

Jaarverslag 2015

**Stichting Zorgorganisatie
Het Hoge Veer**

Inhoudsopgave

UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	4
1 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	6
1.1 Algemene identificatiegegevens	6
1.2 Missie, visie en doelstellingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer	7
1.3 Structuur van het concern.....	8
1.4 Organigram	9
1.5 Kerngegevens	10
1.6 Geografische gebieden	10
1.7 Maatschappelijke relevantie	10
2 BESTUUR, TOEZICHT EN MEDEZEGGENSCHAP.....	11
2.1 Raad van Bestuur / Directie.....	11
2.2 Raad van Toezicht.....	11
2.3 MT.....	13
2.4 Cliëntenraad	15
2.5 Ondernemingsraad.....	16
2.6 MIC (cliëntveiligheid)	17
2.7 Kwaliteit.....	18
2.8 HRM	20
2.9 Bestuurlijk risico profiel.....	21
2.10 Samenwerkingsrelaties / belanghebbenden	27
2.11 Kwantitatieve ontwikkeling.....	29
3 JAARREKENING	31
A DIGIMV PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	32
A.1 Kerngegevens	32
A.1.1 Nadere typering	32

A.1.2	Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg	32
B	DIGIMV GOVERNANCE	34
C	DIGIMV BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	38
C.1.1	Personeelsbeleid	39
C.1.2	Financieel beleid	39
Bijlage	Risico's classificeren	40

Uitgangspunten van de verslaggeving

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een WTZi-toelating, aangezien zij zorg biedt op grond van de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg (WLZ) en hiervoor in aanmerking komt voor een vergoeding. Met deze toelating is de organisatie wettelijk verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen waaraan de zorgorganisatie het geld uit de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet besteedt. Deze verantwoording bestaat uit twee onderdelen:

- Aanleveren van verantwoordingsgegevens over onderwerpen op het gebied van bestuur, bedrijfsvoering, personeel, financiën en productie (via vragen en tabellen in DigiMV)
- Opstellen en aanleveren van een jaarrekening met een controle-, beoordelings- of samenstellingsverklaring (inleveren via de deponeerfaciliteit in DigiMV).

Het oorspronkelijke maatschappelijk verslag is voor zorginstellingen als onderdeel van de Jaarverantwoording Zorg met ingang van verslagjaar 2012 vervallen, aldus het ministerie van VWS. Echter om te voldoen aan de Zorgbrede Governancecode 2010 en de medezeggenschap-, toezicht-, en beleidsorganen zich tegenover de belangstellenden en rechthebbenden kan verantwoorden over het gevoerde beleid en de geleverde prestaties zijn de jaarverslagen van de RvT, cliëntenraad, ondernemingsraad en managementteam geplaatst in het maatschappelijk verslag.

Tevens maakt ZHHV een jaarverslag omdat de account dit vanuit het RJ 400 vraagt.

Eisen zijn;

- Dat het jaarverslag informatie bevat omtrent de rechtspersoon.
- Het beschrijven van achtergronden en oorzaken van ontwikkelingen in de financiële gegevens die in de jaarrekening zijn opgenomen.
- Het beschrijven van de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee de rechtspersoon wordt geconfronteerd.

Ook de Dongemond gemeenten stellen eisen aan het jaarverslag, betreffende een jaarrekening en een beknopt kwaliteitsjaarverslag.

Intern wordt er naast het jaarverslag nog verantwoording afgelegd o.a. door middel van een jaarlijkse:

- beleidsresultatenbijeenkomst;
- kwantitatieve en kwalitatieve beleidsresultatenrapportage;
- HKZ-directiebeoordeling;
- MIC-jaarrapportage;
- auditrapportage HKZ-VVT;
- LPZ-rapportage.

Tweejaarlijks door middel van:

- rapportage waarderingsonderzoek cliënten;
- rapportage waarderingsonderzoek medewerkers;
- rapportage externe relaties;

Driejaarlijks door middel van:

- Waarderingsonderzoek vrijwilligers.

Het voornaamste strategische doel van Zorgorganisatie het Hoge Veer is de uitwerking van de missie, visie en doelstellingen. In het verlengde van de interne & externe analyse resulteert dit voor de komende 5 jaar in de volgende als resultaten beschreven voornaamste strategische doelen:

1. Het levensloopbestendig Hoge Veer Woonzorgcomplex is in gebruik genomen en de bijbehorende klantgerichte attitude en werkwijze zijn ingevoerd;
2. De tevredenheid (extramuraal en intramuraal) van cliënten, medewerkers en vrijwilligers is gelijk of hoger aan het streefcijfer uit het organisatorisch jaarbeleidsplan;
3. De extra structurele middelen vanuit de regeling Waardigheid en Trots ter verbetering van de kwaliteit van de zorg zijn verkregen en ingezet volgens de doelstellingen (zinnige dagbesteding & strategische personeelsplanning) uit de regeling;
4. De resultaat verantwoordelijke teams (extramuraal en intramuraal) kunnen de (klantgerichte) zorg- en werkprocessen zelfstandig organiseren, bewaken en verbeteren;
5. SZHHV heeft na de ingebruikname van de nieuwbouw een steunpunt in het oude Hoge Veer Complex voor de aanleun- en wijkbewoners;
6. De zorgcapaciteit (extramuraal en intramuraal) van SZHHV is (behouden of) uitgebreid;
7. Locatie Hoge Veer Rivierzicht biedt (ook) verpleeghuiszorg;
8. Behoudens een door de rijksoverheid toegestaan percentage van ZZP4 is de verzorgingshuiszorg geextramuraliseerd;
9. Het kleinschalige karakter van de stichting is behouden en samenwerking met aanvullende organisaties is gecontinueerd of uitgebreid.

1 Profiel van de organisatie

1.1 Algemene identificatiegegevens

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER Locatie "Hoge Veer Complex"
Adres	Het Hoge Veer 1
Postcode	4941 KH
Plaats	Raamsdonksveer
Telefoonnummer	0162-513450
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41099381
E-mail	info@hogeveer.nl
Internetpagina	www.hogeveer.nl

Naam verslagleggende rechtspersoon	STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER Locatie "Hoge Veer Rivierzicht"
Adres	Scheepswerflaan 47
Postcode	4941 GZ
Plaats	Raamsdonksveer
Telefoonnummer	0162-511360
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41099381
E-mail	info@hogeveer.nl
Internetpagina	www.hogeveer.nl

1.2 Missie, visie en doelstellingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer

Missie

Het creëren van een woon- en leefklimaat waarin de cliënt, ondanks eventuele (toenemende) afhankelijkheid van anderen, zelf richting geeft aan het eigen leven.

Visie

Door het beïnvloeden van omgevingsfactoren en het ondersteunen van het zelfzorgvermogen is de mens in staat om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven in zijn eigen woon- en leefomgeving. Hierbij wordt uitgegaan van een zelfstandige, verantwoordelijke burger die in staat is zelf keuzes te maken. De zinsbeleving van de mens staat hierbij centraal.

Doelstelling wonen

De doelstelling ten aanzien van het wonen is: het bieden van een woning waarin mensen zelfstandig kunnen blijven wonen onafhankelijk van de toenemende vraag naar professionele zorg.

Uitgangspunten hierbij zijn;

- zelfstandig thuis wonen (op basis van reguliere huurovereenkomst*)
 - o privacy
 - o geen gedwongen scheiding van de partner
- niet behoeven te verhuizen bij toenemende vraag naar zorg
- aangepast aan specifieke eisen
- scheiding van kosten voor woning, zorg en welzijn*
 - o eigen beheer over inkomen en uitgaven
- niet in een instituut wonen
 - o algemene voorzieningen aanwezig in complex
 - o ook andere leeftijdsgroepen
 - o ook bewoners zonder zorgindicatie
- de levensloopbestendigheid van het gebouw zelf
 - o in potentie is het gebouw multifunctioneel
- gedifferentieerd woonmilieu

* met uitzondering van een beperkt aantal intramurale plaatsen

Doelstelling diensten, welzijn en zorg

De doelstelling ten aanzien van diensten, welzijn en zorg is: het leveren van integrale, traploze en flexibele arrangementen die aansluiten bij de individuele behoeften van de cliënt.

Uitgangspunten hierbij zijn;

- de vraag van de cliënt bepaalt het aanbod, dat wil zeggen
 - o geen standaardpakketten, maar op basis van behoefte een 'aanbod op maat'
 - o een optimale regie door de cliënt
 - o optimale mogelijkheid tot zelfzorg
- integrale teams, zodat
 - o de zorg door één team wordt geleverd
 - o per cliënt niet meer (verschillende) zorgverleners dan strikt noodzakelijk worden ingezet
 - o er geen sprake is van hiaten en overlappingsen in de zorgverlening
- integrale zorg, waarbij

- o meerdere zorgproducten aanwezig zijn
- o een goede onderlinge afstemming in (multidisciplinair) overleg is gegarandeerd
- flexibiliteit, hetgeen impliceert dat
 - o de zorg wordt geleverd wanneer die op dat specifieke moment nodig is (dus niet uitgegaan wordt van een dagelijks terugkerend standaardzorgplan)
 - o ook de dagelijks terugkerende zorg, 'op afroep' geleverd kan worden
- traploos, zodat
 - o bij een toenemende zorgbehoefte sprake is van continuïteit van zorg en zorgverleners in dezelfde eigen woning
- klantvriendelijke attitude, dus
 - o een respectvolle en gelijkwaardige bejegening
- de zorgbehoefte van de cliënt is in principe geen reden tot verhuizing.

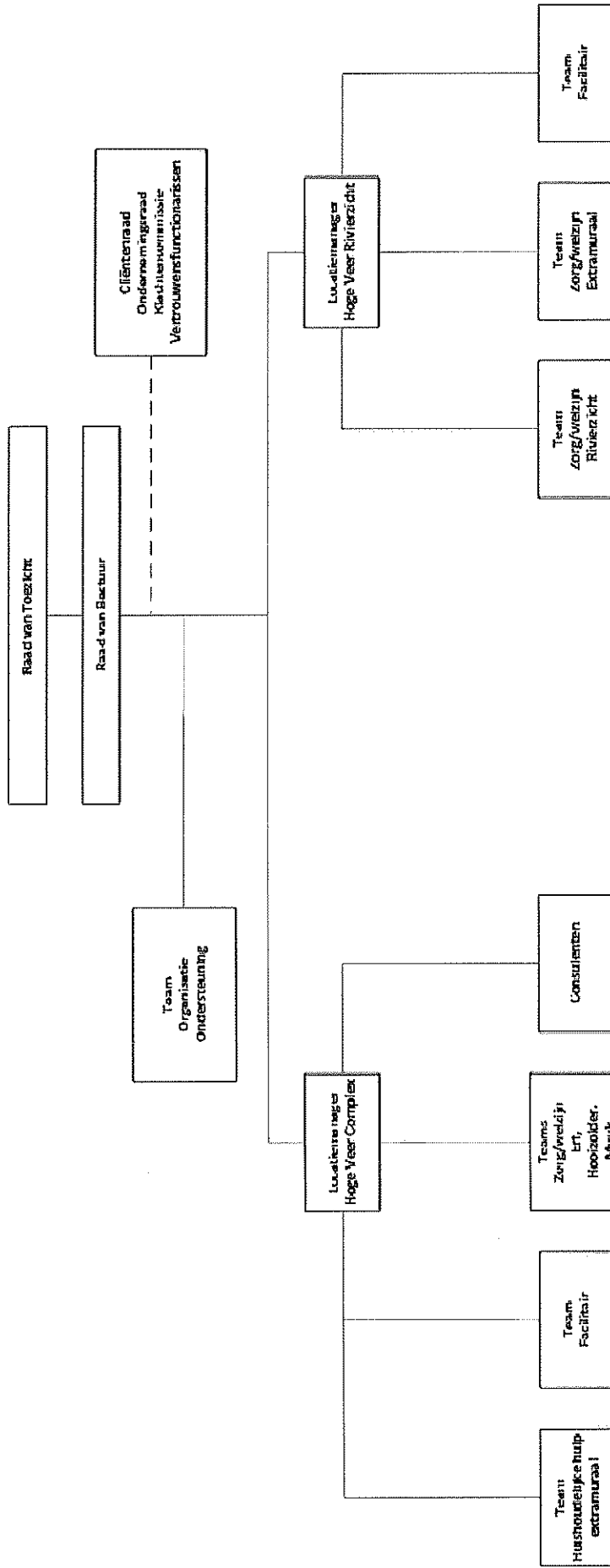
1.3 Structuur van het concern

De structuur van het concern is een stichting.

Toelatingsbeschikking CvZ/CIBG voor de functies

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf	Ja

1.4 Organigram



N.b. elk team kent een eigen coördinator

1.5 Kerngegevens

De WMO-functies die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert zijn:

- huishoudelijke hulp;
- begeleiding groep en begeleiding.

De functies uit de ZVW en WLZ die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert zijn:

- verblijf licht;
- verblijf zwaar (behandeling);
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- dagactiviteit basis en vervoer.

De primaire doelgroepen zijn:

- somatische aandoening of beperking;
- psychogeriatrische aandoening of beperking.

1.6 Geografische gebieden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich in eerste instantie op mensen met een zorgvraag in de gemeente Geertruidenberg (de plaatsen Raamsdonksveer, Raamsdonk en Geertruidenberg) en eventueel aangrenzende gedeelten van de direct omliggende gemeenten. Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich met de zorgverlening op zowel mensen die in haar woonzorgcomplexen (in het verzorgingshuis, het verpleeghuis of in de aanleunwoningen) wonen, als op mensen die buiten de woonzorgcomplexen wonen (zorg-aan-huis).

Zorgorganisatie Het Hoge Veer biedt zorg in zorgkantoor-regio West-Brabant.

1.7 Maatschappelijke relevantie

Het strategisch beleid vindt zijn oorsprong in de missie, visie en doelstellingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. Aan de missie, visie en doelstellingen liggen de hierna genoemde maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag:

- de ontwikkeling bij de doelgroep van wensen en behoeften met betrekking tot wonen, welzijn en zorg;
- de (dubbele)vergrijzing (meer zorg);
- de ontgroening;
- het zoveel mogelijk in stand houden of herstellen van zelfzorg;
- het zoveel mogelijk in stand houden en stimuleren van informele- en mantelzorg (hetgeen opgevat kan worden als een onderdeel van zelfzorg);
- de verwachting dat het steeds moeilijker wordt om aan voldoende gekwalificeerde vrijwilligers en medewerkers te komen;
- het beleid en de bezuinigingen vanuit de overheid.

2 Bestuur, toezicht en medezeggenschap

2.1 Raad van Bestuur / Directie

Samenstelling Raad van Bestuur / Directie

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. Drs. M. Konings	Bestuurder / Directeur	Bestuurder Stichting Vrienden van Zorgorganisatie Het Hoge Veer Directeur / Bestuurder van Stichting Welzijn Ouderen Geertruidenberg (SWOG)

De Raad van Bestuur bestuurt de stichting onder toezicht van de Raad van Toezicht.

De Raad van Bestuur dient primair het belang van de stichting in relatie tot de maatschappelijke functie van de stichting en maakt bij de beleidsvorming een evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij de stichting betrokken zijn en de maatschappelijke relevantie.

De Raad van Bestuur is zich bewust van de verantwoordelijkheid, maatschappelijke positie en voorbeeldfunctie en zal uit dien hoofde geen handelingen verrichten of nalaten die de reputatie van de stichting schaden. Het normatieve kader voor het handelen en het gedrag van de Raad van Bestuur is de Gedragscode voor de goede bestuurder van de NVZD, welke gedragscode onderdeel uitmaakt van het reglement.

De bezoldiging van de Raad van Bestuur valt binnen de Wet Normering Topinkomens (WNT). Voor 2015 is de overgangsregeling WNT van kracht.

2.2 Raad van Toezicht

Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Functie
P.P.M. van Geelen	Voorzitter Raad van Toezicht
A.E.J.M. van den Wijngaard	Lid Raad van Toezicht (secretaris)
A.M.M. Jetten	Lid Raad van Toezicht (waarnemend voorzitter)
C.J.M. van den Heijkant	Lid Raad van Toezicht
A.J. van der Put	Lid Raad van Toezicht

Rooster van aftreden

Naam	1 ^e termijn	2 ^e termijn	3 ^e termijn
P.P.M. van Geelen	01-11-2008	01-11-2012	Op verzoek RvT t/m 31-12-2016
A.E.J.M. van den Wijngaard	01-02-2016	01-02-2020	
A.M.M. Jetten	01-11-2010	01-11-2014	Op verzoek RvT t/m 31-12-2015
C.J.M. van den Heijkant	01-04-2018	01-04-2022	

A.J. van der Put	01-07-2018	01-07-2022	
------------------	------------	------------	--

Ten aanzien van de zittingstermijnen van de leden van de Raad van Toezicht heeft de Raad van Toezicht, volgens het principe 'pas toe of leg uit', in afwijking van artikel 10 lid 10 van de statuten en artikel 4.2.7 van de Zorgbrede Governance Code 2010, d.d. 08-06-2010, het hierna volgende besloten: *gezien de bijzondere omstandigheid van de stichting kunnen individuele leden, ter waarborging van de continuïteit, op verzoek van de overige leden van de Raad van Toezicht eventueel een derde termijn aanblijven. Hier liggen de volgende redenen aan ten grondslag:*

- *de ombouw van de organisatie van volledig intramuraal gericht naar deels intramuraal en deels extramuraal gericht;*
- *de implementatie van een geheel nieuw financieringssysteem voor de exploitatie van de organisatie;*
- *de ontwikkeling en realisatie van volledige nieuwbouw van haar huisvesting, met daarop aansluitend een aanpassing van de werkorganisatie;*
- *de verwerking van de gevolgen van de algemene financieel economische moeilijkheden van Nederland op de bedrijfsvoering van de organisatie (recessie).*

Hier is twee keer gebruik van gemaakt door de voorzitter een derde termijn en de waarnemend voorzitter een extra jaar toe te kennen. Gezien de situationele veranderingen zal van deze uitzondering geen gebruik meer worden gemaakt in de toekomst.

De onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht blijkt uit de artikelen die zijn opgenomen in de statuten en het reglement met betrekking tot onverenigbaarheid. Hierin staat onder andere aangegeven dat de leden worden gekenmerkt door integriteit, een onafhankelijke opstelling en dat zij in het kader van hun functie op geen enkele wijze belang hebben bij de stichting.

De Raad van Toezicht geeft onder andere invulling aan haar taken door circa vijf keer per jaar te vergaderen. Bij deze vergaderingen is de Raad van Bestuur aanwezig. De Raad van Bestuur informeert, rapporteert en legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht op basis van een informatieprotocol. Ter goedkeuring worden in deze vergadering onder meer besproken: het strategisch beleid, het organisatorisch jaarbeleidsplan, de begroting, de jaarrekening en het jaardocument.

Eventuele risico's verbonden aan de activiteiten van de organisatie worden onder andere besproken aan de hand van het bestuurlijk risicoprofiel, het strategisch beleid, het accountantsverslag, de beleidsresultaten (waaronder rapportages met betrekking strategische aspecten, incidenten, ziekteverzuim, klachten, interne controle e.d.) en de diverse overige rapportages van de Raad van Bestuur.

Het overleg met betrekking tot interne beheersings- en controle systemen is onder meer gebaseerd op grond van de maand, kwartaal, halfjaarlijkse en jaarlijkse rapportages van de Raad van Bestuur ten aanzien van productie, inkomsten en (loon)kosten. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de algemene rapportages van de Raad van Bestuur (waaronder de beleidsresultaten), de accountantsverklaring met betrekking tot de administratieve organisatie en de interne controle.

Ook worden in de Raad van Toezicht de rapporten behandeld van de Benchmark, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de onafhankelijke waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers, het onafhankelijke VVT HKZ/ISO kwaliteitsonderzoek (volgens de normen Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen en Verantwoorde Zorg), de

Landelijke Prevalentie Zorgmeting (vanuit normen Verantwoorde Zorg), de kostprijsberekeningen en overige onderzoeksrapporten rond de interne organisatie die van informatief belang zijn voor het verantwoord functioneren van de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht heeft een externe accountant benoemd. Het overleg met de externe accountant vindt plaats door de Raad van Bestuur. Het accountantsverslag wordt door de accountant besproken met de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur.

Het functioneren van de Raad van Bestuur wordt periodiek besproken door de voorzitter van de Raad van Toezicht samen met één van de leden. De statuten, het reglement Raad van Bestuur en de visie, missie en doelstellingen van de organisatie, liggen hieraan ten grondslag.

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur evalueren jaarlijks de samenwerking tussen beide organen.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van en de samenwerking binnen de Raad van Toezicht. De laatste evaluatie vond plaats onder aanwezigheid van een externe begeleider.

Ieder jaar wordt er een vergadering van de cliënten- en de ondernemingsraad bijgewoond door 2 leden van de Raad van Toezicht.

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht is gebaseerd op het advies van de NVTZ; 'honorering van raden van toezicht van zorginstellingen'.

De Raad van Toezicht bestaat voor 50% uit vrouwelijke en voor 50% uit mannelijke leden. Deze samenstelling betreft een bewuste keuze.

2.3 MT

Het MT-overleg bestaat uit de bestuurder en de twee locatiemanagers.

Inspanningen, prestaties en evaluatie van het MT in 2015

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Er is formele overeenstemming met een overname partij en WSG voor de nieuwbouw van het Hoge Veer Complex en er wordt uitvoering gegeven aan de voorbereidingen voor de nieuwbouw.	De bestuurder heeft een scenario keuze gemaakt m.b.t. het nieuwbouwplan. Na goedkeuring van de Raad van Toezicht is er van start gegaan met een intensief traject/proces dat o.a. heeft geresulteerd in een locatie keuze (samen met gemeente en WSG), een selectie procedure met zorgvastgoedfondsen en de verdere ontwikkeling (o.a. met WSG en gemeente) van het plan. Ook heeft er een architecten selectie plaatsgevonden. Daarnaast wordt het alternatief onderzocht en in voorbereiding	Het ligt in de bedoeling om eind januari / begin februari 2016 te komen tot opties waarvan er één ter verdere realisering wordt voorgelegd aan de RvT.	Vanaf het moment van overeenstemming met een financierende partij wordt er een planning aangehouden van ruim drie jaar tot de ingebruikname van de nieuwbouw. Aanvulling maart 2016: de bestuurder heeft gekozen om de optie uit te voeren waarbij ZHHV 60 intramurale eenheden (inclusief zorginfrastructuur) en 10 extramurale eenheden (vrije sector) in eigen bezit ontwikkeld

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	uitgewerkt om de nieuwbouw in eigen bezit zelf te ontwikkelen.		en de woningbouwcoöperatie 50 extramurale eenheden (sociale huur) ontwikkeld. De RvT heeft hier goedkeuring aan gegeven.
In december 2015 wordt binnen de organisatie door alle zorgteams tijdens de palliatieve fase van een chronisch ziekteproces gewerkt volgens de zorgmodule Palliatieve zorg 1.0.	Er is een plan van aanpak geschreven voor de implementatie van de zorgmodule 1.0.	Start is gemaakt. De zorgcoördinatoren krijgen gefaseerd d.m.v. PP uitleg over de zorgmodule.	Het plan loopt door in 2016.
In juni 2015 is er binnen de organisatie een valpreventieteam opgericht en werkzaam.	Valpreventie adviesteam komt in 2 ^{de} kwartaal 2015 voor eerst bij elkaar. Eerste bijeenkomst is eind september geweest. Er zijn afspraken gemaakt over deelname aan het team en de rol van iedereen binnen het team.	Er is een planning gemaakt welke zaken we in 2016 gaan oppakken.	Doel gehaald.
In december 2015 zijn zorgmedewerkers werkzaam binnen de organisatie bekwaam om de meest voorkomende verpleegtechnische handelingen uit te voeren.	Vaardigheidstrainingen zijn gepland; alle medewerkers hebben zich opgegeven. Medewerkers krijgen na slagen certificaat uitgereikt. We zijn aan het oriënteren op een digitale leeromgeving. Document deskundigheidsbevordering is aangepast. Hierin staan voorwaarden en eisen m.b.t. het bekwaam blijven. In jan. 2016 worden medewerkers die de training niet hebben gevolgd aangeschreven; ze hebben dan een maand de tijd om de training te volgen; zij dienen zelf hiervoor afspraken te maken met de trainers.	Evaluaties trainingen zijn positief. Voor 2016 is de planning gemaakt. In POP gesprek komt dit onderdeel terug. Vrijwel alle medewerkers hebben de training in 2015 gevolgd (peildatum 8 dec. 2015).	Doel gehaald.

2.4 Cliëntenraad

Binnen de organisatie is er een Cliëntenraad (CR). De taakverdeling en de werkwijze zijn vastgelegd in een reglement. In de begroting is een budget gereserveerd voor de cliëntenraad. Op verzoek van de cliëntenraad kan dit budget worden bijgesteld.

Samenstelling van de cliëntenraad:

dhr K.A.de Boon	voorzitter
mevr T.J.Molewijk-Heinen	vice-voorzitter
mevr M.M.v.d.Pluijm-Wintermans	secretaris
mevr A.P.Boelaars-de Meijer	lid

Onderwerpen, acties en resultaten Cliëntenraad

Onderwerpen/acties	Resultaten
Aanstellen van nieuwe coördinator zorg HHV complex	Akkoord
Begroting 2016	Positief advies
Jaarrekening 2014	Positief advies
Jaarverslag 2014	Behandeld
Organisatorisch beleidsplan 2016	Behandeld
Voortgang nieuwbouw	Behandeld
Tussentijdse organisatorische rapportages rond resultaten en voortgang	Behandeld
Verhuizen naar een andere locatie?	Positief advies
Het bespreken en ondertekenen van de inventarisatie van het overzicht rapportage zorgkantoor NZA	Akkoord
Het aanstellen van een nieuw bureau klachtenafhandeling	Akkoord
De zijgangen van locatie HHVC zijn geschilderd en voorzien van vloerbedekking	Uitgevoerd
Adviserend t.o.v. cliëntenonderzoeken Advies: • groter lettertype gebruiken • geen moeilijke namen gebruiken • cliënten helpen met het invullen	In vervolg wil de cliëntenraad inspraak hebben. Voordat vragenlijsten worden uitgegeven eerst naar de cliëntenraad.
Rookruimte HV	Is in onderzoek bij de woningbouwvereniging.

Onderwerpen/acties	Resultaten
Het bouwen van een balkon voor restaurant Rivierzicht	De bouw is voorlopig even stilgelegd, i.v.m. grote kosten t.o.v. het gebruik.
Meer inspraak van de cliëntenraad	De voorzitter van de cliëntenraad heeft zitting genomen in diverse werkgroepen.

2.5 Ondernemingsraad

De ondernemingsraad bestaat uit 7 personen; waarvan één voorzitter, één secretaris en 5 leden.

De ondernemingsraad kijkt voortdurend naar de balans tussen het collectieve belang van de medewerkers en het organisatiebelang.

De ondernemingsraad gaat voor een stabiele, toekomstgerichte organisatie met een optimaal fysiek, psychisch en sociaal werkklimaat.

Onderwerpen, acties en resultaten Ondernemingsraad

Onderwerpen/acties	Resultaten
OR reglement beoordelen en aanpassen	In januari 2015 is het reglement aangepast.
Beleidsplan schrijven	In januari 2015 zijn de doelen voor 2015 geschreven.
Begroting 2016	Behandeld
Jaarrekening 2014	Behandeld
Jaarverslag 2014	Behandeld
Organisatorisch beleidsplan 2016	Behandeld
Voortgang nieuwbouw	Behandeld
Tussentijdse organisatorische rapportages rond resultaten en voortgang	Behandeld
Verkiezing houden en voorbereiden	In mei 2015 zijn de verkiezingen gehouden en is de uitbreiding behaald.
Instemmingsverzoek kernwaarden	Na aanpassingen is in november 2015 instemming verleend.
Adviesverzoek nieuwbouw op andere locatie	In oktober 2015 is advies verleend.
Instemmingsverzoek deskundigheidsbevorde-	Na aanpassingen is in december 2015 in-

Onderwerpen/acties	Resultaten
ring medewerkers	stemming verleend.
Gesprek ARBO arts	In mei 2015 heeft het gesprek plaatsgevonden.
Gesprek vertrouwenspersoon	In mei 2015 heeft het gesprek plaats gevonden. De nieuwe gegevens zijn in de organisatie verspreidt.
Instemmingsverzoek Protocol roosteren	Na aanpassingen is in februari 2015 instemming verleend.
Instemmingsverzoek opheffen klachtencommissie HHV	In oktober 2015 is instemming verleend.
Scholing en teambuilding	Uitgevoerd in mei 2015. Men weet wat we van elkaar kunnen verwachten.
Scholing in samenwerking met de bestuurder	Uitgevoerd in oktober 2015. Gevolg vergaderingen lopen soepeler en constructiever.
Instemming en verzuim re-integratie beleid	Na aanpassingen is in februari 2015 instemming verleend.
Nieuwsbrief	2x per jaar is de achterban schriftelijk geïnformeerd.

2.6 MIC (cliëntveiligheid)

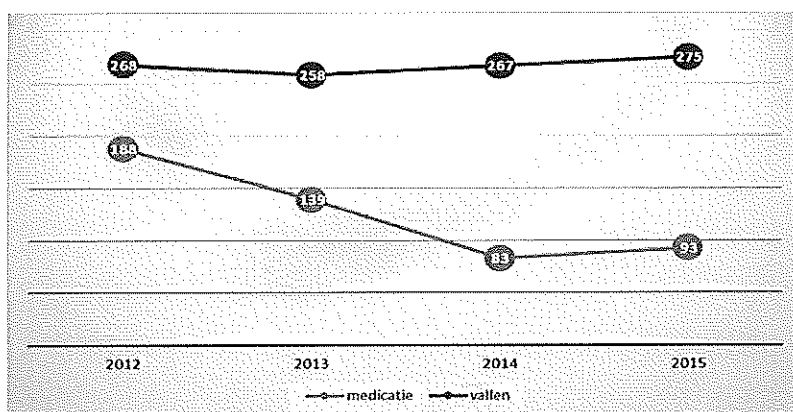
In 2015 is de MIC commissie ieder kwartaal bij elkaar geweest. Deelnemers zijn locatiemanagers; coördinatoren zorgteams en de personeelsconsulent (notulist). De apotheker; huisarts en coördinator facilitair nemen deel op afroep.

Taken en bevoegdheden MIC commissie:

- Inventariseren en analyseren van incidenten en gevaarlijke situaties;
- Formuleren van adviezen aan directie;
- Verslaglegging van incidenten.

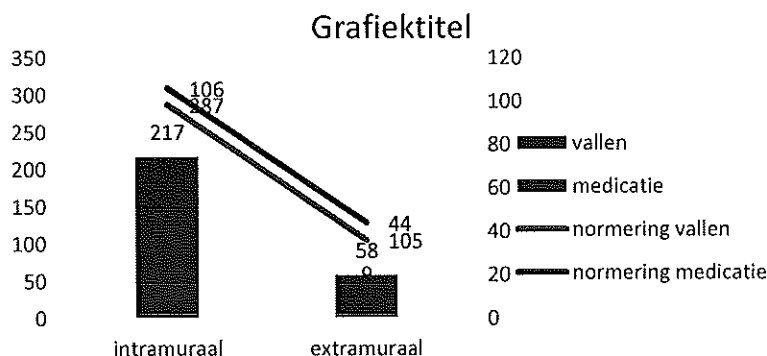
De registratie van incidenten is bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren, niet om fouten te achterhalen.

De MIC commissie heeft geen lijnbevoegdheden of informerende rol naar cliënt, familie of CR.



Ten opzichte van 2014 is er in 2015 een lichte stijging van incidenten te zien. Voornaamste oorzaak hiervan is het groeiende aantal cliënten met complexe zorgvragen. Hierdoor neemt het valrisico toe; daarnaast gebruiken cliënten vaak meer medicatie waardoor het risico op een medicatie incident toeneemt. Over het geheel genomen is het aantal medicatie incidenten vanaf 2012 met meer dan 50% afgenomen. Het aantal valincidenten is ongeveer gelijk gebleven ondanks de groeiende complexe zorgvragen van cliënten.

Aantal meldingen 2015 met normering



2.7 Kwaliteit

Het kwaliteitsbeleid van Zorgorganisatie Het Hoge Veer is mede vertaald in het organisatorisch beleidsplan en de teambeleidsplannen. Deze plannen bestaan uit een kwalitatief en een kwantitatief gedeelte. Hierin zijn alle doelen opgenomen die Zorgorganisatie Het Hoge Veer in een bepaalde periode wil behalen.

In het kwalitatieve gedeelte worden de doelen geconcretiseerd in subdoelen. De subdoelen worden getoetst via opgestelde toetsingsnormen. Indien uit de toetsing blijkt dat een (sub)doel onvoldoende is gerealiseerd, vormt dit een aanleiding om aan verdere verbeteringen te gaan werken.

Om de haalbaarheid en inspanningen rond de geformuleerde doelen qua tijd, financiën, materiële en personele middelen inzichtelijk te maken, worden er activiteitenplannen opgesteld. Hierin is terug te vinden wie er verantwoordelijk is, op welke wijze het wordt uitgevoerd, of er al dan niet cliënten bij betrokken worden, hoeveel tijd, geld en (personele) middelen er vrijgemaakt dienen te worden en welk toetsingsinstrument gehanteerd wordt.

De voortgang van de beleidsplannen is een vast agendapunt op het managementoverleg, coördinatorenoverleg en het werkoverleg van de diverse teams.

Het VVT HKZ/ISO kwaliteits(management)systeem wordt jaarlijks zowel intern als extern geanalyseerd. 1x in de twee jaar worden de kwaliteit van de dienstverlening en de waardering van cliënten en medewerkers gemeten. Uitkomsten hiervan worden, indien van toepassing, gebruikt middels plan van aanpakken en de beleidsplannen ter verbetering van de kwaliteit en waardering.

Tevens is het veiligheidsbeleid jaarlijks geëvalueerd door bestuurder, MT en medewerkers.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Beoordeling Kwaliteitsmanagement-systeem (KMS) met bestuur en MT	Uitvoeren directiebeoordeling in maart 2015.	Zie rapportage over beoordeling KMS	Elk jaar het KMS beoordelen
Verbeteren van de cliëntenwaardering, bij cliënten die vallen onder de WLZ, ZVW en contactpersonen PG.	Meten van de cliëntenwaardering door mondelinge interviews en schriftelijke vragenlijsten. Opstellen en uitvoeren van plan van aanpakken Norm: De classificatie moet minimaal <u>goed</u> zijn.	- Gehaald bij intramurale cliënten. Percentage = 84%, Classificatie: goed (76% - 90%) - Niet-gehaald bij PG-contactpersonen. Percentage = 65%, Classificatie: ruim voldoende (51% - 75%) - Niet-gehaald bij extramurale cliënten PV en V. Percentage = 55,2%, Classificatie: voldoende (51% - 75%) - Gehaald bij extramurale cliënten HV (WMO). Percentage = 80%, Classificatie: goed (76% - 90%)	In 2016 worden de plannen van aanpak verder uitgevoerd. Volgende cliëntenwaarderingsonderzoek in voorjaar 2017.
Uitvoeren LPZ (meten normen verantwoorde zorg)	In november 2015 hebben de zorgmedewerkers bij alle cliënten van zorgorganisatie Het Hoge veerde normen verantwoorde zorg gemeten. Norm: Bij de vragen over risico-signalerings daarvan 80% van de vragen moeten de antwoorden 90% of	In 2015 zijn de normeringen voor V&V en Zorg Thuis gehaald.	De resultaten zijn in januari 2016 geanalyseerd en er is een rapport over de bevindingen geschreven. In 2016 gaat de MIC-commissie en de aandachtvelders wondverzorging hiermee aan de slag.

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	hoger scoren. Bij de overige vragen moet >80% van de LPZ-vragen niet hoger scoren dan 15%.		
ZHHV heeft de HKZVVT certificatie behaald bij een HKZ gecertificeerd onderzoeksbureau.	2x per jaar uitvoeren van interne audits. Veiligheidsbeleid, cliënten- en medewerkerswaardering meten.	In oktober 2015 heeft de certificatie-audit plaatsgevonden. Vervolgens zijn er 3 afwijkingen geconstateerd. Deze afwijkingen zijn opgelost. Vervolgens is ZHHV in december 2015 HKZ-gecertificeerd.	In 2016 vindt wederom de audit plaats.

2.8 HRM

Het HRM-team bestaat uit de personeelsconsulent en de medewerker HRM. 2015 heeft in het teken gestaan van het verder ontwikkelen en implementeren van het competentiehuis, kernwaarden, competentieprofielen en het evalueren van de functiebeschrijvingen en bijbehorende functiewaarderingen. Verder is er gestart met het voeren van vloot-schouwgesprekken door het HRM-team met de coördinator van de teams. Dit wordt 2 keer per jaar gedaan per team. Daarnaast is het digitaliseren van de personeelsdossiers een speerpunt.

Verder is er veel aandacht geweest voor de kwaliteit en scholing van medewerkers. Een aantal medewerkers niveau 3 zijn aan de opleiding verpleegkundige niveau 4 begonnen en daarnaast zijn een aantal medewerkers geslaagd voor de GVP opleiding. Ook is het proces rond scholingen voor de voorbehouden en risicovolle handelingen verandert en is er gezocht naar een geschikte aanbieder voor e-learningen.

Ten slotte heeft er een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaats gevonden.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Digitaliseren personeelsdossiers	Een eerste oriëntatie heeft plaats gevonden op alle stappen die ondernomen moeten worden voor het digitaliseren. Maar omdat we tevens aan het oriënteren zijn voor nieuwe software is dit doel tijdelijk stil gelegd. Dit wordt uitgesteld.	In 2015 zijn de personeelsdossiers nog niet gedigitaliseerd	In 2016 loopt het doel door.
Competentiehuis verder ontwikkelen en implementeren.	1. competentiehuis wat in 2014 is ontwikkeld gebruiken voor het ontwikkelen van competentieprofielen voor alle functies en het document kernwaarden.	Er zijn ongeveer 20 competentieprofielen ontwikkeld en geïmplementeerd en er is een document kernwaarden ontwikkeld.	Competentieprofielen en kernwaarden zijn onderdeel van de HR cyclus.

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	2. Competentieprofielen en kernwaarden opnemen in de HR-cyclus. Onderdeel van de functioneringsgesprekken. 3. Competenties gebruiken in vacatureteksten en gesprekken voor de werving en selectie.		
Verbeteren van de medewerkerwaardering	In november 2015 hebben de medewerkers een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Norm: De score op de werkbeleving medewerkers van 2015 moet gelijk zijn of hoger dan de score van 2013.	De norm is gehaald . Aangezien de score van 2013 op werkbeleving 7,2 is en in 2015 was de score ook 7,2.	De resultaten zijn in januari 2016 besproken. Vervolgens wordt een plan van aanpak opgesteld, die in 2016 wordt uitgevoerd.
Scholingsbeleid	Er zijn gesprekken geweest met verschillende aanbieders van e-learningssystemen. Er is een keuze gemaakt voor 1 aanbieder en de overeenkomsten zijn afgesloten. Afspraken omtrent e-learning met de OR gemaakt.	In het 1 ^{ste} kwartaal van 2016 starten met de implementatie van e-learning.	Gedurende 2016 wordt de e-learning ingevoerd en geëvalueerd.

2.9 Bestuurlijk risico profiel

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
Een onjuiste overeenkomst tussen strategie en organisatiecultuur/-structuur.	H	Indien de strategie niet voldoende in overeenstemming is met het organisatie- en besturingsmodel kunnen de strategische keuzes onvoldoende (slagvaardig) worden uitgevoerd en geoperationaliseerd.	ZHHV heeft, in overeenstemming de cliënt- en vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk gedelegeerd en gedecentraliseerd, waardoor de benodigde regelruimte en slagvaardigheid ontstaat m.b.t. het primaire proces en de inrichting daarvan. De teams zijn resultaatverantwoordelijk en kennen een hoge mate van zelforganisatie. Ieder team heeft een eigen teambeleidsplan en teambudget. De teambeleidsplannen zijn mede gebaseerd op het organisatorisch en het strategisch beleidsplan, hierdoor is er sprake van sa-	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			menhang. Door o.a. de overlegstructuur van de organisatie en het teamgerelateerde gedeelte van de teambeleidsplannen, is er sprake van participatie en beïnvloeding van het beleid vanuit het primaire proces. De voortgang en uitkomsten worden periodiek geëvalueerd en verantwoord o.a. in het jaardocument, de directie-/managementbeoordeling en op de jaarlijkse beleidsavond. Middels de beleids- en scholingsplannen wordt er voor locatie Hoge Veer Complex in aanloop naar het levensloopbestendig wonen, toegewerkt naar het voorbereiden van de medewerkers op de nieuwe organisatie, werkwijze en attitude. Op locatie Hoge Veer Rivierzicht is aan deze voorwaarden voldaan. De functieniveaus zijn afgestemd op de zorgvraag. Per functieniveau zijn er competentieprofielen ingevoerd, die als uitgangspunt dienen bij coaching en functionerings- en ontwikkelgesprekken. De cultuur van ZHHV kenmerkt zich o.a. door een hoge veranderingsbereidheid en sterke gerichtheid op het primaire proces bij bestuur, management, coördinatoren en medewerkers. Gezien de relatief platte organisatie zijn de lijnen in de organisatie kort en is de bereikbaarheid en participatie mogelijkheid groot. Punten ter verbetering worden snel opgepakt door de organisatie en op methodische wijze ingevoerd.	
Reputatieverlies	ZH	Een verlies aan reputatie kan negatieve gevolgen hebben voor de positionering van de organisatie. Reputatieschade kan het gevolg zijn van incidenten en calamiteiten of van een kwalitatief slechte zorgverlening.	ZHHV houdt periodieke cliënt tevredenheidsonderzoeken. Eventuele verbeterpunten naar aanleiding hiervan vormen basis voor beleid. ZHHV voldoet aan het kwaliteitssysteem HKZ-VVT waar de normen Verantwoorde Zorg onderdeel van zijn. Er zijn procedures rond incidenten en calamiteiten in combinatie met een communicatieprotocol naar de buitenwereld en media.	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			Er is een document voor medewerkers m.b.t. het gebruik van sociale media opgesteld. In het zorgplan van iedere cliënt is een individuele risicoanalyse opgenomen m.b.t. medicatie, vallen, decubitus, mondzorg, ondervoeding en depressie. Er is een door de Inspectie voor de Gezondheidszorg goed bevonden beleid rond het hanteren en terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Volgens de inspectie dragen de activiteiten van ZHHV op dit gebied 'voldoende bij aan het verlagen van het risico op onverantwoorde zorg'. ZHHV heeft een drie sterren certificaat als fixatievrije instelling. ZHHV is structureel doende om het aantal (bijna)incidenten rond medicatie en vallen terug te dringen middels o.a. MIC-commissie en projectgroepen. Hier wordt uitvoering aangegeven d.m.v. o.a. informatie, maatregelen, begeleiding, analyses, scholing, actieve betrokkenheid apotheker. Alle klachten worden serieus genomen en de klachtenafhandeling is goed georganiseerd. Omdat uitvoering mensenwerk blijft, kan er per definitie alleen sprake zijn van een maximaal beperken van een risico op een incident, ook al is aan alle inperkende voorwaarden voldaan.	
Een onjuiste afstemming van de organisatie op de zorgvraag (korte en lange termijn). Over- en onderproductie.	H	Een onjuiste inschatting van de zorgvraag waardoor verkeerde beslissingen met betrekking tot inzet (teveel of te weinig) van personeel en middelen op korte of langere termijn. Het niet (snel) ge-	ZHHV maakt een begroting op basis van de realisatie en ontwikkelingen van het afgelopen jaar, de afspraken met het zorgkantoor de zorgverzekeraars en de gemeente en de te verwachte zorg- en personeelsinzet in het aankomende jaar per team. Ieder team krijgt financiële middelen op basis van de begroting. Iedere maand vindt door middel van een rapportage een evaluatie plaats over de prestaties van de teams. De teambudgetten worden op basis van de presta-	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
		noeg aansluiten van aanbod en voorzieningen op de zorgvraag. Over- en onderproductie kunnen tot financiële tekorten leiden. Enerzijds door een te hoge inzet van personeel en anderzijds doordat er geen gegarandeerde vergoeding tegenover staat vanuit het zorgkantoor, zorgverzekeraars of gemeente.	ties zo nodig maandelijks aangepast. De teams passen de inzet van personeel en middelen aan naar aanleiding hiervan. Hierdoor hebben de teams en het management zicht op de bezettingsgraden en inkomsten van de teams en kunnen er zo nodig tijdig corrigerende maatregelen nemen. In 2016 vindt uitbreiding plaats van ondersteunende software voor de teams m.b.t. o.a. zorginventarisatie, planning, inzet, zorgleverantie en opbrengst, ten einde de zelforganisatie verder te faciliteren. ZHHV flexibiliseert - zo veel als mogelijk binnen de missie, visie en doelstellingen en in overeenstemming met de wet- en regelgeving en CAO-VVT - het personeelsbestand. Er is continu aandacht om de organisatie en de attitude van de medewerkers verder te ontwikkelen opdat er sprake blijft van een vraaggestuurde organisatie. De vraaggestuurde organisatie ZHHV past zich in intentie aan, aan de (veranderende) vraag en niet andersom. Het zorgkantoor en de zorgverzekeraars meten de productie (en doelmatigheid) van de zorgaanbieder ten opzichte van de productieafspraken en het regiobudget, en stemt dit periodiek af met de zorgaanbieder. Hierdoor is tijdig bijsturen mogelijk. ZHHV heeft, in verband met de continuïteit van de bedrijfsvoering (garantie zorglevering en werkgelegenheid) een (risico)reserve opgebouwd van meer dan 40% voor met name het kunnen opvangen van risico's, tegenslagen, voorfinanciering en extra uitgaven. Het strategische (nieuwbouw) beleid van ZHHV is op basis van onderzoek kwantitatief en kwalitatief afgestemd op de huidige en toekomstige (verwachte) ontwikkelingen binnen het werkgebied. Daarnaast is er rekening gehouden met het scheiden van wonen en zorg.	

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
De vastgoedlasten zijn niet terug te verdienen doordat leegstand ontstaat.		Door een veranderende vraag kunnen gebouwen in onbruik raken. De zorginstellingen dragen het risico voor leegstand en vastgoedlasten. Hierdoor kunnen grote financiële lasten ontstaan.	ZHHV heeft een samenwerkingsovereenkomst en huurcontracten met een woningbouwcoöperatie. De woningbouwcoöperatie neemt hierin het gebouw gebonden risico met betrekking tot leegstand d.m.v. een bezettingsafhankelijke huur. Ten aanzien van de nog te realiseren nieuwbouw ligt dit anders. ZHHV zal het intramurale gedeelte in eigen bezit exploiteren en loopt hiermee leegstandsrisico. Op basis van onderzoek blijkt dit een beheersbaar risico. ZHHV heeft verder voldoende reserve om eventuele onverwachte tegenslagen op te vangen. De nieuwbouw zal volgens huidige planning (februari 2016) in het laatste kwartaal van 2018 worden betrokken. Het leegstandsrisico bij de nieuwbouw wordt ook beperkt doordat het complex aanpasbaar is en de appartementen geschikt zijn voor intra- en extramurale bewoning, waarbij het scheiden van wonen en zorg mogelijk is. Tevens is het aantal lager dan de verwachte vraagontwikkeling binnen het werkgebied. Indien de nieuwbouw betrokken wordt, zal dit risico profiel van ZL verschuiven naar L. Er is een meerjaren-prognose-vastgoedexploitatie t/m 2040 die een structureel positief resultaat laat zien.	ZL
Het ontbreken van een fraudebestendige cultuur en richtlijnen.	L	Het ontbreken van een alerte en open cultuur vergroot en duidelijke richtlijnen vergroot de kans op fraude.	ZHHV voldoet, in verband met transparantie van bestuur en toezicht, aan de Zorgbrede Governance Code 2010. In de dagelijkse uitvoering en binnen het MT en coördinatorenoverleg is er een lage drempel m.b.t. het bespreken van het aspect fraude. Er is een gedragscode voor medewerkers. ZHHV heeft verscheidene procedures zoals AO&IC, klokkenluidersregeling, VOG. Dienstlijsten, declaraties en betalingen	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk(en)	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			worden gecontroleerd. De jaarlijkse accountantscontrole is mede gericht op het ontdekken van eventuele fraude. Fraude, diefstal e.d. worden vermeld in het jaarverslag en gemeld aan de RvT.	
Data lekken	ZH	Vanuit de wet data lekken kunnen hoge boetes worden opgelegd in geval van data lek. Daarnaast kunnen er hoge kosten ontstaan (juridisch en claims) vanuit de ketenaansprakelijkheid.	Intern: Projectgroep 'data lekken' ontwikkeld procedures en werkt aanpassingen uit m.b.t. ICT en het gebruikersgedrag. In het kader hiervan zijn er o.a. inventarisaties gemaakt en plannen van aanpak opgesteld. Er is sprake van een beveiligd email-systeem. Er worden overeenkomsten opgemaakt en afgesloten met medewerkers i.v.m. de omgang met ICT. Extern, i.v.m. verticale en horizontale (ketenaansprakelijkheid) risico's: ZHHV is tezamen met zorgaanbieders uit West-Brabant aangesloten bij het REN. De REN streeft deëscalatie na. In het kader hiervan is er o.a. een 'Regionaal convenant samenwerking informatie-uitwisseling', wordt er een Trusted Third Party (TTP) ontwikkeld en wordt er deelgenomen aan het 'Regionaal platform verwerking patiëntengegevens West-Brabant' (RPVP). Vanuit het RPVP worden ook (bewerkers)overeenkomsten geleverd en een gedigitaliseerd verantwoordingsdossier ontwikkeld. D.m.v. het (verder) uitwerken en invoeren van bovengenoemde maatregelen, zal het risico omlaag worden gebracht. Middels een methode van de REN zullen de deelnemende organisaties het risico nog preciezer in kaart gaan brengen. Tot die tijd blijft het moeilijk inschatten omdat de methode hiertoe nog ontbreekt en de REN nog in ontwikkeling is, daarom houden wij het voor nu nog op 'hoog'.	H

Bijlage

Risico's classificeren

2.10 Samenwerkingsrelaties / belanghebbenden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer streeft nauwe samenwerkingsverbanden na, zonder dat dit ten koste gaat van de principes rond marktwerking, op basis van samenwerkingsovereenkomsten met organisaties die aanvullend zijn en eveneens een sterke gerichtheid hebben op hetzelfde werkgebied. Het uiteindelijke doel hierbij is om tot een betere en uitgebreidere dienstverlening te komen voor de cliënten.

Op basis van overeenkomsten vinden met de belangrijkste belanghebbenden (degene die min of meer betrokken zijn bij het primaire proces) periodiek evaluaties plaats. In deze gesprekken wordt de samenwerking geëvalueerd en is er tevens ruimte om, indien relevant, elkaar te informeren over en feedback te geven op het (strategische) beleid.

Daarnaast vindt er één keer in de twee jaar een schriftelijke enquête plaats onder de belangrijkste belanghebbenden.

De resultaten van de enquête worden besproken in het managementteam en teruggekoppeld naar de belanghebbenden.

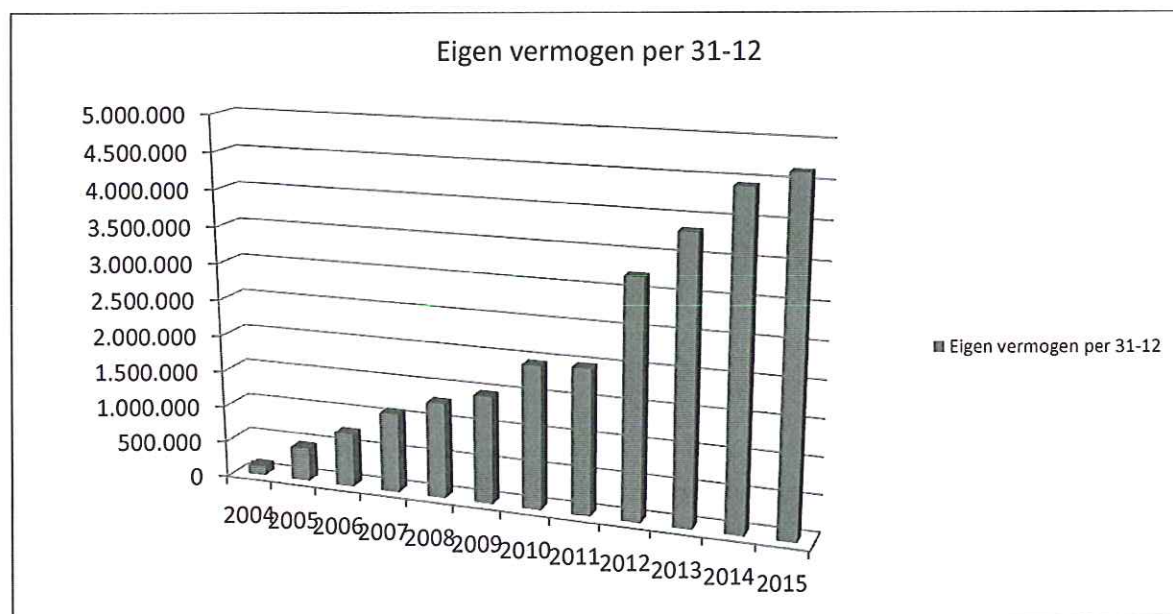
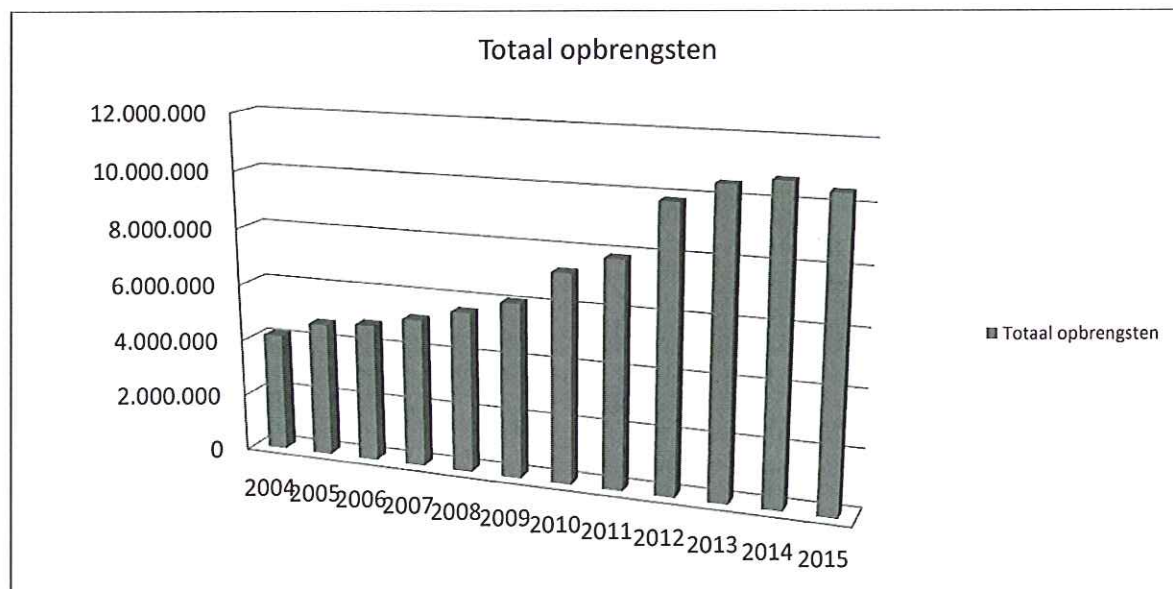
De belangrijkste belanghebbenden worden tevens geïnformeerd over het (gevoerde) beleid d.m.v. toezending van het strategische beleidsplan en het jaarverslag.

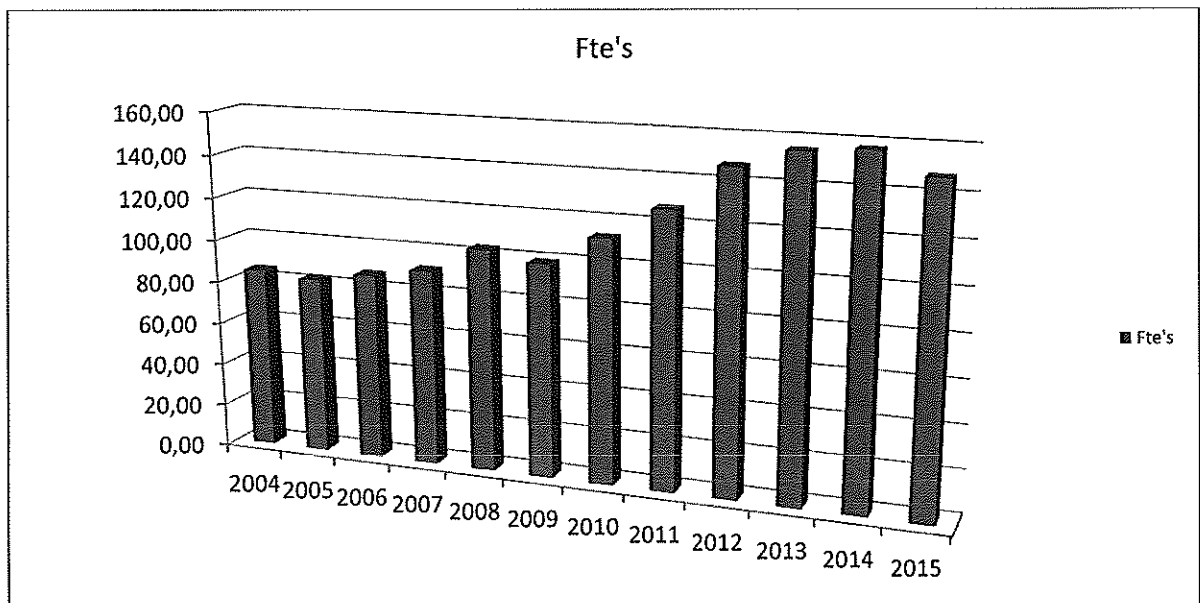
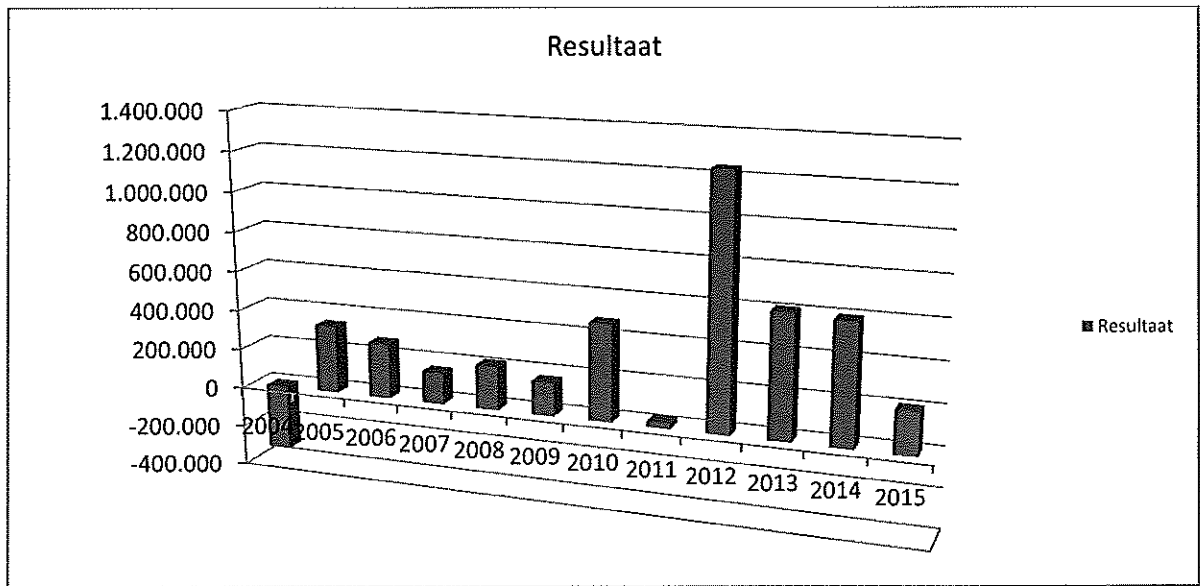
Belanghebbenden	Relatie
Clënten	(Woon/)Zorgovereenkomst
Medewerkers	Arbeidsovereenkomst
Vrijwilligers	Vrijwilligersovereenkomst
Gemeenschap	Professionele zorg; voorzieningen; werkgelegenheid
Gemeente Geertruidenberg	Overeenkomst huishoudelijke hulp, begeleiding en vervoer; samenwerking ten behoeve van bouwinitiatieven; personenalarmering; ketenzorg; sociale wijkteam
Zorgkantoor West-Brabant	Overeenkomst intramurale zorg
Zorgverzekeraars	Overeenkomsten wijkverpleging
SWOG	Personele unie; personenalarmering; ketenzorg
Huisartsencoöperatie De Brandenpoort B.A.	Overeenkomst verzorgingshuiszorg; ketenzorg
Toezichthoudende apotheker 't Veer	Samenwerkingsovereenkomst; ketenzorg
Mondzorg voor Zorginstellingen	Overeenkomst mondzorg; ketenzorg
De Riethorst Stroomland	Overeenkomst maaltijddleverantie en (para)medische zorg; ketenzorg
WSG	Huurovereenkomst Hoge Veer Complex en Hoge Veer

Belanghebbenden	Relatie
	Rivierzicht; samenwerkingsovereenkomst
ZorgService NL & Medireva	Leverancier incontinentiemateriaal, verpleegartikelen en ondersteunende service
GGZ-Breda	Afstemmen ketenzorg
Trema	Afstemmen ketenzorg
Thebe	Afstemmen ketenzorg
LOC	Voorzien cliëntenraad van belangrijke informatie; enquêterecht
NZa	Goedkeuring budgetverzoeken en –verantwoordingen
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Diverse inspectiebezoeken; adviesfunctie VWS; enquêterecht
Vitalis College	Convenant partners in opleiden
VWA (Voedsel en Waren Autoriteit)	Diverse inspectiebezoeken
HEVO	Begeleiding, ontwikkeling bouwzaken en advies
AKD	Juridische advisering
SDB	Administratieve, financiële dienstverlening; advies
Deloitte	Accountant
ARBO Surplus	Bedrijfsarts; ARBO-zaken; ziektebegeleiding en -preventie; re-integratie
Rabobank	Bankzaken
Nedap	Zorg(dossier)-administratiesysteem
Actiz	Brancheorganisatie
NVTZ & NVZD	Vereniging

2.11 Kwantitatieve ontwikkeling

Hieronder de kwantitatieve ontwikkeling van de organisatie vanaf 2004 met betrekking tot opbrengsten, resultaat, eigen vermogen, fte's en productie.





3 Jaarrekening

De jaarrekening is aan het eind van het jaarverslag toegevoegd.

A DigiMV Profiel van de organisatie

A.1 Kerngegevens

A.1.1 Nadere typering

Doelgroepen cliënten WLZ-zorg

Doelgroep	Ja/nee
Somatische aandoening of beperking	Ja
Psychogeriatrische aandoening of beperking	Ja
Psychiatrische aandoening	Nee
Lichamelijke handicap	Nee
Verstandelijke handicap	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee

Private zorg

	Ja/nee
Hebt u in 2015 zorg of diensten verleend die zijn gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee

Onderaanneming	Antwoord/categorie
Hebt u in 2015 WTZi-zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2015 WTZi-zorg verleend als onderaannemer?	Nee

A.1.2 Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg

Kerngegevens VVT exclusief Wmo jeugdgezondheidszorg en kraamzorg

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Aantal cliënten in een instelling op basis van een ZZP/zorgprofiel	122
Aantal cliënten op basis van volledig pakket thuis (VPT)	0
Aantal cliënten op basis van Modulair Pakket Thuis of extramurale zorg op basis van overgangsrecht.	0
Aantal cliënten dat zorg bij u inkoopt o.b.v. persoonsgebonden budget	0
Aantal cliënten eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	4
Aantal cliënten extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling)	0
Cliënten Zvw per einde verslagjaar	100
Aantal cliënten op basis van wijkverpleging	0
Intramurale capaciteit per einde verslagjaar, aantal	153
Aantal overige beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg	0
Aantal dagen zorg met verblijf	47.969
Aantal dagen zorg op basis van Volledig Pakket Thuis	0
Omzet zorg op basis van Modulair Pakket Thuis of extramurale zorg op basis van overgangsrecht gedurende het verslagjaar	0
Omzet zorg op basis van Persoonsgebonden budget	0
Omzet zorg op basis van eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	121.225
Omzet zorg op basis van extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling)	0
Persoonlijke verzorging Oproepbare verzorging Verpleging	Bedrag (omzet)

	per prestatie)
Persoonlijke verzorging	699.920
Oproepbare verzorging	73.550
Verpleging	0
Oproepbare verpleging	0
Gespecialiseerde verpleging	0
Wijkgericht werken	0
Onderlinge dienstverlening	0
MSVT	0
Ketenzorg dementie	0
Indicatiestelling PGB wijkverpleging	1018
Personeel	Aantal
Aantal Wlz-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (a)	113
Aantal Wlz-patiëntgebonden personeel in FTE per einde verslagjaar (b)	70,96
Aantal Zvw-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (c)	31
Aantal Zvw-patiëntgebonden personeel in FTE per einde verslagjaar (d)	18,54
Aantal niet-patiëntgebonden (overige) personeelsleden per einde verslagjaar (e)	116
Aantal niet-patiëntgebonden (overige) personeel in FTE per einde verslagjaar (f)	56,33
Totaal aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (a+c+e)	260
Totaal aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (b+d+f)	145,83

B DigiMV Governance

Governance Code

Uitslag	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governance Code 2010?	Ja

Bestuursstructuur

Structuur	
Welke bestuursstructuur is op uw concern van toepassing?	Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met toezicht door Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van de Raad van Bestuur of directie?	Eenhoofdig

Toezichthoudend orgaan

Toezichthoudend orgaan	Ja/nee
Houdt het toezichthoudend orgaan toezicht op de strategie en prestatie en de interne en beheersings- en controlesystemen?	Ja
Zo ja, op welke manier en welke aspecten hebben daar bijzondere aandacht?	Informatieprotocol geeft de belangrijkste informatiestromen aan financiën, kwaliteitszorg, organisatie, personeelsbeleid, cliëntenraad, ondernemingsraad. Daarnaast overleg met externe en intern deskundigen (accountant, locatieleiders etc.
Zijn nieuwe leden op openbare wijze geworven?	Ja
Zo ja, op welke manier precies?	Cliëntenraad heeft eigen vertegenwoordiger gezocht en voorgedragen; uit vrije sollicitatie is een extra lid benoemd.
Zo nee, hoe zijn de nieuwe toezichthouders geworven?	
Wordt de deskundigheid van toezichthouders gewaarborgd?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Ervaring vanuit huidige functies van directeur en bestuurder bij andere organisaties. Men kan zonder problemen evt. aanvullende cursussen volgen als daartoe aanleiding of behoefte is.

Beschikt de raad over ten minste één lid met voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring?	Ja
Zijn er besluiten van het bestuur waaraan het toezichthoudend orgaan dit verslagjaar goedkeuring heeft verleend?	Ja
Zo ja, welke?	Jaardocument 2014, begroting 2016; organisatorisch beleidsplan 2016, regelingen in het kader van nieuwbouw met WSG.
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	Nee
Zo ja: welke commissies zijn dit, hoe zijn deze samengesteld en wat zijn hun taken?	
Heeft u gewaarborgd dat de leden van het toezichthoudend orgaan onafhankelijk zijn?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Niemand heeft enige binding met leveranciers of andere betrokkenen zoals personeel, bestuurder, cliënten, gemeente. 60% van de leden komt niet uit de gemeente.
Heeft u een beleid met betrekking tot de bezoldiging van toezichthouders?	Ja
Zo ja: hoe ziet dit beleid eruit en op welke manier is dit in het verslagjaar in de praktijk gebracht?	Men ontvangt x% van het toegestane maximum, er wordt terughoudend mee omgegaan. Geen wijziging tov 2014
Heeft het toezichthoudend orgaan het bestuur dit verslagjaar beoordeeld?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Individueel, collectief en in overleg met Raad van bestuur, financiële deskundige en accountant.
Heeft het toezichthoudend orgaan haar eigen functioneren ge-evalueerd?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Raad evalueert jaarlijks zichzelf al dan niet met hulp van externe deskundigen, Evalueert verder de samenwerking met de Raad van Be-

	stuur
Hoeveel vergaderingen heeft het toezichthoudend orgaan gehouden in het verslagjaar?	7
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	7
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	Ja
Zo ja: hoe is dit ingericht?	Relevante stukken zijn tijdig beschikbaar; accountant geeft 1 of 2 x per jaar toelichting op alle relevante stukken. Leden vragen wat men wil.
Zo nee: op welke manier is het contact met de externe accountant ingericht?	
Laat het toezichthoudend orgaan zich door verschillende bronnen voorzien van informatie?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Politiek, medewerkers, cliëntenraad, ondernemingsraad, inwoners van de gemeente, beleidsmiddag met medewerkers, media etc.

Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur

Transparantie-eis	Ja/nee
Is er een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat?	Ja
Is het toezichthoudend orgaan zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instellingen en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren?	Ja
Legt het concern schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, evenals de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	Ja
Heeft uw concern de rechtsvorm van stichting of vereniging (als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek)?	Stichting
Zo ja, zijn er meer dan 50 personen werkzaam? (artikel 2 WOR)	Ja

Wijziging statuten

Transparantie-eis	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering belangrijke veranderingen plaatsgevonden?	Ja
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	Governance code toegevoegd naar eis CZ ZK

Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

Transparantie-eis	Ja/nee
Heeft de instelling schriftelijk vastgelegd welk orgaan/organen van de instelling	Ja

welke bevoegdheden heeft/hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering?	
Heeft de instelling schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden?	Ja
Ten behoeve van welke instellingen heeft u investeringen gedaan (ook indien in het buitenland gevestigd)?	
Worden de activiteiten van de instelling waarvoor de toelating(-en) geldt/gelden, in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling?	Ja
Zijn in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan?	Ja

C DigiMV Beleid, inspanningen en prestaties

Cliëntenraad

Zijn er het afgelopen jaar door de cliëntenraad gevraagde adviezen uitgebracht?	Ja
Aantal gevraagde adviezen uitgebracht door de cliëntenraad in verslagjaar.	6
Zijn er het afgelopen jaar door de cliëntenraad ongevraagde adviezen uitgebracht?	Ja
Aantal ongevraagde adviezen uitgebracht door de cliëntenraad in verslagjaar.	3
Welk percentage van de adviezen van de cliëntenraad heeft tot maatregelen geleid in de instelling?	100%
Heeft uw concern een commissie van vertrouwenslieden ingesteld?	Ja
Heeft uw concern zich aangesloten bij een landelijke commissie?	Ja

Leveringsvoorwaarden

Gegeven	Antwoordcategorie
Hanteert u de Algemene Voorwaarden voor zorg (met verblijf en/of zonder verblijf) van Actiz en BTN?	Ja

Regeling

Gegeven	Antwoordcategorie
Beschikt u over een regeling voor de behandeling van klachten jegens de cliënt van uw instelling conform de wet klachtrecht cliënten zorgsector.	Ja
Voldoet deze regeling aan de 6 gestelde eisen ingevolge deze wet?	Ja
Werkt de klachtencommissie in overeenstemming met de gestelde eisen?	Ja
Brengt u deze regeling bij al uw cliënten op een passende wijze onder de aandacht?	Ja

Aantallen klachten in het verslagjaar

	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	0
Aantal klachten als percentage van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	0
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	0
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	0
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	-
was er in 2015 een vertrouwenspersoon beschikbaar?	Ja
Zo ja, hoe vaak is deze geraadpleegd/contact mee geweest?	Alleen voor kennisgeving

KMS en gegevensbeveiliging

Hanteert u een kwaliteitsmanagementsysteem?	Ja
Is de gegevens beveiliging geregeld?	Ja

Is uw instelling voorbereid op calamiteiten

Bereikbaarheid bij brand	Ja
Telefoonstoring	Ja
Elektriciteit	Ja
Beveiliging van gegevens	Ja

C.1.1 Personeelsbeleid

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	74	28,03
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	116	42,31

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, volgens de definitie van Vernet in percentages

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	6,73%

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	Aantal mogelijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	23	2
Personeel met patiënt-/cliëntgebonden functies	18	2

C.1.2 Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: WLZ/ZVWWMO-gefinancierde resultaten	0,06	0,018
Resultaat boekjaar	598.262	191.295
Totale opbrengsten boekjaar	10.733.927	10.455.219

Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen)	4,82	5,95
Current ratio (vlottende activa exclusief liquide middelen)	0,12	0,39
Vlottende activa (inclusief liquide middelen)	5.739.100	5.572.487
Vlottende activa (exclusief liquide middelen)	148.802	362.131
Totaal kortlopende schulden	1.191.745	936.373

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0,74	0,78
Totaal eigen vermogen	4439209	4630504
Balanstotaal	5.970.114	5.940.754
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0,41	0,44
Totaal eigen vermogen	4.439.209	4.630.504
Totaal opbrengsten	10.733.927	10.455.219

Bijlage

Risico's classificeren

FREQUENTIE	ERNST				
		Catastrofaal	Groot	Matig	Klein
	Wekelijks	Zeer Hoog	Zeer Hoog	Hoog	Laag
	Maandelijks	Zeer Hoog	Hoog	Laag	Zeer Laag
	Jaarlijks	Hoog	Laag	Laag	Zeer Laag
	Minder dan 1x/jaar	Laag	Zeer Laag	Zeer Laag	Zeer Laag

Jaarverslaggeving 2015

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer

INHOUDSOPGAVE

Pagina

3.1 Jaarrekening 2015

3.1.1	Balans per 31 december 2015	4
3.1.2	Resultatenrekening over 2015	5
3.1.3	Kasstroomoverzicht over 2015	6
3.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	7
3.1.5	Toelichting op de balans per 31 december 2015	10
3.1.6	Mutatieoverzicht materiële vaste activa	15
3.1.7	Toelichting op de resultatenrekening over 2015	16

3.2 Overige gegevens

3.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	22
3.2.2	Statutaire regeling resultaatbestemming	22
3.2.3	Resultaatbestemming	22
3.2.4	Gebeurtenissen na balansdatum	22
3.2.5	Nevenvestigingen	22
3.2.6	Controleverklaring	23

3.1 JAARREKENING

3.1 JAARREKENING

3.1.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2015 (na resultaatbestemming)

	<u>Ref.</u>	<u>31-dec-15</u>	<u>31-dec-14</u>
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	368.276	231.014
Totaal vaste activa		368.276	231.014
Vlottende activa			
Voorraden	2	1	1
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	3	0	19.594
Debiteuren en overige vorderingen	4	467.240	129.207
Liquide middelen	5	5.210.347	5.590.298
Totaal vlottende activa		5.677.588	5.739.100
Totaal activa		<u>6.045.864</u>	<u>5.970.114</u>
PASSIVA			
		€	€
Eigen vermogen	6		
Kapitaal		45	45
Bestemmingsreserves		588.336	683.383
Bestemmingsfondsen		4.016.867	3.712.991
Algemene en overige reserves		42.790	42.790
Totaal eigen vermogen		4.648.038	4.439.209
Voorzieningen	7	373.877	339.160
Kortlopende schulden (ten hoogste 1 jaar)			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	3	28.299	0
Overige kortlopende schulden	8	995.650	1.191.745
Totaal passiva		<u>6.045.864</u>	<u>5.970.114</u>

3.1.2 RESULTATENREKENING OVER 2015

	Ref.	2015 €	2014 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning	10	9.797.861	10.583.044
Subsidies (exclusief Wmo en Jeugdzorg)	11	522.007	56.719
Overige bedrijfsopbrengsten	12	152.885	94.164
Som der bedrijfsopbrengsten		10.472.753	10.733.927
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	13	6.769.560	6.757.717
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	14	59.915	41.332
Overige bedrijfskosten	15	3.464.989	3.381.791
Som der bedrijfslasten		10.294.464	10.180.840
BEDRIJFSRESULTAAT		178.289	553.087
Financiële baten en lasten	16	30.540	45.175
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING		208.829	598.262
RESULTAAT BOEKJAAR		208.829	598.262
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2015 €	2014 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Bestemmingsreserve cliëntgebonden		-95.047	0
Bestemmingsfonds aanvaardbare kosten		303.876	598.262
		208.829	598.262

3.1.3 KASSTROOMOVERZICHT

Ref.	2015		2014	
	€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten				
Bedrijfsresultaat		178.289		553.087
Aanpassingen voor:				
- afschrijvingen en overige waardeverminderingen	59.915		41.332	
- mutaties voorzieningen	<u>34.717</u>		<u>-80.098</u>	
		94.632		-38.766
Veranderingen in vlottende middelen:				
- vorderingen	-338.033		79.532	
- vorderingen/schulden uit hoofde van				
financieringstekort respectievelijk -overschot	47.893		102	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan banken)	<u>-196.095</u>		<u>-474.446</u>	
		-486.235		-394.812
Kasstroom uit bedrijfsoperaties		<u>-213.314</u>		<u>119.509</u>
Ontvangen interest	<u>30.540</u>		<u>45.175</u>	
		30.540		45.175
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten		<u>-182.774</u>		<u>164.684</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten				
Investerings materiële vaste activa	<u>-197.177</u>		<u>-114.023</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten		-197.177		-114.023
Kasstroom uit financieringsactiviteiten				
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten		0		0
Mutatie geldmiddelen		<u>-379.951</u>		<u>50.661</u>
Stand geldmiddelen per 1 januari		5.590.298		5.539.637
Stand geldmiddelen per 31 december		<u>5.210.347</u>		<u>5.590.298</u>
Mutatie geldmiddelen		-379.951		50.661

Toelichting:

Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.

3.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

3.1.4.1 Algemeen

Vestigingsplaats

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer is gevestigd op Hoge Veer 1, 4941 KH te Raamsdonksveer.

Activiteiten

De activiteiten van de zorginstelling betreffen het leveren van AWBZ functies/prestaties en WMO functies aan primair cliënten met een somatische danwel psychogeriatrische aandoening of beperking.

Continuïteitsveronderstelling

Deze jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

Verbonden partijen

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer is verbonden met Stichting Vrienden van Het Hoge Veer. De Stichting Vrienden van Het Hoge Veer is een steunstichting van zeer beperkte omvang en de activiteiten in deze stichting zijn gering. Daarom maakt Zorgorganisatie Het Hoge Veer gebruik van de vrijstelling tot consolideren op grond van artikel 2:407 lid 1 sub a BW.

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer is verbonden met Stichting SWOG te Geertruidenberg. De Stichting SWOG ontplooit welzijnsactiviteiten voor ouderen in de gemeente Geertruidenberg. De activiteiten in deze stichting zijn gering. Daarom maakt Zorgorganisatie Het Hoge Veer gebruik van de vrijstelling tot consolideren.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi, de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, in het bijzonder RJ 655 inzake de jaarverslaggeving door zorginstellingen en Titel 9 Boek 2 BW.

Vergelijking met voorgaand jaar

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

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 en schattingen worden opgenomen in de periode waarin de schatting wordt herzien en in toekomstige perioden waarvoor de herziening gevolgen heeft.

3.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

3.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Activa en passiva worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs of de actuele waarde. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs. Toelichtingen op posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

Materiële vaste activa

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

De afschrijvingstermijnen van materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte gebruiksduur van het vast actief.

De afschrijvingen worden berekend als een percentage over de aanschafprijs volgens de lineaire methode op basis van de economische levensduur. Op bedrijfsterreinen en op onderhanden projecten en vooruitbetalingen op materiële vaste activa wordt niet afgeschreven.

De volgende afschrijvingspercentages worden hierbij gehanteerd:

- Andere vaste bedrijfsmiddelen : 10% en 20 %.

Voorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen € 1,-.

Financiële instrumenten

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

Vorderingen

Vorderingen worden opgenomen voor de geamortiseerde kostprijs (nominale waarde). Een voorziening wordt getroffen op de vorderingen op grond van verwachte oninbaarheid.

Liquide middelen

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

Voorzieningen (algemeen)

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

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.

Voorziening persoonlijk budget levensfase

De voorziening PBL (persoonlijk budget levensfase) is gewaardeerd tegen contante waarde van de in de toekomst te verwachten verplichtingen op loon doorbetaling bij opname van de extra verlofuren van de medewerkers van 50 jaar en ouder die onder de overgangsregeling PBL vallen. Hierbij is rekening gehouden met vertrekken en leeftijd.

3.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

3.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

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.

Voorziening langdurig zieken

De voorziening wordt gevormd tegen nominale waarde.

Schulden

Schulden worden opgenomen voor de geamortiseerde kostprijs (nominale waarde).

3.1.4.3 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.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

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

Pensioenen

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft voor haar werknemers een toegezegd-pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen welke afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij Pensioenfonds Zorg en Welzijn, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde-bijdrage-regeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord. De dekkingsgraad van Pensioenfonds Zorg en Welzijn bedraagt ultimo januari 2016 97%.

3.1.5 Waarderingsgrondslagen WNT

Voor de uitvoering van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen in de (semi)publieke sector (WNT) heeft Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer zich gehouden aan de Beleidsregel toepassing WNT.

3.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

1. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-15</u>	<u>31-dec-14</u>
	€	€
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	368.276	231.014
Totaal materiële vaste activa	<u>368.276</u>	<u>231.014</u>

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

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	231.014	158.323
Bij: investeringen	197.177	114.023
Af: afschrijvingen	59.915	41.332
Boekwaarde per 31 december	<u>368.276</u>	<u>231.014</u>

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de materiële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 5.1.6.

2. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-15</u>	<u>31-dec-14</u>
	€	€
Voedingsmiddelen	1	1
Totaal voorraden	<u>1</u>	<u>1</u>

3.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

3. Vorderingen uit hoofde van financieringstekort en schulden uit hoofde van financieringsoverschot AWBZ / Wlz

	2014 €	2015 €	totaal €
Saldo per 1 januari	19.594		19.594
Financieringsverschil boekjaar		-28.299	-28.299
Correcties voorgaande jaren	8.105		8.105
Betalingen/ontvangsten	-27.699		-27.699
Subtotaal mutatie boekjaar	-19.594	-28.299	-47.893
Saldo per 31 december	0	-28.299	-28.299

Stadium van vaststelling (per erkenning):

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Waarvan gepresenteerd als:

- vorderingen uit hoofde van financieringstekort
- schulden uit hoofde van financieringsoverschot

31-dec-15 €	31-dec-14 €
0	19.594
28.299	0
-28.299	19.594

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2015 €	2014 €
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Wlz-zorg (exclusief subsidies)	8.065.587	9.880.292
Af: vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget	8.093.886	9.860.699
Totaal financieringsverschil	-28.299	19.594

4. Debiteuren en overige vorderingen

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15 €	31-dec-14 €
Vorderingen op debiteuren	31.589	6.801
Rekening-courant verhoudingen	15.873	31.575
Vorderingen inzake WMO	79.824	47.506
Vorderingen inzake ZVW	100.059	0
Vorderingen inzake subsidieregelingen	89.101	0
Overige vorderingen	139.219	17.848
Vooruitbetaalde bedragen	11.574	25.477
Totaal debiteuren en overige vorderingen	467.240	129.207

3.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

5. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Bankrekeningen	779.517	796.182
Kassen	2.818	6.126
Rendementsrekening	4.428.012	4.787.990
Totaal liquide middelen	<u>5.210.347</u>	<u>5.590.298</u>

Toelichting:

Alle liquide middelen zijn direct opeisbaar.

PASSIVA

6. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Kapitaal	45	45
Bestemmingsreserves	588.336	683.383
Bestemmingsfondsen	4.016.867	3.712.991
Algemene en overige reserves	42.790	42.790
Totaal eigen vermogen	<u>4.648.038</u>	<u>4.439.209</u>

Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2015	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2015
	€	€	€	€
Kapitaal	45	0	0	45
Totaal kapitaal	<u>45</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>45</u>

Bestemmingsreserves

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2015	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2015
	€	€	€	€
Bestemmingsreserves:				
Cliëntgebonden	683.383	-95.047	0	588.336
Totaal bestemmingsreserves	<u>683.383</u>	<u>-95.047</u>	<u>0</u>	<u>588.336</u>

Bestemmingsfondsen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2015	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2015
	€	€	€	€
Bestemmingsfondsen:				
Reserve aanvaardbare kosten	3.712.991	303.876	0	4.016.867
Totaal bestemmingsfondsen	<u>3.712.991</u>	<u>303.876</u>	<u>0</u>	<u>4.016.867</u>

3.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

Algemene en overige reserves

<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	Saldo per 1-jan-2015 €	Resultaat- bestemming €	Overige mutaties €	Saldo per 31-dec-2015 €
Algemene reserves:				
Reserve voormalige eigendommen	42.790	0	0	42.790
Totaal algemene en overige reserves	42.790	0	0	42.790

Toelichting

Bestemmingsreserves

In 2012 (met een eindafrekening in 2013) is door Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer een erfenis ontvangen. Door de Raad van Bestuur is bepaald dat besteding van deze middelen is beperkt tot direct aan cliënten toe te rekenen uitgaven. In 2015 zijn de kosten van binnen schilderwerk en de afschrijvingskosten op aanschaf inventaris voor de zaal op locatie Hogeveercomplex gemuteerd op deze bestemmingsreserve.

7. Voorzieningen

<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	Saldo per 1-jan-2015 €	Dotatie €	Onttrekking €	Vrijval €	Saldo per 31-dec-2015 €
Voorziening uitgestelde beloningen	48.466	6.330	5.894	0	48.902
Voorziening persoonlijk levensfase budget	256.000	0	0	0	256.000
Voorziening langdurig zieken	34.694	63.244	15.198	13.765	68.975
Totaal voorzieningen	339.160	69.574	21.092	13.765	373.877

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

	31-dec-2015
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	80.187
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	293.690
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	114.342

Toelichting per categorie voorziening:

Voorziening uitgestelde beloningen

De voorziening wordt gevormd voor toekomstige verplichtingen als gevolg van jubileumuitkeringen en OBU en pensioenuitkeringen. Het betreft uitkeringen ten behoeve van 12,5 jarige-, 25 jarige- en 40 jarige- jubilarissen die conform cao VVT recht hebben op een uitkering. Daarnaast hebben medewerkers die met OBU of pensioen gaan conform cao VVT recht op een uitkering. De verplichting is gewaardeerd tegen contante waarde van 3%.

Voorziening persoonlijk levensfase budget

In verband met invoering van het persoonlijk budget levensfase is voor medewerkers van 50 jaar en ouder die vallen onder de overgangsregeling een voorziening PBL opgenomen. Deze medewerkers hebben extra verlofuren toegekend gekregen. Bij opname van de verlofuren is Zorgorganisatie Het Hoge Veer verplicht om het loon door te betalen. De verplichting is gewaardeerd tegen contante waarde 3%.

Voorziening langdurig zieken

Daar er voor enkele personeelsleden de verwachting bestaat dat deze blijvend geheel of gedeeltelijk niet in staat zijn om werkzaamheden te verrichten door ziekte of arbeidsongeschiktheid is een voorziening langdurig zieken gevormd ter ondervanging van de verplichting tot betaling van beloningen in de toekomst. De verplichting is gewaardeerd tegen nominale waarde.

3.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

8. Overige kortlopende schulden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Crediteuren	78.688	82.438
Belastingen en sociale premies	258.832	272.117
Schulden terzake pensioenen	127.980	153.854
Nog te betalen salarissen	41.797	61.987
Vakantiegeld	208.673	221.446
Vakantiedagen	79.214	70.342
Overige schulden:		
Overige schulden	92.884	135.638
Rekening courant verhoudingen	102.208	189.888
Rekening courant bewoners	5.374	4.035
Totaal overige kortlopende schulden	995.650	1.191.745

9. Niet in de balans opgenomen regelingen

De huurverplichtingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer betreffen:

- een per 1 mei 2006 gesloten huurovereenkomst met Stichting WSG voor locatie Hoge Veer, gelegen Hoge Veer 1 te Raamsdonksveer. De huurverplichting voor het komende jaar is niet exact vast te stellen, daar een aantal componenten gebaseerd zijn op de gerealiseerde ZZP dagen op jaarbasis. De huurovereenkomst is aangegaan voor bepaalde tijd en eindigt op de datum dat de nog te bouwen appartementen met bijbehorende algemene voorzieningen voor de vernieuwde Het Hoge Veer zullen worden opgeleverd en voor het gebruik daarvan tussen partijen een huurovereenkomst zal zijn gesloten.

- Een per 26 juni 2012 gesloten huurovereenkomst met Stichting WSG voor locatie Rivierzicht, gelegen Scheepswerflaan 47 te Raamsdonksveer. De huurverplichting voor het komende jaar is niet exact vast te stellen, daar een aantal componenten gebaseerd zijn op de gerealiseerde ZZP dagen op jaarbasis. De huurovereenkomst is aangegaan voor de duur van veertig jaar, waarbij de termijn is ingegaan op 17 oktober 2011.

- Een per 31 mei 2012 gesloten huurovereenkomst met Stichting WSG voor kantoorruimte, gelegen Scheepswerflaan 157a te Raamsdonksveer. De huurverplichting voor het komend jaar bedraagt (exclusief huurverhoging per 1 mei 2016) € 9.400,-. Hiervoor is aan Stichting WSG een bankgarantie afgegeven groot € 2.763,60. Als zekerheid voor deze bankgarantie geldt een verpanding van spaar/depositogelden. De huurovereenkomst is aangegaan voor de duur van vijf jaar, waarbij de termijn is ingegaan op 1 mei 2012.

3.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

	Andere vaste bedrijfs- middelen, technische en administratieve uitrusting €	Totaal €
Stand per 1 januari 2015		
- aanschafwaarde	317.809	317.809
- cumulatieve herwaarderingen	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	86.795	86.795
Boekwaarde per 1 januari 2015	<u>231.014</u>	<u>231.014</u>
Mutaties in het boekjaar		
- investeringen	197.177	197.177
- herwaarderingen	0	0
- afschrijvingen	59.915	59.915
- bijzondere waardeverminderingen	0	0
<i>- terugname geheel afgeschreven activa</i>		
.aanschafwaarde	0	0
.cumulatieve herwaarderingen	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0
<i>- desinvesteringen</i>		
aanschafwaarde	0	0
cumulatieve herwaarderingen	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0
per saldo	<u>0</u>	<u>0</u>
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>137.262</u>	<u>137.262</u>
Stand per 31 december 2015		
- aanschafwaarde	514.986	514.986
- cumulatieve herwaarderingen	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	146.710	146.710
Boekwaarde per 31 december 2015	<u>368.276</u>	<u>368.276</u>
<i>Afschrijvingspercentage</i>	10% / 20%	

3.1.7 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

BATEN

10. Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	771.430	0
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Wlz-zorg (exclusief subsidies)	8.073.691	9.880.292
Opbrengsten Wmo	950.296	698.428
Overige zorgprestaties	2.444	4.324
Totaal	9.797.861	10.583.044

Toelichting:

Vanaf 1 januari 2015 zijn een aantal producten vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw en WMO. Het totaal van de financieringsstromen WLz, Zvw en WMO is lager dan in 2014. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door overheveling van de producten kortdurende opname en zorginfrastructuur naar de post Subsidies WLz/Zvw-zorg. Daarnaast hebben opgelegde bezuinigingen invloed gehad op de productie Zvw.

11. Subsidies (exclusief Wmo en Jeugdzorg)

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Subsidies Wlz/Zvw-zorg	426.884	0
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS	39.270	51.558
Overige Rijkssubsidies	38.963	0
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief Wmo en Jeugdzorg)	4.681	4.681
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	12.209	480
Totaal	522.007	56.719

Toelichting:

Subsidies WLz/Zvw-zorg

Betreft subsidieregeling eerstelijnsverblijf en subsidieregeling zorginfrastructuur.

Overige Rijkssubsidies

Betreft een door het Ministerie van SZW verleende subsidie in het kader van de Subsidieregeling ESF 2014-2020 en een door de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland verleende subsidie in het kader van de Subsidieregeling praktijkleren.

Overige subsidies

Betreft een subsidie verleend in het kader van sectorplannen Zorg & Welzijn en een subsidie verleend in het kader van het project 'Zorg beter met vrijwilligers'.

12. Overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Overige dienstverlening :		
Opbrengst maaltijden en andere consumpties	72.783	46.682
Opbrengst andere hotelmatige diensten	34.499	35.005
Opbrengst overige dienstverlening	11.444	11.198
Diversen	27.593	-2.487
Overige opbrengsten (waaronder vergoeding voor uitgeleend personeel en verhuur onroerend goed):	6.566	3.766
Totaal	152.885	94.164

3.1.7 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

LASTEN

13. Personeelskosten

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Lonen en salarissen	4.102.728	4.270.560
Sociale lasten	1.656.306	1.603.914
Pensioenpremies	378.391	414.330
Andere personeelskosten:		
Wervingskosten	11.144	11.592
Opleidingskosten	58.991	71.861
Dienstkleding	19.923	21.242
Gezondheidszorg (incl. Arbo)	22.959	19.573
Reiskosten woon/werkverkeer	37.076	30.938
Werkgeversbijdrage levensloopregeling	19.826	20.454
Mutatie voorzieningen	40.612	-71.456
Overige personeelskosten	63.070	39.846
Subtotaal	6.411.026	6.432.854
Personeel niet in loondienst	358.534	324.863
Totaal personeelskosten	6.769.560	6.757.717
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:		
Algemeen beheer	11,21	10,02
Hotelmatige functies	23,22	24,92
Bewonersgebonden functies	103,53	115,20
ziekte (excl. zwangerschap en WAO)	9,96	7,53
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	147,92	157,67
Aantal personeelsleden dat buiten Nederland werkzaam is	n.v.t.	n.v.t.

Toelichting:

Lonen en salarissen:

In 2015 is het totaal aantal personeelsleden lager dan 2014 door minder zorgpersoneel. Lonen en salarissen daardoor lager. Door hogere sociale premies zijn de sociale lasten hoger dan in 2014.

Andere personeelskosten:

In de mutatie voorzieningen zijn, evenals in 2014, mutaties opgenomen in de voorziening persoonlijk levensfase budget, voorziening langdurig zieken en de voorziening uitgestelde beloningen.

In 2014 en 2015 is gebruik gemaakt van de fiscale regeling dat aan werknemers een maximale onbelaste vergoeding voor reiskosten van € 0,19 per kilometer gegeven mag worden. Hiervoor is binnen Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer de eindejaarsuitkering gebruikt.

14. Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	59.915	41.332
Totaal afschrijvingen	59.915	41.332

3.1.7 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

15. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	684.607	695.625
Algemene kosten	679.826	693.253
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	165.215	181.294
Onderhoud en energiekosten:		
- Onderhoud	125.067	53.946
- Energiekosten gas	97.216	77.784
- Energiekosten stroom	119.330	122.330
- Energie transport en overig	27.263	29.707
Subtotaal	<u>368.876</u>	<u>283.767</u>
Huur en leasing	1.566.465	1.527.852
Totaal overige bedrijfskosten	<u><u>3.464.989</u></u>	<u><u>3.381.791</u></u>

16. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
Rentebaten	30.540	45.175
Subtotaal financiële baten	<u>30.540</u>	<u>45.175</u>
Totaal financiële baten en lasten	<u><u>30.540</u></u>	<u><u>45.175</u></u>

3.1.7 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

17. Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2015 in het kader van de WNT verantwoord worden, is als volgt:

1	Functionaris (functienaam)	Directeur/bestuurder	Voorzitter RvT	2e voorzitter RvT	secretaris RvT
2	In dienst vanaf (datum)	1-jan-98	28-sep-06	28-sep-06	1-feb-12
3	In dienst tot (datum)	n.v.t.	n.v.t.	31-dec-15	n.v.t.
4	Deeltijdfactor (percentage)	100,00%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5	Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	113.847	6.250	5.000	5.000
6	Winstdelingen en bonusbetalingen	0	0	0	0
7	Totaal beloning (5 en 6)	113.847	6.250	5.000	5.000
8	Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	3.612	0	0	0
9	Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	10.600	0	0	0
10	Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)	0	0	0	0
Totaal bezoldiging in kader van de WNT (7 tm. 10)		<u>128.059</u>	<u>6.250</u>	<u>5.000</u>	<u>5.000</u>
11	Beloning 2014	129.828	6.250	5.000	5.000
12	Bezoldigingsklasse zorginstelling	D			
1	Functionaris (functienaam)	Lid RvT	Lid RvT		
2	In dienst vanaf (datum)	1-apr-14	1-jul-14		
3	In dienst tot (datum)	n.v.t.	n.v.t.		
4	Deeltijdfactor (percentage)	n.v.t.	n.v.t.		
5	Bruto-inkomen (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	5.000	5.000		
6	Winstdelingen en bonusbetalingen	0	0		
7	Totaal beloning (5 en 6)	5.000	5.000		
8	Bruto-onkostenvergoeding (vast en variabel)	0	0		
9	Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	0	0		
10	Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)	0	0		
Totaal bezoldiging in kader van de WNT (7 tm. 10)		<u>5.000</u>	<u>5.000</u>		
11	Beloning 2014	3.750	2.500		

Motivatie overschrijding van de maximale bezoldiging:

Voor de Raad van Bestuur is het overgangsrecht van toepassing.

3.1.7 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

18. Honoraria accountant

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
De honoraria van de accountant over 2015 zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	37.270	20.000
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	7.500	7.500
3 Fiscale advisering	1.096	10.833
4 Niet-controlediensten	30.123	44.645
Totaal honoraria accountant	<u>75.989</u>	<u>82.978</u>

19. Transacties met verbonden partijen

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

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

De bezoldiging van de bestuurders en toezichthouders is opgenomen onder punt 17.

Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

W.G., Raamsdonksveer, 22 april 2016
 drs. M. Konings
 Directeur/bestuurder

W.G., Raamsdonksveer, 22 april 2016
 drs. P.P.M. van Geelen
 Voorzitter Raad van Toezicht

W.G., Raamsdonksveer, 22 april 2016
 drs. C.J.M. van den Heijkant
 Lid Raad van Toezicht

W.G., Raamsdonksveer, 22 april 2016
 A.E.J.M. van den Wijngaard MSc
 Secretaris Raad van Toezicht

W.G., Raamsdonksveer, 22 april 2016
 drs. A.J. van der Put
 Lid Raad van Toezicht

3.2 OVERIGE GEGEVENS

3.2 OVERIGE GEGEVENS

3.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft de jaarrekening 2015 vastgesteld in de vergadering van 22 april 2016.

De raad van toezicht van de Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft de jaarrekening 2015 goedgekeurd in de vergadering van 22 april 2016.

3.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming

In de statuten is bepaald dat het behaalde resultaat ter vrije beschikking staat van reserve aanvaardbare kosten. kosten.

3.2.3 Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 5.1.2.

3.2.4 Nevenvestigingen

Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft geen nevenvestigingen.

3.2.5 Controleverklaring

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.