

# Charter deugdelijk bestuur





Voorwoord	06
-----------	----

#### **Werking van onze ziekenhuizen**

01	Bestuurlijke structuur: overzicht	10
02	Gecoördineerde statuten	28
03	Intern reglement algemene vergadering vzw Maria Middelaes	36
04	Intern reglement bestuursorgaan vzw Maria Middelaes	42
05	Bijzondere volmachten van het bestuursorgaan aan directie	50
06	Intern reglement directiecomité vzw Maria Middelaes	54

#### **Samenwerking ziekenhuis - artsen**

07	Algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen vzw Maria Middelaes en de ziekenhuisartsen	60
08	Financiële regeling tussen vzw Maria Middelaes en de ziekenhuisartsen	78
09	Reglement gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken	106
10	Medisch reglement van het algemeen ziekenhuis Maria Middelaes en het algemeen ziekenhuis Sint-Vincentius Deinze	114
11	Reglement centrale inning	138
12	Huishoudelijk reglement medische raad	146
13	Statuten vzw Vereniging der Artsen	156

#### **Netwerking met onze ziekenhuizen**

14	Vzw E17-ziekenhuisnetwerk	176
----	---------------------------	-----

## Voorwoord

Vzw Maria Middelaes kan terugblikken op een eeuwenlange traditie in gezondheidszorg. Al van de 13e eeuw zorgden de Cisterciënzerzusters van Gent voor zieken in het Bijlokehospitaal. In 1934 stonden ze eveneens aan de doopvont van AZ Maria Middelaes. Ook de zusters van de Heilige Vincentius a Paulo van Waarschoot zijn sinds lang actief in de ziekenzorg. Sinds 1881 zorgden zij immers voor de uitbouw van de Sint-Jozefkliniek in Gentbrugge. Op 1 januari 1999 fuseerden beide voorzieningen tot één ziekenhuis en op 10 april 2015 werd alle hospitalisatieactiviteit samengebracht in het volledig nieuwe ziekenhuis aan de Ringvaart. Intussen investeren we verder in het medisch centrum in Gentbrugge en in Aalter zodat we ook daar 'goede en nabije' zorg kunnen blijven aanbieden.

De in 1823 opgerichte Congregatie van de Zusters van Sint-Vincent à Paulo wijdde zich in het godshuis in Deinze aan ziekenzorg en onderwijs. In 1951 verhuisde het ziekenhuis naar de huidige site aan de Schutterijstraat in Deinze. Sinds 1 juli 2017 worden het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze en AZ Maria Middelaes beheerd door een identiek samengesteld bestuursorgaan. Zodoende willen we het zorgaanbod in onze ruime regio verankeren en verder uitbouwen. Op 1 januari 2024 volgde een nieuwe stap in het integratieproces. Beide ziekenhuizen werden ondergebracht in één vzw, weliswaar met behoud van de beide erkenningsnummers. Onze beide ziekenhuizen maken sinds 2015 ook deel uit van het E17-ziekenhuisnetwerk.

Dankzij de inzet van stichtende congregaties, artsen, bestuurders en medewerkers is vzw Maria Middelaes kunnen uitgroeien tot een moderne en hedendaagse organisatie: een organisatie waar 400 artsen (vaste stafleden) en zowat 2.500 medewerkers jaarlijks instaan voor meer dan 90.000 opnames in het (dag)ziekenhuis en meer dan 235.000 ligdagen. Zo realiseren we samen 500 miljoen euro omzet. Het hoeft geen betoog dat

deugdelijk bestuur één van de noodzakelijke voorwaarden is om in een ziekenhuis van deze omvang op correcte en gedragen wijze tot beslissingen te komen. Wij zijn er unaniem van overtuigd dat deugdelijk bestuur een nodige voorwaarde is om het succes van vzw Maria Middelaes te continueren. Dit veronderstelt een heldere beslissingsprocedure waarin de verantwoordelijkheden eenduidig bepaald zijn.

Met het 'charter deugdelijk bestuur' wil vzw Maria Middelaes eerst en vooral transparantie bieden in het geheel van regels, richtlijnen en praktijken die de wijze bepalen waarop ons ziekenhuis wordt geleid, gestuurd en gecontroleerd. Tegelijkertijd tracht dit charter inzicht te bieden in de relaties tussen het ziekenhuis en zijn vele stakeholders en in de wijze waarop strategische of operationele doelstellingen bepaald worden. Hierbij houden we onze kernwaarden en onze maatschappelijke opdracht, in het bijzonder het aanbieden van kwaliteitsvolle patiëntenzorg, steeds voor ogen.

Dit 'charter deugdelijk bestuur' richt zich in eerste instantie tot de artsen en medewerkers die binnen

ons ziekenhuis een leidinggevende rol opnemen, maar ook tot de leden van de algemene vergadering en van het bestuursorgaan, de leden van de overlegorganen opgericht door het bestuursorgaan, het directiecomité, de medische raad en de werknemersafvaardiging.

Ik hoop van harte dat dit charter u kan inspireren om in overleg samen verder te bouwen aan de realisatie van de opdrachtverklaring van onze organisatie.

Prof. Pascal Verdonck  
voorzitter raad van bestuur

januari 2025





Werking van  
onze ziekenhuizen

# 01

## Bestuurlijke structuur: overzicht

### 01/ INLEIDING

Dit charter beschrijft de bestuurlijke structuur alsook de communicatielijnen van vzw Maria Middelaes.

Dit charter heeft als doelstellingen:

- de missie en visie van vzw Maria Middelaes vastleggen en onder de aandacht houden
- de afspraken over machts-, taak- en bevoegdheidsverdeling tussen bestuurders, leden van het directiecomité, artsen en medewerkers transparant weergeven
- verwijzen naar het geheel van controlemechanismen dat het besluitvormingsproces mee vorm geeft

Vzw Maria Middelaes is lid van het E17-ziekenhuisnetwerk, Zorgnet-Icuro, het Vlaams ziekenhuisnetwerk KU Leuven en diverse andere verenigingen en organisaties.

## 02/ OPDRACHTVERKLARING EN WAARDENKADER

### 2.1. Ethisch kader, missie en visie

AZ Maria Middelaes is gegroeid vanuit de christelijke traditie van liefdevolle zorg voor zieken en zwakken, zoals de Cisterciënzerzusters van Gent en de zusters van de H. Vincentius a Paulo van Waarschoot die altijd hebben beoefend. AZ Sint-Vincentius Deinze, voorheen Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze, is gegroeid vanuit de christelijke zieken- en naastenzorg in het godshuis te Deinze door de zusters van de H. Vincentius a Paulo van Deinze.

De evangelische inspiratie en de levenswaarden van de stichtende congregaties zijn blijvende ijkpunten voor het ethisch handelen van de organisatie.

Het belangeloos doel van Maria Middelaes vzw is vanuit de evangelische inspiratie en christelijke levenswaarden gezondheids- en welzijnzorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen, alsook in het kader hiervan wetenschappelijk onderzoek en innovatie te bevorderen.

Vanuit dit belangeloos doel als missie kiest de organisatie voor een hedendaagse hoogkwalitatieve gezondheidszorg met een menselijk gelaat. De bouwstenen van deze visie worden steeds vertaald in strategische doelstellingen:

- **Kwaliteitszekere waardegedreven zorg:** elke patiënt kan rekenen op kwaliteitszekere gezondheidszorg. We hebben daarbij aandacht voor alle noden van de patiënt.
- **Hoogtechnologische expertzorg, innovatie en onderzoek:** we bieden naast algemene zorg ook specifieke hoogtechnologische expertzorg. We stemmen beide permanent af op de evolutie van de wetenschap.
- **Stimulerende werkomgeving:** we geloven dat de persoonlijke inzet van al onze artsen en medewerkers onze zorgkwaliteit bepaalt.
- **Geïntegreerde zorg:** doelgerichte implementatie van technologie helpt om samen met andere zorgverstrekkers over de muren van (zorg)organisaties heen te werken en vlot informatie uit te wisselen. We zetten in op 'connected care' met het oog op continuïteit van zorg voor elk van onze patiënten.
- **Strategische samenwerkingsverbanden:** Het is belangrijk om over de eigen muren te kijken. We streven daarom strategische samenwerkingsverbanden na met het doel kwaliteit meetbaar te verbeteren.
- **Duurzaam en financieel gezond:** alleen een duurzame en financieel gezonde organisatie kan onze kwaliteitsdoelstellingen verwezenlijken. We zorgen hiervoor in samenspraak met onze artsen en medewerkers.

Via de slagzin 'Gezondheidszorg met een Ziel' trachten we deze visie en missie te concretiseren. Samen bouwen we aan een betrokken organisatie, waar elke patiënt zich met zorg omringd weet.

## 2.2. Kernwaarden en waardencharter

Om de slagzin 'Gezondheidszorg met een Ziel' binnen de organisatie concreet gestalte te geven, worden kernwaarden voorop gesteld. Deze kernwaarden worden in het waardencharter vertaald in concrete gedragsregels die een houvast bieden aan artsen en medewerkers in de dagelijkse zorg. Deze gedragsregels beschrijven een gedrag dat als goed, gewenst of als na te streven wordt beschouwd. Het gaat over een respectvolle bejegening en een professionele beroepshouding. Van iedereen op de werkvloer wordt verwacht dat zij altijd in de geest van het waardencharter handelen. Het waardencharter is terug te vinden op het interne communicatieplatform.

A word cloud of core values in various shades of blue. The central and largest word is 'verantwoordelijkheid'. Other prominent words include 'respect', 'professioneel', 'collegiaal', 'discreet', 'duurzaam', 'open', 'verbetering', 'patiënt', 'deskundig', 'altijd', 'iedereen', and 'informatie'.

## 03/ BESTUURLIJKE STRUCTUUR

### 3.1. Bestuurlijk niveau

#### A. Algemeen

Er bestaat een heldere en uitgeschreven taakverdeling tussen de algemene vergadering, het bestuursorgaan en het directiecomité met expliciete 'checks and balances'. Deze taakverdeling is terug te vinden in de statuten en de respectievelijke reglementen van inwendige orde van de algemene vergadering, het bestuursorgaan en het directiecomité. Deze reglementen zijn op te vragen bij het directiesecretariaat.

#### B. Algemene vergadering

De algemene vergadering waakt over de uitvoering van het belangeloos doel waarvoor de vereniging is opgericht. De algemene vergadering houdt toezicht op het bestuursorgaan.

De algemene vergadering bestaat uit alle leden van Maria Middelaars vzw. De samenstelling is terug te vinden op de website.

De algemene vergadering komt minstens twee maal per jaar bijeen.

De taken en verantwoordelijkheden van de algemene vergadering staan expliciet en limitatief beschreven in de statuten. Een bijzondere taak die volgens de statuten is voorbehouden aan de algemene vergadering is het jaarlijks evalueren van het bestuursorgaan. Na voorlegging van de juiste gegevens, waaronder de jaarrekening en begroting, oordeelt de algemene vergadering over het gevoerde financieel en algemeen beleid door al dan niet kwijting te geven aan de bestuurders. Indien de werking positief wordt geëvalueerd, verleent de algemene vergadering kwijting aan de individuele leden van het bestuursorgaan. In het tegenovergestelde geval, kan de algemene vergadering beslis-

sen geen kwijting te verlenen aan één of meerdere leden van het bestuursorgaan of zelfs om bestuurders uit hun bestuursmandaat te zetten.

De algemene vergadering heeft een reglement van inwendige orde uitgevaardigd.

#### C. Bestuursorgaan

Het bestuursorgaan staat in voor het bestuur van de vereniging met het oog op de verwezenlijking van het doel van de vereniging. Het bestuursorgaan is ten volle bevoegd om alle handelingen te verrichten die nodig of dienstig zijn tot de verwezenlijking van dit doel, behalve die waarvoor krachtens de statuten alleen de algemene vergadering bevoegd is.

Het bestuursorgaan inspireert directie, artsen en medewerkers en geeft leiding vanuit een strategische langetermijnvisie. In functie daarvan vindt er binnen het bestuursorgaan jaarlijks een strategische beleidsdag plaats om de visie (zo nodig na actualisatie) te vertalen naar strategische doelstellingen. De strategische plannen en het bijhorende beleid worden, in voorkomend geval na advies van de medische raad, door het



bestuursorgaan goedgekeurd en gedocumenteerd in het verslag.

Het bestuursorgaan bepaalt het algemeen en medisch beleid, in acht genomen de noden van de patiëntpopulatie en de strategische doelstellingen van de organisatie. In dit kader staat het bestuursorgaan ook in voor de jaarlijkse goedkeuring van het beleidsplan kwaliteit en patiëntveiligheid. In functie daarvan rapporteert de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid per kwartaal over het kwaliteits- en patiëntveiligheidsprogramma (inclusief ernstige incidenten) aan het bestuur. De ondernomen acties en eventuele vervolgacties, alsook de opvolging ervan, worden gedocumenteerd in het verslag van het bestuursorgaan. Tot slot informeert de CMO het bestuursorgaan ook maandelijks over het kwaliteitsdashboard.

Het bestuursorgaan draagt de (financiële) eindverantwoordelijkheid op het vlak van organisatie en werking. De investerings- en exploitatiebegroting worden steeds ter goedkeuring voorgelegd aan het bestuur. Indien noodzakelijk om de missie van het ziekenhuis te kunnen verwezenlijken, worden extra middelen toegewezen. De CEO en CFO rapporteren maandelijks een bordtabel met activiteitsgegevens.

Hoewel AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius geen academische medische centra zijn, zetten de ziekenhuizen in op opleiding en onderzoek. Het bestuursorgaan ziet erop toe dat experimenten op de menselijke persoon steeds volgens de geldende regelgeving verlopen. Het ethisch comité geeft jaarlijks aan het bestuursorgaan een overzicht van alle nieuw opgestarte experimenten op de menselijke persoon in AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze.

Het bestuursorgaan benoemt de CEO, beschrijft de gewenste competenties in een functiekaart en beoordeelt de betrokkene jaarlijks in het hr-comité. De beoordeling wordt gedocumenteerd in het verslag van het hr-comité dat vertrouwelijk bewaard wordt. Het bestuursorgaan benoemt eveneens de andere directieleden.

Het bestuursorgaan benoemt de artsen (vaste stafleden) en beslist in voorkomend geval over de beëindiging van de onderlinge samenwerking. Zonder afbreuk te doen aan de eigen bevoegdheid, heeft het bestuursorgaan bij volmacht een aantal van haar bevoegdheden gedelegeerd aan de directie. Voor een opsomming van de belangrijkste taken wordt verwezen naar de

volmachtenregeling die gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad.

Het bestuursorgaan staat in voor een tweejaarlijkse zelfevaluatie van de eigen werking en doeltreffendheid met het oog op een voortdurende verbetering van het bestuur van de vereniging. De voorzitter bespreekt hiertoe met elk lid individueel een vooraf bezorgde vragenlijst die de leidraad vormt voor het gesprek. De voorzitter maakt een anonieme synthese van deze besprekingen en licht die toe op een volgende vergadering. Eventuele actie- of verbeterpunten worden opgenomen in het verslag van het bestuursorgaan. De leden van het bestuursorgaan beschikken over specifieke en complementaire competenties, ervaringen, visies en inzichten om op een adequate wijze het ziekenhuis te sturen.

De bestuurders nemen geen persoonlijke verplichtingen op zich betreffende de verbintenissen van de vzw. Ze zijn alleen verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun mandaat. Hiervoor sluit de vzw een aansprakelijkheidsverzekering af.

Het bestuursorgaan heeft een reglement van inwendige orde uitgevaardigd.





## D. Comités

Om zijn opdracht en bevoegdheden efficiënt te kunnen vervullen, bepaalt het intern reglement van het bestuursorgaan dat er in zijn schoot gespecialiseerde comités kunnen opgericht worden om specifieke aangelegenheden te bestuderen en het bestuursorgaan te adviseren over de gepaste oplossingen.

Ongeacht of zij zetelen in het bestuursorgaan, kunnen leden van de algemene vergadering door hun bijzondere ex-

pertise uitgenodigd worden om deel te nemen aan deze in de schoot van het bestuursorgaan opgerichte gespecialiseerde comités.

- Het **strategisch comité** staat het bestuursorgaan bij met het voorbereiden van strategische plannen en het formuleren van voorstellen in verband met de strategische opties en het uitzetten van de strategische richtingen van de organisatie. Het kan hierbij gaan om belangrijke investeringen, technische dossiers die de groei, de structuur of

de continuïteit van het ziekenhuis betreffen, onderhandelingen over allianties of uitbreidingen.

Het comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan alsook uit de CEO en wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan. Artsen kunnen uitgenodigd worden.

- Het **financieel comité** is te onderscheiden van de financiële commissie zoals bedoeld in art. 143 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008.

Het financieel comité adviseert en rapporteert aan het bestuursorgaan en bereidt de agendapunten van het bestuursorgaan voor inzake het opvolgen van het financieel beleid en de algemene financiële evolutie van de organisatie. Dit comité volgt de diverse begrotingen (investerings-, exploitatie- en personeelsbegroting) en andere financiële beleidsdocumenten op. Het comité ziet eveneens toe op de effectiviteit en de efficiëntie van de operationele activiteiten en de naleving van de toepasselijke wetten en reglementen.

Het financieel comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan aangevuld met CEO en CFO. De voorzitter

van het bestuursorgaan kan niet de rol van voorzitter van het financieel comité opnemen.

- Het **hr-comité** richt zich op de structurele uitbouw van een professioneel en stimulerend personeelsbeleid en de ontwikkeling van een motiverende en veilige werkomgeving, en dit zowel voor artsen als voor alle medewerkers. Het hr-comité vervult ook de rol van remuneratiecomité en bereidt de benoemingen van directieleden en nieuwe bestuurders voor. Het hr-comité evalueert op basis van een korf aan criteria, waaronder financiën, kwaliteit, patiëntenloyauteit, innovatie en netwerking de werking van het gehele directiecomité. Tot slot staat het hr-comité in voor de jaarlijkse evaluatie van de CEO.

Het hr-comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan en het directiecomité (CEO, COO, CFO en directeur personeel en administratie), alsook externe experts aangeduid door het bestuursorgaan en wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan.

- Het **comité ethiek en pastoraal** is te onderscheiden van het ethisch comité zoals bedoeld in art. 70 van de



gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008.

Het comité ethiek en pastoraal heeft als taak de visie uit te werken aan gaande de pastorale werking in de ziekenhuizen, alsmede toe te zien op het respecteren van de christelijke identiteit en waarden in de organisatie.

Het comité ethiek en pastoraal bestaat uit leden van het bestuursorgaan en de CEO en wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan.

- Het **governance comité** heeft de opdracht om alle formele documenten met impact op het charter deugdelijk bestuur op te volgen.

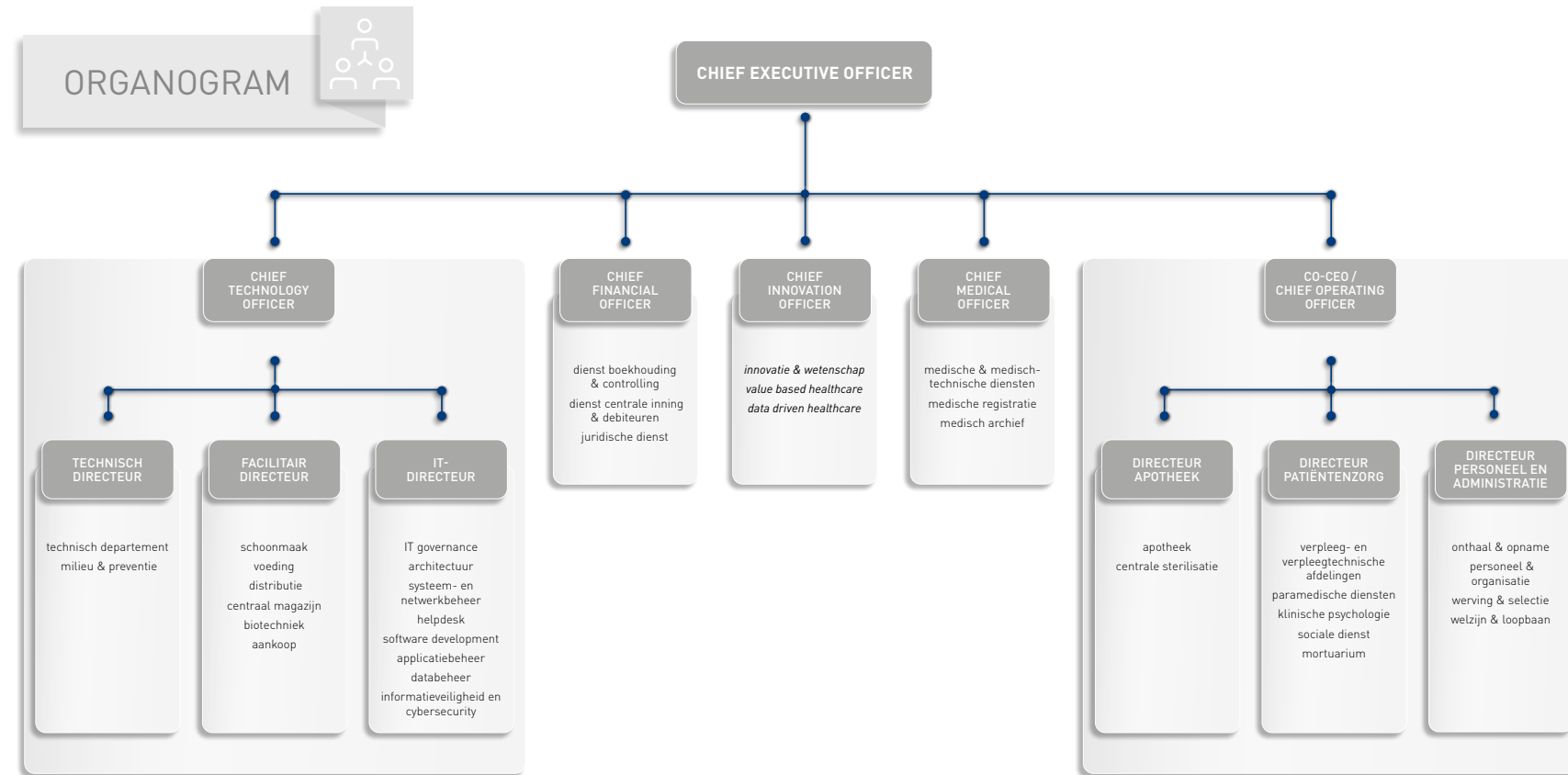
### 3.2. Operationeel niveau

#### A. Algemeen

Het directiecomité staat in voor de operationele leiding van de organisatie. Het directiecomité wordt voorgezeten door de CEO. De CEO staat aan het hoofd van de organisatie en draagt de eindverantwoordelijkheid voor de dagelijkse leiding. Samen met de COO en CMO neemt hij een voortrekkersrol op in het uittekenen van een toekomstig patiëntgericht (zorg)beleid voor alle zorgsites van de vzw. De verschillende diensten en departementen

binnen de organisatie worden aangestuurd door een verantwoordelijke (C-level). Elke verantwoordelijke op het C-level staat, in voorkomend geval samen met de betrokken departementale directeurs, in voor de implementatie van de strategische en operationele doelstellingen, elk vanuit hun eigen expertise. Er wordt ingezet op een harmonisatie van de diensten over de verschillende zorgsites met het oog op een optimale ziekenhuisoverschrijdende werking.

Interne verantwoording wordt gerealiseerd via een goed uitgewerkt, relevant en duidelijk jaarverslag.



Het organogram speelt in op een aantal belangrijke pijlers: het garandeert de nodige schaalgrootte, het verankert het belang van toekomstgerichte zorgprincipes (bv. value-based healthcare of waardegedreven zorg) en heeft tegelijk aandacht voor de uitdagingen van vandaag (betaalbare en beheersbare zorg).

Via een doorgedreven overlegstructuur vindt de communicatie plaats tussen de niet-klinische en klinische departementen. Binnen de hierna opgesomde comités en werkgroepen zetelen een (of meerdere) directeur(s)/voorzitter of afgevaardigden vanuit het respectievelijke departement/raad.

De CMO staat als hoofdarts aan het hoofd van het medisch departement en is verantwoordelijk voor de goede gang van zaken binnen dit departement. Elke medische dienst en dienstoverschrijdende functie staat onder leiding van een medisch diensthoofd. De bevoegdheden en opdrachten die respectievelijk aan de CMO en het medisch diensthoofd zijn toegewezen worden beschreven in het medisch reglement. Artsenparticipatie op het operationele niveau wordt gerealiseerd door middel van de uitwerking van gemeenschappelijke doelstellingen en de opvolging ervan

via diverse hierna vermelde comités en werkgroepen.

De organisatie van het departement patiëntenzorg en het medisch departement staat garant voor een toekomstgericht zorgmodel. De verpleegafdelingen en medische diensten zijn geclusterd in zes zorgdomeinen op basis van inhoudelijke criteria: kort traject, chirurgisch traject, internistisch traject, chronisch traject, 24/7 traject en operatiekwartier. Voor het departement patiëntenzorg vormt de mobiele equipe het zevende zorgdomein. Een verpleegkundige domeinverantwoordelijke en een medisch domeinarts staan samen in voor een zorgdomein. Vanuit hun functie focussen deze op de opvolging van het beleidsplan, de begroting en investeringen. Kwaliteit, de organisatie van het domein, procedures en projecten behoren eveneens tot hun bevoegdheid. De CMO en directeur patiëntenzorg sturen de zorgdomeinen aan. Ze overleggen hiervoor periodiek met de domeinverantwoordelijken, de domeinartsen en medische zorgexperts. Daarnaast blijft de hoofdverpleegkundige verantwoordelijk voor de dagdagelijkse werking van de eigen afdeling en valt hiervoor rechtstreeks onder de directeur patiëntenzorg.

Op regelmatige basis komt het zorgoverleg bijeen, bestaande uit de CMO en directeur patiëntenzorg, samen met de domeinverantwoordelijke, domeinarts en zo nodig de medisch zorgexpert. Het zorgoverleg bereidt beleidsbeslissingen voor die ter validatie voorgelegd worden aan het directiecomité, onder meer over de nood aan afdelingen en diensten, samen met de typen zorg die door het ziekenhuis moeten worden geleverd in overeenstemming met de missie van het ziekenhuis en de behoeften van de patiënten. Het directiecomité kan aan het zorgoverleg opdrachten geven en advies vragen. Naast dit zorgoverleg zijn er zowel binnen het departement patiëntenzorg (via het domeinoverleg, de domeinraad, de staf en de hoofdenvergadering) als binnen het medisch departement (via de medische diensthoofdenvergadering) verschillende overlegstructuren.

## B. Directiecomité

### 1. Algemene werking

Overeenkomstig de Wet op de ziekenhuizen moet er in het ziekenhuis minstens een algemeen directeur, een hoofdarts en een hoofd van het verpleegkundig departement aangesteld zijn. Het bestuursorgaan stelt het directiecomité samen. De functiekaarten van de directieleden zijn op te vragen bij de hr-dienst. Momenteel zijn de volgende functies ingevuld:

- CEO (algemeen directeur-voorzitter directiecomité)
- COO/Co-CEO
- CMO (hoofdarts)
- CFO
- CTO
- CINO
- Directeur Patiëntenzorg
- Directeur Personeel en Administratie
- Directeur Apotheek
- Technisch Directeur
- Facilitair Directeur
- IT-Directeur

De verantwoordelijkheden, bevoegdheden en werking van het directiecomité staan beschreven in het reglement van inwendige orde.

Het directiecomité komt in principe wekelijks samen. De operationele opvolging (via een operationeel directiecomité) wordt afgewisseld met een thematische verdieping en bespreking (thematisch directiecomité).

Het directiecomité bepaalt de beleidslijnen en procedures die nodig zijn om de missie, zoals goedgekeurd door het bestuursorgaan, na te streven. Het comité ziet erop toe dat deze beleidslijnen en procedures gevolgd worden door in verschillende adviesorganen te zetelen en periodiek rapportages, inspectieverslagen en andere documenten te ontvangen en op te volgen.

Onder verantwoordelijkheid van het directiecomité ontwikkelt en implementeert de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid programma's voor kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid en zorgt voor een passende rapportering aangaande het kwaliteitsverbeteringsproces en het patiëntveiligheidsprogramma naar alle medewerkers in het ziekenhuis. Indien van toepassing worden relevante gegevens over de kwaliteit van de geleverde diensten aan de belanghebbenden overgemaakt.

Het directiecomité stuurt de interne communicatie aan. Via de nieuwsbrief,

het intern communicatieplatform en andere communicatiekanalen is het de beooging iedere medewerker te bereiken. Het directiecomité stelt de nodige werkinstrumenten en hulpmiddelen ter beschikking teneinde effectieve communicatie tussen diensten (klinische en niet-klinische diensten), en hun medewerkers onderling, mogelijk te maken. Via de diverse overlegorganen (waarin directieleden zetelen) en de interactie met directe medewerkers dragen directieleden bij tot de implementatie van de kernwaarden en het waardencharter (cfr. supra). Het nastreven van een goed werkklimaat draagt bij tot een gestroomlijnde interne werking.

Het directiecomité stuurt eveneens de externe communicatie met derden en belanghebbenden aan. Het heeft hierbij oog voor nieuwe opportuniteiten en de belangen van het ziekenhuis. De website van het ziekenhuis speelt hierbij een belangrijke rol, informeert over het medisch aanbod en over de toegang tot de beschikbare zorg. De burgers worden op verstaanbare wijze geïnformeerd over de verschillende aspecten van de ziekenhuiswerking (met inbegrip van betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg). Inspectierapporten en resultaten van indicatoren worden door de overheid gepubliceerd.

Het directiecomité zet daarnaast in op structureel overleg met diverse belanghebbenden (o.a. patiënten, (huis)artsen, medewerkers, de overheid, leveranciers, andere zorginstellingen, buurtbewoners, etc.) teneinde de maatschappelijke betrokkenheid te vergroten.

### 2. Rol van de CEO

De CEO is verantwoordelijk voor het dagelijks functioneren van de organisatie met inbegrip van alle verantwoordelijkheden zoals opgesomd in de functiekaart. Hij rapporteert hierover aan het bestuursorgaan tegenover wie hij rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk is.

Hij bereidt in overleg met de andere leden van het directiecomité de beleidslijnen, strategische en operationele plannen en begrotingen voor, legt deze ter validatie voor aan het bestuursorgaan en zorgt voor de naleving van het goedgekeurde beleid. In overleg met het bestuursorgaan werkt de CEO strategische samenwerkingsverbanden uit met andere ziekenhuizen en/of zorgverleners.

De CEO staat in voor de evaluatie van de leden van het directiecomité. De CEO zorgt ervoor dat het ziekenhuis aan de wettelijke verplichtingen tegemoetkomt.

De CEO is verantwoordelijk voor de relaties met inspecterende en regelgevende instanties, ontvangt inspectierapporten en zorgt ervoor dat de nodige acties worden ondernomen en opgevolgd.





### 3.3. Co-governance met de artsen

#### A. Medische raad en overlegcomité medische beleidszaken

De beheerder betreft de ziekenhuisartsen bij de besluitvorming in overeenstemming met de wet op de ziekenhuizen en de algemene regeling van rechtsverhouding tussen de vzw en de ziekenhuisartsen.

Deze artsenparticipatie wordt gerealiseerd via de werking van het Overlegcomité Medische Beleidszaken (zie art. 10 e.v. van de algemene regeling) en de adviesvragen aan de medische raad. Het overlegcomité is samengesteld, enerzijds uit een gemandateerde delegatie vanuit het bestuursorgaan en, anderzijds uit een gemandateerde delegatie van de medische raad. Het comité poogt een consensus te bereiken over die aangelegenheden opgesomd in artikel 9 van de algemene regeling.

Sedert september 2024 is er één gemeenschappelijke medische raad voor beide ziekenhuizen. De medische raad is een adviesorgaan dat de ziekenhuisartsen inspraak verleent in en betreft bij de beleidsbeslissingen, met als doel

de best mogelijke medische zorg te verlenen. Bovendien streeft de medische raad naar het optimaliseren van de samenwerking tussen ziekenhuis- en huisartsen en andere ziekenhuismedewerkers. De leden van de medische raad worden verkozen uit en door de ziekenhuisartsen en vertegenwoordigen de medische staf van het ziekenhuis.

#### B. Overlegstructuren waaraan het directiecomité, het bestuursorgaan en de medische raad participeren

##### 1. Wettelijk verplicht

##### - Financiële commissie

In uitvoering van art. 143 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008 werd een financiële commissie opgericht voor de beide ziekenhuizen. Met het oog op de financiële doorzichtigheid van de geldstromen binnen het ziekenhuis, dient er regelmatig overleg te zijn tussen bestuur en medische raad. De financiële commissie beschikt over alle financiële gegevens, vastgelegd ingevolge art. 141 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008 en het Koninklijk Besluit van 18 december 2001.



### 2. Overige

#### - E.I.S.- en monitoringcomité

Het E.I.S.-comité formuleert adviezen over de aanwending van de middelen van het E.I.S.-fonds aan het bestuursorgaan en de medische raad.

Het comité is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van het bestuursorgaan, het directiecomité en de medische raad.

Binnen de schoot van het E.I.S.-comité werd een monitoringcomité opgericht dat kan nagaan of financiële of organisatorische afspraken in uitvoering van beslissingen van het E.I.S.-comité of andere officiële comités correct werden nageleefd. Daarnaast heeft het comité de opdracht voorstellen uit te werken die de performantie en efficiëntie van klinische, verpleegkundige of zorgondersteunende processen in het ziekenhuis borgen of verbeteren.

#### - Stuurgroep fygitaal ziekenhuis

De stuurgroep heeft als taak de uitbouw van digitaal ziekenhuis aan te sturen, waarbij digitale technologieën en informatiesystemen worden ingezet om de individuele patiëntenzorg te verbeteren. Er wordt naar gestreefd een cure/care health continuüm te ontwik-

kelen, waarbij via data-gedreven, hoogkwalitatieve gepersonaliseerde zorg de patiënt centraal wordt gezet.

Om deze zorgvorm te ontwikkelen zal er geïnvesteerd worden in enkele technologische, organisatorische en financiële bouwstenen die onder leiding van een directielid aangestuurd worden vanuit de stuurgroep.

De stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van het bestuursorgaan, het directiecomité en de medische raad.

#### - Toezichtcomité

Het toezichtcomité waakt over alle IT-gerelateerde vraagstukken en investeringen in het ziekenhuis, in het bijzonder wat betreft het eigen ontwikkeld elektronisch patiëntendossier maar ook alle andere soft- en hardwaretoepassingen die noodzakelijk zijn voor de goede werking van het ziekenhuis. Dit comité fungeert eveneens als Data Protection Board en overziet informatieveiligheidsaspecten, ethische en financiële aspecten in het kader van secundair hergebruik van (medische) data, alsook ziekenhuisbrede datakwaliteitsaspecten.

Vertegenwoordigers van het bestuursorgaan, het directiecomité en de medische raad nemen deel aan dit overleg

dat wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan.

#### - **Bouwcomité**

De opdracht van het bouwcomité is om de nieuwe (bouw)projecten van de organisatie voor te bereiden en op te volgen.

Vertegenwoordigers van het bestuursorgaan, de directie en de medische raad nemen deel aan dit overleg dat wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan.



### **C. Overlegstructuren met betrokkenheid van het directiecomité en de medische raad**

#### **1. Wettelijk verplicht**

##### **- Ethisch comité**

In uitvoering van art. 70 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008 werd een ethisch comité opgericht voor de beide ziekenhuizen. Het ethisch comité is een volledig erkend ethisch comité in de zin van het Koninklijk Besluit van 4 april 2014 tot bepaling van uitvoeringsmaatregelen van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, met betrekking tot het ethisch comité.

##### **- Medisch farmaceutisch comité**

In uitvoering van art. 24 van het Koninklijk Besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, werd een medisch farmaceutisch comité opgericht voor de beide ziekenhuizen. Het medisch farmaceutisch comité heeft o.a. als taken het opstellen en het bijhouden van een therapeutisch formularium, de standaardisatie van de procedures over het gebruik van geneesmiddelen, de analyse van het geneesmiddelenverbruik, het voorstel-

len van maatregelen met het oog op een beter geneesmiddelenverbruik en op het vermijden van voorschrijffouten en het opstellen van een jaarrapport.

##### **- Comité voor medisch materiaal**

In uitvoering van art. 26 van het Koninklijk Besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, werd een comité voor medisch materiaal opgericht voor de beide ziekenhuizen. Het comité wordt o.a. met de volgende opdrachten belast: het uitvoeren en controleren van de voor alle implantaten van categorie I en II verplichte registratie en toezicht, het opmaken van een 'formulier medisch materiaal' in de vorm van een lijst met permanent beschikbare medische hulpmiddelen en de toepassingsregels van dat formulier opmaken en bijwerken, de professionele gebruikers van medische hulpmiddelen in het ziekenhuis regelmatig informeren over de kostprijs van de medische hulpmiddelen en de terugbetaling ervan door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en het gestandaardiseerd gebruik van de medische hulpmiddelen bevorderen.

##### **- Comité voor ziekenhuishygiëne**

In uitvoering van het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd werd een comité voor ziekenhuishygiëne opgericht voor de beide ziekenhuizen.

Het comité voor ziekenhuishygiëne is o.a. belast met het evalueren en goedkeuren van het algemeen strategisch plan, het jaarlijkse beleidsplan en het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team voor ziekenhuishygiëne, het bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team, het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van controle op technieken van sterilisatie, antibioticumbeleid, opstellen reglement inwendige orde operatiekwartier, verloskwartier en desgevallend andere risicodiensten, en het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op de methoden van wassen en verdeling van linnen, de hygiëne in de bereiding en distributie van voeding in keuken en melkkeuken en het verzamelen en verwijderen van afval.

##### **- Transfusiecomité**

In uitvoering van het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en

hun diensten moeten worden nageleefd, werd een transfusiecomité opgericht voor de beide ziekenhuizen.

Het comité staat in voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis.

#### **2. Overige**

##### **- Stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid**

De stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid bepaalt de strategie voor het kwaliteitsbeleid, gekoppeld aan de visie en missie van de organisatie. De stuurgroep vertaalt dit in doelstellingen en is verantwoordelijk voor de systematische opvolging en bijsturing van deze doelstellingen.

##### **- Comité voor innovatie en onderzoek**

Het comité voor innovatie en onderzoek heeft als opdracht het stimuleren en ondersteunen van klinische studies en innovatief onderzoek. Ook het optimaliseren van interne en externe wetenschappelijke communicatie behoort tot de taken van het comité.



### 3.4. Overlegstructuren met betrokkenheid van het directiecomité en de werknemersafvaardiging

#### Wettelijk verplicht

##### - Ondernemingsraad

De ondernemingsraad is in de eerste plaats een overlegorgaan tussen de werkgever en de werknemersvertegenwoordigers. De ondernemingsraad wordt enerzijds samengesteld uit het ondernemingshoofd en de door hem aangewezen afgevaardigden en anderzijds uit de werknemersvertegenwoordigers, om de vier jaren verkozen door de werknemers van de onderneming op basis van kandidatenlijsten die worden voorgedragen door de representatieve organisaties van werknemers en kaderleden.

##### - Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW)

Het CPBW is een adviserend overlegorgaan binnen de onderneming dat hoofdzakelijk tot opdracht heeft alle middelen in kaart te brengen en actief bij te dragen tot alles wat wordt ondernomen om het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk te bevorderen.

##### - Syndicale delegatie

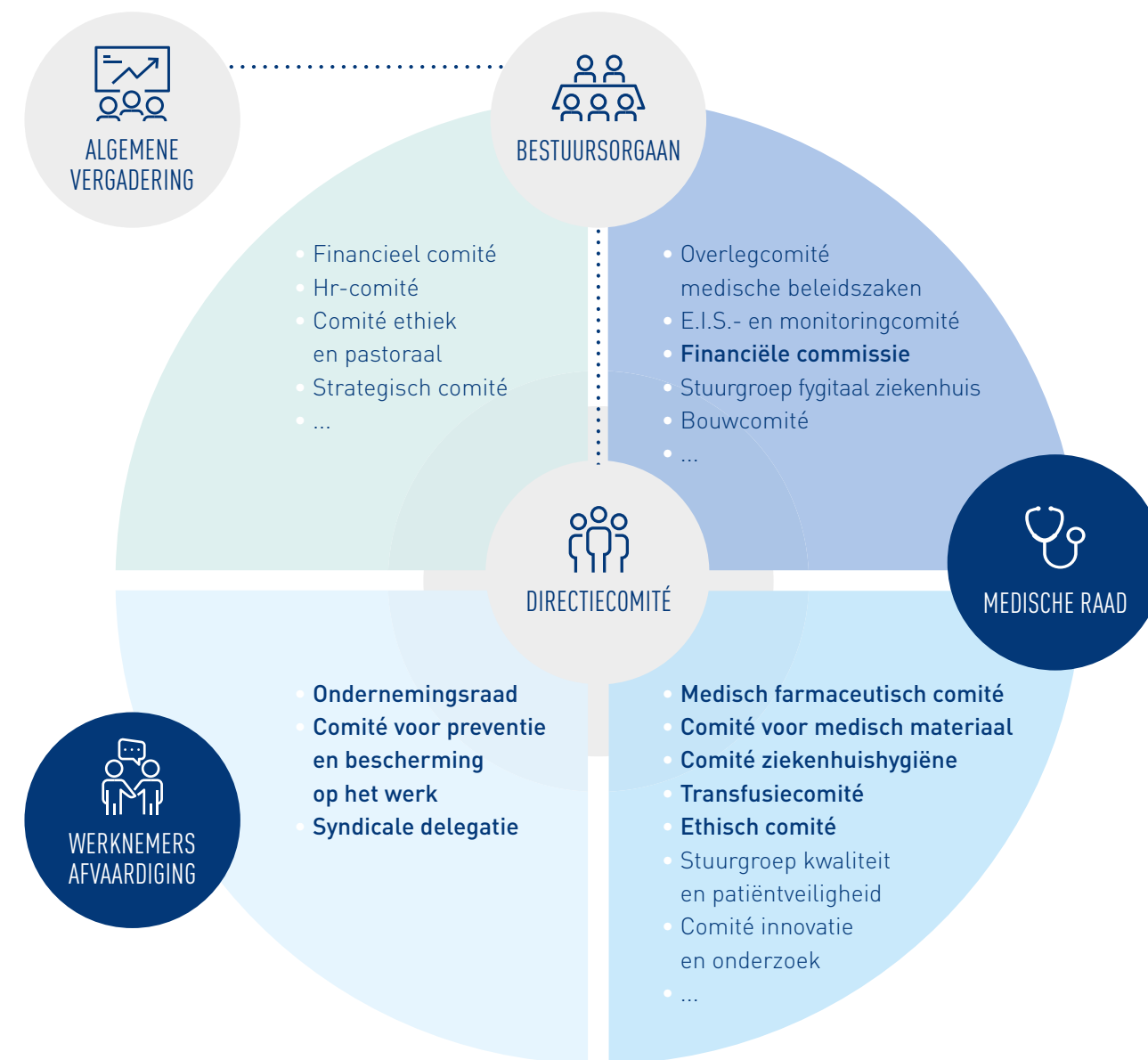
In uitvoering van CAO nr. 5 werd in de organisatie een vakbondsafvaardiging opgericht. Vakbondsafgevaardigden zijn werknemers van de onderneming die verkozen worden om de bij een vakbond aangesloten personeelsleden bij de werkgever te vertegenwoordigen.

De vakbondsafvaardiging is onder meer bevoegd voor het optreden in verband met de arbeidsverhoudingen, het onderhandelen met het oog op het sluiten van CAO's, het waken over de toepassing in de onderneming van de sociale wetgeving, de CAO's, het arbeidsreglement en van de individuele arbeidsovereenkomsten, door de werkgever gehoord worden naar aanleiding van een (dreigend) geschil of betwisting van collectieve aard, het bijstaan van werknemers bij individuele klachten. De vakbondsafvaardiging heeft ook recht op voorafgaande informatie over veranderingen die contractuele en gebruikelijke arbeids- en beloningsvoorwaarden kunnen wijzigen.

### 3.5. Overige commissies, comités en raden

Naast hoger vermelde comités, stuurgroepen ... zijn er nog heel wat andere overlegorganen actief in het ziekenhuis. Het overzicht en de samenstelling van deze vergaderingen is ter beschikking bij de dienst kwaliteit.

### 3.6. Samenvattend schema



De algemene vergadering en het bestuursorgaan vormen het bestuurlijk niveau van vzw Maria Middelaes.

Het directiecomité beslist over het operationeel beleid

De vier delen van de cirkel bevatten adviesorganen die al dan niet wettelijk verplicht zijn (de verplichte zijn in **vette tekst** weergegeven).

Vanuit het bestuursorgaan, medische raad, directiecomité en werknemersafvaardiging is er afvaardiging in de overlappende delen van de cirkel.

# 02

## Gecoördineerde statuten



Op 13 december 2023 heeft de algemene vergadering van AZ Maria Middelaes vzw besloten de statuten te wijzigen en aan te passen als gevolg van de fusie met AZ Sint-Vincentius Deinze vzw via de inbreng van een algemeenheid.

De aangepaste en gewijzigde statuten luiden als volgt:

### PREAMBULE

AZ Maria Middelaes is gegroeid vanuit de christelijke traditie van liefdevolle zorg voor zieken en zwakken, zoals de Cisterciënzerzusters van Gent en de zusters van de H. Vincentius a Paulo van Waarschoot die altijd hebben beoefend. AZ Sint-Vincentius Deinze, voorheen Sint-Vincentius-ziekenhuis Deinze, is gegroeid vanuit de christelijke zieken- en naastenzorg in het godshuis te Deinze door de zusters van de H. Vincentius a Paulo van Deinze. De evangelische inspiratie en de levenswaarden van de stichtende congregaties zijn blijvende inspiratiebronnen voor het ethisch handelen van de vereniging.

Na een periode van talrijke ad hoc samenwerkingen op verschillende medische en andere domeinen beslisten AZ Maria Middelaes vzw en AZ Sint-Vincentius Deinze vzw om met ingang van 1 juli 2017 een personele unie te vormen, als kader voor een duurzame samenwerking.

Om de samenwerking binnen een duurzame toekomst verder gestalte te geven, beslisten beide

vzw's in het najaar van 2022 om te evolueren naar één vzw die bedrijfseconomisch verantwoordelijk is voor de uitbating van twee erkende algemene ziekenhuizen, met name AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze. Daartoe heeft AZ Sint-Vincentius Deinze vzw besloten via een inbreng van algemeenheid haar gehele vermogen in te brengen in AZ Maria Middelaes vzw die haar belangeloos doel verder zet.

### AFDELING 1/ RECHTSVORM, NAAM, ZETEL, DOEL, VOORWERP, DUUR

#### Artikel 1.

De vereniging heeft de rechtsvorm van een vereniging zonder winstoogmerk (hierna 'vzw') overeenkomstig het Wetboek van vennootschappen en verenigingen (hierna 'WVV').

#### Artikel 2.

De vereniging draagt de naam Maria Middelaes.

#### Artikel 3.

De vereniging heeft haar zetel te Gent, Buitensing-Sint-Denijs 30, in het Vlaamse Gewest.

#### Artikel 4.

De vereniging heeft tot doel vanuit de evangelische inspiratie en christelijke levenswaarden gezondheids- en welzijnszorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen, alsook in

het kader hiervan wetenschappelijk onderzoek uit te voeren en innovatie te bevorderen. De vereniging streeft dit doel belangeloos na.

Zij verschaft rechtstreeks noch onrechtstreeks vermogensvoordelen aan de oprichters, de leden, de bestuurders of aan enig andere persoon, behalve voor het in de statuten bepaald belangeloos doel.

Tot de activiteiten van de vereniging behoren onder meer het beheer van instellingen voor gezondheids- en welzijnszorg en het aangaan van samenwerkingsverbanden met derden die ertoe bijdragen de doelstelling van de vereniging te verwezenlijken.

Daarnaast kan de vereniging alle activiteiten ontplooiën en rechtshandelingen stellen die rechtstreeks of onrechtstreeks bijdragen tot de verwezenlijking van voormeld belangeloos doel, met inbegrip van bijkomstige handelsactiviteiten waarvan de opbrengsten bestemd worden voor de verwezenlijking van het belangeloos doel.

De vzw kan alle roerende en onroerende goederen die voor het verwezenlijken van haar doel nodig of nuttig zijn, verkrijgen of bezitten en er alle eigendomsrechten en andere zakelijke rechten op uitoefenen.

#### Artikel 5.

De vereniging is opgericht voor onbepaalde duur.

## AFDELING 2/ LEDEN

### Artikel 6.

Er zijn minstens vijf leden met alle rechten zoals omschreven voor de leden in het WV. Leden zijn in die hoedanigheid niet aansprakelijk voor de verbin-tenissen van de vereniging.

### Artikel 7.

Elke natuurlijke persoon of rechtspersoon kan als lid tot de vereniging toetreden. Het bestuurs- orgaan neemt het initiatief om kandidaat-leden voor te dragen aan de algemene vergadering. De algemene vergadering toetst het profiel van het kandidaat-lid aan de waarden en noden van de vereniging en beslist discretionair en zonder ver- dere motivering over de al dan niet toetreding van het kandidaat-lid.

### Artikel 8.

De leden zijn geen lidmaatschapsbijdrage ver- schuldigd.

De leden zetten zich in voor de vereniging met hun bekwaamheid en toewijding.

### Artikel 9.

Het lidmaatschap is van onbepaalde duur.

### Artikel 10.

Elk lid van de vereniging kan op elk ogenblik vrij uit de vereniging treden. Het volstaat dat het lid de voorzitter van het bestuursorgaan hiervan schriftelijk kennisgeeft. Er gelden geen andere

voorwaarden en formaliteiten. Het ontslag gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de maand van verzending van dit schrijven.

### Artikel 11.

Een lid kan op elk ogenblik, op gemotiveerd voor- stel van het bestuursorgaan of op gemotiveerd voorstel van minstens een derde van de leden, worden uitgesloten bij besluit van de algemene vergadering. Dit besluit is alleen dan aangenomen wanneer ten minste twee derde van de leden op de vergadering aanwezig of vertegenwoordigd zijn en wanneer het besluit twee derde van de uitge- brachte stemmen heeft verkregen. Het voorstel tot uitsluiting moet worden aangegeven in de oproeping. De voorzitter van het bestuursorgaan informeert het lid waarvan de beëindiging van het lidmaatschap wordt voorgesteld, over de motieven voor de uitsluiting. Het lid heeft het recht gehoord te worden door de algemene vergadering.

### Artikel 12.

Leden, uittredende leden of uitgesloten leden en de rechtverkrijgenden van overleden leden kunnen geen aanspraak maken op het vermogen van de vereniging op grond van de enkele hoedanigheid van lid en kunnen nooit teruggave of vergoeding van reeds betaalde inbrengen vorderen. In geen geval kunnen zij inzage, mededeling of afschrift van rekeningen, verzegeling van de goederen van de vereniging of het opmaken van een boedelbeschrijving vragen.

## AFDELING 3/ ORGANISATIE EN WERKING

### §1. Algemene vergadering

#### Artikel 13.

Een besluit van de algemene vergadering is vereist voor:

- de wijziging van de statuten;
- de benoeming en de afzetting van de bestuur- ders en de bepaling van hun bezoldiging;
- de benoeming en de afzetting van de com- missaris en de bepaling van zijn bezoldiging;
- de kwijting aan de bestuurders en de com- missaris en, in voorkomend geval, het in- stellen van de verenigingsvordering tegen de bestuurders en de commissaris;
- de goedkeuring van de begroting en van de jaarrekening;
- de ontbinding van de vereniging;
- de al dan niet toetreding van een kandidaat-lid
- de uitsluiting van een lid;
- de omzetting van de vereniging in een ivzw, een coöperatieve vennootschap erkend als een sociale onderneming of in een erkende coöperatieve vennootschap sociale onderne- ming;
- het doen of aanvaarden van een inbreng om niet van een algemeenheid;
- alle gevallen bepaald door de wet.

#### Artikel 14.

De gewone algemene vergadering moet ten minste tweemaal per jaar worden bijeengeroepen voor de goedkeuring van de begroting, goedkeuring van de rekening en voor de kwijting van de bestuurders.

Het bestuursorgaan roept een bijzondere of buitengewone algemene vergadering bijeen in de gevallen bepaald bij de wet of de statuten, of wanneer het doel of het belang van de vereniging dit vereist, of wanneer één vijfde van de leden dit vraagt per aangetekende brief gericht aan de voor- zitter. Die brief vermeldt het agendapunt waarover de beraadslaging wordt gevraagd. In voorkomend geval kan de commissaris de algemene vergadering bijeenroepen. Hij moet die bijeenroepen wanneer een vijfde van de leden daarom verzoekt.

#### Artikel 15.

De leden, bestuurders en commissaris worden ten minste vijftien dagen vóór de algemene vergadering schriftelijk opgeroepen. De oproeping gaat uit van de voorzitter van het bestuursorgaan of een onder- voorzitter van het bestuursorgaan of een bestuur- der en bevat het ontwerp van de agenda.

Elk voorstel dat ondertekend wordt door ten minste één twintigste van de leden en minstens acht dagen voor de vergadering aan de voorzitter wordt bezorgd, wordt op de agenda gebracht. De vergaderingen hebben plaats op de dag, het uur en de plaats die in de oproeping zijn vermeld. De vergadering kan plaatsvinden via video- of teleconferentie, waarbij de controle van aan-

wezigheden, volmachten en een daadwerkelijke beraadslaging en besluitvorming met stemopname mogelijk zijn.

#### Artikel 16.

De voorzitter van het bestuursorgaan of, bij ontstentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, zit de algemene vergadering voor. De voorzitter duidt een verslaggever aan.

#### Artikel 17.

Elk lid mag aanwezig zijn en deelnemen aan de vergadering. Leden kunnen zich laten vertegen- woordigen door een volmachtdrager die zelf lid is. Een lid mag echter slechts één ander lid vertegen- woordigen. Alleen de leden hebben stemrecht. Elk lid heeft één stem.

#### Artikel 18.

Enkel leden kunnen deelnemen aan de algemene vergadering. Derden die daartoe door de voorzitter zijn uitgenodigd of toegelaten, kunnen de vergade- ring bijwonen.

#### Artikel 19.

Om op een geldige manier te beraadslagen moet minstens de helft van de leden aanwezig of ver- tegenwoordigd zijn, tenzij de wet of de statuten anders bepalen. Is deze voorwaarde niet vervuld, dan kan een algemene vergadering opnieuw bijeengeroepen worden en kan de nieuwe vergadering geldig

beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden. De tweede vergadering mag niet binnen vijftien dagen volgend op de eerste vergadering worden gehouden. Behoudens in afwijkende gevallen bepaald bij de wet of de statuten, beslist de algemene vergade- ring geldig bij meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Een besluit tot benoeming of afzetting van bestuurders is alleen dan aangenomen wanneer het ten minste twee derde van de uitgebrachte stemmen heeft verkregen.

#### Artikel 20.

De algemene vergadering kan over een wijziging van de statuten alleen dan op geldige wijze beraad- slagen en besluiten, wanneer ten minste twee derde van de leden op de vergadering aanwezig of vertegenwoordigd zijn. Is deze voorwaarde niet vervuld, dan, kan een algemene vergadering op- nieuw bijeengeroepen worden en kan de nieuwe vergadering geldig beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoor- digde leden. De tweede vergadering mag niet bin- nen vijftien dagen volgend op de eerste vergadering worden gehouden. Een wijziging van de statuten is alleen dan aangenomen wanneer zij twee derde van de uitgebrachte stemmen heeft verkregen.

Heeft de statutenwijziging betrekking op het be- langeloos doel of het voorwerp van de vereniging, dan is zij alleen aangenomen wanneer zij ten min- ste vier vijfde van de uitgebrachte stemmen heeft verkregen.



### Artikel 21.

De beslissingen van de algemene vergadering worden opgenomen in de notulen die de voorzitter van de algemene vergadering en de verslaggever/secretaris ondertekenen, alsook de leden die dat wensen. De leden kunnen de notulen en de beslissingen van de algemene vergadering inzien op de zetel van de vereniging.

### Artikel 22.

Behoudens voor beslissingen waarvan de wet de openbaarmaking vereist, hebben derden geen inzage-recht in de beslissingen van de algemene vergadering. De verplichte openbaarstellingen gebeuren volgens de wettelijke bepalingen.

### Artikel 23.

Afschriften en uittreksels van de notulen en beslissingen worden ondertekend door de voorzitter van het bestuursorgaan of door twee bestuurders.

## §2. Bestuursorgaan

### Artikel 24.

De vereniging wordt bestuurd door het bestuursorgaan.

### Artikel 25.

Het bestuursorgaan bestaat uit ten minste drie bestuurders die lid moeten zijn van de vereniging. Een bestuurder mag geen personeelslid van de vereniging zijn. Het aantal bestuurders moet lager zijn dan het aantal leden van de vereniging.



### Artikel 26.

De algemene vergadering benoemt de bestuurders voor een termijn van vier jaar. Hun termijn eindigt op de dag van de gewone algemene vergadering volgend op het verstrijken van de vierjarige termijn, behoudens andersluidende bepaling in het benoemingsbesluit. Het bestuursmandaat is hernieuwbaar.

Het bestuursmandaat eindigt automatisch bij het verstrijken van de termijn of bij het bereiken van de leeftijdsgrens voor bestuurders die kan worden bepaald in het Intern Reglement. Het bestuursmandaat eindigt ook door overlijden, door beëindiging van het lidmaatschap, door gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, door ontslag op initiatief van de bestuurder of afzetting door de algemene vergadering.

Wanneer de plaats van een bestuurder beschikbaar komt tijdens de termijn van zijn mandaat, heeft het bestuursorgaan niet het recht om een nieuwe bestuurder te coöpteren.

### Artikel 27.

Het bestuursorgaan kiest uit zijn leden een voorzitter en desgevallend een of twee ondervoorzitters.

### Artikel 28.

De voorzitter van het bestuursorgaan of een ondervoorzitter van het bestuursorgaan of twee bestuurders roepen het bestuursorgaan bijeen

telkens wanneer het belang van de vereniging dit vereist.

### Artikel 29.

Behoudens in dringende gevallen worden de bestuurders minstens vijf dagen voorafgaand aan de datum van de vergadering opgeroepen. De oproeping bevat de agenda. Elk voorstel dat door ten minste één derde van de bestuurders ten laatste twee dagen voor de vergadering aan de voorzitter wordt bezorgd, wordt op de agenda gebracht. De vergadering kan met éénparigheid van stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde bestuurders beraadslagen over punten die niet op de agenda zijn vermeld. De vergadering heeft plaats op dag, uur en plaats die in de oproeping zijn vermeld. De vergadering kan plaatsvinden via video- of teleconferentie, waarbij de controle van aanwezigheden, volmachten en een daadwerkelijke beraadslaging en besluitvorming met stemopname mogelijk zijn.

### Artikel 30.

De voorzitter of, bij ontstentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, zit het bestuursorgaan voor. De voorzitter duidt een verslaggever aan, die al dan niet een bestuurder is.

### Artikel 31.

Een bestuurder kan zich op de vergadering laten vertegenwoordigen door een andere bestuurder.

Een bestuurder mag echter slechts één andere bestuurder vertegenwoordigen. Alleen bestuurders hebben stemrecht. Elke bestuurder heeft één stem.

### Artikel 32.

De bestuurder die het bestuursorgaan voorzigt, kan steeds beslissen om niet-bestuurders de bestuursvergadering te laten bijwonen.

### Artikel 33.

Het bestuursorgaan kan slechts beraadslagen en besluiten indien de meerderheid van de bestuurders aanwezig of vertegenwoordigd is. Wanneer na een tweede regelmatige oproeping die meerderheid niet aanwezig of vertegenwoordigd is, beslist het bestuursorgaan ongeacht het aantal aanwezigen. In uitzonderlijke gevallen waarin een dringende beslissing is vereist, kan het bestuursorgaan schriftelijk beraadslagen volgens een procedure vastgelegd in het intern reglement. Het bestuursorgaan kan dan alleen besluiten mits alle bestuurders hun stem hebben uitgebracht en slechts bij eenparigheid van de uitgebrachte stemmen.

### Artikel 34.

Het bestuursorgaan beslist met meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

### Artikel 35.

De besluiten worden opgenomen in de notulen. De notulen worden ondertekend door de voorzitter van het bestuursorgaan of, bij ontstentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, en door de bestuurders die hierom verzoeken.

### Artikel 36.

Wanneer het bestuursorgaan een beslissing moet nemen of zich over een verrichting moet uitspreken waarbij een bestuurder, rechtstreeks of onrechtstreeks, een belang heeft dat strijdig is met het belang van de vereniging, moet de betrokken bestuurder dit meedelen aan de andere bestuurders vóór het bestuursorgaan een besluit neemt. Zijn verklaring en toelichting over de aard van dit strijdig belang worden opgenomen in de notulen van de vergadering van het bestuursorgaan die de beslissing moet nemen. Het is het bestuursorgaan niet toegelaten deze beslissing te delegeren.

De bestuurder met het belangconflict neemt niet deel aan de beraadslaging noch aan de stemming over de aangelegenheid waarop het belangenconflict betrekking heeft.

### Artikel 37.

Het bestuursorgaan is bevoegd om alle handelingen te stellen en beslissingen te nemen die nodig of dienstig zijn tot verwezenlijking van het voorwerp en het belangeloos doel van de vereniging, met uitzondering van de bevoegdheden die

de wet of de statuten uitdrukkelijk voorbehouden aan de algemene vergadering. Het bestuursorgaan kan een intern reglement aannemen. De laatst goedgekeurde versie van het intern reglement dateert van 7 juni 2017.

Het bestuursorgaan kan een deel van zijn beslissingsbevoegdheid delegeren aan één of meerdere bestuurders en of één of meerdere derden niet-bestuurders, zonder dat deze delegatie evenwel betrekking kan hebben op het algemeen beleid van de vereniging of de algemene bestuursbevoegdheid van het bestuursorgaan.

### Artikel 38.

Het bestuursorgaan vertegenwoordigt de vereniging, met inbegrip van de vertegenwoordiging in rechte. Onverminderd de algemene vertegenwoordigingsbevoegdheid van het bestuursorgaan als college, wordt de vereniging geldig vertegenwoordigd door twee bestuurders gezamenlijk. Het bestuursorgaan kan gevolmachtigden van de vereniging aanstellen. Het bestuursorgaan stelt hen aan voor een bepaalde duur. De volmacht eindigt automatisch door het verstrijken van de bepaalde duur, door overlijden, gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, ontslag of afzetting van de gevolmachtigde. De gevolmachtigden oefenen hun vertegenwoordigingsbevoegdheid alleen, gezamenlijk of als college uit, naar gelang de volmacht die hen werd verleend door het bestuursorgaan. Alleen bijzondere en beperkte volmachten voor bepaalde of een reeks bepaalde rechtshandelingen zijn geoor-

loofd. De gevolmachtigden verbinden de vereniging binnen de perken van de verleende volmacht waarvan de grenzen tegenwerpelijk zijn aan derden overeenkomstig wat geldt inzake lastgeving.

### §3. Orgaan van dagelijks bestuur

#### Artikel 39.

Het bestuursorgaan kan het dagelijks bestuur van de vereniging, alsook de externe vertegenwoordiging met betrekking tot het dagelijks bestuur, opdragen aan één of meer personen, die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn. Het bestuursorgaan is bevoegd voor het toezicht op dit orgaan van dagelijks bestuur.

#### Artikel 40.

Het dagelijks bestuur omvat zowel de handelingen en beslissingen die niet verder reiken dan de dagelijkse behoeften van de vereniging, als de handelingen en beslissingen die, ofwel om redenen van hun minder belang, ofwel omwille van hun spoedeisend karakter, de tussenkomst van het bestuursorgaan niet rechtvaardigen.

#### Artikel 41.

Indien het dagelijks bestuur opgedragen is aan meerdere personen, treden zij op als college. Het bestuursorgaan kan aan een of meerdere personen van het dagelijks bestuur een bijzondere volmacht verlenen om de vereniging alleen of gezamenlijk te vertegenwoordigen inzake handelingen van het dagelijks bestuur.

### Artikel 42.

Het bestuursorgaan benoemt de leden van het dagelijks bestuur. Het mandaat eindigt automatisch door overlijden, gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, ontslag of afzetting. Het bestuursorgaan kan het mandaat met onmiddellijke ingang beëindigen.

## AFDELING 4/ BOEKHOUDING

### Artikel 43.

Het boekjaar begint op 1 januari en eindigt op 31 december.

## AFDELING 5/ SLOTBEPALING

### Artikel 44.

Voor alles wat niet uitdrukkelijk in deze statuten is geregeld, gelden de bepalingen van het WVV.





# 03

## Intern reglement algemene vergadering vzw Maria Middelaes

### 01/ ALGEMEEN

De vereniging zonder winstoogmerk draagt de naam 'MARIA MIDDELAES'. De maatschappelijke zetel is gevestigd te Gent, Buitenring-Sint-Denijs nr. 30. De vereniging baat vijf vestigingen uit, met name de ziekenhuissite 'AZ Maria Middelaes' aan de Buitenring-Sint-Denijs nr. 30 te Gent, de ziekenhuissite 'AZ Sint-Vincentius Deinze' aan de Schutterijstraat nr. 34 te Deinze, het 'Medisch Centrum Maria Middelaes' aan de Kliniekstraat nr. 27 te Gentbrugge, het 'Medisch Centrum Aalter' aan de Brouwerijstraat nr. 36 te Aalter en het logistiek en facilitair platform 'De Prijkels' aan de Venecoweg nr. 26 te Nazareth.

Het doel van de vereniging is vanuit de evangelische inspiratie en christelijke levenswaarden gezondheids- en welzijnszorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen, alsook in het kader hiervan wetenschappelijk onderzoek uit te voeren en innovatie te bevorderen.



### 02/ OPDRACHT EN BEVOEGDHEDEN ALGEMENE VERGADERING

#### 2.1. Opdracht

De algemene vergadering waakt over de uitvoering van het belangeloos doel waarvoor de vereniging is opgericht. De algemene vergadering houdt toezicht op het bestuursorgaan.

#### 2.2. Bevoegdheden

De algemene vergadering heeft volgende statutaire bevoegdheden:

- de wijziging van de statuten;
- de benoeming en de afzetting van de bestuurders en de bepaling van hun bezoldiging;
- de benoeming en de afzetting van de commissaris en het bepalen van de bezoldiging;
- de kwijting aan de bestuurders en de commissaris en, in voorkomend geval, het stellen van de verenigingsvordering tegen de bestuurders en de commissaris;
- de goedkeuring van de begroting en van de jaarrekening;
- de ontbinding van de vereniging;
- de al dan niet toetreding van een kandidaat-lid
- de uitsluiting van een lid;
- de omzetting van de vereniging in een ivzw, een coöperatieve vennootschap erkend als een sociale onderneming of in een erkende coöperatieve vennootschap sociale onderneming;
- het doen of aanvaarden van een inbreng om niet van een algemeenheid;
- alle bevoegdheden bepaald door de wet.

### 03/ STEMGERECHTIGDE LEDEN ALGEMENE VERGADERING

Het aantal leden is onbeperkt. Het minimum-aantal is vijf. De algemene vergadering waakt er over dat het aantal leden van de algemene vergadering minstens één derde hoger is dan het aantal leden van het bestuursorgaan.

Het bestuursorgaan houdt het ledenregister bij op de maatschappelijke zetel. Alle beslissingen betreffende toetreding, uittreding of uitsluiting van de leden worden in het register ingeschreven binnen de acht dagen na kennisgeving aan het bestuursorgaan. De leden worden geacht iedere adreswijziging onverwijld te melden aan het bestuursorgaan, zodat het ledenregister correct kan bijgehouden worden.

Elke natuurlijke persoon of rechtspersoon kan lid zijn van de vereniging. De algemene vergadering toetst het profiel van het kandidaat-lid aan de waarden en noden van de vereniging en beslist discretionair en zonder verdere motivering over de al dan niet toetreding van het kandidaat-lid voorgedragen door het bestuursorgaan.

De leden zijn geen aansluitingsrecht of een bijdrage verschuldigd. De leden zetten zich in voor de vereniging met hun bekwaamheid en toewijding.

De leden zijn niet persoonlijk aansprakelijk voor de verbintenissen of schulden van de vereniging.

De duur van het lidmaatschap is onbeperkt tenzij de algemene vergadering een leeftijdsgrens oplegt.

Elk lid van de vereniging kan vrij uit de vereniging treden. Het volstaat dat hij de voorzitter van het bestuursorgaan hiervan schriftelijk kennis geeft. Er zijn geen andere voorwaarden en formaliteiten vereist. Het ontslag gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op die maand van verzending van dit schrijven.

Elk lid kan op gemotiveerd voorstel van het bestuursorgaan of van minstens een derde van de leden worden uitgesloten bij besluit van de algemene vergadering.

### 04/ VERGADERING EN BESLUITVORMING

Het bestuursorgaan roept de algemene vergadering bijeen in de gevallen bepaald bij de wet of de statuten, of wanneer het doel of het belang van de vereniging dit vereist, of wanneer één vijfde van de leden dit vraagt per aangetekende brief gericht aan de voorzitter met vermelding van het agendapunt waarover de beraadslaging wordt gevraagd. De gewone algemene vergadering wordt ten

minste tweemaal per jaar bijeengeroepen voor de goedkeuring van de begroting en van de jaarrekening en de kwijting aan de bestuurders.

De leden worden ten minste vijftien dagen vóór de algemene vergadering opgeroepen. De oproeping, onder welke vorm ook, gaat uit van de voorzitter van het bestuursorgaan, een ondervoorzitter of een bestuurder en bevat de agenda. Elk voorstel, dat ondertekend wordt door ten minste één twintigste van de leden en minstens acht dagen voor de vergadering aan de voorzitter wordt bezorgd, wordt op de agenda gebracht.

De vergaderingen hebben plaats op dag, uur en plaats die in de oproeping zijn vermeld. De vergadering kan plaatsvinden via video- of teleconferentie, waarbij de controle van aanwezigheden, volmachten en een daadwerkelijke beraadslaging en besluitvorming met stemopname mogelijk zijn.

De voorzitter van het bestuursorgaan of, bij ontstentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, zit de algemene vergadering voor. De voorzitter wijst een verslaggever aan, die al dan niet een bestuurder is. Deze staat in voor de notulen.

Elk lid mag aanwezig zijn en deelnemen aan de vergadering. Leden kunnen zich laten vertegenwoordigen door een volmachtdrager die

zelf lid is. Een lid mag echter slechts één ander lid vertegenwoordigen. Alleen de leden hebben stemrecht. Elk lid heeft één stem.

Niet-leden die door de voorzitter zijn uitgenodigd of toegelaten, kunnen de vergadering bijwonen.

Om op een geldige manier te beraadslagen moet minstens de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn, tenzij de wet of de statuten anders bepalen.

Behoudens in afwijkende gevallen bepaald bij de wet of de statuten, beslist de algemene vergadering geldig bij gewone meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

De beslissingen van de algemene vergadering worden opgenomen in een proces-verbaal dat de voorzitter van de algemene vergadering en de verslaggever tekenen, alsook de leden die dat wensen. De leden kunnen de notulen en de beslissingen van de algemene vergadering inzien op de zetel van de vereniging. Afschriften en uittreksels van de notulen en beslissingen worden getekend door de voorzitter van het bestuursorgaan of door twee bestuurders.





## 05/ COMITÉS OPGERICHT BINNEN HET BESTUURSORGAAN

Om zijn opdracht en bevoegdheden efficiënt te kunnen vervullen, bepaalt het intern reglement van het bestuursorgaan dat er in zijn schoot gespecialiseerde comités kunnen opgericht worden om specifieke aangelegenheden te bestuderen en het bestuursorgaan te adviseren over de gepaste oplossingen.

Ongeacht of zij zetelen in het bestuursorgaan kunnen leden van de algemene vergadering omwille van hun bijzondere expertise uitgenodigd worden om deel te nemen aan de vergaderingen van dergelijke comités.

## 06/ INFORMATIE EN COMMUNICATIE VANUIT HET BESTUURSORGAAN

Het bestuursorgaan informeert de algemene vergadering niet alleen over de begroting en de rekeningen maar ook over de strategische thema's die op de agenda van het bestuursorgaan staan. Dit gebeurt zowel tijdens de bijeenkomsten van de algemene vergadering als daarenboven minstens twee keer per jaar via gerichte verslaggeving.

## 07/ DEONTOLOGISCHE PRINCIPES EN GEDRAGSREGELS

Van ieder lid van de algemene vergadering wordt een loyaal, integer, ethisch en verantwoord gedrag verwacht, dat bovendien in lijn is met de opdrachtverklaring van het ziekenhuis.

Alle leden van de algemene vergadering stellen in de eerste plaats het belang van de vereniging voorop.

In toepassing van het onpartijdigheidsprincipe mag een lid van de algemene vergadering dat een rechtstreeks of onrechtstreeks belang heeft dat strijdig is met het belang van de vereniging bij een beslissing of een verrichting die tot de bevoegdheid behoort van de algemene vergadering, niet deelnemen aan de beraadslagingen over deze verrichtingen of beslissingen, noch aan de stemming in dat verband. Het betrokken lid dient de voorzitter van het bestuursorgaan hiervan vooraf op de hoogte te brengen.

Een lid van de algemene vergadering mag de verworven informatie in het kader van zijn mandaat op geen enkele wijze voor eigen nut aanwenden.

Ieder lid van de algemene vergadering verbindt zich ertoe om zowel tijdens zijn lidmaatschap als daarna op geen enkele wijze, aan wie dan ook, gegevens van vertrouwelijke aard mee te delen tenzij dit bij wet verplicht is.

## 08/ INWERKTREDING

Dit intern reglement gaat in op datum van goedkeuring 11 december 2024 voor onbepaalde duur. Het kan op elk ogenblik worden herroepen door de algemene vergadering.



# 04

## Intern reglement bestuursorgaan vzw Maria Middelaes

### 01/ ALGEMEEN

Onze vereniging zonder winstoogmerk heet 'MARIA MIDDELAES' en is gevestigd in Gent, Buitenring-Sint-Denijs nr. 30. De vereniging baat vijf vestigingen uit, met name de ziekenhuissite 'AZ Maria Middelaes' aan de Buitenring-Sint-Denijs nr. 30 te Gent, de ziekenhuissite 'AZ Sint-Vincentius Deinze' aan de Schutterijstraat nr. 34 te Deinze, het 'Medisch Centrum Maria Middelaes' aan de Kliniekstraat nr. 27 te Gentbrugge, het 'Medisch Centrum Aalter' aan de Brouwerijstraat nr. 36 te Aalter en het logistiek en facilitair platform 'De Prijkels' aan de Venecoweg nr. 26 te Nazareth.

Het doel van de vereniging is vanuit de evangelische inspiratie en christelijke levenswaarden gezondheids- en welzijnszorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen, alsook in het kader hiervan wetenschappelijk onderzoek uit te voeren en innovatie te bevorderen.

### 02/ BENOEMING LEDEN BESTUURSORGAAN

Het bestuursorgaan draagt de kandidaat-bestuurders voor aan de algemene vergadering. Het bestuursorgaan toetst het profiel van de kandidaat-bestuurder aan de waarden van de vereniging en vergelijkt, met het oog op complementariteit, zijn of haar competenties met de in de raad aanwezige bekwaamheden. Belangrijke competenties zijn kennis en expertise op juridisch, financieel-economisch, medisch of technisch vlak, deskundigheid op het gebied van informatica, management en organisatie, personeelsbeleid of communicatie, inzicht in onze maatschappij, samenleving en cultuur en tot slot ethische betrokkenheid.

Het bestuursorgaan streeft ernaar dat elk geslacht voor minstens één vierde van zijn leden vertegenwoordigd is.

Op voordracht van het bestuursorgaan beslist de algemene vergadering over de benoeming.

Het bestuursorgaan kan voormalige leden benoemen tot erelid.

### 03/ SAMENSTELLING BESTUURSORGAAN

Het bestuursorgaan bestaat uit ten minste drie bestuurders die lid moeten zijn van de vereniging. Een bestuurder mag geen personeelslid van de vereniging zijn. Het aantal bestuurders moet lager zijn dan het aantal leden van de vereniging. Maximum twee derde van de leden kan in het bestuursorgaan zetelen.

De bestuurders worden benoemd voor een mandaat van vier jaar. Het bestuursmandaat is onmiddellijk hernieuwbaar.

Het bestuursmandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de duur van de benoeming op de dag van de gewone algemene vergadering volgend op het verstrijken van de vierjarige termijn, behoudens andersluidende bepaling in het benoemingsbesluit of het bereiken van de leeftijdsgrens voor bestuurders, zoals vastgelegd door het bestuursorgaan op de leeftijd van 70 jaar. Het bestuursmandaat eindigt ook door overlijden, door beëindiging van het lidmaatschap, door gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, door ontslag op initiatief van de bestuurder of door afzetting door de algemene vergadering.



Indien door het verstrijken van de be-  
noemingsduur van een bestuurder of het  
bereiken van de leeftijds- grens het aantal  
bestuurders onder het wettelijke of statutaire  
minimum valt, blijft de bestuurder aan totdat  
hij wordt vervangen.

Wanneer de plaats van een bestuurder be-  
schikbaar komt tijdens de termijn van zijn  
mandaat, heeft het bestuursorgaan niet het  
recht om een nieuwe bestuurder te coöpteren.

Het bestuursorgaan kiest uit zijn leden een  
voorzitter en desgevallend een of twee onder-  
voorzitters.

## 04/ VERGADERING EN BESLUITVORMING

Het bestuursorgaan vergadert in beginsel  
iedere maand – behalve in augustus – of  
vaker wanneer het belang van de vereniging  
dit vereist.

De bestuurders worden tijdig opgeroepen.  
De oproeping, onder welke vorm ook, gaat  
uit van de voorzitter van het bestuursorgaan,  
een ondervoorzitter of twee bestuurders en  
bevat de agenda samen met de bijlagen.

Behalve in dringende gevallen wordt de  
agenda ten minste vijf kalenderdagen voor  
de vergadering toegezonden aan de leden  
van het bestuursorgaan.

Elk voorstel, dat door ten minste één derde  
van de bestuurders ten laatste twee dagen  
voor de vergadering aan de voorzitter wordt  
bezorgd, wordt op de agenda gebracht. De  
vergadering kan met éénparige stemmen  
van de aanwezige en vertegenwoordigde  
bestuurders beraadslagen over punten die  
niet op de agenda zijn vermeld. De voor-  
zitter informeert hiertoe bij de start van de  
vergadering of er ter zitting punten aan de  
agenda moeten toegevoegd worden. Voor  
elk agendapunt wordt zo veel mogelijk  
schriftelijke uitleg en bijkomende informatie  
verschafft.

De vergaderingen hebben plaats op dag, uur  
en plaats die in de oproeping zijn vermeld.  
De vergadering kan plaatsvinden via video- of  
teleconferentie, waarbij de controle van de  
aanwezigheden, volmachten en een daad-  
werkelijke beraadslaging en besluitvorming  
met stemopname mogelijk zijn.

De vergaderingen van het bestuursorgaan  
worden geleid door de voorzitter. Bij afwezig-  
heid van de voorzitter wordt de vergadering  
geleid door een ondervoorzitter. Wanneer de  
voorzitter en beide ondervoorzitters afwezig  
zijn, wordt de vergadering geleid door het  
oudste aanwezige stemgerechtigde lid van  
het bestuursorgaan.

De voorzitter duidt een verslaggever aan, die  
al dan niet een bestuurder is. Deze staat in  
voor de notulen.

De vergadering start op het afgesproken uur.  
Het aantal agendapunten dat ter zitting wordt  
toegevoegd, wordt zo beperkt mogelijk ge-  
houden. De tijd die aan elk onderwerp wordt  
bested, is in verhouding tot de prioriteiten  
van de organisatie.

Enkel bestuurders kunnen deelnemen aan  
de vergaderingen van het bestuursorgaan.  
De voorzitter kan beslissen niet-bestuurders  
de vergadering te laten bijwonen.

Een lid van het bestuursorgaan kan zich in  
de vergadering door een andere bestuurder  
bij volmacht laten vertegenwoordigen.  
Dergelijke volmacht moet voorgelegd worden  
aan de voorzitter of in zijn afwezigheid aan  
de ondervoorzitter of de oudste aanwezige  
bestuurder die de functie van voorzitter waar-  
neemt. Elke bestuurder kan slechts over één  
volmacht beschikken.

Alleen bestuurders hebben stemrecht. Elke  
bestuurder heeft één stem.

Het bestuursorgaan kan slechts beraadsla-  
gen en beslissen indien de meerderheid van  
de bestuurders aanwezig of vertegenwoor-  
digd is. Wanneer na een tweede regelmatige  
oproeping die meerderheid niet aanwezig of  
vertegenwoordigd is, beslist het bestuursor-  
gaan ongeacht het aantal aanwezigen.

Het bestuursorgaan streeft bij haar besluit-  
vorming steeds consensus na. In geval van  
een stemming beslist het bestuursorgaan  
overeenkomstig art. 34 van de statuten met  
meerderheid van stemmen.

De beslissingen worden opgenomen in de  
notulen. Een lid kan ook vragen om zijn moti-  
vering uitdrukkelijk in de notulen op te nemen.

De notulen worden goedgekeurd op de eerst-  
volgende vergadering of bij hoogdringendheid  
op de vergadering zelf. Daarna worden zij

ondertekend door de voorzitter, of bij ont-  
stentenis van deze, de ondervoorzitter, of  
bij ontstentenis van deze, de oudste aan-  
wezige bestuurder en door de leden van het  
bestuursorgaan die dat wensen.

In uitzonderlijke gevallen waar een dringende  
beslissing wordt vereist, kan het bestuurs-  
orgaan telefonisch of per elektronische post  
beraadslagen. In deze gevallen kan de raad  
slechts beslissen mits alle bestuurders  
hun stem hebben uitgebracht en wordt de  
beslissing bij eenparigheid van stemmen  
genomen. Deze beslissingen worden her-  
nomen op de agenda en opgenomen in de  
notulen van de volgende vergadering van het  
bestuursorgaan.

Het bestuursorgaan is een collegiaal orgaan  
waardoor elke beslissing die rechtsgeldig ge-  
nomen is de individuele bestuurders bindt, ook  
al waren zij het niet eens met die beslissing.

## 05/ OPDRACHT, BEVOEGD- HEDEN EN TAKEN VAN HET BESTUURSORGAAN

### 5.1. Opdracht

Het bestuursorgaan staat in voor het bestuur  
van de vereniging met het oog op de verwe-  
zenlijking van het doel van de vereniging. Het  
bestuursorgaan inspireert directie, artsen

en medewerkers en geeft leiding vanuit een  
langetermijnvisie.

### 5.2. Bevoegdheden

Het bestuursorgaan heeft de algemene  
bevoegdheid, met uitzondering van deze  
bevoegdheden die de wet of de statuten  
uitdrukkelijk toekennen aan de algemene  
vergadering.

Het bestuursorgaan leidt de zaken van de  
vereniging en vertegenwoordigt deze in en  
buiten rechte. Het bestuursorgaan kan, zoals  
uiteengezet in de statuten, alle handelingen  
van bestuur en alle daden van beschikking  
verrichten.

Het bestuursorgaan vertegenwoordigt en  
verbindt geldig de vereniging. Onverminderd  
de algemene vertegenwoordigingsbevoegd-  
heid van het bestuursorgaan als college,  
wordt de vereniging geldig vertegenwoordigd  
door de gezamenlijke handtekening van twee  
bestuurders.

De voorzitter of twee bestuurders tekenen de  
afschriften en uittreksels van stukken die de  
vereniging aan leden of derden moet geven.

Het bestuursorgaan legt verantwoording  
af aan de algemene vergadering. Hiertoe  
informeert het bestuursorgaan de algemene  
vergadering niet alleen over de begroting en



de rekeningen, maar ook over de strategische thema's die op de agenda van het bestuursorgaan staan. Dat gebeurt zowel tijdens de bijeenkomsten van de algemene vergadering als daarenboven minstens twee keer per jaar via gerichte verslaggeving.

### 5.3. Taken

De hoofdtaken van het bestuursorgaan zijn:

- het bestuursorgaan beslist over de strategie van de vereniging, de vertaling van het belangeloos doel, het voorwerp en de waarden van de vereniging in haar strategie en de voornaamste beleidslijnen;
- het bestuursorgaan ziet erop toe dat de nodige financiële en menselijke middelen voorhanden zijn opdat de vereniging haar doelstellingen kan verwezenlijken;
- het bestuursorgaan ziet toe op het bestaan en de werking van het interne controlesysteem, met inbegrip van een afdoende identificatie en beheersing van risico's (zoals o.a. risico's die verband houden met de naleving van de bestaande wetgeving en regels);
- het bestuursorgaan bepaalt de structuur van het directiecomité, diens bevoegdheden en plichten en houdt toezicht op de prestatie van het uitvoerend management;
- het bestuursorgaan is verantwoordelijk voor de kwaliteit en volledigheid van de openbaar gemaakte financiële berichten

- en staat in het bijzonder in voor een waarheidsgetrouwe jaarrekening;
- het bestuursorgaan selecteert de commissaris, superviseert zijn prestaties en is verantwoordelijk voor het toezicht op de interne auditfunctie;
- het bestuursorgaan is verantwoordelijk voor de governance structuur van de vereniging en de naleving ervan;
- het bestuursorgaan is verantwoordelijk voor het programma kwaliteit en patiëntveiligheid en keurt het jaaractieplan van het ziekenhuis goed;
- het bestuursorgaan neemt tijdig het initiatief om kandidaat-leden voor te dragen aan de algemene vergadering.

Bij de uitvoering van zijn taken dient het bestuursorgaan te handelen in overeenstemming met de belangen van de vereniging.

### 5.4. Delegatie van beslissingsbevoegdheid

Het bestuursorgaan kan delen van zijn beslissingsbevoegdheid delegeren aan één of meerdere bestuurders en of één of meerdere niet-bestuurders, zonder dat deze delegatie betrekking kan hebben op de algemene bestuursbevoegdheid van het bestuursorgaan.

### 5.5. Delegatie van vertegenwoordigingsbevoegdheid

Het bestuursorgaan kan vertegenwoordigingsbevoegdheid geven aan één of meer personen die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn. Het bestuursorgaan bepaalt de vertegenwoordigingsbevoegdheden.

Alleen bijzondere en beperkte volmachten voor bepaalde of een reeks handelingen zijn goedgekeurd. De gevolmachtigden oefenen hun vertegenwoordigingsbevoegdheid allen, gezamenlijk of als college uit, naar gelang de volmacht die hen werd verleend door het bestuursorgaan.

Het bestuursorgaan benoemt de personen met vertegenwoordigingsbevoegdheid voor een beperkte duur.

Het vertegenwoordigingsmandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de duur, door overlijden, door gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, door ontslag of afzetting.

Het vertegenwoordigingsmandaat is hernieuwbaar.

Het bestuursorgaan heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en een bijzondere volmacht verleend aan de directie voor welomschreven handelingen die geen betrekking

hebben op het dagelijks bestuur en voor betalingsverrichtingen. De volmacht werd in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

### 5.6. Dagelijks bestuur

Het bestuursorgaan kan het dagelijks bestuur van de vereniging toevertrouwen aan één of meer personen die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn. Het bestuursorgaan is bevoegd voor het toezicht op dit orgaan van dagelijks bestuur.

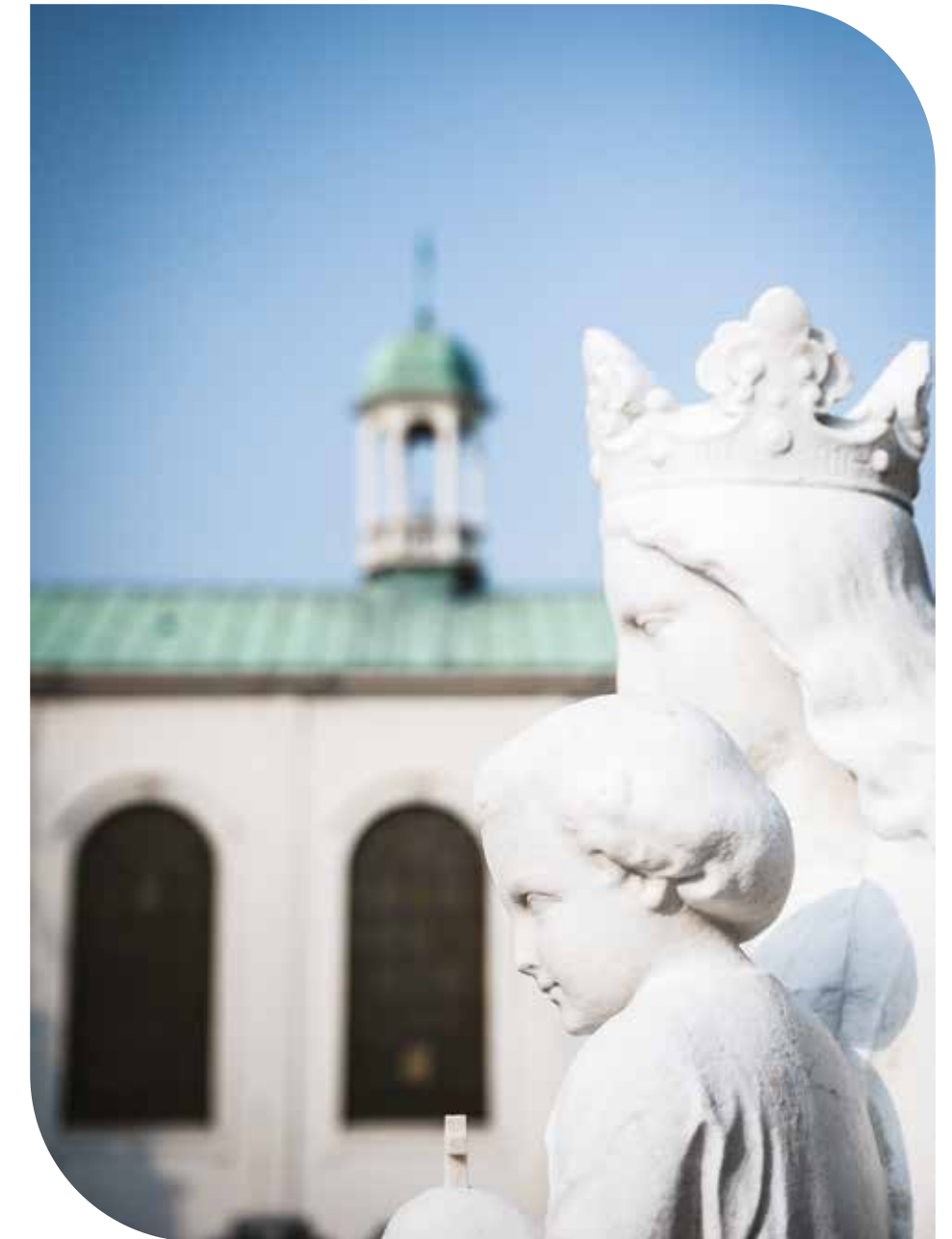
Het dagelijks bestuur omvat zowel de handelingen of verrichtingen die niet verder reiken dan de dagelijkse behoeften van de vereniging als de handelingen en beslissingen die ofwel om redenen van hun minder belang ofwel omwille van hun spoedeisend karakter, de tussenkomst van het bestuursorgaan niet rechtvaardigen.

Indien het dagelijks bestuur meerdere personen telt, treedt het op als een college. Het bestuursorgaan kan aan één of meerdere personen van het dagelijks bestuur een bijzondere volmacht verlenen om de vereniging alleen of gezamenlijk te vertegenwoordigen inzake handelingen van het dagelijks bestuur.

Het bestuursorgaan benoemt de leden van het dagelijks bestuur.

Het mandaat eindigt van rechtswege door overlijden, door gehele of gedeeltelijke onbekwaamverklaring krachtens een rechterlijke beslissing, door ontslag of afzetting. Het bestuursorgaan kan het mandaat met onmiddellijke ingang beëindigen.

Het bestuursorgaan heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en een bijzondere volmacht verleend aan de directie op grond waarvan zij de dagelijkse operationele leiding van het ziekenhuis kan opnemen. De volmacht werd in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.



## 06/ COMITÉS

Om zijn taken en bevoegdheden efficiënt te kunnen vervullen, kan het bestuursorgaan gespecialiseerde comités oprichten om specifieke aangelegenheden te bestuderen en het bestuursorgaan te adviseren over gepaste oplossingen. De agenda van elk comité met bijhorende bijlagen wordt uiterlijk de laatste werkdag van de week voorafgaand aan de vergadering aan de leden bezorgd. De documenten zijn raadpleegbaar via de sharepointomgeving of soortgelijke toepassing.

Het strategisch comité staat het bestuursorgaan bij met het voorbereiden van strategische plannen en het formuleren van voorstellen in verband met de strategische opties en het uitzetten van de strategische richtingen van de organisatie. Het kan daarbij gaan om belangrijke investeringen, technische dossiers die de groei, de structuur of de continuïteit van het ziekenhuis betreffen of onderhandelingen over allianties of uitbreidingen. Het comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan alsook uit de CEO en wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan. Artsen kunnen uitgenodigd worden.

Het financieel comité adviseert en rapporteert aan het bestuursorgaan en bereidt de agendapunten van het bestuursorgaan voor inzake het opvolgen van het financieel beleid

en de algemene financiële evolutie van het ziekenhuis. Dat comité volgt de diverse begrotingen (investerings-, exploitatie- en personeelsbegroting) en andere financiële beleidsdocumenten op. Het comité ziet eveneens toe op de effectiviteit en de efficiëntie van de operationele activiteiten en de naleving van de toepasselijke wetten en reglementen. Het financieel comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan en de CEO en CFO. De voorzitter van het bestuursorgaan kan niet de rol van voorzitter van het financieel comité opnemen.

Het HR-comité richt zich op de structurele uitbouw van een professioneel en stimulerend personeelsbeleid en de ontwikkeling van een motiverende en veilige werkomgeving, en dit zowel voor artsen als voor alle medewerkers. Het HR-comité vervult ook de rol van remuneratiecomité en bereidt ook de benoemingen van directieleden en nieuwe bestuurders voor. Het HR-comité evalueert op basis van een korf aan criteria, waaronder financiën, kwaliteit, patiëntenloyauteit, innovatie en netwerking de werking van het gehele directiecomité. Tot slot staat het HR-comité in voor de jaarlijkse evaluatie van de CEO. Op grond van een bijzondere volmacht zoals toegekend door het bestuursorgaan beschikt het HR-comité over een eigen autonome werking en gedelegeerde beslissingsbevoegdheid. Het HR-comité bestaat uit leden van het bestuursorgaan en de CEO, COO en CFO.

Het comité ethiek en pastoraal heeft als taak de visie uit te werken over de pastorale werking in het ziekenhuis, alsmede toe te zien op het respecteren van de christelijke identiteit en waarden in de organisatie. Het comité pastoraal en ethiek bestaat uit leden van het bestuursorgaan en de CEO.

Het governance comité heeft de opdracht om alle formele documenten met impact op het charter deugdelijk bestuur op te volgen. Ongeacht of zij zetelen in het bestuursorgaan, kunnen leden van de algemene vergadering door hun bijzondere expertise uitgenodigd worden om deel te nemen aan de vergadering van de hierboven vermelde comités.

## 07/ VOORZITTER BESTUURSORGaan

De voorzitter is verantwoordelijk voor de leiding van het bestuursorgaan en voor de doeltreffendheid van het bestuursorgaan in al zijn aspecten.

De voorzitter moet de nodige maatregelen nemen zodat binnen het bestuursorgaan een klimaat van vertrouwen tot stand komt dat bijdraagt tot een open discussie, opbouwende kritiek en steun voor de besluiten die het bestuursorgaan heeft genomen. De voorzitter moet een daadwerkelijke interactie tussen het bestuursorgaan en het

directiecomité stimuleren. Hij onderhoudt nauwe relaties met de CEO en geeft hem steun en advies met respect voor diens uitvoerende verantwoordelijkheid.

## 08/ EVALUATIE

Het bestuursorgaan staat in voor een tweejaarlijkse evaluatie van de eigen werking en doeltreffendheid met het oog op een voortdurende verbetering van de werking van de vereniging. De voorzitter bespreekt hiertoe met elk lid individueel een vooraf bezorgde vragenlijst die de leidraad vormt voor het gesprek. De voorzitter maakt een anonieme synthese van deze besprekingen en licht die toe op een volgende vergadering. Eventuele actie- of verbeterpunten worden opgenomen in het verslag van het bestuursorgaan.

## 09/ REMUNERATIE

De bestuurders ontvangen een vergoeding die wordt vastgelegd door de algemene vergadering. De betaling en boeking van deze vergoedingen gebeurt conform de regelgeving.

## 10/ BESTUURSVERANTWOORDELJKHEID

Bestuurders nemen geen persoonlijke

verplichtingen op zich betreffende de verbindingen van de vereniging. Zij zijn alleen verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun mandaat. Hiervoor sluit de vereniging een aansprakelijkheidsverzekering af.

## 11/ DEONTOLOGISCHE PRINCIPES EN GEDRAGSREGELS

Van ieder lid van het bestuursorgaan wordt een loyaal, integer, ethisch en verantwoord gedrag verwacht, dat bovendien in lijn is met de opdrachtverklaring van het ziekenhuis.

Alle leden van het bestuursorgaan stellen in de eerste plaats het belang van de vereniging voorop.

In toepassing van het onpartijdigheidsprincipe mag een bestuurder die een rechtstreeks of onrechtstreeks belang heeft dat strijdig is met een beslissing of een verrichting die tot de bevoegdheid behoort van het bestuursorgaan, niet deelnemen aan de beraadslagingen over deze verrichtingen of beslissingen, noch aan de stemming in dat verband. De betrokken bestuurder dient het bestuursorgaan hiervan vooraf op de hoogte te brengen. Bij familiebanden is er een vermoeden van direct of indirect verband, wanneer deze betrekking hebben op banden tot in de derde graad.

Ieder lid van het bestuursorgaan verbindt zich ertoe om zowel tijdens zijn lidmaatschap van het bestuur als daarna op geen enkele wijze, aan wie dan ook, gegevens van vertrouwelijke aard mee te delen tenzij dit bij wet verplicht is of informatie verworven in het kader van zijn mandaat voor eigen nut aan te wenden. Bestuurders kunnen in principe geen rechtstreekse opdrachten geven aan personeelsleden van de vereniging tenzij aan de CEO of de persoon die hem in voorkomend geval vervangt.

## 12/ INWERKINGTREDING

Dit intern reglement werd met ingang van 4 december 2024 goedgekeurd voor onbepaalde duur. Het kan op elk ogenblik worden herroepen door het bestuursorgaan.

# 05

## Bijzondere volmachten van het bestuursorgaan aan de directie

### 01/ INLEIDING

Het bestuursorgaan heeft beslist om de hierna omschreven beslissings- en vertegenwoordigingsbevoegdheden te delegeren aan het directiecomité met dien verstande dat het bestuursorgaan nog steeds concurrentieel bevoegd blijft.

De delegatie van bevoegdheden geldt voor onbepaalde duur, behoudens de bijzondere volmacht inzake vertegenwoordiging voor handelingen die geen betrekking hebben op het dagelijks bestuur. Die volmacht heeft slechts een bepaalde duur van 5 jaar.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen bijzondere volmachten voor handelingen van dagelijks bestuur, voor handelingen die buiten het dagelijks bestuur vallen en voor betalingsverrichtingen.

De regeling inzake delegatie van bevoegdheden is geïnspireerd op het principe dat de laatst gekende en door het bestuursorgaan goedgekeurde ziekenhuisbegroting (waaronder wordt begrepen de investeringsbegroting, exploitatiebegroting en personeelsbegroting) het akkoord vanwege het bestuursorgaan inhoudt om gedurende het begrotingsjaar de verbintenissen die door die begroting zijn gedekt ook effectief aan te gaan.

De statuten waarnaar in de volmachtenregeling wordt verwezen zoals goedgekeurd door de bijzondere algemene vergadering op 13 december 2023.

### 02/ BIJZONDERE VOLMACHT INZAKE DAGELIJKS BESTUUR

#### 2.1. Omschrijving dagelijks bestuur

Onder dagelijks bestuur wordt begrepen handelingen en beslissingen die niet verder reiken dan de dagelijkse behoeften van de vereniging alsook handelingen en beslissingen die om redenen van minder belang, dan wel omwille van het spoedeisend karakter de tussenkomst van het bestuursorgaan niet rechtvaardigen.

Handelingen gedekt door de door het bestuursorgaan goedgekeurde begroting worden gedurende het begrotingsjaar geacht handelingen van dagelijks bestuur te zijn.

#### 2.2. Beslissingsbevoegdheid

De beslissingsbevoegdheid inzake handelingen van dagelijks bestuur wordt overeenkomstig art. 39 j° art. 41, eerste lid van de statuten gedelegeerd aan het directiecomité (cfr. het door het bestuursorgaan goedgekeurd organigram) dat als college optreedt.

#### 2.3. Vertegenwoordigingsbevoegdheid

De vertegenwoordigingsbevoegdheid inzake handelingen van dagelijks bestuur – met uitzondering van de uitvoering van betalingsverrichtingen – wordt overeenkomstig art. 39 j° art. 41, tweede lid van de statuten gedelegeerd aan:

- voor een handeling of verbintenis waarvan de waarde niet in geld waardeerbaar is: de CEO of een door hem daartoe gemandateerd directielid
- voor een handeling of verbintenis waarvan de waarde lager ligt dan of gelijk is aan € 50.000: een directielid
- voor een handeling of verbintenis waarvan de waarde hoger is dan € 50.000: de CEO of een door hem daartoe gemandateerd directielid, samen met een ander directielid.

De aangegane verbintenissen waarvan de waarde hoger ligt dan € 50.000 zullen steeds ter kennis worden gebracht aan het bestuursorgaan.



### 03/ BIJZONDERE VOLMACHT INZAKE VERTEGENWOORDIGING VOOR HANDELINGEN DIE GEEN BETREKKING HEBBEN OP HET DAGELIJKS BESTUUR

De vertegenwoordigingsbevoegdheid inzake handelingen die geen betrekking hebben op het dagelijks bestuur – met uitzondering van de uitvoering van betalingsverrichtingen – wordt overeenkomstig art. 38 van de statuten gedelegeerd aan:

- voor een handeling of verbintenis waarvan de waarde niet in geld waardeerbaar is of waarvan de waarde lager ligt dan of gelijk is aan € 50.000: de CEO of een door hem daartoe gemandateerd directielid, samen met een ander directielid.
- voor een handeling of verbintenis waarvan de waarde hoger is dan € 50.000 maar niet meer bedraagt dan € 250.000: de CEO samen met de voorzitter van het bestuursorgaan.

### 04/ BIJZONDERE VOLMACHT INZAKE BETALINGSVERRICHTINGEN

De vertegenwoordigingsbevoegdheid inzake betalingsverrichtingen wordt overeenkomstig art. 38 j° art. 39 j° art. 41, tweede lid van de statuten gedelegeerd aan:

- voor betalingen tot € 50.000: de CFO of de CEO.
- voor betalingen boven € 50.000: de CFO samen met de CEO.



### 05/ PLAATSVERVANGENDE GEVOLMACHTIGDE

In het kader van deze volmachtenregeling bevestigt het bestuursorgaan dat in geval van onbeschikbaarheid van de CEO de Co-CEO/COO kan optreden. In geval van onbeschikbaarheid van de voorzitter van het bestuursorgaan kan de ondervoorzitter optreden.

Een door het bestuursorgaan aangeduid directielid kan in geval van onbeschikbaarheid van de CFO als plaatsvervangend gevolmachtigde optreden voor de onder punt 4 vermelde betalingsverrichtingen. Het bestuursorgaan duidt de Co-CEO/COO aan als plaatsvervangend gevolmachtigde. Deze plaatsvervangende doet geen afbreuk aan het vierogenprincipe dat van toepassing is voor betalingen boven € 50.000.

# 06

## Intern Reglement directiecomité vzw Maria Middelaes

### 01/ DOELSTELLING

Dit reglement van inwendige orde heeft tot doel de benoeming en samenstelling, de vergaderwijze, de opdrachten van het directiecomité en de gedragsregels voor de leden van het directiecomité te omschrijven. Dit reglement dient samen gelezen te worden met de bijzondere volmacht van het bestuursorgaan aan de directie van 3 januari 2024.



### 02/ BENOEMING VAN DE LEDEN EN SAMEN- STELLING VAN HET DIRECTIECOMITÉ

Het bestuursorgaan benoemt de algemeen directeur (CEO) en de departementale directeurs. Zij vormen samen het directiecomité. De CEO zit het directiecomité voor.

Het bestuursorgaan waakt er over dat de leden van het directiecomité beschikken over de relevante kennis en ervaring om hun taken adequaat uit te voeren.

De samenstelling van het directiecomité is terug te vinden in het organogram op het intern communicatieplatform van het ziekenhuis.

### 03/ VERGADERING EN BESLUITVORMING

Het directiecomité vergadert in principe wekelijks en ook als de nood zich voordoet. Het directiecomité kan in uitzonderlijke gevallen ook elektronisch beraadslagen.

De CEO stelt de agenda op die samen met de bijlagen minstens twee dagen vóór de

vergadering aan de leden wordt bezorgd. Elk lid van het directiecomité kan een vraag richten aan het directiesecretariaat om een punt te agenderen. Bij die vraag worden alle relevante stukken gevoegd.

De CEO roept de vergadering bijeen en zit haar voor. Hij duidt een lid als secretaris aan. De secretaris staat in voor de verslaggeving.

De CEO kan, afhankelijk van de agenda, niet-leden uit hoofde van hun functie uitnodigen om de vergadering geheel of gedeeltelijk bij te wonen. Enkel leden hebben stemrecht.

Het directiecomité beslist met meerderheid van stemmen. Bij staking van stemmen beslist de voorzitter. Het directiecomité kan slechts beslissen indien de meerderheid van de leden aanwezig is en in geval van elektronische beraadslaging pas indien alle leden aan de beraadslaging participeren.

De besprekingen binnen het directiecomité en het verslag ervan zijn vertrouwelijk. Beslissingen worden gecommuniceerd aan hen die het aanbelangt.

Het verslag wordt goedgekeurd op de eerstvolgende vergadering.





## 04/ AFWEZIGHEID CEO

In geval van afwezigheid kan de CEO een gemandateerde, lid van het directiecomité, aanduiden die zijn opdrachten tijdelijk waarneemt.

## 05/ OPDRACHTEN

Het directiecomité is belast met het implementeren van het strategisch beleid zoals beslist door het bestuursorgaan. De leden van het directiecomité zorgen voor de dagelijkse operationele leiding van het ziekenhuis om de strategische doelen te realiseren.

Het directiecomité kan alle handelingen stellen die de grenzen van de bijzondere volmacht van het bestuursorgaan aan de directie van 3 januari 2024 niet te buiten gaan.

Het directiecomité rapporteert maandelijks aan het bestuursorgaan en bezorgt deze alle informatie die nodig is opdat de raad zijn taken zou kunnen vervullen. De opdrachten van het directiecomité omvatten in het bijzonder:

- Kwaliteitsvolle en waardegedreven patiëntenzorg en dienstverlening;
- distributie, logistiek, aankoop, productie en (im)materiële beveiliging;

- gebouwen en logistieke organisatie, zowel roerend als onroerend van aard;
- informatie- en communicatietechnologie;
- boekhoudkundige, administratieve en financiële aangelegenheden, met inbegrip van de volledige, tijdige, betrouwbare en accurate voorbereiding van de jaarrekening van de vereniging en van alle wettelijke financiële en niet-financiële informatie;
- thesauriebeheer;
- fiscale en subsidietechnische aangelegenheden;
- toezicht op en controle van de werking van de departementen en uitbestede diensten;
- juridische en verenigingsrechtelijke aangelegenheden;
- milieu- en uitbatingsvergunningen;
- kwaliteits-, veiligheids- en risicobeheer;
- innovatie en onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitsprocessen;
- verzekeringen;
- human resources (inclusief werving & selectie), loonbeleid, training en sociaal overleg;

- interne en externe communicatie;
- de voorbereiding van de agendapunten voor het bestuursorgaan;
- de uitvoering van de beslissingen genomen in het bestuursorgaan, algemene vergadering en andere organen waarin het bestuursorgaan vertegenwoordigd is.

Het directiecomité voert deze opdrachten en taken uit binnen de beperkingen van de bijzondere volmacht van het bestuursorgaan aan de directie van 3 januari 2024.

## 06/ GEDRAGSREGELS

Van ieder lid van het directiecomité wordt een loyaal, integer, ethisch en verantwoord gedrag verwacht, dat bovendien in lijn is met de opdrachtverklaring van het ziekenhuis.

Alle leden van het directiecomité stellen in de eerste plaats het belang van de vereniging voorop.

Ieder lid van het directiecomité verbindt zich ertoe om zowel tijdens zijn lidmaatschap van het directiecomité als daarna op geen enkele wijze, aan wie dan ook, gegevens van vertrouwelijke aard mee te delen tenzij dit bij wet verplicht is.

Een lid van het directiecomité mag de informatie verworven in het kader van zijn functie op geen enkele wijze voor eigen nut aanwenden.

Ieder lid van het directiecomité verbindt zich ertoe om tijdens de duur van zijn of haar functie noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks en in geen enkele hoedanigheid activiteiten te ontwikkelen of handelingen te stellen die concurrerend zijn met de activiteiten van het ziekenhuis. In geval van belangenconflict wordt dit gemeld aan de CEO en zo nodig aan de voorzitter van het bestuursorgaan.

## 07/ DIVERSEN

Het directiecomité beoordeelt de toereikendheid van dit intern reglement, brengt verslag uit van deze beoordeling aan het bestuursorgaan en stelt zo nodig wijzigingen voor.

Het bestuursorgaan kan dit intern reglement ten allen tijde wijzigen en de aan het directiecomité toegekende bevoegdheden herroepen.

## 08/ INWERKINGTREDING

Dit intern reglement wordt met ingang van 4 december 2024 goedgekeurd voor onbepaalde duur.



Samenwerking  
ziekenhuis - artsen

# 07

## Algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen vzw Maria Middelaes en de ziekenhuisartsen

### 01/ ALGEMENE BEPALINGEN

#### Artikel 1.

Dit reglement geldt als een algemene regeling als bedoeld in artikel 144 van de Ziekenhuiswet.

#### Artikel 2.

In deze algemene regeling wordt verstaan onder:

1° arts-diensthoofd: een arts als bedoeld in artikel 18, tweede lid, 2° van de Ziekenhuiswet;

2° beheerder: het bestuursorgaan van de vzw;

3° CMO (Chief Medical Officer): de hoofdarts als bedoeld in artikel 18, tweede lid, 1° van de Ziekenhuiswet;

4° financiële regeling: de financiële schikkingen met betrekking tot de medische activiteit als bedoeld in artikel 144, § 3, 4° van de Ziekenhuiswet;

5° medische raad: het met gemotiveerde toestemming van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (overeenkomstig Artikel 5, §6 KB 10 augustus 1987) tot stand gekomen vertegenwoordigend orgaan waardoor de ziekenhuisartsen betrokken worden bij de besluitvorming van het ziekenhuis met het doel in optimale omstandigheden geneeskundige zorg te verstrekken aan de patiënten van het ziekenhuis;

6° medisch reglement: het reglement inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis als bedoeld in artikel 137, eerste lid, 2° van de Ziekenhuiswet;

7° onderlinge regeling inzake gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken: de onderlinge regeling in de zin van artikel 26 van de Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG;

8° overlegcomité medische beleidszaken: het comité voor overleg tussen de beheerder en de medische raad als bedoeld in afdeling 2 van hoofdstuk III;

9° Vereniging der Artsen: de vzw Vereniging der Artsen van Maria Middelaes vzw met

maatschappelijke zetel gelegen te Buitenring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0422.948.308;

10° vzw: Maria Middelaes vzw, met zetel te Buitenring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0410.214.186 die instaat voor de uitbating van verschillende vestigingseenheden, met name AZ Maria Middelaes (met erkenningsnummer 017) en AZ Sint-Vincentius Deinze (met erkenningsnummer 134) die deel uitmaken van een ziekenhuisgroepering alsook het Medisch Centrum Gentbrugge, het Medisch Centrum Aalter en het logistiek en facilitair platform 'De Prijkels';

11° ziekenhuis:  
- AZ Maria Middelaes  
- AZ Sint-Vincentius Deinze;

12° ziekenhuisarts: een arts die met een schriftelijke overeenkomst verbonden is aan de vzw;

13° ziekenhuisarts-assistent: een arts die in het kader van zijn opleiding tot arts-specialist of huisarts een goedgekeurd stageplan volgt in het ziekenhuis met een erkende stage-meester;

14° ziekenhuisgroepering: de tussen AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze tot stand gekomen en door de overheid er-

kende ziekenhuisgroepering als bedoeld in artikel 8 e.v. van het KB houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen;

15° Ziekenhuiswet: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

#### Artikel 3.

De algemene regeling is van toepassing op een ziekenhuisarts op grond van de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in artikel 145 van de Ziekenhuiswet die de beheerder met deze arts of desgevallend, zijn vennootschap sluit.

In deze overeenkomst bevestigt de ziekenhuisarts zijn lidmaatschap van de Vereniging der Artsen, verklaart kennis genomen te hebben van de algemene regeling en verbindt er zich toe deze en de geldig tot stand gekomen wijzigingen ervan, te respecteren vanaf het moment dat deze hem ter kennis worden gebracht.

#### Artikel 4.

Voor de toepassing van de algemene regeling worden een beoefenaar van de tandheelkunde, een apotheker of een licentiaat of master in de scheikundige wetenschappen die gemachtigd is om analyses van klinische



biologie te verrichten, gelijkgesteld met een ziekenhuisarts.

#### Artikel 5.

De rechtsverhoudingen tussen een ziekenhuisarts-assistent, zijn stagemeester en de beheerder worden geregeld in een schriftelijke overeenkomst.

De kwalificatie van de rechtsverhouding met de ziekenhuisarts-assistent wordt bepaald door de reglementering ter zake. De overeenkomst bepaalt welke artikels van de algemene regeling van toepassing zijn.

## 02/ ALGEMENE LEIDING VAN DE DAGELIJKSE WERKING VAN HET ZIEKENHUIS

#### Artikel 6.

§1. De CEO (Chief Executive Officer) van het ziekenhuis is voorzitter van het directiecomité, dat onder andere bestaat uit:

1° de CMO (Chief Medical Officer), die het hoofd is van de medische en medisch-technische diensten;

2° de CNO (Chief Nursing Officer) die het hoofd is van het departement patiëntenzorg;

3° de CFO (Chief Financial Officer) die het hoofd is van het financiële departement.

§2. De governance en operationele aansturing van de ziekenhuisgroepering is in handen van:

- het coördinatiecomité bestaande uit de leden van het bestuursorgaan van de vzw
- het gemeenschappelijk medisch comité bestaande uit 4 door de medische raad daartoe gemandateerden
- de CEO die het mandaat van algemeen coördinator opneemt
- de CMO die het mandaat van hoofdarts-coördinator opneemt
- de CNO die het mandaat van coördinator van het verpleegkundig departement opneemt

De samenwerking binnen de ziekenhuisgroepering wordt geregeld in een afzonderlijke overeenkomst.

#### Artikel 7.

§1. De beheerder benoemt de CMO voor onbepaalde duur. De benoeming kan steeds beëindigd worden mits in achtneming van een opzegtermijn van zes maanden en van de vormvereisten als bedoeld in artikel 29. De benoeming eindigt automatisch in het geval zoals bepaald in artikel 24, 8° van de algemene regeling.

§2. De CMO kan enkel benoemd worden uit de ziekenhuisartsen als bedoeld in artikel 20, §2.

§3. De beheerder kan in het geval dat de CMO zijn functie langdurig niet kan uitoefenen dan wel in het geval dat het mandaat van de CMO is verlopen en er niet tijdig een nieuwe CMO werd benoemd een CMO ad interim benoemen die alle wettelijke en reglementaire rechten en plichten van de CMO krijgt toegewezen.

In afwijking van de eerste paragraaf kan de CMO ad interim voor bepaalde duur worden benoemd.

§4. De CMO is lid van het directiecomité en verantwoordelijk voor de medische zorgorganisatie en de medische kwaliteitscontrole. Hiertoe kent de beheerder aan de CMO een billijke vergoeding toe en stelt hij de nodige werkmiddelen ter beschikking.

§5. De CMO mag geen lid zijn van de medische raad en mag de functie in principe niet cumuleren met die van arts-diensthoud.

#### Artikel 8.

Op verzoek van de voorzitter van de medische raad kan de CMO worden uitgenodigd om met raadgevende stem een vergadering van de medische raad geheel of gedeeltelijk bij te wonen.



## 03/ BETROKKENHEID VAN DE ZIEKENHUISARTSEN BIJ DE BESLUITVORMING DOOR DE BEHEERDER

#### Afdeling 1.

##### – Voorwerp van de betrokkenheid

#### Artikel 9.

De beheerder betreft de ziekenhuisartsen in zijn besluitvorming bij minstens de volgende aangelegenheden:

1° de in artikel 144 van de Ziekenhuiswet bedoelde algemene regeling;

2° het medisch reglement;

3° de vaststelling en de wijziging van het medisch personeelskader en de bevoegdheden van de ziekenhuisartsen;

4° de verandering van het stelsel met betrekking tot de toegang van ziekenhuisartsen tot de medische activiteit in het ziekenhuis;

5° de benoeming van de hoofdarts;

6° de beëindiging van de benoeming van de hoofdarts;

7° de benoeming van een arts-diensthoud of

een arts-afdelingshoofd, als bedoeld in het medisch reglement;

8° de beëindiging van de benoeming van een arts-diensthoud of een arts-afdelingshoofd;

9° de aanstelling van een ziekenhuisarts;

10° de uitoefening van medische activiteiten door een ziekenhuisarts in een ander ziekenhuis;

11° de hernieuwing van de overeenkomst met een ziekenhuisarts als bedoeld in artikel 33;

12° de beëindiging van de overeenkomst met een ziekenhuisarts als bedoeld in artikel 25 en 26, de afwijking als bedoeld in artikel 28, de buitengerechtelijke ontbinding van de overeenkomst als bedoeld in artikel 30 en de afzetting van een ziekenhuisarts, met uitzondering van de afzetting om dringende reden;

13° de andere sancties tegen een ziekenhuisarts dan de afzetting of de afzetting om dringende reden, behalve indien de betrokken ziekenhuisarts schriftelijk vraagt dat het advies hierover vervangen wordt door een advies van de voorzitter van de medische raad;

14° het kader van het verpleegkundig en het paramedisch personeel met inbegrip van de daarin vereiste kwalificaties, en de conflicten

met betrekking tot de plaatsing en overplaatsing van dit personeel;

15° de benoeming en de herroeping van de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier;

16° de aanstelling en de herroeping van het verpleegkundig en het paramedisch personeel van de medisch-technische diensten en van de polikliniek;

17° de vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de erelonen wordt gefinancierd;

18° de jaarlijkse begrotingsramingen van de medische activiteit in het ziekenhuis;

19° de oprichting van nieuwe medische diensten en de wijziging, splitsing of opheffing van bestaande medische diensten;

20° de klachten in verband met de werking van een medische dienst die na overleg tussen de beheerder en de voorzitter van de medische raad aan de medische raad worden voorgelegd;

21° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de bepaling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;

22° de keuze, aanschaffing, vernieuwing en grote herstellingen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de erelonen wordt gefinancierd;

23° de bouw en verbouwing van het ziekenhuis of de wijziging van de bestemming van de lokalen, voor zover die een weerslag heeft op de medische activiteit;

24° de overeenkomsten met derden die een weerslag kunnen hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis;

25° het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt.



## Afdeling 2. – Overlegcomité medische beleidszaken en medische raad

### Artikel 10.

§1. Over minstens de aangelegenheden als bedoeld in artikel 9 kan de beheerder of de medische raad voorafgaand overleg vragen binnen het overlegcomité medische beleidszaken.

Het overlegcomité medische beleidszaken poogt een consensus te bereiken over deze aangelegenheden.

§2. Het overlegcomité medische beleidszaken kan beslissingen nemen met betrekking tot de aangelegenheden waarvoor de algemene regeling een beslissingsbevoegdheid voor het comité medische beleidszaken voorziet.

§3. Het overlegcomité medische beleidszaken bestaat uit:

1° vijf vertegenwoordigers aangewezen door de beheerder, waaronder de CEO en de CMO;

2° vijf vertegenwoordigers aangewezen door de medische raad.

De voorzitter van het overlegcomité medische beleidszaken is één van de personen als bedoeld in het eerste lid, 1°.

De ondervoorzitter is één van de vijf vertegen-

woordigers als bedoeld in het eerste lid, 2°. Het overlegcomité medische beleidszaken duidt een secretaris aan die van elke vergadering notulen maakt die op de volgende vergadering ter goedkeuring worden voorgelegd.

§4. Het overlegcomité medische beleidszaken komt minstens tien maal per jaar samen.

De bijeenroeping geschiedt schriftelijk, per brief of digitaal, minstens zeven dagen voor de datum van overleg en is vergezeld van de documenten die noodzakelijk of nuttig zijn voor het overleg.

Op verzoek van de voorzitter of de ondervoorzitter kunnen personen wiens kwalificaties of bevoegdheden nuttig zijn voor het overleg worden uitgenodigd om als waarnemer deel te nemen aan één of meer vergaderingen van het overlegcomité medische beleidszaken.

§5. Het overlegcomité medische beleidszaken kan een huishoudelijk reglement aannemen dat wordt vastgesteld in onderling akkoord tussen de beheerder en de medische raad.

### Artikel 11.

De medische raad kan op eigen initiatief aan de beheerder een advies verlenen over elke aangelegenheid die de uitoefening van de geneeskunde in het ziekenhuis betreft. Over de aangelegenheden als bedoeld in artikel 9 wint de beheerder het advies in van de medische raad.

De beheerder kan over andere aangelegenheden dan deze vermeld in het tweede lid een advies vragen aan de medische raad.

### Artikel 12.

De adviesaanvragen van de beheerder en de adviezen van de medische raad worden schriftelijk geformuleerd. Een advies wordt uitgebracht met een gewone meerderheid van stemmen. Bij een advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd.

### Artikel 13.

De beheerder kan voor de in artikel 9, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 9°, 11°, 12°, 13°, 15°, 16°, 17°, 19°, 20°, 22°, 23°, 24° en 25° bepaalde aangelegenheden geen beslissing nemen die afwijkt van het gemotiveerd advies van de medische raad.

### Artikel 14.

De beheerder die het advies als bedoeld in artikel 13 niet volgt, treedt hierover in overleg binnen het overlegcomité medische beleidszaken.

Wanneer geen consensus wordt bereikt, kan het probleem in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad worden voorgelegd aan een bemiddelaar overeenkomstig artikel 139, § 2 en § 3 en 140, § 1, § 2 en § 3 van de Ziekenhuiswet.

## Afdeling 3. – Financiële commissie

### Artikel 15.

De financiële commissie wordt opgericht overeenkomstig artikel 143 van de Ziekenhuiswet. De samenstelling en werking van de financiële commissie wordt geregeld in een huishoudelijk reglement dat wordt vastgesteld in onderling akkoord tussen de beheerder en de medische raad.

## 04/ WERVING, SELECTIE EN AANSTELLING VAN EEN ZIEKENHUISARTS

### Afdeling 1. – Werving en selectie van een ziekenhuisarts

#### Artikel 16.

§1. Het overlegcomité medische beleidszaken beslist over de openverklaring van een functie als ziekenhuisarts.

§2. De aanstelling van een ziekenhuisarts gebeurt na een openbare openverklaring van de functie door de beheerder. De beheerder plaatst hierbij een oproep via de gespecialiseerde kanalen, met vermelding van de aanstellingsvoorwaarden. De oproep gebeurt niet wanneer de vertegenwoordigers als bedoeld in artikel 10, § 3, eerste lid, 2° dit niet wenselijk achten.

#### Artikel 17.

Het overlegcomité medische beleidszaken legt de concrete modaliteiten van de selectieprocedure vast.

### Afdeling 2. – Aanstellingsvoorwaarden

#### Artikel 18.

De aanstelling van een natuurlijke persoon

als ziekenhuisarts is mogelijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1° op een wettige wijze de geneeskunde in België uitoefenen, met uitzondering van de met de ziekenhuisarts gelijkgestelden als bedoeld in artikel 4;

2° houder zijn van de vereiste diploma's en erkenningen ter uitoefening van de medische specialiteit waarvoor de functie is open verklaard;

3° zich willen engageren voor de doelstellingen van het ziekenhuis zoals onder meer vervat in de opdrachten- en waardenverklaring van het ziekenhuis;

4° zich akkoord verklaren met de algemene regeling, de financiële regeling, het medisch reglement en alle binnen het ziekenhuis geldig tot stand gekomen reglementen en protocollen;

5° voldoen aan de aanstellingsvoorwaarden zoals bepaald door het overlegcomité medische beleidszaken.

### Afdeling 3. – De aanstelling

#### Artikel 19.

§1. De aanstelling van een ziekenhuisarts gebeurt op de aanvangsdatum van de over-

eenkomst als bedoeld in artikel 3. De aanstelling gebeurt met een proefperiode van twee jaar tenzij de overeenkomst:

1° een afwijkende termijn voorziet;

2° afziet van een proefperiode.

In geval van een negatieve evaluatie of van een langdurige afwezigheid tijdens de proefperiode kan de beheerder, na advies van de medische raad, beslissen om de proefperiode éénmalig met een termijn van één jaar te verlengen.

§2. In de overeenkomst wordt onder meer het volgende opgenomen:

1° de functie van de ziekenhuisarts;

2° het activiteitsniveau van de ziekenhuisarts;

3° de titel van vast staf lid of toegelaten ziekenhuisarts;

4° de bevestiging dat de ziekenhuisarts lid is van de Vereniging der Artsen.

§3. De overeenkomst wordt bij de adviesvraag tot aanstelling van de ziekenhuisarts gevoegd.

### Afdeling 4. – Titel van een ziekenhuisarts

#### Artikel 20.

§1. Een ziekenhuisarts wordt aangesteld met de titel van vast staf lid of toegelaten ziekenhuisarts.

§2. Een vast staf lid is een ziekenhuisarts met een overeenkomst van onbepaalde duur en die zijn medische activiteiten uitoefent binnen de vzw:

1° op voltijdse basis als bedoeld in artikel 36;

2° met een lager activiteitsniveau als bedoeld in artikel 37, op voorwaarde dat de toekenning van de titel positief wordt geadviseerd door de medische raad.

§3. Een toegelaten ziekenhuisarts is een ziekenhuisarts met een overeenkomst van bepaalde duur of een overeenkomst van bepaalde opdracht zoals nader gespecificeerd in de overeenkomst als bedoeld in artikel 3.

## 05/ SCHORSING VAN DE OVEREENKOMST TUSSEN DE BEHEERDER EN EEN ZIEKENHUISARTS

#### Artikel 21.

Een ziekenhuisarts die wordt geschorst voor de uitoefening van de geneeskunde door de Orde der artsen of door een ander wettelijk bevoegd orgaan deelt dit onmiddellijk mee aan de beheerder, de voorzitter van de medische raad, de CMO en de arts-diensthoud van zijn dienst.

#### Artikel 22.

De overeenkomst als bedoeld in artikel 3 is geschorst voor de periode dat de ziekenhuisarts een tijdelijk verbod heeft om de geneeskunde uit te oefenen. De ziekenhuisarts betaalt tijdens de schorsing de kosten als bedoeld in Bijlage I.

## 06/ BEÏNDIGING VAN DE OVEREENKOMST TUSSEN DE BEHEERDER EN EEN ZIEKENHUISARTS

### Afdeling 1. – Wijzen van beëindiging

#### Artikel 23.

De overeenkomst als bedoeld in artikel 3 kan als volgt worden beëindigd:

1° automatisch;

2° in onderling akkoord tussen de beheerder en de ziekenhuisarts;

3° door opzegging op initiatief van de beheerder of op initiatief van de ziekenhuisarts;

4° door een buitengerechtelijke ontbinding;

5° door een afzetting van de ziekenhuisarts of een afzetting om dringende reden.

### Afdeling 2. – Automatische beëindiging

#### Artikel 24.

De overeenkomst als bedoeld in artikel 3 eindigt automatisch in de volgende gevallen:



1° door het verstrijken van de looptijd indien de overeenkomst voor een bepaalde duur werd afgesloten;

2° door het overlijden van de ziekenhuisarts;

3° door de schrapping van de ziekenhuisarts van de lijst van de Orde der artsen;

4° door het definitieve verlies door de ziekenhuisarts van de bevoegdheid om de geneeskunde uit te oefenen;

5° door het verlies door de ziekenhuisarts van de erkenning van de titel als arts-specialist;

6° door de intrekking van het visum van de ziekenhuisarts door de federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg;

7° wanneer de minister die de volksgezondheid onder diens bevoegdheid heeft, het specialisme of de dienst waarin de ziekenhuisarts actief is niet langer erkent en dit in hoofde van de beheerder een geval van overmacht uitmaakt, zodat deze niet langer in staat is om de overeenkomst uit te voeren;

8° op het einde van de maand waarin de ziekenhuisarts zeventig jaar wordt indien hij vóór 1 januari 1995 werd aangesteld, op het einde van de maand waarin de zieken-

huisarts de wettelijke pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt indien hij na 1 januari 1995 werd aangesteld of op het einde van de looptijd van de overeenkomst als bedoeld in artikel 33, § 4 en § 5.

### **Afdeling 3.** **– Beëindiging in onderling akkoord**

#### **Artikel 25.**

Een ziekenhuisarts en de beheerder kunnen de overeenkomst te allen tijde in onderling akkoord beëindigen, na afstemming met de dienst waarin de ziekenhuisarts actief is.

### **Afdeling 4.** **– Beëindiging van de overeenkomst van onbepaalde duur met opzegging door de beheerder of de ziekenhuisarts**

#### **Artikel 26.**

De beheerder kan de overeenkomst van onbepaalde duur met een ziekenhuisarts opzeggen. De beheerder neemt een opzeggingstermijn van minstens drie maanden in acht bij de opzegging van de overeenkomst tijdens de proefperiode. De beheerder neemt bij het beëindigen van de overeenkomst buiten de proefperiode een opzeggingstermijn van negen maanden in acht, te vermeerderen met drie maanden per jaar dienst in het ziekenhuis, zonder dat de

totale opzegtermijn meer kan bedragen dan twee jaar.

#### **Artikel 27.**

Een ziekenhuisarts kan de overeenkomst van onbepaalde duur met de beheerder opzeggen. De ziekenhuisarts neemt een opzeggingstermijn van minstens drie maanden in acht bij de opzegging van de overeenkomst tijdens de proefperiode, zonder dat deze termijn de proefperiode overschrijdt. De ziekenhuisarts neemt bij het beëindigen van de overeenkomst buiten de proefperiode een opzeggingstermijn van zes maanden in acht.

#### **Artikel 28.**

In onderling akkoord kunnen de beheerder en de ziekenhuisarts afwijken van de opzeggingstermijn als bedoeld in de artikelen 26 en 27.

#### **Artikel 29.**

De opzegging als bedoeld in de artikelen 26 en 27 wordt gegeven per aangetekend schrijven of per brief die voor ontvangst wordt afgetekend door respectievelijk de ziekenhuisarts en de beheerder. De opzeggingstermijn gaat in de eerste dag van de maand volgend op deze waarin de opzegging wordt betekend.



### **Afdeling 5.** **– Buitengerechterlijke ontbinding van de overeenkomst**

#### **Artikel 30.**

**§ 1.** Zowel de beheerder als de ziekenhuisarts kunnen te allen tijde en wederzijds de ander schriftelijk in gebreke stellen bij een vastgestelde tekortkoming aan de verplichtingen zoals voorzien in de Ziekenhuiswet, de algemene regeling, de financiële regeling, het medisch reglement of de overeenkomst als bedoeld in artikel 3 met vermelding van een termijn van minstens 30 dagen om aan de tekortkoming te verhelpen.

**§ 2.** Elke ingebrekestelling gebeurt bij gerechtsdeurwaarderexploot of bij aangetekend schrijven, dat wordt geacht ontvangen te zijn op de derde werkdag na de datum van de verzending.

**§ 3.** De overeenkomst kan buitengerechterlijk en éénzijdig ontbonden worden wegens een ernstige contractuele wanprestatie door hetzij de beheerder, hetzij de ziekenhuisarts mits naleving van volgende voorwaarden:

1° de beslissing tot ontbinding wordt via aangetekend schrijven ter kennis gebracht van de andere partij met precisering van de verweten tekortkoming en vermelding van de datum waarop de overeenkomst als ontbonden wordt beschouwd, zonder

voorafgaande tussenkomst van de rechter en zonder afbreuk te doen aan het recht van de partij die de beslissing tot ontbinding neemt op een aanvullende schadevergoeding;

2° de beslissing tot ontbinding kan slechts genomen worden indien de tegenpartij binnen een periode van twee jaar minstens twee keer schriftelijk in gebreke werd gesteld zoals bedoeld in de eerste paragraaf.

**§ 4.** In ieder geval, maar niet exhaustief, rechtvaardigt een tekortkoming aan één of meerdere van de volgende bepalingen, in de mate zij ernstig of herhaaldelijk voorkomend is, de éénzijdige buitengerechterlijke ontbinding ten laste van de ziekenhuisarts:

1° de verplichtingen van de ziekenhuisarts inzake de continuïteit van de zorgen;

2° de verplichtingen van de ziekenhuisarts inzake het medisch dossier;

3° de verplichtingen van de ziekenhuisarts inzake het privacybeleid van het ziekenhuis;

4° de weigering van de ziekenhuisarts om deel te nemen aan de procedure voor een gerichte medical audit, evenals de weigering tot uitvoering van het in dat kader opgelegde implementatieplan;

5° het niet naleven van de wettelijke, contractuele of reglementaire verplichtingen betreffende het aanrekenen van erelonen aan de patiënt of de ziekenfondsen.

## Afdeling 6. – Afzetting en afzetting om dringende redenen

### Artikel 31.

§1. De beheerder kan de overeenkomst met de ziekenhuisarts beëindigen door een afzetting.

Een afzetting is mogelijk wanneer de beheerder sanctionerend wenst op te treden voor een aangemerkte tekortkoming in hoofde van de ziekenhuisarts.

De feiten die aanleiding kunnen geven tot een afzetting zijn een verwijtbaar gedrag en/of een ernstige of een herhalende inbreuk op de verbintenissen ten overstaan van het ziekenhuis, de patiënten en/of de andere ziekenhuisartsen of medewerkers van het ziekenhuis.

§2. De beheerder hoort de ziekenhuisarts voorafgaand aan de afzetting.

§3. De afgezette ziekenhuisarts heeft recht op een opzeggingstermijn van vier maanden, te vermeerderen met een maand per begonnen periode van vijf jaar medische activiteit in het ziekenhuis, zonder dat de opzeggings-termijn langer dan zes maanden kan zijn. In uitzonderlijke omstandigheden, die uit-

drukkelijk gemotiveerd worden, kan de beheerder in onderling akkoord met de CMO en de medische raad beslissen om de opzeggingstermijn van zes maanden in te korten tot minstens één maand.

§4. De beheerder deelt de beslissing tot afzetting per aangetekend schrijven mee aan de betrokken ziekenhuisarts. In dit schrijven wordt de datum vermeld waarop de overeenkomst eindigt en de redenen die aanleiding geven tot de afzetting en dusdanig tot de beëindiging van de overeenkomst.

### Artikel 32.

§1. De beheerder kan de overeenkomst met een ziekenhuisarts beëindigen door een afzetting om dringende redenen.

§2. Een afzetting om dringende reden is mogelijk wanneer een ernstig en zwaarwichtig feit van de ziekenhuisarts elke samenwerking met het ziekenhuis onmiddellijk en definitief onmogelijk maakt.

§3. De afzetting om dringende reden gebeurt binnen de drie werkdagen nadat de beheerder kennis heeft genomen van het ernstig en zwaarwichtig feit dat tot de afzetting om dringende reden aanleiding geeft. De beheerder kan de termijn als bedoeld in het eerste lid enkel overschrijden als de medische raad positief adviseert over de afzetting om dringende redenen.

§4. De kennisgeving van de afzetting om dringende reden gebeurt hetzij per aangetekend schrijven, hetzij bij deurwaarders-exploit, hetzij door afgifte van een geschrift aan de betrokken ziekenhuisarts tegen ontvangstbewijs. Enkel de handtekening van de ziekenhuisarts op het duplicaat van het geschrift geldt als bericht van ontvangst van deze kennisgeving.



## 07/ HERNIEUWING VAN DE OVEREENKOMST VAN EEN ZIEKENHUISARTS DIE DE WETTELIJKE PENSIOENGERECHTIGDE LEEFTIJD BEREIKT OF DIE 70 JAAR WORDT INDIEN HIJ VOOR 1 JANUARI 1995 WERD AANGESTELD

### Artikel 33.

§1. De beheerder kan de overeenkomst met een ziekenhuisarts die de wettelijke pensioengerechtigde leeftijd bereikt of die zeventig jaar wordt indien hij vóór 1 januari 1995 werd aangesteld, hernieuwen door middel van een nieuwe overeenkomst van bepaalde duur.

De hernieuwing is enkel mogelijk als de ziekenhuisarts daartoe uiterlijk twaalf maanden voor datum als bedoeld in artikel 24, 8° een schriftelijke en gemotiveerde aanvraag indient bij de beheerder.

§2. De beheerder verzoekt de ziekenhuisartsen van de medische dienst waarin de betrokken ziekenhuisarts actief is om een gemotiveerd advies. De betrokken ziekenhuisarts wordt niet betrokken in deze adviesprocedure.

§3. De beheerder kan de hernieuwing van de overeenkomst gemotiveerd weigeren op grond

van één of meerdere van de volgende motieven:

1° een hernieuwing staat de organisatie van een kwaliteitsvolle zorg in de weg;

2° een hernieuwing spoort niet met het medisch strategisch beleidsplan;

3° een hernieuwing staat de continuïteit van de zorg in de weg;

4° een hernieuwing spoort niet met de betrachtting van een evenwichtige leeftijdsverdeling en voldoende rotatie binnen de medische staf als bedoeld in artikel 18, tweede lid, 3° van de Ziekenhuiswet.

§4. Na een positief advies als bedoeld in artikel 9, 11° sluit de beheerder een hernieuwde overeenkomst als bedoeld in artikel 3 met de betrokken ziekenhuisarts voor maximaal twee jaar.

De overeenkomst vangt aan op de datum als bedoeld in artikel 24, 8°.

§5. De ziekenhuisarts kan navolgend één of meerdere hernieuwingen van de overeenkomst aanvragen.

De hernieuwing is slechts mogelijk als de ziekenhuisarts daartoe uiterlijk zes maanden voor het verstrijken van de looptijd van de hernieuwde overeenkomst een schriftelijke en gemotiveerde aanvraag indient bij de beheerder. Een bijkomende hernieuwing kan aangevraagd worden voor een periode van maximaal één jaar.

## 08/ WERKVOORWAARDEN VAN EEN ZIEKENHUISARTS

### Afdeling 1. – Professionele autonomie van een ziekenhuisarts

#### Artikel 34.

Het ziekenhuis vrijwaart de professionele autonomie van de ziekenhuisarts bij de uitoefening van de geneeskunde. De ziekenhuisarts is geen ondergeschikte van de beheerder. Hij staat niet onder zijn gezag, leiding en toezicht. De ziekenhuisarts alleen beschikt over en is tegenover eenieder aansprakelijk voor de diagnostische en therapeutische vrijheid.

### Afdeling 2. – Medische dossiers

#### Artikel 35.

§1. Een ziekenhuisarts verbindt zich ertoe om voor elke patiënt een medisch dossier als onderdeel van een elektronisch patiëntendossier aan te leggen.

§2. Het ziekenhuis zorgt ervoor dat de patiëntendossiers zorgvuldig kunnen worden bijgehouden in het ziekenhuis, met uitzondering van de patiëntendossiers van patiënten die uitsluitend behandeld worden in de

privé-praktijk van een ziekenhuisarts zonder gebruik van het elektronisch patiëntendossier.

§3. De ziekenhuisarts heeft geen recht meer op toegang tot de medische dossiers van de ziekenhuispatiënten van zodra de overeenkomst als bedoeld in artikel 3 eindigt.

### Afdeling 3. – Activiteitsniveau van een vast staflid

#### Artikel 36.

§1. Het activiteitsniveau van een vast staflid wordt bepaald in de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in artikel 3.

§2. Een vast staflid wordt in principe voltijds en exclusief aangesteld. Onder een voltijdse aanstelling wordt begrepen een activiteitsniveau van minstens acht halve dagen per week. Een dag bestaat maximum uit twee dagdelen, waarvan het eerste dagdeel start in het tijdsvenster van 0u00 tot 13u00 en het tweede dagdeel in het tijdsvenster van 13u00 tot 24u00. Een dagdeel duurt minstens 4 uur (aaneensluitend). Een week telt maximum 10 dagdelen.

§3. Een vast staflid meldt elke extramurale medische activiteit alsook elke afbouw van intramurale activiteit aan de beheerder en de medische raad. In voorkomend geval wordt het activiteitsniveau aangepast in de

schriftelijke overeenkomst als bedoeld in artikel 3.

§4. Zonder voorafgaandelijke schriftelijke goedkeuring van de beheerder kan een vast staflid geen medische activiteit in een ander ziekenhuis of privé-raadplegingen of andere extramurale ambulante activiteiten uitoefenen.

§5. De medische activiteit van een vast staflid wordt zo georganiseerd dat deze op dienstniveau evenwichtig wordt gespreid.

§6. De duur van de extramurale en de niet-verplichte inslapende wachtdiensten wordt niet meegerekend bij het bepalen van het niveau van als bedoeld in § 2, tweede lid. De medische activiteiten in het kader van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk of een formele samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuis en een ander ziekenhuis, alsook de activiteit in functie van de uitvoering van een bepaald mandaat (bv. domeinverantwoordelijke, diensthoofd, ...) worden meegerekend bij het bepalen van het niveau als bedoeld in § 2, tweede lid.

#### Artikel 37.

Een ziekenhuisarts kan uitzonderlijk met de titel van vast staflid worden aangesteld voor een activiteitsniveau dat lager ligt dan het niveau als bedoeld in artikel 36, § 2, tweede lid.



### Afdeling 4. – Samenwerking tussen ziekenhuisartsen

#### Artikel 38.

§1. Associatieovereenkomsten tussen ziekenhuisartsen en alle andere documenten die de samenwerking tussen ziekenhuisartsen en vennootschappen van artsen op dienstniveau regelen, alsmede de wijzigingen in zulke akkoorden en documenten, worden voorafgaandelijk door de betrokken ziekenhuisartsen ter goedkeuring voorgelegd aan de medische raad en de beheerder.

§2. De associatieovereenkomsten en documenten als bedoeld in § 1 kunnen niet afwijken van de algemene regeling, het medisch reglement en het reglement van inwendige orde van de dienst waarin de betrokken ziekenhuisartsen actief zijn. Zij bevatten volgende tekst: 'De bepalingen van de algemene regeling, het medisch reglement, het reglement van inwendige orde van de dienst waarin de partijen actief zijn en de overeenkomst als bedoeld in artikel 3 van de algemene regeling primeren op de tekst van deze overeenkomst.'

§3. Zowel de beheerder als de medische raad kunnen de goedkeuring van de associatieovereenkomsten en documenten als bedoeld in § 1 laten afhangen van het aanbrengen van wijzigingen die ze aan betrokken ziekenhuisartsen mededelen.

### Afdeling 5. – Personeel van het ziekenhuis of van een ziekenhuisarts

#### Artikel 39.

§1. De beheerder verbindt er zich toe om, binnen zijn financiële mogelijkheden, te voorzien in voldoende en bekwaam personeel.

§2. Een ziekenhuisarts heeft tijdens zijn medische activiteiten en bij de organisatie van de raadplegingen een instructierecht ten aanzien van personeelsleden bij de medische dienst waarin hij actief is.

Een ziekenhuisarts kan deze personeelsleden niet inzetten buiten het ziekenhuis behoudens na een schriftelijk akkoord van de beheerder.

#### Artikel 40.

Een ziekenhuisarts mag eigen personeel aanwerven om in het ziekenhuis te werken op voorwaarde dat dit voorafgaandelijk aan de beheerder ter kennis wordt gebracht. Hij draagt ten uitsluitende titel alle verplichtingen die op een werkgever rusten. De beheerder stelt een sjabloon van een arbeidsovereenkomst tussen de ziekenhuisarts en het eigen personeel ter beschikking. De ziekenhuisarts deelt de beëindiging van een arbeidsovereenkomst mee aan de beheerder.



## **Afdeling 6.** – Materiaal van het ziekenhuis of van ziekhuisartsen

### **Artikel 41.**

§1. De beheerder verbindt er zich toe om, binnen zijn financiële mogelijkheden, het nodige materiaal ter beschikking te stellen van de ziekenhuisartsen.

Een ziekenhuisarts gebruikt dit materiaal als een goede huisvader. Enkel na een schriftelijk goedkeuring door de beheerder kan een ziekenhuisarts dit materiaal buiten het ziekenhuis gebruiken.

§2. De beheerder staat in voor de verzekering met betrekking tot dit materiaal en de keuring en het onderhoud ervan.

§3. Een ziekenhuisarts meldt problemen met of defecten aan het materiaal onmiddellijk aan de desbetreffende verantwoordelijken van het ziekenhuis.

### **Artikel 42.**

§1. Een ziekenhuisarts mag, na schriftelijke melding aan en goedkeuring van de beheerder, in het ziekenhuis eigen materiaal gebruiken. Bij ontstentenis van deze melding wordt dit materiaal geacht toe te behoren aan het ziekenhuis.

§2. De beheerder en de medische raad waken erover dat het gebruik van het eigen

materiaal van de ziekenhuisarts de normale werking van de ziekenhuisactiviteiten niet verstoort.

De beheerder kan enkel aansprakelijk worden gesteld voor de schade aan of door dit materiaal berokkend door eigen fout of fout van haar aangestelden. De beheerder sluit een brandverzekering af ter dekking van de brandschade aan dit materiaal.

§3. Een ziekenhuisarts meldt de beëindiging van het gebruik van eigen materiaal schriftelijk bij de beheerder.

## **Afdeling 7.** – Opnames en verwijzingen door een ziekenhuisarts

### **Artikel 43.**

Behoudens andersluidende schriftelijke overeenkomst neemt een ziekenhuisarts uitsluitend patiënten op in het ziekenhuis.

### **Artikel 44.**

Onverminderd de vrije keuze van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de ziekenhuisarts, maakt de ziekenhuisarts bij verwijzingen gebruik van de medische dienstverlening van het ziekenhuis, tenzij er een voorafgaand akkoord is van de medische raad en de beheerder.

De vorige bepaling geldt ook bij privé-raadplegingen door de ziekenhuisarts en voor andere extramurale medische activiteiten.

## **Afdeling 8.** – Continuïteit van zorgen en medische permanentie

### **Artikel 45.**

Een ziekenhuisarts verzekert de continuïteit van zijn zorgen en neemt deel aan de wacht-diensten conform de afspraken op dienstniveau.

## **Afdeling 9.** – Vervanging van een ziekenhuisarts

### **Artikel 46.**

Een ziekenhuisarts mag zich in geval van hoogdringendheid bij ziekte of langdurige onbeschikbaarheid enkel laten vervangen met het voorafgaand schriftelijk akkoord van de CMO en na voorafgaande kennisgeving aan de beheerder en de medische raad.

## **Afdeling 10.** – Verzekeringen

### **Artikel 47.**

§1. Een ziekenhuisarts verzekert zijn professionele aansprakelijkheid op afdoende wijze, alsook deze van de ziekenhuisarts-assistent waarvan hij stagemeester is en deze van zijn personeel.

Bij zijn aanstelling sluit een ziekenhuisarts zich aan bij de groepspolis, afgesloten door de beheerder. Ziekenhuisartsen die aangesloten zijn bij de groepspolis kunnen hun aansluiting niet éézijdig opzeggen.

§2. De beheerder verbindt er zich toe een volgens de gangbare normen passende verzekering af te sluiten voor alle aansprakelijkheidsrisico's van de leden van de beheerder, de leden van het directiecomité en het personeel dat het ziekenhuis tewerkstelt.

## **Afdeling 11.** – Gebruik merknaam

### **Artikel 48.**

Een ziekenhuisarts verbindt er zich toe de merknamen, de logo's en de huisstijl te gebruiken conform de afsprakennota die aan de ziekenhuisarts ter kennis wordt gebracht.



## 09/ FINANCIËLE REGELING

### Artikel 49.

De financiële regeling, als onderdeel van de algemene regeling, is opgenomen in hoofdstuk 8 van dit charter deugdelijk bestuur.

## 10/ GEGEVENSBESCHERMING

### Artikel 50.

De onderlinge regeling inzake gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken maakt integraal deel uit van de algemene regeling en staat vermeld in hoofdstuk 9 van dit charter deugdelijk bestuur.

## 11/ ARBITRAGE VOOR GESCHILLEN TUSSEN DE BEHEERDER EN EEN OF MEERDERE ZIEKENHUISARTSEN

### Artikel 51.

Geschillen tussen de beheerder en één of meerdere ziekenhuisartsen worden definitief beslecht volgens het reglement van het Belgisch Centrum voor Arbitrage en Mediatie (CEPANI) door één of meer arbiters die overeenkomstig dit reglement zijn aangesteld. De plaats van de arbitrage is Gent. De proceduretaal is het Nederlands.

## 12/ SLOTBEPALINGEN

### Artikel 52.

Deze algemene regeling treedt in werking op 1 januari 2025.

### Artikel 53.

De ongeldigheid van één of meerdere bepalingen van de algemene regeling als gevolg van dwingende wettelijke bepalingen tast in geen geval de geldigheid van de gehele algemene regeling aan.

### Artikel 54.

Een ziekenhuisarts wordt per post of digitaal in kennis gesteld van de algemene regeling en van wijzigingen ervan.

### Artikel 55.

Indien de regelgeving waarnaar verwezen wordt in de algemene regeling een nieuwe nummering krijgt of hernomen wordt in nieuwe regelgeving zonder inhoudelijke wijzigingen, kan de beheerder deze wijzigingen in de algemene regeling aanpassen.

### Artikel 56.

De algemene regeling en de wijzigingen ervan treden in werking vanaf de datum van vaststelling ervan door de beheerder.



# 08

## Financiële regeling tussen vzw Maria Middelaes en de ziekenhuisartsen

### Medische activiteiten van ziekenhuisartsen

#### 01/ ALGEMENE BEPALINGEN

##### Artikel 1.

Dit reglement geldt als een financiële regeling met betrekking tot de medische activiteiten van ziekenhuisartsen, als bedoeld in artikel 144, § 3, 4° van de Ziekenhuiswet en vormt één geheel met de algemene regeling van de rechtsverhouding tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen.

##### Artikel 2.

In deze financiële regeling wordt verstaan onder:

1° EIS-fonds: het fonds ter financiering van een aantal kosten en investeringen die in het ziekenhuis moeten worden gemaakt en die niet of onvoldoende door het budget van financiële middelen of door andere financieringsbronnen gedekt worden;

2° KB 25 november 1991: het Koninklijk Besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorgehouden aan de beoefenaars van geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, en aan de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die door de minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten;

3° KB 29 april 2008: het Koninklijk Besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten;

4° KB 3 februari 2011: het Koninklijk Besluit van 3 februari 2011 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen forfaitaire honoraria betaalt aan de geneesheren-specialisten in de pediatrie die een aanwezigheid in het ziekenhuis verzekeren

5° KB ziekenhuisboekhouding: het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, het Koninklijk Besluit van 19 juni 2007 betreffende

de jaarrekening van de ziekenhuizen en het Koninklijk Besluit van 6 december 2020 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden (besluit inzameling Finhosta);

6° laagvariabele ziekenhuiszorg: ziekenhuiszorg waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname geldt overeenkomstig de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (Wet LVZ) en het Koninklijk Besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (KB LVZ);

7° prestaties onder contract: dit zijn de medische prestaties waarvoor de beheerder en de ziekenhuisarts of financiële pool een afzonderlijke financiële regeling als bedoeld in artikel 9, §3 afsluiten, en waarvan de lijst als bijlage bij de algemene regeling wordt gevoegd;

8° reglement van centrale inning: het reglement betreffende de werking van de dienst voor de centrale inning van de medische erelonen als bedoeld in artikel 149, 1e van de Ziekenhuiswet;

9° RIZIV-wet: de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

10° Vereniging der Artsen: de vzw Vereniging der Artsen van Maria Middelaes vzw met maatschappelijke zetel gelegen te Buiterring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0422.948.308;

11° winstdoelstelling: de doelstelling van de vzw om een operationeel resultaat van minstens 1% van de bedrijfsopbrengsten te realiseren.



## 02/ ERELOON VAN EEN ZIEKENHUISARTS

### Afdeling 1. – Bepalen van het ereloon van een ziekenhuisarts

#### Artikel 3.

§1. Binnen de overeenkomsten of akkoorden afgesloten door zijn professionele organisaties met de verzekeringsorganismen, en met naleving van de regels van de medische deontologie, bepaalt een ziekenhuisarts vrij het bedrag van de erelonen die hij aan zijn patiënten aanrekent.

§2. Overeenkomsten tussen de beheerder en derden verbinden de ziekenhuisarts niet voor de bepaling van zijn ereloon.

§3. De ereloonsupplementen die aangerekend mogen worden, bedragen maximum 100% van het RIZIV-tarief dat voor die prestatie wordt toegekend.

### Afdeling 2. – Inning van de erelonen

#### Artikel 4.

De centrale inningdienst van het ziekenhuis int alle erelonen voor rekening van de ziekenhuisartsen, overeenkomstig het reglement van centrale inning.

### Afdeling 3. – Waarborg voor de patiënten

#### Artikel 5.

§1. De patiënt wordt behandeld volgens de voorwaarden bepaald door het akkoord afgesloten in de schoot van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, in geval van verblijf in een kamer met twee bedden of meer. De beheerder, de CMO en de medische raad oefenen toezicht uit op deze bepaling.

§2. Indien het quorum van verbintenissen, vereist door artikel 50 van de RIZIV-wet is bereikt, leeft een verbonden ziekenhuisarts de verbintenistarieven na voor de patiënt zonder bijzondere eisen, opgenomen in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer.

§3. Een ziekenhuisarts die niet verbonden is en zich niet verbindt om de verbintenistarieven ten aanzien van de patiënten toe te passen, deelt dit mee aan de beheerder. De beheerder geeft hiervan kennis aan de medische raad.

§4. De medische raad waarborgt dat de in § 1 bedoelde patiënt tegen het verbintenis-tarief kan worden verzorgd. Zo dit niet het geval is, neemt de beheerder, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige maatregelen. De beheerder geeft hiervan kennis aan de medische raad.

§5. Elke patiënt, toegelaten via de wacht-dienst, geniet van de toepassing van de tarieven bepaald door de verbintenis van de ziekenhuisartsen ten aanzien van de sociaal verzekerden inzake ziekteverzekering, tenzij die patiënt of zijn vertegenwoordigers bijzondere eisen stellen.

§6. Elke dienst moet voor raadplegingen in de polikliniek voldoende uren voorbehouden voor raadplegingen tegen het verbintenis-tarief.

### Afdeling 4. – Overtredingen

#### Artikel 6.

Elke klacht tegen een ziekenhuisarts in verband met een overtreding van het reglement centrale inning of in verband met de overeenkomst betreffende de vaststelling van erelonen wordt ter kennis gebracht van de beheerder, de CMO en de voorzitter van de medische raad.

De CMO onderzoekt de klacht en brengt daarover verslag uit op de eerstvolgende vergadering van het overlegcomité medische beleidszaken.

Het overlegcomité medische beleidszaken adviseert de beheerder over het gevolg dat aan de klacht kan worden gegeven.

De beheerder kan daarna slechts maatregelen opleggen na hieromtrent het advies van de medische raad te hebben ingewonnen.



## 03/ KOSTENREGELING, VERGOEDINGSSTELSELS EN AANWENDING VAN HET BEDRAG VAN DE ERELONEN

### Afdeling 1. – Lasten en kosten

#### Artikel 7.

Met uitzondering van de ziekenhuisartsen die overeenkomstig artikel 9, §1, 4° en 5° een vaste vergoeding ontvangen, worden de erelonen verminderd met:

1° de administratieve kosten voor de werking van de centrale inningdienst;

2° de reële kosten veroorzaakt door de medische prestaties voor zover deze kosten niet geheel of deels worden vergoed door het budget van financiële middelen;

3° de afdrachten in het kader van artikel 155, § 1, eerste lid, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet.

#### Artikel 8.

§1. De beheerder rekent de bijdrage voor de reële kosten veroorzaakt door de medische prestaties in het ziekenhuis die niet door het budget van financiële middelen worden gedekt aan via directe en indirecte kosten en dit in overeenstemming met het KB ziekenhuisboek-

houding.

§2. In afwijking van de vorige paragraaf worden er voor het personeel op de loonlijst van de vzw dat tewerkgesteld is in de polikliniek, op het medisch secretariaat, op de studiedienst van een ziekenhuisarts, als instrumenterende of als ziekenhuisartsassistent geen omslagkosten aangerekend.

De reële directe loonlasten van deze personeelsleden wordt enkel verhoogd met enerzijds een percentage van 3% voor hr en sociaal secretariaat en anderzijds een percentage van 1,5% als compensatie voor het gebruik van de diverse diensten en voordelen als bedoeld in de volgende paragraaf.

§3. Als compensatie voor het gebruik van de diverse diensten en de voordelen die de vzw aan ziekenhuisartsen met de titel van vast stafid en personeel als bedoeld in artikel 40 van de algemene regeling verleent, is er jaarlijks een forfaitaire bijdrage verschuldigd.

De bijdrage bedraagt voor een periode van een volledig kalenderjaar 1.070 euro per vast stafid of per personeelslid als bedoeld in artikel 40 van de algemene regeling, en dit ongeacht het activiteitsniveau van de ziekenhuisarts of het arbeidsregime van het betrokken personeelslid. Het basisbedrag van deze forfaitaire bijdrage wordt met ingang van 1 januari 2025 jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de evolutie van de gezondheidsindex. Elke andere wijziging van het basisbedrag van deze forfaitaire bijdrage

gebeurt in consensus tussen de beheerder en de medische raad.

**§4.** Voor het extramuraal gebruik van het elektronisch patiëntendossier dat het ziekenhuis ter beschikking stelt, is er jaarlijks een forfaitaire bijdrage van 750 euro verschuldigd tenzij de ziekenhuisarts alle extramurale ambulante prestaties met toepassing van het reglement van centrale inning door het ziekenhuis laat factureren.

Het basisbedrag van deze forfaitaire bijdrage wordt met ingang van 1 januari 2025 jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de evolutie van de gezondheidsindex. Elke andere wijziging van het basisbedrag van deze forfaitaire bijdrage gebeurt in consensus tussen de beheerder en de medische raad.

De ziekenhuisarts die voor 1 januari 2024 door de beheerder werd aangesteld en zijn medische activiteit op voltijdse basis als bedoeld in artikel 36 van de algemene regeling uitoefent, kan aan de Vereniging der Artsen vragen om vrijgesteld te worden van de forfaitaire bijdrage voor het extramuraal gebruik van het elektronisch patiëntendossier dat het ziekenhuis ter beschikking stelt. De vrijstelling geldt voor een periode van één jaar maar kan op schriftelijk verzoek van de

ziekenhuisarts steeds hernieuwd worden met een periode van één jaar.

**§5.** De vorige paragraaf is enkel van toe-

passing voor ziekenhuisartsen met de titel van vast staf lid.

## Afdeling 2. – Vergoedingsstelsels

### Artikel 9.

**§1.** De ziekenhuisartsen worden vergoed volgens één van volgende vergoedingsstelsels:

1° vergoeding per prestatie;

2° vergoeding gegrond op de verdeling van een 'pool' van vergoedingen per prestatie die voor het gehele ziekenhuis of per dienst of per financiële pool wordt gevormd;

3° vergoeding bestaande uit een contractueel of statutair bepaald percentage van de vergoeding per prestatie of van een 'pool' van vergoedingen per prestatie;

4° forfaitaire vergoeding bestaande uit een wedde;

5° vaste vergoeding eventueel vermeerderd met een aandeel in de 'pool' der vergoedingen per prestatie.

**§2.** Na de vermindering van de erelonen als bedoeld in artikel 7 worden de vergoedingen per prestatie betaald aan de ziekenhuisartsen overeenkomstig de modaliteiten zoals vastgesteld in het reglement van centrale inning.



De betaling gebeurt volgens de geneeskundige prestaties die ze hebben gedaan en die ingevorderd werden.

In geval van een associatieovereenkomst als bedoeld in artikel 38 van de algemene regeling of een specifieke financiële overeenkomst tussen meerdere ziekenhuisartsen van eenzelfde tak worden de stortingen gedaan volgens die overeenkomst.

**§3.** Behoudens een andersluidende schriftelijke overeenkomst tussen de beheerder en de ziekenhuisarts worden de ziekenhuisartsen vergoed overeenkomstig voorgaande paragraaf. Deze overeenkomst wordt voorafgaand voor advies voorgelegd aan de medische raad en als bijlage aan de algemene regeling gevoegd. Zij vormt er één geheel mee.

## Afdeling 3. – Provisionele en periodieke betalingen

### Artikel 10.

**§1.** Naarmate de erelonen geïnd worden, kan de Vereniging der Artsen provisionele maandelijkse stortingen aan de vzw doen. De stortingen hebben betrekking op de financieringsbronnen voor het EIS-fonds en op de prestaties onder contract van de medische diensten nierdialyse, revalidatie en fysiotherapie, radiologie, en klinische biologie. De stortingen hebben eveneens betrekking op de overeenkomst tussen de vzw en het

RIZIV betreffende langdurige zuurstoftherapie thuis voor ernstige chronische ademhalingsinsufficiëntie en de overeenkomst tussen de vzw en het RIZIV inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten en op de nieuwe overeenkomsten met het RIZIV waarin o.a. een vergoeding voor ziekenhuisartsen wordt voorzien.

**§2.** Voor de prestaties onder contract van de medische diensten nierdialyse, klinische biologie, revalidatie en fysiotherapie, radiologie, pneumologie en endocrinologie/diabetologie bestaat de voorlopige bijdrage uit de ontvangen erelonen verminderd met:

1° de administratieve kosten voor de werking van de centrale inningsdienst als bedoeld in artikel 20, §1;

2° de kosten overeenkomstig artikel 155, §1, eerste lid, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet als bedoeld in artikel 20, §1-2;

3° de afhoudingen op erelonen als bedoeld in artikel 26;

4° de voorlopige erelonen te storten aan elk der ziekenhuisartsen die in deze diensten werken.

## 04/ LANGE TERMIJN FINANCIËLE CONTINUÏTEIT VAN HET ZIEKENHUIS

### Afdeling 1. – Winstdoelstelling van het ziekenhuis

#### Artikel 11.

Om de lange termijn financiële continuïteit van het ziekenhuis te vrijwaren, streeft de beheerder jaarlijks een operationeel resultaat van minstens 1% van de bedrijfsopbrengsten van de vzw na.

Het operationeel resultaat van het boekjaar betreft het resultaat uit de normale bedrijfsvoering na correctie voor financiële opbrengsten en kosten. Uitzonderlijke opbrengsten en uitzonderlijke kosten in de zin van het KB ziekenhuisboekhouding worden hierbij niet in rekening gebracht.

#### Artikel 12.

§1. Indien bij de afsluiting van het boekjaar blijkt dat het operationeel resultaat groter is dan 1% van de bedrijfsopbrengsten dan wordt het bedrag dat het operationeel resultaat van 1% van de bedrijfsopbrengsten overtreft in het desbetreffende boekjaar geheel of gedeeltelijk toegewezen aan het EIS-fonds.

Het aldus vastgestelde bedrag van het surplus komt integraal toe aan het EIS-fonds indien het surplus maximaal 15% van de

structurele financieringsbronnen van het EIS-fonds als bedoeld in artikel 16, §2, 1°, 5° en 8° bedraagt. In het andere geval wordt slechts de helft van het surplus aan het EIS-fonds toegewezen.

Het aldus bij afsluiting van het boekjaar aan het EIS-fonds toegewezen surplus mag gedurende de drie daaropvolgende boekjaren niet aangewend worden voor medische beleidsmaatregelen in de zin van artikel 17, §1 tenzij dat de situatie als bedoeld in de volgende paragraaf zich voordoet.

§2. Indien bij de afsluiting van het boekjaar blijkt dat het operationeel resultaat kleiner is dan 1% van de bedrijfsopbrengsten dan komt het tekort ten opzichte van het bedrag dat overeenstemt met een operationeel resultaat van 1% van de bedrijfsopbrengsten in het desbetreffende boekjaar geheel of gedeeltelijk ten laste van het EIS-fonds. Het aldus vastgestelde tekort komt bij afsluiting van de boekhouding integraal ten laste van het EIS-fonds indien het tekort maximaal 15% van de structurele financieringsbronnen van het EIS-fonds in de zin van artikel 16, §2, 1°, 5° en 8° bedraagt. In het andere geval wordt slechts de helft van het tekort aan het EIS-fonds toegewezen.

### Afdeling 2. – Monitoringscomité

#### Artikel 13.

§1. Binnen de schoot van het EIS-comité als bedoeld in artikel 18, §5 wordt er een monitoringcomité opgericht.

§2. Het monitoringcomité heeft de bevoegdheid om na te gaan of financiële of organisatorische afspraken in uitvoering van beslissingen van het EIS-comité of van andere officiële comités of organen correct worden nageleefd. Daarnaast heeft het comité de opdracht om voorstellen uit te werken die de performantie en de efficiëntie van klinische, verpleegkundige of zorgondersteunende processen in het ziekenhuis borgen of verbeteren.

Het monitoringcomité heeft, casus per casus, toegang tot alle voor de desbetreffende casus nuttige en relevante informatie of cijfermateriaal. Een technische cel bestaande uit experts aangeduid door de beheerder en de medische raad bereidt hiertoe het nodige voor. De leden van het monitoringcomité en de experts van de technische cel nemen bij de kennisname van vertrouwelijke informatie of cijfermateriaal de nodige discretie in acht.

§3. Het monitoringcomité actualiseert minstens één keer per jaar de lijst met de in de vzw aanwezige medische uitrusting als bedoeld in artikel 17, §2, 1° en maakt een in-

schatting van het moment dat die uitrusting dient vervangen te worden. De lijst neemt een perspectief van tien jaar in acht.

Het monitoringcomité geeft bij de opmaak van de begroting van het EIS-fonds advies over het budget dat in de eerstkomende drie werksjaren op jaarbasis voor de vervanging van medische uitrusting dient gereserveerd te worden.

Indien het benodigde budget aanleiding geeft tot een deficitaire begroting van het EIS-fonds kan het monitoringcomité de toepassing van artikel 19, §1 vragen.

§4. Het EIS-comité beslist over de aanbevelingen en de adviezen die het monitoringcomité formuleert.

§5. Het monitoringcomité rapporteert minstens één keer per jaar haar bevindingen aan de beheerder en de medische raad.

#### Artikel 14.

§1. Het monitoringcomité telt acht leden en is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de beheerder en van de medische raad. Het comité wordt voorgezeten door de voorzitter van het EIS-comité.

De voorzitter duidt een secretaris aan die van elke vergadering notulen maakt die op de volgende vergadering ter goedkeuring worden voorgelegd.

§2. Op verzoek van de voorzitter of de voorzitter van de medische raad kunnen personen wiens kwalificaties of bevoegdheden nuttig zijn voor het overleg worden uitgenodigd om als waarnemer aan één of meer vergaderingen van het monitoringcomité deel te nemen.

§3. Het monitoringcomité neemt een huiselijk reglement aan dat wordt vastgesteld in onderling akkoord tussen de beheerder en de medische raad.



## 05/ FONDS VOOR EXPLOITATIE-, INVESTERINGS- EN SOLIDARITEITS-DOELEINDEN

### Afdeling 1. – Finaliteit van het EIS-fonds

#### Artikel 15.

§1. Het EIS-fonds financiert maatregelen die moeten worden genomen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen en dekt de kosten veroorzaakt door medische activiteiten die niet of onvoldoende door het budget van financiële middelen worden vergoed.

Het EIS-fonds wordt onder meer aangewend voor:

1° medische investeringen die de kwaliteit van de zorgverlening in stand houden of verhogen;

2° voor solidariteit wat betreft kosten en investeringen gelinkt aan de medische activiteit;

3° voor de kosten en investeringen die de algemene exploitatie van het ziekenhuis ten goede komen;

4° het ondersteunen van de lange termijn financiële continuïteit van het ziekenhuis met



toepassing van het mechanisme als omschreven in de eerste afdeling van hoofdstuk IV van huidige regeling.

**§2.** Het EIS-fonds wordt gezamenlijk beheerd door de beheerder en de medische raad. Het fonds mag niet worden aangewend voor andere doeleinden dan degenen omschreven in huidige regeling.

## **Afdeling 2.** **– Financiële bronnen van het EIS-fonds.**

### **Artikel 16.**

**§1.** De afhoudingen voor en toepassingen van het EIS-fonds worden toegewezen aan een afzonderlijke kostenplaats in de boekhouding van de vzw.

**§2.** Het EIS-fonds kent volgende structurele financieringsbronnen:

1° de afhouding die wordt voorzien op de erelonen van de ziekenhuisartsen overeenkomstig artikel 155, § 1, eerste lid, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet waarbij de vaststelling van het afhoudingspercentage gebeurt in onderling overleg tussen de beheerder en de medische raad;

2° de jaarlijkse bijdrage van de diensten klinische biologie, radiologie, revalidatie en fysiotherapie, nierdialyse en anatomopatho-

logie aan het ziekenhuis waarbij de bijdrage per dienst vastgesteld wordt op basis van de toepasselijke financiële regeling tussen de desbetreffende dienst en het ziekenhuis, zoals voorafgaandelijk voor advies aan de medische raad voorgelegd en als bijlage aan de algemene regeling gevoegd;

3° indien daarenboven met bepaalde ziekenhuisartsen bijkomende financiële regelingen worden getroffen die afhoudingen voorzien in het kader van artikel 155, § 1, eerste lid, 3° en/of 4° Ziekenhuiswet, worden ook deze afhoudingen toebedeeld aan het EIS-fonds, behoudens andersluidend akkoord tussen het beheer en de medische raad; dergelijke financiële regelingen komen steeds tot stand in onderling overleg tussen het beheer en de medische raad en worden als bijlage aan de algemene regeling gevoegd;

4° de resterelonen als bedoeld in artikel 38;

5° het aandeel van de forfaitaire vergoeding voor medische uitrusting in het totaal van de forfaitaire vergoedingen die de vzw gedurende het boekjaar via het budget van financiële middelen ontvangt voor roerende investeringen en groot onderhoud;

6° het coördinatiehonorarium voor het verblijf van een patiënt in een erkend dagziekenhuis mits afhouding van de kosten als bedoeld in artikel 7;

7° de helft van de inkomsten die voortvloeien uit de aanrekening van nomenclatuurnummers 318135-318146 betreffende het toezicht op en conditionering van een donor met het oog op prelevering van een orgaan bestemd voor transplantatie;

8° de jaarlijkse bijdrage van de beheerder en van de ziekenhuisartsen in het kader van de 'matching grant' ten belope van elk één miljoen euro en dit ter ondersteuning van projecten in de zin van artikel 17, §2, 7°;

9° de bijdrage als bedoeld in artikel 12, §1 ten gevolge van het overschrijden van de winstdoelstelling van de vzw.

**§3.** De jaarlijkse bijdrage van de ziekenhuisartsen in het kader van de 'matching grant' zit vervat in de afhoudingen als bedoeld in huidig artikel 16, §2, 1°.

**§4.** De jaarlijkse bijdrage van de beheerder en van de ziekenhuisartsen in het kader van de 'matching grant' kan bij opmaak van de begroting in consensus verminderd worden tot een bedrag van elk minstens 250.000 euro indien de situatie als bedoeld in artikel 12, §2 of in artikel 19, §6 zich dreigt voor te doen. Dergelijke beslissing geldt steeds voor een termijn van maximum één jaar.

## **Afdeling 3.** **– Aanwending van en besluitvorming over het EIS-fonds**

### **Artikel 17.**

**§1.** De middelen van het EIS-fonds worden na toepassing van artikel 12 vastgesteld volgens de hierna volgende bepalingen en aangewend voor de doelstellingen zoals in artikel 15, §1 bepaald.

**§2.** Onder medische beleidsmaatregelen in de zin van artikel 155, §1, eerste lid, 4° Ziekenhuiswet wordt het volgende verstaan:

1° investeringen in medische uitrusting, met inbegrip van onderhoud of andere aan de investering verbonden operationele kosten;

2° financiële ondersteuning van medische diensten en dienstoverschrijdende functies verbonden aan het ziekenhuis;

3° financiële ondersteuning van ziekenhuis- of ondersteunende diensten van het ziekenhuis;

4° materiële ondersteuning van medische diensten en dienstoverschrijdende functies verbonden aan het ziekenhuis;

5° ondersteuning en uitbouw van de poliklinische activiteiten in het ziekenhuis;

6° opstart of continuering van medische projecten;

7° medische innovatie en onderzoek, met inbegrip van alle vormen van zorgondersteunende innovaties;

8° optimalisering van de samenwerking tussen medische diensten en dienstoverschrijdende functies van het ziekenhuis;

9° verbeteren van de medische samenwerking met andere ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk van het ziekenhuis;

10° verbetering van de medische samenwerking met andere zorgaanbieders die deel uitmaken van het netwerk van het ziekenhuis;

11° (gedeeltelijk) tegemoet te komen aan aanvragen van ziekenhuisartsen die kunnen aantonen dat de verhouding tussen de door hen uitgevoerde medische prestaties en de door de overheid voorziene vergoeding ondergewaardeerd is;

12° ter vergoeding van (een gedeelte van) eventuele ereloonfacturen van andere ziekenhuizen in het geval een prestatie voor een patiëntengroep vallende onder de laagvariabele zorg in onderaanneming aan dit andere ziekenhuis werd uitbesteed, en ons ziekenhuis hiervoor een vergoeding heeft ontvangen via de laagvariabele zorg.

Hiertoe wordt er per boekjaar een budget voor medische beleidsmaatregelen samengesteld dat overeenstemt met de bedragen bedoeld in artikel 16, §2, 1°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° en 9°.

**§3.** Exploitatiekosten in de zin van artikel 155, § 1, eerste lid, 3° van de Ziekenhuiswet zijn kosten gelinkt aan medische prestaties die niet direct toewijsbaar zijn aan een individuele ziekenhuisarts of dienst. Hiertoe wordt per boekjaar het bedrag als bedoeld in artikel 16, §2, 2° gebruikt om exploitatiekosten van de vzw die niet of onvoldoende gefinancierd zijn via het budget van financiële middelen te bekostigen met het oog op het behalen van de winstdoelstelling van de vzw.

### **Artikel 18.**

**§1.** De beheerder en de medische raad beslissen jaarlijks in consensus over de begroting en over de aanwending van de middelen uit het EIS-fonds die beschikbaar zijn voor medische beleidsmaatregelen. Bij opmaak van de begroting van het EIS-fonds wordt steeds een perspectief van minstens drie jaar in acht genomen.

**§2.** De jaarlijkse bijdrage van de beheerder en van de ziekenhuisartsen in het kader van de 'matching grant' kan enkel aangewend worden voor medische beleidsmaatregelen als bedoeld in artikel 17, §2, 7°.

**§3.** Het besluit inzake de aanwending van de middelen uit het EIS-fonds wordt jaarlijks gedocumenteerd bij opmaak van de begroting van de vzw.

Wat betreft de middelen die worden aangewend voor de exploitatiekosten in de zin van artikel 17, §3 wordt er met respect voor de wettelijke bevoegdheden van de medische raad terzake bij opmaak van de begroting transparantie geboden en wordt de besteding post factum gemotiveerd.

**§4.** Toezeggingen in het kader van medische beleidsmaatregelen kunnen gedurende één of meerdere boekjaren het EIS-fonds belasten.

**§5.** Beslissingen omtrent de aanwending van middelen uit het EIS-fonds worden voorbereid in het EIS-comité, dat paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de beheerder en van de medische raad. De samenstelling en werking van het EIS-comité, alsook de aanvraagprocedure, wordt geregeld in een huishoudelijk reglement.

**§6.** Het EIS-comité formuleert adviezen over de aanwending van de middelen van het EIS-fonds. Een advies wordt ter beslissing voorgelegd aan de beheerder en aan de medische raad. De medische raad neemt hierover een beslissing met een gewone meerderheid. Elke beslissing houdt steeds rekening met de huidige en toekomstige kosten die aan-

vragen tot een tussenkomst in het kader van medische beleidsmaatregelen voor het EIS-fonds met zich meebrengen. Behoudens andersluidende beslissing, wordt de totaliteit van de kosten toegerekend aan het jaar waarop de aanvraag tot financiering via het EIS-fonds betrekking heeft.

**§7.** In zoverre er middelen uit het EIS-fonds worden toegewezen aan een ziekenhuisarts of een dienst, kan het EIS-comité voorstellen deze toewijzing afhankelijk te maken van een bijdrage van deze ziekenhuisarts of dienst in de bedoelde investering, waarvan de hoogte door het EIS-comité wordt bepaald.

**§8.** Het EIS-comité kan voorstellen dat een dienst zelf een gedeelte van een bepaalde aankoop financiert.

**§9.** De uiteindelijke beslissing over de concrete besteding van de gelden uit het EIS-fonds en over de duurtijd van de toezeggingen in het kader van medische beleidsmaatregelen ligt bij de beheerder en de medische raad. Indien er geen consensus wordt bereikt, dient er opnieuw advies ingewonnen te worden bij het EIS-comité.

#### **Afdeling 4.** **– Overschotten of tekorten binnen het EIS-fonds**

##### **Artikel 19.**

**§1.** De overeenstemming van de vastgestelde afhoudingen met de behoeften die via het EIS-fonds moeten worden gefinancierd wordt periodiek geëvalueerd.

Indien blijkt dat de budgetten waarvan sprake in artikel 17 moeten aangepast worden, gebeurt de verhoging of verlaging in consensus tussen de beheerder en de medische raad.

**§2.** De financiële middelen van het EIS-fonds die de goedgekeurde en uitgevoerde medische beleidsmaatregelen in de zin van artikel 17, §2 over een bepaald jaar overtreffen bij de afsluiting van het boekjaar blijven in het EIS-fonds en worden overgedragen naar het volgende boekjaar. Bij een budgetoverschrijding wordt het bedrag van de overschrijding afgetrokken van het budget voor medische beleidsmaatregelen van het volgende boekjaar.

**§3.** De financiële middelen van het EIS-fonds als bedoeld in artikel 17, §3 ter compensatie van kosten die niet of onvoldoende gefinancierd zijn via het budget van financiële middelen die de reële kosten over een bepaald jaar overtreffen, blijven in het EIS-fonds en worden overgedragen naar het

budget voor medische beleidsmaatregelen van het daarop volgend jaar.

**§4.** De beheerder of de medische raad kan vragen dat de afhoudingen als bedoeld in artikel 26, §1 worden aangepast aan de reële behoefte bij een overschot of een tekort van minstens 15% van de structurele financieringsbronnen van het EIS-fonds als bedoeld in artikel 16, §2, 1°, 5° en 8°.

Een aanpassing gebeurt in consensus tussen de beheerder en de medische raad.

**§5.** Indien er bij toepassing van artikel 12, §2 een tekort als bedoeld in de vorige paragraaf ontstaat dan stelt de beheerder bij de afsluiting van het boekjaar een evenredige aanpassing van de afhoudingspercentages als vermeld in artikel 26 voor. De medische raad beschikt over een termijn van drie maanden om aan de beheerder een andere methode dan de voornoemde evenredige aanpassing voor te stellen teneinde het tekort aan te zuiveren. De termijn van drie maanden start nadat de beheerder de voorzitter van de medische raad schriftelijk op de hoogte heeft gebracht van de omvang van het tekort.

Nadat de termijn van drie maanden is verstreken, past de beheerder de afhoudingspercentages als vermeld in artikel 26 op evenredige wijze aan met een factor die overeenstemt met de verhouding tussen het tekort als bedoeld in artikel 12, §2 en het

bedrag van de jaarlijkse bijdrage aan het EIS-fonds als bedoeld in artikel 24, §2 tenzij de beheerder en de medische raad in consensus beslissen om de door de medische raad voorgestelde methode toe te passen. De aanpassing geldt voor een periode van één jaar en start op één januari van het jaar dat volgt op het jaar dat het boekjaar werd afgesloten.

**§6.** Indien er bij de jaarlijkse opmaak van de begroting voor het EIS-fonds een tekort als bedoeld in de vierde paragraaf dreigt te ontstaan dan stelt de beheerder een evenredige aanpassing van de afhoudingspercentages als vermeld in artikel 26 voor. De medische raad beschikt over een termijn van drie maanden om aan de beheerder een andere methode dan de voornoemde evenredige aanpassing voor te stellen teneinde het tekort aan te zuiveren. De termijn van drie maanden start nadat de beheerder de voorzitter van de medische raad schriftelijk op de hoogte heeft gebracht van de omvang van het tekort.

Nadat de termijn van drie maanden is verstreken, past de beheerder de afhoudingspercentages als vermeld in artikel 26 op evenredige wijze aan met een factor die overeenstemt met de verhouding tussen het tekort en het bedrag van de jaarlijkse bijdrage aan het EIS-fonds als bedoeld in artikel 24, §2 tenzij de beheerder en de medische raad in consensus beslissen om de door

de medische raad voorgestelde methode toe te passen.

De aanpassing geldt voor een periode van één jaar en start bij het begin van de facturiatiemaand die volgt op de maand waarin de termijn van drie maanden afloopt.



## 06/ BIJDRAGE VOOR CENTRALE INNING EN KOSTEN VAN MEDISCHE PRESTATIES

### Afdeling 1.

– Kosten overeenkomstig artikel 155, § 1, eerste lid, 2°, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet

### Artikel 20.

§1. De afhouding op alle prestaties verricht in het ziekenhuis en op alle centraal geïnde ambulante extramurale prestaties bij privé-raadplegingen ter dekking van de kosten voor de centrale inning van de erelonen en van medische prestaties die niet door het budget van financiële middelen worden gedekt of ter verwezenlijking van de maatregelen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen, en die door de Vereniging der Artsen worden beheerd, wordt bepaald op 2,50% van de bruto centraal geïnde erelonen.

§2. Indien er met betrekking tot de in vorige paragraaf vermelde prestaties ereloon-supplementen worden aangerekend die hoger liggen dan 100%, dan wordt er op het bruto centraal geïnd bedrag aan ereloon-supplementen dat de 100% overstijgt een extra percentage van 25% afgehouden.

§3. De in de eerste paragraaf vermelde kosten hebben betrekking op de werkingskosten voor de centrale inning van de erelonen, voor het debiteurenbeheer, voor de MZG-registratie, voor de ziekenhuisinformatica, van de Vereniging der Artsen en van de medische raad.

§4. Indien er wordt aangetoond dat de in de eerste paragraaf bedoelde reële kosten beduidend hoger of lager zijn dan het afgehouden percentage, kan deze worden aangepast in consensus tussen de beheerder en de medische raad.

§5. De kosten voor de centrale inning van de erelonen en van de ziekenhuistegoeden, voor het debiteurenbeheer, voor de MZG-registratie en voor de ziekenhuisinformatica worden toegewezen aan een afzonderlijke kostenplaats in de boekhouding.

De totale kost, na aftrek van de tegemoetkomingen voor deze kosten in het budget van financiële middelen of uit andere inkomstenbronnen, worden verdeeld tussen de beheerder en de Vereniging der Artsen.

Het aandeel ten laste van de Vereniging der Artsen wordt jaarlijks berekend door de totale omzet centraal geïnde erelonen als vermeld in de 707/9-klasse in de boekhouding te delen door de gecorrigeerde bedrijfsopbrengsten van de vzw. Het resterende saldo van de totale kost is ten laste van de beheerder.

De gecorrigeerde bedrijfsopbrengsten betreffen de bedrijfsopbrengsten als vermeld in de 70/74-klasse in de boekhouding na aftrek van de werkingskosten die de beheerder aan ziekenhuisartsen aanrekent. Overeenkomstig het KB ziekenhuisboekhouding worden deze werkingskosten geboekt op de grootboekrekeningen met de nummers 743600 tot en met 743899.



### Afdeling 2. – Toezichtscomit 

### Artikel 21.

§1. De beheerder of de medische raad kunnen in het toezichtscomit  overleg vragen over de centrale inning, het debiteurenbeheer, de MZG-registratie en de ziekenhuisinformatica. Het toezichtscomit  streeft een consensus over deze aangelegenheden na.

§2. Het toezichtscomit  rapporteert minstens  n keer per jaar haar bevindingen aan de beheerder en de medische raad.

### Artikel 22.

§1. Het toezichtscomit  telt tien leden en is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de beheerder en van de medische raad.

Het comit  wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuursorgaan.

De voorzitter duidt een secretaris aan die van elke vergadering notulen maakt die op de volgende vergadering ter goedkeuring worden voorgelegd.

§2. Op verzoek van de voorzitter of de voorzitter van de medische raad kunnen personen wiens kwalificaties of bevoegdheden nuttig zijn voor het overleg worden uitgenodigd om als waarnemer aan  n of meer vergaderingen van het toezichtscomit  deel te nemen.

§3. Het toezichtscomit  neemt een huiselijk reglement aan dat wordt vastgesteld in onderling akkoord tussen de beheerder en de medische raad.

### Artikel 23.

§1. Binnen de schoot van het toezichtscomit  worden de nodige overlegstructuren aangaande IT, het elektronisch pati ntendossier, cybersecurity, gegevensbescherming, data governance, ... ingericht die in het licht van de snel wijzigende regelgeving ter zake en als element van risicobeheersing aanbevelingen en standpunten formuleren.

§2. Het toezichtscomit  beslist over de aanbevelingen of standpunten van deze overlegstructuren.



## 07/ BIJDRAGE IN DE WERKINGS- KOSTEN VAN HET ZIEKENHUIS BEHEERD VIA HET FONDS VOOR EXPLOITATIE-, INVES- TERINGS- EN SOLIDARITEITS- DOELEINDEN

### Afdeling 1. – Het in stand houden en bevorderen van de medische activiteit

#### Artikel 24.

§1. Er wordt overeenkomstig artikel 155, §1, eerste lid, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet een afhouding voorzien op bruto centraal geïnde erelonen en ereloon-supplementen.

§2. Deze afhouding leidt met toepassing van artikel 26 tot een jaarlijkse bijdrage in de werkingskosten van het ziekenhuis met het oog op het bereiken van de winstdoelstelling waarbij de concrete besteding zal gebeuren conform artikel 155, § 1, eerste lid, 3° en 4° van de Ziekenhuiswet, teneinde de medische activiteit in stand te houden en te bevorderen. De jaarlijkse bijdrage wordt overeenkomstig artikel 17, 18 en 19 beheerd via het EIS-fonds.

#### Artikel 25.

In afwijking van artikel 3, § 3 kunnen de ereloon-supplementen die aangerekend mogen worden maximum 150% van het RIZIV-tarief bedragen dat voor die prestatie wordt toegekend.



### Afdeling 2. – Voorlopige bruto-afhoudingen op erelonen

#### Artikel 26.

§1. In uitvoering van artikel 24, §2 wordt er voor alle prestaties verricht in het ziekenhuis een voorlopig percentage afgehouden van 4,50% op de bruto centraal geïnde erelonen en ereloon-supplementen van de ziekenhuisarts. Daarenboven wordt er voor alle technische prestaties verricht in het ziekenhuis een voorlopig percentage afgehouden van 9,00% op de bruto centraal geïnde erelonen en ereloon-supplementen van de ziekenhuisarts.

§2. De beheerder en de medische raad stellen de lijst van technische prestaties in consensus vast. Deze lijst omvat geen prestaties onder contract.

§3. Artikel 19, §5-6 is van overeenkomstige toepassing bij de vaststelling van de voorlopige afhoudingspercentages.

§4. Voorlopige bruto-afhoudingen op erelonen worden met toepassing van artikel 30 omgezet naar definitieve netto-afhoudingen op erelonen.

### Afdeling 3. – Vaststelling van de netto centraal geïnde erelonen voor prestaties onder contract

#### Artikel 27.

Voor de prestaties onder contract worden de netto centraal geïnde erelonen berekend overeenkomstig de financiële regeling tussen de beheerder en de ziekenhuisarts of financiële pool.

Naast de inkomsten uit medische prestaties worden de inkomsten uit klinische studies, grants evenals andere diverse inkomsten of voordelen die een ziekenhuisarts of financiële pool ontvangt, en waarvoor er kosten of investeringen ten laste vallen van de financiële regeling betreffende de prestaties onder contract, mee in rekening gebracht bij de vaststelling van het percentage aan reële kosten dat overeenstemt met die financiële regeling.

De beheerder stelt het kostenpercentage jaarlijks vast bij de afsluiting van de boekhouding.

### Afdeling 4. – Vaststelling van de netto centraal geïnde erelonen voor andere prestaties dan prestaties onder contract

#### Artikel 28.

Voor de medische prestaties gerealiseerd door ziekenhuisartsen die geen betrekking hebben op de prestaties onder contract worden de netto centraal geïnde erelonen berekend zoals hierna bepaald.

#### Artikel 29.

§ 1. De netto centraal geïnde erelonen als bedoeld in het vorige artikel worden berekend door de bruto centraal geïnde erelonen te verminderen met een kostenpercentage van 5%, 15%, 25%, 35%, 45% of 55%, al naar gelang van de kostengroep waarin de ziekenhuisarts wordt ingedeeld.

Per medische dienst of ziekenhuisoverschrijdende functie zullen de betrokken ziekenhuisartsen derhalve ingedeeld worden in ofwel de kostengroep 5%, ofwel de kostengroep 15%, ofwel de kostengroep 25%, ofwel de kostengroep 35%, ofwel de kostengroep 45% dan wel de kostengroep 55%.

§2. De indeling als bedoeld in de vorige paragraaf gebeurt op basis van de kosten die de ziekenhuisartsen dragen voor hun medische activiteit binnen het ziekenhuis en die aan de Vereniging der Artsen worden aangegeven volgens een limitatieve lijst van aanvaarde kosten en investeringen.

De lijst wordt door de Vereniging der Artsen vastgelegd en door de medische raad bekrachtigd. Deze lijst omvat geen kosten of investeringen betreffende extramurale ambulante activiteiten.

Naast de inkomsten uit medische prestaties verricht in het ziekenhuis worden de inkomsten uit klinische studies, grants evenals andere diverse inkomsten of voordelen die ziekenhuisartsen ontvangen, en waarvoor er kosten of investeringen worden gedeclareerd

bij de Vereniging der Artsen, mee in rekening gebracht bij de vaststelling van de kostengroep waarvan sprake in de vorige paragraaf.

**§3.** Een ziekenhuisarts wordt samen met de andere ziekenhuisartsen uit zijn medische dienst of ziekenhuisoverschrijdende functie ingedeeld in de kostengroep die het dichtst aansluit bij de reële kosten van de betrokken ziekenhuisartsen.

Indien de reële kosten net tussen twee kostengroepen in liggen (bv. 20%), dan worden de betrokken ziekenhuisartsen ingedeeld in de voor hen meest voordelige kostengroep. Indien er geen of foutieve gegevens werden meegedeeld, dan worden de betrokken ziekenhuisartsen automatisch ingedeeld bij de laagste kostengroep 5%.

**§4.** De betrokken ziekenhuisartsen kunnen aangaande hun indeling bij een bepaalde kostengroep jaarlijks, voor het eind van het kalenderjaar, een verzoek tot herziening indienen bij de Vereniging der Artsen. Indien zij kunnen aantonen dat hun werkelijke kostenpercentage meer dan 5% afwijkt van de groep waarin de betrokken ziekenhuisartsen werden ingedeeld, worden zij, na verificatie op basis van voormelde limitatieve lijst door de Vereniging der Artsen, vanaf het daarop volgende kalenderjaar ingedeeld in een andere kostengroep.

**§5.** De Vereniging der Artsen kan jaarlijks steekproeven houden om te onderzoeken of de betrokken ziekenhuisartsen nog wel in de juiste kostengroep zijn ingedeeld.

Indien blijkt dat dit niet het geval is, worden zij hierover ingelicht ten laatste één maand na de datum waarop de steekproef werd uitgevoerd.

De betrokken ziekenhuisartsen hebben drie maanden de tijd om eventuele opmerkingen of bijkomende stukken toe te voegen die de kosten aantonen.

Vanaf 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de steekproef werd gehouden, worden zij desgevallend ingedeeld in een andere kostengroep.

### **Afdeling 5.** **– Vaststelling van de definitieve netto-afhoudingen op bruto centraal geïnde erelonen**

#### **Artikel 30.**

**§1.** De voorlopige afhoudingspercentages als bedoeld in artikel 26 worden geponderd om rekening te houden met de reële kosten die de ziekenhuisartsen dragen voor hun medische activiteit binnen het ziekenhuis en dit overeenkomstig de vaststelling van de netto centraal geïnde erelonen als bedoeld in artikel 27 of 28.

**§2.** Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 5% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,95.

Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 15% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,85.

Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 25% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,75.

Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 35% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,65.

Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 45% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,55.

Indien een ziekenhuisarts wordt ingedeeld in de kostengroep 55% dan bedraagt de ponderatiefactor 0,45.

**§3.** In geval van prestaties onder contract stelt de beheerder aan de hand van het kostenpercentage als bedoeld in artikel 27 jaarlijks de ponderatiefactor vast.

**§4.** De definitieve afhoudingspercentages op bruto centraal geïnde erelonen worden met toepassing van artikel 19, §5 vastgesteld door voor elke ziekenhuisarts de voorlopige afhoudingspercentages te vermenigvuldigen met de ponderatiefactor die hetzij overeenstemt met de kostengroep waarin de ziekenhuisarts werd ingedeeld, hetzij in overeenstemming met de vorige paragraaf werd bepaald.

### **Afdeling 6.** **– Looptijd van de afspraken met betrekking tot de bijdrage in de werkingskosten van het ziekenhuis beheerd via het fonds voor exploitatie-, investerings- en solidariteitsdoel-einden**

#### **Artikel 31.**

**§1.** De bepalingen uit de artikelen 24 tot en met 30 zijn van kracht tot en met 31 december 2029 en kunnen daarna jaarlijks door de beheerder en de medische raad in onderling akkoord verlengd worden.

**§2.** Indien de overheid belangrijke hervormingen binnen de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging doorvoert die een significante impact hebben op de inkomsten, bestedingen of werking van het EIS-fonds of op andere elementen van deze financiële regeling dan kunnen de beheerder of de medische raad in het overlegcomité medische beleidszaken vragen om onderhavige financiële regeling voor het einde van haar looptijd te herzien.

### **08/ LAAGVARIABELE ZIEKENHUISZORG** **Afdeling 1.** **– Toepassingsgebied en looptijd**

#### **Artikel 32.**

**§1.** Deze regeling geeft uitvoering aan de Wet LVZ en het KB LVZ.

**§2.** Deze regeling is steeds ondergeschikt aan de genoemde wetgeving, inclusief de eventuele wetswijzigingen en haar uitvoeringsbesluiten.

**§3.** Deze regeling is van toepassing op de prestaties die vanaf 1 januari 2019 worden uitgevoerd en geldt voor een bepaalde duur van één jaar, dus voor de prestaties uitgevoerd tot en met 31 december 2019. Indien er voor het aflopen van de bepaalde duur geen nieuwe regeling wordt overeengekomen aangaande één of meerdere erin opgenomen principes, wordt de regeling telkens stilzwijgend verlengd voor een periode van één jaar.

**§4.** De beheerder en de medische raad engageren zich om deze regeling telkens te evalueren in geval van belangrijke wijzigingen in de wetgeving en richtlijnen met betrekking tot de financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg.

### **Afdeling 2.** **– Primaire verdeling**

#### **Artikel 33.**

De erelonen begrepen in het globaal prospectief bedrag worden aan de ziekenhuisartsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het RIZIV en onverminderd de toepassing van de algemene en financiële regeling van het ziekenhuis en onverminderd het hierna bepaalde.

### **Afdeling 3.** **– Betaling van de erelonen**

#### **Artikel 34.**

De betaling van de erelonen begrepen in het globaal prospectief bedrag gebeurt door middel van een voorschotregeling. Alle prestaties worden geregistreerd en gedeclareerd door de ziekenhuisarts. Als voorschot worden alle gedeclareerde bedragen opgeteld en uitbetaald volgens de geïndexeerde nomenclatuurwaarde. Ten laatste met de uitbetaling van de prestaties van december van het betrokken jaar wordt een extracomptabele berekening gemaakt van de uitbetaalde nomenclatuur per ziekenhuisarts waarvoor een honorarium begrepen in het globaal prospectief bedrag werd gefactureerd (= aangerekend aan nul euro, betaald als voorschot volgens de nomenclatuurwaarde) versus de primaire verdeling

(bedrag per rechthebbende ziekenhuisarts zoals vastgelegd in de RIZIV-verdeling). Het saldo wordt geregulariseerd met de uitbetaling van de honoraria van ten laatste december van het betrokken jaar (zowel in plus als min).

#### **Artikel 35.**

De bedragen, die overeenkomstig de nationale verdeling op basis van hun N-nummer of nomenclatuur kunnen worden toegewezen aan verschillende artsen(groepen) die onderling niet geassocieerd zijn, en waar wettelijk geen onderlinge verdeelsleutel wordt opgelegd, worden verdeeld op basis van de effectief verrichte prestaties per ziekenhuisarts in het betrokken jaar gelinkt aan een patiëntengroep zoals gedefinieerd in het KB LVZ. De berekening gebeurt ten laatste op het ogenblik van de uitbetaling van de prestaties van december van het betrokken jaar. Op dat moment wordt een extracomptabele berekening gemaakt op niveau van de ziekenhuisarts of - op vraag van de geassocieerde ziekenhuisartsen - op niveau van de artsenpool waarbij een verhoudingsgewijze verdeling gebeurt van de forfaitaire bedragen toegerekend via de Wet LVZ - overeenkomstig de effectief verrichte prestaties in het betrokken jaar (op basis van de geattesteerde nomenclatuur (waarde 0 EUR) van de betrokken ziekenhuisartsen) - gelinkt aan een patiëntengroep zoals vastgelegd in het KB LVZ.

#### **Artikel 36.**

**§1.** Zoals bepaald in de Wet LVZ geldt als berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen, zoals voorzien in de algemene en financiële regeling van het ziekenhuis en haar addenda, de ereloonwaarde van de verstrekkingen die effectief werden verricht en waarvoor daadwerkelijk ereloonsupplementen worden gevraagd. Hierbij geldt als wettelijke restrictie dat de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen niet hoger mag liggen dan het ereloongedeelte van het globaal prospectief bedrag, dan wel een wettelijk bepaald percentage van dit bedrag.

**§2.** Indien er ereloonsupplementen worden aangerekend op de erelonen begrepen in het globaal prospectief bedrag, worden volgende principes toegepast:

1° Indien de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen het wettelijk toegestane (percentage van het) ereloongedeelte van het globaal prospectief bedrag niet overschrijdt, worden de ereloonsupplementen berekend op basis van de nomenclatuurwaarde van de door de respectievelijke ziekenhuisartsen aangerekende prestaties;

2° Indien de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen het wettelijk toegestane (percentage van het) ereloongedeelte van het globaal prospectief bedrag wel overschrijdt, worden de waarden van de door de respec-

tieveelike ziekenhuisartsen gedeclareerde nomenclatuur pro rata verminderd zodat de totale berekeningsbasis voor de supplementen wordt herleid tot (het wettelijk maximaal toegestane percentage van het) ereloongedeelte van het globaal prospectief bedrag.

#### **Artikel 37.**

De inhoudingen zoals vastgelegd in de financiële regeling van het ziekenhuis zijn integraal van toepassing op de erelonen begrepen in het globaal prospectief bedrag.

#### **Afdeling 4. – Resterelonen**

#### **Artikel 38.**

De erelonen begrepen in het globaal prospectief bedrag die volgens hun N-nummer of nomenclatuur toekomen aan in het ziekenhuis niet-voorkomende zorgverstrekkers worden integraal toegewezen aan het EIS-fonds.



## **10/ TOEWIJZING VAN DE BESCHIKBAARHEIDSHONORARIA**

### **Afdeling 1. – Voorafgaande bepalingen**

#### **Artikel 39.**

**§1.** Het KB 29 april 2008 voorziet dat de RIZIV-wet onder welbepaalde voorwaarden een beschikbaarheidshonorarium aan ziekenhuisartsen kan betalen.

**§2.** Hiertoe dient een daadwerkelijke extra muros beschikbaarheid te worden verzekerd door ziekenhuisartsen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel als vermeld onder artikel 1 van het KB 25 november 1991.

**§3.** Deze extra muros beschikbaarheid dient te gebeuren gedurende de door het ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten op weekends en wettelijke feestdagen. Een weekend start op vrijdagavond om 20 uur en duurt tot de daaropvolgende maandagmorgen om 8 uur. Een wettelijke feestdag die niet samenvalt met een weekend start op de vooravond van deze feestdag om 20 uur en duurt tot de daaropvolgende dag om 8 uur. Evenwel, een wettelijke feestdag die op een vrijdag valt,

duurt van de donderdagavond om 20 uur tot de vrijdagavond om 20 uur terwijl een wettelijke feestdag die op een maandag valt, duurt van de maandagmorgen om 8 uur tot de dinsdagmorgen om 8 uur.

**§4.** Om op grond van het KB 29 april 2008 aanspraak te kunnen maken op het beschikbaarheidshonorarium is bovendien vereist dat de betrokken ziekenhuisarts zich bij dringende oproep ook naar het ziekenhuis heeft begeven.

#### **Artikel 40.**

**§1.** Het RIZIV betaalt de vergoeding voor deze prestaties aan de instantie die belast is met de centrale inning van deze beschikbaarheidshonoraria. Op deze vergoeding worden geen lasten en kosten toegerekend als bedoeld in artikel 7.

**§2.** De bestemming en verdeling van de beschikbaarheidshonoraria wordt geregeld in huidig hoofdstuk, en dit overeenkomstig artikel 9, §1, 2°. De verdeling van de 'pool' van beschikbaarheidshonoraria gebeurt zoals hierna bepaald.



## Afdeling 2. – Deelnemende medische diensten binnen het ziekenhuis

### Artikel 41.

§1. Onder verwijzing naar de bijzondere beroepstitels als bedoeld in artikel 1 van het KB 25 november 1991 duiden de CMO en de medische raad de volgende 28 specialismen, zoals vermeld in artikel 7 van het medisch reglement, aan om deel te nemen aan de door het ziekenhuis georganiseerde wachtdienst op weekends en op wettelijke feestdagen:

- 1° anesthesie/reanimatie;
- 2° klinische biologie;
- 3° cardiologie;
- 4° algemene, digestieve en oncologische heelkunde;
- 5° cardiale heelkunde;
- 6° vasculaire en thoracale heelkunde;
- 7° neurochirurgie;
- 8° plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde;
- 9° dermato-venereologie;
- 10° gastro-enterologie;
- 11° geriatrie;
- 12° gynaecologie-verloskunde;
- 13° neurologie;
- 13° psychiatrie;
- 15° oftalmologie;
- 16° orthopedische heelkunde;
- 17° neus-, keel- en oorziekten;
- 18° pediatrie;

- 19° fysische geneeskunde en de revalidatie;
- 20° pneumologie;
- 21° röntgendiagnose;
- 22° reumatologie;
- 23° spoedgevallen;
- 24° stomatologie;
- 25° urologie;
- 26° medische oncologie/hematologie;
- 27° endocrinologie/diabetologie;
- 28° nefrologie.

§2. Elk betrokken medisch diensthoofd bezorgt de CMO tijdig de trimesteriële lijst met de namen van de ziekenhuisartsen die hebben deelgenomen aan de door het ziekenhuis georganiseerde wachtdienst op weekends en op wettelijke feestdagen.

### Artikel 42.

§1. De door het ziekenhuis te factureren beschikbaarheidshonoraria zijn evenwel slechts verschuldigd per bijzondere beroepstitel, of apotheker of licentiaat klinische biologie, ongeacht het aantal ziekenhuisartsen dat heeft deelgenomen aan de beschikbaarheidsregeling voor dat specialisme. Indien een ziekenhuisarts bovendien tegelijkertijd beschikbaar is voor meerdere specialismen binnen hetzelfde ziekenhuis, dan wel voor meerdere ziekenhuizen, voorziet het KB 29 april 2008 dat het beschikbaarheidshonorarium slechts éénmaal voor deze wettelijke feestdag of voor dit weekend wordt betaald, en onder één bijzondere beroepstitel.

Het KB 29 april 2008 bepaalt tevens dat maximaal 11 keer het forfaitair beschikbaarheidshonorarium aan eenzelfde ziekenhuis voor eenzelfde weekend of feestdag kan uitbetaald worden.

§2. Aangezien er binnen het ziekenhuis meerdere ziekenhuisartsen en meerdere specialismen, al of niet ziekenhuisoverschrijdend, tegelijkertijd daadwerkelijk deelnemen aan de georganiseerde beschikbaarheidsregeling gedurende de wettelijk omschreven perioden en tijdstippen, wordt het totaal van de gegenereerde beschikbaarheidshonoraria van AZ Maria Middelaes enerzijds en van AZ Sint-Vincentius Deinze anderzijds op niveau van de onderscheiden algemene ziekenhuizen gepoold en per trimester op basis van de hierna uiteengezette verdeelsleutel onder elk van de 28 specialismen verdeeld.

## Afdeling 3. – Verdeelsleutel van de beschikbaarheidshonoraria

### Artikel 43.

§1. Elke medische dienst die hetzij te AZ Maria Middelaes, hetzij te AZ Sint-Vincentius Deinze deelneemt aan de door het ziekenhuis georganiseerde wachtdienst op weekends en op wettelijke feestdagen heeft recht op minstens 3,5714 % (ofte 1/28ste) van de totaal van de telkens trimestrieel per onderscheiden algemeen ziekenhuis geïnde

beschikbaarheidshonoraria, ongeacht de grootte van de dienst en ongeacht het aantal ziekenhuisartsen dat voor dat specialisme op een wettelijke feestdag of gedurende een weekend heeft deelgenomen aan de beschikbaarheidsregeling.

In geval er in de 'pool' van AZ Maria Middelaes of in de 'pool' van AZ Sint-Vincentius Deinze een deel van de totaal van de telkens trimestrieel geïnde beschikbaarheidshonoraria niet kunnen toegewezen worden, dan wordt dit resterende saldo proportioneel herverdeeld over de medische diensten die wel hebben deelgenomen aan de wachtdienst.

§2. Elke ziekenhuisarts die deelneemt aan de door het ziekenhuis georganiseerde wachtdienst verstrekt aan de CMO, de centrale inningsdienst van het ziekenhuis en de Vereniging der Artsen een formeel mandaat om de beschikbaarheidshonoraria te verdelen zoals in de vorige paragraaf bepaald.

§3. De verdeling van het aandeel van de medische dienst in de 'pool' van de beschikbaarheidshonoraria tussen de ziekenhuisartsen van de dienst gebeurt voor een gelijk deel per kop, tenzij hiertoe een afwijkende verdeelsleutel werd overeengekomen tussen de betrokken ziekenhuisartsen. In dat geval wordt deze bezorgd aan de Vereniging der Artsen en worden de stortingen gedaan volgens die overeenkomst, dit in overeenstemming met artikel 9, §2.

§4. De afwijkende verdeelsleutel kan opgenomen zijn in een associatieovereenkomst als bedoeld in artikel 38 van de algemene regeling of in een specifieke financiële overeenkomst tussen één of meerdere ziekenhuisartsen van één van de genoemde diensten. Deze bijzondere afspraken dienen in dat geval door de medische diensthoofden van de diensten waartoe de betrokken ziekenhuisartsen behoren te worden overgemaakt aan de Vereniging der Artsen, dit overeenkomstig de bepalingen van artikel 5.5 en 5.6 van het reglement van centrale inning.

### Artikel 44.

Voor zover er in dit hoofdstuk niet wordt van afgeweken, blijven de bepalingen zoals vervat in het reglement van centrale inning en de financiële regeling onverkort van toepassing.





## 11/ PERMANENTIEHONORARIA SPOED EN INTENSIEVE ZORGEN

### Afdeling 1. – Voorafgaande bepalingen

#### Artikel 49.

**§1.** De nomenclatuur van geneeskundige verzorging bevat in artikel 25, §3 een aantal specifieke prestaties die door ziekenhuisartsen kunnen worden aangerekend voor het toezicht en de intramurale permanentie voor patiënten die werden opgenomen in een ziekenhuis, alsook voor de verstrekkingen die verleend werden in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Het gaat o.m. over de nomenclatuurnummers 590181, 590203, 590310 en 590332.

**§2.** De permanentiehonoraria spoed hebben betrekking op:

1° de forfaitaire honoraria die worden aangerekend voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg (590181) in het ziekenhuis en dit per opname (per patiënt) in een acute dienst A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M of NIC van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg;

2° de forfaitaire honoraria die worden aangerekend voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg (590310), en dit per dag die recht geeft op het maxiforfait of op een dagziekenhuisforfait voor één van de verstrekkingen uit de limitatieve lijst of op een bedrag voor chirurgisch dagziekenhuis van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg.

**§3.** De permanentiehonoraria intensieve zorgen hebben betrekking op:

1° de forfaitaire honoraria die worden aangerekend voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor intensieve zorg (590203) in het ziekenhuis en dit per opname (per patiënt) in een acute dienst A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M of NIC van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor intensieve zorg;

2° de forfaitaire honoraria die worden aangerekend voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor intensieve zorg (590332) en dit per dag die recht geeft op het maxiforfait of op een dagziekenhuisforfait voor één van de verstrekkingen uit de limitatieve lijst of op een bedrag voor chirurgisch dagziekenhuis van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor intensieve zorg.

**§4.** De verstrekkingen 590181 en/of 590203 zijn slechts éénmaal aanrekenbaar per opname en zijn onderling cumuleerbaar. Ook de verstrekkingen 590310 en/of 590332 zijn slechts éénmaal aanrekenbaar per dag die recht geeft op het maxiforfait of op een dagziekenhuisforfait voor één van de verstrekkingen uit de limitatieve lijst of op een bedrag voor chirurgisch dagziekenhuis en zijn onderling cumuleerbaar. De maandelijkse lijsten van de ziekenhuisartsen die de medische permanentie onder de voormelde verschillende nomenclatuurnummers uitvoeren (met vermelding van hun kwalificatie en titel) moeten worden neergelegd bij de CMO. Deze lijsten bevatten ook de naam en titel van het medisch diensthoofd van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en/of intensieve zorg.

**§5.** De aangerekende permanentiehonoraria dienen om de verschillende ziekenhuisartsen te vergoeden die de georganiseerde ziekenhuispermanentie verzekeren onder de verantwoordelijkheid van de CMO volgens de in voege zijnde wettelijke beschikkingen en de toepasselijke reglementen en richtlijnen binnen het ziekenhuis.

**§6.** De bestemming van de permanentiehonoraria wordt geregeld in huidig hoofdstuk, en dit overeenkomstig artikel 9, §1, 2°.



**Afdeling 2.**  
– Inning van de honoraria

**Artikel 50.**

§1. Voormelde nomenclatuurnummers 590181, 590203, 590310 en 590332 worden door het ziekenhuis aan de mutualiteiten aangerekend wanneer de CMO attesteert dat de opname voldoet aan de vereisten zoals uiteengezet onder het vorige artikel, in de RIZIV-wet en in de nomenclatuur.

§2. De vergoeding voor deze prestaties wordt met toepassing van het reglement van centrale inning door het ziekenhuis gefactureerd. Op deze vergoeding worden de lasten en kosten als bedoeld in artikel 7 en 8 toegerekend.

**Afdeling 3.**  
– Permanentiehonoraria spoed en intensieve zorgen - bestemming en verdeling

**Artikel 51.**

Het bedrag van de centraal geïnde permanentiehonoraria spoed wordt met toepassing van artikel 50 besteed aan de werking en de medische exploitatie(kosten) van de dienstoverschrijdende functie spoedgevallen, meer bepaald aan de vergoeding van de erwerkzame ziekenhuisartsen en aan de kosten verbonden aan hun inzet aldaar.

**Artikel 52.**

Het bedrag van de centraal geïnde permanentiehonoraria intensieve zorgen wordt met toepassing van artikel 50 besteed aan de werking en de medische exploitatie(kosten) van de dienstoverschrijdende functie intensieve zorgen, meer bepaald aan de vergoeding van de erwerkzame ziekenhuisartsen en aan de kosten verbonden aan hun inzet aldaar.

**Artikel 53.**

Aangezien de respectieve diensthoofden instaan voor de organisatie van de intramuraal aanwezige medische permanentie in de erkende functie(s) voor gespecialiseerde spoedgevallen en voor de organisatie van de intramuraal aanwezige medische permanentie in de erkende functie(s) voor intensieve zorgen anderzijds leveren zij de lijsten aan die dienen voor de verdeling van de aangerekende permanentiehonoraria onder de ziekenhuisartsen die de georganiseerde ziekenhuispermanentie effectief hebben verzekerd.

**12/ PERMANENTIEHONORARIA PEDIATRIE**

**Afdeling 1.**  
– Voorafgaande bepalingen

**Artikel 54.**

§1. Het KB 3 februari 2011 bepaalt de voorwaarden en de nadere regels aan de hand waarvan het RIZIV een forfaitair honorarium betaalt, met het oog op het stimuleren van de aanwezigheid van de geneesheren-specialisten in de pediatrie in het ziekenhuis, zodat deze expertise beschikbaar is buiten de uurroosters waarvoor de betaling van beschikbaarheidshonoraria voorzien is.

§2. Het RIZIV betaalt de vergoeding voor deze prestaties aan de instantie die belast is met de centrale inning van deze permanentiehonoraria. Op deze vergoeding worden de lasten en kosten als bedoeld in artikel 7 en 8 toegerekend.

**Artikel 55.**

De vergoeding voor de prestaties als bedoeld in artikel 54, §1 worden met toepassing van artikel 9, 2° trimestrieel gepoold voor AZ Maria Middelaes enerzijds en AZ Sint-Vincentius Deinze anderzijds en daarna op basis van de hierna uitgezette verdeelsleutel verdeeld onder de ziekenhuisartsen die hebben deelgenomen aan de permanentie als bedoeld in artikel 2 van het KB van 3 februari 2011.

**Afdeling 2.**  
– Verdeelsleutel

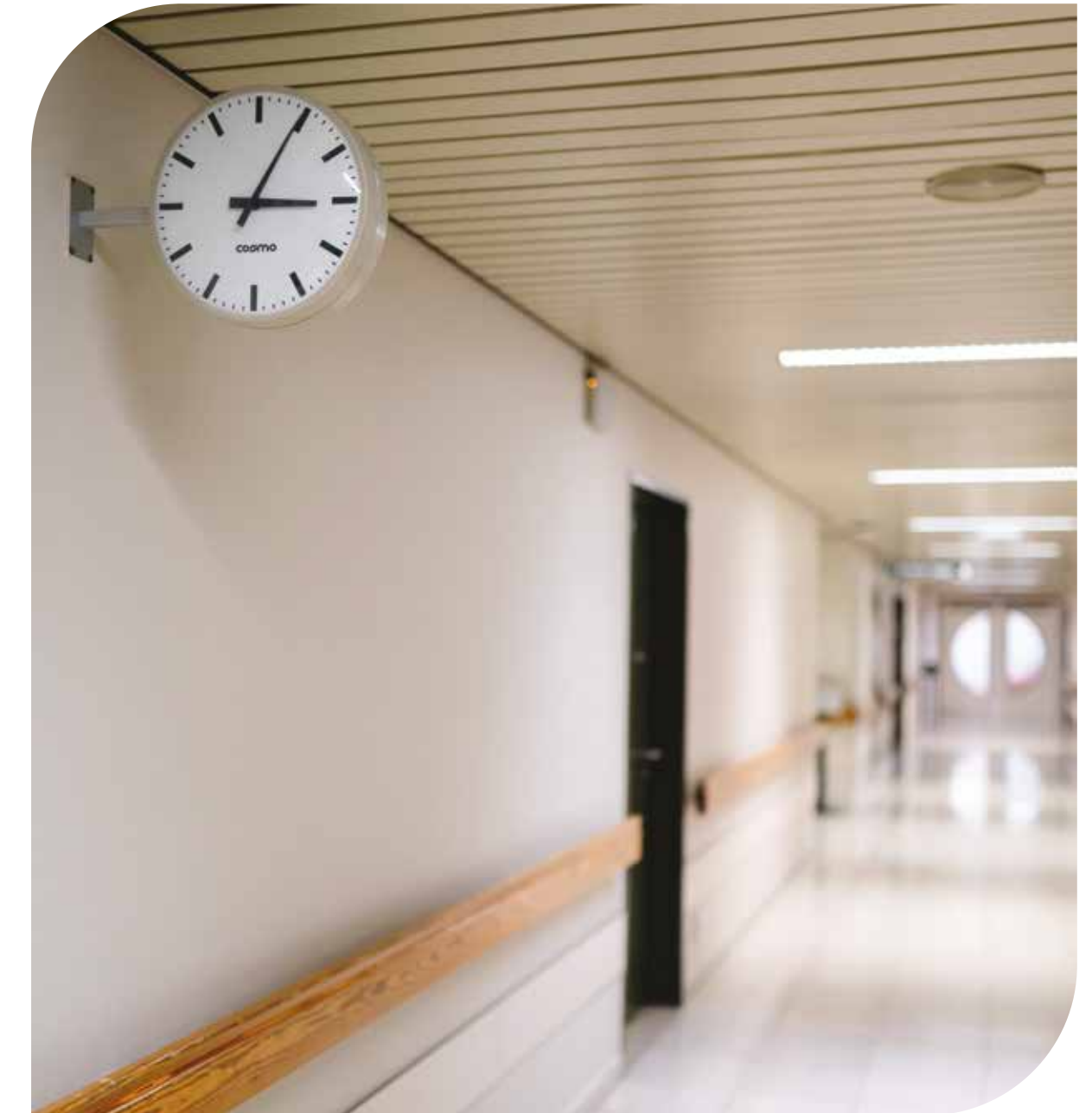
**Artikel 56.**

§1. De uitbetaling van het aandeel van de ziekenhuisarts die deelnam aan de permanentie als bedoeld in artikel 2 van het KB van 3 februari 2011 gebeurt op basis van een lijst die wordt vastgesteld door het diensthoofd van de dienst kindergeneeskunde.

§2. Het diensthoofd stelt een lijst op voor AZ Maria Middelaes enerzijds en voor AZ Sint-Vincentius Deinze anderzijds. Deze lijst wordt in overeenstemming met artikel 4 van het KB van 3 februari 2011 opgemaakt.

§3. De betaling van het aandeel per ziekenhuisarts uit de 'pool' van AZ Maria Middelaes gebeurt op basis van de lijst voor AZ Maria Middelaes.

§4. De betaling van het aandeel per ziekenhuisarts uit de 'pool' van AZ Sint-Vincentius Deinze gebeurt op basis van de lijst voor AZ Sint-Vincentius Deinze.





## Prestaties onder contract

### Artikel 1.

Prestaties onder contract zijn de medische prestaties waarvoor de beheerder en de ziekenhuisarts of financiële pool een afzonderlijke financiële regeling als bedoeld in artikel 9, §3 van de financiële regeling hebben afgesloten.

### Art. 2.

Prestaties onder contract betreffen:

1° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen verbonden aan het laboratorium voor klinische biologie van de vzw;

2° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen van de dienst radiologie;

3° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen van de dienst nefrologie in het kader van de overeenkomst tussen de vzw en het RIZIV betreffende de financiering van de dialyse;

4° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen van de dienst revalidatie en fysiotherapie waarvoor er samengewerkt wordt met paramedici verbonden aan het revalidatiecentrum van de vzw;

5° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen verbonden aan de dienst pneumologie in het kader van de overeenkomst tussen de vzw en het RIZIV betreffende langdurige zuurstoftherapie thuis voor ernstige chronische ademhalingsinsufficiëntie;

6° de medische prestaties van de ziekenhuisartsen verbonden aan de dienst endocrinologie/diabetologie in het kader van overeenkomst tussen de vzw en het RIZIV inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten.



# 09

## Reglement gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken

Huidig addendum is een onderlinge regeling in de zin van artikel 26 van de Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (hierna: 'AVG').

Aangezien voor bepaalde verwerkingen van persoonsgegevens het ziekenhuis samen met de ziekenhuisartsen het doel en de middelen van de verwerking zal bepalen, dienen het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen met betrekking tot deze verwerkingen te worden gekwalificeerd als gezamenlijke verwerkingsverant-

woordelijken. Conform artikel 26 AVG dient er in dit geval een onderlinge regeling te worden opgesteld waarin op transparante wijze de respectieve verantwoordelijkheden van elk van de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken voor de nakoming van de verplichtingen uit hoofde van de AVG/WVP worden vastgesteld.

In huidig addendum wordt uitvoering gegeven aan de wettelijke verplichting en wordt bepaald welke verantwoordelijkheden het ziekenhuis, respectievelijk de ziekenhuisartsen hebben met betrekking tot de verwerkingen van persoonsgegevens waarvoor zij kunnen worden gekwalificeerd als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken.

## 01/ ALGEMENE VERPLICHTINGEN

### 1. Naleving privacy- en gegevensbeschermingswetgeving

Zowel het ziekenhuis als de ziekenhuisartsen verbinden zich ertoe de verwerkingen van persoonsgegevens uit te voeren conform de vereisten van de AVG, de Wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (hierna: 'WVP') en andere privacy- en gegevensbeschermingswetgeving.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

### 2. Aanstelling DPO

Aangezien er op grote schaal gezondheidsgegevens worden verwerkt in het ziekenhuis, dient er door de verwerkingsverantwoordelijke een data protection officer (hierna: 'DPO') te worden aangesteld.

Het ziekenhuis staat in voor de aanstelling van de DPO voor de verwerking van persoonsgegevens die in het ziekenhuis gebeuren en waarvoor het ziekenhuis (gezamenlijke) verwerkingsverantwoordelijke of verwerker is. De DPO van het ziekenhuis is dus tevens de gemeenschappelijke DPO van het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen.

De ziekenhuisartsen verlenen hun medewerking aan de DPO bij het vervullen van diens taken overeenkomstig de toepasselijke privacywetgeving en afspraken binnen het ziekenhuis ter uitvoering daarvan.

De ziekenhuisartsen kunnen tevens een beroep doen op de DPO van het ziekenhuis voor verwerking van persoonsgegevens in het EPD in hun privépraktijk indien zij in hun privépraktijk gebruik maken van het EPD van het ziekenhuis.

### 3. Bijhouden verwerkingsregister

Conform artikel 30 AVG dient elke verwerkingsverantwoordelijke een register van de verwerkingsactiviteiten die onder hun verantwoordelijkheid plaatsvinden op te stellen en bij te houden.

Het ziekenhuis verbindt zich ertoe hiervoor het nodige te doen en tevens de verwerkingen van persoonsgegevens die onder de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen vallen, hierin op te nemen.

De ziekenhuisartsen verbinden zich er op hun beurt toe om het ziekenhuis op de hoogte te brengen van elke wijziging in de verwerking van persoonsgegevens (inclusief wetenschappelijke en klinische studies), waarna het ziekenhuis bekijkt of een aanpassing van het verwerkingsregister noodzakelijk is.



#### 4. Passende technische en organisatorische maatregelen

Zowel het ziekenhuis als de ziekenhuisartsen verbinden zich ertoe om:

- bij de gezamenlijke verwerking van persoonsgegevens de passende technische en organisatorische maatregelen te nemen opdat de persoonsgegevens worden verwerkt conform de AVG en WVP, en;  
21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept
- deze maatregelen onderling zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen. De DPO van het ziekenhuis kan hierin ondersteuning bieden.

Het ziekenhuis verbindt er zich toe ervoor te zorgen dat:

- de technische en organisatorische maatregelen passend zijn voor het doel van de verwerking, daarbij rekening houdend met de stand van de techniek, de kosten van de tenuitvoerlegging, alsook met de aard, de omvang, de context en het verwerkingsdoeleind en de qua waarschijnlijkheid en ernst van uiteenlopende risico's voor de rechten en vrijheden van personen, die, waar passend, onder meer het volgende omvatten:

- de pseudonimisering en versleuteling, dan wel anonimisering van persoonsgegevens;
- het vermogen om op permanente basis de vertrouwelijkheid, integriteit, beschikbaarheid en veerkracht van de verwerkingsystemen en diensten te garanderen;
- het vermogen om bij een fysiek of technisch incident de beschikbaarheid van en de toegang tot de persoonsgegevens tijdig te herstellen;

- er een procedure wordt opgezet voor frequent testen, beoordelen en evalueren van de doeltreffendheid van de technische en organisatorische maatregelen ter beveiliging van de verwerking en de maatregelen indien nodig worden geactualiseerd;

- er een passend gegevensbeschermingsbeleid wordt uitgeschreven zowel voor de verwerking van persoonsgegevens

- binnen het ziekenhuis;
- vanop afstand via inloggen op de systemen van het ziekenhuis;
- vanop afstand voor ziekenhuisartsen die van de systemen van het ziekenhuis gebruik maken voor hun privépraktijk;

- persoonsgegevens in beginsel niet zonder menselijke tussenkomst voor een onbeperkt aantal natuurlijke personen toegankelijk zijn;

- er bij de beoordeling van het passende beveiligingsniveau rekening wordt gehouden met de concrete verwerkingsrisico's.

De ziekenhuisartsen verlenen volledige medewerking aan de uitvoering van de door het ziekenhuis ingestelde technische en organisatorische maatregelen.

De ziekenhuisartsen zijn verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens die zij doorvoeren en voor de naleving van de veiligheidsmaatregelen die het ziekenhuis m.b.t. het gebruik ervan heeft bepaald.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept



#### 5. Afsluiten van verwerkersovereenkomsten

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het afsluiten van alle verwerkersovereenkomsten voor de diensten van leveranciers die persoonsgegevens verwerken waarvoor het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke zijn. Dit onder de voorwaarde dat het ziekenhuis er kennis van heeft dat er voor deze verwerking van persoonsgegevens beroep wordt gedaan op een verwerker.

De arts dient het ziekenhuis op de hoogte te brengen indien er nieuwe verwerkersovereenkomsten dienen te worden afgesloten waarbij het ziekenhuis samen met de arts gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke is.

#### 6. Uitvoeren DPIA

In bepaalde gevallen dient voorafgaand aan de verwerking van persoonsgegevens een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (hierna: 'DPIA') te worden uitgevoerd.

Het ziekenhuis draagt hiervoor de verantwoordelijkheid in het geval het gaat om een verwerking van persoonsgegevens waarvoor het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken zijn.

De ziekenhuisartsen dienen het ziekenhuis onverwijld in kennis te stellen van elke nieuwe verwerkingsactiviteit van persoonsgegevens die zij binnen het ziekenhuis starten, dan wel wanneer zij een nieuwe technologie toepassen. Het ziekenhuis beslist op basis van deze informatie of er al dan niet een DPIA dient te worden uitgevoerd.

De ziekenhuisartsen verbinden zich ertoe hun volle medewerking te verlenen aan het ziekenhuis indien een DPIA moet worden uitgevoerd.

#### 7. Datalekken

##### a. Registratie

Het ziekenhuis houdt een register bij waarin alle datalekken worden geregistreerd.

Het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen maken gebruik van het intern incidentmeldingssysteem om elk datalek onmiddellijk te melden teneinde de registratie mogelijk te maken.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

##### b. Melding intern

De ziekenhuisarts maakt onverwijld melding aan het ziekenhuis van elk (vermoeden van) datalek indien de inbreuk enige impact (ook

onrechtstreeks) heeft op het ziekenhuis. Ook omgekeerd, maakt het ziekenhuis on-verwijld melding aan de ziekenhuisartsen van elk (vermoeden van) datalek met een impact op de werking van de ziekenhuisartsen.

Daarnaast dient elk vastgesteld of vermoed datalek dat betrekking heeft op een gezamenlijke verwerking van persoonsgegevens, on-verwijld aan het ziekenhuis, dan wel de betrokken ziekenhuisartsen en de medische raad te worden gemeld, zelfs indien er geen impact is op de werking van één van beiden.

##### c. Aangifte datalek

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het melden van een datalek aan de Gegevensbeschermingsautoriteit en/of de betrokkenen conform de wettelijke modaliteiten indien dit betrekking heeft op een verwerking van persoonsgegevens waarvoor het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken zijn.

De ziekenhuisartsen verbinden zich ertoe hun volle medewerking te verlenen aan het ziekenhuis indien aangifte dient te worden gedaan.

##### d. Opvolging

Het ziekenhuis houdt de ziekenhuisartsen steeds volledig op de hoogte over de com-



municatie met de Gegevensbeschermingsautoriteit en/of de betrokkenen, de voortgang van het herstel en andere relevante ontwikkelingen aangaande het datalek en haar gevolgen.

Het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen zullen alle maatregelen nemen die redelijkerwijs van hen kunnen worden verwacht om de nadelige gevolgen van een datalek te herstellen, dan wel zoveel mogelijk te beperken, alsook om een herhaling in de toekomst te vermijden.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

## 02/ CONCRETE TOEPASSINGEN

### 1. Het elektronisch patiëntendossier

Het ziekenhuis is onder de verantwoordelijkheid van de hoofddarts wettelijk verplicht om een patiëntendossier (medisch en verpleegkundig) aan te leggen en te bewaren (cfr. artikel 20, §1 en artikel 25 Ziekenhuiswet).

Daarnaast is ook de ziekenhuisarts op grond van artikel 9, §1 Wet Patiëntenrechten verplicht een patiëntendossier bij te houden en te bewaren.

Bijgevolg dienen het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen te worden gekwalificeerd als

gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken wat betreft het aanmaken, het aanvullen en het bewaren van het patiëntendossier. Dit gebeurt heden volledig elektronisch.

Huidige onderlinge regeling is zowel van toepassing op het gebruik van het EPD binnen het ziekenhuis, als wat betreft het gebruik van het EPD door artsen in hun privépraktijk.

### a. De gebruikte software

De verwerking van medische gegevens in het kader van de zorg gebeurt niet enkel in het elektronisch patiëntendossier, maar vindt ook toepassing in andere software, (zoals bijvoorbeeld platformen voor medische beeldvorming).

Het ziekenhuis beslist over de aankoop en het gebruik van de nodige software, dit evenwel na advies van de medische raad.

### b. De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis

Het ziekenhuis staat in voor:

- de ter beschikking stelling van beveiligde infrastructuur en beveiligde software aan de ziekenhuisartsen;
- het afsluiten van verwerkersovereenkomsten met leveranciers die persoons-

gegevens verwerken (met inbegrip van contracten met server- en cloudproviders);

- het technisch en functioneel beheer van de software (toegangsbeheer, loggen van toegangen, etc.);

- het bewaren van de persoonsgegevens conform de wettelijke bewaartermijn;

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

- het administratief luik van de software wanneer de registratie van de patiënt gebeurt door de administratie van het ziekenhuis.

### c. De verantwoordelijkheid van de ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts verbindt zich ertoe enkel de door het ziekenhuis terbeschikking gestelde software te gebruiken. Indien een arts(enassociatie) zelf een contract sluit met een softwareleverancier zonder dat het ziekenhuis hierbij wordt betrokken, draagt de arts(enassociatie) zelf de volledige (verwerkings)verantwoordelijkheid.

Daarnaast is de ziekenhuisarts verantwoordelijk voor:

- een correct gebruik van de terbeschikking gestelde software. Zo staat de betrokken ziekenhuisarts in voor:

- de verwerkingen die onder zijn/haar userID en paswoord gebeuren;

- het toepassen van passende technische en organisatorische veiligheidsmaatregelen, zoals het naleven van de maatregelen die het ziekenhuis op technisch niveau voor het gebruik van het EPD heeft bepaald;

- het lokaal bewaren of kopiëren van (medische) gegevens (uit de software) over een patiënt op een PC/laptop/USB-stick of andere, (zelfs in het geval dit niet zou zijn toegelaten);

- de inhoudelijke verwerking van de (medische) gegevens. De gegevens die worden verwerkt dienen correct, ter zake dienend en toereikend te zijn met het oog op de medische zorgverlening.

### 2. Wetenschappelijke en klinische studies

Het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen worden in het kader van wetenschappelijke studies gekwalificeerd als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken indien het ziekenhuis contractpartij is bij de wetenschappelijke studie.

Het studiecontract bepaalt in dit geval de verdeling van alle AVG/WVP-verantwoordelikheden.

De ziekenhuisarts dient steeds melding te maken van elke studie waaraan deze op één of andere manier wenst mee te werken.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

### 3. Personeel en aangestelden

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van en door haar personeel, medewerkers en aangestelden (waaronder begrepen ook statutaire medewerkers en zelfstandigen).

De ziekenhuisarts is op diens beurt verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van en door medewerkers of aangestelden, die in opdracht van de ziekenhuisarts persoonsgegevens verwerken, los van enige contractuele band met het ziekenhuis.



#### 4. Health Apps

Het ziekenhuis draagt in principe geen enkele verantwoordelijkheid en kan op geen enkele wijze worden aangesproken voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van een monitoring/opvolging (of andere doeleinden) van een patiënt van het ziekenhuis door een ziekenhuisarts via een digitale Health App.

Dit is enkel anders wanneer het gebruik van de betreffende digitale Health App gebeurt in samenspraak met het ziekenhuis volgens een daartoe bepaalde procedure waarin afspraken worden gemaakt over de verantwoordelijkheid voor de verwerking van de persoonsgegevens in het kader van de betreffende digitale Health App.

#### 5. Intern doorgeven van persoonsgegevens

Wanneer een ziekenhuisarts een bestand, rapport of lijst opvraagt van persoonsgegevens waarvoor het ziekenhuis de enige verwerkingsverantwoordelijke is, is het ziekenhuis er als verantwoordelijke voor de persoonsgegevens toe gehouden om geval per geval te beoordelen of deze gegevens kunnen worden overgemaakt en te bepalen op welke wijze de gegevens kunnen worden bezorgd (anoniem, gepseudonimiseerd of in het uiterste geval nominatief).

De ziekenhuisarts die het bestand vraagt, is ook zelf verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van het verzoek en van de opvraging of de toegang op eigen initiatief. Zodra de ziekenhuisarts het bestand heeft ontvangen of wanneer de ziekenhuisarts op eigen initiatief rapporten of lijsten opmaakt, is enkel hij/zij zelf verantwoordelijk voor elke verwerking van dat document (opstellen, bewaren, verwijderen, doorsturen, vernietigen, raadplegen, ...) en dient hij/zij de nodige maatregelen te voorzien opdat de gegevens niet door een onbevoegde persoon kunnen worden verwerkt.

21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept



### 03/ INFORMATIEPLICHT

Het ziekenhuis staat in voor de informatieverplichting conform artikel 13 en 14 AVG met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens in het ziekenhuis waarvoor het ziekenhuis (gezamenlijke) verwerkingsverantwoordelijke is.

Zo moet de patiënt uiterlijk op het ogenblik waarop zijn gegevens worden verzameld, worden geïnformeerd over de verwerkingsdoeleinden, de rechtvaardigingsgrond, de ontvangers van de persoonsgegevens, hoe lang de gegevens worden bewaard, de bewaartermijnen, etc.

Het ziekenhuis verwerkt al deze informatie in een privacyverklaring die beschikbaar wordt gesteld aan de patiënten.

### 04/ DE AVG/WVP-RECHTEN VAN DE PATIËNTEN

Het ziekenhuis treedt via de DPO op als centraal contactpunt voor vragen, klachten en meldingen die relateren aan de verwerking van persoonsgegevens binnen het ziekenhuis.

Het ziekenhuis geeft voor de verwerkingen waarvoor het (gezamenlijke) verwerkingsverantwoordelijke is, binnen de wettelijke termijn uitvoering aan de AVG/WVP-rechten van de patiënten, voor zover ze van toepassing zijn en het ziekenhuis deze zelf kan uitvoeren.

Indien de uitvoering tot de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisarts behoort, dient het ziekenhuis dit verzoek onverwijld aan de ziekenhuisarts over te maken en de patiënt hierover te informeren. De ziekenhuisarts dient gevolg te geven aan het verzoek binnen de wettelijk voorziene termijn.

Indien de ziekenhuisarts rechtstreeks een verzoek, klacht of melding ontvangt van een patiënt waarvan de uitvoering tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis behoort, dient de ziekenhuisarts dit verzoek onverwijld aan de DPO van het ziekenhuis over te maken en de patiënt hierover te informeren.

### 05/ AANSPRAKELIJKHEID EN VRIJWARING

#### 1. Aansprakelijkheid

Zowel het ziekenhuis, als de ziekenhuisarts zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor inbreuken op de AVG/WVP die zij begaan bij de verwerking van persoonsgegevens in het ziekenhuis.

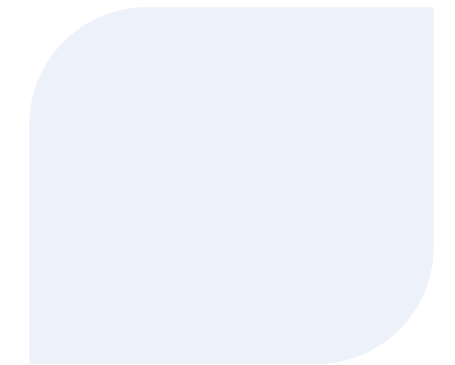
21102019 - onderlinge regeling gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken Artsen – ZH - Concept

Daarnaast kunnen zowel het ziekenhuis, als de ziekenhuisarts worden aangesproken door de persoon wiens rechten met betrekking tot de verwerking van diens persoonsgegevens, werden geschonden en die behoren tot de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de ziekenhuisarts.

#### 2. Vrijwaring

Het ziekenhuis vrijwaart de ziekenhuisarts voor alle schade (incl. burgerlijke schadevergoeding, administratieve geldboete, alsook een eventuele vergoeding voor reputatieschade) die de ziekenhuisarts lijdt, indien de schade is ontstaan ten gevolge van het niet naleven van de verantwoordelijkheden die aan het ziekenhuis worden toegekend in huidig addendum.

Omgekeerd, vrijwaart ook de ziekenhuisarts het ziekenhuis voor alle schade (incl. burgerlijke schadevergoeding, administratieve geldboete, alsook een eventuele vergoeding voor reputatieschade) die het ziekenhuis lijdt, indien de schade is ontstaan ten gevolge van het niet naleven van de verantwoordelijkheden die aan de ziekenhuisarts worden toegekend in huidig addendum.



# 10

## Medisch reglement van het algemeen ziekenhuis Maria Middelaes en het algemeen ziekenhuis Sint-Vincentius Deinze

### 01/ ALGEMENE BEPALINGEN

#### Artikel 1.

Dit medisch reglement organiseert en coördineert de medische activiteit in het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 137, tweede lid, 2° van de Ziekenhuiswet.

Dit reglement primeert op elke andere in het ziekenhuis van toepassing zijnde regeling met betrekking tot de organisatie van de medische activiteit.

#### Artikel 2.

In dit reglement wordt verstaan onder:

1° algemene regeling: de algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen de vzw en de ziekenhuisartsen;

2° beheerder: het bestuursorgaan van de vzw;

3° CMO: de hoofdarts als bedoeld in artikel 18, tweede lid, 1° van de Ziekenhuiswet;

4° data protection board: het orgaan van het ziekenhuis dat toezicht houdt op het secundair gebruik van gezondheidsdata, met name het gebruik van persoonsgegevens van patiënten buiten de directe patiëntenzorg;

5° diensthoofd: de arts-diensthoofd als bedoeld in artikel 18, tweede lid, 2° van de Ziekenhuiswet;

6° directiecomité: het orgaan bedoeld in artikel 6 van de algemene regeling;

7° EIS-fonds: het fonds ter financiering van een aantal kosten en investeringen die in het ziekenhuis moeten worden gemaakt en die niet of onvoldoende door het budget van financiële middelen of andere financieringsbronnen gedekt worden;

8° KB medische organisatie: het Koninklijk Besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuis, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987;

9° klinisch privileges: het geheel van de medische of andere zorggerelateerde aktes die een ziekenhuisarts presteert, binnen de mogelijkheid van het ziekenhuis om die zorg-

verlening met volwaardige omkadering aan te bieden, en dit gebaseerd op het diploma, de bijkomende bekwaamheden, de aantoonbare competentie, de ervaring en de kunde van de ziekenhuisarts;

10° medische raad: het met gemotiveerde toestemming van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (cfr. art. 5, §6 KB 10 augustus 1987) tot stand gekomen vertegenwoordigend orgaan waarvoor de ziekenhuisartsen betrokken worden bij de besluitvorming van het ziekenhuis met het doel in optimale omstandigheden geneeskundige zorg te verstrekken aan de patiënten van het ziekenhuis;

11° overlegcomité medische beleidszaken: het comité voor overleg tussen de beheerder en de medische raad als bedoeld in afdeling 2 van hoofdstuk 3 van de algemene regeling;

12° patiëntendraaiboek: het reglement dat uitgaat van de CMO waarin de verantwoordelijkheden van de ziekenhuisarts m.b.t. de opname van de patiënt, de zorg voor de patiënt, de opvolging tijdens het verblijf van de patiënt, het bijhouden van het patiëntendossier, het ontslag van de patiënt en/of de transfer van de patiënt wordt vastgesteld inclusief instructierecht volgens ziekenhuiswet art. 21, 24/11/2023;

13° vast staflid: een ziekenhuisarts die volgens de bepalingen van de algemene regeling als vast staflid wordt gezien;

14° vzw Maria Middelaes vzw, met zetel te Buitenring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0410.214.186 die instaat voor de uitbating van verschillende vestigingseenheden, met name AZ Maria Middelaes (met erkenningsnummer 017) en AZ Sint-Vincentius Deinze (met erkenningsnummer 034) die deel uitmaken van een ziekenhuisgroepering en de andere vestigingen waar (medische) activiteit wordt ontplooid (o.a. het Medisch Centrum Aalter en het logistiek en facilitair platform 'De Prijkels');

15° ziekenhuis:  
- AZ Maria Middelaes  
- AZ Sint-Vincentius Deinze;

16° ziekenhuisarts: een arts, of de ermee gelijkgestelden als bedoeld in art. 4 van de algemene regeling, die met een schriftelijke overeenkomst verbonden is met de vzw die het ziekenhuis uitbaat;

17° Ziekenhuiswet: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 en volgende op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

18° ziekenhuisgroepering: door de Vlaamse overheid erkend juridisch geformaliseerd



samenwerkingsverband overeenkomstig artikel 8 en volgende van het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989 (houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen) tussen algemeen ziekenhuis Maria Middelaes en algemeen ziekenhuis Sint-Vincentius Deinze.

### Artikel 3.

§1. Dit reglement doet geen afbreuk aan de professionele autonomie van de ziekenhuisarts bij de uitoefening van de geneeskunde.

§2. De ziekenhuisarts verbindt zich ertoe om de algemene beleidslijnen, afspraken, reglementen, richtlijnen en dergelijke meer, die binnen het ziekenhuis en haar wettelijke voorziene organen tot stand zijn gekomen te respecteren en na te leven, vanaf het moment dat deze hem per brief, digitaal of via het intern communicatieplatform van het ziekenhuis ter kennis worden gebracht.

§3. De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor de naleving van alle toepasselijke wettelijke en reglementaire normen bij zijn activiteiten als ziekenhuisarts.

### Artikel 4.

In de individuele samenwerkingsovereenkomst verklaart de ziekenhuisarts kennis te hebben genomen van het medisch reglement en verbindt hij zich ertoe dit reglement en de geldig tot stand gekomen wijzigingen ervan te respecteren, vanaf het moment dat deze hem ter kennis worden gebracht.

## 02/ ALGEMENE LEIDING VAN DE DAGELIJKSE WERKING VAN HET ZIEKENHUIS

### Artikel 5.

§1. De beheerder die instaat voor de uitbating van het ziekenhuis vertrouwt de algemene leiding van de dagelijkse werking toe aan het directiecomité.

§2. De chief executive officer (CEO) is voorzitter van het directiecomité, dat minstens bestaat uit:

1° de chief medical officer (CMO) die de hoofdarts is;

2° de chief nursing officer (CNO) die het hoofd is van het departement patiëntenzorg;

3° de chief financial officer (CFO) die het hoofd is van het financiële departement.



## 03/ ZIEKENHUISGROEPERING

### Artikel 6.

§1. AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze maken samen deel uit van een door de overheid erkende ziekenhuisgroepering.

§2. Deze juridisch geformaliseerde samenwerking heeft tot doel:

- het bevorderen van kwaliteit van de verstrekte zorgverlening in de ziekenhuizen
- het optimaliseren van de patiëntenstroom tussen de ziekenhuizen
- het aanmoedigen en coördineren van samenwerking tussen de ziekenhuizen op het vlak van zorginhoudelijke en zorgorganisatorische aspecten
- het verzekeren van de continuïteit van een integraal zorgaanbod in de attractie-regio van de ziekenhuisgroep
- de uitbouw van een structuur voor de kwalitatieve opleiding van studenten en artsassistenten in opleiding en voor de vorming van de artsen en ziekenhuismedewerkers
- het optimaliseren van de exploitatie van de ziekenhuizen door het benutten van de schaalvoordelen die ontstaan uit de samenwerking o.a. op het vlak van administratief en logistiek beheer.

§3. Overeenkomstig de bepalingen van de 'samenwerkingsovereenkomst tot oprichting van een ziekenhuisgroepering' is de operationele aansturing van dit samenwerkingsverband in handen van:

- het coördinatiecomité bestaande uit de leden van het bestuursorgaan van de vzw
- het gemeenschappelijk medisch comité bestaande uit 4 door de medische raad daartoe gemandateerden
- de CEO die het mandaat van algemeen coördinator opneemt
- de CMO die het mandaat van hoofdarts-coördinator opneemt
- de CNO die het mandaat van coördinator van het verpleegkundig departement opneemt.

## 04/ MEDISCHE ORGANISATIE

### 4.1. Medische diensten

#### Artikel 7.

§1. De medische dienst vormt de organisatorische eenheid van waaruit de taken en verantwoordelijkheden van de medische staf worden ingevuld en opgevolgd. De beheerder beslist over de oprichting van nieuwe medische diensten en de wijziging, splitsing of opheffing van bestaande medische diensten, overeenkomstig art. 9-14 van de algemene regeling.

§2. Elk vast staflid is toegewezen aan één en slechts één medische dienst, tenzij de beheerder en de medische raad akkoord zijn om hiervan af te wijken. Een vast staflid kan bovendien ook deel uitmaken van een dienstoverschrijdende functie als bedoeld in art. 15 van dit reglement.

§3. Een medische dienst wordt geleid door een diensthoofd.

§4. In het ziekenhuis bestaan de volgende medische diensten:

- 1° kenletter A: psychiatrie
  - a. A-dienst

2° kenletter C: heelkunde

- a. anaesthesie/reanimatie
- b. algemene, digestieve en oncologische heelkunde
- c. cardiale heelkunde
- d. gynaecologie
- e. neurochirurgie
- f. neus-, keel- en oorziekten
- g. oftalmologie
- h. orthopedie
- i. plastische heelkunde
- j. stomatologie
- k. urologie
- l. vasculaire en thoracale heelkunde

3° kenletter D: inwendige geneeskunde

- a. cardiologie
- b. endocrinologie/diabetologie
- c. dermatologie
- d. gastro-enterologie
- e. medische oncologie/hematologie
- f. nierziekten (nefrologie)
- g. neurologie
- h. pneumologie
- i. reumatologie

4° kenletter E: pediatrie

- a. kindergeneeskunde

5° kenletter G: geriatrie

- a. geriatrie

6° Kenletter M: materniteit

- a. gynaecologie en verloskunde

7° medisch-technische diensten:

- a. anatomopathologie
- b. klinische biologie
- c. medische beeldvorming
- d. nierdialyse (nefrologie)
- f. nucleaire geneeskunde
- g. revalidatie/fysiotherapie



§5. De medische diensten die zowel in AZ Maria Middelaars als in AZ Sint-Vincentius Deinze actief zijn, werken geïntegreerd samen aan de hand van één gemeenschappelijk reglement van inwendige orde en één gemeenschappelijk strategisch beleidsplan onder leiding van één diensthoofd.

#### Artikel 8.

Een medische dienst moet de kwaliteit van de medische zorgverlening aan de patiënt verzekeren en continu verbeteren. Hiertoe moet elke medische dienst:

1° de kwaliteit van zorg retrospectief en prospectief opvolgen en evalueren door middel van valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren;

2° zwaktes binnen de eigen medische dienst identificeren en hierop een antwoord bieden door middel van systematisch opgezette verbeterprojecten;

3° objectieve criteria ontwikkelen voor de toekenning van klinische privileges binnen de specialiteit;

4° een educatieprogramma opzetten voor stafleden;

5° klinische richtlijnen of medische beleidsafspraken implementeren die een uniforme zorgverlening tussen de stafleden verzekeren;

6° een programma opzetten teneinde een uniforme, kwalitatief hoogstaande dossiervorming te bereiken;

7° een kader gebruiken voor de evaluatie van de professionele prestatie van de stafleden. Hierbij wordt maximaal gestreefd naar objectieve criteria die een beoordeling van de medische professionaliteit van de stafleden mogelijk maken, en die zo mogelijk gebenchmarkt kunnen worden (intern of extern). De criteria zijn evenwichtig verdeeld over de verschillende professionele domeinen:

- a. medische klinische kennis;
- b. medische zorgverlening: proces- en outcome-indicatoren die aantonen dat zorg wordt verleend die in overeenstemming is met de algemeen aanvaarde medische standaarden;
- c. interpersoonlijke vaardigheden: criteria die getuigen dat correct wordt omgegaan en gecommuniceerd met intra- en extramurale zorgverleners, ziekenhuismedewerkers, en met patiënten en familie;
- d. professionaliteit: criteria die aantonen dat de regelgeving, reglementen en beleidsbepalingen die gelden in het ziekenhuis, correct worden gevolgd en dat zorg wordt verleend met een efficiënt gebruik van de middelen.

#### Artikel 9.

Een medische dienst streeft een optimale interne organisatie na. Een medische dienst beschikt hiertoe over een reglement van inwendige orde en een strategisch beleidsplan.

#### Artikel 10.

§1. Het reglement inwendige orde (RIO) bevat regels en afspraken die de goede gang van zaken en de onderlinge samenwerking en verstandhouding binnen de medische dienst waarborgen, in overeenstemming met de wettelijke bepalingen, de algemene regeling en het medisch reglement.

§2. Het reglement inwendige orde bevat minstens:

1° de regeling tot het voordragen van een kandidaat-diensthoofd met het oog op benoeming door de beheerder;

2° de wijze waarop het diensthoofd zal vervangen worden bij onvoorziene afwezigheid van korte duur;

3° het medisch aanbod, met aandacht voor een voldoende graad van sub- en superspecialisatie binnen de bestaande medische dienst zoals vastgesteld door de beheerder;

4° de klinische privileges van de leden van de medische dienst;

5° de regeling van de aanwezige medische permanentie (indien van toepassing) en de oproepbare medische permanentie binnen de medische dienst. Indien de medische dienst zich intern organiseert met subspecialisaties, kan indien nodig ook daarvoor een wachtdienst georganiseerd te worden;

6° de taakverdeling binnen de medische dienst;

7° besluitvormingsmodaliteiten binnen de medische dienst;

8° regeling van de dienstvergaderingen;

9° de algemene opdrachten van de medische dienst met onder andere vermelding van:

- taakverdeling voor raadplegingen in het ziekenhuis en/of externe poli-activiteit;
- beschrijving en organisatie van de medische permanentie en continuïteit van zorg over het volledig aangeboden zorggebied met ad hoc garantie van de permanentie bij opsplitsing per subdiscipline;
- organisatie van het dagelijks medisch toezicht en continuïteit van zorg van de opgenomen patiënten;
- organisatie van de consultfunctie;
- regeling van fysieke aanwezigheid;
- regeling van de continuïteit van de zorg bij afwezigheid door ziekte of verlof.

**§3.** Het diensthoofd maakt een ontwerp reglement inwendige orde voor zijn medische dienst of een ontwerp tot wijziging van het reglement inwendige orde. Het ontwerp moet worden goedgekeurd door minstens de helft van de vaste stafleden van de medische dienst.

De vaststelling of wijziging van klinische privileges van een lid van de medische dienst gebeurt steeds met de uitdrukkelijke instemming van het betrokken lid.

**§4.** Het goedgekeurde ontwerp reglement inwendige orde en elke wijziging aan het reglement inwendige orde wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de CMO. Indien de CMO van oordeel is dat het ontwerp reglement inwendige orde in strijd is met de wettelijke bepalingen, de algemene regeling of het medisch reglement, formuleert hij een voorstel tot aanpassing van het ontwerp reglement inwendige orde. De CMO legt dit voorstel tot aanpassing voor advies voor aan de Medische Raad. Het diensthoofd van de betrokken medische dienst is ertoe gehouden het definitieve voorstel tot aanpassing te werken in het reglement inwendige orde.

**§5.** De stafleden van de medische dienst worden schriftelijk, per brief of digitaal, door het diensthoofd in kennis gesteld van het reglement inwendige orde en van wijzigingen ervan.

**§6.** Het reglement inwendige orde wordt ten minste om de drie jaar geactualiseerd.

**§7.** De ziekenhuisartsen werkzaam in de betrokken medische dienst dienen het reglement inwendige orde na te leven.

### **Artikel 11.**

**§1.** Het strategisch beleidsplan concreetiseert de visie van de medische dienst over de huidige en toekomstige uitbouw van de medische dienst. Het strategisch beleidsplan geldt onder voorbehoud van goedkeuring door het overlegcomité medische beleidszaken, maakt deel uit van het algemeen medisch beleidsplan en ligt in lijn met de algemene strategie van het ziekenhuis.

**§2.** Het strategisch beleidsplan behandelt minstens:

1° het huidig medisch aanbod;

2° activiteiten en speerpunten die in de toekomst ontwikkeld of verder uitgebouwd zullen worden en welke variabelen hierin een rol kunnen spelen;

3° de participatie aan multidisciplinaire initiatieven;

4° het toekomstplan voor medische bestaffing;

5° bedreigingen en opportuniteiten;

6° het raamwerk voor interne kwaliteit;

7° de interne samenwerking met andere medische diensten;

8° de externe samenwerking gekaderd in de samenwerkingsrelaties van het ziekenhuis, inclusief de samenwerking met de huisartsen;

9° de optimale besteding van de middelen.

**§3.** Het diensthoofd stelt het strategisch beleidsplan op in samenspraak met de vaste stafleden van de medische dienst en legt het ter goedkeuring voor aan de CMO.

**§4.** Het strategisch beleidsplan wordt minstens om de drie jaar besproken op het overlegcomité medische beleidszaken. Op basis van deze bespreking wordt het beleidsplan gevalideerd of verder bijgestuurd.

### **Artikel 12.**

Een medische dienst streeft een zo hoog mogelijke efficiëntie na zowel op het vlak van middelen van de eigen medische dienst als middelen van het ziekenhuis.

### **Artikel 13.**

Een medische dienst onderneemt actie om de medische activiteit te optimaliseren en om andere medische diensten betrokken in de zorg of zorgondersteuning optimaal te

laten functioneren, met als doel de patiënt op de meest efficiënte wijze de meest aangewezen zorg te bieden.

### **Artikel 14.**

Specifiek voor medisch technische diensten, maar mogelijk ook van toepassing voor de overige medische diensten, worden de positionering ten opzichte van, de dienstverlening aan, en de afspraken met andere diensten beschreven in het dienstreglement of het kwaliteitssysteem van de dienst. Dit gebeurt bij voorkeur via Service Level Agreements (SLA's).

### **Artikel 15.**

**§1.** Een medische dienst is ten volle geïntegreerd, zowel intramuraal als extramuraal.

**§2.** Om intramuraal een goede integratie te bereiken worden de volgende maatregelen genomen:

1° de medische zorg is afgestemd op en geïntegreerd in het totale zorgtraject van de patiënt. Hiertoe wordt regelmatig overleg gepleegd met verpleegkundigen, paramedici, technische medewerkers, enz.;

2° de zorg aan patiëntengroepen die door meerdere specialismen worden behandeld, wordt maximaal multidisciplinair georganiseerd;

3° het efficiënt gebruik van middelen (ruimte, personeel, apparatuur) wordt dienstoverschrijdend geoptimaliseerd.

**§3.** Om extramuraal een goede integratie te bereiken wordt een goede samenwerking opgezet met:

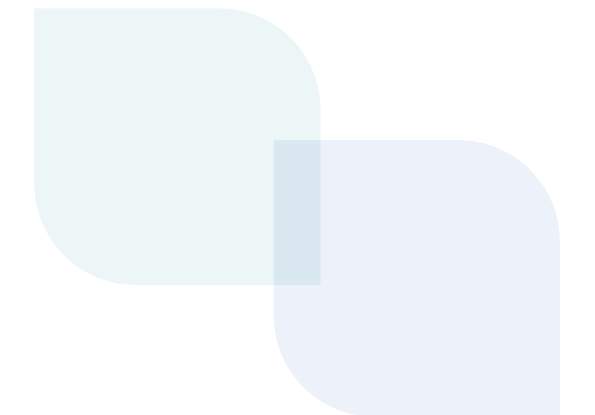
1° huisartsen;

2° verwijzende ziekenhuizen;

3° ziekenhuizen waarnaar patiënten verwezen worden;

4° partnerziekenhuizen van het eigen ziekenhuisnetwerk.

Formele samenwerkingsverbanden met medische diensten van andere ziekenhuizen dienen voor akkoord voorgelegd te worden aan de beheerder en de medische raad.







## 4.2 Dienstoverschrijdende functie

### Artikel 16.

§1. Een dienstoverschrijdende functie bestaat uit een samenwerkingsverband tussen ziekenhuisartsen van verschillende medische diensten om een specifieke zorg kwaliteitsvol te kunnen aanbieden.

§2. De beheerder beslist over de oprichting van nieuwe dienstoverschrijdende functies en de wijziging, splitsing of opheffing van bestaande dienstoverschrijdende functies.

§3. In het ziekenhuis bestaan de volgende dienstoverschrijdende functies:

- 1° oncologisch en therapeutisch dagziekenhuis (niet-chirurgische daghospitalisatie)
- 2° chirurgisch dagziekenhuis;
- 3° spoedgevallen;
- 4° intensieve zorgen;
- 5° operatiekwartier;
- 6° infectiologie;
- 7° preventie en levensstijlgeneeskunde.

§4. Een dienstoverschrijdende functie wordt geleid door een diensthoofd.

Elke dienstoverschrijdende functie beschikt over een reglement inwendige orde en een strategisch beleidsplan.

De dienstoverschrijdende functies die zowel in AZ Maria Middelaars als in AZ Sint-Vincentius Deinze actief zijn, werken geïntegreerd samen aan de hand van één gemeenschappelijk reglement van inwendige orde en één gemeenschappelijk strategisch beleidsplan onder leiding van één diensthoofd.

## 05/ MEDISCHE FUNCTIES

### 5.1. De chieff medical officer (CMO)

#### Artikel 17.

De beheerder benoemt de CMO als hoofdarts volgens de bepalingen van de algemene regeling.

#### Artikel 18.

§1. De CMO is verantwoordelijk voor de goede gang van zaken in het medisch departement en werkt hiertoe nauw samen met de CEO en de CNO. Hij neemt, onverminderd alle wettelijke of reglementaire opdrachten en bevoegdheden die hem zijn toevertrouwd, de nodige initiatieven om onder meer:

- 1° de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen met betrekking tot de medische activiteiten;
- 2° de naleving te verzekeren van het medisch reglement;
- 3° beheersbeslissingen inzake de organisatie en de coördinatie van de medische activiteiten voor te bereiden en uit te voeren, onder meer door zijn visie ter zake toe te lichten bij de beheerder;
- 4° een geregeld overleg te organiseren met de diensthoofden;

5° de samenwerking tussen de artsen van het ziekenhuis te verzekeren en de groepsgeest te bevorderen;

6° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, in het bijzonder met de verpleegkundigen en de paramedici te bevorderen;

7° de samenwerking met de ziekenhuisartsen en andere artsen te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of de verwijzende artsen;

8° de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en op permanente wijze te evalueren;

9° de continuïteit van de medische zorgen in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren, onder meer door het organiseren van de medische permanentie in het ziekenhuis en van de medewerking van de artsen aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

§2. In uitvoering van de voormelde opdracht waakt de CMO erover dat maatregelen worden genomen om onder meer:

1° de procedure uit te werken inzake opname

en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis, meer bepaald door een patiëntendraaiboek op te stellen;

2° de ziekenhuishygiëne te bevorderen;

3° in samenwerking met de bloedtransfusiecentra een bloedbank te organiseren, zo deze voor de ziekenhuisactiviteiten vereist is;

4° voor elke patiënt een medisch dossier, als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier, aan te leggen en door het ziekenhuis te bewaren;

5° de nodige medische documentatie te verzamelen;

6° de registratie van de medische activiteiten te organiseren en bij te houden;

7° de interne medical audit te organiseren;

8° een jaarverslag over de medische activiteiten op te maken;

9° de gegevens te verzamelen voor de voorbereiding van de begroting van de medische activiteiten;

10° de activiteiten te stimuleren die een wetenschappelijk karakter vertonen voor zover die in overeenstemming zijn met de mogelijkheden van het ziekenhuis;

11° een effectieve medische stafwerking te verzekeren;

12° ervoor te zorgen dat gedecentraliseerde testen klinische biologie als bedoeld in artikel 1, 2° van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, in het ziekenhuis uitsluitend worden uitgevoerd onder toezicht en verantwoordelijkheid van de directeur van het erkend laboratorium voor klinische biologie van het ziekenhuis of waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsakkoord heeft en na overleg met de betrokken arts-diensthoofd;

13° een persoonlijk dossier voor elke ziekenhuisarts bij te houden.

**§3.** Naast de hierboven vermelde taken en verantwoordelijkheden neemt de CMO in opdracht van en in samenwerking met de CEO en CNO de nodige initiatieven om onder meer:

1° de medische activiteiten te bevorderen binnen het ziekenhuis;

2° de samenwerking tussen de sites of met geaffilieerde externe poliklinieken te stimuleren, de groei van de medische activiteit en de uitbreiding ervan naar nieuwe behandelingsmethodes te optimaliseren;

3° de door de beheerder goedgekeurde samenwerking met andere ziekenhuizen, referentiecentra en opleidingscentra inhoudelijk en vormelijk te begeleiden en te coördineren;

4° binnen de medische activiteit contacten te leggen met artsen en verantwoordelijken van andere ziekenhuizen met het doel de activiteiten van het ziekenhuis in een bredere schaal te verwezenlijken;

5° de medische activiteiten verder te ontplooiën en bekend te maken, onder meer bij de overheid, ziekenfondsen en belangengroepen;

6° de externe betrekkingen met de huisartsen en de verantwoordelijken voor thuisverzorging te stimuleren;

7° het opname- en ontslagbeleid van patiënten te stimuleren;

8° de uitwerking van transmurale zorgpaden te stimuleren;

9° samen met andere belanghebbenden in te staan voor accrediteringsprocessen opgelegd of aanvaard door de bevoegde overheid;

10° de opleiding van studenten in de geneeskunde en artsen-specialisten in opleiding te begeleiden;

11° de documentatie van de medische activiteit van het ziekenhuis te verzamelen en in voorkomend geval te registreren en te verwerken onder de vorm van minimale ziekenhuisgegevens (MZG);

12° in overleg met de medische raad de begroting van het medisch departement voor te bereiden;

13° jaarlijks het verslag over de werking en de toekomst van het medisch departement op te stellen.

**§4.** De CMO kan zich voor de hierboven vermelde taken en verantwoordelijkheden laten adviseren of bijstaan door ziekenhuisartsen met een bijzondere kennis of expertise in één of meerdere deeldomeinen van het medisch departement.

### **Artikel 19.**

**§1.** De CMO organiseert jaarlijks een functioneringsgesprek met de diensthoofden. In dat gesprek wordt bijzondere aandacht besteed aan:

1° de uitbouw van kwalitatieve zorg binnen de medische dienst of de dienstoverschrijdende functie;

2° het voorhanden zijn, en de kwaliteit van het reglement inwendige orde en het strategisch beleidsplan en de opvolging ervan;

3° de projectaanvragen voor ondersteuning van het EIS-fonds.

**§2.** Er wordt van het functioneringsgesprek een verslag gemaakt dat door de CMO en het diensthoofd wordt ondertekend. Het verslag wordt bijgehouden in het persoonlijk dossier als bedoeld in art. 17, §2, 13°.

**§3.** Een vast staflid dat ontevreden is over het functioneren van zijn diensthoofd kan de CMO als vertrouwenspersoon raadplegen.

## **5.2. Het diensthoofd**

### **Artikel 20.**

Een diensthoofd is een vast staflid die de medische leiding heeft van een medische dienst of een dienstoverschrijdende functie. Elke medische dienst en dienstoverschrijdende functie staat op medisch-organisatorisch vlak onder de leiding van een diensthoofd.

### **Artikel 21.**

**§1.** Om als diensthoofd benoemd te kunnen worden moet het vast staflid aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° sinds minstens drie jaar vast staflid zijn in het ziekenhuis tenzij de beheerder bij het voornemen tot benoeming hier anders over beslist;

2° verbonden zijn aan het ziekenhuis of aan één of meerdere andere ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde ziekenhuis-groepering;

3° bereid zijn zich daadwerkelijk in te zetten voor de goede werking van zijn medische dienst of dienstoverschrijdende functie.

**§2.** De medische dienst of dienstoverschrijdende functie draagt een of meerdere kandidaten voor om benoemd te worden als diensthoofd, met instemming van minstens de helft van de vaste stafleden van de dienst. Het reglement inwendige orde bepaalt de manier waarop een medische dienst of dienstoverschrijdende functie kandidaten aanduidt om voor te dragen voor benoeming als diensthoofd.

**§3.** De beheerder benoemt het diensthoofd voor een hernieuwbare termijn van drie jaar. Na één hernieuwing wordt de functie automatisch vacant verklaard en dient er een verkiezing voor kandidaat-diensthoofd georganiseerd te worden.

Indien de beheerder geen van de voorgedragen kandidaten benoemt, verzoekt hij de medische dienst of dienstoverschrijdende functie om een nieuwe kandidaat voor te dragen. Bij gebrek aan een nieuwe kandidaat of indien de beheerder ook de nieuw voorgedragen kandidaat niet benoemt, kan de be-

heerder een ander vast staflid als diensthoofd benoemen.

Indien er binnen de dienst geen kandidaat aan de voorwaarden voldoet, kan de beheerder de CMO benoemen als diensthoofd ad interim.

**§4.** Een medisch diensthoofd wordt om de drie jaar geëvalueerd door de CMO. Deze evaluatie is gebaseerd op de doelstellingen geformuleerd in het individuele ontwikkelingsplan, en in de dienstgebonden strategische doelstellingen en bereikte resultaten.

Er wordt van het evaluatiegesprek een verslag gemaakt dat door de CMO en het diensthoofd wordt ondertekend. Het verslag wordt bijgehouden in het persoonlijk dossier als bedoeld in art. 17, §2, 13°.

### **Artikel 22.**

Een vast staflid dat voor het eerst benoemd wordt als diensthoofd wordt in zijn functie begeleid door de CMO en door een externe partij aangeduid door de CMO, teneinde het nieuwe diensthoofd de mogelijkheid te bieden zich te ontwikkelen in de nieuwe functie.

### Artikel 23.

§1. De benoeming van een diensthoofd neemt automatisch een einde wanneer het diensthoofd niet langer voldoet aan de vereisten om diensthoofd te zijn.

§2. Het mandaat van diensthoofd kan zowel door de beheerder als door het diensthoofd worden beëindigd voor het verstrijken van de termijn van drie jaar, mits inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. De opzegging wordt gegeven per aangetekend schrijven of per brief die voor ontvangst wordt afgetekend door respectievelijk de ziekenhuisarts of de beheerder. De opzeggingstermijn gaat in de eerste dag van de maand volgend op deze waarin de opzegging wordt betekend. Van deze termijn kan steeds in onderling overleg worden afgeweken.

### Artikel 24.

§1. Een diensthoofd dient, binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis, over de middelen te beschikken om de kwaliteitszorg in zijn medische dienst of dienstoverschrijdende functie te bevorderen.

§2. Een diensthoofd heeft als taak, in samenwerking met de andere organen van het ziekenhuis en in het bijzonder met de CMO en met de vaste stafleden van zijn medische dienst of dienstoverschrijdende functie:

1° in te staan voor de goede gang van zaken van zijn medische dienst, onder meer door de organisatie en de coördinatie van de medische activiteiten van zijn dienst;

2° de medische activiteiten te integreren in het geheel van de activiteiten van zijn medische dienst, dit in nauw overleg met de CMO, de andere arts-diensthoofden, de hoofdverpleegkundige en de verantwoordelijken van de paramedische activiteiten;

3° initiatieven te nemen die noodzakelijk zijn om binnen zijn medische dienst de algemene maatregelen die de CMO heeft genomen, uit te werken;

4° voorstellen te formuleren en adviezen te geven aan de medische raad en aan de CMO over de definitieve benoeming van de leden van zijn medische dienst;

5° te waken over de uitvoering, in zijn medische dienst, van de beslissingen die regelmatig in het ziekenhuis werden genomen;

6° met betrekking tot de medische activiteit, langs het hoofd van de verpleegkundige dienst van het ziekenhuis of langs de hoofdverpleegkundigen, richtlijnen te verstrekken aan de verpleegkundigen;

7° de beheerder, het directiecomité, de CMO en de medische raad te adviseren over de begroting van zijn medische dienst;

8° de medische raad te adviseren over de aankopen voor de uitrusting van zijn medische dienst; 9° de statistische gegevens te verzamelen voor het medisch jaarverslag.

### §3. Hiertoe moet het diensthoofd minstens:

1° vier maal per jaar een dienstvergadering organiseren;

2° de relevante beleidsinformatie informeren naar de stafleden;

3° het aanspreekpunt zijn voor de CMO, het directiecomité en de beheerder voor alle professionele, administratieve en klinisch gerelateerde activiteiten van zijn medische dienst;

4° op continue basis de professionele prestatie van alle leden van zijn medische dienst opvolgen. Minstens eenmaal per jaar is er een formeel functioneringsgesprek waarvan een verslag wordt opgemaakt dat wordt ondertekend door het diensthoofd en de desbetreffende ziekenhuisarts;

5° de criteria voor klinische privileges voor medische zorg ter goedkeuring voorleggen aan het comité medische professionaliteit;

6° met het akkoord van de desbetreffende ziekenhuisarts klinische privileges toekennen aan elk van de leden van de medische dienst;

7° deelnemen aan de diensthoofdenvergadering en erover rapporteren op de dienstvergadering;

8° aanvragen indienen inzake ondersteuning vanuit het EIS-fonds bij de CMO en CFO.

### Artikel 25.

De beheerder kan aan een diensthoofd bijkomende of specifieke taken toevertrouwen.

### Artikel 26.

Een diensthoofd dient voldoende te zijn vrijgesteld van klinische activiteit om zijn opdracht te kunnen vervullen.





## 06/ STAFWERKING EN OVERLEGORGANEN

### 6.1. Medische staf

#### Artikel 27.

§1. De medische staf bestaat uit alle ziekenhuisartsen.

§2. De medische staf heeft tot doel een goede medische dienstverlening te waarborgen, meer bepaald door de medewerking van de ziekenhuisartsen bij de geïntegreerde werking van het ziekenhuis, bij de kwaliteits-toetsing alsmede bij de initiatieven om de kwaliteit van de medische dienstverlening in het ziekenhuis in stand te houden of te verbeteren.

§3. De CMO betreft de medische staf bij het tot stand brengen van de geïntegreerde werking van het ziekenhuis, onder meer door:

1° de organisatie van colloquia of debatten al dan niet in aanwezigheid van huisartsen;

2° de bespreking van profielen van de medische activiteiten;

3° de bespreking van de minimale verpleegkundige gegevens, dit in aanwezigheid van het hoofd van het verpleegkundig departe-

ment, en van de minimale klinische gegevens;

4° de evaluatie van het opname- en ontslagbeleid patiënten, inzonderheid door vergelijking van het aantal gerealiseerde ten opzichte van het aantal verantwoorde verpleegdagen zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit betreffende de vaststelling en vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

5° de evaluatie van de kostenvergelijking van de medische diensten en dit op grond van het Koninklijk Besluit tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;

6° de evaluatie van het voorschrijven van geneesmiddelen en de distributie ervan volgens het voor het ziekenhuis uitgewerkte geneesmiddelenformularium;

7° de voorbereiding en evaluatie van maatregelen ter bevordering van de kwaliteitszorg in het ziekenhuis.

§4. De medische staf wordt minstens tweemaal per jaar door de CMO samengeropen.

### 6.2. Overleg tussen het medisch en verpleegkundig departement

#### Artikel 28.

§1. Het medisch departement oefent zijn medische activiteit uit in een geest van samenwerking en overleg met het verpleegkundig departement en met alle andere medewerkers van het ziekenhuis. Om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren, streeft elke ziekenhuisarts er naar om zo veel mogelijk en nuttig multidisciplinair samen te werken. Iedere actor waarborgt aan elke patiënt de vrije artskeuze.

§2. De ziekenhuisarts verbindt zich ertoe de aanbevelingen van het verpleegkundig departement op te volgen voor zover die geen afbreuk doen aan de therapeutische en diagnostische vrijheid, de reglementaire bepalingen en de contractuele bepalingen die met de ziekenhuisarts overeengekomen zijn.

### 6.3. Overleg met medische diensten en dienstoverschrijdende functies

#### Artikel 29.

§1. De CMO staat samen met de diensthoofden in voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis, alsook de realisatie van kwaliteitsvolle zorg en dit in nauw overleg met de diensthoofden.

§2. De CMO organiseert minstens zes keer per jaar een vergadering met de diensthoofden waar onder meer over de in de vorige paragraaf opgesomde onderwerpen wordt afgestemd.

### 6.4. Comités en commissies

#### Artikel 30.

§1. In de organisatie en werking van het medisch departement vervullen onderstaande comités en commissies een bijzondere rol:

1° het medisch farmaceutisch comité;

2° het comité voor medisch materiaal;

3° het transfusiecomité;

4° het comité voor ziekenhuishygiëne;

5° de OK-commissie;

6° het comité medische professionaliteit;

7° het EIS-comité;

8° het comité genaamd stuurgroep poli;

9° het comité genaamd stuurgroep kwaliteit;

10° het comité genaamd data protection board;

11° andere comités die de beheerder en de medische raad in akkoord inrichten.

§2. De samenstelling, bevoegdheden en werking van deze comités en commissies staan beschreven in een huishoudelijk reglement dat bekrachtigd dient te worden door het overlegcomité medische beleidszaken.

§3. De reglementen, procedures en richtlijnen uitgaande van deze comités en commissies zijn bindend vanaf het moment dat deze de ziekenhuisarts per brief, digitaal of via het intern communicatieplatform van het ziekenhuis ter kennis worden gebracht.

§4. Binnen het voorziene wettelijke kader zullen al dan niet wettelijk verplichte comités, commissies en werkgroepen van AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze worden samengevoegd en geïntegreerd.

#### Artikel 31.

§1. In het ziekenhuis is er een OK-commissie.

§2. De samenstelling, bevoegdheden en werking van de OK-commissie staan beschreven in een huishoudelijk reglement.

§3. De richtlijnen en procedures uitgaande van de OK-commissie staan beschreven in het reglement inwendige orde van het operatiekwartier.

#### Artikel 32.

§1. In het ziekenhuis is er het comité medische professionaliteit. Het comité is samengesteld uit zes effectieve leden, met name de CEO, de CMO, de voorzitter van de medische raad, twee afgevaardigden van de medische raad en een afgevaardigde van de beheerder. In geval van afwezigheid of een belangenconflict – met name een situatie waarbij een (plaatsvervangend) lid van het comité een tegenstrijdig persoonlijk of vermogensrechtelijk belang heeft ten aanzien van een medische dienst of ziekenhuisarts die beoordeeld dient te worden – kunnen de overige leden een plaatsvervanger aanduiden. De plaatsvervanger is ofwel een afgevaardigde van de medische raad, ofwel een afgevaardigde van de beheerder naargelang de functie van de persoon die moet vervangen worden.

§2. De CMO is de voorzitter van het comité medische professionaliteit. Hij duidt een verslaggever-secretaris aan die geen lid hoeft te zijn van het comité medische professionaliteit en die instaat voor de notulen van de bijeenkomsten van het comité medische professionaliteit. In geval van afwezigheid of een belangenconflict kan de CMO zich laten vervangen door een lid van het overlegcomité medische beleidszaken.

§3. Het comité medische professionaliteit kan slechts rechtsgeldig beraadslagen als minstens vijf van de zes leden, of hun plaatsvervangers, aanwezig zijn.

§4. Het comité medische professionaliteit wordt samengesteld voor de duur van het mandaat van de medische raad.

#### Artikel 33.

Het comité medische professionaliteit komt minstens éénmaal per jaar samen om de uitvoering van de opdrachten en het opnemen van de verantwoordelijkheden van elke medische dienst te evalueren op haar minimale vereisten. Dit omvat minstens de controle van:

1° de aanwezigheid van een geactualiseerd reglement inwendige orde;

2° de aanwezigheid van een geactualiseerd strategisch beleidsplan;

3° de organisatie van de dienstvergaderingen van het voorbije jaar;

4° het raamwerk voor interne kwaliteit: indicatoren, verbeterprojecten, educatieprogramma, klinische richtlijnen, ... ;

5° het correct doorlopen van het functioneringsproces van stafleden;

6° de afspraken over de klinische privileges van alle leden van de medische dienst;

7° de overeenstemming van de klinische privileges van een ziekenhuisarts met diens nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring zoals blijkt uit het persoonlijk portfolio als bedoeld in art. 8 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

#### Artikel 34.

Het comité medische professionaliteit kan op verzoek van de CMO, een diensthoofd of een ziekenhuisarts samenkomen om problemen te bespreken met betrekking tot de werking van een medische dienst, de credentials of de afspraken over de klinische privileges aan ziekenhuisartsen of inzake het functioneren van ziekenhuisartsen. Indien een effectief lid zich in een situatie van een belangenconflict bevindt, dan neemt een plaatsvervanger aan de bijeenkomst van het comité medische professionaliteit deel.

#### Artikel 35.

Aanvullend op de controlefunctie als bedoeld in art. 32 bestaat de opdracht van het comité medische professionaliteit er in om te bemiddelen en om een oplossing te zoeken. Indien er geen oplossing gevonden kan worden, meldt de voorzitter van het comité medische professionaliteit dit schriftelijk aan de beheerder en de medische raad.

#### Artikel 36.

Het comité medische professionaliteit stelt een jaarverslag op en bezorgt dit aan de beheerder en de medische raad.

#### Artikel 37.

§1. In uitvoering van de Ziekenhuiswet is er in het ziekenhuis een ethisch comité opgericht.

§2. Het ethisch comité is een lokaal ethisch comité in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het ethisch comité staan beschreven in een huishoudelijk reglement.



## 07/ KLINISCHE STUDIES EN DATAGEBRUIK

#### Artikel 38.

§1. Een ziekenhuisarts die zich voorneemt om binnen het ziekenhuis een klinische studie op te zetten, legt voorafgaandelijk het studieprotocol ter goedkeuring voor aan een bevoegd ethisch comité, zoals voorgeschreven in de Experimentenwet, Clinical Trial Regulation (CTR), Medical Device Regulation (MDR) en/of andere geldende regelgeving.

§2. Voorgaande paragraaf is enkel van toepassing op de klinische studies die worden verricht binnen de gebouwen van het ziekenhuis, met ondersteuning van het ziekenhuis of op ziekenhuispatiënten evenals in het geval wanneer een ziekenhuisarts actief patiënten in het ziekenhuis wenst te werven voor diens klinische studie.

§3. Een overeenkomst met een externe partij inzake het opzetten van een klinische studie wordt opgesteld als een driepartijenovereenkomst, en ondertekend door de hoofdonderzoeker van de klinische studie en de CEO van het ziekenhuis. Alle overeenkomsten worden vooraf ter nazicht voorgelegd aan het ziekenhuis.

§4. Wanneer gezondheidsgegevens die geregistreerd worden in het kader van zorg in een later stadium gebruikt worden voor doeleinden die buiten de directe zorg liggen, i.e. secundair gebruik, wordt dit vooraf voor akkoord voorgelegd aan de data protection board. De enige uitzonderingen hierop zijn het hergebruik met het oog op kwaliteitsopvolging of in het kader van een door de overheid of andere autoriteiten verplichte verwerking.





## 08/ VERWITTIGINGS- EN WAARSCHUWINGS-PROCEDURE

### Artikel 39.

**§1.** Indien een ziekenhuisarts de bepalingen van dit reglement of van de beleidslijnen, afspraken, reglementen, richtlijnen of normen als bedoeld in art. 3, §2-3 niet naleeft, kan de CMO een schriftelijke verwittiging aan de ziekenhuisarts geven, met vermelding van de niet- nageleefde bepalingen en met het dwingend verzoek deze te respecteren en na te leven.

**§2.** In geval een ziekenhuisarts binnen een termijn van drie maanden vanaf de kennisgeving van de schriftelijke verwittiging hieraan geen gevolg geeft, kan de CMO een tweede schriftelijk verwittiging geven, met vermelding van de niet-nageleefde bepalingen en met een waarschuwing dat een nieuwe overtreding desgevallend aanleiding kan geven tot een schriftelijke ingebrekestelling door de beheerder.

**§3.** De CMO bezorgt de ziekenhuisarts, de voorzitter van de medische raad en de beheerder een kopie van elke schriftelijke verwittiging en bewaart het origineel in het persoonlijk dossier als bedoeld in art. 17, §2, 13°.

## 09/ MEDICAL AUDIT

### 9.1. Toepassingsgebied

#### Artikel 40.

De algemene medical audit betreft de audit overeenkomstig artikel 6, 7° van het KB medische organisatie die in alle gevallen kan worden georganiseerd door de CMO in het kader van de kwaliteitsbewaking en -verbetering binnen het ziekenhuis.

#### Artikel 41.

De gerichte medical audit betreft een audit als bedoeld in artikel 6/1 van het KB medische organisatie die wordt opgestart om een specifiek probleem te onderzoeken dat de goede gang van zaken met betrekking tot het risicobeheer en de veiligheid van de patiënten in het medisch departement in het gevaar brengt.

### 9.2. Algemene medical audit

#### Artikel 42.

**§1.** Indien de CMO het voornemen heeft een algemene medical audit te organiseren, brengt hij de medische raad en de CEO hiervan op de hoogte.

**§2.** Hierbij bezorgt de CMO hen de volgende informatie:

1° de motivering voor de organisatie van een algemene medical audit;

2° de auditplanning ad hoc die de afbakening van het onderzoek bevat, evenals een richtinggevende kalender en de modaliteiten en/of praktische werkwijze.

**§3.** Indien de algemene medical audit betrekking heeft op één of meer specifieke medische diensten, dan pleegt de CMO, respectievelijk de auditcommissie als bedoeld in artikel 48, vooraf overleg met de betrokken arts-diensthoofd(en).

**§4.** De CMO kan bij de algemene medical audit de medewerking van alle ziekenhuisarts(en) verplichten. Ander ziekenhuispersoneel kan bij de algemene medical audit betrokken worden na overleg en in samenwerking met het hoofd van het departement van het ziekenhuis waartoe het betrokken ziekenhuispersoneel behoort.

**§5.** De ziekenhuisartsen en ander ziekenhuispersoneel betrokken bij de algemene medical audit zijn gebonden door het beroepsgeheim en zijn ertoe gehouden de regelgeving inzake persoonsgebonden gegevens na te leven.

### Artikel 43.

**§1.** De CMO kan in elke fase van de algemene medical audit besluiten om een auditcommissie als bedoeld in artikel 48 samen te stellen. Dit dient te worden meegedeeld aan de CEO en de medische raad.

**§2.** De CMO kan eveneens, in elk stadium en desgevallend mits gemotiveerde mededeling aan de auditcommissie beslissen om de algemene medical audit stop te zetten. Dit dient onmiddellijk te worden meegedeeld aan de CEO, de beheerder en de medische raad.

### Artikel 44.

**§1.** De CMO, respectievelijk de auditcommissie, stelt in elk geval en binnen de in de kalender voorziene termijn een definitief auditrapport op. De CMO, respectievelijk de auditcommissie, kan ook steeds, voor zover hij/zij dit nodig acht een voorlopig auditrapport opstellen.

**§2.** De CMO deelt elk voorlopig of definitief auditrapport schriftelijk, per brief of digitaal, mee aan de CEO, de beheerder en de medische raad.

**§3.** De CEO, de beheerder en de medische raad kunnen binnen een termijn van 30 kalenderdagen vanaf de kennisgeving van dit auditrapport hun eventuele opmerkingen schriftelijk meedelen aan de CMO.



## Artikel 45.

§1. Elk definitief auditrapport bevat minstens de volgende informatie:

1° de definitieve vaststellingen van de CMO, respectievelijk de auditcommissie, over het verloop en de resultaten van de algemene medical audit, evenals, in zoverre van toepassing, een concreet voorstel of ontwerp van te implementeren richtlijnen of op te stellen documentatie teneinde tegemoet te komen aan gezegde resultaten.

2° indien er naar aanleiding van voorlopige auditrapporten opmerkingen werden gemaakt door de medische raad of de CEO worden deze integraal opgenomen en beantwoord in het definitief auditrapport.

§2. Indien de CMO, respectievelijk de auditcommissie, de beheerder of de medische raad op basis van de inhoud van het definitief auditrapport van oordeel is dat een gerichte medical audit zich opdringt, wordt de procedure zoals omschreven onder titel 9.3 gevolgd. De CMO, respectievelijk de auditcommissie, kan voorstellen om het voorwerp van de algemene medical audit aan een ander orgaan binnen het ziekenhuis voor te leggen;

§3. De CMO geeft de beheerder en de medische raad eveneens een mondelinge toelichting bij het definitief auditrapport.

§4. De CMO vermeldt enkel die persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van de medische raad.

## 9.3. Gerichte medical audit

### Artikel 46.

§1. Wanneer de CMO kennis neemt van feiten waarvan hij meent dat de goede gang van zaken met betrekking tot het risicobeheer en de veiligheid van de patiënten in het medisch departement potentieel in gevaar komt, kan hij de nodige maatregelen nemen tot organisatie van een gerichte medical audit binnen de drie maanden na de kennisname van deze feiten.

§2. Indien er meerdere feiten als aanleiding dienen voor de organisatie van de gerichte medical audit, begint de termijn van drie maanden pas te lopen vanaf de datum van het laatste gekende feit.

### Artikel 47.

§1. Indien de CMO het voornemen heeft een gerichte medical audit te organiseren, brengt hij de medische raad en de CEO hiervan op de hoogte.

§2. Hierbij bezorgt de CMO hen de volgende informatie:

1° de aanleiding tot de organisatie van een medical audit;

2° de selectie en omschrijving van het klinisch of organisatorisch probleem;

3° de aard van de te verzamelen gegevens en gebeurlijk af te toetsen standaarden volgens de stand van de wetenschap;

4° de auditplanning die de afbakening van het onderzoek bevat, evenals een richtinggevende kalender en de modaliteiten en/of praktische werkwijze.

§3. In elk geval pleegt de CMO respectievelijk de auditcommissie voorafgaand aan de gerichte medical audit overleg met de betrokken arts-diensthoofd(en). Indien de arts-diensthoofd(en) zelf betrokken partij is/zijn of niet op objectieve manier kan/kunnen oordelen over de betrokken arts(en), gaat het overleg nog door, maar dient de eventuele partijdigheid van de betrokken arts-diensthoofd(en) mee in overweging te worden genomen.

### Artikel 48.

§1. De CMO kan bij de gerichte medical audit de medewerking van de betrokken ziekenhuisarts(en) verplichten.

§2. Ander ziekenhuispersoneel kan bij de gerichte medical audit betrokken worden na overleg en in samenwerking met het hoofd van het departement van het ziekenhuis waartoe het betrokken ziekenhuispersoneel behoort.

§3. De ziekenhuisartsen en ander ziekenhuispersoneel betrokken bij de medical audit zijn gebonden door het beroepsgeheim en zijn ertoe gehouden de Privacywet na te leven.

### Artikel 49.

§1. De concrete uitvoering van de gerichte medical audit gebeurt door de CMO die hiervoor kan samenwerken met andere ziekenhuisartsen.

§2. Indien de CMO van oordeel is dat hij de gerichte medical audit niet alleen kan verrichten, kan hij een ad hoc auditcommissie samenstellen. De samenstelling van de auditcommissie wordt vrij bepaald door de CMO en kan ook externe experts bevatten.

§3. De CMO zit de auditcommissie voor. De leden zijn onderworpen aan de grootste discretieplicht en ondertekenen hiertoe een discretieclausule.

§4. De CMO kan in elke fase van de gerichte medical audit besluiten om alsnog een ad hoc auditcommissie samen te stellen. Dit

dient onmiddellijk te worden meegedeeld aan de betrokken ziekenhuisarts(en), de CEO en de medische raad.

### Artikel 50.

§1. De CMO, respectievelijk de auditcommissie legt een datacollectie aan, met alle informatie die noodzakelijk of nuttig is om de gerichte medical audit te voeren.

§2. De verzameling van de data en de besluitvorming op basis van de data gebeurt op wetenschappelijk verantwoorde wijze en volgens de wetenschappelijke en/of medisch-professionele standaarden.

§3. De datacollectie wordt binnen de drie maanden na het opstarten van de medical audit gefinaliseerd. Deze periode kan eenmalig worden verlengd met een termijn van één maand, indien er zich tijdens de periode van de datacollectie nieuwe feiten zouden voordoen of ter kennis zouden komen.

§4. In het kader van de datacollectie hoort de CMO, respectievelijk de auditcommissie, de betrokken ziekenhuisarts(en) en de andere betrokken partijen en pleegt overleg met de betrokken arts-diensthoofd(en). De CMO, respectievelijk de auditcommissie, kan ook andere onderzoeksactiviteiten uitvoeren.

§5. Na een tussentijds overleg met de betrokken arts-diensthoofd(en) kan de CMO,

respectievelijk de auditcommissie, beslissen om bijkomende data te verzamelen.

### Artikel 51.

§1. De CMO, respectievelijk de auditcommissie, onderzoekt de verkregen informatie en stelt een voorlopig auditrapport op binnen de maand nadat de datacollectie werd afgerond. Dit voorlopig auditrapport vermeldt minstens:

1° de naam van de betrokken ziekenhuisarts(en) en het dossiernummer;

2° het klinisch en/of organisatorisch probleem zoals dit bij het opstarten van de medical audit omschreven werd;

3° de auditplanning;

4° het verloop van de auditwerkzaamheden;

5° een voorlopig antwoord op de vraag of het klinisch en/of organisatorisch probleem zoals dit bij het opstarten van de medical audit omschreven werd, effectief aanwezig is of niet, evenals de gronden/motieven hiertoe aangenomen door de CMO respectievelijk de auditcommissie; en

6° indien het klinisch en/of organisatorisch probleem zoals dit bij het opstarten van de medical audit omschreven werd, voorlopig erkend wordt, het voorlopig implementatieplan met actiepunten.

§2. Het voorlopig auditrapport wordt aan de betrokken ziekenhuisarts(en) meegedeeld door de CMO.

§3. De betrokken ziekenhuisartsen kunnen binnen een termijn van 14 kalenderdagen vanaf de kennisgeving van dit voorlopig auditrapport hun eventuele opmerkingen schriftelijk meedelen aan de CMO.

§4. Indien nodig voor de audit of op verzoek van de betrokken ziekenhuisartsen, hoort de CMO, respectievelijk de auditcommissie, de betrokken ziekenhuisartsen na de ontvangst van hun schriftelijke opmerkingen. Dit gebeurt uiterlijk 30 dagen nadat het voorlopig auditrapport werd medegedeeld.

#### **Artikel 52.**

§1. De CMO, respectievelijk de auditcommissie, stelt binnen de 30 dagen nadat de betrokken ziekenhuisartsen hun eventuele opmerkingen hebben meegedeeld en desgevallend werden gehoord of nadat de termijn van 30 dagen na het voorlopig auditrapport is verstreken, een definitief auditrapport op. Het definitief auditrapport bevat minstens de volgende informatie:

1° het voorlopig auditrapport;

2° in voorkomend geval een weergave of samenvatting van de schriftelijke opmerkingen

van de ziekenhuisarts(en) bij het voorlopig auditrapport;

3° het antwoord van de CMO, respectievelijk de auditcommissie, op deze opmerkingen;

4° de definitieve beslissing van de CMO, respectievelijk de auditcommissie, over de gegrondheid van het klinisch en/of organisatorisch probleem zoals dit bij het opstarten van de medical audit omschreven werd;

5° indien dit probleem gegrond blijkt, het definitief implementatieplan met actiepunten om het probleem aan te pakken.

§2. Het definitief auditrapport wordt aan het persoonlijk dossier van de betrokken ziekenhuisarts(en) toegevoegd. De CMO deelt, rekening houdende met onderstaande bepalingen, het definitief auditrapport mee aan de beheerder, de medische raad en het betrokken arts-diensthooft.

§3. De CMO bezorgt de beheerder een mondelinge toelichting evenals een schriftelijk rapport van het verloop van de medical audit. Hierbij worden geen persoonsgegevens met betrekking tot eventueel betrokken patiënten verstrekt. Bij de bespreking van het resultaat van de audit geeft de CMO een toelichting indien de CMO daartoe wordt uitgenodigd.

§4. De CMO maakt enkel die persoonsgegevens over die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van de medische raad.

§5. De CMO pleegt, indien nodig, na de beëindiging van de gerichte medical audit overleg met de betrokken arts-diensthooft(en).

#### **Artikel 53.**

§1. Indien de CMO van mening is dat er een verbetertraject nodig is, stelt hij in samenwerking en overleg met de betrokken arts-diensthooft een implementatieplan op met actiepunten en met follow-upmomenten waarop de uitvoering van de actiepunten geëvalueerd zal worden.

§2. De CMO evalueert de uitvoering van de voorziene actiepunten. Dit implementatieplan evenals de evaluatie op de voorziene follow-upmomenten, wordt ter informatie voorgelegd aan de medische raad.

§3. Indien uit de resultaten van de gerichte medical audit blijkt dat – in afwachting van het verloop van het implementatieplan en de evaluatie – een onmiddellijke maatregel nodig is met het oog op risicobeheer en/of de veiligheid voor patiënten, kan de beheerder hiertoe beslissen, na advies van de medische raad.

#### **Artikel 54.**

§1. Met het oog op de uitvoering van een gerichte medical audit kunnen zowel gegevens uit het persoonlijk dossier van de betrokken ziekenhuisarts als gegevens uit betrokken patiëntendossiers worden geraadpleegd en verwerkt. Deze verwerking zal voldoen aan de vereisten van proportionaliteit en dus ter zake dienend en niet overmatig zijn. Bij de melding van het voornemen tot het organiseren van een medical audit vermeldt de CMO welke categorieën van patiëntendossiers zullen worden geraadpleegd en op welke wijze de privacybescherming van deze dossiers wordt gewaarborgd.

§2. De persoonsgegevens verzameld tijdens de gerichte medical audit, worden bewaard gedurende de tijd vereist voor de uitvoering van het definitief implementatieplan met actiepunten. Daarna worden deze persoonsgegevens vernietigd.

#### **Artikel 55.**

§1. Indien een gerichte medical audit wordt georganiseerd, wordt de arts van wie patiëntendossiers worden ingekeken, daarover bij aanvang ingelicht.

§2. Deze arts heeft recht op inzage in het rapport en de resultaten van de medical audit. Op zijn verzoek wordt hij gehoord door de CMO, de beheerder en de medische raad.

## **10/ SLOTBEPALINGEN**

#### **Artikel 56.**

Dit medisch reglement vervangt alle vorige medische reglementen.

#### **Artikel 57.**

De ongeldigheid van één of meerdere bepalingen van het medisch reglement als gevolg van dwingende wettelijke bepalingen tast in geen geval de geldigheid van het gehele reglement aan.

#### **Artikel 58.**

Het medisch reglement en de wijzigingen ervan treden in werking vanaf de datum van vaststelling ervan door de beheerder en na kennisgeving aan de ziekenhuisarts.

#### **Artikel 59.**

De ziekenhuisarts wordt schriftelijk, per brief of digitaal, in kennis gesteld van het medisch reglement en van de wijzigingen ervan.

# 11

## Reglement centrale inning

### Artikel 1: Definities

In dit reglement hebben onderstaande termen de volgende betekenis:

- Ziekenhuis: AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze.
- VDA: de vzw Vereniging der Artsen van vzw Maria Middelaes met maatschappelijke zetel gelegen te Buitenring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0422.948.308.
- Vzw: Maria Middelaes vzw, met zetel te Buitenring-Sint-Denijs 30 9000 Gent, met ondernemingsnummer 0410.214.186 die instaat voor de uitbating van verschillende vestigingseenheden, met name AZ Maria Middelaes (met erkenningsnummer 017) en AZ Sint-Vincentius Deinze (met erkenningsnummer 034) die deel uitmaken van een ziekenhuisgroepering en de andere vestigingen waar (medische) activiteit wordt ontplooid (o.a. het Medisch Centrum Aalter en het logistiek en facilitair platform 'De Prijkels').
- Artsen: de ziekenhuisartsen die met een schriftelijke overeenkomst verbonden zijn aan de vzw.

- OVC: het overlegcomité zoals bepaald in de algemene regeling.
- Verzekeringsinstellingen: mutualiteiten, hospitalisatieverzekeringen, private verzekeraars, fonds arbeidsongevallen.
- Extern ziekenhuis: elk ziekenhuis waar de vzw in onderaanneming prestaties voor uitvoert.
- Facturatiemaand:
  - voor de ambulante patiënten is de facturatiemaand de maand waarin de prestaties werden uitgevoerd.
  - voor de gehospitaliseerde patiënten is de facturatiemaand de maand van het ontslag van de patiënt, m.u.v. de maanden juni en december waar een algehele afrekening plaatsvindt op het einde van deze respectievelijke maanden, die inhoudt dat alle, tot op dat ogenblik niet gefactureerde, prestaties worden gefactureerd ongeacht of de patiënt reeds werd ontslagen of niet.

### Artikel 2: Voorwerp – voorafgaandelijke bepalingen

**2.1.** Dit reglement centrale inning wordt opgesteld in uitvoering van artikel 149 van de Ziekenhuiswet en vervangt alle eerdere over-

eenkomsten of reglementen met betrekking tot de centrale inning in het ziekenhuis.

**2.2.** Alle bedragen, door de patiënten of door derden te betalen, ter vergoeding van de medische prestaties van de artsen geleverd met betrekking tot de gehospitaliseerde patiënten (incl. daghospitalisatie) worden, conform de wetgeving, centraal geïnd. Daarnaast worden ook alle bedragen, door de patiënten of door derden te betalen, ter vergoeding van de medische prestaties door de artsen in het ziekenhuis met betrekking tot de niet-gehospitaliseerde patiënten centraal geïnd.

**2.3.** De medische raad mandateert de vzw om in te staan voor de uitvoering van die centrale inning, volgens de in dit reglement bepaalde voorwaarden.

**2.4.** De erelonen worden geïnd in naam en voor rekening van de artsen.

**2.5.** De erelonen zijn uitsluitend eigendom van de artsen. In geen geval kunnen de erelonen of de vorderingen op deze erelonen worden aangewend als borg door de vzw of de VDA, noch mogen deze in pand worden gegeven. De erelonen kunnen enkel worden aangewend tot vergoeding van de aan de artsen verschuldigde bedragen.





## Artikel 3: Organisatie van de centrale inning

### 3.1. Tarificatie

De arts geeft via een door het ziekenhuis ter beschikking gestelde software zijn prestaties door aan de centrale inningsdienst.

### 3.2. Facturatie

De centrale inningsdienst zal op een nauwgezette manier alle bekomen informatie verwerken en de facturen voor verzekeringsinstellingen en patiënten opmaken.

De centrale inningsdienst zal uiterlijk één week na het afsluiten van de facturatie aan de artsen lijsten met alle gefactureerde prestaties voorleggen (zowel de positieve als de negatieve bedragen). De centrale inningsdienst rapporteert maandelijks de gefactureerde bedragen globaal aan de VDA. De arts heeft recht op inzage in alle verantwoordingsstukken die hem aanbelangen. De centrale inningsdienst beantwoordt alle ad hoc vragen van individuele artsen binnen een redelijke termijn.

Uiterlijk één week na het afsluiten van de facturatie bezorgt de centrale inningsdienst de nodige exportbestanden voor de boekhoudkundige verwerking aan de VDA.

### 3.3. Inning

De centrale inningsdienst neemt alle maat-

regelen teneinde de invordering van de gefactureerde prestaties zo vlot mogelijk te laten verlopen. De gedetailleerde werkwijze staat beschreven in de 'procedure invorderingsproces'.

De inkomende betalingen van de centraal geïnde erelonen zullen gebeuren op twee verschillende manieren, afhankelijk van de schuldenaar:

(I) Indien de bedragen verschuldigd zijn door de verzekeringsinstellingen of externe ziekenhuizen zal het gedeelte erelonen van de facturatie op een afzonderlijke rekening worden geïnd, dewelke gezamenlijk wordt beheerd door het ziekenhuis en de VDA (hierna benoemd als 'Luik B rekening')

(II) Indien de bedragen verschuldigd zijn door de patiënt, zal het gedeelte erelonen van de facturatie integraal worden geïnd op de rekening van het ziekenhuis (hierna benoemd als 'Luik A rekening').

### 3.4. Transfer van de gelden van ziekenhuis naar VDA

(I) De ontvangen erelonen m.b.t. de verzekeringsinstellingen of externe ziekenhuizen, dewelke door de schuldenaar rechtstreeks worden gestort op de Luik B rekening, worden op periodieke basis overgeschreven naar de VDA. Deze overschrijvingen gebeuren ex-



clusief door de VDA, die daartoe een speciale volmacht heeft op de Luik B rekening en enkel kan overschrijven naar een bankrekening binnen de VDA. Bedragen die door verzekeringsinstellingen incorrect op de Luik A rekening zouden worden gestort in plaats van op de Luik B rekening, zullen één keer per kwartaal door het ziekenhuis worden overgestort naar de Luik B rekening.

(II) De gefactureerde erelonen m.b.t. de patiënten worden door het ziekenhuis één keer per maand doorgestort op de rekening van de VDA conform de bepalingen uit huidig reglement. Het bedrag zal in eerste instantie voor 100% worden doorgestort.

Wanneer een vordering na een periode van 36 maanden nog steeds niet werd geïnd, zal een eindafrekening gebeuren en wordt deze als definitief oninbaar verklaard. Op dat moment zullen de niet-geïnde erelonen via correcties bij de eerstvolgende facturatie in mindering worden gebracht. Indien de patiëntenvordering na 36 maand slechts gedeeltelijk werd betaald, zal het te realiseren verlies bij definitieve afboeking worden verdeeld tussen het ziekenhuis en de artsen, a rato van hun aandeel in de initiële factuur.

De eindafrekening gebeurt jaarlijks in de maand december, op basis van de oninbare vorderingen op 30 november van het betref-

fende jaar. Indien afgeboekte vorderingen alsnog (gedeeltelijk) geïnd geraken, worden zij als opbrengst toegewezen aan de kostenplaats centrale inning-debiteuren, evenals alle kosten gemaakt om tot deze inning te komen.

### 3.5. Uitbetaling aan artsen

De uitbetaling aan artsen gebeurt integraal via de VDA. Conform de bepalingen uit huidig reglement en de algemene regeling der rechtsverhoudingen stort de VDA de verschuldigde gelden door aan de verschillende rechtshouders, na aftrek van de vergoedingen die aan het ziekenhuis, de VDA of andere artsen verschuldigd zijn.

Wanneer een arts het ziekenhuis verlaat, kan door de VDA een eindafrekening worden gemaakt van de nog te uit te betalen bedragen, waarbij desgevallend kan worden gecorrigeerd voor het debiteurenrisico op de nog openstaande vorderingen op moment van vertrek.



#### Artikel 4: Kostprijs centrale inning

De artsen dienen een percentage af te dragen op hun bruto-erelonen ter dekking van de kosten voor de centrale inning. Dit percentage wordt vastgelegd in de algemene regeling ziekenhuis – artsen.

De verdeling van de kosten die gepaard gaan met de centrale inning tussen artsen en ziekenhuis gebeurt volgens de verdeelsleutel zoals vermeld in de algemene regeling.

#### Artikel 5: Na te leven termijnen

**5.1.** De prestaties dienen door de arts aan de centrale inningsdienst te worden overgemaakt via de tarifieringssoftware aangeboden door het ziekenhuis ten laatste 8 dagen na het einde van de maand waarin de prestatie werd uitgevoerd. Indien de prestaties niet tijdig werden doorgegeven, kan de centrale inningsdienst na contact met de betrokken arts beslissen de maandafwerking door te laten gaan met uitsluiting van deze onvolledige patiëntendossiers. De kosten die veroorzaakt worden door het laattijdig overmaken van prestaties of attesten aan de centrale inningsdienst worden de betrokken artsen aangerekend.

**5.2.** De facturatie gebeurt behoudens overmacht gemiddeld 40 dagen na het einde

van de afgesloten facturiatiemaand. Per kalenderjaar wordt er hiertoe nagegaan of er op jaarbasis gemiddeld genomen meer of minder dan 40 dagen nodig waren om te kunnen factureren. Indien er zich op jaarbasis een overschrijding voordoet, wordt dit geagendeerd en besproken op het OVC.

**5.3.** De patiënt dient een betalingstermijn na te leven van 30 dagen na verzenddatum van de factuur.

**5.4.** De gefactureerde erelonen m.b.t. patiënten zullen uiterlijk twee en een halve maand na de facturiatiemaand door het ziekenhuis worden gestort aan de VDA.

Bij laattijdige betaling door het ziekenhuis aan de VDA dient de VDA het ziekenhuis hiervoor schriftelijk of per e-mail in gebreke te stellen. Indien het geld niet binnen de zeven dagen na ingebrekestelling op de rekening van de VDA werd overgemaakt, kan de VDA een kaskrediet (max. looptijd 1 maand, maandelijks hernieuwbaar) aangaan bij een bank naar keuze, teneinde de artsen/artsenassociaties tijdig te kunnen betalen. In dit geval dient het ziekenhuis in te staan voor de interestlasten die verbonden zijn aan deze lening (ten belope van een intrestvoet van maximaal de 1 maands Euribor + 2% per jaar of ten belope van de gemiddelde intrestvoet na aanschrijving van drie banken).

**5.5.** De VDA is verantwoordelijk voor de betaling en verdeling van de erelonen, na toepassing van de contractueel en/of reglementair overeengekomen afhoudingen, aan de betrokken rechthebbenden uiterlijk 15 kalenderdagen na ontvangst van de erelonen op rekening van de VDA op voorwaarde dat de termijnen voorzien in artikel 5.2. en 5.4. van huidig artikel werden nageleefd. De betaling geschiedt door overschrijving op een bankrekening opgegeven door de ziekenhuisarts of artsengroepering/rechtspersoon.

**5.6.** Alle centraal geïnde erelonen verschuldigd aan artsen of gelijkgestelden volgens de algemene regeling ziekenhuis – artsen worden via de VDA uitbetaald. Jaarlijks zal de VDA aan de artsen of hun vennootschap een fiscale fiche en de nodige attesten afleveren op naam van de door de artsen opgegeven KBO-entiteit.

#### Artikel 6: Verantwoordelijkheden

**6.1** De arts is verantwoordelijk en aansprakelijk voor de prestatiegegevens die hij aanbrengt met het oog op het aanrekenen van zijn prestaties. Voor medische ingrepen die niet vallen onder de vrijstellingsregeling art. 44 wetboek BTW<sup>1</sup> zal de behandelend arts het ziekenhuis hiervan op de hoogte brengen, zodat de facturatie BTW-conform kan verlopen. (<sup>1</sup>bv. esthetische ingrepen)

**6.2.** Het ziekenhuis is verantwoordelijk en aansprakelijk voor eventuele fouten en tekortkomingen in verband met de verdere toepassing van de reglementering van de ziekteverzekering bij het opstellen van de facturen en de verzending, tenzij kan worden aangetoond dat deze eventuele fouten of tekortkomingen buiten haar wil om het gevolg zijn van systeem-/softwarefouten bij een externe partij.

**6.3.** De VDA is verantwoordelijk en aansprakelijk voor eventuele fouten en tekortkomingen in de verdeling van de erelonen, tenzij kan worden aangetoond dat deze eventuele fouten of tekortkomingen buiten haar wil om het gevolg zijn van systeem-/softwarefouten bij een externe partij of bij het ziekenhuis.

Wanneer er zich eventuele fouten of tekortkomingen voordoen in de verdeling van de erelonen, hetzij door interne, hetzij door externe tekortkomingen dan zullen de VDA en het ziekenhuis samenwerken om het euvel zo snel mogelijk trachten op te lossen en de gevolgen te remediëren.

**6.4.** De hoofdarts of diens gevolmachtigde ondertekent de verzamelgetuigschriften. De artsen of hun vennootschappen geven hem hiertoe volmacht, zoals vereist in de reglementering van de ziekteverzekering.



## Artikel 7: Toezicht

**7.1.** De voorzitter van de medische raad en/of een afgevaardigde aangeduid door de medische raad houdt toezicht op de werking van de dienst centrale inning van het ziekenhuis. Op zijn vraag kan hij inzage krijgen in alle documenten betreffende tarifiering, facturatie, inning en doorbetaling aan de VDA. De medische raad behoudt tevens het recht zich voor deze taak te laten bijstaan door één of meer deskundigen die eveneens kunnen beschikken over alle documenten en gegevens nodig voor het verwezenlijken van hun opdracht.

**7.2.** De dienst centrale inning doet samen met de VDA het nodige om elke medische dienst periodiek uit te nodigen voor een overleg om de prestatiegegevens en de aanrekening van de prestaties te overlopen en te bespreken.

**7.3.** Het ziekenhuis bezorgt aan de bedrijfsrevisor van het ziekenhuis de nodige gegevens voor het opmaken van het verslag over de centrale inningsdienst. Kopie van dit verslag wordt jaarlijks overgemaakt aan de medische raad.

**7.4.** Elk jaar wordt de balans en resultatenrekening van het ziekenhuis meegedeeld aan de medische raad (desgevallend via de financiële commissie) met het oog op het

beoordelen van de financiële gezondheid van het ziekenhuis.

Wanneer uit deze balans/resultatenrekening blijkt dat het ziekenhuis zich in een financiële situatie bevindt die de correcte en tijdige uitbetaling van de honoraria aan de artsen mogelijks in het gevaar brengt, kan de medische raad het ziekenhuis hierover per aangetekend schrijven om een toelichting verzoeken. Het ziekenhuis wordt beschouwd zich in deze positie te bevinden wanneer er onvoldoende cashflow en geldmiddelen zijn om de vervallen leningen te voldoen, m.a.w. als de dekkingratio van de cashflow<sup>2</sup> kleiner is dan 1 en de beschikbare geldbeleggingen en liquide middelen ontoereikend zijn om deze situatie structureel op te vangen.

<sup>2</sup>te berekenen als netto-winst/verlies ziekenhuis (code 70/66 in jaarrekening) verhoogd met afschrijvingen/waardeverminderingen/voorzieningen (code 630+631/4+635/7)] ten opzichte van de kapitaalaflossingen te voldoen binnen het jaar (code 422 in jaarrekening)

Indien het ziekenhuis er vervolgens binnen de 60 dagen na dit officiële verzoek niet in slaagt om aan te tonen op welke manier zij tegemoet zal komen aan deze precaire financiële situatie en welke garanties zij geeft om een correcte uitbetaling van de artsen te garanderen, kan de medische raad deze overeenkomst opzeggen en conform artikel 150 Ziekenhuiswet de centrale inning overdragen aan een dienst die hiervoor wordt ingesteld

door de medische raad. Het ziekenhuis en de medische raad doen hiervan melding aan het Secretariaat van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen conform artikel 162 Ziekenhuiswet. In dat geval wordt huidig reglement centrale inning van rechtswege omgekeerd: alle rechten en plichten die heden worden toegeschreven aan het ziekenhuis worden dan overgedragen aan de VDA. Het ziekenhuis neemt de toezichtsfunctie van de medische raad over.

**7.5.** De medische raad kan op schriftelijk verzoek een overzicht van de liquide middelen en de geldbeleggingen van het ziekenhuis bekomen. Indien de medische raad, mits motivatie, van oordeel is dat de gerapporteerde liquiditeitspositie ontoereikend is om de verplichtingen zoals opgenomen in art. 5.4 na te komen, kan de medische raad het ziekenhuis hierover schriftelijk of per e-mail om een toelichting verzoeken.

Indien het ziekenhuis er vervolgens binnen de 60 dagen na dit officiële verzoek niet in slaagt om aan te tonen op welke manier zij haar verplichtingen zoals opgenomen in art. 5.4 zal nakomen, kan de medische raad het mandaat om het gedeelte van de erelonen dat door de patiënt verschuldigd is te innen via de 'luik A rekening' intrekken.

## Artikel 8: Terugvorderingen door het RIZIV

Indien het RIZIV artsenerelonen of andere bedragen terugvordert in het kader van de referentiebedragen (art. 151 ziekenhuiswet) of in het kader van foutief aan de Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen aangerekende bedragen die betrekking hebben op centraal geïnde artsenhonoraria of -forfaits, dan zullen – éénmaal de vordering van het RIZIV vaststaand is – die bedragen verrekend worden volgens de normale facturatiecyclus. Dit impliceert dat deze door middel van een negatieve correctie in de facturatiesoftware verwerkt en verrekend worden, m.i.v. een herrekening van de gebeurlijke afhoudingen (art. 155 ziekenhuiswet). Dit impliceert dat de procentuele afhoudingen vervat in deze terugvorderingen niet ten laste van de artsen vallen.

## Artikel 9: Inwerkingtreding

Huidig reglement treedt in werking vanaf 1 januari 2025.

Dit reglement wordt vastgesteld in onderlinge overeenstemming tussen vzw Maria Middelaes, de Vereniging der Artsen vzw, de medische raad van AZ Maria Middelaes en de medische raad van AZ Sint-Vincentius Deinze.





# 12

## Huishoudelijk reglement medische raad

### 01/ DOEL

De vzw AZ Sint-Vincentius Deinze heeft via de procedure van een inbreng van algemeenheid en als inbrengende vzw, al haar vermogensbestanddelen (activa en passiva) ingebracht in vzw AZ Maria Middelaes als verkrijgende vzw. Bijgevolg baat de vzw Maria Middelaes per 1 januari 2024 twee afzonderlijke erkende ziekenhuizen uit, zijnde AZ Maria Middelaes Gent en AZ Sint-Vincentius Deinze.

Dientengevolge werd, overeenkomstig artikel 5, §6 van het Koninklijk Besluit van 10 augustus 1987 en met akkoord van het beheer en de respectieve algemene vergaderingen van ziekenhuisartsen, op 27 maart 2024 een verzoek ingediend bij de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (NPCAZ) om toestemming te verlenen aan deze samenwerkende ziekenhuizen om over te gaan tot de verkiezing van één enkele

medische raad. Dit verzoek werd ingewilligd op 22 mei 2024 en gaf op 4 september 2024 aanleiding tot de verkiezing van een eengemaakte medische raad. Huidig huishoudelijk reglement heeft tot doel de werking van de unieke medische raad te optimaliseren en formaliseren.

Hierbij dienen de Ziekenhuiswet en het Koninklijk Besluit van 10 augustus 1987 als minimumkader.

De leden van de medische raad vormen het bestuursorgaan van de vzw Vereniging der artsen van de vzw Maria Middelaes (KBO 0422.948.308). De statutaire bepalingen van de vzw, alsook de bepalingen uit het Wetboek Vennootschappen en Verenigingen primeren tevens op huidig huishoudelijk reglement.



### 02/ ORGANISATIE

#### 2.1.

#### - Functies in de medische raad

##### A. Het bureau van de medische raad

Het bureau van de medische raad bestaat uit 5 leden waaronder een voorzitter, ondervoorzitter, secretaris en penningmeester. Zij vormen de kernleden van de medische raad. Zij kunnen bepaalde agendapunten voorbereiden en zijn gemandateerd om de medische raad extern te vertegenwoordigen. De vergaderingen van het bureau kunnen worden bijgewoond door ad hoc genodigden die daarbij over een raadgevende stem beschikken.

##### B. Overige functies

De leden van het bureau van de medische raad worden afgevaardigd om te zetelen in het Overlegcomité medische beleidszaken cfr. artikel 10 van de algemene regeling. Alle andere huidige en toekomstige wettelijk dan wel reglementair bepaalde commissies of raden waar een gemandateerde delegatie van de medische raad verwacht wordt of waar de medische raad opteert om haar leden te delegeren, worden tevens verkozen onder de leden van de medische raad. In zoverre wettelijk toelaatbaar wordt daarbij voorrang verleend aan de leden van het bureau, dit tenzij één of meerderen onder hen

dit mandaat niet kan/kunnen of wil/willen waarnemen.

<sup>1</sup>Met toepassing van art. 5, §2 KB 10 augustus 1987 werden op voorstel van de beide vergaderingen van ziekenhuisartsen en na goedkeuring van de beheerder bijzondere modaliteiten vastgelegd met het oog op een evenwichtige en representatieve samenstelling van de eengemaakte medische raad, zonder dat hierbij afbreuk wordt gedaan aan de principes van het gewogen stemrecht, de verkiesbaarheidsvoorwaarden en het aantal leden in totaliteit.

##### C. Aanduiding van het bureau en van de overige functies

Na elke vernieuwing van de medische raad, wordt een installatievergadering georganiseerd onder voorzitterschap van het oudste lid in jaren, bijgestaan door het jongste lid als secretaris.

Elk lid kan zich kandidaat stellen voor alle functies vermeld onder artikel 2.1. A en B.

Vooreerst worden de voorzitter, de ondervoorzitter, de secretaris en de penningmeester aangeduid, in die volgorde. Bijkomend wordt nog een extra lid van het bureau aangeduid. Deze 5 leden vormen samen het bureau van de medische raad.

Kandidaten voor het bureau worden, behalve in geval er zich niet meer dan één kandidaat per functie aanbiedt, verkozen bij geheime stemming en bij volstreekte meerderheid der stemmen; ze zijn herkiesbaar. Indien de

vereiste meerderheid niet wordt verkregen bij de eerste stemming, heeft een herstemming plaats over de twee kandidaten die de meeste stemmen hebben behaald. Bij staking van stemmen heeft de oudste kandidaat de voorkeur.

Op dezelfde of de daarop volgende vergadering van de medische raad worden de functies onder 2.1.B aangeduid.

Kandidaten voor deze mandaten worden eveneens, behalve in geval er zich niet meer dan één kandidaat per functie aanbiedt, verkozen bij geheime stemming en bij volstreckte meerderheid der stemmen; ze zijn herkiesbaar. Indien de vereiste meerderheid niet wordt verkregen bij de eerste stemming, heeft een herstemming plaats over de twee kandidaten die de meeste stemmen hebben behaald. Bij staking van stemmen heeft diegene die het betrokken mandaat al in de onmiddellijk daaraan voorafgaande termijn heeft waargenomen de voorkeur. Indien het voormelde niet kan worden toegepast, heeft de kandidaat met de meeste anciënniteit in de medische raad de voorkeur.



## 2.2. - De praktische organisatie van de vergaderingen

### A. Frequentie van de vergaderingen

De medische raad komt minstens 10 maal per jaar en 1 maal per trimester bij elkaar. In principe vergadert de medische raad 2 maal per maand op vaste dagen en wordt de kalender ten laatste bij het begin van elk kalenderjaar bekendgemaakt.

Wanneer een lid van de medische raad het vraagt, is de voorzitter verplicht de medische raad bijeen te roepen op de aangewezen dag en het aangewezen uur. De aanvraag dient schriftelijk te gebeuren. Er dienen minstens 10 werkdagen te zitten tussen het ogenblik waarop de voorzitter van de medische raad in kennis wordt gesteld van de verplichting tot bijeenroeping en de aangewezen dag, zodat er voldoende tijd is om een agenda te verspreiden en de oproeping te doen.

In voorkomend geval kan de voorzitter de medische raad tussentijds samenroepen indien een dringend agendapunt niet kon worden afgewerkt op de vergadering, dit in voortzetting van deze vergadering. Er kunnen op deze vergadering geen punten aan de agenda worden toegevoegd en de medische raad kan in dat geval slechts rechtsgeldig vergaderen en beslissen indien alle leden

werden opgeroepen en het aanwezigheidsquorum is bereikt (cfr. *infra* 2.3.A) .

### B. De vaststelling van de agenda

De voorzitter stelt de agenda vast.

Elk lid van de medische raad kan de voorzitter schriftelijk verzoeken een punt aan de agenda toe te voegen. Dit dient schriftelijk en voor de verzending van de agenda te gebeuren. Het punt dat aldus werd toegevoegd moet vergezeld zijn van een verklarende nota.

De agendapunten die worden toegevoegd na de verzending van de agenda, kunnen toch besproken worden op de volgende vergadering van de medische raad onder varia. Hierover kan echter geen beslissing worden genomen op deze vergadering. Teneinde hierover een beslissing te kunnen nemen, dienen deze agendapunten aan de agenda van een latere vergadering van de medische raad te worden toegevoegd, waarna op deze latere vergadering van de medische raad opnieuw kan worden overlegd en een beslissing kan worden genomen.

De adviesvragen aan de medische raad dienen steeds schriftelijk te gebeuren en moeten gemotiveerd zijn.

### C. Termijn verspreiding agenda en kalender

De agenda van de komende vergadering en de notulen van de vorige vergadering moeten aan de leden van de medische raad worden meegedeeld ten laatste 8 werkdagen voor de vergadering, behoudens in geval van voortzetting van de vergadering zoals voorzien onder 2.2.A. De oproeping gebeurt in principe elektronisch (hetwelk wordt beschouwd als 'schriftelijk en aan huis'). De agenda en de samenvattende notulen (ofte: 'syntheseverslag') zullen tevens tijdig elektronisch beschikbaar worden gesteld aan alle ziekenhuisartsen, leden van de Algemene Vergadering van de Vereniging der Artsen.

### 2.3. - De aanwezigheid op de vergadering

#### A. Aanwezigheidsquorum

De medische raad kan niet rechtsgeldig vergaderen, indien niet de meerderheid van de leden aanwezig is.

#### B. Afwezigheid voorzitter/secretaris

Bij afwezigheid van de secretaris, neemt het jongste aanwezige lid van de medische raad diens functie over. De medische raad kan een derde (niet-lid van de medische raad) aanstellen voor het bijstaan van de secretaris in de vervulling van zijn opdracht (o.m. het nemen van een eerste ontwerp van notulen en het opstellen van het verslag).

Bij afwezigheid van de voorzitter, neemt de verkozen ondervoorzitter diens functie over. Indien ook de ondervoorzitter afwezig is, neemt het oudste aanwezige lid van de medische raad de functie van voorzitter over.

#### C. Horen van derden

§1. De medische raad kan op zijn vergaderingen uitnodigen:

1° de hoofddarts/CMO;

2° experten van buiten het ziekenhuis;

3° eventueel permanent, de personen bedoeld in § 2 van dit artikel;

4° leden uit de medische raden van andere 'netwerk'-ziekenhuizen;

5° Enige andere persoon die zij nodig of nuttig acht.

§2. Worden op hun verzoek door de medische raad gehoord :

1° de hoofddarts/CMO van het ziekenhuis;

2° de beheerder van het ziekenhuis;

3° de directeur(s) van het ziekenhuis;

4° de apotheker van het ziekenhuis;

5° het hoofd van de verpleegafdeling van het ziekenhuis;

6° de bedrijfsrevisor verbonden aan het ziekenhuis;

7° de ziekenhuisgeneesheren, bedoeld in artikel 1 van dit besluit;

8° een vertegenwoordiger van de huisartsen die met het ziekenhuis werken.

Uitgenodigde personen hebben nooit stemrecht in de medische raad.

#### D. Afwezigheid

De leden van de medische raad verbinden

zich ertoe om, behoudens overmacht, alle vergaderingen van de medische raad bij te wonen van begin tot einde.

Een lid wordt verondersteld aanwezig te zijn ten laatste een kwartier na aanvang en woont de vergadering tot het einde bij.

Het gebruik van laptops en GSM wordt maximaal vermeden, tenzij voor het consulteren van materie die de vergadering aanbelangt.

In elk geval dient elke afwezigheid steeds op voorhand via e-mail te worden gemeld aan de voorzitter of secretaris van de medische raad.

De afwezigheden worden zesmaandelijks gerapporteerd binnen de medische raad.

Indien een lid van de medische raad zonder overmacht en/of zonder voorafgaandelijke verwittiging drie opeenvolgende vergaderingen afwezig is, ontvangt het betreffende lid een melding van de voorzitter van de medische raad.

Wanneer een lid drie meldingen heeft ontvangen, verbindt het betreffende lid zich ertoe zelf zijn ontslag uit de medische raad aan te bieden.

Na ontslag van een lid wordt een plaatsvervanger aangeduid conform de bepalingen in 2.8 (cfr. *infra*).

### 2.4. - Stemming

#### A. Wijze van stemming

De leden van de medische raad stemmen mondeling, behalve wanneer het een kwestie van personen betreft of indien een lid erom verzoekt; in deze gevallen gaat men over tot geheime stemming. De geheime stemming gebeurt elektronisch.

#### B. Volmachten

Er kan niet bij volmacht worden gestemd, behoudens in geval van een stemming overeenkomstig artikel 140/1 Ziekenhuiswet.

In geval de medische raad een beslissing wenst te nemen aangaande de overheveling van bevoegdheden naar het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in de zin van artikel 140/1 Ziekenhuiswet, dienen de leden van de medische raad die niet aanwezig kunnen zijn op de vergadering waarop beslist wordt over het advies een schriftelijk mandaat te geven aan een ander lid van de medische raad om in hun plaats te stemmen of hun stem aan de voorzitter van de medische raad over te maken per schriftelijke of elektronische drager. Een lid dat na verloop van één maand niet heeft gestemd, wordt geacht zich onthouden te hebben.

#### C. Aanwezigheidsquorum

De medische raad kan niet rechtsgeldig

stemmen, indien niet de meerderheid van de leden aanwezig is.

#### D. Vereiste meerderheid

Elk besluit wordt bij volstreekte meerderheid van de aanwezige leden genomen, tenzij anders wettelijk bepaald.

#### E. Onthoudingen

Een lid dat zich bij de stemming onthoudt, is een aanwezig lid en moet bijgevolg in aanmerking worden genomen voor het bepalen van het aantal aanwezigen en van de volstreekte meerderheid van de aanwezige leden.

#### F. Staking van stemmen

In het geval er sprake is van een staking van stemmen (evenveel stemmen voor als tegen het voorstel van het beheer), wordt dit zo meegedeeld aan het ziekenhuisbeheer.

#### G. Belangenconflicten

In principe vertolkt elk lid van de medische raad tijdens de vergadering zijn of haar persoonlijk standpunt en treedt op als vertegenwoordiger van alle artsen van het ziekenhuis. Indien de medische raad het standpunt van een dienst wenst te kennen, zal de voorzitter het diensthoofd en/of de overige leden van de dienst van de betrokken medische discipline kunnen consulteren of horen op de vergadering van de medische raad.

Indien een bepaald lid persoonlijke belangen

heeft bij het voorwerp van de stemming van de medische raad, is er sprake van een belangenconflict, en dient dit betreffende lid zich vrijwillig terug te trekken. Het betreffende lid kan desgevallend gehoord worden, maar neemt geen deel aan de beraadslaging, noch aan de stemming.

Indien een belanghebbende van oordeel is dat een bepaald lid van de medische raad niet op een objectieve manier zou kunnen beslissen en/of beraadslagen over een bepaalde aangelegenheid, wegens het bestaan van een belangenconflict, kan hiervan steeds melding worden gemaakt aan de medische raad.

De persoon die zich op dit belangenconflict beroept dient dit belangenconflict uiterlijk de dag voordat de vergadering plaatsvindt, gemotiveerd en schriftelijk ter kennis te brengen van de medische raad. Indien een belangenconflict zich evenwel pas veruitwendigt bij aanvang of tijdens een vergadering van de medische raad, zal dit ter vergadering onmiddellijk worden besproken. Er wordt steeds melding gemaakt in de notulen van de vaststelling van een potentieel belangenconflict.

Vervolgens zal de medische raad in beide gevallen stemmen over de vraag of er daadwerkelijk sprake is van een belangenconflict. Er wordt gestemd bij volstreekte meerderheid



en de beslissing wordt gemotiveerd. Het lid ten aanzien van wie het belangenconflict wordt ingeroepen, stemt niet mee. Desgevallend kan wel het standpunt van het betreffende lid worden gevraagd.

Indien er wordt besloten tot de aanwezigheid van een belangenconflict, kan het betreffende lid niet deelnemen aan de beraadslaging en stemming m.b.t. specifieke punt waarop belangenconflict betrekking heeft.

## 2.5. - Advies

### A. Termijn

De medische raad brengt advies uit binnen de wettelijk voorziene termijn, zijnde binnen één maand vanaf de schriftelijke vraag tot advies, behalve indien de termijn in gemeenschappelijk overleg tussen de medische raad en het ziekenhuisbeheer wordt gewijzigd.

### B. Vorm

De adviezen worden steeds schriftelijk meegedeeld aan het ziekenhuisbeheer en ze zijn steeds gemotiveerd. Bij het advies wordt de uitslag van de stemming (anoniem) gevoegd.



## 2.6. - Notulen van de medische raad en inzage

### A. Opstellen en goedkeuring notulen

De secretaris maakt de notulen van de vergadering op en stelt de adviezen op. De medische raad kan een derde (niet-lid van de medische raad) aanstellen voor het bijstaan van de secretaris in de vervulling van zijn opdracht.

De notulen en de adviezen worden door de voorzitter en de secretaris ondertekend en worden aan de leden meegedeeld, uiterlijk 8 werkdagen voor de eerstvolgende vergadering.

De notulen en de adviezen worden in principe goedgekeurd op de eerstvolgende vergadering van de medische raad en dit bij aanvang van de vergadering.

Adviezen kunnen ook per e-mail worden goedgekeurd door de leden van de medische raad, indien een goedkeuring op de volgende vergadering van de medische raad de termijn waarbinnen het advies dient te worden verleend, in het gedrang zou brengen.

### B. Inzage

De samenvattende notulen (ofte: 'syntheseverslag') worden elektronisch ter beschikking gesteld van de ziekenhuisartsen.

## 03/ TERUGKOPPELING NAAR ALGEMENE VERGADERING VAN ZIEKENHUISARTSEN

### 3.1. - Verslag aan algemene vergadering

De Algemene Vergadering van Ziekenhuisartsen komt minstens eenmaal per jaar bijeen om een verslag te horen van de medische raad over de uitvoering van zijn mandaat en de besteding van de werkmiddelen.

De voorzitter van de medische raad stelt de agenda op van de Algemene Vergadering. De voorzitter is verplicht een extra agendapunt toe te voegen indien 1/20ste van de ziekenhuisartsen hier schriftelijk en minstens 7 dagen voor de Algemene Vergadering om verzoekt.

De Algemene Vergadering van Ziekenhuisartsen komt eveneens samen op verzoek van 1/20ste van de stemgerechtigde ziekenhuisartsen van het ziekenhuis. Dit verzoek moet door alle aanvragers schriftelijk worden gedaan en door hen worden ondertekend. De aanvraag moet duidelijk omschreven worden en moet het voorwerp van de buitengewone algemene vergadering duidelijk omschrijven.

Onderwerpen die niet op de agenda staan, kunnen niet worden behandeld.

### 3.2. - Motie van wantrouwen van de algemene vergadering

Indien alle leden van de medische raad ontslag nemen ten gevolge van een stemming door de Vergadering van de ziekenhuisgeneesheren, wordt de ziekenhuisbeheerder hiervan op de hoogte gebracht en wordt in hun vervanging voorzien overeenkomstig de desbetreffende bepalingen uit het KB 10 augustus 1987.

De ontslagnemende leden van de medische raad blijven in functie tot wanneer de aanstelling van hun opvolgers heeft plaatsgehad. Zij behandelen enkel nog dringende adviesvragen.

## 04/ Plichten van de leden van de medische raad

### 4.1. - Discretie en vertrouwelijkheid

De medische raad is een collegiaal orgaan, zodat elk lid de visie en gekozen standpunten van de medische raad extern vertegenwoordigt.

De leden van de medische raad verbinden zich ertoe om de gegevens, standpunten

of informatie waarvan zij kennis krijgen in het kader van hun functie als lid van de medische raad, zowel tijdens, voor als na de vergaderingen, als strikt confidentieel te behandelen.

Zij zullen deze gegevens, standpunten of informatie niet aan derden bezorgen, noch rechtstreeks noch onrechtstreeks, zonder de voorafgaandelijke toestemming van de andere leden, behoudens in de gevallen waar zulks krachtens de wettelijke of reglementaire voorschriften zou vereist zijn.

Deze bepaling is niet van toepassing op de inhoud van de goedgekeurde samenvattende notulen, die ter beschikking worden gesteld van alle ziekenhuisartsen, leden van de Algemene Vergadering van de Vereniging der Artsen (cfr. *supra*)

### 4.2. - Ethisch handelen

Van de leden van de medische raad wordt op elk ogenblik een ethische instelling verwacht. Bij hun handelen dienen zij op elk ogenblik het belang van de ziekenhuisartsen voorop te stellen. Zij houden hierbij ook rekening met het menselijke en sociale aspect.

De loyaleitsplicht van de leden van de medische raad houdt onder meer in dat zij geen persoonlijk voordeel mogen nastreven in de uitvoering van hun mandaat.

### 4.3. - Inzet

Van de leden van de medische raad wordt verwacht dat zij actief en met kennis van zaken deelnemen aan de vergaderingen van de medische raad evenals de commissies en raden waarin zij zetelen als gemandateerden van de medische raad. Dat houdt in dat zij zich goed voorbereiden op de vergaderingen, op de vergaderingen aanwezig zijn en actief participeren in de beraadslaging en de besluitvorming. Een goede voorbereiding veronderstelt enerzijds dat voorafgaand aan de vergaderingen de nodige informatie en documenten worden verstrekt aan de leden. Anderzijds veronderstelt dit ook dat de leden van de medische raad zelf actief geïnteresseerd zijn in en kennis vergaren over de relevante materies.

De leden van de medische raad zien er ook op toe dat hun kennis en competenties tijdens hun mandaat up-to-date blijven. Zij zullen voldoende aandacht en tijd besteden aan opleiding, bijscholing en zelfontwikkeling.

## 05/ ONTSLAG LEDEN MEDISCHE RAAD

Indien het mandaat van een lid van de medische raad wordt beëindigd conform artikel 20 van het KB van 10 augustus 1987, wordt dit onmiddellijk ingevuld door de eerstvolgende plaatsvervanger. Deze plaatsvervanger wordt hierover schriftelijk geïnformeerd en uitgenodigd op de eerstvolgende vergadering van de medische raad.

Indien er onvoldoende plaatsvervangers zouden zijn om de vrijgekomen mandaten in de medische raad op te vullen, dan wordt er een afzonderlijke verkiezing georganiseerd voor de aanstelling van bijkomende plaatsvervangers conform de bepalingen uit het KB van 10 augustus 1987.

## 06/ WIJZIGINGEN

In geval van een eventuele wijziging van het huishoudelijk reglement van de medische raad, geldt de volgende procedure:

- de wijziging dient op de agenda te worden geplaatst;
- over de wijziging wordt gestemd bij volstrekte meerderheid van stemmen.





# 13

## Statuten vzw Vereniging der Artsen

### GECOÖRDINEERDE STATUTEN

#### Titel 1

##### - Naam - zetel - doel - duur

#### Artikel 1

De vereniging draagt de naam: Vereniging der Artsen van Maria Middelaes (hierna genoemd: de 'Vereniging'). De Vereniging neemt als afkorting van haar naam aan: 'vzw VDA'.

Alle akten, facturen, aankondigingen, bekendmakingen, brieven, orders, websites en andere stukken, al dan niet in elektronische vorm, vermelden volgende gegevens:

- (1) naam van de Vereniging;
- (2) rechtsvorm, zijnde 'vereniging zonder winstoogmerk', afgekort 'vzw'
- (3) volledig adres van de zetel;
- (4) ondernemingsnummer;
- (5) vermelding van het 'rechtspersonenregister' en de bevoegde rechtbank volgens de zetel;
- (6) eventueel het e-mailadres en de website van de Vereniging;
- (7) en in voorkomend geval, het feit dat de Vereniging in vereffening is.

Om de naam van de vereniging te wijzigen is een beslissing van de algemene vergadering vereist, genomen met inachtneming van de formaliteiten opgelegd voor een statutenwijziging.



#### Artikel 2

De zetel van de Vereniging is gevestigd in het Vlaamse Gewest.

Zij ressorteert onder het gerechtelijk arrondissement Gent. De zetel kan worden verplaatst naar elke andere plaats in het Vlaamse Gewest, bij beslissing van het bestuursorgaan dat tevens bevoegd is om de nodige openbaarmakingsvereisten te vervullen, inclusief de aanpassing van de statuten ter zake.

Om de zetel te verplaatsen buiten het Vlaamse Gewest is een beslissing nodig van de algemene vergadering van de leden genomen met inachtneming van de formaliteiten opgelegd voor een statutenwijziging.

#### Artikel 3

1. De Vereniging heeft tot belangeloos doel en voorwerp de belangen te behartigen van;

- 1) enerzijds de ziekenhuisartsen, als geheel, zoals verbonden met de vzw Maria Middelaes, met zetel aan de Buitenring-Sint-Denijs 30, te 9000 Gent en ingeschreven in de Kruispuntbank Ondernemingen onder het nummer 0410.214.186 (hierna verkort: 'vzw Maria Middelaes'), welke vzw instaat voor de uitbating van het AZ Maria Middelaes (met erkenningsnummer 017) en het AZ Sint-Vincentius Deinze (met erken-

ningsnummer 134), evenals alle daarbij horende vestigingseenheden (hierna gezamenlijk genoemd: 'het Ziekenhuis') (hierna verkort: 'de ziekenhuisartsen') en;

- 2) anderzijds, de eengemaakte Medische Raad van het AZ Maria Middelaes en het AZ Sint-Vincentius Deinze (hierna verkort: 'de Medische Raad').

2. Tot de activiteiten van de Vereniging behoren onder meer, zonder beperkt te zijn tot:

- 1) het optreden als rechtspersoon telkens dit nodig of nuttig is ten behoeve of op vraag van de Medische Raad;

- 2) het in rechte vertegenwoordigen van de ziekenhuisartsen en de Medische Raad;
- 3) het innen, beheren, bestemmen en herverdelen van erelonen, afdrachten en enigerlei bijdrage van de ziekenhuisartsen en andere zorgverstrekkers die, op grond een overeenkomst met de vzw Maria Middelaes, erelonen ontvangen via de Vereniging;

- 4) het organiseren en ten laste nemen van logistieke, administratieve en boekhoudkundige taken voor rekening van de ziekenhuisartsen en andere zorgverstrekkers die, op grond een overeenkomst met de vzw Maria Middelaes, erelonen ontvangen via de Vereniging, evenals het



opmaken van de daarbij horende nodige bescheiden en fiscale fiches.

**3.** Teneinde het in huidige statuten vermelde belangeloos doel te verwezenlijken, kan de Vereniging binnen de grenzen van het wettelijk toelaatbare, alle initiatieven nemen en alle handelingen stellen die rechtstreeks of onrechtstreeks bijdragen tot de verwezenlijking van voormeld doel, met inbegrip van bijkomstige commerciële, economische en winstgevende activiteiten voor zover deze nuttig of noodzakelijk zijn en bijdragen om het belangeloos doel van de Vereniging te bereiken en op voorwaarde dat de opbrengsten te allen tijde volledig zullen worden bestemd voor de verwezenlijking van het belangeloos doel van de Vereniging.

Eveneens kan de Vereniging onbeperkt samenwerken met, kan ze leningen toestaan aan, en kan ze deelnemen in het kapitaal van, of op gelijk welke wijze, rechtstreeks of onrechtstreeks, belangen nemen in andere rechtspersonen, verenigingen en vennootschappen van private of publieke aard, naar Belgisch of naar buitenlands recht.

De Vereniging kan alle roerende en onroerende goederen die zij voor het verwezenlijken van haar doel nodig heeft, bezitten of verkrijgen en er alle eigendomsrechten en andere zakelijke rechten op uitoefenen. De Vereniging kan daartoe alle nuttige rechts-



handelingen en daden stellen, en onder meer overeenkomsten sluiten, personeel aanwerven, contracten ondertekenen, verzekeringsspolissen afsluiten en goederen in huur nemen.

#### **Artikel 4**

De Vereniging is opgericht voor onbepaalde duur, maar kan te allen tijde ontbonden worden.



## **Titel 2** **- Leden**

### **Artikel 5**

**1.** De Vereniging telt zowel werkende als toegetroden leden.

**2.** De werkende leden zijn de stemgerechtigden op de bijeenkomsten van de algemene vergadering. Hun naam en lidmaatschap is vermeld in het ledenregister dat op de zetel van de Vereniging wordt bijgehouden. De wettelijke bepalingen zijn alleen op de werkende leden toepasselijk. Hun minimumaantal is bepaald op twee.

**3.** Om werkend lid te kunnen worden moet een kandidaat-lid ziekenhuisarts of hiermede gelijkgestelde in de zin van artikel 8, 4° en 9 van de Ziekenhuiswet, als arts-natuurlijke persoon dan wel, in zoverre van toepassing, middels een vennootschap waarin de medische activiteit van de arts werd ingebracht, en beschikken over het statuut van vast staf-lid binnen de vzw Maria Middelaes.

Bij uitbreiding kunnen toegelaten artsen die niet aan de voorwaarden van de vorige alinea voldoen, toch als werkend lid aanvaard worden mits goedkeuring van het bestuur.

**4.** Toegetroden leden zijn de bij de Vereniging aangesloten personen, evenwel zonder stemrecht op de algemene vergadering.



Toegetreden leden worden in volgende categorieën onderverdeeld:

1) Ziekenhuisartsen of hiermede gelijkgestelden in de zin van artikel 8, 4° en 9 van de Ziekenhuiswet, als arts-natuurlijke persoon dan wel, in zoverre van toepassing, middels een vennootschap waarin de medische activiteit van de arts werd ingebracht, en die beschikken over het statuut van toegelaten ziekenhuisarts in de vzw Maria Middelaes;

2) Andere zorgverstrekkers die, op grond een overeenkomst met de vzw Maria Middelaes, erelonen ontvangen via de Vereniging.

5. De leden zijn, in hun hoedanigheid van lid, niet aansprakelijk voor de door de Vereniging aangegane verbintenissen.

#### Artikel 6

1. Het bestuur is bevoegd om te beslissen over de aanvaarding van de nieuwe werkende en toegetreden leden.

De ondertekening van de individuele overeenkomst met de vzw Maria Middelaes geldt als verzoek tot lidmaatschap. Elk lidmaatschapsverzoek wordt behandeld op de eerstkomende bestuursvergadering nadat de ondertekende individuele overeenkomst aan het bestuur werd overgemaakt.

2. Het bestuur beoordeelt autonoom en met gewone meerderheid of een kandidaat-lid voldoet aan de voorwaarden om als werkend of toegetreden lid tot de Vereniging te worden toegelaten. Het bestuur kan discretionair en zonder verdere motivatie beslissen dat een kandidaat niet wordt aanvaard als lid en deelt dit schriftelijk mee aan de aanvrager.

Tegen deze beslissing is geen beroep mogelijk. Indien het bestuur de toetreding van een kandidaat weigert, kan deze kandidaat slechts een nieuwe aanvraag indienen 1 jaar na de eerste aanvraag.

3. Op de zetel van de Vereniging wordt door het bestuursorgaan een ledenregister bijgehouden, dit zowel van de werkende als van de toegetreden leden, afzonderlijk.

Dit register vermeldt de naam, voornaam en woonplaats van de werkende en toegetreden leden of, ingeval het een rechtspersoon betreft, de naam, rechtsvorm en het adres van de zetel. Het bestuursorgaan schrijft alle beslissingen over de toetreding, uittreding of uitsluiting van leden in dat register in binnen acht kalenderdagen nadat het van de beslissing in kennis is gesteld. Het bestuursorgaan kan beslissen dat het register wordt aangehouden in elektronische vorm. Alle leden kunnen op de zetel van de Vereniging het register van de leden raadplegen. Daartoe richten zij een schriftelijk verzoek



aan het bestuursorgaan met wie zij een datum en het uur van de raadpleging van het register overeenkomen.

Dit register kan niet worden verplaatst.

#### Artikel 7

De werkende leden zijn tot geen bijdrage verplicht.

De toegetreden leden kunnen tot een jaarlijkse forfaitaire bijdrage worden verplicht. Deze jaarlijkse bijdrage wordt bepaald door het bestuur. Deze bijdrage bedraagt maximum 1.000,- euro per jaar.

#### Artikel 8

1. Het lidmaatschap van de Vereniging eindigt van rechtswege ingeval het lid niet langer voldoet aan de in de statuten omschreven voorwaarden. Het van rechtswege beëindigd zijn van het lidmaatschap wordt vastgesteld op de eerstkomende bestuursvergadering.

Het lidmaatschap van een toegetreden lid van de Vereniging eindigt daarnaast van rechtswege wanneer het een werkend lid wordt en vice versa.

2. Elk lid, werkend of toegetreden, kan vrijwillig uittreden na een voorafgaande schriftelijke mededeling van het voornemen tot uittreding, via een aangetekend schrijven

aan het bestuursorgaan met wie zij een datum en het uur van de raadpleging van het register overeenkomen. Het lid dat vrijwillig uittreedt, verbindt zich ertoe zijn individuele overeenkomst met de vzw Maria Middelaes op hetzelfde ogenblik op te zeggen.

Bij de uittreding dient een opzegtermijn te worden gerespecteerd, dewelke dezelfde is als de opzegtermijn conform de individuele overeenkomst van het lid met de vzw Maria Middelaes en dewelke begint te lopen de eerste werkdag volgend op de dag waarop de schriftelijke mededeling werd ontvangen door het bestuur. Deze opzegtermijn kan worden ingekort in onderling akkoord met het bestuur. Vóór zijn uittreding, zal het lid alle vervallen bijdragen en schulden moeten vereffenen.

Het uittredend lid is er tot het einde van het lidmaatschap toe gehouden alle verplichtingen zoals voorzien in huidige statuten en/of eventuele interne reglementen na te leven. Door de vrijwillige uittreding van een lid worden ook eventuele mandaten van dat lid binnen het bestuursorgaan beëindigd van zodra het lidmaatschap eindigt.

3. Wanneer wordt vastgesteld door het bestuur of door ten minste twee leden van de Vereniging, dat een werkend lid:

- de bepalingen van de statuten en/of het intern reglement niet naleeft of;

- de beslissingen van de organen van de Vereniging niet naleeft of;
- ernstige en/of herhaalde tekortkomingen aan zijn collegiale, professionele of deontologische verplichtingen vertoont;
- de belangen van de Vereniging of de andere leden schaadt;

kan de uitsluiting van dit werkend lid worden geagendeerd en beslist door een bijzondere algemene vergadering.

De uitsluiting van dit werkend lid moet worden aangegeven in de oproeping voor de algemene vergadering.

Op deze algemene vergadering dient minstens 2/3e van de werkende leden aanwezig te zijn. De beslissing tot uitsluiting wordt aangenomen met een 2/3e meerderheid. Het werkend lid waarvan de uitsluiting wordt geagendeerd, stemt niet mee en telt niet mee voor berekening van het quorum of de meerderheid. Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend.

Ingeval op de eerste vergadering voormeld aanwezigheidsquorum niet behaald wordt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig kan beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige leden. De beslissing wordt nog steeds genomen met een 2/3e meerderheid. De tweede vergadering mag niet binnen 15

kalenderdagen volgend op de eerste vergadering worden gehouden.

Het werkend lid waarvan de beëindiging van het lidmaatschap wordt voorgesteld, wordt vooraf schriftelijk geïnformeerd van de motieven voor uitsluiting door het bestuur. Het lid heeft het recht gehoord te worden op de algemene vergadering en kan zich laten bijstaan.

De uitsluiting zal door de algemene vergadering uitgesproken worden bij geheime stemming.

De beslissing van de algemene vergadering om al of niet tot uitsluiting over te gaan, zal aan het betrokken werkend lid via het bestuur bij aangetekend schrijven ter kennis worden gebracht binnen de acht kalenderdagen na de algemene vergadering.

Indien tot de uitsluiting wordt beslist, treedt deze in werking vanaf de datum bepaald door de algemene vergadering die tot uitsluiting heeft beslist en ten vroegste op de datum van de kennisgeving aan het betrokken werkend lid.

Het werkend lid dat wordt uitgesloten, verbindt zich ertoe zijn individuele overeenkomst met het ziekenhuis op hetzelfde ogenblik op te zeggen, behalve indien het bestuursorgaan van de vzw Maria Middelaes

en de Medische Raad hierover in consensus anders zouden oordelen.

Vanaf de inwerkingtreding van de uitsluiting van een werkend lid, worden ook de eventuele mandaten van dat lid binnen het bestuursorgaan onmiddellijk beëindigd.

Voor toegetreden leden geldt dezelfde uitsluitingsprocedure.

**4.** De Vereniging en haar leden zijn ontlast van elke aansprakelijkheid nopens de eventuele schade voortvloeiend uit de uitsluiting.

Uittredende of uitgesloten leden en hun rechtsopvolgers, alsook de rechthebbenden van overleden leden kunnen geen aanspraken laten gelden op het vermogen van de Vereniging, en kunnen derhalve ook nooit teruggevraagd of vergoeding voor gestorte bijdragen of gedane inbrengen vorderen.

### Titel 3 - Algemene vergadering

#### Artikel 9

De algemene vergadering is samengesteld uit alle werkende leden van de Vereniging. De leden mogen zich laten vertegenwoordigen op de algemene vergadering door een ander lid, mits schriftelijke volmacht. Niemand mag echter meer dan één lid vertegenwoordigen.

Toegetreden leden en andere waarnemers kunnen, uitsluitend mits uitnodiging door het bestuur of de voorzitter van het bestuur, de algemene vergadering bijwonen en mogen zich, mits toestemming van de voorzitter en mits de vraagstelling voorafgaandelijk schriftelijk werd meegedeeld aan de voorzitter, tot de algemene vergadering richten.



#### Artikel 10

De volgende exclusieve bevoegdheden kunnen uitsluitend door de algemene vergadering uitgeoefend worden:

- 1) de wijziging van de statuten;
- 2) de benoeming en de afzetting van de bestuurders en, desgevallend, het bepalen van hun bezoldiging;
- 3) de benoeming en de afzetting van de commissaris en het bepalen van diens bezoldiging;
- 4) de kwijting aan de bestuurders en de commissaris(sen) en, in voorkomend geval, het instellen van de Verenigingsvordering tegen de bestuurders en de commissaris(sen);
- 5) de goedkeuring van de begroting en van de jaarrekening;
- 6) de ontbinding van de Vereniging;
- 7) de uitsluiting van een lid;
- 8) de omzetting van de Vereniging in een ivzw, een coöperatieve vennootschap erkend als een sociale onderneming of in een erkende coöperatieve vennootschap sociale onderneming;

9) het doen of aanvaarden van een inbreng om niet van een algemeenheid.

#### Artikel 11

**1.** De gewone algemene vergaderingen worden minstens jaarlijks gehouden en dit binnen de zes maanden na afsluitingsdatum van het boekjaar. De gewone algemene vergadering vindt plaats op de zetel van de Vereniging of een plaats die vermeld wordt in de oproeping.

De oproeping voor de gewone algemene vergadering wordt minstens 15 kalenderdagen voorafgaand aan de datum van de gewone algemene vergadering naar alle werkende leden verstuurd via het toegekende e-mailadres binnen de vzw Maria Middelaes. De oproepingen voor de vergaderingen worden door de voorzitter en secretaris ondertekend. Zij vermelden de plaats, dag en uur van de vergadering, alsook in voorkomend geval, het elektronisch communicatiemiddel waarmee de vergadering digitaal kan worden bijgewoond.

**2.** Bijzondere bijeenkomsten in een bijzondere of buitengewone algemene vergadering kunnen worden samengeroepen in de gevallen bij de wet of de statuten bepaald dan wel op schriftelijk verzoek van minstens 2/3e van de bestuurders of van ten minste 1/20e van de werkende leden, ingediend bij de voorzitter van het bestuur. Een bijeen-



roeping op vraag van ten minste 1/20<sup>e</sup> van de werkende leden zal echter slechts geldig zijn indien zij door alle betrokken leden wordt ondertekend. De aanvraag moet gemotiveerd worden en moet het voorwerp van de buitengewone of bijzondere vergadering duidelijk bepalen.

Het bestuur roept de buitengewone algemene vergadering bijeen binnen een periode van 21 tot 40 kalenderdagen na het verzoek tot bijeenroeping.

De oproeping voor de bijzondere of buitengewone algemene vergadering wordt minstens 15 kalenderdagen voorafgaand aan de datum van de buitengewone algemene vergadering naar alle werkende leden verstuurd via het toegekende e-mailadres binnen de vzw Maria Middelaes. De oproepingen voor de vergaderingen worden door de voorzitter en de secretaris ondertekend. Zij vermelden de plaats, dag en uur van de vergadering, alsook in voorkomend geval, het elektronisch communicatiemiddel waarmee de vergadering digitaal kan worden bijgewoond.

#### Artikel 12

1. Aan de oproeping van de algemene vergadering (gewoon, bijzonder of buitengewoon) wordt een ontwerp van agenda gevoegd. De agenda wordt vastgelegd door de voorzitter van het bestuur. Elk punt dat door minstens 2/3<sup>e</sup> van de bestuurders wordt aangebracht tijdens bestuursvergadering tot bepaling

van de agenda, zal eveneens op de agenda worden geplaatst.

2. Daarnaast moet elk agendavoorstel dat schriftelijk wordt voorgedragen en ondertekend door 1/20<sup>e</sup> van de werkende leden, eveneens op de agenda worden vermeld. Deze voorstellen dienen minstens 7 kalenderdagen voor de datum van de algemene vergadering te zijn aangebracht. In voorkomend geval dient een aangepaste agenda te worden verzonden naar alle werkende leden. In zoverre voormelde termijn van 7 kalenderdagen niet kan worden nageleefd kan hieromtrent niet worden beraadslaagd, noch gestemd.

Toegetreden leden kunnen eveneens agendapunten voorstellen. Het bestuursorgaan beslist vrij of deze punten al dan niet op de agenda worden opgenomen.

#### Artikel 13

De algemene vergadering wordt voorgezeten door de voorzitter van het bestuur, of in diens afwezigheid, door de ondervoorzitter of door een bestuurder, hiertoe bijzonder door de voorzitter aangesteld.

De voorzitter van de vergadering duidt eventueel een administratief secretaris aan die niet noodzakelijk lid moet zijn van de Vereniging.



#### Artikel 14

1. Elk werkend lid beschikt in de algemene vergadering over een gewogen stemrecht naar gelang van zijn activiteitsniveau binnen de vzw Maria Middelaes cfr. de bepalingen van de algemene regeling.

2. De ledenvergadering is in principe fysiek. Zij behouden evenwel steeds het recht om op afstand deel te nemen aan de algemene vergadering door middel van een door de Vereniging ter beschikking gesteld elektronisch communicatiemiddel, en overeenkomstig hetgeen wettelijk bepaald is ter zake. Dit laatste impliceert dat aan het begin van de vergadering in elk geval de hoedanigheid en de identiteit van de betrokken leden moet worden gecontroleerd. Ook moeten de leden die vanop afstand deelnemen rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis kunnen nemen van de besprekingen tijdens de vergadering en hun stemrecht kunnen uitoefenen met betrekking tot alle punten waarover de vergadering zich dient uit te spreken. Indien nodig, bevat de oproeping tot de algemene vergadering een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand. De notulen van de algemene vergadering vermelden, tot slot, de eventuele technische problemen en incidenten die de deelname langs elektronische weg aan de algemene vergadering of aan de stemming hebben belet of verstoord. In afwijking van hetgeen

bepaald is in artikel 9.16/1, §1 WWV kunnen alle leden langs elektronische weg aan de algemene vergadering deelnemen.

3. De stemming kan gebeuren door afroeping, door handopsteking of door geheime stemming, al dan niet via een elektronisch ter beschikking gesteld communicatiemiddel. Bij stemming over personen zal de stemming steeds geheim zijn. Er wordt eventueel tot geheime stemming overgegaan op verzoek van één of meer leden, bijgetreden door de meerderheid van de leden. Het bestuursorgaan kan autonoom beslissen om de stemming bij stembrief te organiseren.

#### Artikel 15

Beslissingen worden, behoudens andersluidende wettelijke of statutaire bepaling, genomen bij gewone meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde leden, ongeacht het aantal aanwezige en/of vertegenwoordigde leden. Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend, noch in de teller, noch in de noemer. Dit houdt in dat de vereiste besluitvormingsmeerderheid desgevallend wordt berekend, abstractie makend van de ongeldige stemmen en onthoudingen.

Bij staking van stemmen beslist de stem van de voorzitter of, bij afwezigheid van de voorzitter, diegene die op dat ogenblik de vergadering voorziet.



## Artikel 16

1. In afwijking van het artikel 15, vereist de wijziging van de statuten in elk geval een aanwezigheid of vertegenwoordiging van ten minste 2/3e van de werkende leden en een meerderheid van 2/3 van de uitgebrachte stemmen. Heeft de statutenwijziging evenwel betrekking op het belangeloos doel of het voorwerp van de Vereniging, dan is een 4/5e meerderheid onder de aanwezige of vertegenwoordigde leden vereist. Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend. De voorgestelde wijzigingen moeten uitdrukkelijk bij de oproeping worden vermeld.

Ingeval op de eerste vergadering voormeld aanwezigheidsquorum niet behaald wordt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig kan beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige leden maar met een 2/3e meerderheid, dan wel een 4/5e meerderheid naargelang de wijziging al of niet betrekking op het belangeloos doel of het voorwerp van de Vereniging. De tweede vergadering mag niet binnen 15 kalenderdagen volgend op de eerste vergadering worden gehouden.

2. In afwijking van artikel 15, vereisen volgende beslissingen in elk geval een aanwezigheid of vertegenwoordiging van ten minste 2/3e van de werkende leden en een meerderheid van 4/5e van het aantal uitgebrachte stemmen:

- de ontbinding van de Vereniging;
- de omzetting van de Vereniging in een ivzw, een coöperatieve vennootschap erkend als sociale onderneming of in een erkende coöperatieve vennootschap sociale onderneming;

Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend, noch in de teller, noch in de noemer. Dit houdt in dat de vereiste besluitvormingsmeerderheid desgevallend wordt berekend, abstractie makend van de ongeldige stemmen en onthoudingen. Het voornemen tot ontbinding of omzetting moet uitdrukkelijk bij de oproeping worden vermeld. Ingeval op de eerste vergadering voormeld aanwezigheidsquorum niet behaald wordt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig kan beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige leden maar met een meerderheid van 4/5e van het aantal uitgebrachte stemmen. De tweede vergadering mag niet binnen 15 kalenderdagen volgend op de eerste vergadering worden gehouden.

## Artikel 17

De geldig genomen beslissingen van de algemene vergadering van de werkende leden van de Vereniging hebben uitwerking vanaf de dag waarop de beslissing werd gestemd, tenzij in de beslissing een andere datum van inwerkingtreding wordt bepaald.

De notulen van de algemene vergadering worden digitaal bewaard. De werkende leden worden op de hoogte gesteld van de beslissingen van de algemene vergadering. Toegetreden leden hebben recht op inzage in de notulen van de algemene vergadering. De beslissingen van de algemene vergadering worden bij proces-verbaal opgenomen in de registers van de Vereniging: zij worden ondertekend door de voorzitter en de secretaris van het bestuur, alsmede door alle aanwezige leden die het wensen.

Alle leden mogen een uittreksel vragen, ondertekend door de voorzitter en de secretaris. Derden hebben recht tot inzage van de registers ten maatschappelijke zetel, mits schriftelijke met redenen omklede aanvraag te richten tot de voorzitter en voor zover het bestuur instemt met dit verzoek.

De beslissingen van de algemene vergadering worden aan de leden en in voorkomend geval aan derden ter kennis gebracht op initiatief van de voorzitter. Zulke berichten worden ondertekend door de voorzitter en door de secretaris.



## Titel 5 - Het bestuur

### Artikel 18

1. De Vereniging wordt bestuurd door een bestuursorgaan bestaande uit werkende leden. Het minimumaantal is bepaald op 3 en het maximumaantal op 17 bestuurders.

Het bestuursmandaat staat enkel open voor leden van de Medische Raad, zoals verkozen overeenkomstig de Ziekenhuiswet en het KB 10 augustus 1987. In zoverre het verkozen lid als ziekenhuisarts verbonden is met de vzw Maria Middelaes middels een vennootschap waarin de medische activiteit werd ingebracht, zal steeds de arts-natuurlijke persoon, en niet de betrokken vennootschap, in het bestuursorgaan van de Vereniging zetelen.

2. De algemene vergadering bevestigt de samenstelling van het bestuur zo spoedig mogelijk na de uitslag van elke verkiezing van de Medische Raad.

De bijzondere algemene vergadering neemt akte van de uitslag van elke verkiezing van de Medische Raad en desgevallend van de uittredingen en toetredingen van nieuwe leden tot de Vereniging en bekrachtigt haar nieuwe samenstelling.

3. Het bestuur duidt de voorzitter, ondervoorzitter en secretaris van het bestuur, van de Medische Raad, zoals verkozen tijdens de installatievergadering van de Medische Raad, cfr. de artikelen 21 e.v. van het KB 10 augustus 1987 aan als resp. voorzitter, ondervoorzitter en secretaris van het bestuur. Er wordt eveneens een penningmeester en één bijkomend lid van de Medische Raad aangeduid om tezamen met de voorzitter, ondervoorzitter en secretaris het bureau van de Medische Raad, alsmede het bureau binnen het bestuursorgaan uit te maken. Het bureau van het bestuursorgaan kan bepaalde beslissingen voorbereiden.

### Artikel 19

1. De bestuurders worden benoemd voor een termijn gelijklopend met de termijn van hun mandaat binnen de Medische Raad, doch slechts in zoverre er intussen nieuwe verkiezingen voor de Medische Raad werden georganiseerd en het desbetreffende lid niet werd herverkozen.

2. Ieder lid van het bestuur kan zelf vrijwillig ontslag nemen door schriftelijke kennisgeving aan de voorzitter van het bestuur, per aangetekend schrijven. Het lid van het bestuur dat ontslag neemt, verbindt zich ertoe ook zijn mandaat in de Medische Raad van de vzw Maria Middelaes te beëindigen. De voorzitter zelf kan vrijwillig ontslag nemen door schriftelijk ontslag in te dienen



bij het bestuur. Een bestuurder is verplicht na indiening van zijn ontslag zijn opdracht verder te vervullen totdat redelijkerwijze in zijn vervanging kan worden voorzien.

Ieder lid van het bestuur kan ontslagen worden door de algemene vergadering. Het lid van het bestuur dat ontslagen wordt, verbindt zich ertoe ook zijn mandaat in de Medische Raad van de vzw Maria Middelaes te beëindigen.

Het bestuursmandaat eindigt van rechtswege ingeval het mandaat van dit lid in de Medische Raad wordt beëindigd.

Wanneer de plaats van een bestuurder openvalt vóór het einde van zijn mandaat kan, in afwijking van artikel 9:6, § 2 WWV, enkel de plaatsvervanger in de zin van het KB van 10 augustus 1987 het mandaat van zijn voorganger volbrengen.

Indien alle bestuurders hun mandaat neerleggen als gevolg van het collectief ontslag van de Medische Raad overeenkomstig artikel 24 van het KB van 10 augustus 1987 blijven de ontslagnemende bestuurders evenwel in functie tot wanneer in hun opvolging is voorzien.



## Artikel 20

Het bestuur is bevoegd om alle handelingen van bestuur te verrichten die nodig of dienstig zijn tot verwezenlijking van de doeleinden en de activiteiten van de Vereniging, met uitzondering van die handelingen waarvoor volgens het WWV of deze statuten de algemene vergadering exclusief bevoegd is. Het bestuur is in elk geval bevoegd voor het opstellen en wijzigen van het intern reglement.

## Artikel 21

**1.** De vergaderingen van het bestuur worden voorgezeten door de voorzitter. Bij afwezigheid van de voorzitter, neemt de verkozen ondervoorzitter diens functie over. Indien ook de ondervoorzitter afwezig is, neemt de oudste (in leeftijd) aanwezige bestuurder de functie van voorzitter over. Bij afwezigheid van de secretaris, neemt de jongste (in leeftijd) aanwezige bestuurder diens functie over.

**2.** Het bestuursorgaan vergadert minstens 10 maal per jaar en 1 maal per trimester na schriftelijke oproeping door de voorzitter per e-mail minstens 8 werkdagen voorafgaand aan de datum van de vergadering. Aan de oproeping worden de agenda en de notulen van de vorige vergadering gevoegd. De agenda wordt bepaald door de voorzitter.

Tevens wordt het bestuursorgaan bijeengeroepen door de voorzitter na een daartoe strekkend schriftelijk verzoek van ten minste

één van de bestuurders, met vermelding van de agendapunten die volgen uit het desbetreffende verzoek. De oproeping voor de vergadering wordt minstens 8 werkdagen voorafgaand aan de datum van de vergadering naar alle bestuurders verstuurd per e-mail.

In voorkomend geval kan de voorzitter het bestuur tussentijds samenroepen indien een dringend agendapunt niet kon worden afgewerkt op de vergadering, dit in voortzetting van deze vergadering. Er kunnen op deze vergadering geen punten aan de agenda worden toegevoegd. Het bestuur kan in dat geval slechts rechtsgeldig vergaderen en beslissen indien alle bestuurders werden opgeroepen en het aanwezigheidsquorum is bereikt.

**3.** Elke bestuurder kan de voorzitter verzoeken om agendapunten toe te voegen. Dit dient schriftelijk en voor de verzending van de agenda te gebeuren. Het agendapunt dat aldus werd toegevoegd moet vergezeld zijn van een verklarende nota. De agendapunten die worden toegevoegd na de verzending van de agenda, kunnen toch besproken worden op de volgende vergadering van het bestuur onder varia. Hierover kan echter geen beslissing worden genomen op deze vergadering. Teneinde hierover een beslissing te kunnen nemen, dienen deze agendapunten aan de agenda van een latere vergadering

van het bestuur te worden toegevoegd, waarna op deze latere vergadering van het bestuur opnieuw kan worden overlegd en een beslissing kan worden genomen.

**4.** Het bestuur kan slechts beraadslagen en besluiten, wanneer ten minste de helft van de bestuurders aanwezig is. Een bestuurder kan zich op de vergaderingen niet laten vertegenwoordigen.

Ingeval op de eerste vergadering voormeld aanwezigheidsquorum niet behaald wordt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig kan beraadslagen en besluiten, ongeacht het aantal aanwezige leden, op voorwaarde dat het de onderwerpen betreft die voor een tweede maal op de agenda voorkomen.

De besluiten worden genomen met een gewone meerderheid van stemmen van de aanwezige bestuurders, behoudens anders wettelijk of statutair bepaald. Elke bestuurder heeft één stem. Een bestuurder die zich bij de stemming onthoudt, is een aanwezige bestuurder en moet bijgevolg in aanmerking worden genomen voor het bepalen van het aantal aanwezigen en van de gewone meerderheid van de aanwezige bestuurders.

## Artikel 22

De leden van het bestuur vergaderen in principe fysiek. Zij behouden evenwel steeds



het recht om op afstand deel te nemen aan de bestuursvergadering door middel van een door de Vereniging ter beschikking gesteld elektronisch communicatiemiddel.

De stemming kan gebeuren door afroeping, door handopsteking of door geheime stemming, al dan niet via een elektronisch ter beschikking gesteld communicatiemiddel. Bij stemming over personen zal de stemming steeds geheim zijn. Er wordt eventueel tot geheime stemming overgegaan op verzoek van één of meer leden, bijgetreden door de meerderheid van de leden.

De besluiten van het bestuur kunnen worden genomen bij eenparig schriftelijk akkoord (eventueel per e-mail) van de bestuurders en dit zonder de normale bijeenroepingstermijn te moeten respecteren in uitzonderlijke gevallen, wanneer de dringende noodzakelijkheid en het belang van de Vereniging zulks vereisen. Daartoe is vereist dat er vooraf een akkoord is van twee/derde van de bestuurders om tot schriftelijke besluitvorming over te gaan.

In dat geval ontvangen alle bestuurders van de voorzitter per e-mail een toelichting bij het betrokken agendapunt met een voorstel van beslissing, evenals de volgende vermeldingen:

- dat het gaat om een voorstel van beslissing van het bestuursorgaan en dat de goedkeuring van het voorstel door alle bestuurders is vereist;
- dat het voorstel niet geamendeerd kan worden en er kan geen voorbehoud worden gemaakt door de bestuurders;
- dat alle bestuurders het bericht van de voorzitter schriftelijk en ondertekend moeten beantwoorden met per agendapunt hun stemhouding (akkoord, niet akkoord of onthouding);
- de aanduiding van de termijn waarbinnen de bestuurder diens besluit als antwoord op het rondschrijven uiterlijk moet terugsturen.

### Artikel 23

Het bestuur kan op haar vergaderingen andere personen uitnodigen, indien zij van oordeel is dat hun aanwezigheid, inhoudelijke bijdrage of advies vereist of nuttig is.

Uitgenodigde personen hebben nooit stemrecht tijdens de bestuursvergaderingen.

### Artikel 24

De secretaris maakt de notulen van de vergadering op. De notulen van de vergaderingen van het bestuur worden ondertekend door de voorzitter, de secretaris en de bestuurders die erom verzoeken; kopieën voor derden worden ondertekend door één of meer vertegenwoordigingsbevoegde

leden van het bestuur en schriftelijk aan de bestuurders meegedeeld. Ze worden goedgekeurd ten laatste bij de opening van de volgende vergadering.

### Artikel 25

1. Onverminderd de verplichtingen die voortvloeien uit collegiaal bestuur, met name overleg en toezicht, kunnen de bestuurders de bestuurstaken onder elkaar verdelen. Zodanige verdeling van taken kan aan derden niet worden tegengeworpen, zelfs niet nadat ze zijn openbaar gemaakt. Niet-naleving ervan brengt wel de interne aansprakelijkheid van de betrokken bestuurder(s) in het gedrang.

2. Het bestuur kan zijn bevoegdheden voor bepaalde handelingen en taken op zijn verantwoordelijkheid overdragen aan één of meerdere van de bestuurders of aan één of meerdere andere personen, al dan niet lid van de Vereniging, zonder dat deze overdracht evenwel betrekking kan hebben op het algemeen beleid van de Vereniging of de algemene bestuursbevoegdheid van het bestuur. Dergelijke beslissing wordt genomen met een gewone meerderheid van de stemmen van de aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders, die hieromtrent geldig beslist indien de meerderheid van de bestuurders aanwezig is. Het bestuur of de bestuurders die de Vereniging vertegenwoordigen kunnen gevolmachtigden aanstellen,

zowel bestuurders als derden. Alleen bijzondere en beperkte volmachten voor bepaalde of een reeks bepaalde rechtshandelingen zijn geoorloofd. De gevolmachtigden verbinden de Vereniging binnen de perken van de hun verleende volmacht waarvan de grenzen tegenstelbaar zijn aan derden overeenkomstig wat geldt inzake lastgeving. De voor deze bijzondere opdrachten aangestelde personen oefenen hun mandaat alleen of gezamenlijk uit.

3. Het bestuur kan beslissen om het dagelijks bestuur van de Vereniging op te dragen aan een orgaan van dagelijks bestuur, inclusief de vertegenwoordiging wat dat dagelijks bestuur betreft, samengesteld door één of meerdere personen die elk alleen, gezamenlijk of als college optreden. De beslissingen genomen door het dagelijks bestuur worden op intern vlak steeds genomen in collegiaal overleg. Het bestuur is belast met het toezicht op dit orgaan.

Het bestuur kan beslissen om het mandaat van de leden van het dagelijks bestuur van de Vereniging te beëindigen middels afzetting. Dergelijke beslissing wordt genomen met een gewone meerderheid van de stemmen van de aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders, die hieromtrent geldig beslist indien de meerderheid van de bestuurders aanwezig is. Daarnaast kan ieder lid van het dagelijks bestuur zelf vrijwillig ontslag

nemen door schriftelijke kennisgeving aan de voorzitter van het bestuur, per aangetekend schrijven. De beëindiging van het mandaat van dagelijks bestuurder laat het bestuurdersmandaat zelf onverlet.

### Artikel 26

Het bestuur vertegenwoordigt als college de Vereniging in alle handelingen in en buiten rechte. Het vertegenwoordigt de Vereniging door de meerderheid van de bestuurders.

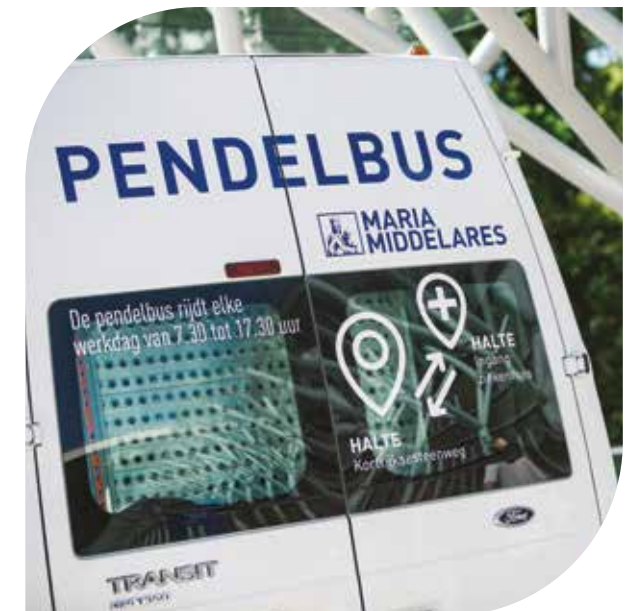
Onverminderd de algemene vertegenwoordigingsbevoegdheid van het bestuur als college en mits een bijzonder mandaat daartoe door het bestuur werd verleend, wordt de Vereniging in en buiten rechte eveneens vertegenwoordigd door het gezamenlijk optreden van twee bestuurders of door het gezamenlijk optreden van een bestuurder met een daartoe gemandateerde derde.

### Artikel 27

De leden van het bestuur oefenen hun mandaat kosteloos uit. De algemene vergadering kan aan de bestuurders wel een vergoeding toekennen voor de door hen redelijk gemaakte kosten in het kader van de verdediging van de belangen van de Vereniging. Deze kostenvergoeding komt ten laste van de algemene kosten van de Vereniging.

### Artikel 28

Wanneer het bestuursorgaan een beslissing



moet nemen of zich over een verrichting moet uitspreken die onder zijn bevoegdheid valt, waarbij een bestuurder een rechtstreeks of onrechtstreeks belang van vermogensrechtelijke aard heeft dat strijdig is met het belang van de Vereniging, moet de betrokken bestuurder dit meedelen aan de andere bestuurders vóór het bestuursorgaan een besluit neemt. Zijn verklaring en toelichting over de aard van dit strijdig belang worden opgenomen in de notulen van de vergadering van het bestuursorgaan die de beslissing moet nemen.

De bestuurder met een belangenconflict als bedoeld in het eerste lid mag niet deelnemen aan de beraadslagingen van het bestuursorgaan over deze beslissingen of verrichtingen, noch aan de stemming in dat verband. Wanneer de meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders een belangenconflict heeft, dan wordt de beslissing of de verrichting aan de algemene vergadering voorgelegd; ingeval de algemene vergadering de beslissing of de verrichting goedkeurt, kan het bestuursorgaan ze uitvoeren.

## **Titel 5** **-Rekeningen en begrotingen**

### **Artikel 29**

Het bestuur kan twee controleurs benoemen voor het nazicht der rekeningen voor een termijn van drie jaar. Zij zijn herkiesbaar.

Zij hebben tot taak de rekeningen van de vereniging na te gaan en te controleren. Het bestuur kan beslissen dit uit te besteden aan een extern kantoor.

De algemene vergadering benoemt een commissaris, voor zover vereist, conform de bepalingen van artikel 3:47 WV of specifieke reglementering ter zake.

### **Artikel 30**

Het boekjaar van de vereniging loopt van 1 januari tot 31 december. De boekhouding wordt gevoerd overeenkomstig het bepaalde in de toepasselijke wetgeving voor vzw's.

De jaarrekening wordt neergelegd in het verenigingsdossier van de Vereniging, zoals gehouden op de griffie van de bevoegde rechtbank overeenkomstig het bepaalde in de toepasselijke vzw-bepalingen in het WV. Voor zover van toepassing wordt de jaarrekening tevens neergelegd bij de Nationale Bank overeenkomstig het bepaalde in het WV en de desbetreffende uitvoeringsbesluiten.

De jaarrekening van de Vereniging, alsook de begroting van het boekjaar dat volgt op het boekjaar waarop deze jaarrekening betrekking heeft, moeten binnen zes maanden na de afsluitingsdatum van het boekjaar ter goedkeuring worden voorgelegd aan de algemene vergadering.

Tijdens de gewone algemene vergadering licht het bestuur de financiële toestand en de uitvoering van de begroting toe. Na de goedkeuring van de jaarrekening van het voorafgaande boekjaar, beslist de algemene vergadering bij een afzonderlijke stemming over de aan de bestuurder en commissaris(sen) te verlenen kwijting.

## **Titel 6** **- Ontbinding en vereffening**

### **Artikel 31**

**1.** De algemene vergadering zal worden bijeengeroepen ter bespreking van voorstellen met betrekking tot de ontbinding voorgelegd door het bestuur of door minimum 1/20 van alle leden. De oproeping en agendering vinden plaats overeenkomstig het bepaalde in deze statuten.

De beraadslaging en beslissing over de ontbinding respecteert het quorum en de meerderheid vereist voor een doelwijziging zoals bepaald in deze statuten.

In geval van vrijwillige ontbinding benoemt de algemene vergadering, of bij gebreke daarvan, de rechtbank, één of meer vereffenaars. Zij bepaalt tevens hun bevoegdheid alsmede de vereffeningvoorwaarden. Indien meerdere vereffenaars worden benoemd, treden zij op als college.

Vanaf de beslissing tot ontbinding vermelden alle stukken uitgaande van de Vereniging steeds dat zij 'vzw in vereffening' is overeenkomstig de vzw-wetgeving.

**2.** In geval van ontbinding en vereffening, beslist de buitengewone algemene vergadering over de finale bestemming van het netto-actief van de Vereniging, dat zal worden overgedragen aan een vereniging met een gelijkaardige doelstelling.

**3.** Alle beslissingen betreffende de ontbinding, de vereffeningvoorwaarden, de benoeming en de ambtsbeëindiging van de vereffenaars, de afsluiting van de vereffening en de bestemming van het actief worden neergelegd ter griffie en bekendgemaakt in de Bijlagen bij het Belgisch Staatsblad overeenkomstig het bepaalde in het WV en de uitvoeringsbesluiten daaromtrent.

## **Titel 7** **- Slotbepaling**

### **Artikel 32**

Voor alles wat in deze statuten niet is voorzien of geregeld, is het WV onverkort van toepassing.





Netwerking met  
onze ziekenhuizen



# 14

## VZW E17- ziekenhuisnetwerk

### 01/ PARTNERS E17-ZIEKENHUISNETWERK

In 2015 kreeg het E17-ziekenhuisnetwerk gestalte in zijn meest prille vorm en inmiddels bestaat het netwerk al uit zeven algemene ziekenhuizen:

- AZ Glorieux Ronse
- Az Groeninge Kortrijk
- AZ Maria middelares Gent
- AZ Sint-Elisabeth Zottegem
- O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem
- Sint-Jozefskliniek Izegem
- AZ Sint-Vincentius Deinze



### 02/ OPDRACHT E17-ZIEKENHUISNETWERK

De visie van het E17-ziekenhuisnetwerk bestaat erin om te evolueren naar een geïntegreerd netwerk met focus op waardegedreven zorg. Zodoende groeit er een netwerk dat bestaat uit zeven gelijkwaardige ziekenhuizen met een op elkaar afgestemde strategie, bestuurlijk beleid, waarden en operationele werking waardoor het netwerk een zo ruim mogelijk basisspecialistisch zorgaanbod kan garanderen dat qua kwaliteit, outcome en patiëntervaring op alle vestigingsplaatsen voldoet aan dezelfde hoge standaarden.

Het E17-zorgmodel zal gebaseerd zijn op zorggradatie, samenwerking en mobiliteit. Het zal worden afgestemd op de zorgvraag in de regio, behoeften en verwachtingen van patiënten, met speciale aandacht voor transmurale zorg en andere extramurale diensten. Dit model zal geleidelijk evolueren naar een geïntegreerd zorgnetwerk met alle relevante actoren uit de eerste lijn uit het zorggebied in kwestie. Deze structuur stelt het E17-ziekenhuisnetwerk in staat om volledig te beantwoorden aan de behoeften van patiënten en de continuïteit van de zorg nabij te garanderen.

Het E17-ziekenhuisnetwerk zal gericht zijn op:

- het leveren van de best mogelijke zorg en het efficiënt en duurzaam beheren van al zijn middelen om zodoende toegevoegde waarde te creëren voor de patiëntenpopulatie van ons zorggebied;
- innovatie: het stimuleert nieuwe, creatieve oplossingen in zijn structuren, processen, zorgmodel en streeft ernaar alle noodzakelijke structuren en processen te creëren om innovatie te stimuleren en te beheren.

## 03/ GROEIENDE DYNAMIEK BINNEN HET E17-ZIEKENHUISNETWERK

Vertegenwoordigers van verschillende ziekenhuizen komen samen in verschillende comités om af te stemmen en besluiten te vormen. Deze comités zijn de drijvende kracht achter de verdere ontwikkeling van het E17-ziekenhuisnetwerk. Sinds de oprichting van de vzw is er ook een algemene vergadering en een bestuursorgaan geïnstalleerd. Aansluitend op de erkenning als loco-regionaal klinisch ziekenhuisnetwerk werd er een college van netwerk hoofdartsen en een netwerk medische raad geïnstalleerd.



### 3.1 Algemene vergadering

De algemene vergadering oefent de bevoegdheden uit die haar statutair zijn toevertrouwd. Deze vergadering komt minstens twee keer per jaar bijeen.

### 3.2 Bestuursorgaan

Het bestuursorgaan oefent alle bevoegdheden uit die de statuten niet voorbehoudt aan de algemene vergadering. Het bestuursorgaan komt minstens vier keer per jaar bijeen.

Het bestuursorgaan neemt in consensus met de medische raad beslissingen over een aantal cruciale medische beleidszaken.

### 3.3 CEO-comité

Dit comité met de CEO's van de algemene ziekenhuizen bereidt beleidsbeslissingen voor en geeft na beslissing opdracht tot uitvoering ervan.

Binnen de schoot van het CEO-comité aangevuld met het college van netwerk hoofdartsen zijn er diverse werkgroepen opgestart. Het CEO-comité neemt tevens het dagelijks bestuur van de vzw op zich.

### 3.4 Netwerk medische raad

Er is een netwerk medische raad als vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het E17-ziekenhuisnetwerk opgericht. Dit orgaan komt in principe tweemaandelijks samen.

### 3.5 College van netwerk hoofdartsen

Het E17-ziekenhuisnetwerk heeft niet gekozen voor een netwerk hoofdarts maar wel voor een college van netwerk hoofdartsen. Dit college is samengesteld uit alle hoofdartsen van de E17-ziekenhuizen en staat in voor het coherent medisch beleid en dit met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid. Zo is dit college onder meer verantwoordelijk voor:

- het op elkaar afstemmen van zorgopdrachten binnen het netwerk, zowel locoregionale als supraregionale;
- het maken van de nodige afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het netwerk.

### 3.6 Medisch comité

In het medisch comité stemmen de voorzitters van de medische raden en de hoofdartsen

van de zeven E17-ziekenhuizen maandelijks af over alle medische beleidsaangelegenheden die relevant zijn voor de goede werking van het E17-ziekenhuisnetwerk enerzijds en voor de samenwerking tussen de E17-ziekenhuizen anderzijds. Dit ter voorbereiding van verdere bespreking op de netwerk medische raad, het college van netwerk hoofdartsen of het bestuursorgaan.

### 3.7 Overlegcomité medische beleidszaken

Binnen dit comité wordt een overleg en dialoog georganiseerd tussen artsen en het bestuur over de belangrijke medisch-strategische beleidsaangelegenheden waarover in consensus dient te worden beslist. Dit comité heeft als opdracht om voorafgaand af te stemmen over minstens alle materies waarvan de wetgever bepaald heeft dat het bestuursorgaan er het advies van netwerk medische raad moet over inwinnen. Alle E17-ziekenhuizen hebben er een vertegenwoordiger. In concreto is het comité samengesteld uit een gemandateerde delegatie vanuit het bestuursorgaan en een gemandateerde delegatie vanuit de netwerk medische raad. Ook het CEO-comité en het college netwerk hoofdartsen zijn vertegenwoordigd in dit overleg. Het comité komt tweemaandelijks samen en wordt voorgezeten door de netwerk voorzitter.

### 3.8 Netwerkcomité

Het netwerkcomité heeft de ambitie om alle stakeholders die actief zijn binnen het bestuursorgaan, het medisch comité en het CEO-comité op kwartaalbasis rond de tafel te brengen om informatie uit te wisselen over de diverse thema's waarmee elk van voornoemde beleidsorganen bezig is. Daarnaast biedt dit platform de mogelijkheid dat de leidinggevendenden van de verschillende E17-ziekenhuizen elkaar op informele wijze beter te leren kennen, hetgeen de cohesie en de samenhang binnen het netwerk stimuleert.

## 04/ REGIONAAL ZORGSTRATEGISCH PLAN

De ziekenhuizen van het E17-ziekenhuisnetwerk schreven op vraag van de overheid een heldere toekomstvisie uit in een regionaal zorgstrategisch plan, waarbij de klemtoon ligt op 'waardegedreven zorg' en 'samen sterk'. In het zorgstrategisch plan wordt geadviseerd op welke manier de zeven ziekenhuispartners elkaar kunnen versterken om in de regio elke patiënt ongeacht zijn woonplaats vlot toegankelijke basiszorg én topreferente zorg bij complexe aandoeningen te garanderen. Bijkomend wordt geargumenteed op welke manier het ziekenhuisnetwerk zal in-

spelen op de werkelijke en snel veranderende zorgbehoeften van patiënten.

Na goedkeuring door het bestuur en de medische raden van de zeven E17-ziekenhuizen, evenals door het bestuur en de medische raad van het E17-ziekenhuisnetwerk, werd het plan eind 2022 formeel ingediend bij het Departement Zorg. Het Regionaal Zorgstrategisch plan van het E17-ziekenhuisnetwerk werd door de Vlaamse overheid goedgekeurd per 17 juli 2023.

Het Departement Zorg zal zich op dit plan baseren om in de toekomst erkenningen en investeringssubsidies aan de individuele ziekenhuizen toe te kennen. Daarnaast biedt het plan inspiratie om via concrete projecten en actieplannen aan de slag te gaan om het E17-ziekenhuisnetwerk inhoudelijk verder vorm te geven.









LLOX Architecten  
& AZ Maria Middelaes



Deze brochure is gedrukt op papier  
afkomstig uit bossen die duurzaam  
worden beheerd.

Versie 5 van het charter deugdelijk bestuur zoals laatst bijgewerkt in december 2024.

Verantwoordelijke uitgever:  
Christophe Mouton

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van AZ Maria Middelaes.



**Gent -  
AZ Maria Middelares**

Buitenring-Sint-Denijs 30  
9000 Gent  
+32 9 246 46 46

**Deinze -  
AZ Sint-Vincentius**

Schutterijstraat 34  
9800 Deinze  
+32 9 387 71 11

**Gentbrugge -  
Medisch Centrum**

Kliniekstraat 27  
9050 Gentbrugge  
+32 9 246 11 20

**Aalter -  
Medisch Centrum**

Brouwerijstraat 36  
9880 Aalter  
+32 9 239 07 00

**De Prijkels -  
Logistiek en facilitair platform**

Venecoweg 26  
9810 Nazareth