

# Korte toelichting gevoerde beleid en resultaten 2017

---

**Status:**

Vastgesteld door de bestuurder te Boxmeer, d.d. 14 mei 2018  
Deponeren voor 01-06-2018

<sup>1</sup> Stichting Sint Anna betreft de juridische benaming; Woonzorgcentrum Sint Anna of Sint Anna betreft de werknaam

Hierbij het verslag met toelichting op de jaarcijfers en resultaten 2017. Dit naar aanleiding van het door Sint Anna gevoerde beleid a.h.v. de vijf strategische uitgangspunten:

1. Mensgerichtheid
2. Welbevinden van bewoners en medewerkers
3. Het kwaliteitssysteem is geen doel maar een middel
4. Financieel gezond blijven
5. Marktgericht zijn

Deze toelichting over 2017 is tot stand gekomen op grond van de intern verzamelde gegevens en de jaarverslagen van cliëntenraad en ondernemingsraad.

## 1. Mensgerichtheid

In 2017 is de besturingsfilosofie opnieuw binnen Sint Anna onder de aandacht gebracht. Naar aanleiding hiervan zijn er organisatorische wijzigingen doorgevoerd om mensgerichter te kunnen werken.

De besturingsfilosofie:

1. geeft het proces voor de realisatie van de doelstelling van Sint Anna vorm
2. wordt vastgesteld door de bestuurder
3. ont-zorgt de medewerkers actief in het primaire proces
4. doet recht aan eisen van externe toezichthouders
5. is gebaseerd op communicatieve vaardigheden van alle medewerkers.
6. onderkent “contact” en “staf” expertise die op elkaar moet worden afgestemd
7. kan omgaan met conflicten.

In 2017 is de mensgerichte visie ‘uniek mens zijn’ en missie ‘uniek mens blijven’ ongewijzigd. Belangrijkste organisatorische wijziging is dat er sinds maart 2017 geen hiërarchische lagen of direct leidinggevenden meer zijn, er een horizontale werkwijze is en de inrichting in zelfregulerende gemeenschappen en teams, ondersteund door stafexperts en teamcoaches, verder is ingevuld. De 10 vuistregels zijn handvaten voor allen die wonen en werken binnen de gemeenschappen en teams. Aardig zijn voor elkaar, proactief handelen en samen leren en verbeteren zijn belangrijke **culturelementen**.

## 2. Welbevinden van bewoners en medewerkers

### 2.1 Cliëntenraadpleging

Voor het verslagjaar 2017 heeft Sint Anna, conform het advies van het door VWS geïnitieerde landelijke programma Waardigheid & Trots, de tevredenheid van bewoners en mantelzorgers via Zorgkaart Nederland gemeten. Het rapportcijfer is een **8,4**. Op de NetPromotorScore scoort Sint Anna 100%. Bij de verdere doorontwikkeling van het ZorgLeefplan-gesprek worden de mogelijkheden, ten aanzien van het op gemeenschap en stichtingbreed niveau genereren van bewonertevredenheidinformatie, meegenomen.

### 2.2 Meting zorginhoudelijke indicatoren

Op cliëntniveau vinden tweemaal per jaar risicosignaleringen plaats, waarmee toetsing van de zorginhoudelijke indicatoren op individueel niveau is ondervangen. Bij de ontwikkeling van het Elektronisch Cliënten Dossier wordt de mogelijkheid, ten aanzien van het op team- en stichtingbreed niveau genereren van kwaliteitsinformatie, meegenomen.

### 2.3 Formele klachten

Sint Anna voldoet aan de nieuwe wet Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Woonzorgcentrum Sint Anna is aangesloten bij de klachtenregeling van Pantein. De klachtenbemiddelaar van Pantein behandelt de klachten namens Sint Anna.

Ook is er de mogelijkheid om een klacht voor te leggen aan een onafhankelijke klachtencommissie. De volledige klachtenregeling staat op onze website [www.sintannaboxmeer.nl](http://www.sintannaboxmeer.nl). Er kan gemeld worden dat er geen formele klachten zijn ingediend bij de onafhankelijke klachtencommissie.

## 2.4 Informele klachten

Informele klachten worden gezien als gratis advies en waardevolle informatie, waar iets mee gedaan moet worden. Informele klachten worden laag in de organisatie opgepakt en worden alleen wanneer deze niet naar tevredenheid kunnen worden opgelost bij de bestuurder gemeld en centraal opgepakt. Er is één informele klacht gemeld in 2017. Deze klacht betrof het zoekraken van kledingstukken van een bewoner. Hier zijn destijds goede afspraken over gemaakt, qua vergoeding naar de bewoner alsook verbetermaatregelen door de linnen/was uitgifte van Sint Anna. De klacht is naar tevredenheid afgehandeld.

## 2.5 Melding Incidenten Cliënten (MIB)

In Sint Anna is een MIB commissie actief. Ook in 2017 heeft deze commissie conform vastgelegde procedure gewerkt, maar dan ter voorkoming van incidenten. Ondanks de toenemende zorgzwaarte (hogere ZZP's) zijn er in 2017 toch 180 minder MIB-meldingen. Acties die in 2017 zijn uitgezet hebben hier een bijdrage aan geleverd. Voor de leden van de MIB commissie blijft het een uitdaging om te achterhalen, te analyseren, waarom zaken fout gaan om daarmee de adviezen te kunnen onderbouwen. Ook de commissie "blijf staan" (onderdeel van de MIB commissie) heeft voldoende uitdaging om valincidenten zo mogelijk te voorkomen.

2017 was een jaar waarin de zelfregulerende gemeenschappen, met in de hoofdrol de sterrolhouders "leven in gemeenschap", zelf met de bevindingen / aanbevelingen / preventieve maatregelen aan de slag gingen, en zoals blijkt niet zonder resultaat. Hierin werden zij gesteund en er werd meegedacht door verpleegkundigen, teamcoaches en stafexperts. In 2018 gaat Sint Anna hiermee verder. Gemeenschappen en "sterrolhouders" zullen steeds meer een onderdeel van de MIB commissie worden. Doel hiervan is om incidentrisico's te achterhalen en verbeteracties in gang te zetten, om gemeenschappen met de stand van zaken en acties, die hiervoor nodig zijn, te blijven betrekken.

Overzicht periode	2016	2017
Agressief gedrag	42	21
Anders	18	*8
Inname gevaarlijke stoffen		
Medicatie	494	425
Stoten/knellen/botsen	6	1
Vallen	419	353
Verbranden		
Vermissing	3	
Gevaarlijke situaties	6	
Voedingsfout		
<b>Totaal</b>	<b>988</b>	<b>808</b>

\* In 2017 maakte het bedrijfsbureau op basis van de 4-maandrapportage een uitdraai van de "MIB export overzichten", waarin meerdere oorzaken "anders" beschreven staan.

## 2.6 Cliëntenraad

In 2017 heeft de Cliëntenraad over de volgende zaken advies gegeven:

<b>Advies</b>
Jaarplan 2017 en toelichting financiën Jaarplan 2017 1 <sup>e</sup> - 4 maandrapportage 2017
Adviesaanvraag kwaliteitskeurmerk leren en verbeteren
Organisatie wijziging en ter informatie organigram
Adviesaanvraag kwaliteitsplan
W & T besteding extra gelden
Nota farmaceutische zorg bij Sint Anna
<b>Verzwaard Advies</b>
Klachtenwetgeving adviesaanvraag en aanpassing in de zorgverleningsovereenkomst Folder wat te doen bij een klacht
<b>Ter informatie</b>
In gesprek over de overleg- en beslisstructuur binnen Sint Anna
Kwaliteitskader verpleeghuiszorg
Strategisch huisvestingsplan 150 woon-zorg-appartementen en functionele instandhouding 150 wooneenheden

## 2.7 Opleidingen

De kanteling naar de nieuwe organisatiestructuur & besturingsfilosofie is een doorlopend proces dat continu om aandacht vraagt. Daarbij dient er gekeken te worden wat er nodig is aan ondersteuning van de gemeenschappen en individuele medewerkers om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en de medewerkers in hun kracht te zetten om zo de bewoners optimaal te kunnen bedienen.

In 2017 is door 13 verzorgende de GVP opleiding succesvol afgerond. Er wordt gekeken of er een nieuwe groep kan starten dit jaar. Er zijn dit jaar weer BBL trajecten en ook vakgerichte opleidingen voor bijvoorbeeld tillen en slikken. Tevens is er aandacht voor kennis van ziektebeelden en hoe om te gaan met familieweerbaarheid en grenzen stellen. Ook individuele coaching en training van teams maken onderdeel uit van het scholingsplan.

## 2.8 Melding Incidenten Medewerkers (MIM)

De MIM commissie werkt conform een vast protocol. In 2017 is er één melding gedaan van een bedrijfsongeval. Met dit ongeval is conform procedure omgegaan.

## 2.9 Risico-inventarisatie en -evaluatie

Eind 2017 is er, in overleg met de OR, een stafmedewerker als Arbo kartrekker benoemd. Het onderwerp Arbo wordt samen met gemeenschappen en stafexperts opgepakt. Vanuit het sterrol overleg "werken in gemeenschap" zijn er specifieke sterrollen voor Arbo benoemd. Hierbij zal de risico-inventarisatie en evaluatie ook aan de orde komen.

## 2.10 Vertrouwenspersoon Sint Anna

In 2017 waren er geen vragen of klachten op dit gebied, die de vertrouwenspersoon hebben bereikt.

## 2.11 Medewerkerraadpleging

Het medewerkertevredenheidsonderzoek wordt tweejaarlijks gehouden. In 2016 heeft het laatste onderzoek plaatsgevonden. Dit onderzoek wordt als nul-meting voor zelfregulering gezien en zal in 2018 herhaald worden.

## 2.12 Professioneel handelen

Het niveau van het professioneel handelen moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte. Met name de toename van ZZP behandeling en zwaardere zorg bij Wonen met Zorg, vraagt aanpassing van het professioneel handelen en het deskundigheidsniveau. In 2017 heeft de afstemming van het deskundigheidsniveau op de zorgzwaarte centraal gestaan en werd ingezet in het opleiden van gespecialiseerde, psychogeriatrische verzorgenden.

Twee verpleegkundigen volgden de opleiding Gerontologie en Geriatrie, om specifieke deskundigheid op het gebied van zorg en welzijn te ondersteunen en te coachen.

### 2.13 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim is in 2017 gedaald naar 5,81% (t.o.v. 8,49% in 2016, 7,16% in 2015). Dit is een goede ontwikkeling, ook in vergelijking met de VTT branche waar het gemiddelde verzuimpercentage gestegen is naar 6,67%. Binnen Sint Anna is het langdurig verzuim (> 6 weken) hoog, namelijk 4,56%. De gemiddelde duur van een verzuimmelding is 27,1 dagen (t.o.v. branche 28,1 dagen) en medewerkers van Sint Anna melden zich gemiddeld 0,80 keer ziek per jaar (t.o.v. branche 0,91).

### 2.14 Ondernemingsraad (OR)

Er heeft in 2017, zes keer een overlegvergadering met de bestuurder en P&O adviseur plaatsgevonden. En één keer een overlegvergadering met de Raad van Toezicht, bestuurder en de ondernemingsraad.

In 2017 zijn de volgende zaken ter instemming of advies aan de ondernemingsraad voorgelegd.

Datum	Memo	Instemming	Informatie	Advisering
1-3	Voorgenomen besluit organisatieontwikkeling			X
14-3	Kwaliteitskeurmerk HKZ			X
19-4	Kwaliteitskader - 13 januari 2017		X	
17-7	4-maandrapportage januari - april 2017		X	
15-8	MSKA regeling lidmaatschap sportschool/vereniging	X		
3-10	Werk- en rusttijdenregeling	X		
14-11	Concept kaderbrief 2018		X	

## 3. Het kwaliteitssysteem is geen doel maar een middel

### 3.1 Kwaliteit, veiligheid en innovatie

Ondanks de wijzigingen in de structuur en rollen binnen de organisatie is in de basis de kwaliteit en veiligheid op orde en is er sprake van een hoge bewoner tevredenheid. Sint Anna heeft een goed werkend KMS (Kwaliteit Management Systeem). Hoewel externe certificering op de HKZ normen sinds 2017 niet meer plaatsvindt, verandert de inhoud en werkwijze niet. Wel wordt, passend bij het kwaliteitskader en plan 2018, gekeken naar een passende vorm voor extern toetsen.

### Speerpunten ten aanzien van kwaliteit, veiligheid en innovatie in 2017:

#### 1. Leefwereld vs (externe) systeemwereld

- a. Welke keuzes maakt Sint Anna en kan Sint Anna dit jaar maken t.a.v. VWS, IGZ, HKZ, Zorgkantoor en alle andere externe (kwaliteits) eisen in relatie tot de interne kwaliteitsnormen & de leefwereld van onze bewoners.
- b. Het stimuleren van de gemeenschapsleven bij het leren denken vanuit de leefwereld van de bewoners, met inbegrip van de gepaste kwaliteit en veiligheid. Deze vaardigheid maakt ons uniek en onderscheidend.

Stand van zaken december 2017: afscheid genomen van HKZ, normen kwaliteitskader zijn leidend en ook de basis voor toetsing door IGZ.

## **2. Het borgen van het zorgproces aan de voorkant**

Iedereen vindt wat van kwaliteit, maar de volle verantwoordelijkheid ervoor nemen is lastiger. Dit, terwijl de taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van deze processen helder zijn. Te vaak wordt er onnodig en achteraf op incidenten gestuurd. Om in de lead te komen zal in 2017 nog kritischer gestuurd worden op het nemen van de verantwoordelijkheden, ten aanzien van de (kritische) zorgprocessen door de medewerkers zelf, de stafexperts in samenwerking met de gemeenschapscoaches. Het doorlopen van de PDCA cyclus en het borgen van gemaakte afspraken staan hierbij centraal.

Stand van zaken december 2017: per gemeenschap is samen met gemeenschap en stafexperts gekeken, waar zij tegenaan lopen in het zorgproces en welke verbeterpunten zij hebben. Deze werkwijze wordt ook toegepast ten aanzien van punt **3, 4 en 5**. Uitkomsten kunnen conform de nieuwe beslis-en besluitstructuur een thema worden (zie bijlage 2 “Beslis-en besluitstructuur”).

## **3. De individuele zorgrelatie, de kwaliteit van de ontmoeting en gekend zijn**

Hoe goed kennen de zorgprofessionals hun bewoners? Hoe brengen zij de kwaliteit en veiligheid in beeld? Hebben zij de risico's in het zicht, maken zij een goede afweging tussen kwaliteit en veiligheid (harde kant) enerzijds en de bedoeling (zachte kant) - tevredenheid & welzijn - anderzijds? Zijn zij in staat om de verantwoordelijkheid te nemen, om steun te vragen bij de juiste experts of hun collega's in de gemeenschap? Het accent ligt op de dialoog tussen bewoner en zorgverlener.

## **4. Het bevorderen van de kwaliteits- en tevredenheidsbewustzijn bij de gemeenschap**

Bij de bewoners zelf, vrijwilligers, mantelzorgers en niet alleen de medewerkers. Bewustzijn is de start van alles. Na inzicht en bewustzijn kan handelen volgen. De organisatie heeft lang geleund op wat van bovenaf (lees buitenaf) belangrijk werd gevonden. Deze steunstructuren hebben de persoonlijke verantwoordelijkheid ingedamd. De basiskwaliteit is bij alle gemeenschappen op orde.

## **5. Het bevorderen van het risico- en veiligheidsbewustzijn bij de gemeenschap:**

Bij de bewoners zelf, vrijwilligers, mantelzorgers en niet alleen de medewerkers. Bewustzijn is de start van alles. Na inzicht en bewustzijn kan handelen volgen. De organisatie heeft lang geleund op wat van bovenaf (lees buitenaf) belangrijk werd gevonden. Deze steunstructuren hebben de persoonlijke verantwoordelijkheid ingedamd.

Stand van zaken december 2017: risico- en veiligheidsbewustzijn beslaat alle medewerkers, zij werken deels binnen en deels buiten de zelfregulerende gemeenschap.

## **6. Aandacht voor de invulling van het ZLP/ECD, het gebruik ervan en de bijbehorende dialoog**

Het individuele ZLPO, het ZLP/ECD is het hart van de zorg, daar waar we afspraken registreren. Het individuele ZLPO (ZorgLeefPlanOverleg) levert ook de benodigde kwaliteits- en tevredenheidsinformatie op, alsmede inzicht in de risico's. Goede registratie is belangrijk voor goede zorg. In 2018 zal expliciet de aandacht hier naar toe gaan, omdat het contract met Unit4 is opgezegd.

Stand van zaken december 2017: screening op het totale proces en werking ZLP heeft plaats gevonden, teneinde maximale kwaliteitsinformatie op gemeenschapsniveau hieruit te kunnen halen. Dit wordt per gemeenschap opgepakt. Daarna vindt vertaling plaats naar het kwaliteits-dashboard. Alles met zo min mogelijk extra administratief werk voor de medewerkers en staf.

- 7. Kort cyclische kwaliteitsslagen versus de meer methodologische op de langere termijn**  
Het unieke van Sint Anna is de bewuste keuzes die gemaakt worden vanuit de leefwereld van de bewoners (de bedoeling) in relatie tot kwaliteit & veiligheid. Het zicht hebben op de risico's en in de dialoog deze naar voren brengen, en daar waar nodig de samenwerking zoeken.

Stand van zaken december 2017: er is gekozen om een kwaliteitsvenster te maken, waarmee Sint Anna zich in de volle breedte transparant maakt. Het in dialoog gaan met de bewoners en dit vastleggen in het ZLPO maakt de zachte kant expliciet. Het meten van tevredenheid & welzijn (zachte kant) wordt een inspirerend moment - zowel voor de bewoners als de medewerkers. Op dit moment gebeurt dit in huiskamergesprekken en mantelzorgavonden.

- 8. Stimuleren van gemeenschapsleden om te denken in verbeteren (i.p.v. in fouten)**

Denken vanuit de leefwereld en het levensverhaal om het geluk van de bewoners te stimuleren.

Stand van zaken december 2017: het over de muur gooien van kwaliteitsinformatie is voorbij. Dit werkt een lerende cultuur niet in de hand. Stafexperts, teamcoaches en medewerkers gaan samen het gesprek aan.

- 9. De rol van de CR en RvT als het gaat om kwaliteit (toetsende en signalerende rol)**

Toezicht en verantwoording - die past bij de eigentijdse organisatie die Sint Anna wil zijn - gaat uit van de mens, van eenvoud en is overzichtelijk. Het creëren van verantwoordingsinformatie mag daarom niet ten koste gaan van de uren die kunnen worden besteed in de praktijk. Het systeem moet ondersteunend zijn aan de 'Bedoeling' vanuit de verschillende rollen, die ieder heeft in het verantwoordingsproces. Daarmee maakt Sint Anna het van 'beneden naar boven' en van 'binnen naar buiten' organiseren mogelijk. Het vervolg van het proces vindt plaats in kleine stapjes om zo ons doel uiteindelijk te bereiken. Dit gehele proces wordt begeleid door een externe coach.

Stand van zaken december 2017: samen de dialoog aangaan, teneinde een goede balans te krijgen tussen systeemwereld en verantwoordingscultuur.

### **Conclusies t.a.v. kwaliteit veiligheid en innovatie**

Per 1 januari 2017 geldt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en toetsing volgens de richtlijnen IGZ. Er is in 2017 daarom afscheid genomen van de HKZ certificering.

De besturingsfilosofie krijgt steeds meer vorm evenals de uitgangspunten werken en leven in gemeenschap. Dit is bepalend voor het inrichten van processen. De "contact" expertise tussen het primaire proces en secundair proces, zal door het besturingssysteem op elkaar afgestemd worden. Dit is namelijk een belangrijk uitgangspunt voor het beoordelen of een besturingsfilosofie kan werken of niet.

## **4. Financieel gezond blijven**

### **4.1 Financieel beleid en toelichting jaarrekening**

#### **Inleiding**

In 2017 heeft Sint Anna hard gewerkt om bedrijfsmatig in controle te zijn en financieel gezond te blijven. Daarvoor heeft het bedrijfsbureau veel aandacht gegeven aan de herinrichting van de financiële boekhouding, zodat Sint Anna in 2018 zelfregulerende teams kan ondersteunen en monitoren in o.a. kostenbewustwording en budgettering. Ook zijn door het inkrimpen van overhead (manager en beleidsmedewerker) voor 2018 de kosten verder omlaag gebracht.

Er is gestart met onderzoek of de huidige bekostiging van (vooral) de WLZ (Wet Langdurige Zorg) zorg toereikend is om onze kwaliteitsambities kostendekkend te kunnen realiseren. Vervolgens is er een formatieberekening gemaakt ter voorbereiding van capaciteitsplansessies in 2018.



Sessies, waarin met elkaar in overleg wordt gegaan om te bekijken of de formatie bij de diensten past en of de bekostiging toereikend is en Sint Anna in staat stelt - om te kunnen anticiperen op de tariefontwikkelingen in de zorg.

Sint Anna heeft deelgenomen aan het NZA kostenonderzoek voor de Wet langdurige zorg. Dit onderzoek had als doel, het bepalen van de kostprijzen voor de Wlz-prestaties en Eerste Lijn verzorging (ELV) - prestaties. Op dit moment worden naar aanleiding van dit onderzoek de tarieven vastgesteld per 2019.

Met de Erfgoedinstelling heeft Sint Anna constructief gewerkt aan het realiseren van facturering / financiële afspraken o.b.v. de huur- en serviceovereenkomst, zoals deze in 2016 is overeengekomen.

Sint Anna sluit 2017 af met **een positief resultaat van € 249.391,-**. Hierin is de gerealiseerde overproductie van € 95.728,- opgenomen in het resultaat. Er is voor vergoeding goedkeuring van het Zorgkantoor, maar nog geen concrete toezegging van de NZa. Echter, gezien de berichten acht Sint Anna de kans heel groot dat deze geleverde productie - zoals voorgaande jaren - vergoed zal worden. De declaratie extramurale zorg vanuit de Zorgverzekeringswet( Zvw) is in 2017 lager dan het zorgkostenplafond en reeds volledig vergoed.

Met betrekking tot de jaarrekening 2016 is, nadat deze is vastgesteld, een materiële fout geconstateerd met betrekking tot de niet verwerkte verplichting inzake te betalen meer-uren € 48.221,-. Daarnaast is geconstateerd dat de opslag voor werkgeverslasten inzake enkele personele verplichtingen te laag waren gewaardeerd voor een totaalbedrag van € 63.526,-. De invloed op het eigen vermogen per 31 december 2016 bedraagt € 111.747,-. De reservering meer-uren in 2017 bedraagt € 131.121,-.

#### **4.1.1 Balans**

##### **4.1.1.1 Vaste activa**

Onder de vaste activa staan normaal gesproken gebouwen en materieel die van een zorginstelling zijn. Bij Sint Anna zit in de vaste activa echter een bedrag van € 1.319.680,89 i.v.m. verbouwing, waarvan het eigendom bij de Erfgoedinstelling ligt, omdat zij conform de samenwerkingsovereenkomst vastgoedbeheerder is. In 2017 heeft de Erfgoedinstelling de intentieverklaring afgegeven aan Sint Anna, om de gebouwen (A, B, D, F, H en J) in de huidige staat - inclusief ondergronden - volledig over te dragen aan Sint Anna, zodat Sint Anna een herstart kan maken - met dien verstande dat Sint Anna aan de omschreven randvoorwaarden voldoet. Het besluit voor definitieve overdracht van panden wordt pas genomen wanneer aan alle voorwaarden is voldaan. De strategische keuzes rondom het vastgoed zijn in ontwikkeling.

Sint Anna heeft nog een lening van € 460.000,- staan per 31-12-2016 met de Erfgoedinstelling en zal jaarlijks deze lening aflossen met € 60.000,-. Het rentepercentage was in 2017 5%, wat hoog was gezien de rentedalingen. Daarom wordt dit percentage volgens afspraak met de Erfgoedinstelling in 2018 verlaagd naar 3,4%.

##### **4.1.1.2 Liquide middelen**

De liquide middelen gaan over het feitelijke geld dat Sint Anna tot haar beschikking heeft. Het kengetal dat hieronder staat, geeft aan of Sint Anna voldoende geld heeft om haar schulden te betalen. Is de liquiditeitsratio lager dan 1,0 dan kan dit duiden op een te krappe liquiditeitspositie. Zoals in onderstaande tabel te zien is, heeft Sint Anna een liquiditeitsratio van 1,6. Sint Anna beschikt dus over voldoende geld om haar schulden te betalen, ook ten opzichte van het landelijk gemiddelde.



De ontwikkeling van de liquiditeitsratio van SA laat zich als volgt weergeven:

	2017 x € 1.000	2016 x € 1.000	2015 x € 1.000
Vlottende activa	2.135	2.302	2.412
Kortlopende schulden	1.363	1.528	1.574
Kortlopend deel voorzieningen	47	169	
	725	605	838
Liquiditeitsratio regulier	1,6	1,5	1,5

De liquiditeitsratio in 2016 is aangepast van 1,6 naar 1,5 door een materiële fout in 2016 met betrekking tot een niet verwerkte verplichting inzake te betalen meer-uren à € 48.221,-. Daarnaast is geconstateerd dat de opslag voor werkgeverslasten, inzake enkele personele verplichtingen, te laag zijn gewaardeerd voor een totaalbedrag van € 63.526,-. Dit heeft invloed op de kortlopende schulden in 2016.

#### 4.1.1.3 Eigen vermogen

Het eigen vermogen geeft voor een deel aan hoe Sint Anna aan haar geld en bezittingen is gekomen. In het eigen vermogen zitten vooral de reserves. Een reserve is gevormd met de positieve verschillen tussen alle opbrengsten en kosten (positieve resultaten) in de afgelopen jaren.

Of Sint Anna een gezond eigen vermogen heeft, wordt gemeten met twee indicatoren, die ook weer vergeleken kunnen worden met de landelijke gemiddelden. Het eerste kengetal zegt iets over de verhouding tussen het eigen ingebrachte geld (vermogen) en dat wat er totaal door Sint Anna en anderen is ingebracht. Voor Sint Anna is dit kengetal 51,5% (2016: 46,2%).

De tweede ratio (budgetratio) zegt iets over hoeveel reserves (eigen vermogen) Sint Anna heeft ten opzichte van de omzet die Sint Anna maakt. Voor Sint Anna is dit kengetal IN 2017 17,64% (2016: 16,60%, na fouterstel 2016)

Echter is het wel aan Sint Anna om buiten de afspraken meer reserves vanuit de eigen exploitatie op te bouwen. Uiteindelijk is dit namelijk een dekking voor tegenvallers, zoals het niet meer vergoeden van overproductie en andere zaken. Zoals wel wordt gezegd, moet je in je "vette" jaren opbouwen voor je "magere" jaren. Dit kan alleen door erop te sturen dat de opbrengsten altijd hoger blijven dan de kosten.

In het eigen vermogen zijn apart de Waardigheid en Trots (W&T) gelden gepresenteerd. Deze gelden zitten vanaf 2016 in het Wlz budget en zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Hiervoor had Sint Anna een plan opgesteld voor € 85.000,- en bij het zorgkantoor ingediend. Voor 2018 is er nog € 23.093,- te besteden.

<b>Solvabiliteit</b>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal eigen vermogen	2.023.851	2.066.248	2.129.584	19.711.881	1.698.546	1.947.937
Totaal opbrengsten boekjaar	9.440.038	9.508.990	9.589.875	9.546.822	10.230.752	11.043.311
balanstotaal	4.454.818	4.144.173	4.884.424	4.234.883	3.917.733	3.782.659
Solvabiliteit (totaaleigen vermogen/ balanstotaal)	45,43%	49,86%	43,60%	46,56%	46,21%	51,50%
Omzetratio (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	21,44%	21,73%	22,21%	20,65%	16,60%	17,64%

#### 4.1.1.4 Overige kortlopende schulden - Vakantiedagen

De overige kortlopende schulden zijn ten opzichte van 2016 afgenomen, doordat er in 2017 geen terugbetalingsverplichting naar zorgverzekeraars betreffende voorgaande jaren bestaat.

#### 4.1.2 Toelichting resultatenrekening

**De totale bedrijfsopbrengsten** zijn ten opzichte van 2016 gestegen met € 812.559,-.

##### **Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning**

In 2017 zijn de opbrengsten zorgprestaties gestegen met € 811.348,- (inclusief de gerealiseerde overproductie van € 95.728,-)

SA heeft in 2017 meer intramurale zorg verleend dan vorig jaar, waardoor deze opbrengst is gestegen. De toename VPT ten opzichte van 2016 is bijna € 300.00,- en de opbrengsten zorgverzekeringswet zijn met afgerond € 150.000,- gedaald.

**Subsidies** zijn met € 33.924,- gestegen ten opzichte van 2016 door een stijging in de opleidingssubsidie en ook de vergoeding voor ELV zijn hieronder gerubriceerd en gestegen.

##### **De overige bedrijfsopbrengsten**

De overige bedrijfsopbrengsten zijn € 32.713,- lager ten opzichte van 2016.

Er is een daling in de vergoeding voor verblijfscomponenten door ook een daling in het aantal extramurale bewoners. De opbrengsten voor overige dienstverlening zijn gestegen ten opzichte van 2016, doordat SA het activiteitenaanbod heeft uitgebreid en de opbrengsten voor Tafeltje Dekje het gehele jaar van toepassing zijn, en in 2016 slechts een half jaar.

**De totale bedrijfslasten** zijn gestegen met € 401.572,-.

Met name door een stijging in de personeelskosten als gevolg van ook de toename van het aantal personeelsleden in de zorg gebonden functies.

##### **Reservepositie**

Onderstaande ratio zegt iets over het positief behaalde resultaat in relatie tot het percentage van de totale opbrengsten.

Resultaatratio	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Resultaat boekjaar	132.674	42.397	63.336	-157.703	-161.588	249.391
Totaal opbrengst boekjaar	9.440.038	9.508.990	9.589.875	9.546.822	10.230.752	11.043.311
	1,41%	0,45%	0,66%	-1,65%	-1,58%	2,26%

#### 4.1.3 Financieel beleid en acties voor 2018

1. De financieel adviseur zal meer proactief gaan adviseren dan reactief rapporteren. Sturen op financieel gezond blijven in plaats van beheersen. De zelfregulerende teams zijn het primaire proces die secundair ondersteund worden in o.a. kostenbewustwording, budgetten.
2. Bewaking van de meer-uren. Er wordt alleen extra formatie ingezet bij ziekteverzuim boven de 5% of zorgzwaartestijging. Er worden capaciteitsplansessies gehouden en goed gemonitord c.q. gestuurd op de formatie, zoals begroot in 2018.
3. In het kader van het strategisch vastgoedplan wordt in 2018 een meerjarenbegroting opgesteld.
4. Continue analyse van de geregistreerde zorg in relatie tot de ingezette personeelsformatie, ter bewaking van de kostenontwikkelingen versus de beschikbare budgetten en overproductierisico's. Hierbij is de juiste sturing op formatie en productiviteit van belang (capaciteitsplansessies).

5. Contractbewaking van de belangrijkste zorgfinanciers, met name het zorgkantoor en Zorgverzekeraar CZ, alsook het maken van contractafspraken met andere zorgverzekeraars en gemeente.
6. Structurering van het bedrijfsbureau voor een verbetering van de financiële processen en het opzetten van een duidelijke financiële managementrapportage.
7. Verbeteren van de interne controle op basis van de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle WLZ zorgaanbieders.

## 5 Marktgericht zijn

Het concept dat Sint Anna aanbiedt is een landelijk uniek all-in-concept, met als basis leven in gemeenschap. Sint Anna is een dorp op zich. De locatie en eigenheid van Sint Anna zorgt ervoor dat (potentiële) bewoners vanuit diverse delen van het land Sint Anna weten te vinden. De bekendheid van Sint Anna is groot in de regio en juist vanwege het unieke concept kiest men voor Sint Anna. Sint Anna gaat voor de heilheid van de unieke mens. De (potentiële) bewoners zijn goed op de hoogte van Sint Anna en het concept dat wordt geboden. Dit komt vooral voort uit mond-tot-mondreclame. De belofte van Sint Anna wordt dagelijks waargemaakt! Het unieke van de locatie speelt ook mee bij de keuze voor Sint Anna. Om toekomstbestendig menslievende zorg te kunnen blijven leveren is passend vastgoed en goede samenwerking van levensbelang.

### 5.1 Strategisch vastgoed

Sint Anna is gevestigd op het terrein van de Zusters van Julie Postel in Boxmeer. Het vastgoed is eigendom van de Congregatie van de Zusters van Julie Postel. Op de locatie wonen religieuzen, van meerdere congregaties en niet-religieuzen. Het aantal religieuzen neemt sinds enige jaren af. Op termijn is de verwachting dat er geen religieuzen meer op het terrein wonen.

In april 2017 is door de Raad van Toezicht van de Erfgoedinstelling een intentieverklaring voor de overdracht van de zorggebouwen afgegeven.

De Raad van Toezicht-leden gaven de intentieverklaring af aan de bestuurder, om:

- De gebouwen (A, B, D, F, H en J) in de huidige staat, inclusief ondergronden volledig over te dragen aan Sint Anna, zodat Sint Anna een herstart kan maken, met dien verstande dat Sint Anna aan de omschreven randvoorwaarden voldoet;
- Het besluit voor definitieve overdracht van de panden wordt pas genomen, wanneer aan alle voorwaarden is voldaan.

Belangrijkste randvoorwaarden zijn:

- Sint Anna moet een businessplan en vastgoedbeleid maken;
- Er moet een toekomstvisie komen wat er straks met de rest van het pand gebeurt, waar de Erfgoedinstelling zich ook in kan vinden;
- De rechten van de zusters moeten veilig gesteld worden; ook ten aanzien van het gebruik van de panden.

In 2017 is voor het maken van een strategisch vastgoedplan bureau Van Aarle De Laat geselecteerd. Sinds eind 2017 is Sint Anna o.l.v. hen bezig om het plan op te stellen. Het plan heeft betrekking op: 1. Het opstellen van het strategisch vastgoedplan; 2. Het opstellen van een totaalexplotatie en businesscase en 3. Het voorbereiden van afspraken voor eigendomsoverdracht.

Omdat de nieuw c.q. verbouw op de locatie wordt gerealiseerd in meerdere woongebouwen, die met elkaar verbonden zijn is voor de nieuwbouw is tijdelijke huisvesting nodig. Deze tijdelijke huisvesting staat reeds op de locatie, echter deze dient uiterlijk in 2022 geamoveerd te worden. De specifieke kaders voor de nieuwbouw worden bepaald tijdens het opstellen van het strategisch vastgoedplan.

# Bijlage 1      Profiel van de organisatie

## 1      Algemene identificatiegegevens

**Tabel 1.1 Algemene identificatiegegevens**

<i>Naam verslag leggende rechtspersoon</i>	<i>Stichting Sint Anna</i>
<i>Adres</i>	<i>Veerstraat 49</i>
<i>Postcode</i>	<i>5831 JM</i>
<i>Plaats</i>	<i>Boxmeer</i>
<i>Telefoonnummer</i>	<i>0485571541</i>
<i>Identificatienummer Kamer van Koophandel</i>	<i>41081234</i>
<i>E-mailadres</i>	<i>welkom@sintannaboxmeer.nl</i>
<i>Internetpagina</i>	<i>www.sintannaboxmeer.nl</i>

## 2      Structuur van het concern

### 2.1 Beschrijving juridische structuur

Sint Anna exploiteert het Woonzorgcentrum aan de Veerstraat 49 te Boxmeer, dat een toelating kent voor de binnen de Wlz, Bopz en Zorgverzekeringswet uitgegeven functies.

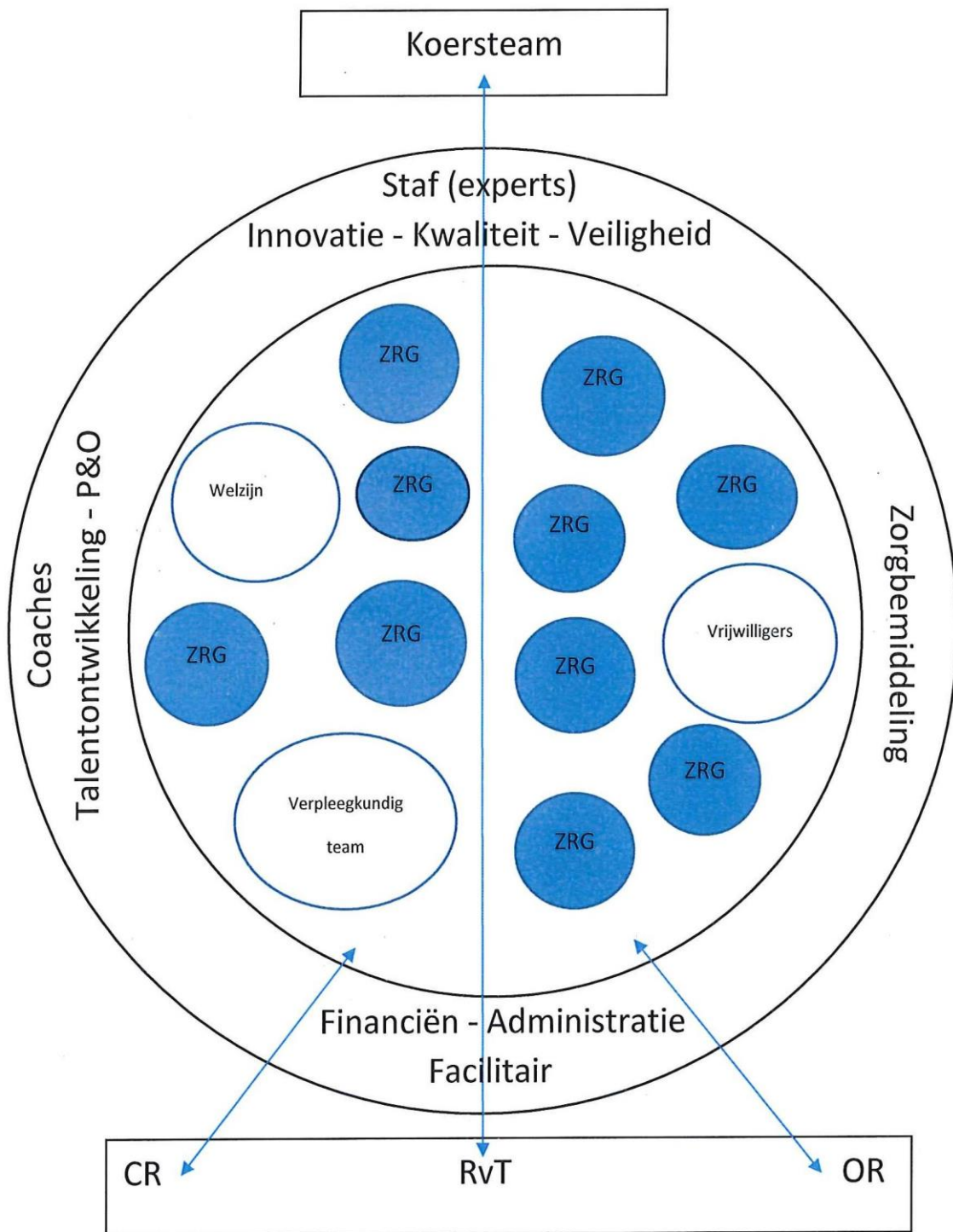
### 2.2 Beschrijving organisatorische structuur

Sint Anna is een stichting en is - conform normen en voorschriften van de WTZi en van de Zorgbrede Governance Code - georganiseerd volgens het Raad van Toezicht Model. De eenhoofdige Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beleid en bedrijfsvoering van de organisatie en laat zich hierin bijstaan door stafexperts en teamcoaches. Sinds 1 maart 2017 bestaat het leidinggevend kader niet meer uit hiërarchische lagen. Er is een Koersteam bestaande uit bestuurder, P&O adviseur en Financieel adviseur, zij bewaken de koers. De stafexperts en teamcoaches hebben geen hiërarchische functie, zij ondersteunen en ontzorgen de zelfregulerende gemeenschappen en teams. De Raad van Toezicht ziet toe op een goed en verantwoord bestuur van de organisatie. De organisatiestructuur peildatum 31 december 2017 is weergegeven in figuur 1.

Bij Sint Anna werken 344 medewerkers (153, 44 FTE). Verder zijn er ca. 157 vrijwilligers actief in zorgondersteuning en andersoortige begeleiding. Daarnaast stimuleert Sint Anna een toenemende rol en inzet van mantelzorgers. De belangen van medewerkers worden behartigd door de ondernemingsraad van Sint Anna. De belangen van de bewoners worden behartigd door de cliëntenraad van Sint Anna.

Conform het meerjarenbeleidsplan Sint Anna 2012-2016 hebben de laatste jaren een aantal belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden. Deze ontwikkelingen hebben een andere inrichting of "herinrichting" van de organisatie gevraagd. Deze concretisering van onze de besturingsfilosofie van Sint Anna is ondersteunend aan de strategische doelen van Sint Anna en wordt met regelmaat getoetst in het managementteam.

**Figuur 1**



versie 3 juli 2017

### 2.3 Besturingsmodel

Sint Anna heeft een Raad van Toezicht, bestaande uit 5 personen en een eenhoofdige Raad van Bestuur. De Stichting kent als inspraakhebbende organen:

- de Cliëntenraad op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).
- de Ondernemingsraad op grond van de Wet op de OndernemingsRaden (WOR).

### 2.4 Medezeggenschapsstructuur

#### Organisatie Cliëntenraad en Ondernemingsraad

Aangezien Sint Anna één locatie heeft, zijn zowel de Cliëntenraad als de ondernemingsraad centraal georganiseerd. De Cliëntenraad is een representatieve vertegenwoordiging van het cliëntenbestand van Sint Anna.

## 3 Kerngegevens

Sint Anna biedt een breed pakket aan woon-, zorg- en welzijnsdiensten.

### 3.1 De toelating waarover Sint Anna beschikt

Sint Anna beschikt over de volgende functies: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

### 3.2 Wlz<sup>1</sup>, Zorgverzekering en WMO<sup>2</sup> - gefinancierde producten - publiek

Binnen de Wlz, Zorgverzekering en WMO gefinancierde producten wordt een onderscheid gemaakt tussen intramurale en extramurale zorgproducten.

#### 3.2.1 Intramurale zorgproducten, de ZZP's en Wlz (ook VPT<sup>3</sup>)

Binnen de intramurale zorgproducten wordt een onderscheid gemaakt tussen duurzaam verblijf (ZZP zonder behandeling), kortdurend verblijf (ZZP voor revalidatie) en verpleeghuiszorg (ZZP met behandeling) in het woonzorgcentrum.

#### 3.2.2 Extramurale zorgproducten, Zvw<sup>4</sup> en WMO

Extramurale zorg houdt in het verlenen van zorg- en dienstverlening aan zelfstandig wonende Zusters in Boxmeer. Er wordt extramurale zorg geboden op de Veerstraat en bij de Karmelieten aan de Steenstraat. Ook wordt aan bewoners op de wachtlijst zo mogelijk extramurale zorg geboden. Door de groeiende wachtlijsten neemt dit aantal toe.

### 3.3 Niet WLZ, Zvw of WMO - gefinancierde producten - privaat

#### 3.3.1 Aanvullende diensten aan de Congregatie van de Zusters van Julie Postel

Sint Anna verricht, in samenwerking met de Erfgoedinstelling, de volgende aanvullende niet Wlz, Zvw of WMO gefinancierde activiteiten en diensten:

- woon-, zorg- en welzijnsdiensten in de ruimste zin des woords
- beheren, onderhouden en in stand houden van het gebouw en terrein aan de Veerstraat
- financieel-administratieve-, facilitaire-, technische- en mogelijk andere diensten

#### 3.3.2 Aanvullende diensten (aan overige bewoners)

Sint Anna verricht, op kleine schaal, de volgende activiteiten en diensten:

- extra diensten aan langer thuiswonende zoals wasverzorging en Tafeltje Dekje
- mantelzorg aan zowel geïndiceerde als niet- geïndiceerde religieuzen
- woon-, zorg- en welzijnsdiensten in de ruimste zin des woords

<sup>1</sup> Wet Langdurige zorg

<sup>2</sup> Wet Maatschappelijk Ondersteuning

<sup>3</sup> Volledig Pakket Thuis

<sup>4</sup> Zorgverzekeringswet

Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Als zorgaanbieder van identiteitsgebonden zorg worden binnen Sint Anna, zowel religieuzen als niet-religieuzen uitgenodigd om bij Sint Anna te komen wonen. Sint Anna wil zich onderscheiden als een zorgaanbieder die voorwaarden schept voor oudere religieuzen en hun gemeenschappen, om een religieus leven te leiden en als een zorgaanbieder voor niet-religieuzen, die zich op hun plaats voelen in een huis waar levensbeschouwing en gemeenschapsleven een belangrijke rol spelen.

### **3.4 Werkgebieden**

Sint Anna is werkzaam in de zorgkantoorregio Noordoost Brabant. In verband met de bijzondere functie van Sint Anna is het werkgebied niet beperkt tot de regio Noordoost Brabant, maar bovenregionaal. Ten aanzien van niet-religieuzen is het werkgebied gericht op de regio Noordoost Brabant.



## Bijlage 2 Raad van Toezicht

### 1 Normen voor goed bestuur

Stichting Sint Anna werkt conform de Zorgbrede Governance Code, met daarin de aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg. Het recht van enquête is toegewezen aan de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) te Utrecht.

### 2 Raad van Bestuur / bestuurder

Stichting Sint Anna kent een éénhoofdige Raad van Bestuur, die bestuurder genoemd wordt. De Raad van Toezicht stelt het profiel van bestuurder vast en benoemt, schorst en ontslaat de bestuurder. De bestuurder kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van de Raad van Toezicht van een binnen het werkgebied van Stichting Sint Anna werkzame zorgorganisatie of Onderneming, die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de Stichting verricht. Bovendien kan de bestuurder alleen met toestemming van de Raad van Toezicht betaalde of onbetaalde nevenfuncties aanvaarden. De bestuurder handelt conform het reglement van bestuur van de Stichting, dat onlosmakelijk deel uitmaakt van de statuten van de Stichting<sup>1</sup> De bestuurder is rechtstreeks verantwoording verschuldigd aan de Raad van Toezicht; de verantwoording vindt plaats in de vergaderingen van de Raad van Toezicht met de bestuurder.

In het reglement van bestuur zijn afspraken gemaakt m.b.t. de volgende punten:

- taken van bestuurder
- wijze van verantwoording aan Raad van Toezicht
- bereikbaarheid en waarneming van bestuurder
- medezeggenschap en inspraak
- openheid en externe verantwoording
- deskundigheid
- evaluatie van beleid en van bestuurder
- gedragsregels; waaronder belangenverstrengeling, geheimhouding en meldingsplicht en
- verbodsbepalingen

De bestuurder wordt bezoldigd conform de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden Raden van Bestuur/Directies Zorginstellingen.

### 3 Samenstelling Raad van Bestuur

**Tabel 3. Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2017**

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfunctie
Mw. E. Hoenselaar-Peeters MMI	Bestuurder	Bestuurslid vereniging christelijke zorginstellingen, Reliëf Lid adviesraad Zorgnetwerk Nederland Lid Seven Hills Runners Club (SHRC) Nijmegen

<sup>1</sup> De statuten dateren van 25-09-2017

#### **4 Toezichthouders**

De Raad van Toezicht van Stichting Sint Anna bestaat uit 5 leden.

Conform de statuten is bij de samenstelling van de Raad uitgegaan van een spreiding van deskundigheden, vaardigheden en achtergronden. De gewenste samenstelling is vastgelegd in de profielschets van de Raad van Toezicht en toegepast in de profielschets van elk lid. De cliëntenraad wordt door de Raad van Toezicht in de gelegenheid gesteld om voor een zetel in de Raad een bindende voordracht te doen.

De Raad van Toezicht vervult haar toezichthoudende taken conform het bepaalde in het reglement van de Raad van Toezicht dat onlosmakelijk deel uitmaakt van de statuten (d.d. 25-09-2017).

Ten behoeve van de realisatie van verantwoord toezicht werkt de Raad van Toezicht met een toezichthoudend instrumentarium, bestaande uit:

- een naar inhoud en vorm gestructureerde wijze van toezichtuitoefening
- gestructureerde contacten met de bestuurder
- gestructureerde contacten met de interne belangenhouders, zoals met de Erfgoedinstelling, de cliëntenraad en de ondernemingsraad
- de controle en het advies van een externe accountant
- zo nodig de in te roepen deskundigheid van derden
- een gereguleerde vergaderwijze, informatievoorziening, besluitvorming
- meningsvorming, oordeelsvorming en evaluatie van het toezicht

#### **5 Vergaderingen en overleg**

De Raad van Toezicht is in het verslagjaar 8 keer bijeengekomen in aanwezigheid van de bestuurder.

De volgende onderwerpen zijn in de vergaderingen onder meer aan de orde geweest:

- Jaardocument MV 2016
- Accountantsverslag 2016
- Bestuurdersbeoordeling 2016
- Managementrapportages 2017
- Samenwerkingsovereenkomst Sint Anna - Erfgoedinstelling (EJP)
- Huur- en dienstverleningsovereenkomst Sint Anna - Erfgoedinstelling (EJP)
- Koersbrief 2018 en besturingsfilosofie
- Jaarplan + Financiën 2018
- Statuten
- Proces strategisch vastgoed
- Stand van zaken Zelfregulerende Gemeenschappen (ZRG)
- Reglement Raad van Toezicht
- Reglement Bestuurder
- Informatieveiligheid

Een afvaardiging van de Raad en bestuurder hebben ook in 2017 weer een overleg gehad met de ondernemingsraad, onder meer over de samenwerking met de bestuurder, samenwerking met de Erfgoedinstelling, stand van zaken Zelfregulerende Gemeenschappen (ZRG) en voorzitterswisseling van de Raad van Toezicht.

Een afvaardiging van de Raad en de bestuurder hebben hun jaarlijkse overleg gehad met de cliëntenraad, onder meer over de gehele sfeer in het huis gerelateerd aan de drie kernwaarden, de ontwikkelingen in Sint Anna en de samenwerking met de Erfgoedinstelling, impact Zelfregulerende Gemeenschappen (ZRG) en de samenwerking met de cliëntenraad, de impact ZRG en de veranderende bewonerspopulatie en cliëntenraadhulpmiddelen en -instrumenten in haar werkzaamheden.

Daarnaast heeft de Raad van Toezicht samen met de bestuurder overleg gevoerd met de Erfgoedinstelling en haar Raad van Toezicht. Onder meer heeft er een gedachtewisseling plaatsgevonden over het uitdragen van de missie en het borgen van de kernwaarden, met name het behoud van spiritualiteit in huis.

In het verslagjaar heeft bij de vaststelling van het financiële jaardocument 2017 overleg plaatsgevonden met de externe accountant op 7 mei 2018 in de commissie Financiën.

## 6 Onafhankelijkheid

Alle leden van de Raad van Toezicht functioneren onafhankelijk en handelen zonder last of ruggespraak.

## 7 Beoordeling eigen functioneren en functioneren bestuurder

Aan de hand van een evaluatie-instrument is een functioneringsgesprek gehouden met de bestuurder op 13 december 2017. Daarnaast beoordeelt en evalueert de Raad van Toezicht eenmaal per jaar het eigen functioneren aan de hand van een evaluatie-instrument. Deze evaluatie zal in oktober 2018 plaatsvinden.

## Bezoldiging

Alle leden Raad van Toezicht zijn lid van de NVTZ en worden voor hun werkzaamheden conform NVTZ regeling gehonoreerd. Diverse leden hebben bij- en nascholingsbijeenkomsten van de NVTZ bijgewoond, dan wel zijn aanwezig geweest op de algemene ledenvergaderingen (ALV).

**Tabel 4. Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2017**

Naam	Functie	Nevenfuncties
Mw. W.H. van de Walle	Voorzitter	Voorzitter Raad van Toezicht Stichting de Zorgboog Helmond Voorzitter Bestuur Gezondheidscentrum Brandevoort Helmond Lid Raad van Commissarissen RABO bank Helmond Auditor bij het NIAZ Voorzitter bestuur Stichting Lucas Gassel Helmond
Dhr. J.M.J. van Raaij	Vice-voorzitter	Voorzitter RvC MSDAH Boxmeer Voorzitter dorpsraad Sint Anthonis Lid Raad van Toezicht Podiumfonds Schouwburg Cuijk
Dhr. G.H.A.M. van Berlo	Lid	Lid Raad van Bestuur Máxima Medisch Centrum Veldhoven tot 1-9-2017 Lid Raad van Toezicht Stichting Pluryn Nijmegen, voorzitter auditcommissie Lid Raad van Bestuur Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis vanaf 1-9-2017
Mw. H.M.A. van Tol	Lid	Partner DamhuisElshoutVerschure organisatieadviseurs
Mw. J.G.M. Jansen	Lid	Lid van het Concern Management Team van Schakelring (zorgaanbieder regio Midden Brabant)

## 8 Commissies Raad van Toezicht

De aandachtsgebieden c.q. commissies zijn als volgt verdeeld.

**Tabel 5. Aandachtsgebieden en commissies in 2017**

Aandachtsgebieden	1	2
Algehele leiding / coaching bestuurder	B. v.d. Walle	J. van Raaij
Remuneratie	B. v.d. Walle	J. van Raaij
Financiën	G. van Berlo	J. van Raaij
Huisvesting	J. van Raaij	G. van Berlo
Zorg, kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid	H. van Tol	A. Jansen
Identiteit en contact Erfgoedinstelling	B. v.d. Walle	J. van Raaij