-
Nieuwe/vervallen consolidaties	-	-	-	-	-	-
Verstreckte leningen / verkregen effecten	-	-	700.000	-	-	<b>700.000</b>
Aflossing leningen	-	-	-156.639	-	-68.491	<b>-225.130</b>
(Terugname) waardeverminderingen	-	-	-	-	-	-
Amortisatie (dis)agio	-	-	-	-	-	-
Boekwaarde per 31 december 2022	<u>837.090</u>	<u>377.435</u>	<u>2.065.098</u>	<u>524.000</u>	<u>451.409</u>	<b><u>4.255.032</u></b>

1.1.9 Overzicht langlopende schulden ultimo 2022

Leninggever	Afsluitdatum	Hoofdsom	Totale looptijd	Soort lening	Werke-lijke-rente	Restschuld 31 december 2021	Nieuwe leningen in 2022	Aflossing in 2022	Restschuld per 31 december 2022	Restschuld over 5 jaar	Resterende looptijd in jaren eind 2022	Aflossingswijze	Aflossing 2023	Gestelde zekerheden
		x €			%	x €	x €	x €	x €	x €			x €	
Ned. Waterschapsbank	1 februari 1989	9.076.000	40	Onderhands	2,710%	1.815.121	-	226.890	1.588.231	453.780	7	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Ned. Waterschapsbank	1 juli 1991	9.075.604	40	Onderhands	3,760%	2.268.901	-	226.890	2.042.011	907.560	9	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Bank Nederlandse Gemeenten	16 november 1998	6.806.703	30	Onderhands	4,790%	1.588.231	-	226.890	1.361.341	226.890	6	Lineair	226.890	Gemeentegarantie
Bank Nederlandse Gemeenten	23 december 2002	6.525.000	29	Onderhands	4,920%	2.250.000	-	225.000	2.025.000	900.000	9	Lineair	225.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	1 oktober 2009	5.000.000	20	Onderhands	4,785%	2.000.000	-	250.000	1.750.000	500.000	7	Lineair	250.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	14 februari 2012	2.269.000	20	Onderhands	2,990%	1.247.896	-	113.445	1.134.451	567.226	10	Lineair	113.445	Gemeentegarantie
ING Bank/BNG consortium	12 februari 2013	10.000.000	10	Onderhands	3,600%	1.250.000	-	1.000.000	250.000	-	0	Lineair	250.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	26 juli 2013	6.000.000	30	Onderhands	3,250%	4.350.000	-	200.000	4.150.000	3.150.000	20	Lineair	200.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	3 februari 2014	4.000.000	30	Onderhands	3,450%	2.966.667	-	133.333	2.833.333	2.166.667	22	Lineair	133.333	Waarborgfonds
ING Bank/BNG consortium	9 april 2014	4.000.000	10	Onderhands	3,750%	2.800.000	-	160.000	2.640.000	-	2	Lineair	160.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	16 september 2014	4.000.000	30	Onderhands	2,42%	3.033.334	-	133.333	2.900.000	2.233.334	22	Lineair	133.333	Waarborgfonds
ING Bank/BNG consortium	1 juli 2015	3.000.000	10	Onderhands	3,000%	2.220.000	-	120.000	2.100.000	-	3	Lineair	120.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	18 april 2016	3.000.000	30	Onderhands	1,359%	2.450.000	-	100.000	2.350.000	1.850.000	23	Lineair	100.000	Waarborgfonds
ABN Amro Lease	31 oktober 2016	5.000.000	6	Onderhands	1,527%	650.701	-	650.701	-	-	0	Annuiteit	-	Verpanding
Bank Nederlandse Gemeenten	16 oktober 2017	4.000.000	30	Onderhands	1,680%	3.466.667	-	133.333	3.333.333	2.666.667	25	Lineair	133.333	Waarborgfonds
ABN Amro Lease	26 oktober 2017	4.964.000	9	Onderhands	1,984%	2.584.927	-	589.133	1.995.794	-	4	Annuiteit	600.666	Verpanding
ING Bank/BNG consortium	2 juli 2018	5.000.000	25	Onderhands	2,400%	4.350.000	-	200.000	4.150.000	3.150.000	21	Lineair	200.000	Ongeborgd
ABN Amro Lease	28 januari 2019	3.099.968	9	Onderhands	2,240%	2.135.116	-	336.266	1.798.850	-	5	Annuiteit	343.868	Verpanding
ABN Amro Lease	28 januari 2019	3.688.634	5	Onderhands	1,770%	1.514.617	-	750.627	763.990	-	1	Annuiteit	763.991	Verpanding
Bank Nederlandse Gemeenten	18 februari 2019	3.000.000	25	Onderhands	1,330%	2.670.000	-	120.000	2.550.000	1.950.000	21	Lineair	120.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	26 april 2019	3.000.000	25	Onderhands	1,100%	2.700.000	-	120.000	2.580.000	1.980.000	21	Lineair	120.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	1 oktober 2019	4.000.000	25	Onderhands	0,400%	3.680.000	-	160.000	3.520.000	2.720.000	22	Lineair	160.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	2 maart 2020	6.000.000	25	Onderhands	0,470%	5.580.000	-	240.000	5.340.000	4.140.000	22	Lineair	240.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	4 mei 2020	3.000.000	25	Onderhands	1,900%	2.820.000	-	120.000	2.700.000	2.100.000	22	Lineair	120.000	Ongeborgd
ING Bank	4 mei 2020	3.000.000	25	Onderhands	2,200%	2.820.000	-	120.000	2.700.000	2.100.000	22	Lineair	120.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse Gemeenten	1 juni 2020	8.000.000	25	Onderhands	0,470%	7.520.000	-	320.000	7.200.000	5.600.000	22	Lineair	320.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse Gemeenten	15 juli 2020	5.000.000	25	Onderhands	0,390%	4.750.000	-	200.000	4.550.000	3.550.000	22	Lineair	200.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	29 januari 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,465%	1.455.000	-	60.000	1.395.000	1.095.000	23	Lineair	60.000	Ongeborgd
ING	29 januari 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,850%	1.455.000	-	60.000	1.395.000	1.095.000	23	Lineair	60.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	22 maart 2021	3.000.000	25	Onderhands	0,450%	2.910.000	-	120.000	2.790.000	2.190.000	23	Lineair	120.000	Waarborgfonds
ING	22 maart 2021	1.500.000	25	Onderhands	2,000%	1.470.000	-	60.000	1.410.000	1.110.000	23	Lineair	60.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	22 maart 2021	1.500.000	25	Onderhands	1,600%	1.470.000	-	60.000	1.410.000	1.110.000	23	Lineair	60.000	Ongeborgd
ABN AMRO	1 juni 2021	903.375	5	Onderhands	1,350%	800.198	-	177.016	623.182	-	3	Annuiteit	179.425	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	1.865.043	6	Onderhands	1,420%	1.688.615	-	302.044	1.386.571	-	4	Annuiteit	306.366	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	81.423	7	Onderhands	1,490%	74.868	-	11.194	63.674	-	5	Annuiteit	11.365	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	1.672.048	8	Onderhands	1,650%	1.555.298	-	198.789	1.356.509	311.939	6	Annuiteit	202.090	Verpanding
ABN AMRO	1 juni 2021	2.482.704	9	Onderhands	1,620%	2.329.366	-	260.447	2.068.919	701.583	7	Annuiteit	264.694	Verpanding
Bank Nederlandse gemeente	1 juli 2021	1.500.000	25	Onderhands	0,590%	1.485.000	-	60.000	1.425.000	1.125.000	23	Lineair	60.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	19 oktober 2021	2.250.000	25	Onderhands	1,980%	2.250.000	-	90.000	2.160.000	1.710.000	23	Lineair	90.000	Ongeborgd
ING	19 oktober 2021	2.250.000	25	Onderhands	1,850%	2.250.000	-	90.000	2.160.000	1.710.000	23	Lineair	90.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	31 december 2021	500.000	25	Onderhands	0,515%	500.000	-	15.000	485.000	410.000	23	Lineair	20.000	Waarborgfonds
Bank Nederlandse gemeente	31 december 2021	750.000	25	Onderhands	1,800%	750.000	-	30.000	720.000	570.000	23	Lineair	30.000	Ongeborgd
ING	31 december 2021	750.000	25	Onderhands	1,850%	750.000	-	30.000	720.000	570.000	23	Lineair	30.000	Ongeborgd
ING	1 oktober 2022	4.000.000	10	Onderhands	4,250%	-	4.000.000	-	4.000.000	3.000.000	9	Lineair	200.000	Ongeborgd
Bank Nederlandse gemeente	30 december 2022	2.000.000	12	Onderhands	2,994%	-	2.000.000	-	2.000.000	1.166.667	11	Lineair	166.667	Waarborgfonds
						<b>100.675.522</b>	<b>6.000.000</b>	<b>8.800.333</b>	<b>97.875.189</b>	<b>60.787.313</b>			<b>7.818.246</b>	

### 1.1.10 Toelichting op de resultatenrekening over 2022

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

#### 16 Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening

##### 16.1 Zorgverzekeringswet

De baten zorgverzekeringswet zijn als volgt samengesteld:

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	198.467.412	194.963.035
Totaal	<u>198.467.412</u>	<u>194.963.035</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. Daarnaast zijn er, in het kader van COVID-19, aangepaste contractafspraken gemaakt met zorgverzekeraars, waarin een incidentele vergoeding is afgesproken om de meerkosten die het ziekenhuis heeft gemaakt a.g.v. COVID-19 te dekken. Ook de vergoeding voor dure geneesmiddelen, waar sprake is van een significante toename van 2021 naar 2022 valt in deze rubriek

#### BATEN

#### 16.2 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>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Subsidie medische vervolgopleidingen	1.513.832	1.441.375
Subsidie Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	1.412.700	1.875.823
Subsidie t.b.v. zorgbonus	-	1.250.545
Overige subsidie waaronder FZO/CZO	2.224.853	1.871.221
Totaal	<u>5.151.385</u>	<u>6.438.963</u>

#### Toelichting:

In 2021 is verantwoord de incidentele regeling Zorgbonus COVID-19 die alle medewerkers, uitzendkrachten en ZZP-ers hebben ontvangen die zich hebben ingezet in de periode tussen maart en augustus 2021 en die aan de gestelde voorwaarden hebben voldaan. Deze is in 2022 niet van toepassing.

Voor de overige subsidies geldt dat er in 2022 geïndexeerd is en dat er meer opleidingsplaatsen gevuld zijn.

### 16.3 Overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening

<i>De overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening zijn als volgt samengesteld:</i>	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Zorgverlening aan andere zorgaanbieders	9.051.002	8.632.253
Totaal	<u>9.051.002</u>	<u>8.632.253</u>

**Toelichting:**

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

### BATEN

#### 17. Andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten

<i>De baten uit andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten zijn als volgt samengesteld:</i>	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Huuropbrengsten inclusief servicekosten	524.639	523.516
Opbrengsten restaurant	647.451	427.376
Doorberekende kosten	576.016	431.658
Overige opbrengsten	218.112	184.678
Totaal	<u>1.966.219</u>	<u>1.567.227</u>

**Toelichting:**

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

### 18. Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten

<i>De kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten zijn als volgt samengesteld:</i>	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Personeel niet in loondienst	4.192.398	5.398.596
Honorariumkosten vrijgevestigde medisch specialisten	32.790.368	31.492.318
Totaal	<u>36.982.766</u>	<u>36.890.914</u>

**Toelichting:**

De kosten voor personeel niet in loondienst zijn in 2022 gedaald, omdat er in 2021 nog relatief veel personeel werd ingehuurd voor inzet bij COVID-19 zorg. In 2022 was dat een stuk minder. Tevens zijn diverse vacatures ingevuld met vast personeel.

### 19. Lonen, salarissen, sociale lasten en pensioenlasten

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	€	€
Lonen en salarissen	75.719.166	72.666.452
Sociale lasten	11.336.296	10.409.157
Pensioenpremies	7.020.214	6.706.649
Totaal personeelskosten	<u>94.075.676</u>	<u>89.782.258</u>

**Toelichting:**

De personeelskosten zijn toegenomen door stijging van de CAO.

Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	<u>1.366</u>	<u>1.386</u>
Aantal personeelsleden dat buiten Nederland werkzaam is	0	0

## LASTEN

### 20. Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
Afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	639.992	820.108
- materiële vaste activa	11.366.076	12.511.363
Totaal afschrijvingen	<u>12.006.068</u>	<u>13.331.471</u>

#### Toelichting:

De afschrijvingen op immateriële vaste activa zijn de afschrijvingen van de in 2018 geïmplementeerde ziekenhuis informatiesysteem. De afschrijvingen op materiële vaste activa zijn afgenomen, doordat enkele investeringen in ICT die benodigd waren voor de overgang naar het EPD HIX in 2018 volledig zijn afgeschreven.

### 21. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
Overige personeelskosten	3.088.148	5.027.256
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	5.704.425	6.472.104
Algemene kosten	14.533.464	15.279.531
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	40.645.787	36.698.914
Onderhoud en energiekosten	3.607.071	3.419.830
Huur en leasing	581.273	629.786
Dotaties en vrijval voorzieningen	485.455	514.612
Totaal overige bedrijfskosten	<u>68.645.625</u>	<u>68.042.032</u>

#### Toelichting:

Een belangrijk verschil in de overige personeelskosten, betreft verletkosten. Deze zijn in 2021 geboekt op overige personeelskosten en in 2022 in de personeelskosten.

De voedingsmiddelen en hotelmatige kosten zijn lager dan in 2021. In 2021 was er nog veel COVID en daardoor hogere schoonmaakkosten.

De patiëntgebonden kosten zijn toegenomen doordat in 2022 meer patiënten zijn behandeld dan in 2021 en door de stijging van de inkoopkosten als gevolg van inflatie.



## LASTEN

### 22. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
Rentebaten	-428.319	-129.499
Resultaat deelnemingen	-173.296	-127.384
Subtotaal financiële baten	-601.616	-256.883
Rentelasten	1.821.994	2.005.025
Resultaat deelnemingen	218.806	267.374
Subtotaal financiële lasten	2.040.799	2.272.399
Totaal financiële baten en lasten	<u>1.439.184</u>	<u>2.015.516</u>

#### Toelichting:

Vanwege een herfinanciering van IJsselparkeerbeheer B.V., is er een boeterente betaald aan het IJsselland Ziekenhuis. Dit zorgt eenmalig voor hogere rentebaten in 2022.

### 23. Honoraria accountant

De honoraria van de accountant over 2022 zijn als volgt:

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
	x €	x €
1 Controle van de jaarrekening	149.617	142.478
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	23.540	972
3 Fiscale advisering	0	0
4 Niet-controlediensten	31.228	90.660
Totaal honoraria accountant	<u>204.384</u>	<u>234.110</u>

#### Toelichting:

De kosten voor de controle van de jaarrekening betreffen de kosten voor de controle van het boekjaar 2022.

### 24. 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 van heeft de jaarrekening 2022 opgemaakt en vastgesteld in de vergadering van 1 mei 2023.

De raad van toezicht van de heeft de jaarrekening 2022 goedgekeurd in de vergadering van 23 mei 2023.

#### Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 1.1.10.

#### Gebeurtenissen na balansdatum

#### Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

W.G.  
De heer mr. A.H. van Wijk

W.G.  
De heer dr. R.G.L. Nellen

W.G.  
De heer prof. Dr. J.C.M. van Sonderen

W.G.  
Mevrouw dr. H.M. Klomp chirurg

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

W.G.  
Mevrouw drs. R.M. Ritsema van Eck

W.G.  
Mevrouw drs. S.J.M.C. Kersten-Kerstens

## Verantwoordingsmodel WNT 2022

WNT-verantwoording 2022 - IJsselland ZKH

De WNT is van toepassing op IJsselland ZKH. Het voor IJsselland ZKH toepasselijke bezoldigingsmaximum is in 2022 € 216.000, 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 2022 bedragen x € 1	AH van Wijk	RGL Nellen
<b>Functiegegevens</b>	voorzitter RvB	co-bestuurder
Aanvang en einde functievervulling in 2022	01/01 - 31/12	01/02 - 31/12
Omvang dienstverband (als deeltijdfactor in fte)	1	0,60
Dienstbetrekking?	ja	nee
<b>Bezoldiging</b>		
Beloning plus belastbare onkostenvergoedingen	€ 202.479	€ 111.361
Beloningen betaalbaar op termijn	€ 13.521	€ 0
<b>Subtotaal</b>	<b>€ 216.000</b>	<b>€ 111.361</b>
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 216.000	€ 118.141
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.	N.v.t.
<b>Bezoldiging</b>	<b>€ 216.000</b>	<b>€ 111.361</b>
Het bedrag van de overschrijding, en de reden waarom de overschrijding al dan niet is toegestaan	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting op de vordering wegens onverschuldigde betaling	N.v.t.	N.v.t.

Gegevens 2021 bedragen x € 1	AH van Wijk	LSM Boesten
<b>Functiegegevens</b>	voorzitter RvB	lid RvB
Aanvang en einde functievervulling in 2021	01/01 - 31/12	01/01 - 30/09
Omvang dienstverband (als deeltijdfactor in fte)	1	0,52
Dienstbetrekking?	ja	ja
<b>Bezoldiging</b>		
Beloning plus belastbare onkostenvergoedingen	€ 196.204	€ 76.424
Beloningen betaalbaar op termijn	€ 12.796	€ 4.988
<b>Subtotaal</b>	<b>€ 209.000</b>	<b>€ 81.412</b>
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 209.000	€ 81.412
<b>Bezoldiging</b>	<b>€ 209.000</b>	<b>€ 81.412</b>

Gegevens 2022 en 2021 bedragen x € 1	RGL Nellen		PPB van der Sloot - Drenth	
<b>Functiegegevens</b>	co-bestuurslid		co-bestuurslid	
Kalenderjaar	2022	2021	2022	2021
Periode functievervulling in het kalenderjaar (aanvang – einde)	01/01 - 31/12	01/02 t/m 31/12	n.v.t.	01/01 t/m 31/01
Aantal kalendermaanden functievervulling in het kalenderjaar	1	11	0	1
Omvang van het dienstverband in uren per kalenderjaar	72	768	0	0
<b>Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum</b>				
Maximum uurtarief in het kalenderjaar	€ 206	€ 199	€ 206	€ 199
Maxima op basis van de normbedragen per maand	€ 21.700	€ 271.200	€ 0	€ 27.700
Individueel toepasselijke maximum gehele periode	€ 167.664		€ 0	
<b>Bezoldiging (alle bedragen exclusief btw)</b>				
Werkelijk uurtarief lager dan het maximum uurtarief?	ja		ja	
Bezoldiging in de betreffende periode	€ 10.386	€ 110.784	€ 0	€ 0
Bezoldiging gehele periode kalendermaand 1 t/m 12	€ 121.170		0	
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.		0	
<b>Bezoldiging</b>	<b>€ 121.170</b>		<b>0</b>	
Het bedrag van de overschrijding, en de reden waarom de overschrijding al dan niet is toegestaan	N.v.t.		N.v.t.	
Toelichting op de vordering wegens onverschuldigde betaling	N.v.t.		N.v.t.	

## 1c. Toezichthoudende topfunctionarissen

Gegevens 2022 bedragen x € 1	JCM van Sonderen	HJIM van Berden	RM Ritsema van Eck	SMA Rodts
<b>Functiegegevens</b>	voorzitter	lid	lid	lid
Aanvang en einde functievervulling in 2022	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12
<b>Bezoldiging</b>				
Bezoldiging	€ 25.200	€ 17.280	€ 17.280	€ 17.280
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 32.400	€ 21.600	€ 21.600	€ 21.600
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<b>Bezoldiging</b>	€ 25.200	€ 17.280	€ 17.280	€ 17.280
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.
Toelichting op de vordering wegens onverschuldigde betaling	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

Gegevens 2022 bedragen x € 1	HM Klomp	SMC Kersten	H van Moorsel
<b>Functiegegevens</b>	lid	lid	lid
Aanvang en einde functievervulling in 2022	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12
<b>Bezoldiging</b>			
Bezoldiging	€ 17.280	€ 17.280	€ 2.160
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 21.600	€ 21.600	€ 2.700
-/- Onverschuldigd betaald en nog niet terugontvangen bedrag	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<b>Bezoldiging</b>	€ 17.280	€ 17.280	€ 2.160
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 2021 bedragen x € 1	H van Moorsel	G van Essen	TAR van Lier	HM Klomp	E. van der Vliet
<b>Functiegegevens</b>	voorzitter	lid	lid	lid	lid
Aanvang en einde functievervulling in 2021	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 30/09	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/12	01/01 t/m 31/03
<b>Bezoldiging</b>					
Bezoldiging	€ 24.120	€ 16.080	€ 16.080	€ 16.720	€ 4.180
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 30.150	€ 20.100	€ 20.100	€ 20.900	€ 5.225

Gegevens 2021 bedragen x € 1	JCM van Sonderen	HJIM van Berden	RM Ritsema van Eck	SMA Rodts
<b>Functiegegevens</b>	lid	lid	lid	lid
Aanvang en einde functievervulling in 2021	01/07 t/m 31/12	01/07 t/m 31/12	01/07 t/m 31/12	01/07 t/m 31/12
<b>Bezoldiging</b>				
Bezoldiging	€ 8.360	€ 8.360	€ 8.360	€ 8.360
Individueel toepasselijke bezoldigingsmaximum	€ 10.536	€ 10.536	€ 10.536	€ 10.536

## 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