



Jaarverslag 2015

Diapriva, in 2016 ook thuisdialyse-plus

Geïnteresseerden in de landelijke ontwikkeling van dialyse zouden dit jaarverslag moeten lezen



Inhoudsopgave

VERSLAG ALGEMEEN DIRECTEUR	3
1. VOORWOORD	4
2. ALGEMENE INFORMATIE	7
2.1 MISSIE / DOELSTELLING	7
2.2 KERNACTIVITEITEN	7
2.3 JURIDISCHE STRUCTUUR	8
2.4 INTERNE ORGANISATIE EN PERSONEELSBELEID	11
3. BELANGRIJKE ONTWIKKELINGEN IN 2015	12
3.1 HKZ-CERTIFICATIE	12
3.2 VMS-CERTIFICATIE	12
3.3 CONTRACTERING ZORGVERZEKERAARS 2015 / 2016	13
3.4 BEELDVORMING KOSTPRIJS DIALYSE	13
4. FINANCIEEL BELEID	17
4.1 ALGEMEEN	17
4.2 FINANCIËLE ONTWIKKELINGEN GEDURENDE HET BOEKJAAR	17
4.3 VERWACHTE FINANCIËLE ONTWIKKELINGEN VOLGEND BOEKJAAR	19
5. RISICO'S EN ONZEKERHEDEN	22
5.1 KORTE BESCHOUWING VAN STRATEGISCHE, OPERATIONELE EN FINANCIËLE RISICO'S.	22
6. GEDRAGSCODE	24
6.1 ZORGBREDE GOVERNANCE CODE	24
7. TOEKOMSTVISIE	27
7.1 DIALYSE, EEN BIJZONDERE VERRICHTING.	27
8. OPMERKELIJK	30
8.1 DE DRAAGBARE KUNSTNIER	30
8.2 THUISHEMODIALYSE	31
VERSLAG RAAD VAN COMMISSARISSEN	34
1. ALGEMEEN	35
2. TAAK	35
3. GOVERNANCE	35
4. SAMENSTELLING RAAD VAN COMMISSARISSEN	36
5. HOOFD- EN NEVENFUNCTIES LEDEN VAN DE RAAD VAN COMMISSARISSEN	36
6. INTRODUCTIE BIJ DIAPRIVA	37
7. VERGADERINGEN	37
8. TOEZICHT OP STRATEGIE EN PRESTATIES	38
9. TOEZICHT OP INTERNE EN BEHEERSINGS- EN CONTROLESYSTEMEN	39
10. INFORMATIEVERSTREKKING/VOORZIENING	39
11. COMMISSIES	39
12. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	39
13. TOETSING ONAFHANKELIJKHEID LEDEN RAAD VAN COMMISSARISSEN	39
14. INSTEMMING MET JAARREKENING EN DIRECTIEVERSLAG 2015	39



VERSLAG CLIËNTENRAAD	41
1. ALGEMEEN	42
2. TAAK CLIËNTENRAAD	42
3. HONORERING	42
4. GESCHILLENREGELING	42
5. GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN	42
6. SAMENSTELLING CLIËNTENRAAD EN DUUR BENOEMING	42
7. SAMENWERKINGSOVEREENKOMST TUSSEN DIAPRIVA EN CLIËNTENRAAD	42
8. LEDEN VAN DE CLIËNTENRAAD	42
9. BINDENDE VOORDRACHT LID RAAD VAN COMMISSARISSEN	43
10. ONDERWERPEN IN VERSLAGJAAR	43
11. GEVRAAGDE ADVIEZEN UITGEBRACHT DOOR DE CLIËNTENRAAD IN HET VERSLAGJAAR	43
12. ONGEVRAAGD ADVIES DOOR DE CLIËNTENRAAD	43
13. OPVOLGING ADVIEZEN CLIËNTENRAAD	43
14. AANTAL VERGADERINGEN	43
JAARREKENING	45
INHOUDSOPGAVE JAARREKENING	46
1 JAARREKENING	47
1.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2015 (NA RESULTAATBESTEMMING)	48
1.2 RESULTATENREKENING OVER 2015	49
1.3 KASSTROOMOVERZICHT	50
1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING	52
1.5 TOELICHTING OP DE BALANS	56
1.6 MUTATIE-OVERZICHT MATERIËLE VASTE ACTIVA OP GROND VAN ARTIKEL 5A REGELING VERSLAGGEVING WTZi	62
1.7 OVERZICHT LENINGEN	63
1.8 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING OVER 2015	64
2. OVERIGE GEGEVENS	69
2.1 VASTSTELLING EN GOEDKEURING JAARREKENING	69
2.2 STATUTAIRE REGELING RESULTAATBESTEMMING	69
2.3 RESULTAATBESTEMMING	69
2.4 GEBEURTENISSEN NA BALANSDATUM	69
2.5 ONDERTEKENING DOOR BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS	69
2.6 VERKLARING REGISTERACCOUNTANT	69
VERSLAG KLACHTENCOMMISSIE	72
1. VOORWOORD	73
2. SAMENSTELLING	73
3. WERKWIJZE	73
4. BEHANDELDE KLACHTEN	74
5. FINANCIËEL	74



Verslag Algemeen Directeur

1. Voorwoord

Het jaar 2015 was voor Diapriva in velerlei opzichten een bijzonder maar ook moeilijk jaar. De onderhandelingen met de belangrijkste zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea over behandel prijzen en productieplafond 2015 verliepen moeizaam en pas begin 2015 werd een definitieve overeenkomst gesloten, gebaseerd op behandel prijzen en productieplafond 2014. Met andere woorden: de voorziene groei van het aantal patiënten van circa 10 werd geblokkeerd door de overeenkomst.

Al snel werd duidelijk dat VUmc steeds meer patiënten doorverwees naar Diapriva omdat VUmc 1^e lijns- en 2^e lijns-zorg veel meer onderbracht bij haar netwerk van samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en ZBC's. Daarnaast speelt voor de regio Amsterdam ook nog het feit dat de incidentie van dialysepatiënten circa 30 % hoger ligt dan het landelijk gemiddelde als gevolg van een andere samenstelling van de bevolking.

De druk op dialysecentra neemt dus toe terwijl het merendeel van de Amsterdamse dialysecentra hun maximale capaciteit hebben bereikt of dreigen te bereiken.

Omdat Diapriva een ruime nog niet benutte capaciteit heeft, ligt het voor de hand dat het aantal verwijzingen naar Diapriva zal toenemen. Over deze voorzienbare en onontkoombare ontwikkeling is al in een vroeg stadium gerapporteerd aan zorgverzekeraar het Zilveren Kruis Achmea met de vraagstelling hoe hier mee om te gaan. Meerdere malen heeft Diapriva aan de zorgverzekeraar gevraagd om hiervoor een oplossing te bieden, helaas zonder enige respons. Pas eind september 2015 toen er inmiddels al 13 patiënten boven toegestaan plafond werden behandeld kwam een eerste reactie. De reactie hield in dat deze boventallige patiënten binnen de risico sfeer van Diapriva vallen en er dus geen op-hoging van het budget zou plaatsvinden. De hiermee samenhangende kosten bedragen circa € 650.000.

Een en ander leidde ertoe dat Diapriva gedwongen werd om onmiddellijk een patiëntenstop door te voeren voor verzekerden van Zilveren Kruis Achmea. In het hoofdstuk contractering (3.3 van dit verslag) zal hier verder op ingegaan worden.

Al enkele jaren leven er bij zorgverzekeraars ideeën over stimulering van thuisdialyse. De belangrijkste gedachte hierachter is dat er van uitgegaan wordt dat thuisdialyse voor veel patiënten een betere behandeling is en bovendien veel goedkoper dan centrumdialyse. Interessant in dit verband zijn diverse persuitingen van Zilveren Kruis Achmea waarin verwezen wordt naar de thuisdialyse in Nieuw-Zeeland waar circa 20% van de dialysepatiënten thuis dialyseert. Dit zou, zo wordt gesteld, dus ook in Nederland mogelijk moeten zijn. Bij nadere beschouwing van de situatie in Nieuw-Zeeland blijkt dat er ongeveer 1.000 dialysepatiënten zijn waarvan er 200 thuis dialyseren. Deze thuisdialysepatiënten wonen vaak te ver van de reguliere dialysecentra zodat thuisdialyse meestal de enige optie is. Deze situatie geldt echter niet voor Nederland met een goede dekking/spreiding van dialysecentra. Desondanks is Diapriva van mening dat thuis-of zelfdialyse voor een beperkt aantal patiënten een goede oplossing is.

Om deze reden heeft Diapriva besloten om in 2016 te starten met het zogenaamde thuisdialyse-plus programma. Dit besluit is in goed overleg met Zilveren Kruis Achmea genomen omdat Zilveren Kruis Achmea de zelfstandige dialyse binnen de muren van Diapriva beschouwt als een vorm van thuisdialyse. In dit verslag zal daarom verder worden gesproken over thuisdialyse-plus. Deze behandeling houdt in dat aan centrumdialysepatiën-



ten die hiervoor in aanmerking komen en het zelf ook willen een opleiding wordt aangeboden van circa 3 maanden. Na voltooiing van de opleiding gaan de patiënten de behandeling zelf uitvoeren en maken daarbij gebruik van de overdag leegstaande capaciteit van de nachtdialyse. Op deze wijze worden zij zelfredzaam en dalen de kosten van de behandeling aanzienlijk. Het grote voordeel van deze methode is dat de patiënten ingeval van calamiteiten onmiddellijk de noodzakelijke zorg beschikbaar hebben en er bovendien geen woningaanpassing nodig is en Diapriva geen logistiek netwerk hoeft op te zetten voor bevoorrading, technische ondersteuning en andere bij thuisdialyse noodzakelijk voorzieningen. Het staat vast dat deze behandeling goedkoper is dan de reguliere thuisdialyse waarbij in vrijwel alle gevallen ook een verpleegkundig dialyse assistent thuis aanwezig moet zijn. Diapriva heeft dus vanaf 2016 de reguliere centrumdialyse, de nachtdialyse en nieuw de thuisdialyse-plus in haar pakket. Een belangrijke uitbreiding in het kader van de VUmc-ketenzorg voor dialyse in de regio Amsterdam. Overigens wordt in het hoofdstuk thuisdialyse (8.2 van dit verslag) verder ingegaan op thuisdialyse.

Evenals in voorgaande jaren heeft Diapriva ook in 2015, afgezet tegen het landelijk gemiddelde, een zeer lage sterfte onder de patiënten en is bovendien het percentage getransplanteerden weer hoog. Op dit punt kan Diapriva gerekend worden tot de beste 10 dialysecentra van Nederland.

Het is ook duidelijk dat de nachtdialyse hier een belangrijke positieve invloed op heeft. Nachtdialyse geeft een aanzienlijke hogere dialysedosis dan de reguliere dialyse hetgeen er toe leidt dat deze patiënten over het algemeen in een betere conditie komen waardoor de overlevingskansen aanzienlijk toenemen. Ook worden regelmatig patiënten ter voorbereiding op een transplantatie kortdurend behandeld met nachtdialyse waardoor ook een betere overlevingskans van de getransplanteerde nier wordt bereikt. De wijze waarop Diapriva de nachtdialyse heeft opgezet ligt hieraan ten grondslag en is uniek voor Nederland.

Tenslotte nog een opmerking over de landelijke ontwikkeling op het gebied van de dialyse. Al enkele jaren is het landelijk aantal dialysepatiënten circa 6500 ondanks een toenemende instroom van nieuwe patiënten. Terwijl de landelijke sterfte stabiel blijft op 20 % is met name een sterk toenemend aantal familietransplantaties de reden dat het totaal aantal te dialyseren patiënten voorsnog gelijk blijft. De verwachting op langere termijn is echter dat het aantal te dialyseren patiënten sterk zal gaan toenemen. Enerzijds omdat de incidentie en daarmee de instroom gaat toenemen, anderzijds omdat het effect van familiedonaties op enig moment zal stabiliseren. Voor de nabije toekomst moet dan ook rekening gehouden worden met een toenemende druk op de dialysecentra en zeker in de regio Amsterdam waar de incidentie al aanzienlijk hoger is dan in de rest van Nederland.

Onder verwijzing naar het gestelde in hoofdstuk contractering 2016 verwacht Diapriva voor 2016 een jaar van uitbreiding met thuisdialyse-plus alsmede opnieuw een toenemende vraag naar dialysebehandelingen en zou het totaal aantal patiënten dat onder behandeling is bij Diapriva kunnen toenemen ware het niet dat de grootste zorgverzekeraar een 'hard' omzetplafond heeft ingesteld. Verwijzing van boventallige patiënten/verzekerden Zilveren Kruis Achmea naar Diapriva zal dan ook uitsluitend via de afdeling zorgbemiddeling van zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea kunnen plaatsvinden. Door een goede spreiding over de verschillende behandelmodaliteiten binnen Dia-



priva levert Diapriva een belangrijke bijdrage aan de door VUmc gewenste ketenzorg dialyse.

In 2016 zal ook gewerkt worden aan een nieuwe samenwerkingsovereenkomst met VUmc in verband met het aflopen van de bestaande overeenkomst september 2017. De samenwerking met VUmc zal zijn grondslag vinden in de ketenzorg gedachte van VUmc waarbij voor iedere patiënt de best haalbare zorg beschikbaar zal zijn. Diapriva streeft naar een samenwerkingsovereenkomst voor de duur van 10 jaar.

Diapriva ziet dan ook de toekomst met vertrouwen tegemoet.



2. Algemene informatie

2.1 Missie / Doelstelling

De doelstelling van Diapriva is het bevorderen van het welzijn van patiënten met nierfalen, door het bieden van optimale en technologisch geavanceerde hemodialysebehandeling in een huiselijke omgeving, overdag en 's nachts te samen met optimale niertransplantatievoorbereiding en zo groot mogelijke zelfstandigheid

De directie stelt steeds voor een periode van 2 à 3 jaar een beleidsplan op waarin de doelstellingen van de organisatie meer in detail worden uitgewerkt.

Vanwege het primaire belang van goede zorg en welzijn van de patiënt volgt een kleine greep uit een scala van doelstellingen.

Medische doelstellingen

De zorgverlening aan de patiënt dient te voldoen aan de richtlijnen van de NFN (Nederlandse Federatie voor Nefrologie) en de uit deze richtlijnen afgeleide indicatoren. De medische staf van Diapriva volgt deze richtlijnen nauwkeurig en stuurt waar nodig bij om te voldoen aan de prestatie-indicatoren.

Veiligheidsbeleid

Het veiligheidsbeleid vindt zijn grondslag in de toepassing van de VMS-certificatie. Diapriva hanteert vanzelfsprekend hiervan protocollen. Regelmatig vinden er ontruimingsoefeningen plaats, en worden protocollen, waar nodig, geactualiseerd.

2.2 Kernactiviteiten

Diapriva is een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor chronische hemodialyse. In samenwerking met VUmc, verzorgt Diapriva zeven dagen en 6 nachten per week dialysebehandelingen binnen een comfortabele en patiëntgerichte omgeving.

Door goede samenwerking tussen medische, verpleegkundige en paramedische disciplines wordt gestreefd naar optimale zorg voor de hemodialysepatiënt.

Dit wordt gerealiseerd door een intensief contact met VUmc op diverse terreinen. De dialysevormen waar Diapriva zich op richt zijn:

- Standaard, 3 keer per week, 4 uur hemodialyse, zowel 2-naalds als 1-naalds.
- HDF online.
- Nachthemodialyse, waarbij de patiënt in een eigen kamer 3 tot 4 keer per week gedurende 8 uur in een comfortabel bed dialyseert.
- Frequentie kortdurende hemodialyse, 6 keer per week gedurende 2 uur (nog niet ingevoerd).
- Actieve hemodialyse, zowel op zaal als in een huiselijke omgeving, waarbij de partner gedurende de behandeling aanwezig kan zijn
- Thuisdialyse-plus, waarbij de patiënt de dialyse zelf uitvoert.

De totale capaciteit van het centrum bedraagt circa 150 patiënten, dag en nacht samen.



- Op de begane grond kunnen op 22 dialysestations in twee shifts (ochtend en middag) maximaal 88 patiënten behandeld worden, uitbreiding met een avondshift levert een capaciteit op van 120 patiënten. Op de eerste verdieping kunnen 32 patiënten behandeld worden met een maximale uitloop naar 38 patiënten.
- De nachtdialyse wordt uitgevoerd tussen 21.30 en 07.00 uur, er zijn 19 dialysekamers met 23 dialyseplaatsen.
- Overdag kunnen de kamers van de nachtdialyse gebruikt worden voor:
 - frequente kortdurende hemodialyses
 - thuisdialyse-plus

NB. De behandelcapaciteit is met enkele kleine ingrepen te vergroten tot circa 180 patiënten.

Diapriwa onderscheidt zich van andere dialysecentra doordat zij met name inzet op nachtdialyse, waarbij de patiënt in plaats van de minimaal aanbevolen 12 uur per week minimaal 24 uur per week gedialyseerd wordt. De kwaliteit van de dialyse neemt sterk toe door nachtelijke dialyse en de biochemische parameters zijn veel beter dan bij een conventionele dialyse. Zeker bij patiënten voor wie niertransplantatie geen reële mogelijkheid (meer) is, is nachtelijke dialyse een acceptabele behandelvorm met een goed toekomstperspectief. Nachtdialyse is ook een goede mogelijkheid voor patiënten die op korte termijn getransplanteerd zullen worden (denk aan familiedonatie) in een goede lichamelijke conditie te brengen

Voor de nachtpatiënten wordt het sociale leven kwalitatief een stuk beter. Men hoeft overdag niet meer 3 keer per week naar de kliniek voor behandeling, maar ondergaat de behandeling tijdens de slaap waardoor men alle dagen van de week kan deelnemen aan het gewenste sociale en arbeidsleven.

Diapriwa richt zich in haar behandeling niet op het bieden van dialyse aan kinderen, de jongste patiënt op dit moment is 18 jaar.

2.3 Juridische structuur

Algemene identificatiegegevens

- | | |
|------------------------|--|
| • Naam rechtspersoon | Diapriwa Buitenveldert BV |
| • Adres | Egelenburg 73-75 |
| • Postcode | 1081 GJ |
| • Plaats | Amsterdam |
| • Telefoonnummer | 020-3011950 |
| • Kamer van Koophandel | 32123338 |
| • Emailadres | info@diapriwa.eu |
| • Webpagina | www.diapriwa.eu |

Structuur van het concern

Diapriwa is een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. Het bestuur bestaat uit een tweehoofdige directie met een Raad van Commissarissen bestaande in beginsel uit drie leden. De Raad van Commissarissen heeft hoofdzakelijk een toezicht- en adviesfunctie.

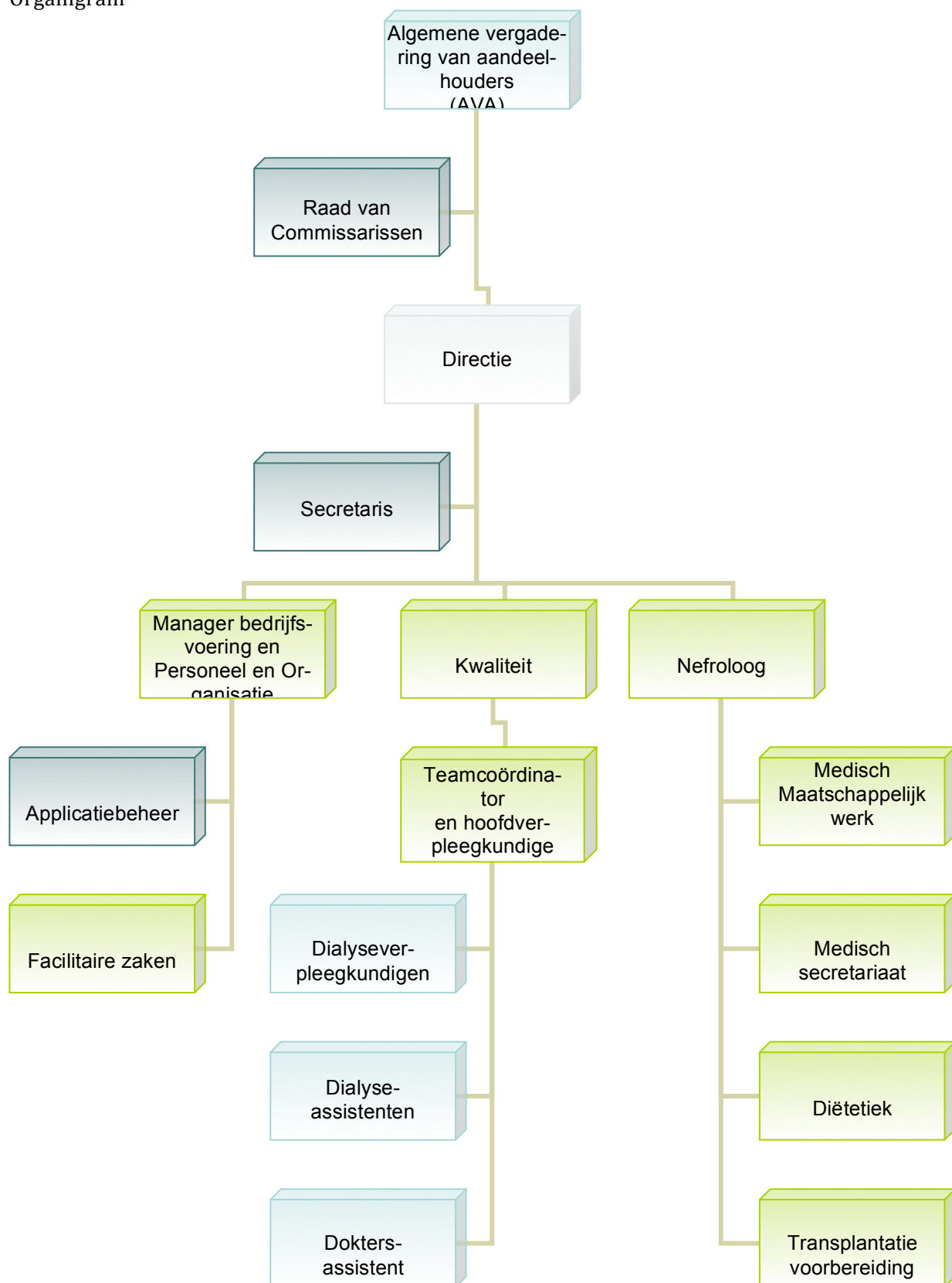


De organisatorische structuur wordt in het hiernavolgende organigram weergegeven.

De toelating

Diapriva is toegelaten als zorginstelling door het Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport bij beschikking van 5 februari 2008 met als kenmerk CUBG Tzi 2824749.

Organigram





Intern toezicht

De directie dient volgens afspraak minimaal tweemaal per jaar een gezamenlijke vergadering met de Raad van Commissarissen te beleggen. In het verslagjaar zijn de Directie en de Raad van Commissarissen 5 keer bij elkaar gekomen.

De medezeggenschapsstructuur in hoofdlijnen

- Ten aanzien van personeel
Er is directe communicatie tussen leidinggevend en werknemers vanwege het kleinschalig karakter van Diapriva. In 2012 is een personeelsvertegenwoordiging in het leven geroepen. Middels de klankbordfunctie van deze personeelsvertegenwoordiging wordt de directie goed op de hoogte gehouden van datgene wat er in de organisatie leeft.
- Ten aanzien van patiënten
Diapriva hecht zeer aan de medezeggenschap van patiënten. Mede door deze afspraak wordt Diapriva in staat gesteld haar missie om topklinische zorg te kunnen leveren te realiseren. De Cliëntenraad van Diapriva is in juli 2011 van start gegaan. Regelmatig worden er vergaderingen belegd. Zo nodig gezamenlijk met de Directie. In 2012 heeft de Cliëntenraad één lid van de Raad van Commissarissen van Diapriva bindend voor benoeming voorgedragen. In augustus 2012 is deze persoon als lid van de Raad van Commissarissen geïnstalleerd.

2.4 Interne organisatie en personeelsbeleid

In hoofdstuk 2.3 van dit directieverslag is een organigram opgenomen waarin te zien is welke diensten/afdelingen Diapriva kent en hoe de onderlinge relatie is opgebouwd. Duidelijk is te zien dat Diapriva een tamelijk plat organisatiemodel heeft waardoor de communicatielijnen kort zijn en de beheerskosten tot een minimum beperkt kunnen blijven. De Directie van Diapriva bestaat uit een algemeen en een medisch directeur; tezamen vormen zij een collegiale directie. De Directie vergadert iedere 2 weken, over het algemeen in aanwezigheid van de staf. De Directie stelt periodiek beleidsplannen vast.

Belangrijke kenmerken van het personeelsbeleid zijn:

- Alhoewel niet algemeen verbindend verklaard en niet van toepassing wordt de CAO-ziekenhuiswezen zo veel mogelijk gevolgd
- Volgen van de HKZ-certificatienormen voor de inzet van verpleegkundig- ondersteunend- en medisch personeel.
- Het op een hoog niveau houden van de kennis en vaardigheid van verpleegkundig en ondersteunend personeel. Dit wordt onder meer vorm gegeven door regelmatige bijscholingen ten behoeve van de BIG-registratie, trainingen voor het up-to-date houden van de technische kennis en de laatste ontwikkelingen op het terrein van de hemodialysebehandelingen.

Diapriva ziet haar personeel als het belangrijkste kapitaal van de organisatie en daarmee ook als het belangrijkste middel om haar doelstellingen te realiseren. Dit kan alleen als de hoogste eisen aan het personeel worden gesteld en door het faciliteren middels bijscholingen etc. om deze kennis op pijl te houden.



3. Belangrijke ontwikkelingen in 2015

3.1 HKZ-certificatie

Het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) stelt kwaliteits- en veiligheidsnormen op voor een groot aantal branches in Zorg en Welzijn, zo ook voor de dialyse. In 1999 heeft HKZ in nauwe samenwerking met de beroepsgroep een certificatieschema opgesteld voor dialysecentra. Dit schema is gewijzigd in 2009. Op basis van dit schema toetst een onafhankelijke certificerende instelling (veelal Loyds) of de organisatie voldoet aan de eisen.

Daarnaast vindt visitatie plaats door vakgenoten uit soortgelijke instellingen. Zij toetsen het professionele handelen aan de hand van door de beroepsvereniging gehanteerde criteria. De visitatiestellingen zijn voor de dialysecentra opgenomen in het certificatieschema. Diapriva heeft op het moment dat de organisatie vorm begon te krijgen onmiddellijk besloten het HKZ-certificaat te verkrijgen. Op de eerste plaats omdat daarmee de organisatie en het medisch handelen op een hoog en toetsbaar kwaliteitsniveau kon worden gebracht maar ook omdat de zorgverzekeraars een certificaat eisen.

Diapriva heeft in 2015 opnieuw alle certificatie doelstellingen doorgelopen en waar nodig/wenselijk verbeteringen aangebracht. Deze inspanning is begin 2016 beloond met een hercertificatie voor 2016. De certificerende instelling had slechts één opmerking van ondergeschikte betekenis zodat de conclusie getrokken mocht worden dat Diapriva, evenals voorgaande jaren, volledig voldoet aan de hoge kwaliteitseisen zoals neergelegd in het HKZ-certificatie protocol. In 2017 zal weer een “grote” certificatie ronde plaatsvinden.

3.2 VMS-certificatie

Nadat vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen het Veiligheids Management Systeem hadden ingevoerd dan wel in het certificatie traject zaten moest Diapriva naast HKZ-certificatie ook het VMS-certificaat behalen. Hoewel de HKZ-certificatie al heel sterk gericht is op veiligheid van het totale proces, gaat het VMS nog een paar stappen verder.

Zo wordt onder meer aandacht besteed aan:

- Het in kaart brengen van veiligheidsrisico's.
- De veiligheidscultuur in het centrum.
- Het beperken van veiligheidsrisico's door het nemen van adequate maatregelen
- Het veilig melden van incidenten.
- Het leren van incidenten.

Vanuit deze achtergrond zijn er procesbeschrijvingen opgesteld van alle kritische primaire en ondersteunende processen die gerelateerd zijn aan de cliënt. Dit betreft niet alleen het primaire proces maar ook zaken als omgeving en materiaal, medewerkers enz. Het doel van Diapriva is om tot de beste dialysecentra van Nederland te behoren. HKZ- en VMS certificatie zijn dan ook een must. Vanuit deze solide basis kan verder gewerkt worden aan optimalisering van de organisatie en zijn processen, waarbij het permanente doel is om de patiënt/cliënt een hoogwaardige, passende en veilige behandeling te bieden in een rustige en prettige omgeving. Diapriva heeft in 2013 het VMS-certificaat verkregen. In 2015 is Diapriva opnieuw gecertificeerd voor het VMS conform de nieuwste



VMS normen. Diapriva ontving een compliment van de certificerende instelling voor het kwaliteitsdenken en daarmee het gerealiseerde kwaliteitsniveau alsmede voor alle in 2015 ondernomen acties om de certificatie tot een succes te maken.

3.3 Contractering zorgverzekeraars 2015 / 2016

Nadat in november 2014 een voorlopige overeenkomst met de grootste zorgverzekeraar, toen nog AGIS-Achmea, tot stand was gekomen voor het jaar 2015 moest ook nog de nacalculatie 2013 en 2014 worden afgewikkeld hetgeen tot op heden, mei 2016 nog niet heeft plaatsgevonden. Deze gesprekken verliepen moeizaam met name vanwege een organisatiewijziging bij AGIS-Achmea als gevolg waarvan de onderhandelaars van het Zilveren Kruis Achmea onvoldoende achtergrond informatie hadden van het verleden met name van de eerder gemaakte afspraken.

Zoals in het voorwoord al vermeld ontstond er al begin 2015 een probleem vanwege een toenemend aantal doorverwezen patiënten vanuit VUmc. Diapriva overschreed al snel het toegestane plafond voor 2015 hetgeen er toe leidde dat in september 2015 er 13 patiënten boven het plafond werden behandeld. Hiervan is al begin 2015 melding gemaakt bij het Zilveren Kruis, echter zonder enige respons. In september 2015 vond een eerste onderhandelingsronde plaats met het Zilveren Kruis over het budget en productieplafond 2016. Al snel werd duidelijk dat het Zilveren Kruis op basis van een eigen onderzoek naar de kosten van dialyse van plan was Diapriva te confronteren met tarieven die voor Diapriva niet acceptabel waren en bij acceptatie de continuïteit van Diapriva onmiddellijk in gevaar zouden brengen. Daarnaast werd Diapriva vastgepind op het productieplafond van 2014 terwijl in 2015 een groei van 13 patiënten opzichte van 2014 was gerealiseerd.

Voor 2016 werd geen groei toegestaan en de 13 boventallige patiënten in 2015 waren voorsnog onbespreekbaar. Het moge duidelijk zijn dat er een patstelling dreigde te ontstaan. In de periode oktober tot en met december 2015, dus na het verlopen van de deadline van 1 november, is door Diapriva zeer veel informatie m.b.t. incidentie en daarmee samenhangend groei van de dialysepopulatie, transplantatie en kostprijzen van Diapriva aan het Zilveren Kruis aangeleverd. E.e.a. heeft ertoe geleid dat uiteindelijk, vlak voor Kerst, overeenstemming werd bereikt over de tarieven en het productieplafond 2016.

Hoewel de overeengekomen tarieven meer in lijn liggen met de kostprijs dan het oorspronkelijke aanbod, blijft er nog een knelpunt bestaan, namelijk de toename van het aantal patiënten in 2016. Hiervoor is afgesproken dat voor iedere nieuwe patiënt overleg zal plaatsvinden met het Zilveren Kruis. Tevens zal Zilveren Kruis een betere monitoring uitvoeren van de ontwikkelingen bij Diapriva. Diapriva ziet de gesloten overeenkomst met het Zilveren Kruis als een basis voor intensievere en betere samenwerking met als doel de kwaliteit van de zorg op een hoog niveau, toegankelijk en betaalbaar te houden. Met alle andere zorgverzekeraars is eveneens een overeenkomst gesloten die in lijn ligt met de overeenkomst met Zilveren Kruis.

3.4 Beeldvorming kostprijs dialyse

Sinds enkele jaren bestaat het beeld dat de dialysebehandeling in Nederland te duur is en dus goedkoper moet kunnen. Dit beeld is ontstaan door een niet goed doordachte uit-



spraak van de Nierstichting Nederland, enkele jaren geleden, dat dialyse circa 40 % te duur zou zijn. Dit was destijds een van de redenen waarom de Nierstichting heeft besloten om zelf een goedkoper en draagbaar dialyseapparaat te gaan ontwikkelen met name om meer patiënten de gelegenheid te bieden om thuis te gaan dialyseren. Op deze ontwikkeling wordt in hoofdstuk 8.1 nader commentaar geleverd.

Het feit dat hiermee de thuis- en zelfdialyse weer nadrukkelijker in beeld werd gebracht alsmede de daarmee samenhangende vermeende kostenreductie was voor een aantal zorgverzekeraars reden om steeds nadrukkelijker te gaan inzetten op het bevorderen van thuisdialyse. Dit uitgangspunt vond haar weerslag in een inkoopbeleidsplan van Zilveren Kruis Achmea dat als basis diende voor het contracteringsbeleid 2016 en volgende jaren. Doel was om binnen 2 jaar circa 10% van haar verzekerden in thuisdialyse te brengen. De klantbelofte van Zilveren Kruis Achmea luidt: bevorderen van thuisdialyse voor een hogere kwaliteit van leven tegen lagere algehele kosten voor hemodialyse. Volgens wordt ook nog gesteld dat volgens een 'bottum-up' inschatting op basis van theoretisch berekende kostprijs van thuisdialyse de kosten van centrumdialyse tot 50% lager kunnen zijn dan de huidige gangbare tarieven. Uit het voorgaande zou men kunnen afleiden dat volgens de Nierstichting en het Zilveren Kruis Achmea de kosten van hemodialyse anno 2015 40 tot 50% lager kunnen zijn. Het wordt dus tijd om deze beweringen/beeldvorming nader onder de loop te nemen en de zin en onzin ervan tegen het licht te houden.

1. De dialysemachine

De grootste dialysemachine producenten Baxter, Fresenius en Gambro brengen een machine op de markt die allemaal van hetzelfde principe uitgaan. De machine maakt dialysevloeistof (dialysaat) aan welke vervolgens langs de membranen van de kunstnier wordt geleid. Het bloed van de patiënt stroomt in tegengestelde richting langs de membranen van de kunstnier waarbij gifstoffen zoals ureum en creatinine via het dialysaat worden afgevoerd. Dit principe van dialyseren bestaat al ruim 60 jaar.

De machines zijn in de loop der tijd sterk verbeterd, kleiner geworden en thans voorzien van zeer geavanceerde bewakingssystemen en koppelingen met controle systemen op afstand. Deze methode van dialyseren heeft zijn waarde bewezen en levert bovendien een hoogwaardige en zeer veilige dialyse op. Alle Nederlandse dialysecentra werken met dergelijke apparatuur. De industrie heeft in het verleden getracht om een geheel andere weg in te slaan waarbij in plaats van grote hoeveelheden dialysaat zeer kleine volumes dialysaat worden gebruikt. Bij deze methode moet dus de kleine hoeveelheid dialysaat steeds gereinigd worden middels een absorbent kolom. Deze methode is nooit een succes geworden omdat de toen bekende technologie niet toereikend was om de problemen bij verzadiging van de absorbent kolom afdoende op te lossen.

Inmiddels zijn er weer enkele producenten die een kleinere op deze technologie gebaseerde dialysemachine op de markt brengen maar het kenmerk van deze dialysemachines is dat de dialyseduur beperkt is vanwege de capaciteit van de absorbent kolom. In dit verband is het heel opmerkelijk dat de Nierstichting juist deze weg is opgegaan en nu veel geld steekt in de ontwikkeling van een kleine draagbare dialysemachine gebaseerd op de absorbent kolom waarvan de technologie uitermate gecompliceerd is. Het enige te behalen voordeel is dat de machine kleiner wordt en voor thuisdialyse patiënten een wat grotere bewegingsvrijheid zou kunnen bieden. De kostprijs van een absorbent machine



met een grote capaciteit zijn op dit moment nog niet te schatten, echter het absorbentfilter zal, zo weten we uit het verleden, zeer kostbaar zijn.

De conclusie moet dan ook zijn dat voor de komende 5 tot 10 jaar een kleine absorbent machine met een capaciteit voor dialyses van 5 tot 10 uur niet op grote schaal beschikbaar zal zijn en de dialysewereld aangewezen blijft op de beproefde huidige generatie dialyse machines.

2. Thuisdialyse

In hoofdstuk 8.2 wordt uitgebreid ingegaan op thuisdialyse.

Het Zilveren Kruis gaat in de berekening van de kosten van thuisdialyse ervan uit dat de patiënt de gehele behandeling zelf uitvoert zodat, de kosten van een DBC thuisdialyse rond de € 700 a € 800 zullen liggen. De werkelijkheid op dit moment is dat vrijwel alle thuisdialysepatiënten de behandeling uitvoeren met behulp van een dialyse-assistent. De kosten hiervan bedragen circa € 600 per week zodat de DBC thuisdialyse niet € 700 maar € 1.300 bedraagt.

Met andere woorden: de kosten van thuisdialyse zijn door de bank genomen anno 2015 nagenoeg gelijk of zelfs duurder dan de centrumdialyse. Ook een kleinere (nog niet beschikbare) machine, gebaseerd op absorbent technologie, kan wat betreft de dialyse dosis en veiligheid vooralsnog niet worden vergeleken met de huidige generatie machines. Vergeten wordt vervolgens ook nog dat, ongeacht welk type machine er gebruikt wordt, de patiënt voor iedere dialyse aan- en afgesloten moet worden en derhalve 3 keer per week een toegang tot de bloedbaan nodig is. Als er al meer patiënten zouden kiezen voor thuisdialyse dan nog zullen er in de meeste gevallen dialyse-assistenten nodig zijn voor hulp tijdens de dialyse. Er zomaar vanuit gaan dat iedere patiënt zichzelf kan behandelen, zoals het Zilveren Kruis doet, is verre van realistisch.

3. De kostprijs van dialyse

In 2014 hebben de ziekenhuis dialysecentra een kostprijsberekening aan de zorgverzekeraars moeten aanleveren van de kosten van centrumdialyse. Zonder uitzondering komen alle ziekenhuizen uit op een directe kostprijs van ongeveer € 1.000 per DBC. Bedacht moet worden dat het hier om een kostprijs gaat, geheel gebaseerd op de direct toerekenbare kosten. Alle overige kosten zoals overhead, gebouwkosten, kapitaalslasten etc. zijn hier niet in meegenomen. Aangetekend moet hierbij worden dat de ziekenhuizen in 2015 een lump-sum bekostiging kennen voor overhead etc. hetgeen voor de dialyse nog eens circa € 700 betekent. Ook DiaPriva komt uit op een directe kostprijsberekening van circa € 1.000. Worden daar de indirecte kosten aan toegevoegd dan komt de INTEGRALE kostprijs van DiaPriva uit op circa € 1.300 per DBC.

Wat is nu de conclusie?

1. De kosten van dialyse zullen zeker niet dalen als er een kleinere, op sorbent-technologie gebaseerde machine op de markt komt met een capaciteit voor dialyses van 5 tot 10 uur. Het is zelfs waarschijnlijk dat de kosten zullen stijgen.



2. Thuisdialyse zal niet aanmerkelijk toenemen met de komst van een kleinere machine. Immers: het wezenlijke probleem, assistentie bij thuisdialyse bij aan- en afsluiten wordt hier niet mee opgelost.
Daarnaast zullen de kosten van thuisdialyse of het nu met een grote of kleine machine plaatsvindt minimaal € 1.300 per DBC bedragen.
3. Aangezien in heel Nederland gedialyseerd wordt met de bestaande generatie machines met kunstnier, bloedlijnen etc. en de inzet van personeel geheel verloopt volgens de landelijk vastgestelde richtlijnen is het nauwelijks denkbaar dat er grote verschillen in de opbouw van de kosten zullen zijn. M.b.t. de nog aan de directe kosten toe te voegen indirecte kosten is het denkbaar dat er kleine verschillen tussen de dialysecentra kunnen optreden maar zijn voor het geheel niet van belang.

Samenvattend:

De conclusie moet dus zijn dat centrumdialyse op basis van integrale kosten uitkomt op ongeveer € 1.300 per DBC en dat thuisdialyse met assistentie eveneens uitkomt op € 1.300 per DBC. Ook de eventuele komst van een kleinere absorbent machine zoals thans door de Nierstichting wordt ontwikkeld zal geen aanmerkelijke bijdrage leveren aan de toename van thuisdialyse en zeker niet leiden tot een kostendaling. De zorgverzekeraars dienen zich te realiseren dat hun beleid, gericht op bevorderen van thuisdialyse tot 10 tot 20 % van de totale populatie gebaseerd is op onjuiste uitgangspunten en berekeningen.



4. Financieel Beleid

4.1 Algemeen

Om de continuïteit van de instelling, hoge kwaliteit van zorg voor cliënten te waarborgen en tevens de werkgelegenheid voor medewerkers te behouden is een efficiënte bedrijfsvoering noodzakelijk.

Een efficiënt en rechtvaardig declaratieproces en een goede relatie met zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, financiers en aandeelhouders is daarbij een voorwaarde.

4.2 Financiële ontwikkelingen gedurende het boekjaar

Jaarresultaat

De stijging van het gemiddeld aantal patiënten van 83,3 (2014) naar 92,4 (2015) gecombineerd met een proportionele stijging van de bedrijfslasten hebben in 2015 geresulteerd in een positief bedrijfsresultaat van € 466.665 (2014: € 122.124).

De ontwikkeling van het netto resultaat volgt de ontwikkeling van het bedrijfsresultaat. Het netto resultaat is evenals in voorgaande jaren nog negatief.

Gedurende het boekjaar kon een positieve cashflow worden gerealiseerd van € 292.562 (2014: € -/- 216.104) en was de kasstroom voor het eerst sinds de oprichting van Diapriva positief. Omdat de verschuldigde interest ingevolge de lening voorwaarden nog niet betaald behoefde te worden bedroeg de feitelijke kasstroom € 820.525 (2014: € 210.479). Na aftrek van investeringen bedroeg de feitelijke kasstroom € 729.433 (2014: € 17.791) welk bedrag aan de geldmiddelen van de vennootschap is toegevoegd.

Het resultaat over 2015 was echter nog steeds negatief met een verlies van € 86.927 (2014: verlies € 404.844). De omzet zorgprestaties steeg in 2015 van € 6.434.416 (2014) naar € 7.135.210 (2015), een stijging van 10,9% bij een stijging van de patiëntenpopulatie van eveneens 10,9%.

Vermogen

Zoals uit de balans blijkt is het vermogen per 31 december 2015 nog sterk negatief (€ -8.090.702) en als gevolg van het verlies over 2015 nog wat meer negatief geworden. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door aanloopverliezen. De aanlooperperiode heeft langer geduurd dan voorzien, terwijl anderzijds de tarieven voor behandelingen onder sterke druk staan en lager zijn uitgevallen dan oorspronkelijk voorzien. Het negatieve vermogen wordt structureel gefinancierd door de private financiers van de vennootschap.

Kasstroom

Als gevolg van politieke druk op zorgverzekeraars (tijdige contractering) zijn de liquiditeitsproblemen die aan het begin van het jaar optreden aanzienlijk verkleind, doch nog steeds aanzienlijk. Om technische redenen kunnen zorgverzekeraars pas vanaf circa 3 maanden na de aanvang van het boekjaar declaraties van het nieuwe boekjaar verwerken en uitbetalen. Dientengevolge dient Diapriva zeer grote liquiditeitsreserves aan te houden om de piek in de liquiditeitsbehoefte aan het begin van ieder jaar te kunnen dekken. Omdat ultimo 2014 alle kortlopende financieringen zijn afge-

lost heeft DiaPriva gedurende 2015 voldoende liquiditeitsreserves aan kunnen leggen om de piek in liquiditeitsbehoefte vanaf 2016 te kunnen financieren. Daarbij dient vermeld dat de liquiditeitsreserve voor een zeer aanzienlijk deel bestaat uit een voorschot van zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea, welk voorschot reeds in 2012 ter beschikking is gesteld.

Met de private financiers van de vennootschap is destijds overeengekomen dat terugbetaling van de verstrekte leningen niet aan de orde is zo lang DiaPriva nog niet volledig aan haar financiële verplichtingen tegenover werknemers, leveranciers, bankiers en overheidsdiensten kan voldoen.

Solvabiliteit

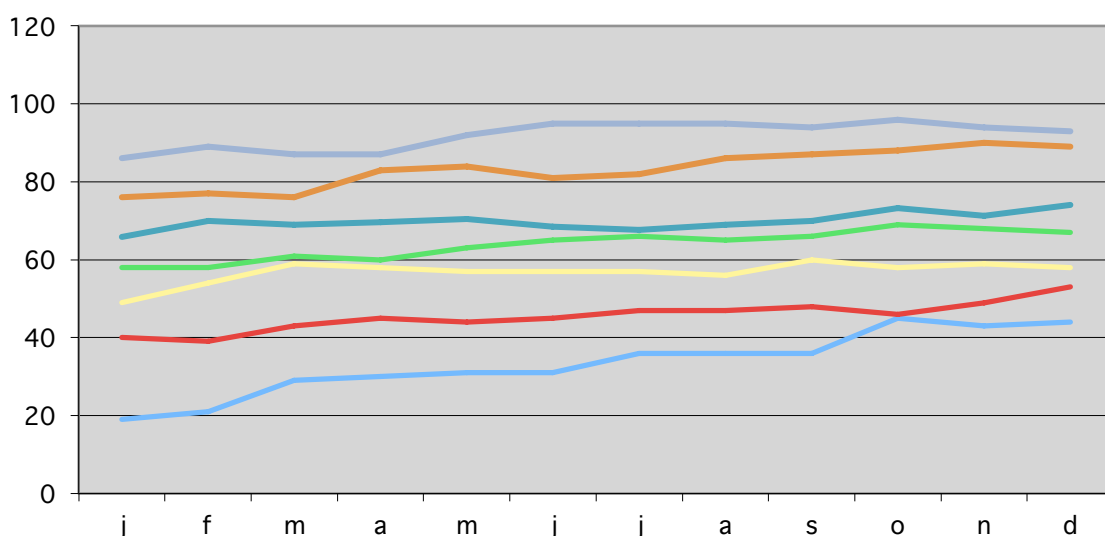
Aangezien de schulden aan de private financiers zijn achtergesteld bij overige schuldeisers kunnen deze schulden voor de bepaling van de solvabiliteit bij het eigen vermogen worden geteld. De solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen) kan alsdan per 31 december 2015 worden berekend op 50,8% (2014: 44,8%). De verbetering van de solvabiliteit vloeit voort uit de toegenomen financiering door de private financiers, bestaande uit de bijgeboekte rente over het boekjaar.

Werkkapitaal

Gedurende 2015 is het werkkapitaal verder verbeterd van negatief € 616.315 (2014) naar positief € 57.765 (2015). Het werkkapitaal is in 2015 hoofdzakelijk verbeterd als gevolg van een sterk verbeterde kaspositie. Het financieel beleid is er op gericht om in 2016 deze sterke kaspositie alsmede positief werkkapitaal te handhaven.

Patiëntenpopulatie

De omvang en ontwikkeling van de patiëntenpopulatie is van essentieel belang voor de resultaatontwikkeling van DiaPriva. De ontwikkeling van deze populatie in de afgelopen 7 jaren laat het volgende zien:





Uit de grafische voorstelling blijkt dat de groei van de patiëntenpopulatie in 2015 is afgevlakt naar 10,9% ten opzichte van 2014: 19,2%, 2013: 9,1%, 2012: 15,5%, 2011: 22%, 2010: 30% en 2009: 129%. De vertraagde groei wordt veroorzaakt door de stringenter toepassing van omzetplafonds door zorgverzekeraars zonder dat er sprake is van noemenswaardige groei in deze plafonds.

Debiteurenbewaking

Het merendeel van de geleverde prestaties wordt binnen redelijke termijn door de zorgverzekeraars vergoed (gemiddeld circa een maand). Uitzondering hierop vormen de eerste weken van ieder jaar waarvan de vergoeding van de behandelingen pas eind maart op gang komt zoals elders in dit verslag toegelicht.

Personeelsbezetting

Een cruciale factor in de exploitatie vormt de omvang van de personeelsbezetting, in het bijzonder de inzet van artsen en verpleegkundigen. Vanuit medisch perspectief is de maatstaf aangelegd dat vanaf 80 cliënten, 1,8 FTE aan artsen dient te worden ingezet.

Door de voortgezette groei van de patiëntenpopulatie gedurende 2015 konden deze artsenkosten over meer patiënten worden omgeslagen waardoor betere bezettingsresultaten op de artsen konden worden gerealiseerd dan in 2014 toen de patiëntenpopulatie slechts licht boven 80 lag.

Door de gewijzigde arbeidsmarktomstandigheden voor verpleegkundigen is het beter mogelijk om in de behoefte aan extra verpleegkundigen te voorzien door toevoeging aan het personeelsbestand in dienstbetrekking. De personeelskosten laten een stijging van 10,5% zien ten opzichte van 9,6% omzetgroei. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat enerzijds de personeelsformatie (FTE's) uiteraard niet recht evenredig aan de groei van het aantal cliënten kan worden uitgebreid (schoksgewijs), doch anderzijds door de licht dalende tarieven van zorgverzekeraars (2015: gemiddeld € 76.355 omzet per cliënt; 2014: € 77.244) waardoor stijgende personeelskosten zwaarder gaan wegen tegenover dalende omzet (aantal behandelingen * tarief).

4.3 Verwachte financiële ontwikkelingen volgend boekjaar

Resultaat

Op grond van de verwachting dat de patiëntenpopulatie gedurende 2016 ten opzichte van 2015 gelijk zal blijven dan wel zeer licht zal afnemen is de directie positief over de toekomst gestemd, met dien verstande dat het noodzakelijk is om het kostenniveau te beteugelen. De verwachting is dat ook 2016 met een positief bedrijfsresultaat zal kunnen afsluiten; het netto resultaat zal evenwel naar verwachting nog negatief zijn omdat de tariefstelling van zorgverzekeraars geen rekening houdt met de (financieringskosten van de) aanloopverliezen welke door Diapriva zijn geleden.

Kasstroom

Op basis van een voorzichtige prognose met een stabiel aantal patiënten, waarbij de omzet afgedekt is door reeds afgesloten overeenkomsten met zorgverzekeraars, geringe investeringen zal in 2016 sprake zijn van een negatieve kasstroom. Omdat er ook in 2016 ingevolge de leningsvoorwaarden geen betalingsverplichtingen naar de



financiers zullen bestaan voor de verschuldigde lening interest zal de liquiditeitspositie van de vennootschap naar verwachting toenemen. De directie concludeert daarom dat het toekomstperspectief van de vennootschap gewaarborgd is voor het komende jaar.

Tot haar genoegen heeft Diapriva geconstateerd dat zorgverzekeraars de onderhandelingen voor contracten voor het volgende boekjaar zowel eind 2014 als eind 2015 onder politieke druk hebben vervroegd. Desondanks zijn de meeste contracten ruimschoots na de door de politiek vastgestelde uiterste datum van 1 november tot stand gekomen voor het nieuwe boekjaar. Daarbij speelde een zeer grote rol dat bij de grootste zorgverzekeraar een volstrekt onjuiste beeldvorming bestond omtrent de kosten van dialysebehandelingen. Met alle zorgverzekeraars zijn vóór de aanvang van 2016 nieuwe overeenkomsten voor 2016 gesloten.

Voorts zorgen automatiseringsaspecten bij zorgverzekeraars net als in voorgaande jaren voor vertraging in de cashflow aan het begin 2016. De opgetreden kastekorten zijn bestreden uit het door zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea verstrekte voorschot en de in 2015 opgebouwde kasreserves. Aanvullende kortdurende financiering door de private financiers en/of zorgverzekeraars was voor het eerst in het bestaan van Diapriva dit jaar niet nodig.

Inmiddels verkeert Diapriva in een goede kaspositie omdat nog geen betalingen aan private financiers hebben plaatsgevonden. Voorts zal zoals hierboven vermeld de liquiditeitspositie verbeterende.

Financieringsbehoeften

Hierboven is reeds geconstateerd dat de liquiditeitspositie van Diapriva gedurende 2015 aanzienlijk is verbeterd omdat er geen aflossingsverplichtingen meer bestonden voor kortdurende financieringen en de verschuldigde rente aan de private financiers overeenkomstig de leningsvoorwaarden nog niet opeisbaar was. Omdat er geen grote investeringen worden verwacht in 2016 bestaat er geen financieringsbehoefte in 2016.

Op grond van de verwachting dat de patiëntenpopulatie gedurende 2016 slechts licht zal afnemen en dat de naar verwachting beperkte investeringen uit de kasstroom zullen kunnen worden voldaan, stelt de directie vast dat Diapriva voldoende is gefinancierd. Daarbij is in ogenschouw genomen enerzijds dat geen (gedeeltelijke) terugbetaling zal behoeven plaats te vinden van het door Zilveren Kruis Achmea verstrekte voorschot omdat dat met zich mee zou brengen dat begin 2017 weer een tijdelijk voorschot zou moeten worden verstrekt ter overbrugging van de periode waarin zorgverzekeraars hun systemen inregelen met nieuwe tarieven. Een hernieuwd te verstrekken voorschot stuit bij Zilveren Kruis Achmea op praktische bezwaren. Anderzijds zijn aan de financierende aandeelhouder overeenkomstig de leningsvoorwaarden nog geen betalingen verschuldigd omdat alle liquide middelen onmisbaar zijn voor de overbrugging van de piek in liquiditeitsbehoefte begin 2017.

Het gebouw en de apparatuur van Diapriva voldoen aan alle vereisten van veiligheid en efficiënte productie, zodat geen grote investeringen zijn begroot, anders dan kleine vervangingsinvesteringen. In dit verband wordt er tevens op gewezen dat dialyseapparatuur en inventaris worden gehuurd.



De bedrijfsactiviteiten van Diapriva zijn met uitzondering van het voorschot van Zilveren Kruis Achmea volledig gefinancierd door de enig aandeelhouder, enerzijds in de vorm van aandelenkapitaal en anderzijds door een langlopende lening, waarbij een buffer aangehouden moet worden voor de voorfinanciering van de bedrijfsactiviteiten gedurende minimaal de eerste 3 maanden van een boekjaar wegens tijdelijke staking van betalingen door zorgverzekeraars. Diapriva en haar aandeelhouder achten het wenselijk dat zorgverzekeraars volledig voorzien in de piek in de financieringsbehoeften aan het begin van het jaar door het verstrekken van voorschotten. Als alternatief zouden zorgverzekeraars er toe over kunnen gaan om doorlopend het onderhanden werk te financieren.



5. Risico's en onzekerheden

5.1 Korte beschouwing van strategische, operationele en financiële risico's.

Diaprive is in 2008 gestart met dialyse op basis van een studie naar de ontwikkeling van de dialysepopulatie in Nederland en meer in het bijzonder in de regio Groot-Amsterdam. VUmc speelt hierin een centrale rol. Het dialysecentrum van VUmc heeft een kleine capaciteit maar een groot adherentiegebied, met andere woorden al vele jaren wordt VUmc gedwongen boventallige patiënten door te verwijzen naar andere dialysecentra. VUmc heeft er belang bij dat deze patiënten gemonitord blijven ten behoeve van transplantatie en wetenschappelijk onderzoek. Tegen deze achtergrond is in 2008 een samenwerkingsovereenkomst tussen Diaprive en VUmc gesloten, die er in voorzag dat VUmc de volledige nefrologische- en kwaliteitszorg voor haar rekening zou nemen en de overflow van patiënten in Diaprive kon worden behandeld.

Ook de in 2007 nog geldende tarieven voor dialyse, waren de basis om Diaprive in de markt te zetten, en leek Diaprive een solide toekomst te wachten. De behandelcapaciteit van Diaprive is afgestemd op de destijds verwachte groei van de regionale dialysepopulatie. VUmc is in 2012 een samenwerkingsverband op 50/50 basis aangegaan met een Duitse partij en heeft in het Amstelland Ziekenhuis een dialysecentrum in het leven geroepen. In de achterliggende jaren zijn de dialysetarieven voor de zelfstandige klinieken sterk gedaald en hanteren de zorgverzekeraars nu de zgn. productie- en omzetplafonds. Het moge duidelijk zijn dat de invloed van commerciële partijen en van de zorgverzekeraars aanzienlijke risico's met zich meebrengen.

1. Tarieven

Na een jarenlange discussie met zorgverzekeraars over tarieven en de daaraan ten grondslag liggende integrale kostprijzen lijkt er toch wat meer rust te komen op het prijzenfront. Zoals eerder betoogd wordt het geleidelijk aan wel duidelijk dat allerlei beweringen dat dialyse veel te duur is volstrekt onjuist zijn. De voor 2016 afgesproken tarieven voor Diaprive zijn net niet kostendekkend, van enige winstmarge is geen sprake. Een terug verdienen model van de initiële investeringen is nog ver weg. Verdere kostenreductie is uitgesloten tenzij er in de kwaliteitsrichtlijnen en normen wijzigingen zouden optreden. Diaprive beschouwt de huidige HKZ-normen m.b.t de kwaliteit van groot belang voor de zorg, alleen langs deze weg kan een kwalitatief hoogwaardige en veilige dialyse worden gegarandeerd.

2. Omzetplafond

De zorgverzekeraars hanteren nog steeds omzetplafonds als afgeleide van centraal met de Overheid gemaakte afspraken. Het huidige systeem van contracteren door zorgverzekeraars staat een plafond-loze contractering helaas nog steeds in de weg. Ook voor 2016 zit Diaprive vast aan een plafond op basis van het aantal patiënten van 2015. Wel zijn er afspraken gemaakt tussen Diaprive en de grootste zorgverzekeraar over het beter monitoren van nieuw aangemelde patiënten zodat misschien groei toch mogelijk is. In dit verband is nog te memoreren dat patiënten in principe, afhankelijk van hun zorg polis, ook nog wat te zeggen hebben. 2016 zal wat dat betreft een interessant jaar worden.



3. Regionale ontwikkelingen

Het is bekend dat Fresenius en B-Braun (beiden leveranciers van dialyse apparatuur en dialysebenodigdheden) geïnteresseerd zijn in overname van dialyseklinieken. In het jaarverslag 2014 werd al gemeld dat B-Braun voor 50% eigenaar is geworden van Dialysecentrum aan den Amstel en dat VUmc participeert in de andere 50%. Met het uitkristalliseren van de reële kostprijs voor dialyse is het de vraag of het in de nabije toekomst nog interessant is voor de commercie om dialysecentra over te nemen. Immers, een redelijke winstmarge op de kostprijs en rendement op de investering is op dit moment nauwelijks haalbaar. Het enige voordeel wat nog te behalen is, is de levering van de eigen producten aan de eigen kliniek. In dit verband wordt verwezen naar een artikel in Medisch Contact d.d. 21 mei 2015 van de hand van de heer M. Levi (voorzitter Raad van Bestuur van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam) getiteld: Wij van WC-eend. De heer Levi neemt in dit artikel afstand van commerciële bedrijven die klinieken overnemen teneinde hun eigen producten te kunnen leveren. Levi vraagt zich ook af waar de reactie blijft van de artsenorganisaties en de Nierstichting. Zijn conclusie is dan ook dat deze ontwikkeling niet veel goeds zal betekenen voor met name de dialysezorg.



6. Gedragscode

6.1 Zorgbrede Governance Code

Diapriva hanteert de principes van de Zorgbrede Governance Code. De toepassing van de Zorgbrede Governance Code kan op hoofdlijnen als volgt worden beschreven.

Verantwoording als maatschappelijke onderneming

Diapriva is zich ervan bewust dat zij een maatschappelijke onderneming is met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Het doel van Diapriva is het bieden van cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Expliciet heeft Diapriva als missie geformuleerd om patiënten topklinische zorg te kunnen bieden in een niet-klinische omgeving. Ook wil Diapriva een actief transplantatiebeleid voeren, wat inhoudt dat Diapriva patiënten doorverwijst naar ziekenhuizen. Diapriva stelt het belang van de patiënt voorop.

Door de samenwerking met VUmc wordt bereikt dat patiënten uit een breed scala van behandelvormen kunnen kiezen, waardoor de gerechtvaardigde behoeften van de patiënt centraal kunnen staan bij de behandeling en zorgverlening.

Diapriva spant zich in om de zorgverlening op een zo effectief en doelmatig wijze te laten verlopen en streeft daarbij naar continue verbetering.

Verantwoordelijkheid Directie en Raad van Commissarissen

De Directie en Raad van Commissarissen zijn overeenkomstig hun wettelijke en statutaire taakverdeling verantwoordelijk voor de Governance structuur van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en voor de naleving van deze Code.

Beleid inzake dialoog met belanghebbenden

De zorgorganisatie heeft als maatschappelijke onderneming een beleid voor de dialoog met de samenwerkingsverbanden die rechtsreeks bij het beleid en de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie zijn betrokken en als belanghebbenden actief zijn binnen haar verzorgingsgebied.

In de overeenkomst m.b.t. de samenwerking met VUmc is overleg tussen samenwerkende partners en Directie geregeld. Voorts zijn in de statuten onder meer de taken van de verschillende organen van Diapriva vastgelegd en zijn de taken van de Directie nader uitgewerkt in het directiereglement.

Diapriva heeft voorts als belanghebbenden benoemd de patiënten. De zorg moet optimaal bijdragen aan het welzijn van de patiënt. Veelvuldige communicatie met de patiënt vindt plaats door de behandelend nefroloog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, doktersassistente als ook door de bedrijfsmanager. De bedrijfsmanager heeft wekelijks een informeel gesprek met een deel van de patiënten om een open dialoog te bevorderen ten behoeve van de patiënt en diens behandeling, en dit zo nodig te verbeteren.

Informatieverstrekking in bepaalde gevallen:

- Samenwerkingspartners
In de samenwerkingsovereenkomst met de samenwerkingspartners van Diapriva is geregeld wanneer de samenwerkingspartner met elkaar overleg zullen voeren.
- Cliëntenraad
Als uitvloeisel van de WMCZ (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen) wordt de Cliëntenraad in elk geval in voorkomende gevallen geïnformeerd en/of geraadpleegd worden bij de volgende onderwerpen:
 - a. een wijziging van de doelstelling of de grondslag;
 - b. het overdragen van de zeggenschap of het aangaan van een concentratie als omschreven in de Mededingingswet of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling;
 - c. de gehele of een gedeeltelijke opheffing van de instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing;
 - d. een belangrijke wijziging in de organisatie;
 - e. een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden;
 - f. het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid in de instelling;
 - g. de begroting en de jaarrekening;
 - h. het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van deze zorgverlening aan cliënten;
 - i. voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten;
 - j. de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg;
 - k. de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten van cliënten;
 - l. wijziging van het aantal leden van de Cliëntenraad, de materiële middelen die de instelling ter schikking stelt, en de vaststelling of wijziging van andere voor cliënten geldende regelingen;
 - m. het belasten van personen met de leiding van een onderdeel van de instelling, waarin gedurende het etmaal zorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in die instelling verblijven.

Recht van enquête

In de statuten is bepaald wie en onder welke omstandigheden bevoegd is tot het indienen van een schriftelijk verzoek bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam om een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van de vennootschap in te stellen als bedoeld in artikel 345 van boek 2 van het Burgerlijk wetboek.



Afleggen van verantwoording

Diapriva legt jaarlijks aan alle rechthebbenden en belangstellenden verantwoording af over in het verslagjaar gevoerde beleid en over de totale in dat jaar geleverde prestaties door middel van publicatie van de jaarrekening, de DigiMV vragenlijst en het directieverlag. Op grond van de statuten en het directiereglement is de Directie verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van de jaardocumenten. De Raad van Commissarissen ziet erop toe dat de Directie deze verantwoordelijkheid vervult.

Benoeming externe accountant

Bij het besluit van de Directie d.d. 6 november 2009 is tot externe accountant voorgedragen de heer drs. M.C.K.W. Kuik RA voor de duur van 7 jaar met welk besluit de Raad van Commissarissen destijds stilzwijgend akkoord is gegaan.

Advieswerkzaamheden externe accountant

De externe accountant heeft in het verslagjaar geen advieswerkzaamheden voor Diapriva verricht.

De registeraccountant heeft de algemene vergadering van aandeelhouders van 20 april 2015 bijgewoond ter goedkeuring van de jaarrekening 2014.

7. Toekomstvisie

7.1 Dialyse, een bijzondere verrichting.

De chronische intermitterende dialyse bestaat in Nederland ongeveer 50 jaar. Aanvankelijk werd de dialyse alleen in Academische Ziekenhuizen uitgevoerd omdat het om een nog klein aantal patiënten ging. Al snel werd duidelijk dat ook de Algemene Ziekenhuizen ingezet moesten worden om de groeiende stroom dialysepatiënten het hoofd te kunnen bieden.

Dialyse is lange tijd tot 2001 een artikel 18 WZV voorziening geweest, omdat:

- De behandeling in ontwikkeling was.
- De spreiding in Nederland niet voldoende was.
- De kosten zeer hoog waren.

Door middel van planningsbesluiten regelde de overheid de capaciteit, spreiding en financiering. Op deze wijze werd dialyse middels een gecontroleerde aanpak in de markt gezet. In het begin van deze eeuw werd duidelijk dat spreiding en kwaliteit voldoende gewaarborgd waren zodat de verdere ontwikkeling aan het veld kon worden overgelaten.

Vanaf 2001 gold voor beperkte tijd een overgangsregeling en vanaf 2003 was dialyse een “vrije” behandeling.

Dialyse was dus niet langer een bijzondere medische verrichting maar wel een topklinische verrichting. Het moge duidelijk zijn dat met het vrijgeven van de dialyse, de markt in beweging kwam. Het aantal dialysecentra steeg in de afgelopen 10 jaar explosief van circa 50 naar 108 anno 2012. Het aantal patiënten steeg in dezelfde periode van circa 4.000 naar 6.500 in 2012.

Zo op het eerste gezicht een te sterke groei van het aantal centra, echter de trend was en is om de zorg dichterbij de patiënt te brengen, dus meer klinieken met een kleinere capaciteit. Aan de explosieve groei van het aantal dialysecentra lijkt nu een eind te zijn gekomen.

Interessant is dat ook buitenlandse investeerders met name vanuit Duitsland zich op de Nederlandse markt bewegen. De dialyse gemeenschap is van mening dat een dergelijke ontwikkeling de transparantie in de markt niet vergroot en op zichzelf ook niet nodig is. Nederland telt ultimo 2015 circa 6.500 dialysepatiënten en 9.600 getransplanteerde patiënten. Samen dus circa 16.000 patiënten ofwel 1.000 patiënten per 1 miljoen inwoners. In vergelijking met de ons omringende landen is het aantal patiënten per miljoen inwoners nog steeds zeer laag.

Uit een aantal, in de afgelopen jaren verrichte, wetenschappelijke studies komt het beeld naar voren dat nierziekten in de komende jaren sterk zullen toenemen en mogelijk tot een explosieve groei van het aantal dialysepatiënten kan leiden.



Uit de gegevens van de Stichting Renine blijkt een jaarlijkse stijging van het aantal nieuw instromende dialysepatiënten van ongeveer 2000 per jaar. De sterfte onder de Nederlandse dialysepopulatie bedraagt ongeveer 20%. En het jaarlijks aantal met succes uitgevoerde niertransplantaties beweegt zich tussen de 600 en 900 patiënten. Als enerzijds de jaarlijkse instroom van nieuwe patiënten een stijgende lijn vertoont, anderzijds de sterfte als gevolg van steeds betere kwaliteit van behandeling neigt tot dalen, en het aantal transplantaties na het wegebben van het nu nog toenemend effect van familietransplantaties stabiel zal worden kan de conclusie worden getrokken dat het aantal te dialyseren patiënten weer zal gaan toenemen.

Opmerkelijk in dit verband is dat in de regio's Amsterdam en Zuid-Limburg het aantal nieuw instromende patiënten ruim 25% hoger ligt dan in de rest van Nederland. Dit is al jaren zo en een sluitende verklaring hiervoor is niet te geven.

In Nederland wordt over het algemeen met dialyse begonnen als de nierfunctie onder de 15-20 % daalt. In andere Europese landen wordt vaak eerder met dialyse begonnen, veelal bij een restfunctie van 20-25 %.

Het voordeel om zo laat mogelijk te beginnen met dialyse is dat de patiënt vanwege het dan ontstane ziektebeeld en lage niveau van welbevinden, zeer gemotiveerd is om met de behandeling te beginnen.

Het nadeel is dat door zo laat mogelijk te starten er mogelijk gezondheidsschade is aangericht. Dit is een dilemma waarover geen eenduidig oordeel is te geven. De dialysebehandeling staat in Nederland op een zeer hoog peil en dit dient geborgd te worden.

Een dialysepatiënt heeft geen keus, als er geen nierfunctie vervangende behandeling wordt gegeven sterft de patiënt binnen enkele weken. Er is dus alle reden om deze patiënt een zo goed mogelijke behandeling te geven met alle zorg die daarbij hoort. Uitsluitend middels goed geoutilleerde dialysecentra en kwalitatief hoog opgeleid personeel kan deze topklinische zorg geleverd worden. Duidelijk is dat dialyse in Nederland zijn eigen dynamiek heeft die heel goed te overzien is.

Voor de periode 2016-2020 zal rekening gehouden moeten worden met een gestage groei van het aantal te behandelen nierpatiënten, waarbij regionale verschillen in incidentie zich zullen voordoen. Het algemeen beleid zal er op gericht moeten zijn om iedere patiënt in zijn onmiddellijke omgeving een kwalitatief goede en veilige behandeling te kunnen bieden. Diapriva is van mening dat het klakkeloos hanteren van omzetplafonds door de zorgverzekeraars hier volledig haaks opstaat.

Als vanuit deze algemene benadering gekeken wordt naar Diapriva levert dat het volgende beeld op. Diapriva heeft geen eigen polikliniek en is dus volledig afhankelijk van de doorverwijzing van andere dialysecentra. VUmc heeft zelf een kleine dialysecapaciteit, maar een groot adherentiegebied en dus relatief veel instromende patiënten. Een deel van dit overaanbod wordt doorverwezen naar Diapriva. De patiënt is hier zeer mee gebaat omdat de behandeling van deze patiënten onder verantwoordelijkheid blijft van de nefrologen van VUmc. Bij opname en transplantatie wordt dan ook teruggevallen op VUmc. Ook andere regionale dialysecentra verwijzen patiënten naar Diapriva.

De trend van de achterliggende jaren is dat het aantal patiënten van Diapriva jaarlijks met gemiddeld 10 toeneemt. Diapriva kende tot en met 2015 twee soorten behandelingen.



- De dagdialyse, drie maal per week gedurende 4 uur. Deze methode is op dit moment in Nederland de meest voorkomende behandeling.
- Daarnaast kent Diapriva de nachtdialyse, die drie tot vier keer wordt uitgevoerd gedurende 8 uur. Patiënten hebben een eigen kamer waar desgewenst ook de partner kan verblijven. Deze methode levert een zeer hoge kwaliteit van dialyse op. Hoewel de nachtdialyse duurder is dan de dagdialyse zijn de voordelen evident. De kwaliteit van leven neemt toe. De medicatie neemt af en de maatschappelijke rehabilitatie is significant. Als gevolg van een afnemende co-morbiditeit, minder opnames in een ziekenhuis en lagere sterfte, zijn uiteindelijk de totale kosten lager dan bij de conventionele dialyse.

Vanaf 2016 zal Diapriva starten met thuisdialyse-plus; in het kader van de ketenzorg gedachte van VUmc en Diapriva een belangrijke uitbreiding van de dialyse mogelijkheden.

Met betrekking tot de nachtdialyse wordt nog verwezen naar een door Dianet Dialysecentra grootschalig uitgevoerd onderzoek naar de effecten van nachtdialyse. De resultaten zijn te lezen in het rapport Nocturne. De nachtdialyse zoals die wordt uitgevoerd bij Diapriva is uniek voor Nederland. Diapriva verwijst ook patiënten, die daar geschikt voor zijn naar de thuisdialysecentra. Kortom de dialysepatiënt is dus om meerdere redenen goed af bij Diapriva. Niet onvermeld mag blijven dat Diapriva ook een belangrijke bijdrage levert aan de transplantatie, In 2015 werden 9 patiënten van Diapriva getransplanteerd in VUmc, wederom een aanzienlijke bijdrage aan het transplantatie programma van VUmc.

Tenslotte mag nog gememoreerd worden dat de sterfte uitzonderlijk laag te noemen is, Tegenover een landelijk percentage van 20% staat circa 6% mortaliteit onder de patiënten van Diapriva. Tegen de achtergrond van de beschreven toekomstige ontwikkeling van dialyse in Nederland kan worden geconcludeerd dat Diapriva een belangrijke bijdrage levert op het terrein van de nierfunctievervangende therapieën.

Het aantal patiënten van Diapriva nam in 2015 toe van 82 tot 92 patiënten ultimo 2015. De verwachting voor 2016 is dat het aantal patiënten van Diapriva zal dalen tot circa 85 patiënten door het stellen van een rigide omzetplafond door de grootste zorgverzekeraar. Als dit plafond er niet zou zijn was een groei naar 100 patiënten op basis van de regionale toename zeker mogelijk.

De budgettaire ruimte zal uiteindelijk bepalend zijn voor de groei van de patiëntenpopulatie van Diapriva.

8. Opmerkelijk

8.1 De draagbare kunstnier

In het directieverslag 2013 is uitgebreid ingegaan op de ontwikkeling van een draagbare kunstnier. Het initiatief hiertoe is door de Nierstichting Nederland genomen met als belangrijkste motief: Dialyse, eenvoudiger, goedkoper en dichterbij de patiënten brengen. Inmiddels heeft de Nierstichting uit eigen middelen en EU-gelden grotere bedragen geïnvesteerd in de ontwikkeling. De afgelopen jaren zijn regelmatig bijgestelde prognoses afgegeven over de voortgang van het project. Uit een publicatie van de Nierstichting d.d. 23 mei 2014 blijkt dat naast de bestaande samenwerkingspartners, ook buitenlandse partners zijn aangetrokken t.w. het Zwitsers Debiotech en Singaporese AWAK. De doelstelling om in 2017 het prototype gereed te hebben en met de eerste klinische testen te starten staat volgens de Nierstichting Nederland, nog steeds overeind. Uit de publicatie blijkt voorts dat de draagbare kunstnier uitgerust gaat worden met een sorbent-cartridge waardoor het mogelijk wordt met zeer kleine hoeveelheden vloeistof te werken (2 tot 4 liter i.p.v. 40-60 liter).

NB. Deze techniek is al oud en in de tachtiger jaren toegepast met het dialyseapparaat van Organon, de zgn. Ready. Deze ontwikkeling is destijds gestaakt i.v.m. toen nog niet beheersbare risico's van de sorbent-cartridge. De publicatie besluit met volgende citaat:

“Een draagbare kunstnier is kleiner en lichter, spoelt langer, zuivert het bloed beter en biedt meer bewegingsvrijheid dan de bestaande hemodialyseapparatuur. Bovendien is een draagbare kunstnier geschikt om op meerder uren per dag of zelfs 's nachts te dialyseren op een plaats en tijd die de patiënt zelf kiest. Een enorme stap voorwaarts die voor het leven van nierpatiënten wereldwijd zal verbeteren”. Einde citaat.

Op 10 juni 2014 verschijnt er een publicatie van Niernieuws met een update over de ontwikkeling van de draagbare kunstnier. Twee zaken vallen op:

1. De ontwikkeling van de draagbare kunstnier is nog ver weg.
2. De nieuwe samenwerking van de Nierstichting met 2 buitenlandse partners is gericht op de ontwikkeling van een *andere*, kleinere draagbare kunstnier voor *thuisdialyse*.

Worden er nu 2 prototypes ontwikkeld en richt de Nierstichting nu het focus op thuis-hemodialyse? Het is belangrijk dat de Nierstichting meer duidelijkheid geeft over deze ontwikkelingen, immers uit de gewekte verwachtingen naar de dialysepatiënten, heeft de Nierstichting een grote verantwoordelijkheid naar zich toegetrokken.

Tenslotte nog dit: de Nierstichting stuurt op 15 januari 2016 een persbericht de wereld in wat als volgt luidt: Als alles goed gaat kunnen nierpatiënten vanaf 2017 altijd en overal dialyseren met een draagbare kunstnier. Even verderop in het persbericht: Over 2 jaar beginnen de eerste klinische testen met een kleine groep patiënten. Dit persbericht is onduidelijk en lijkt veel op een persbericht uit juni 2013 waarin hetzelfde werd gezegd. Al met al heeft de Nierstichting inmiddels veel geld in dit project gestoken maar de vraag is of het gewenste eindproduct, de draagbare kunstnier ooit op de markt komt en zo ja, zal dit tot een toename van thuisdialyse leiden?

8.2 Thuishemodialyse

In het jaar 2014 wordt DiaPriva regelmatig geconfronteerd met uitspraken van zorgverzekeraars dat thuishemodialyse op grote schaal ontwikkeld moet worden. Er worden zelfs getallen genoemd van 2.000 tot 3.000 patiënten. De belangrijkste reden voor de zorgverzekeraar is het idee dat met thuishemodialyse belangrijke besparingen op de behandelkosten kunnen worden gerealiseerd. Alvorens hier op in te gaan een korte schets van de thuisdialyse in Nederland.

In 1968 werd in Utrecht op verzoek van het toenmalig Academisch Ziekenhuis (AZU) de Stichting Thuisdialyse in het leven geroepen. Op dat moment werd in Nederland dialyse alleen toegepast in Academische Ziekenhuizen en was de capaciteit derhalve zeer beperkt. Het AZU, afdeling Nefrologie, voorzag een snelle toename van het aantal nierpatiënten en een vooralsnog sterk achterblijvende behandelcapaciteit, mede omdat de niet-klinische hemodialyse, een zeer kostbare en nog in ontwikkeling zijnde behandeling was. De overheid hanteerde dan ook strenge wet- en regelgeving op basis van planningsbesluiten. Voor thuisdialyse was geen vergunning nodig. Met de komst van de stichting Thuisdialyse was er in het werkgebied van het AZU ineens meer capaciteit voor de behandeling van patiënten. In die tijd werden daarvoor geschikte patiënten samen met hun partner opgeleid door de Stichting Thuisdialyse. De opleiding was intensief en duurde circa 6 tot 9 maanden. Tijdens de opleiding werd het huis van de patiënt geschikt gemaakt voor de thuisdialysebehandeling. Naast elektrotechnische en waterkundige aanpassingen was vaak ook nog een verbouwing noodzakelijk. De dialyseapparatuur was log en groot, het waterbehandelingssysteem was eveneens groot en er moest ruimte zijn voor de opslag van apotheek en overige gebruiksartikelen. De Stichting Thuisdialyse heeft in de periode 1968 tot in de negentiger jaren vele patiënten opgeleid voor thuisdialyse. Ondanks de extra voorzieningen was thuisdialyse goedkoper dan de dialyse in het ziekenhuis vanwege de inzet van de eigen partner.

Helaas neemt het aantal thuisdialysepatiënten in de negentiger jaren sterk af. De inzet van de eigen partner gaat in veel gevallen ten koste van een eigen maatschappelijke carrière en leidt in bijna alle gevallen tot inkomensverlies. Bedacht moet worden dat ondanks diverse stimuleringsmaatregelen van de Stichting Thuisdialyse, de overheid en de zorgverzekeraars het aantal thuisdialysepatiënten in die tijd nooit boven de 150 is geweest en de oorspronkelijke doelstelling om in Nederland circa 10% van het totaal aantal patiënten thuis te laten dialyseren nooit is gehaald. Na de jaren negentig is na verleg en met medewerking van de zorgverzekeraar een nieuw systeem voor thuishemodialyse ingevoerd, thuisdialyse met Verpleegkundig Dialyse Assistent (VDA). De patiënt hoeft niet langer een beroep te doen op zijn partner maar krijgt een VDA toegewezen. Hiermee was wel de thuisdialyse gered, maar de kosten gingen sterk omhoog. Reistijd, reiskosten en behandeltime (gemiddeld 6 uur per dialyse) zorgde ervoor dat de kosten voor thuishemodialyse met VDA vergelijkbaar werd met de kosten van ziekenhuisdialyse.

Voor de geschikte patiënt bleven de voordelen van thuishemodialyse bestaan, voor de zorgverzekeraars verdween het voordeel van de "ouderwetse" thuisdialyse. Deze nieuwe vorm van thuishemodialyse zorgde ervoor dat de teruggang van het aantal thuishemodialysepatiënten tot staan werd gebracht en vervolgens weer ging groeien.

Een andere vorm van thuisdialyse is CAPD (Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse). Ruim 10 jaar geleden werd circa 30% van alle dialysepatiënten met deze methode be-



handeld. Naarmate er meer hemodialysecapaciteit ontstond en omdat de CAPD-behandeling een beperkte duur kent, is het percentage CAPD afgenomen tot $\pm 17\%$, en nog steeds dalend.

Anno 2015 komt het percentage thuishemodialyse niet boven de 5%, en de CAPD 15% van de totale dialysepopulatie. De vraag is dus waarom zorgverzekeraars denken dat thuisdialyse goedkoper is, en zou kunnen toenemen tot 30%.

Enkele feiten op een rij: m.b.t.de thuishemodialyse en CAPD:

Thuishemodialyse

- De gebruiksmaterialen (apothek en magazijnartikelen) zijn bij thuishemodialyse dezelfde als bij dialyse in het ziekenhuis.
- De dialysemachine en bijbehorende waterbehandelingsapparatuur wordt maar door 1 patiënt gebruikt, in het ziekenhuis/dialysecentrum door minimaal 4 patiënten, de afschrijving drukt dus veel zwaarder op de behandelkosten.
- De VDA is tijdens de gehele behandeling aanwezig voor aan- en afsluiten van de patiënt en toezicht tijdens de behandeling. In het ziekenhuis/dialysecentrum kan 1 verpleegkundige gemiddeld 3 patiënten behandelen. De personele kosten zijn bij thuisdialyse dus aanzienlijk hoger.
- De nefroloog, maatschappelijk werker en diëtist zijn op dezelfde wijze betrokken bij de thuisdialysepatiënt als bij de patiënt in het ziekenhuis/dialysecentrum. De maatschappelijk werker gaat echter naar de patiënt thuis, dus ook hier drukken de personele kosten zwaarder.
- De woning van de patiënt dient te worden aangepast, en soms verbouwd (voor rekening van de zorgverzekeraar).
- De patiënt krijgt een vergoeding voor gebruik van water en elektra en voor het beschikbaar stellen van behandelruimte.
- Er dient een goed georganiseerd logistiek systeem te zijn voor het onderhoud van de apparatuur en de regelmatige bevoorrading van verbruiksartikelen t.b.v. de dialysebehandeling.
- De reiskosten van de patiënt zijn uiteraard beperkt tot gemiddeld 1x per 6 weken voor nefrologisch consult. Een ziekenhuispatiënt gaat 3x per week met de taxi naar het behandelcentrum. Hier zijn de kosten voor de thuisdialyse dus lager.

CAPD

- Voor CAPD zijn in beginsel geen specifieke huisaanpassingen noodzakelijk, wel is van belang dat er een behoorlijke opslagruimte is. In geval van CCPD (CAPD met machine) zijn wel enige huisaanpassingen nodig.
- De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis ligt bij CAPD aanzienlijk hoger vanwege de voorkomende buikvliesontstekingen.
- CAPD/CCPD heeft een belangrijke invloed op het buikvlies, zodat veel CAPD patiënten uiteindelijk toch terugvallen op hemodialyse. Om deze reden is het wellicht beter dat jonge transplantabele patiënten kortdurend met CAPD worden behandeld. Voor niet-transplantatiepatiënten is hemodialyse een betere optie.

Hoewel het voorgaande geen limitatieve opsomming is van de plussen en de minnen van thuishemodialyse kan niet aan de indruk ontkomen worden dat thuisdialyse in zijn huidige en wellicht toekomstige vorm zeker niet goedkoper is dan dialyse in een centrum.



DiaPriva is daarentegen wel van mening dat thuisdialyse voor daarvoor geschikte patiënten een uitstekende behandeling is. Echter, een groei naar 30 tot 40% is niet realistisch en niet haalbaar. Enerzijds omdat simpelweg de daarvoor noodzakelijk logistieke infrastructuur ontbreekt en de personele infrastructuur nauwelijks te realiseren is, anderzijds omdat een dergelijke grootschalige opzet ook niet tot de gedachte besparing zal leiden. Als voorts nog bedacht wordt dat de gemiddelde leeftijd van de dialysepopulatie inmiddels 60-65 jaar is en dus ook de gemiddelde thuisdialysesduur zal gaan teruglopen moet men zich afvragen welk doel gediend wordt met de uitspraken van de zorgverzekeraar. Last but not least: ook de patiënt moet voor thuisdialyse willen kiezen.

Een vaak vergeten aspect van de thuisdialyse is dat er een sluitend back-upsysteem moet zijn voor thuisdialysepatiënten. Gemiddeld 10% van alle behandelingen van de thuishemodialysepatiënt vindt plaats in een ziekenhuis. M.a.w. stel dat er enig moment 2.000-3.000 patiënten thuis zouden dialyseren, dan is een back-upcapaciteit in de ziekenhuizen nodig voor 200-300 patiënten.

DiaPriva wil nogmaals benadrukken dat thuishemodialyse voor geschikte patiënten een uitstekende behandeling is die voor zover nodig en mogelijk, dient te worden gestimuleerd. Het idee van een groei naar 2.000-3.000 patiënten is echter niet realistisch.



Verslag Raad van Commissarissen



1. Algemeen

Diapriva Buitenveldert BV ('Diapriva') heeft ingevolge haar statuten een Raad van Commissarissen die uit één of meer leden bestaat. Tot leden van de Raad van Commissarissen kunnen niet worden benoemd personen die belast zijn met de dagelijkse leiding van de door de vennootschap geëxploiteerde instelling en/of personen die een direct belang hebben bij de door de vennootschap geëxploiteerde instelling. Het aantal commissarissen wordt vastgesteld door de algemene vergadering van aandeelhouders. Ingevolge een besluit van de algemene vergadering van aandeelhouders van Diapriva is het aantal commissarissen vastgesteld op 3 (drie) personen.

Commissarissen worden benoemd door de algemene vergadering van aandeelhouders. Ingevolge de Wet op de Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen wordt één lid van de Raad van Commissarissen benoemd uit een bindende voordracht van de Cliëntenraad.

2. Taak

De Raad van Commissarissen houdt toezicht op het beleid van de directie en op de algemene gang van zaken in de vennootschap en de met haar verbonden onderneming, bestaande uit de exploitatie van een dialysecentrum.

De Raad van Commissarissen staat de Directie met raad ter zijde en bewaakt c.q. houdt toezicht op:

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

Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Commissarissen zich naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en weegt daartoe de in aanmerking komende belangen van de bij de zorgorganisatie betrokken belanghebbenden af.

De vennootschap heeft schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling alsmede conflictregeling tussen Directie en de Raad van Commissarissen van Diapriva vastgelegd. De conflictregeling omvat de wijze waarop conflicten tussen de Directie en de Raad van Commissarissen worden geregeld.

3. Governance

De Raad van Commissarissen hanteert de Zorgbrede Governance code 2010 als leidraad in zijn functioneren. Daarbij gelden voor de leden van de Raad van Commissarissen onder andere de volgende competenties:



- Onafhankelijkheid, geen onverenigbare belangen, posities of relaties
- Kennis en ervaring om de zorginstelling goed te kunnen beoordelen
- Kennis van governance regels
- Voldoende tijd beschikbaar
- Bereidheid tot verantwoording
- Onderwerping aan en handhaving van wet- en regelgeving

Bij vacatures wordt een specifiek profiel vastgesteld, met name voor het kennisgebied dat een nieuw lid moet inbrengen.

4. Samenstelling Raad van Commissarissen

Gedurende geheel 2015 bestond de Raad van Commissarissen uit de volgende leden:

- De heer M.R. van der Heijden (voorzitter)
- Mevrouw Drs. C. Idzinga-van den Berg
- De heer Dr. J.J. Zijlstra

De Raad van Commissarissen is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de directie en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.

5. Hoofd- en nevenfuncties leden van de Raad van Commissarissen

De heer M.R. van der Heijden, voorzitter:

- Voorzitter Stichting Holland Route (industrial Heritage)
- Bestuursvoorzitter Nederlands Instituut Asbestslachtoffers
- Bestuursvoorzitter Habitat for Humanity Nederland
- Voorzitter Stichting Vrienden van de Universiteit van Tel Aviv
- Lid Raad van Toezicht (Board of Governors) Tel Aviv Universiteit



Mevrouw Drs. C. Idzinga-van den Berg:

- Beleidsadviseur Gemeente Amsterdam

De heer Dr. J.J.Zijlstra:

- Radioloog n.p. lid werkgroep toegang tot de bloedbaan Nierstichting
- Voorzitter Stichting Bachorgel Dordrecht
- Gast zorgconsultancy 'De Praktijk'

6. Introductie bij Diapriva

De leden van de Raad van Commissarissen hebben in 2012 en begin 2013 een uitgebreide introductie ontvangen van de Directie in de onderneming van de zorginstelling. Voorts hebben de leden kennis gemaakt met de Registeraccountant van de zorginstelling, haar (indirecte) aandeelhouder(s) en financiers alsmede met een delegatie van de samenwerkingspartner van Diapriva: VUmc.

7. Vergaderingen

De Raad van Commissarissen heeft in 2015 vijf maal vergaderd in aanwezigheid van één of meer directieleden. Bij deze vergaderingen waren alle leden van de Raad van Commissarissen aanwezig.

Naast bovengenoemde vergaderingen heeft de Raad van Commissarissen voorafgaand aan iedere vergadering met de directie intern vooroverleg gehad.

Belangrijkste onderwerpen

- Strategie en prestaties van de instelling
- Inzet artsen door VUmc en de daar tegenover staande vergoeding
- Medische verantwoordelijkheid
- Benoeming en ontslag leden Cliëntenraad, alsmede bevordering van het functioneren van de Cliëntenraad
- Overleg met zorgverzekeraars
- Financiële positie Diapriva
- Contacten met B.Braun
- Taxivervoer
- Beoordelen functioneren van de (leden van de) directie
- Beoordelen van het functioneren van de (leden van de) RvC
- Honorariumbeleid RvC en directie
- Stichting Vrienden van Diapriva
- Thuisdialyse-Thuisdialyse-plus
- Samenwerking VUmc en ketenzorg
- Voedselveiligheid in samenhang met HKZ-certificering
- Ontslag en benoeming nieuwe medisch directeur
- Jaarverslag 2014, bestaande uit verslagen algemeen directeur, Raad van Commissarissen, Cliëntenraad en Klachtencommissie, alsmede jaarrekening met toelichting en verklaring registeraccountant
- Zorgverzekeraars



- Patiënten tevredenheidsonderzoek
- NfN-spiegelrapportage
- Wet Normering Topinkomens in de Zorg (WNT2)
- Klachtencommissie
- Publiciteit

Door directie gevraagd advies van Raad van Commissarissen:

- Inkoopbeleid 2016 Zilveren Kruis: door tussenkomst RvC heropening overleg met Zilveren Kruis over contractering 2016 na ontstane impasse
- Omdat de instelling medisch verantwoordelijk is, moet ook de algemeen directeur toezien op voldoende artsen bezetting
- Salaris algemeen directeur moet aangepast worden aan omvang werkzaamheden

Ongevraagd advies van Raad van Commissarissen:

- Een afzonderlijke eenvoudige website opstellen voor de Stichting Vrienden van Diapri-va
- Resultaten van NfN spiegelrapportages moeten worden omgezet in beleid
- Directie wordt in overweging gegeven lid te worden van Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren (NVZD); NVZD staat certificering van directeuren voor.

Besluiten Raad van Commissarissen

- Goedkeuring jaarverslag Raad van Commissarissen 2014
- Instemming met Directieverslag 2014 en jaarrekening 2014 (goedkeuring door algemene vergadering van aandeelhouders)
- De salarissen van algemeen en medisch directeur voldoen aan de Wet Normering Topsalarissen in de publieke en semi-publieke sector
- De salarissen van de leden van de Raad van Commissarissen voldoen aan de Wet Normering Topsalarissen in de publieke en semi-publieke sector
- Instemming met Begroting 2016 Raad van Commissarissen Diapri-va Buitenveldert BV (goedkeuring door algemene vergadering van aandeelhouders)
- Instemming met Begroting 2016 instelling Diapri-va Buitenveldert BV (goedkeuring door algemene vergadering van aandeelhouders)

Opvolging adviezen Raad van commissarissen:

- Het verzoek voor een kleine afzonderlijke website voor Stichting Vrienden van Diapri-va is uitgesteld wegens het geringe belang
- HKZ-certificering omvat ook beoordeling van directeur. Daarom NVZD-certificering minder van belang.

8. Toezicht op strategie en prestaties

Tijdens gezamenlijke vergaderingen met de directie laat de Raad van Commissarissen zich voorlichten over de prestaties en strategie van de instelling. De Raad van Commissarissen



overlegt met de directie omtrent de mogelijke strategieën die voor de instelling en ten aanzien van belanghebbenden bij de instelling kunnen worden gevolgd.

9. Toezicht op interne en beheersings- en controlesystemen

De Raad van Commissarissen heeft kennis genomen van de vergaande certificering van de instelling (HKZ, VMS) en heeft (nog) geen eigen toezicht op de interne en beheersings- en controlesystemen ontwikkeld.

10. Informatieverstrekking/voorziening

De informatie van de Raad van Commissarissen komt primair van de directie. Voorts vindt één maal per jaar overleg plaats met de Registeraccountant van de vennootschap. Contact met cliënten wordt onderhouden door middel van overleg met de Cliëntenraad. Voorts kan de Raad van Commissarissen met iedere belanghebbende bij Diapriva in overleg treden om zich van informatie te voorzien.

11. Commissies

De Raad van Commissarissen heeft in het verslagjaar geen commissies ingesteld om bijzondere onderwerpen te bespreken.

12. Deskundigheidsbevordering

Op basis van de door de Algemene Vergadering van Aandeelhouders goedgekeurde begroting van de Raad van Commissarissen volgen de leden van de Raad van Commissarissen cursussen en congressen ter bevordering van hun deskundigheid.

13. Toetsing onafhankelijkheid leden Raad van Commissarissen

De Leden van de Raad van Commissarissen zijn bij werving op onafhankelijkheid getoetst. Mede op basis van de lijst van nevenfuncties in het jaarverslag van de Raad van Commissarissen kan de onafhankelijkheid jaarlijks opnieuw beoordeeld worden door de Algemene vergadering van Aandeelhouders.

14. Instemming met jaarrekening en directieverslag 2015

De Raad van Commissarissen van Diapriva Buitenveldert BV heeft in zijn voltallige vergadering van 13 mei 2016 het jaarverslag van Diapriva Buitenveldert BV, bestaande uit Verslag Directie, Verslag Raad van Commissarissen, Verslag Cliëntenraad, Verslag Klachtencommissie, Jaarrekening en Verklaring registeraccountant uitvoerig met de Directie en de accountant besproken.



Hierbij deelt de RvC mede dat zij een instemmingsbesluit heeft genomen ten aanzien van het jaarverslag 2015, inhoudende dat:

- de RvC zich met de inhoud van het jaarverslag en alle onderdelen daarvan, in het bijzonder de jaarrekening en het verslag van de directie kan verenigen
- de RvC instemt met voorlegging van het jaarverslag aan de algemene vergadering van aandeelhouders

De RvC stelt de algemene vergadering van aandeelhouders voor om het jaarverslag met het daarin opgenomen voorstel tot winstverdeling, rekening houdend met wettelijke en statutaire bepalingen, vast te stellen.

Amsterdam, 13 mei 2016

M.R. van der Heijden (voorzitter)
Mevr. Drs. C. Idzinga-Van den Berg
Dr. J.J. Zijlstra



Verslag Cliëntenraad



1. Algemeen

Diapriva Buitenveldert BV ('Diapriva') heeft ingevolge haar statuten en ter uitvoering van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen een Cliëntenraad. De Cliëntenraad heeft binnen het kader van de doelstellingen van de instelling tot taak de belangenbehartiging van de gemeenschappelijke cliënten van de instelling.

Ingevolge haar missie en visie acht Diapriva een goed functioneren van de Cliëntenraad van groot belang. Het belang van de cliënt staat voorop. Een rechtstreeks contact tussen de cliënt en de (medewerkers van de) zorginstelling wordt nagestreefd, hetgeen bevorderd wordt door het huiselijk karakter en de kleinschaligheid van de instelling.

2. Taak Cliëntenraad

De Cliëntenraad wordt geïnformeerd bij en/of geraadpleegd bij de onderwerpen als vermeld ingevolge de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

Ingevolge voornoemde Wet, de statuten van Diapriva en de Samenwerkingsovereenkomst tussen Diapriva en de Cliëntenraad heeft de Cliëntenraad het recht om voorstellen te doen, een adviesrecht en een verzwaard adviesrecht.

3. Honorering

Ieder lid van de Cliëntenraad ontvangt een tegemoetkoming van € 100 per kwartaal. Kosten die redelijkerwijs noodzakelijk zijn voor de vervulling van de taak van de Cliëntenraad komen ten laste van de zorgaanbieder.

4. Geschillenregeling

Krachtens de Samenwerkingsovereenkomst tussen Diapriva en haar Cliëntenraad zullen geschillen worden voorgelegd aan de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

5. Gebruik van voorzieningen

Diapriva staat de Cliëntenraad het gebruik van voorzieningen ter beschikking welke de Cliëntenraad voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft. Tot deze voorzieningen behoren onder andere personele bijstand bij vergaderingen en ter beschikking stelling van vergaderruimte. Voorts heeft Diapriva een emailadres ten behoeve van de Cliëntenraad beschikbaar gesteld.

6. Samenstelling Cliëntenraad en duur benoeming

Krachtens het besluit tot instelling van de Cliëntenraad van Diapriva bestaat de Cliëntenraad uit drie leden. Als lid van de Cliëntenraad kunnen cliënten van Diapriva worden gekozen. De leden worden benoemd voor drie jaar en kunnen maximaal twee maal worden herkozen.

7. Samenwerkingsovereenkomst tussen Diapriva en Cliëntenraad

In samenspraak met de Cliëntenraad is het besluit tot instelling van de Cliëntenraad nader uitgewerkt in een samenwerkingsovereenkomst tussen Diapriva en de Cliëntenraad van 8 december 2009.

8. Leden van de Cliëntenraad

De Cliëntenraad bestond in het verslagjaar uit:



- de heer R. Korver (voorzitter): 5 januari 2011 t/m heden
- de heer S. Hazi: vanaf medio 2013 t/m heden
- mevrouw Y. Alkemade: maart 2014 t/m heden

9. Bindende voordracht lid Raad van Commissarissen

De Cliëntenraad heeft het recht tot het doen van een bindende voordracht voor de benoeming van een lid van de Raad van Commissarissen. Ingevolge dit recht is mevrouw drs. C. Idzinga-van den Berg, in 2012 op bindende voordracht van de Cliëntenraad tot lid van de Raad van Commissarissen benoemd.

10. Onderwerpen in verslagjaar

In het verslagjaar zijn de volgende onderwerpen aan de orde gekomen:

- jaarverslag Cliëntenraad 2014
- jaarverslag Diapriva 2014
- patiënten enquête Nefrovisie
- certificering
- taxi enquête
- communicatie Cliëntenraad en Raad van Commissarissen

Over bovengenoemde onderwerpen is door of namens de directie informatie aan de cliëntenraad ter beschikking gesteld.

11. Gevraagde adviezen uitgebracht door de Cliëntenraad in het verslagjaar

De Cliëntenraad is in de gelegenheid gesteld advies uit te brengen over de volgende door Diapriva voorgenomen maatregelen:

- jaarrekening 2014 van de instelling

12. Ongevraagd advies door de Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft de zorginstelling geadviseerd:

- meer verpleegkundigen opleiden voor vaattoegang ('prikspecialisatie')
- ter bevordering van het bewegen door patiënten wordt verzocht de mogelijkheden van een fietsstoel te onderzoeken

13. Opvolging adviezen cliëntenraad

- Diapriva heeft 3 verpleegkundigen de aanvullende opleiding vaattoegang laten volgen
- De mogelijkheden van een fietsstoel met kledingrestricties voor potentiaal vereffening worden onderzocht

14. Aantal vergaderingen

In het verslagjaar is als gevolg van ziekte van de voorzitter in totaal één vergadering door de Cliëntenraad gehouden:



- één vergadering in aanwezigheid van het lid van de Raad van Commissarissen dat op bindende voordracht van de Cliëntenraad is benoemd, de directeur en de bedrijfs-leider

Amsterdam, 13 april 2016

De heer R. de Korver, voorzitter
De heer E.A. van Alphen
De heer S. Hazi
Mevrouw Y. Alkemade



Jaarrekening



Inhoudsopgave jaarrekening

1. Jaarrekening 2015

- 1.1 Balans per 31 december 2015
- 1.2 Resultatenrekening over 2015
- 1.3 Kasstroomoverzicht over 2015
- 1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling
- 1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2015
- 1.6 Mutatieoverzicht materiële vaste activa
- 1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2015
- 1.8 Toelichting op de resultatenrekening over 2015

2 Overige gegevens

- 2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening
- 2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming
- 2.3 Resultaatbestemming
- 2.4 Gebeurtenissen na balansdatum
- 2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders
- 2.6 Controleverklaring



1 Jaarrekening



1.1 Balans per 31 december 2015 (na resultaatbestemming)

	<u>Ref.</u>	<u>31-12-2015</u>	<u>31-dec-14</u>
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	1.591.445	1.824.489
Totaal vaste activa		1.591.445	1.824.489
Vlottende activa			
Voorraden	2	65.000	87.000
Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's	3	59.230	49.156
Vorderingen en overlopende activa	4	569.434	500.967
Liquide middelen	5	962.120	232.687
Totaal vlottende activa		1.655.784	869.810
Totaal activa		<u>3.247.229</u>	<u>2.694.299</u>
		€	€
PASSIVA			
Eigen vermogen	6		
Kapitaal		18.000	18.000
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		-8.108.702	-8.021.775
Totaal eigen vermogen		-8.090.702	-8.003.775
Langlopende schulden	7	9.739.912	9.211.949
Kortlopende schulden			
Schulden aan verzekeringsmaatschappijen	8	934.986	735.335
Overige kortlopende schulden en overlopende passiva	9	663.033	750.790
Totaal kortlopende schulden		1.598.019	1.486.125
Totaal passiva		<u>3.247.229</u>	<u>2.694.299</u>



1.2 Resultatenrekening over 2015

	Ref.	2015 €	2014 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	11	7.135.210	6.434.416
Som der bedrijfsopbrengsten		7.135.210	6.434.416
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	12	3.603.538	3.260.387
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	13	324.136	310.580
Overige bedrijfskosten	14	2.740.871	2.741.325
Som der bedrijfslasten		6.668.545	6.312.292
BEDRIJFSRESULTAAT		466.665	122.124
Financiële baten en lasten	15	-553.592	-526.968
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		-86.927	-404.844
Vennootschapsbelasting	16	0	0
RESULTAAT BOEKJAAR		-86.927	-404.844
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2015 €	2014 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Algemene reserve		-86.927	-404.844
		-86.927	-404.844



1.3 Kasstroomoverzicht

Ref.	2015		2014	
	€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten				
Bedrijfsresultaat		466.665		122.124
Aanpassingen voor:				
- afschrijvingen	324.136		303.842	
- mutaties voorzieningen	<u>0</u>		<u>0</u>	
		324.136		303.842
Veranderingen in vlottende middelen:				
- voorraden	22.000		-20.000	
- mutatie onderhanden projecten DBC's	-10.074		-13.789	
- vorderingen	-68.467		142.646	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	0		0	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan kredietinstellingen)	<u>111.894</u>		<u>-223.959</u>	
		55.353		-115.102
Kasstroom uit bedrijfsoperaties		<u>846.154</u>		<u>310.864</u>
Ontvangen interest	0		0	
Betaalde interest	-553.592		-526.968	
Vennootschapsbelasting	<u>0</u>		<u>0</u>	
		<u>-553.592</u>		<u>-526.968</u>
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten		292.562		-216.104
Kasstroom uit investeringsactiviteiten				
Investerings materiële vaste activa	-108.745		-201.426	
Desinvesteringen materiële vaste activa	<u>17.653</u>		<u>8.738</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten		-91.092		-192.688



1.3 Kasstroomoverzicht (vervolg)

Kasstroom uit financieringsactiviteiten

Nieuw opgenomen leningen	527.963	426.583
Aflossing langlopende schulden	<u>0</u>	<u>0</u>
<i>Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</i>	527.963	426.583
Mutatie geldmiddelen	<u>729.433</u>	<u>17.791</u>

Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.



1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

1.4.1 Algemeen

Ontwikkelingen boekjaar

Resultaat

De stijging van het gemiddeld aantal patiënten van 83 (2014) naar 93 (2015) gecombineerd met een proportionele stijging van de personeels- en overige kosten hebben in 2015 geresulteerd in een verbetering van het bedrijfsresultaat. Door eenmalige opbrengsten is het bedrijfsresultaat zelfs sterk verbeterd. De ontwikkeling van het netto resultaat volgt de ontwikkeling van het bedrijfsresultaat. Het netto resultaat is evenals in voorgaande jaren nog negatief.

Vermogen

Zoals uit de balans blijkt is ook het vermogen nog negatief. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door aanloopverliezen. De aanlooperperiode heeft langer geduurd dan voorzien, terwijl anderzijds de tarieven voor behandelingen onder sterke druk staan en lager zijn uitgevallen dan oorspronkelijk voorzien.

Vooruitzichten

Resultaat

Op grond van de verwachting dat de patiëntenpopulatie gedurende 2016 maar iets zal afnemen is de directie positief over de toekomst gestemd. De verwachting is dat ook 2016 met een positief bedrijfsresultaat zal kunnen afsluiten; het netto resultaat zal evenwel naar verwachting nog negatief zijn.

Kasstroom

Op basis van een voorzichtige prognose met een licht dalend aantal patiënten, waarbij de omzet afgedekt is door reeds afgesloten overeenkomsten met zorgverzekeraars en geringe investeringen zal in 2016 sprake zijn van een negatieve kasstroom. Omdat er ook in 2016 ingevolge de leningsvoorwaarden geen betalingsverplichtingen naar de financiers zullen bestaan zal de liquiditeitspositie van de vennootschap naar verwachting toenemen. De directie concludeert daarom dat het toekomstperspectief van de vennootschap gewaarborgd is voor het komende jaar. Een verdere toelichting is opgenomen in het directieverslag.

Groepsverhoudingen

Diapriva Buitenveldert B.V. behoort tot het Cablon Medische Centra B.V.-concern. Aan het hoofd van deze groep staat Cablon Medische Centra B.V.. De jaarrekening van Diapriva Buitenveldert B.V. is opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van Cablon Medische Centra B.V. te Leusden.

Transacties verbonden partijen

Alle transacties met verbonden partijen vinden plaats op basis van marktconforme prijzen.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi en de relevante stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.



Vergelijking met voorgaand jaar

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

Grondslagen WNT

Voor de uitvoering van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen in de (semi)publieke sector (WNT) heeft de vennootschap zich gehouden aan de Beleidsregel toepassing WNT en deze als normenkader bij het opmaken van deze jaarrekening gehanteerd.

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.

Gebruik van schattingen

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

Financiële instrumenten

De vennootschap maakt geen gebruik van afgeleide financiële instrumenten. Financiële instrumenten omvatten handels- en overige vorderingen, geldmiddelen, leningen en overige financieringsverplichtingen, handelsschulden en overige te betalen posten. Per balanspost is toegelicht hoe deze financiële instrumenten gewaardeerd zijn.

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 immateriële en materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte gebruiksduur van het vast actief. De afschrijvingstermijn op de verbouwingskosten is gelijk gehouden aan de resterende looptijd van het huurcontract.

Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten

De onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten worden gewaardeerd op basis van de verwachte opbrengstwaarde van het deel van de DBC's / DBC-zorgproducten dat op 31 december 2015 is geleverd. Voor voorzienbare verliezen op de onderhanden projecten uit hoofde van DBC's / DBC-zorgproducten wordt een voorziening op de waardering in mindering gebracht.

Vorraden

Vorraden zijn gewaardeerd tegen kostprijs. Er is geen voorziening voor incourantheid noodzakelijk.

Vorderingen

Vorderingen worden opgenomen voor de 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.

Voorziening jubileumverplichtingen

De vennootschap heeft een inschatting gemaakt van de verplichtingen voortkomend uit toekomstige betalingen ten aanzien van jubilea. De hieruit voortkomende verplichting is dermate klein en verwaarloosbaar dat deze niet is opgenomen in de jaarrekening.

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

Diapriva Buitenveldert B.V. heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat is gebaseerd op het gemiddeld verdiende loon berekend over de jaren dat de werknemer pensioen heeft opgebouwd bij Diapriva Buitenveldert B.V.. De verplichtingen, die voortvloeien uit deze rechten van haar personeel, zijn ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. Diapriva Buitenveldert B.V. betaalt hiervoor premies waarvan de helft door de werkgever wordt betaald en de helft door de werknemer. De pensioenrechten worden jaarlijks geïndexeerd, indien en voor zover de dekkingsgraad van het pensioenfonds (het vermogen van het pensioenfonds gedeeld door haar financiële verplichtingen) dit toelaat. Per 1 januari 2015 gelden nieuwe regels voor pensioenfonds. Daarbij behoort ook een nieuwe berekening van de dekkingsgraad. De 'nieuwe' dekkingsgraad is het gemiddelde van de laatste twaalf dekkingsgraden. Door een gemiddelde te gebruiken, zal de dekkingsgraad nu minder sterk schommelen. In maart 2016 bedroeg de dekkingsgraad 95%. Het vereiste niveau van de dekkingsgraad is 127%. Het pensioenfonds verwacht volgens het herstelplan binnen 12 jaar hieraan te kunnen voldoen en voorziet geen noodzaak voor de aangesloten instellingen om extra stortingen te verrichten of om bijzondere premieverhogingen door te voeren. Diapriva Buitenveldert B.V. heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij het pensioenfonds, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Diapriva Buitenveldert B.V. heeft daarom alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Belastingen

De belastingen worden berekend over het resultaat in de jaarrekening tegen de geldende belastingtarieven rekening houdend met fiscale faciliteiten.

1.4.4 Grondslagen voor het opstellen van het kasstroomoverzicht

Het kasstroom overzicht wordt opgesteld volgens de indirecte methode.

Betalingen welke voortvloeien uit langlopende leningen worden voor het gedeelte dat betrekking heeft op de rente opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten en voor het gedeelte dat



betrekking heeft op de aflossing als kasstroom uit financieringsactiviteiten. In deze opstelling is de mutatie van de kortlopende schulden aan de kredietinstellingen begrepen in de mutatie van de liquide middelen.

Kasstromen uit financiële afgeleide instrumenten die worden verantwoord als reëlewaarde-hedges of kasstroomhedges worden in dezelfde categorie ingedeeld als de kasstromen uit de afgedekte balansposten. Kasstromen uit financiële derivaten waarbij hedge accounting niet langer wordt toegepast, worden consistent met de aard van het instrument ingedeeld, vanaf de datum waarop de hedge accounting is beëindigd.



1.5 Toelichting op de balans

ACTIVA

1. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Verbouwingen	1.320.453	1.528.473
Machines en installaties	0	0
Inventaris	270.992	271.753
Vervoermiddelen	0	24.263
Totaal materiële vaste activa	1.591.445	1.824.489

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

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	1.824.489	1.935.643
Bij: investeringen	108.745	201.426
Af: afschrijvingen	324.136	303.842
Af: desinvesteringen	17.653	8.738
Boekwaarde per 31 december	1.591.445	1.824.489
Aanschafwaarde	4.507.027	4.440.523
Cumulatieve herwaarderingen	0	0
Cumulatieve afschrijvingen	2.915.582	2.616.034

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de vaste activa wordt verwezen naar het mutatie-overzicht onder 1.6.



1.5 Toelichting op de balans (vervolg 1)

2. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Medische middelen	65.000	87.000
Totaal voorraden	65.000	87.000

Toelichting:

Er is geen voorziening in aftrek op de voorraden gebracht.

3. Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Onderhanden projecten DBC's / DBC-zorgproducten gereguleerd segment	59.230	49.156
Totaal onderhanden projecten	59.230	49.156

Toelichting:

Er zijn geen voorschotten in mindering gebracht. Deze zijn separaat op de creditzijde van de balans gepresenteerd. Er is geen hard verband tussen onderhanden werk en het verstrekte voorschot.

4. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Vorderingen op debiteuren	376.741	438.934
Nog te factureren omzet DBC's	125.476	675
Vooruitbetaalde bedragen:		
Waarborgsom huur	57.000	57.000
Aanbetaling diverse kosten	4.002	4.358
Nog te ontvangen bedragen:		
Uitkering ziekengeld	6.215	0
Totaal vorderingen en overlopende activa	569.434	500.967

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen is gebracht, bedraagt € 0



1. 5 Toelichting op de balans (vervolg 2)

5. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Bankrekeningen	958.805	231.645
Kassen	3.315	1.042
Totaal liquide middelen	<u>962.120</u>	<u>232.687</u>

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking.



1.5 Toelichting op de balans (vervolg 3)

PASSIVA

6. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	<u>31-dec-15</u>	<u>31-dec-14</u>
		€
Kapitaal	18.000	18.000
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	<u>-8.108.702</u>	<u>-8.021.775</u>
Totaal eigen vermogen	<u><u>-8.090.702</u></u>	<u><u>-8.003.775</u></u>

Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-2015</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-2015</u>
	€	€	€	€
Kapitaal	18.000	0	0	18.000
	<u>18.000</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>18.000</u>

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-2015</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-2015</u>
	€	€	€	€
Algemene reserve	-8.021.775	-86.927	0	-8.108.702
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	<u><u>-8.021.775</u></u>	<u><u>-86.927</u></u>	<u><u>0</u></u>	<u><u>-8.108.702</u></u>



1. 5 Toelichting op de balans (vervolg 4)

7. Langlopende schulden

<i>De specificatie is als volgt:</i>	31-dec- 15	31-dec- 14
	€	€
Overige langlopende schulden	9.739.912	9.211.949
Totaal langlopende schulden	<u>9.739.912</u>	<u>9.211.949</u>
<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	2015	2014
	€	€
Stand per 1 januari	9.211.949	8.785.366
Bij: nieuwe leningen	527.963	426.583
Af: aflossingen	0	0
Stand per 31 december	<u>9.739.912</u>	<u>9.211.949</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	0	0
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>9.739.912</u>	<u>9.211.949</u>

Toelichting in welke mate de langlopende schulden als langlopend moeten worden beschouwd:

Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	0	0
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balans-post)	9.739.912	9.211.949
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	9.739.912	9.211.949

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage overzicht langlopende schulden.

De aflossingen worden in onderling overleg met de geldverstrekker geregeld, met dien verstande dat aflossing niet aan de orde is zolang geldnemer niet volledig aan haar financiële verplichtingen tegenover leveranciers en overheidsdiensten heeft voldaan. Voor het komend jaar zal er derhalve zeker geen aflossing plaatsvinden.



1. 5 Toelichting op de balans (vervolg 5)

8. Schulden verzekeringsmaatschappijen	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Ontvangen voorschotten verzekeringsmaatschappijen	735.335	735.335
Te crediteren aan verzekeringsmaatschappijen (boven budget)	199.651	0
Totaal schulden verzekeringsmaatschappijen	934.986	735.335

9. Kortlopende schulden en overlopende passiva

De specificatie is als volgt:

	31-dec-15	31-dec-14
	€	€
Crediteuren	147.328	433.517
Belastingen en sociale premies	72.182	67.465
Schulden terzake pensioenen	37.082	24.416
Nog te betalen salarissen	0	0
Vakantiegeld	103.988	74.997
Vakantiedagen	91.000	66.000
Nog te betalen kosten	211.453	84.395
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	663.033	750.790

10. Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen

Fiscale eenheid:

De vennootschap vormt een fiscale eenheid voor de vennootschapsbelasting en de omzetbelasting met Cablon Medische Centra B.V. en haar 100% deelnemingen en is uit dien hoofde hoofdelijk aansprakelijk voor de schulden van de fiscale eenheid als geheel.

Huurverplichtingen

De met betrekking tot een huurcontract voor huisvesting te betalen huur bedraagt circa € 374.638 per jaar (prijspeil januari 2016). De resterende looptijd bedraagt 6 jaar, met een aansluitende verlenging van 5 jaar tot en met 30 september 2026.

De met betrekking tot een huurcontract voor apparatuur te betalen huur bedraagt circa € 665.945 per jaar (prijspeil januari 2016). De huurovereenkomst is stilzwijgend voortgezet tegen dezelfde financiële condities.

1.6 Mutatie-overzicht materiële vaste activa op grond van artikel 5a Regeling Verslaggeving WTZI

	NZa-IVA	Grond	Terrein-voorzieningen	Gebouwen	Semi perm. gebouwen	Verbouwingen	Inventaris	Vervoer-middelen	Totaal
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2015									
- aanschafwaarde	0	0	0	0	0	3.456.395	941.887	42.241	4.440.523
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	1.927.922	670.134	17.978	2.616.034
Boekwaarde per 1 januari 2015	0	0	0	0	0	1.528.473	271.753	24.263	1.824.489
Mutaties in het boekjaar									
- investeringen	0	0	0	0	0	20.814	87.931	0	108.745
- herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	0	0	0	0	0	228.834	88.692	6.610	324.136
- extra afschrijvingen NZa-goedgekeurd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>									
- aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>desinvesteringen</i>									
- aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0	42.241	42.241
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	24.588	24.588
per saldo	0	0	0	0	0	0	0	17.653	17.653
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	0	0	0	0	0	-208.020	-761	-24.263	-233.044
Stand per 31 december 2015									
- aanschafwaarde	0	0	0	0	0	3.477.209	1.029.818	0	4.507.027
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	2.156.756	758.826	0	2.915.582
Boekwaarde per 31 december 2015	0	0	0	0	0	1.320.453	270.992	0	1.591.445
Afschrijvingspercentage	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6-10%	20,0%	20,0%	

1.7 Overzicht leningen

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale loop-tijd	Soort lening	Werk- lijke- rente	Restschuld 31 december 2014	Nieuwe leningen in 2015	Aflossing in 2015	Restschuld 31 december 2015	Restschuld over 5 jaar	Reste-rende loop-tijd in jaar-eind 2015	Aflos- sings- wijze	Aflos-sing 2016	Gestelde zekerheden
		€			%	€	€	€	€	€			€	
Caplon Medische Centra BV	1-jan-08	8.356.207	5	Langlopend	6,00%	9.211.949	527.963	0	9.739.912	9.739.912	5	*	0	geen
Totaal						9.211.949	527.963	0	9.739.912	9.739.912			0	

* geen aflossing zolang niet aan alle financiële verplichtingen zijn voldaan



1.8 Toelichting op de Resultatenrekening over 2015

BATEN

11. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Overige zorgprestaties: DBC's A-segment	6.871.852	6.297.950
WTZi-zorg als onderaannemer	230.233	112.477
Zorg gefinancierd uit niet-publieke middelen	23.050	10.200
Mutatie onderhanden werk	10.075	13.789
Totaal	<u>7.135.210</u>	<u>6.434.416</u>

LASTEN

12. Personeelskosten

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Lonen en salarissen	2.154.600	1.928.478
Sociale lasten	346.335	276.580
Pensioenpremies	185.223	168.530
Ontvangen ziekengeld	-65.945	-89.407
Overige personeelskosten	159.638	174.695
Subtotaal	<u>2.779.851</u>	<u>2.458.876</u>
Personeel niet in loondienst	823.687	801.511
Totaal personeelskosten	<u>3.603.538</u>	<u>3.260.387</u>
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's)	43	39
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	<u>43</u>	<u>39</u>



1.8 Toelichting op de resultatenrekening over 2015 (vervolg 1)

13. Afschrijvingen vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
- materiële vaste activa	324.136	303.842
- resultaat verkoop materiële vaste activa	0	6.738
Totaal afschrijvingen	<u>324.136</u>	<u>310.580</u>

14. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	59.516	57.832
Algemene kosten	429.785	419.701
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	1.231.002	1.126.493
Vervallen schuld patiëntgebonden kosten oudere jaren	-162.306	0
Onderhoud en energiekosten	169.981	149.180
Huur en leasing	991.914	988.119
Dotatie voorzieningen dubieuze debiteuren	20.979	0
Totaal overige bedrijfskosten	<u>2.740.871</u>	<u>2.741.325</u>

15. Financiële lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
	€	€
Rente langlopende schulden	-553.592	-526.968
	0	0
Totaal financiële lasten	<u>-553.592</u>	<u>-526.968</u>



1.8 Toelichting op de resultatenrekening over 2015 (vervolg 2)

16. Vennootschapsbelasting

De specificatie is als volgt:

	2015	2014
	€	€
Vennootschapsbelasting boekjaar (bate)	0	0
Totaal buitengewone baten en lasten	<u>0</u>	<u>0</u>



1.8 Toelichting op de Resultatenrekening over 2015 (vervolg 3)

17. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie? 1

Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie? 3

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2015 is als volgt:

Naam	R.A. Hooijer	P.M.ter Wee	F.J. van Ittersum
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	26-05-08	26-05-08	20-04-2015
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	ja	nee	ja
3 Zo nee: tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?		20-04-2015	
4 Is deze gewezen bestuurder sindsdien nog in dienst van uw organisatie (Zo ja: dan dienen de gegevens over de bezoldiging van deze gewezen bestuurder met functienaam en eigennaam te worden vermeld onderaan de WNT-tabel onder 26.)?	ja	nee	
5 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	1	1	1
6 Welke salarisregeling is toegepast?	2	2	2
7 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	60%	20%	20%
8 Beloning (incl. salaris, vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen)	75.000	0	0
a. Waarvan: verkoop verlofuren	0	0	0
b. Waarvan: nabetalings voorgaande jaren	0	0	0
9 Wat is de totale som van de eventuele vergoedingen in natura (o.a. huisvesting, auto (mede) voor privégebruik, laagrentende leningen, etc.)?	0	0	0
10 Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen	0	0	0
11 Werkgeversbijdrage sociale verzekeringspremies	0	0	0
12 Voorzieningen ten behoeve van beloning betaalbaar op termijn (o.a. werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU, sabbatical, aanvulling sociale uitkering, arbeidsongeschiktheidsuitkering, etc.)	0	0	0
13 Winstdelingen en bonusbetalingen	0	0	0
14 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	0	0	0
15 Totaal bezoldiging (8 t/m 14, excl. 8a en b)	75.000	0	0



17. Bezoldiging bestuurders en commissarissen (vervolg)

De bezoldiging van de leden van de raad van commissarissen van de zorginstelling over het jaar 2015 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging
M.R. van der Heijden	voorzitter Commissaris	€ 9.494
J.J. Zijlstra	Commissaris	€ 6.329
C. Idzinga - van den Berg	Commissaris	€ 6.329

18 Honoraria van de accountant

	2015	2014
	€	€
De honoraria van de accountant over 2015 zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	16.728	16.564
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	0	0
3 Fiscale advisering	0	0
4 Niet-controlediensten	900	0
Totaal honoraria accountant	<u>17.628</u>	<u>16.564</u>

Toelichting:

Bedragen zijn exclusief omzetbelasting.

19 Transacties met verbonden partijen

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

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

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



2. Overige gegevens

2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

Na opstelling van de jaarrekening 2015 heeft de directie deze ter beoordeling voorgelegd aan de Raad van Commissarissen. De Raad van Commissarissen heeft ingestemd met de jaarrekening en de algemene vergadering van aandeelhouders voorgesteld deze goed te keuren. In haar vergadering van 13 mei 2016 heeft de algemene vergadering van aandeelhouders de jaarrekening 2015 goedgekeurd.

2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming

In de statuten is bepaald, conform artikel 26, dat het behaalde resultaat ter vrije beschikking staat van aandeelhouders, met dien verstande echter dat zolang als dat voor het exploiteren van een zelfstandig behandelcentrum één of meer wettelijke vereiste toelatingen of vergunningen benodigd zijn en geldt dat de afgifte van de toelatingen en/of vergunningen aan een rechtspersoon slechts mogelijk is indien mag worden aangenomen dat zijn werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst, de winst wordt gereserveerd.

2.3 Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 5.1.2.

2.4 Gebeurtenissen na balansdatum

Er zijn geen gebeurtenissen na balansdatum welke opgenomen dan wel toegelicht dienen te worden in de jaarrekening.

2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

Zie handtekeningenformulier DIGIMV
Dhr. R.A. Hooijer, algemeen directeur

Zie handtekeningenformulier DIGIMV
M.R. van der Heijden, voorzitter raad van commissarissen

2.6 Verklaring registeraccountant

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.

Organisatie

Diapriva Buitenveldert B.V.
p.a. Klepelhoek 11
3833 GZ LEUSDEN

t.a.v.

De aandeelhouders

CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport op pagina 45 tot en met 69 opgenomen jaarrekening 2015 van Diapriva Buitenveldert B.V. te Leusden gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2015 en de winst-en-verliesrekening over 2015 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het bestuur van de vennootschap is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regelgeving verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ 655), uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving. Het bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de entiteit. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de

gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door het bestuur van de entiteit gemaakte schattingen, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

Oordeel betreffende de jaarrekening

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Diapriya Buitenveldert B.V. per 31 december 2015 en van het resultaat over 2015 in overeenstemming met de Regelgeving verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ 655), uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

Ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder e en f BW vermelden wij dat ons geen tekortkomingen zijn gebleken naar aanleiding van het onderzoek of het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, overeenkomstig Titel 9 Boek 2 BW is opgesteld, en of de in artikel 2:392 lid 1 onder b tot en met h BW vereiste gegevens zijn toegevoegd. Tevens vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW en is opgesteld onder toepassing van de in de Regelgeving verslaggeving WTZi opgenomen bijlage Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen.

Amersfoort, 13 mei 2016
enik b.v.

Drs. M.C.K.W. Kuik RA RB



Verslag Klachtencommissie



1. Voorwoord

Ingevolge de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector heeft DiaPriva Buitenveldert BV ('DiaPriva') een klachtencommissie ingesteld met als doelstellingen:

- Het bieden van een laagdrempelige klachtmogelijkheid
- Om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren

Deze doelstellingen leveren een directe bijdrage aan het bereiken van de missie van DiaPriva, te weten het bevorderen van het welzijn van patiënten met nierfalen, door het bieden van een optimale en technologisch geavanceerde hemodialysebehandeling in een huiselijke omgeving, met zo groot mogelijke zelfstandigheid.

De klachtencommissie is er voor de individuele patiënt die zich in een concreet geval niet goed behandeld of bejegend acht door (medewerkers van) DiaPriva.

2. Samenstelling

In haar vergaderingen van 6 november en 8 december 2009 heeft de directie van DiaPriva de volgende personen tot leden van de klachtencommissie benoemd:

- De heer dr. F.J. van Ittersum, nefroloog/VUmc
- Mevrouw mr. S.J. Koops-Ouwerkerk, manager Waterlandziekenhuis

Op 18 december 2014 is tot lid van de klachtencommissie benoemd:

- mevrouw H. Vos

Voorts is de heer drs. A.M. Spaans, zelfstandig adviseur, tot secretaris van de commissie benoemd.

3. Werkwijze

De balie patiëntenvoorlichting biedt patiënten voorlichting en informatie en biedt de patiënt desgewenst ondersteuning bij het op schrift stellen van een klacht.

Een ingediende klacht wordt bij voorkeur eerst besproken tussen klager en (de medewerker van) DiaPriva. Indien de secretaris van oordeel is dat de behandeling van de klacht gebaat is bij bemiddeling, dan wordt bemiddeling aan partijen aangeboden.

De klagende patiënt en (de betrokken medewerker van) DiaPriva worden in de gelegenheid gesteld toelichting te geven op en te reageren op de inhoud van de klacht volgens het principe van hoor en wederhoor.

Hoor en wederhoor vinden in beginsel schriftelijk plaats, tenzij de Klachtencommissie het noodzakelijk oordeelt om klager en (de betrokken medewerker van) DiaPriva uit te nodigen voor een



hoorzitting. Het horen kan ter beoordeling van de Klachtencommissie plaatsvinden in tegenwoordigheid van klager en (de medewerker van) Diapriva of ieder afzonderlijk.

De klachtencommissie stelt de uitspraak in vergadering vast. De secretaris stelt deze op schrift en geeft daarin een verslag van de gevolgde procedure en de verklaringen van klager, (de betrokken medewerker van) Diapriva en overige betrokkenen en/of deskundigen.

De behandeling en beoordeling van een klacht geschiedt door de voltallige klachtencommissie.

De klachtencommissie functioneert onafhankelijk van de directie; leden van de directie hebben geen zitting in de klachtencommissie.

4. Behandelde klachten

Gedurende het kalenderjaar 2015 zijn geen klachten ingediend en zijn evenmin klachten in behandeling geweest.

5. Financieel

De klachtencommissie heeft in 2015 voor een bedrag van € 300 aan kosten gemaakt.