

VOORWOORD



Prof. Pascal Verdonck
Voorzitter raad van bestuur

Oktober 2019

Geachte bestuurder
Geachte directeur
Geachte arts
Geachte medewerker
Geachte lezer

AZ Maria Middelaes kan terugblikken op een eeuwenlange traditie in gezondheidszorg. Al van de 13^e 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 zodat we ook daar “goede en nabije” zorg kunnen blijven aanbieden. Sinds 1 juli 2017 worden het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze en ons ziekenhuis via een personele unie bestuurd door een identiek samengestelde raad van bestuur. Op die manier willen we het zorgaanbod in onze ruime regio verankeren en verder uitbouwen. Onze beide ziekenhuizen maken sinds 2015 ook deel uit van het E17-ziekenhuisnetwerk.

Dankzij de inzet van stichtende congregaties, artsen, bestuurders en medewerkers is AZ Maria Middelaes kunnen uitgroeien tot een moderne en hedendaagse organisatie: een ziekenhuis waar 200 artsen en 1.850 medewerkers jaarlijks instaan voor bijna 65.000 opnames in het (dag)ziekenhuis en meer dan 180.000 ligdagen. Zo realiseren we samen een 300 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 AZ Maria Middelaes te continueren. Dit veronderstelt een heldere beslissingsprocedure waarin de verantwoordelijkheden eenduidig bepaald zijn.

Met het “charter deugdelijk bestuur” wil AZ 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 de raad van bestuur, de leden van de overlegorganen opgericht door de raad van bestuur, 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 AZ Maria Middelaes.

INHOUD

- 06** Bestuurlijke structuur: overzicht
- 20** Statuten vzw AZ Maria Middelaes
- 30** Reglement inwendige orde algemene vergadering
- 34** Reglement inwendige orde raad van bestuur
- 42** Volmacht raad van bestuur aan de directie
- 44** Reglement inwendige orde directiecomité
- 46** Rechtsverhouding ziekenhuis - artsen
- 88** Reglement centrale inning
- 94** Personele unie AZ Maria Middelaes - Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze
- 96** Vzw E-17 ziekenhuisnetwerk

Bestuurlijke structuur: overzicht

1

1 INLEIDING

Dit charter beschrijft de bestuurlijke structuur alsook de communicatielijnen van AZ Maria Middelaes en heeft de volgende doelstellingen:

- de opdrachtverklaring van de vzw AZ Maria Middelaes vastleggen en onder de aandacht houden;
- de afspraken over de machts-, taak- en bevoegdheidsverdeling tussen bestuurders, leden van het directiecomité, artsen en medewerkers transparant weergeven;
- het geheel van controlemechanismen dat het besluitvormingsproces mee vorm geeft transparant maken.

De vzw AZ Maria Middelaes is lid van vzw E17-ziekenhuisnetwerk (zie p 96), vzw Zorgnet-ICURO en vzw In4Care. AZ Maria Middelaes vormt samen met het Sint-Vincentiusziekenhuis te Deinze een personele unie. Dit laatste betekent dat de raden van bestuur van beide ziekenhuizen identiek zijn samengesteld (zie p 94).

2 OPDRACHTVERKLARING EN WAARDENKADER

Het statutaire doel van de vzw AZ Maria Middelaes is de liefdadigheid en de menslievendheid te bevorderen vanuit een christelijke mens- en maatschappijvisie door meer bepaald de gezond-

heidszorg, de ouderenzorg en de kind- en jeugdzorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen.

2.1 OPDRACHTVERKLARING, 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. De evangelische inspiratie en de levenswaarden van de stichtende congregaties zijn blijvende ijkpunten voor ons ethisch handelen. Vanuit deze visie kiezen wij voor een hedendaagse hoogkwalitatieve gezondheidszorg met een menselijk gelaat.

- We bieden naast algemene zorg ook specifieke hoogtechnologische expertzorg. We stemmen beiden permanent af op de evolutie van de wetenschap.
- We bieden elke patiënt kwaliteitszekere gezondheidszorg. We hebben daarbij aandacht voor de noden van de hele mens.
- We geloven dat de persoonlijke inzet van al onze artsen en medewerkers onze zorgkwaliteit bepaalt. We werken samen met hen aan de uitbouw van een stimulerende werkomgeving.
- We geloven dat een constructieve samenwerking met de huisartsen de beste gezondheidszorg kan realiseren. We ontwikkelen daartoe samen patiëntgerichte kwaliteitsprojecten.



- We streven strategische samenwerkingsverbanden met andere actoren uit de zorg na, met het doel kwaliteit meetbaar te verbeteren.
- We geloven dat enkel een financieel gezonde organisatie onze kwaliteitsdoelstellingen kan verwezenlijken.
We realiseren dat in samenspraak en overleg met artsen en medewerkers.

Via de slagzin “GezondheidsZorg met een Ziel” trachten we onze visie en missie te concretiseren.

2.2 WAARDENKADER

In 2015 werkte het directiecomité van AZ Maria Middelaars een waardenkader uit dat ook door de medische raad werd onderschreven. Dit waardenkader bestaat uit concrete gedragsregels die artsen en medewerkers houvast bieden in de

dagdagelijkse werksituatie. Deze richtlijnen beschrijven het gedrag dat als goed, gewenst of nastrevenswaardig ervaren wordt. 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 waardenkader handelen. Dit waardenkader maakt onze slagzin “GezondheidsZorg met een Ziel” concreet.

3 STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN



3.1 HOOGTECHNOLOGISCHE EXPERTZORG

Je kan bij ons terecht voor algemene en specifieke hoogtechnologische expertzorg. We stemmen beide voortdurend af op wetenschappelijke ontwikkelingen.



3.2 KWALITEITSEKERE GEZONDHEIDSZORG

Elke patiënt kan rekenen op kwaliteitszekere gezondheidszorg. We hebben daarbij aandacht voor de noden van de hele mens.



3.3 STIMULERENDE WERKOMGEVING

De persoonlijke inzet van al onze artsen en medewerkers is bepalend voor onze zorgkwaliteit. Samen met hen werken we aan de uitbouw van een stimulerende werkomgeving.



3.4 SAMENWERKING EERSTE LIJN

Een constructieve samenwerking met de huisartsen zorgt voor de beste gezondheidszorg. We ontwikkelen daartoe samen patiëntgerichte kwaliteitsprojecten.



3.5 STRATEGISCHE SAMENWERKINGSVERBONDEN

Het is belangrijk over de eigen muren te kijken. We streven daarom strategische samenwerkingsverbanden na met doel kwaliteit meetbaar te verbeteren.



3.6 FINANCIEEL GEZOND

Slechts een financieel gezonde organisatie kan onze kwaliteitsdoelstellingen verwezenlijken. Hiervoor zorgen we in samenspraak en overleg met artsen en medewerkers.

4 BESTUURLIJKE STRUCTUUR

4.1 BESTUURLIJK NIVEAU

4.1.1 ALGEMEEN

De raad van bestuur bepaalt de strategische koers van het ziekenhuis. De leden van de raad van bestuur beschikken over specifieke en complementaire competenties, ervaringen, visies en inzichten om op een adequate wijze het ziekenhuis te sturen.

Inhoudelijke opties worden geconcretiseerd bij de jaarlijkse vaststelling en goedkeuring van de investerings- en exploitatiebegroting.

Artsenparticipatie wordt verwezenlijkt d.m.v. gemeenschappelijke doelstellingen en de opvolging ervan via het permanent overlegcomité medische beleidszaken.

Interne verantwoordelijkheid wordt gerealiseerd via een goed uitgewerkt, relevant en verstaanbaar jaarverslag.

Maatschappelijke betrokkenheid komt tot stand via structureel overleg met belanghebbenden. Dit zijn patiënten, (huis)artsen, medewerkers, overheid, leveranciers, andere zorgvoorzieningen, buurtbewoners, etc. Burgers krijgen relevante en verstaanbare informatie over de verschillende aspecten van de ziekenhuiswerking (met inbegrip van betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg).



Er bestaat een heldere en uitgeschreven taakverdeling tussen algemene vergadering, raad van bestuur en directie met expliciete “checks and balances”. Deze verdeling is terug te vinden in de respectievelijke reglementen van inwendige orde van de raad van bestuur en het directiecomité. Binnen de raad van bestuur werden aparte comités opgericht om specifieke thema’s inhoudelijk voor te bereiden, uit te werken en op te volgen.

4.1.2 ALGEMENE VERGADERING

De algemene vergadering bestaat uit alle leden van

de vzw AZ Maria Middelaes en heeft een limitatief aantal bevoegdheden, uiteengezet in de statuten. De taken en verantwoordelijkheden van de algemene vergadering staan expliciet en limitatief beschreven in de statuten. De statuten bepalen dat alle andere bevoegdheden uitgevoerd worden door de raad van bestuur. De algemene vergadering komt minstens tweemaal per jaar bijeen. Een bijzondere taak die volgens de statuten is voorbehouden aan de algemene vergadering is het jaarlijks evalueren van de raad van bestuur. Na voorlegging van de juiste gegevens, waaronder de jaarrekening en begroting oordeelt de algemene vergadering over de kwijting aan de raad van bestuur inzake het financieel

beleid en het algemeen beleid in zijn totaliteit. Indien de werking positief wordt geëvalueerd, verleent de algemene vergadering kwijting aan de individuele leden van de raad van bestuur. In het tegenovergestelde geval, kan de algemene vergadering beslissen geen kwijting te verlenen aan één of meerdere leden van de raad van bestuur of zelfs bestuurders uit hun bestuursmandaat te zetten. De samenstelling van de algemene vergadering is terug te vinden op het intranet van het ziekenhuis.

4.1.3 RAAD VAN BESTUUR

De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van organisatie en werking, alsook op financieel vlak, berust bij de raad van bestuur. De raad van bestuur bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis en neemt beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures zoals beschreven in Titel IV van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008.

De raad van bestuur is ten volle bevoegd om alle handelingen te verrichten die nodig of dienstig zijn tot de verwezenlijking van het doel van de vereniging, behalve deze waarvoor krachtens de statuten alleen de algemene vergadering bevoegd is en deze waarvoor de raad van bestuur bevoegdheidsdelegatie heeft verleend.

De **taken en verantwoordelijkheden** van de raad van bestuur staan beschreven in de statuten. In het reglement van inwendige orde van de raad van bestuur wordt beschreven hoe deze taken en verantwoordelijkheden in de praktijk worden gebracht. Binnen deze verantwoordelijkheden valt het goedkeuren, periodiek controleren en openbaar maken van de missie van het ziekenhuis. Ook de strategische plannen en het bijhorende beleid – met inbegrip van het medisch beleidsplan – worden, in voorkomend geval na advies van de medische raad, door de raad van bestuur goedgekeurd en gedocumenteerd in het verslag.

Hieronder valt ook het programma voor kwaliteit en patiëntveiligheid, dat jaarlijks goedgekeurd wordt. Per kwartaal worden dan ook rapporten over het kwaliteits- en patiëntveiligheidsprogramma (inclusief sentinel events) overgemaakt door de **stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid** aan het bestuur. Maatregelen worden getroffen op basis van deze rapporten; de ondernomen acties en eventuele vervolgacties, alsook de opvolging ervan, worden gedocumenteerd in het verslag. Tot slot rapporteert de medisch directeur maandelijks het kwaliteitsdashboard aan de raad van bestuur.

De algemeen en financieel directeur rapporteren maandelijks een boordtabel met activiteitsgegevens. Daarnaast wordt de investerings- en exploitatiebegroting steeds ter goedkeuring voorgelegd aan het bestuur en worden extra middelen toegewezen indien noodzakelijk om de

missie van het ziekenhuis te kunnen verwezenlijken.

Hoewel AZ Maria Middelaars geen academisch medisch centrum is, zet het ziekenhuis in op opleiding en onderzoek. De raad van bestuur keurt aanvragen bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu tot erkenning als stagedienst en stagemester voor arts-specialisten in opleiding (ASO's) goed door deze mee te ondertekenen. De raad van bestuur ziet erop toe dat experimenten op de menselijke persoon steeds volgens de experimentenwet van

2004 verlopen; jaarlijks wordt een overzicht van alle nieuw opgestarte experimenten op de menselijke persoon in AZ Maria Middelaars overgemaakt door het **comité voor innovatie en onderzoek** aan het bestuur.

De raad van bestuur benoemt de algemeen directeur, 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 door de secretaris.

De raad van bestuur benoemt de artsen (vaste stafleden) en beslist in voorkomend geval over de beëindiging van de onderlinge samenwerking.

De raad van bestuur heeft bij volmacht een aantal van haar **bevoegdheden** gedelegeerd aan de directie. Voor een opsomming van de belangrijkste taken wordt verwezen naar het reglement van

inwendige orde van het directiecomité.

De **samenstelling** van de raad van bestuur is te vinden op het intranet van het ziekenhuis.

De raad van bestuur 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. Onder leiding van de voorzitter wordt een evaluatie uitgevoerd (evaluatiedocumentformulier raad van bestuur). De resultaten en actiepunten worden opgenomen in het verslag van de raad van bestuur. In het reglement van inwendige orde van de raad van bestuur wordt nader beschreven hoe deze zelfevaluatie in zijn werk gaat en op basis van welke methodiek werkpunten en conclusies weerhouden worden.

Bestuurders nemen geen persoonlijke verplichtingen op zich betreffende de verbintenissen

van de vzw AZ Maria Middelaes. Ze zijn alleen verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun mandaat. Hiervoor sluit de vzw AZ Maria Middelaes een **aansprakelijkheids**verzekering af.

4.2 OPERATIONEEL NIVEAU

AZ Maria Middelaes staat voor "GezondheidsZorg met een Ziel". Kwaliteitszekere en hoogtechnologische expertzorg wordt aangeboden dankzij de persoonlijke en doorgedreven inzet van alle artsen en medewerkers. Constructieve en strategische samenwerkingsverbanden worden nagestreefd en gerealiseerd met (huis)artsen, andere zorgvoorzieningen en partners.

De operationele werking berust bij het directiecomité dat wordt aangestuurd door zijn voorzitter, de algemeen directeur. Waar nodig is er steeds overleg met de medische raad.

De medische raad is een adviesorgaan dat de ziekenhuisartsen inspraak verleent en betreft bij beleidsbeslissingen, met als doel de best mogelijke medische zorg te verlenen.

Binnen het medisch en verpleegkundig departement zijn de diensten geclusterd in zorgdomeinen, waarbij ieder domein wordt aangestuurd door een medisch- en verpleegkundig zorgmanager.

Het zorgmanagementteam wordt voorgezeten door de medisch directeur die nauw samenwerkt met de verpleegkundig directeur. Het doel is om door deze structuur (zorgmanagementteam genaamd)

artsen, verpleegkundigen, paramedici, zorgkundigen en alle andere medewerkers nog beter te laten samenwerken in het belang van de patiënt.

4.3 COMMISSIES, COMITÉS EN RADEN

4.3.1 Wettelijk verplichte commissies, comités en raden

4.3.1.1 Directiecomité

In uitvoering van de wet op de ziekenhuizen heeft het ziekenhuis een directiecomité opgericht. Luidens diezelfde wet dient het directiecomité minimum te bestaan uit een algemeen directeur, een medisch directeur en een hoofd van het verpleegkundig departement. De raad van bestuur stelt het directiecomité samen.

Momenteel zijn de volgende functies ingevuld:

- algemeen directeur
- medisch directeur
- verpleegkundig en paramedisch directeur
- financieel en administratief directeur
- technisch directeur
- farmaceutisch directeur
- facilitair directeur
- directeur informatietechnologie

De samenstelling van het directiecomité is terug te vinden op het intranet van het ziekenhuis.

De functiekaarten van de directieleden zijn op te vragen bij de personeelsdienst.

Het directiecomité is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding van het ziekenhuis. Het comité spreekt zich uit over alle zaken die niet uitdrukkelijk door de wet, de statuten of het reglement van inwendige orde zijn voorbehouden aan een ander orgaan. Maandelijks rapporteert de algemeen directeur op de raad van bestuur.

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

Het directiecomité bepaalt de beleidslijnen en procedures die nodig zijn om de opdrachtverklaring, zoals goedgekeurd door de raad van bestuur, na te streven. Het comité ziet erop toe dat deze beleidslijnen en procedures gevolgd worden door in verschillende adviesorganen te zetelen (zie figuur 1) en periodiek rapportages, inspectieverslagen en andere documenten te ontvangen en op te volgen.

De behandelingen die worden aangeboden per medische discipline staan beschreven op de website van het ziekenhuis. Het zorgmanagementteam adviseert het directiecomité van het ziekenhuis over de nood aan afdelingen en diensten, samen met de types zorg die door het ziekenhuis moeten worden geleverd en die overeenkomen met de opdrachtverklaring van het ziekenhuis en de behoeften van de patiënten die het ziekenhuis dient. Het zorgmanagementteam werkt hiertoe de nodige



Figuur 1: Het operationele bestuur berust bij het directiecomité. Het directiecomité wordt voorgezeten door de algemeen directeur. De medische raad wordt voorgezeten door de voorzitter van de medische raad. De verschillende departementen binnen het directiecomité worden aangestuurd door een directeur. Communicatie vindt plaats tussen de klinische en niet-klinische diensten. Binnen de opgesomde comités zetelen een (of meerdere) directeur/voorzitter of afgevaardigden vanuit het respectievelijke departement/de raad. Ingekleurde blokken wijzen op lidmaatschap van de bovenvermelde directeur/voorzitter of een (of meerdere) afgevaardigden uit het respectievelijke departement/de raad.

Directiecomité



Algemeen directeur

Stafdiensten

Zorgmanagementteam

Medisch directeur

Verpleegkundig en paramedisch directeur

Administratief en financieel directeur

Technisch directeur

Farmaceutisch directeur

Facilitair directeur

Directeur informatie-technologie

- > Medische diensten
- > Medisch-technische diensten
- > Klinische psychologie
- > Medische registratie

- > Verpleegafdelingen
- > Paramedische diensten
- > Verpleegtechnische afdelingen
- > Mortuarium

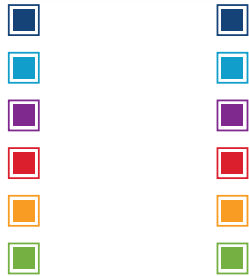
- > Sociale dienst
- > Hr-dienst
- > Financiële dienst
- > Onthaal en opname

- > Technische dienst
- > Milieucoördinatie

- > Apotheek
- > CSA

- > Aankoop
- > Biotechniek
- > Distributie
- > Schoonmaakdienst
- > Voeding

- > Applicatiebeheer
- > Helpdesk
- > Software development
- > System- en netwerkbeheer



Voorzitter medische raad



Medische raad



Medisch farmaceutisch comité ■
 Comité voor medisch materiaal ■
 Comité voor ziekenhuishygiëne ■

Transfusiecomité ■
 Stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid ■
 Comité voor innovatie en onderzoek ■



procedures uit. Documentatie is terug te vinden in de verslagen van het zorgmanagementteam.

Onder de 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 van het ziekenhuis.

Het directiecomité stuurt de interne communicatie aan over de opdrachtverklaring, de beleidslijnen en de procedures die gevolgd worden. Via de nieuwsbrief, intranet en andere communicatiekanalen is het de betrachting iedere medewerker te bereiken. Het directiecomité stelt de nodige werkinstrumenten en hulpmiddelen ter beschikking om 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 beleving van het waardenkader en het verzekeren van een goed werkklimaat om aldus bij te dragen tot een gestroomlijnde interne werking.

Het directiecomité stuurt eveneens de externe communicatie aan. Het heeft hierbij oog voor nieuwe mogelijkheden en de belangen van het ziekenhuis. De website van het ziekenhuis informeert over het medisch aanbod en over de toegang tot de beschikbare zorg. Inspectierapporten en resultaten van indicatoren worden door de overheid gepubliceerd.

In overleg met de raad van bestuur werken de algemeen directeur en het directiecomité strategische samenwerkingsverbanden uit met andere ziekenhuizen en/of zorgverleners.

4.3.1.2 Rol van de algemeen directeur

De algemeen directeur (voorzitter van het directiecomité) is belast met de algemene leiding van het ziekenhuis. Hij is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de raad van bestuur. De directeur werkt nauw samen met de medisch directeur en de andere verantwoordelijken van de verschillende departementen van het ziekenhuis. De algemeen directeur is verantwoordelijk voor het dagelijks functioneren van het ziekenhuis. Hij werkt in overleg met de andere leden van het directiecomité de beleidslijnen, strategische plannen en begrotingen uit, beveelt deze aan bij de raad van bestuur, en zorgt voor de naleving van goedgekeurde beleidslijnen.

De algemeen directeur zorgt ervoor dat het ziekenhuis aan de wettelijke verplichtingen en voorschriften voldoet. De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de relaties met inspecterende en regelgevende instanties, ontvangt inspectierapporten en zorgt ervoor dat de nodige acties worden ondernomen en opgevolgd.

4.3.1.3 Ethisch comité

In uitvoering van art. 70 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008 heeft het ziekenhuis een ethisch comité opgericht. 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.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het ethisch comité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.4 Medische raad

In uitvoering van de wet op de ziekenhuizen werd er een medische raad opgericht. De medische raad is een adviesorgaan dat de ziekenhuisartsen inspraak verleent 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. Wetenschappelijk onderzoek wordt gestimuleerd.

De leden worden verkozen uit en door de zieken-



huisartsen en vertegenwoordigen de medische staf van het ziekenhuis.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van de medische raad staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.5 Permanent overlegcomité – overlegcomité medische beleidszaken

In uitvoering van de wet op de ziekenhuizen werd er een permanent overlegcomité opgericht. Het comité is samengesteld uit een gemandateerde delegatie vanuit de raad van bestuur en uit een

gemandateerde delegatie van de medische raad. Ook de directie is vertegenwoordigd in dit overleg. Het comité poogt een consensus te bereiken over de aangelegenheden waarvoor overeenkomstig artikel 138 van diezelfde ziekenhuiswet, het advies van de medische raad vereist is. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het permanent overlegcomité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.6 Financiële commissie

In uitvoering van de wet op de ziekenhuizen werd er een financiële commissie opgericht. 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 de wet op de ziekenhuizen en het koninklijk besluit van 18 december 2001.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van de financiële commissie staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.7 Medisch farmaceutisch comité

In uitvoering van het koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, werd een medisch farmaceutisch comité opgericht. 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 in het ziekenhuis, het voorstellen van maatregelen met

het oog op een beter geneesmiddelenverbruik, het vermijden van voorschrijffouten en het opstellen van een jaarrapport.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het medisch farmaceutisch comité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.8 Comité voor medisch materiaal

In uitvoering van het koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, werd een comité voor medisch materiaal opgericht. 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 in het ziekenhuis 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;
- het gestandaardiseerd gebruik van de medische hulpmiddelen bevorderen.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het comité medisch materiaal staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.



4.3.1.9 Comité voor ziekenhuishygiëne

In uitvoering van het koninklijk besluit tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd heeft het ziekenhuis een comité voor ziekenhuishygiëne opgericht. 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;
- het opstellen van een reglement inwendige orde operatiekwartier, verloskwartier en desgevallend andere risicodiensten;
- 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.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het comité voor ziekenhuishygiëne staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.10 Transfusiecomité

In uitvoering van het koninklijk besluit tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, werd een transfusiecomité opgericht.

Het comité staat in voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het transfusiecomité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.11 Ondernemingsraad

De wet houdende organisatie van het bedrijfsleven regelt de oprichting van de ondernemingsraden in alle ondernemingen die minstens 100 werknemers tewerkstellen. De ondernemingsraad is in de eerste plaats een overlegorgaan tussen de werkgever en de werknemersvertegenwoordigers. Als tweepartijenorgaan wordt de raad enerzijds samengesteld uit de algemeen directeur en de door hem aangewezen afgevaardigden en anderzijds uit de werknemersvertegenwoordigers, om de vier jaren verkozen door de werknemers.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van de ondernemingsraad staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.1.12 Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW)

Het CPBW is een adviserend overlegorgaan binnen de onderneming.

Het koninklijk besluit betreffende de opdrachten en de werking van de comités voor preventie en bescherming op het werk voorziet dat het comité 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.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het comité voor preventie en bescherming staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

De samenstelling van dit comité staat beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2 AANVULLENDE COMMISSIES, COMITÉS EN RADEN

4.3.2.1 Financieel- en auditcomité

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

Het financieel- en auditcomité adviseert en rapporteert aan de raad van bestuur en bereidt de agendapunten van de raad van bestuur voor inzake het opvolgen van het financieel beleid en de algemene financiële evolutie van het ziekenhuis.

Deze commissie volgt de diverse begrotingen (investerings-, exploitatie- en personeelsbegroting) en andere financiële beleidsdocumenten op. Momenteel focust het comité vooral op de financiële beleidsaangelegenheden. In een volgende fase zal er ook meer aandacht gaan naar interne en externe audit.

Het financieel- en auditcomité bestaat uit leden van de raad van bestuur of de algemene vergadering aangevuld met de algemeen- en financieel- en administratief directeur. De voorzitter van het comité is een bestuurder die niet de voorzitter van de raad van bestuur is.

De samenstelling van dit comité staat beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2.2 Hr-comité


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 algemeen directeur en is zij op grond van de algemene regeling verantwoordelijk voor de evaluatie van de medisch directeur.

Het hr-comité bestaat uit leden van de raad van bestuur of de algemene vergadering en de algemeen directeur en wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het hr-comité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2.3 Comité ethiek en pastoraal

Het comité ethiek en pastoraal is te onderscheiden van het ethisch comité zoals bedoeld in de wet op de ziekenhuizen. Het comité ethiek en pastoraal heeft als taak de opdrachtverklaring uit te werken aangaande de pastorale werking in het ziekenhuis, alsmede toe te zien op het respecteren van de christelijke identiteit en waarden van het ziekenhuis. Het comité ethiek bestaat uit leden van de raad van



bestuur en de algemeen directeur en wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het comité ethiek en pastoraal staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2.4 Strategisch comité

Het strategisch comité staat de raad van bestuur 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 het ziekenhuis. 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 de raad van bestuur of de algemene vergadering en de algemeen directeur en wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur.

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het strategisch comité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2.5 Toezichtcomité

De raad van bestuur van de vzw AZ Maria Middelaes heeft samen met de medische raad het toezichtcomité opgericht. Het comité buigt zich over alle informatica en de bediening ervan in het ziekenhuis, behoudens deze nodig is voor het eigen financieel beheer van het ziekenhuis en de vzw vereniging der artsen. Deze informatica betreft in hoofdzaak het eigen ontwikkeld elektronisch patiëntendossier maar ook alle andere soft- en hardwaretoepassingen die noodzakelijk zijn voor de goede werking van het ziekenhuis.

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

De samenstelling, bevoegdheden en werking van het toezichtcomité staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis.

4.3.2.6 Comité masterplan

De opdracht van het comité masterplan is om de nieuwe (bouw)projecten van AZ Maria Middelaes voor te bereiden en op te volgen. Vertegenwoordigers van de raad van bestuur, directie en medische raad nemen deel aan dit overleg.

Het comité masterplan wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur.

De samenstelling staat beschreven op intranet.

4.3.2.7 Stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid

De stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid bepaalt de strategie voor het kwaliteitsbeleid, gekop-

peld aan de opdrachtverklaring van AZ Maria Middelaes.

De stuurgroep vertaalt die in doelstellingen en is verantwoordelijk voor de systematische opvolging en bijsturing van deze doelstellingen. De samenstelling, bevoegdheden en werking van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis. De stuurgroep wordt voorgezeten door de medisch directeur.

4.3.2.8 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. De samenstelling, bevoegdheden en werking van het comité voor innovatie en onderzoek staan beschreven op het intranet van het ziekenhuis. Het comité wordt voorgezeten door de algemeen directeur.

4.3.2.9 Overige commissies, comités en raden

De overige commissies, comités en raden worden weergegeven op het intranet van het ziekenhuis.

4.4 SAMENVATTEND SCHEMA



Figuur 2: De algemene vergadering en raad van bestuur vormen het bestuurlijk niveau van AZ Maria Middelares. Het directiecomité beslist over het operationeel niveau en overlegt waar nodig met de medische raad. De vier delen van de cirkel bevatten adviesorganen die al dan niet wettelijk verplicht zijn (niet verplichte zijn in grijs weergegeven). Vanuit de raad van bestuur, medische raad, directiecomité, en werknemersafvaardiging is er afvaardiging in de overlappende delen van de cirkel.

Statuten

VZW

AZ Maria Middelares

2

□ PREAMBULE

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

□ AFDELING I - NAAM, ZETEL, DOEL, DUUR

Artikel 1.

De vereniging zonder winstoogmerk draagt de naam: "zw AZ MARIA MIDDELARES".

Artikel 2.

De vereniging is gevestigd in Gent, Buitenring-Sint-Denijs 30, in het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen.

Artikel 3.

Het doel van de vereniging is vanuit een christelijke mens- en maatschappijvisie, zoals deze leeft in de katholieke kerk, de liefdadigheid en de menslievendheid te bevorderen door meer bepaald de gezondheidszorg, de ouderenzorg en de kind- en jeugdzorg onder alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen.

De vereniging drijft geen nijverheids- of handelszaken en tracht niet een stoffelijk voordeel aan haar leden te verschaffen.

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.

Artikel 4.

De vereniging is opgericht voor onbepaalde tijd. Zij kan op elk moment worden ontbonden.

Artikel 5.

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

□ AFDELING II - LEDEN

Artikel 6.

Het aantal leden is onbeperkt. Het minimumaantal is vier.

Artikel 7.

Elke natuurlijke persoon of rechtspersoon kan lid zijn van de vereniging. De raad van bestuur beslist over de toetreding van leden.



Artikel 8.

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.

Artikel 9.

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

Artikel 10.

Elk lid van de vereniging kan vrij uit de vereniging treden. Het volstaat dat hij de raad van bestuur hiervan schriftelijk kennis geeft. Er zijn geen andere voorwaarden en formaliteiten vereist.

Artikel 11.

Alleen de algemene vergadering kan een lid uitsluiten. Dit kan enkel nadat het lid is gehoord, minstens behoorlijk is opgeroepen. De beslissing kan enkel worden genomen met een meerderheid van ten minste twee derde van de aanwezige en vertegenwoordigde stemmen. Opgave van redenen is niet vereist.

Artikel 12.

Uittredende of uitgesloten leden en de rechtverkrijgenden van overleden leden kunnen geen aanspraak maken op het vermogen van de vereniging en kunnen nooit teruggave of vergoeding van bijdragen, aanbrengsten of andere prestaties 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.

Artikel 13.

De vereniging kan ook ereleden opnemen. Zij kunnen op de algemene vergadering uitgenodigd worden om aanwezig te zijn als waarnemers of raadgevers.

De raad van bestuur beslist over de toetreding van ereleden.

□ AFDELING III - ORGANISATIE EN WERKING

§ 1. Algemene vergadering

Artikel 14.

Alleen de algemene vergadering is bevoegd voor:

1. de wijziging van de statuten;
2. de benoeming en de afzetting van de bestuurders;
3. de benoeming en de afzetting van de commissarissen en het bepalen van hun eventuele bezoldiging;
4. de kwijting aan de bestuurders en de commissarissen;
5. de goedkeuring van de begroting en van de rekening;
6. de ontbinding van de vereniging;
7. de uitsluiting van een lid;
8. de omzetting van de vereniging in een vennootschap met een sociaal oogmerk;
9. de bepaling van een leeftijdsgrens voor de leden;
10. de bepaling van de eventuele vergoeding voor de uitoefening van de bestuursopdracht.

Artikel 15.

De raad van bestuur 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. Die brief vermeldt het agendapunt waarover de beraadslaging wordt gevraagd.

De algemene vergadering moet ten minste eenmaal per jaar en dit in het eerste semester, worden bijeengeroepen voor de goedkeuring van de begroting en van de rekening.

Artikel 16.

De leden worden ten minste acht dagen vóór de algemene vergadering opgeroepen. De oproeping, onder welke vorm ook, gaat uit van de voorzitter van de raad van bestuur of een bestuurder en bevat de agenda.

Elk voorstel, ondertekend door ten minste één twintigste van de leden, wordt op de agenda gebracht. De vergadering kan met de meerderheid van stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden beraadslagen over punten die niet op de agenda zijn vermeld.

De vergaderingen hebben plaats op dag, uur en plaats die in de oproeping zijn vermeld.

Artikel 17.

De voorzitter van de raad van bestuur of, bij ont-

stentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, zit de algemene vergadering voor. De voorzitter wijst de secretaris aan.

Artikel 18.

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.

Alle leden hebben één stem.


Indien de oproeping daarin voorziet, kunnen ook ereleden de vergadering bijwonen. Zij hebben evenwel geen stemrecht.

Artikel 19.

Enkel leden, ereleden en personen die zijn toegelaten, kunnen deelnemen aan de algemene vergadering. De algemene vergadering kan met gewone meerderheid van stemmen beslissen niet-leden aan de vergadering te laten deelnemen.

Artikel 20.

De algemene vergadering is geldig samengesteld, welk ook het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden is, 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.

Voor de benoeming en de afzetting van bestuurders is ten minste twee derde van de aanwezige of vertegenwoordigde leden vereist.

Voor wijziging van het doel van de vereniging moet ten minste vier vijfde van de leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn en moet de voorgestelde wijziging met éénparige stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden worden aangenomen.

Artikel 21.

De beslissingen van de algemene vergadering worden opgenomen in een proces-verbaal dat de voorzitter van de algemene vergadering en de secretaris 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.



Artikel 22.

Behoudens voor beslissingen waarvan de wet de openbaarmaking vereist, hebben derden geen inzagerecht in de beslissingen van de algemene vergadering.

De verplichte openbaarstellingen geschieden volgens de wettelijke bepalingen.

Artikel 23.

Afschriften en uittreksels van de notulen en beslissingen worden getekend door de voorzitter van de raad van bestuur of door twee bestuurders.

§ 2. Raad van bestuur

Artikel 24.

De raad van bestuur heeft de algemene bevoegdheid, met uitzondering van deze bevoegdheden die de wet of de statuten uitdrukkelijk toekennen aan de algemene vergadering.

Artikel 25.

De raad van bestuur 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 altijd lager zijn dan het aantal leden van de vereniging.

Artikel 26.

De bestuurders worden benoemd voor vier jaar. Het bestuursmandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de ambtsduur of het bereiken van de leeftijdsgrens voor bestuurders. Indien echter door het verstrijken van de ambtsduur van een bestuurder of het bereiken van de leeftijdsgrens voor bestuurders, het aantal bestuurders onder het wettelijke of statutaire minimum valt, blijft de bestuurder aan totdat hij wordt vervangen. Het bestuursmandaat eindigt ook door overlijden, onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting. Het bestuursmandaat is onmiddellijk hernieuwbaar. De bestuurder die benoemd is om een tussentijds opengevallen mandaat waar te nemen, blijft slechts

tot het einde van dat mandaat, tenzij de algemene vergadering anders beslist.

Artikel 27.

De raad van bestuur kiest uit zijn leden een voorzitter en daarnaast eventueel ook nog een afgevaardigde bestuurder, een ondervoorzitter, een secretaris, een penningmeester.

Artikel 28.

De voorzitter van de raad van bestuur of twee bestuurders roepen de raad van bestuur bijeen telkens wanneer het belang van de vereniging dit vereist.

Artikel 29.

De bestuurders worden tijdig opgeroepen. De oproeping, onder welke vorm ook, gaat uit van de voorzitter van de raad van bestuur of een bestuurder en bevat de agenda. Elk voorstel, gedaan door ten minste één derde van de bestuurders, 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 vergaderingen hebben plaats op dag, uur en plaats die in de oproeping zijn vermeld.







Artikel 30.

De voorzitter of, bij ontstentenis van deze, de ondervoorzitter of, bij ontstentenis van deze, de oudste van de aanwezige bestuurders, zit de raad van bestuur voor. De voorzitter wijst de secretaris aan.

Artikel 31.

Elke bestuurder kan zich laten vertegenwoordigen door een volmachtdrager die zelf bestuurder is. Een bestuurder mag echter slechts één ander bestuurder vertegenwoordigen. Alleen bestuurders hebben stemrecht. Alle bestuurders hebben één stem.

Artikel 32.

Enkel bestuurders kunnen deelnemen aan de vergadering van de raad van bestuur. De raad van bestuur kan met gewone meerderheid van stemmen beslissen niet-leden aan de bestuursvergadering te laten deelnemen.

Artikel 33.

De raad van bestuur kan slechts beslissen indien de meerderheid van de bestuurders aanwezig of vertegenwoordigd is. Wanneer na een tweede regelmatige oproeping die meerderheid niet aanwezig of vertegenwoordigd is, beslist de raad van bestuur ongeacht het aantal aanwezigen.

Artikel 34.

De raad van bestuur beslist met meerderheid van stemmen. Bij staking van stemmen beslist de voorzitter.

Artikel 35.

De beslissingen worden genotuleerd in processen-verbaal, ondertekend door de voorzitter van de raad van bestuur en de secretaris en door de leden van de raad van bestuur, die dat wensen.

Artikel 36.

De raad van bestuur leidt de zaken van de vereniging en vertegenwoordigt deze in en buiten rechte. De raad van bestuur kan alle handelingen van bestuur verrichten, daaronder begrepen het organiseren, benoemen, ontslaan en bezoldigen van het personeel, alsmede het aannemen van een huishoudelijk reglement.

De raad van bestuur kan bovendien alle daden van beschikking verrichten, zoals koop, verkoop en ruil van roerende en onroerende goederen, huur- en verhuurovereenkomsten zonder beperking van duur, alsmede alle andere overeenkomsten, zelfs minnelijke schikkingen, dadingen, compromissen en arbitragebedingen; het aanvaarden van schenkingen, legaten, subsidies en overdrachten onder welke vorm ook, aangaan van leningen, verlenen van hypotheken en van alle zakelijke waarborgen; voorts afstand van alle rechten en rechtsvorderingen, opheffing en machtiging en doorhaling, met of zonder kwijting van alle inschrijvingen, beslag en verzet.

Artikel 37.

De raad van bestuur vertegenwoordigt en verbindt geldig de vereniging:

1. door de gezamenlijke handtekening van ten minste drie bestuurders wanneer het gaat over:
 - a. vervreemding onder kosteloze titel, schenkingen, giften en toelagen;
 - b. vervreemding onder bezwarende titel zonder contante betaling; uitlening en ieder andere vorm van kredietverlening;
 - c. afstand van eender welk recht, transactie, handlichting;
2. door de gezamenlijke handtekening van ten minste twee bestuurders voor alle andere daden.

Artikel 38.

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

§ 3. Orgaan van vertegenwoordiging

Artikel 39.

De raad van bestuur kan vertegenwoordigingsbevoegdheid geven aan één of meer personen die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn.

Artikel 40.

De raad van bestuur bepaalt de vertegenwoordigingsbevoegdheden. Die kunnen betrekking hebben op alle bevoegdheden van de raad van bestuur.

Artikel 41.

Indien meer personen eenzelfde vertegenwoordigingsbevoegdheid hebben, treden die personen op als college.

Artikel 42.

De raad van bestuur benoemt de personen met vertegenwoordigingsbevoegdheid voor een beperkte ambtsduur. Het bestuursmandaat eindigt van rechtswege door

het verstrijken van de ambtsduur, door overlijden, onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting. Het vertegenwoordigingsmandaat is hernieuwbaar.

§ 4. Orgaan van dagelijks bestuur

Artikel 43.

De raad van bestuur kan het dagelijks bestuur van de vereniging toevertrouwen aan één of meer personen die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn.

Artikel 44.

Het dagelijks bestuur omvat de handelingen of verrichtingen die voor het dagelijks leven van de vereniging worden vereist.

Artikel 45.

Indien het dagelijks bestuur meer personen telt, treedt het op als college.

Artikel 46.

De raad van bestuur benoemt de leden van het dagelijks bestuur voor een beperkte ambtsduur. Het mandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de ambtsduur, door overlijden, onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting. Het mandaat is hernieuwbaar.

§ 5. Delegatie van bijzondere bevoegdheden

Artikel 47.

De organen van de vereniging kunnen delen van hun bevoegdheden opdragen aan bijzondere volmacht dragers, zonder evenwel hun gehele bevoegdheid te delegeren. Die volmacht dragers moeten geen lid zijn van de vereniging.

□ AFDELING IV - ONTBINDING, VEREFFENING

Artikel 48.

In geval van ontbinding wijst de algemene vergadering twee of meer vereffenaars aan en bepaalt hun bevoegdheid.

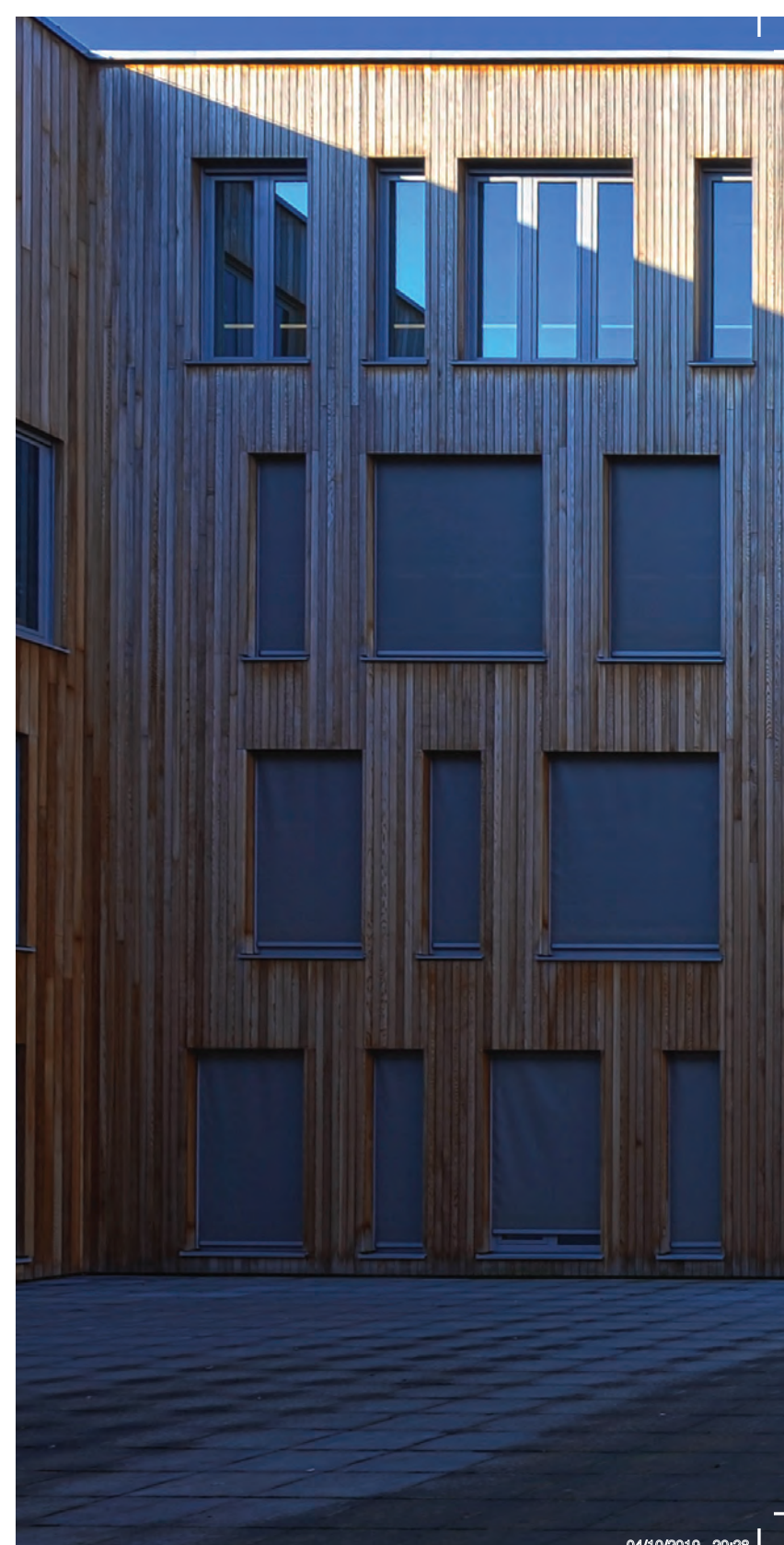
Artikel 49.

In geval van ontbinding, hetzij vrijwillig, hetzij gerechtelijk, hetzij van rechtswege, op welk ogenblik en voor welke oorzaak ook, wordt het netto overblijvende maatschappelijk actief, na het vereffenen van de schulden en het aanzuiveren van de lasten, overgedragen aan een door de algemene vergadering aangewezen vereniging zonder winstoogmerk met een gelijkaardig maatschappelijk doel als dat van de vereniging. Indien deze vereniging verkiest dit actief niet te aanvaarden, beslist de algemene vergadering op eensluidend advies van de bisschop van Gent of van degene die, volgens de regels van de katholieke hiërarchie, op dat ogenblik het wettig hoofd van het bisdom is, aan welke vereniging, stichting of instelling het netto-actief zal worden overgedragen.

□ AFDELING V - SLOTBEPALING

Artikel 50.

Voor alles wat niet uitdrukkelijk in deze statuten is geregeld, geldt de wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de internationale verenigingen zonder winstoogmerk en de stichtingen.





Reglement inwendige orde algemene vergadering

3

1. ALGEMEEN

De vereniging zonder winstoogmerk draagt de naam "vzw AZ MARIA MIDDELARES". De maatschappelijke zetel is gevestigd in Gent, Buitenring-Sint-Denijs nr. 30. Er zijn twee vestigingen, met name de ziekenhuissite aan de Buitenring-Sint-Denijs nr. 30 in Gent en het Medisch Centrum Maria Middelaes dat zich bevindt in de Kliniekstraat 27 in Gentbrugge. Het doel van de vereniging is vanuit een christelijke mens- en maatschappijvisie, zoals deze leeft in de katholieke kerk, de liefdadigheid en de menslievendheid te bevorderen door meer bepaald de gezondheidszorg, de ouderenzorg en de kind- en jeugdzorg in alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen.

De vereniging drijft geen nijverheids- of handelszaken en streeft er niet naar om materieel voordeel aan haar leden te verschaffen.

2. OPDRACHT EN BEVOEGDHEDEN ALGEMENE VERGADERING

2.1 OPDRACHT

De algemene vergadering waakt samen met de raad van bestuur over het maatschappelijk doel, de opdrachtverklaring en de christelijke identiteit van de vereniging.

2.2 BEVOEGDHEDEN

De algemene vergadering heeft de volgende statutaire bevoegdheden:

1. de wijziging van de statuten;
2. de benoeming en de afzetting van de bestuurders;
3. de benoeming en de afzetting van de commissarissen en het bepalen van hun eventuele bezoldiging;
4. de kwijting aan de bestuurders en de commissarissen;
5. de goedkeuring van de begroting en van de rekening;
6. de ontbinding van de vereniging;
7. de uitsluiting van een lid;
8. de omzetting van de vereniging in een vennootschap met een sociaal oogmerk;
9. de bepaling van een leeftijdsgrens voor de leden;
10. de bepaling van de eventuele vergoeding voor de uitoefening van de bestuursopdracht.

De raad van bestuur heeft de algemene bevoegdheid, met uitzondering van die bevoegdheden die de wet of de statuten uitdrukkelijk toekennen aan de algemene vergadering.



3. STEMGERECHTIGDE LEDEN ALGEMENE VERGADERING

Het aantal leden is onbeperkt. Het minimumaantal is vier.

Elke natuurlijke persoon of rechtspersoon kan lid zijn van de vereniging. De raad van bestuur beslist over de toetreding van leden en waakt er hierbij over dat het aantal leden van de algemene vergadering minstens één derde hoger is dan het aantal leden van de raad van bestuur.

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 raad van bestuur hiervan schriftelijk kennis geeft. Er zijn geen andere voorwaarden en formaliteiten vereist.

4. ERELEDEN ALGEMENE VERGADERING

De vereniging kan ook ereleden opnemen. Zij kunnen op de algemene vergadering uitgenodigd worden om aanwezig te zijn als waarnemers of raadgevers, maar hebben geen stemrecht. De raad van bestuur beslist over de toetreding van ereleden.

Elk stemgerechtigd lid van de algemene vergadering kan op eigen verzoek steeds het statuut van erelid

aanvragen. Het volstaat dat hij de voorzitter van de raad van bestuur hiervan schriftelijk kennis geeft. Er zijn geen andere voorwaarden en formaliteiten vereist.

5. VERGADERING EN BESLUITVORMING

De raad van bestuur 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. Die brief vermeldt het agendapunt waarover de beraadslaging wordt gevraagd.

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

De leden worden ten minste acht dagen vóór de algemene vergadering opgeroepen. De oproeping, onder welke vorm ook, gaat uit van de voorzitter van de raad van bestuur of een bestuurder en bevat de agenda. Elk voorstel, ondertekend door ten minste één twintigste van de leden, wordt op de agenda gebracht. De vergadering kan met de meerderheid van stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden beraadslagen over punten die niet op de agenda zijn vermeld. De vergaderingen hebben plaats op de dag, het uur en de plaats die in de oproeping zijn vermeld.




De voorzitter van de raad van bestuur 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 de secretaris aan.

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. Alle leden hebben één stem. Indien de oproeping daarin voorziet, kunnen ook ereleden de vergadering bijwonen. Zij hebben evenwel geen stemrecht.

Enkel leden, ereleden en personen die zijn toegelaten, kunnen deelnemen aan de algemene vergadering. De algemene vergadering kan met gewone meerderheid van stemmen beslissen niet-leden aan de vergadering te laten deelnemen.

De algemene vergadering is geldig samengesteld, welk ook het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden is, 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. Voor de benoeming en de afzetting van bestuurders is ten minste twee derde van de aanwezige of vertegenwoordigde leden vereist. Voor de wijziging van het doel van de vereniging



moet ten minste vier vijfde van de leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn en moet de voorgestelde wijziging met éénparige stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden worden aangenomen.

De beslissingen van de algemene vergadering worden opgenomen in een proces-verbaal dat de voorzitter van de algemene vergadering en de secretaris 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 de raad van bestuur of door twee bestuurders.

6. COMITÉS OPGERICHT BINNEN DE RAAD VAN BESTUUR

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

Ongeacht of zij zetelen in de raad van bestuur, kunnen leden van de algemene vergadering op grond van hun bijzondere expertise uitgenodigd worden om deel te nemen aan de vergaderingen van dergelijke comités.

7. INFORMATIE EN COMMUNICATIE VANUIT DE RAAD VAN BESTUUR

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

8. DEONTOLOGISCHE PRINCIPES EN GEDRAGSREGELS

Van ieder (ere)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 (ere)lid van de algemene vergadering die een direct of indirect belang heeft 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 (ere)lid dient de voorzitter van de raad van bestuur hiervan vooraf op de hoogte te brengen.

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

Reglement inwendige orde raad van bestuur

4

1. ALGEMEEN

Onze vereniging zonder winstoogmerk heet "AZ MARIA MIDDELARES" en is gevestigd in Gent, Buitenring Sint-Denijs nr. 30. Het doel van de vereniging is de liefdadigheid en de menslievendheid te bevorderen vanuit een christelijke mens- en maatschappijvisie door meer bepaald de gezondheidszorg, de ouderenzorg en de kind- en jeugdzorg in alle vormen te stimuleren, te coördineren en te steunen.

2. BENOEMING LEDEN RAAD VAN BESTUUR

De raad van bestuur draagt de kandidaat-bestuurders voor aan de algemene vergadering. De raad 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. De raad van bestuur streeft ernaar dat elk geslacht voor minstens één vierde van zijn leden vertegenwoordigd is. Na advies van de raad van bestuur beslist de algemene vergadering (bij gewone meerderheid van de

uitgebrachte stemmen) over de benoeming. De raad van bestuur kan voormalige leden benoemen tot erelid.





3. SAMENSTELLING RAAD VAN BESTUUR

De raad van bestuur bestaat uit ten minste drie bestuurders die lid moeten zijn van de vereniging en kiest uit zijn leden een voorzitter en eventueel ook een ondervoorzitter of afgevaardigd bestuurder. Een bestuurder mag geen personeelslid van de vereniging zijn. Het aantal bestuurders moet lager zijn dan het aantal leden van de vereniging. De bestuurders worden benoemd voor vier jaar. Het

bestuursmandaat is onmiddellijk hernieuwbaar. Het bestuursmandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de duur van de benoeming of het bereiken van de leeftijdsgrens voor bestuurders. Het bestuursmandaat eindigt ook door overlijden, rechterlijke onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting. Met uitzondering van de Eerwaarde Zusters van de Cisterciënzerzusters van Gent en van de congregatie Sint-Vincentius a Paulo te Waarschoot bedraagt de leeftijdsgrens 70 jaar. Indien door het verstrijken van de benoemingsduur van een bestuurder of het bereiken van de leeftijdsgrens het aantal bestuurders onder het wettelijke of statutaire minimum valt, blijft de bestuurder aan totdat hij wordt vervangen. De bestuurder die benoemd is om een tussentijds opengevallen mandaat in te vullen, blijft slechts tot het einde van dat mandaat, tenzij de algemene vergadering anders beslist.

4. VERGADERING EN BESLUITVORMING

De raad van bestuur 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 de raad van bestuur of van een bestuurder en bevat de agenda. Behalve in dringende gevallen wordt de agenda ten minste vijf kalenderdagen voor de vergadering toegezonden aan de leden van de raad van bestuur.

Elk voorstel, gedaan door ten minste één derde van de bestuurders, 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 voorzitter 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 verschaft. De vergaderingen hebben plaats op dag, uur en plaats die in de oproeping zijn vermeld.

De vergaderingen van de raad van bestuur worden geleid door de voorzitter. Bij afwezigheid van de voorzitter wordt de vergadering geleid door de ondervoorzitter. Wanneer de voorzitter en ondervoorzitter beiden afwezig zijn, wordt de vergadering geleid door het oudste aanwezige stemgerechtigde lid van de raad van bestuur. De voorzitter duidt een verslaggever aan. Deze staat in voor de notulen.

De vergaderingen starten op het afgesproken uur. Het aantal agendapunten dat ter zitting wordt toegevoegd, wordt zo beperkt mogelijk gehouden. De tijd die aan elk onderwerp wordt besteed, is in verhouding tot de prioriteiten van de organisatie. Enkel bestuurders kunnen deelnemen aan de vergaderingen van de raad van bestuur. De raad van bestuur kan met gewone meerderheid van stemmen beslissen niet-leden aan de vergadering te laten deelnemen.



Een lid van de raad van bestuur 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 op de vergadering aanwezige leden van de raad van bestuur. Elke bestuurder kan slechts over één volmacht beschikken.

Alleen bestuurders hebben stemrecht.

Alle bestuurders hebben één stem.

De raad van bestuur kan slechts beslissen indien de meerderheid van de bestuurders aanwezig of vertegenwoordigd is. Wanneer na een tweede regelmatige oproeping die meerderheid niet aanwezig of vertegenwoordigd is, beslist de raad van bestuur ongeacht het aantal aanwezigen.

De raad van bestuur beslist met meerderheid van stemmen. Bij staking van stemmen beslist de voorzitter. De beslissingen worden opgenomen in de notulen. De notulen worden goedgekeurd op de eerstvolgende vergadering of bij hoogdringendheid

op de vergadering zelf. Daarna worden zij ondertekend door de voorzitter van de raad van bestuur, de verslaggever en door de leden van de raad van bestuur die dat wensen.

In uitzonderlijke gevallen waar een dringende beslissing wordt vereist, kan de raad van bestuur 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 hernomen op de agenda en in de notulen van de volgende vergadering van de raad van bestuur.

De raad van bestuur is een collegiaal orgaan waardoor elke beslissing die rechtsgeldig genomen is de individuele bestuurders bindt, ook al waren zij het niet eens met die beslissing.

5. TAKEN EN BEVOEGDHEDEN RAAD VAN BESTUUR

5.1 LANGETERMIJNVISIE

De raad van bestuur is belast met het besturen van de vereniging met het oog op de verwezenlijking van het doel van de vereniging. De raad van bestuur inspireert directie, artsen en medewerkers en geeft leiding vanuit een langetermijnvisie.

5.2 TAKEN

De hoofdtaken van de raad van bestuur zijn:

- de raad van bestuur beslist over de strategie van de vereniging, de vertaling van de waarden van de vereniging in haar strategie en de voornaamste beleidslijnen;
- de raad van bestuur ziet erop toe dat de nodige financiële en menselijke middelen voorhanden zijn opdat de vereniging haar doelstellingen kan verwezenlijken;
- de raad van bestuur 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);
- de raad van bestuur bepaalt de structuur van het directiecomité, diens bevoegdheden en plichten en houdt toezicht op de performantie van het uitvoerend management;
- de raad van bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit en volledigheid van de openbaar gemaakte financiële berichten en staat in het bijzonder in voor een waarheidsgetrouwe jaarrekening;
- de raad van bestuur selecteert de commissaris, superviseert zijn prestaties en is verantwoordelijk voor het toezicht op de interne auditfunctie;
- de raad van bestuur is verantwoordelijk voor de governance structuur van de vereniging en de naleving ervan;

- de raad van bestuur is verantwoordelijk voor het programma kwaliteit en patiëntveiligheid en keurt het jaaractieplan van het ziekenhuis goed.
Bij de uitvoering van zijn taken dient de raad van bestuur te handelen in overeenstemming met de belangen van de vereniging.

5.3 BEVOEGDHEDEN

De raad van bestuur heeft de algemene bevoegdheid, met uitzondering van deze bevoegdheden die de wet of de statuten uitdrukkelijk toekennen aan de algemene vergadering. De raad van bestuur leidt de zaken van de vereniging en vertegenwoordigt deze in en buiten rechte. De raad van bestuur kan, zoals uiteengezet in de statuten, alle handelingen van bestuur en alle daden van beschikking verrichten. De raad van bestuur legt verantwoording af aan de algemene vergadering. De raad van bestuur vertegenwoordigt en verbindt geldig de vereniging:

1. door de gezamenlijke handtekening van ten minste drie bestuurders wanneer het gaat over:
 - a. vervreemding onder kosteloze titel, schenkingen, giften en toelagen;
 - b. vervreemding onder bezwarende titel zonder contante betaling, uitlening en ieder andere vorm van kredietverlening;
 - c. afstand van eender welk recht, transactie, handlichting;
2. door de gezamenlijke handtekening van ten minste twee bestuurders voor alle andere daden.

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

De raad van bestuur beslist, na advies van de algemene vergadering, over de aanduiding van de leden van de algemene vergadering. Hij waakt er hierbij over dat het aantal leden van de algemene vergadering minstens één derde hoger is dan het aantal leden van de raad van bestuur.

De raad van bestuur legt verantwoording af aan de algemene vergadering. Hiertoe informeert de raad van bestuur de algemene vergadering niet alleen over de begroting en de rekeningen, maar ook over de strategische thema's die op de agenda van de raad van bestuur staan. Dat gebeurt zowel tijdens de bijeenkomsten van de algemene vergadering als daarenboven minstens twee keer per jaar via gerichte verslaggeving.

5.4 DELEGATIE VAN BIJZONDERE BEVOEGDHEDEN

De raad van bestuur kan delen van zijn bevoegdheden opdragen aan bijzondere volmacht dragers, zonder evenwel zijn gehele bevoegdheid te delegeren. Die volmacht dragers moeten geen lid zijn van de vereniging.

De raad van bestuur heeft op 5 juni 2013 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.

5.5 VERTEGENWOORDIGING

De raad van bestuur kan vertegenwoordigingsbevoegdheid geven aan één of meer personen die al dan niet bestuurder of lid van de vereniging zijn. De raad van bestuur bepaalt de vertegenwoordigingsbevoegdheden. Die kunnen betrekking hebben op alle bevoegdheden van de raad van bestuur. Indien meer personen eenzelfde vertegenwoordigingsbevoegdheid hebben, treden die personen op als college.

De raad van bestuur benoemt de personen met vertegenwoordigingsbevoegdheid voor een beperkte duur.

Het vertegenwoordigingsmandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de benoemingsduur, door overlijden, rechterlijke onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting.

Het vertegenwoordigingsmandaat is hernieuwbaar.

5.6 DAGELIJKS BESTUUR

De raad van bestuur 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 dagelijks bestuur omvat de handelingen of verrichtingen die voor het dagelijks leven van de vereniging worden vereist.

Indien het dagelijks bestuur meer personen telt, treedt het op als college.

De raad van bestuur benoemt de leden van het dagelijks bestuur voor een beperkte duur.



Het mandaat eindigt van rechtswege door het verstrijken van de benoemingsduur, door overlijden, rechterlijke onbekwaamverklaring, ontslag of afzetting. Het mandaat is hernieuwbaar.

6. COMITÉS

Om zijn taken en bevoegdheden efficiënt te kunnen vervullen, kan de raad van bestuur gespecialiseerde comités oprichten om specifieke aangelegenheden te bestuderen en de raad van bestuur te adviseren over gepaste oplossingen.

Het strategisch comité staat de raad van bestuur 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 het ziekenhuis. 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 de raad van bestuur en de algemeen directeur. Artsen kunnen uitgenodigd worden.

Het financieel- en auditcomité adviseert en rapporteert.



teert aan de raad van bestuur en bereidt de agendapunten van de raad van bestuur 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- en auditcomité bestaat uit leden van de raad van bestuur aangevuld met de algemeen en de financieel en administratief directeur. 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. Op grond van een bijzondere volmacht zoals toegekend door de

raad van bestuur op 6 november 2013 beschikt het hr-comité over een eigen autonome werking en gedelegeerde beslissingsbevoegdheid. Het hr-comité bestaat uit leden van de raad van bestuur en de algemeen directeur.

Het comité pastoraal en ethiek heeft als taak de opdrachtverklaring uit te werken over de pastorale werking in het ziekenhuis, alsmede toe te zien op het respecteren van de christelijke identiteit en waarden in het ziekenhuis. Het comité pastoraal en ethiek bestaat uit leden van de raad van bestuur en de algemeen directeur.

Ongeacht of zij zetelen in de raad van bestuur, kunnen leden van de algemene vergadering door hun bijzondere expertise uitgenodigd worden om deel te nemen aan de vergadering van de hierboven vermelde comités.

7. VOorzITTER RAAD VAN BESTUUR

De voorzitter is verantwoordelijk voor de leiding van de raad van bestuur en voor de doeltreffendheid van de raad van bestuur in al zijn aspecten.

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

De voorzitter moet een daadwerkelijke interactie tussen de raad van bestuur en het directiecomité stimuleren. Hij onderhoudt nauwe relaties met de algemeen directeur en geeft hem steun en advies

met respect voor diens uitvoerende verantwoordelijkheid.

8. EVALUATIE

De raad van bestuur staat in voor een tweejarlijkse evaluatie 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 de raad van bestuur. Eventuele actie- of verbeterpunten worden opgenomen in het verslag van de raad van bestuur.

9. 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. BESTUURDERSVERANTWOORDELIJKHEID

Bestuurders nemen geen persoonlijke verplichtingen op zich betreffende de verbintenissen 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 de raad van bestuur wordt een loyaal, integer, ethisch en verantwoord gedrag verwacht, dat bovendien in lijn is met de opdrachtverklaring van het ziekenhuis.

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

In toepassing van het onpartijdigheidsprincipe mag een bestuurder die een direct of indirect belang heeft dat strijdig is met een beslissing of een verrichting die tot de bevoegdheid behoort van de raad van bestuur, niet deelnemen aan de beraadslagingen van de raad van bestuur over deze verrichtingen of beslissingen, noch aan de stemming in dat verband.

De betrokken bestuurder dient de raad van bestuur 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 de raad van bestuur 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 algemeen directeur of de persoon die hem in voorkomend geval vervangt.





Volmacht raad van bestuur aan de directie

5

1. PRINCIPE

De onderhavige regeling is geïnspireerd op het principe dat de laatst gekende en door de raad van bestuur goedgekeurde ziekenhuisbegroting het akkoord vanwege de raad van bestuur inhoudt om gedurende het begrotingsjaar de verbintenissen die door die begroting zijn gedekt ook effectief aan te gaan.

2. BIJZONDERE VOLMACHTEN ZOALS GOEDGEKEURD DOOR DE RAAD VAN BESTUUR VAN 5 JUNI 2013

2.1 VERTEGENWOORDIGINGSBEVOEGDHEID

2.1.1 Bijzondere volmacht inzake handelingen van dagelijks bestuur

Voor alle handelingen (incl. ondertekening van stukken die de vereniging verbinden, briefwisseling, afhalen of in ontvangst nemen van stukken, ...) die betrekking hebben op het dagelijks bestuur, met uitzondering van de uitvoering van betalingen, geldt de volgende regeling:

- indien de waarde van een handeling of een verbintenis niet in geld waardeerbaar is, kan zij worden gesteld of aangegaan door de algemeen directeur of een door hem

- daartoe gemandateerd directielid;
- indien de waarde van een verbintenis lager ligt dan of gelijk is aan 50.000 euro, dan kan zij worden aangegaan mits de handtekening van één directielid;
- indien de waarde van een verbintenis hoger ligt dan 50.000 euro, dan kan zij slechts worden aangegaan mits de handtekening van een directielid en de handtekening van de algemeen directeur of een uitdrukkelijk door hem daartoe gemandateerd ander directielid.

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

2.1.2 Bijzondere volmacht inzake handelingen die geen betrekking hebben op dagelijks bestuur

Voor alle handelingen (incl. ondertekening van stukken die de vereniging verbinden, briefwisseling, afhalen of in ontvangst nemen van stukken, ...) die geen betrekking hebben op het dagelijks bestuur, met uitzondering van de uitvoering van betalingen, geldt de volgende regeling:

- indien de waarde van een handeling of een verbintenis niet in geld waardeerbaar is of lager ligt dan of gelijk



is aan 50.000 euro, dan kan zij worden gesteld of aangegaan mits de handtekening van een directielid en de handtekening van de algemeen directeur of een uitdrukkelijk door hem daartoe gemandateerd ander directielid;

- indien de waarde van een verbintenis hoger ligt dan 50.000 euro maar niet meer bedraagt dan 250.000 euro, dan kan zij slechts worden aangegaan

mits de handtekening van de algemeen directeur en de handtekening van de voorzitter van de raad van bestuur of van twee leden van de raad van bestuur.

De aangegane verbintenissen waarvan de waarde hoger ligt dan 50.000 euro en krachtens deze bijzondere volmacht tot stand zijn gekomen, zullen steeds ter kennis worden gebracht van de raad van bestuur.

2.2 BETALINGSVERRICHTINGEN

2.2.1 Bijzondere volmacht voor betalingsverrichtingen

Betalingen die de 50.000 euro niet te boven gaan, worden uitgevoerd door hetzij de financieel directeur, hetzij de algemeen directeur. Andere betalingen kunnen slechts worden uitgevoerd door de financieel en de algemeen directeur samen.

Een door de raad van bestuur nominatief aangeduid directielid kan in geval van afwezigheid van hetzij de financieel directeur, hetzij de algemeen directeur, als plaatsvervangend gevolmachtigde optreden.

Reglement inwendige orde directie- comité



6

1. 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 de raad van bestuur aan de directie van 5 juni 2013.

2. BENOEMING VAN DE LEDEN EN SAMENSTELLING VAN HET DIRECTIECOMITÉ

De raad van bestuur benoemt de algemeen directeur en de departementale directeurs. Zij vormen samen het directiecomité. De algemeen directeur zit het directiecomité voor.


De raad van bestuur waakt erover 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 intranet van het ziekenhuis.

3. VERGADERING EN BESLUITVORMING

Het directiecomité vergadert in principe wekelijks en ook als de nood zich voordoet.

Het directiecomité kan in uitzonderlijke gevallen



ook beslissingen nemen via elektronische beraadslaging.

De algemeen directeur stelt de agenda op die minstens twee dagen vóór de vergadering aan de leden wordt bezorgd. Hij roept de vergadering bijeen en zit haar voor. Hij duidt een lid als secretaris aan. De secretaris staat in voor de verslaggeving. De algemeen directeur 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.

4. AFWEZIGHEID ALGEMEEN DIRECTEUR

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

5. OPDRACHTEN

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

Het directiecomité kan alle handelingen stellen die de grenzen van de bijzondere volmacht van de raad van bestuur aan de directie van 5 juni 2013 niet te buiten gaan.

De opdrachten van het directiecomité omvatten in het bijzonder:

- kwaliteitsvolle patiëntenzorg en dienstverlening; distributie, logistiek, aankoop, productie en (im)materiële beveiliging;
- gebouwen en logistieke organisatie, zowel roerend als onroerend van aard;
- informatie- en communicatie-technologie;
- 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 risico-beheer;
- 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 de raad van bestuur;
- de uitvoering van de beslissingen genomen in de raad van bestuur, algemene vergadering en andere organen waarin de raad van bestuur vertegenwoordigd is.

Het directiecomité voert zijn opdrachten en taken uit binnen de beperkingen van de bijzondere volmacht van de raad van bestuur aan de directie van 5 juni 2013 en rapporteert er maandelijks over aan de raad van bestuur.

6. GEDRAGSREGELS

Van ieder lid van het directiecomité wordt een loyaal, integer, ethisch en verantwoord ge-

drag 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 algemeen directeur en zo nodig aan de voorzitter van de raad van bestuur.

7. DIVERSEN

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

De raad van bestuur kan dit intern reglement te allen tijde wijzigen en de aan het directiecomité toegekende bevoegdheden herroepen.

Rechts- verhouding ziekenhuis- artsen

7

I. ALGEMENE OVEREENKOMST ZIEKENHUIS - GENEESHEREN dd 2/5/1999

HOOFDSTUK I - ALGEMENE INLEIDING

ARTIKEL 1 Definities

1.1 Beheerder of raad van bestuur

Het orgaan dat volgens het juridische statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis.

1.2 Directeur

De persoon of de personen door de beheerder belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis.

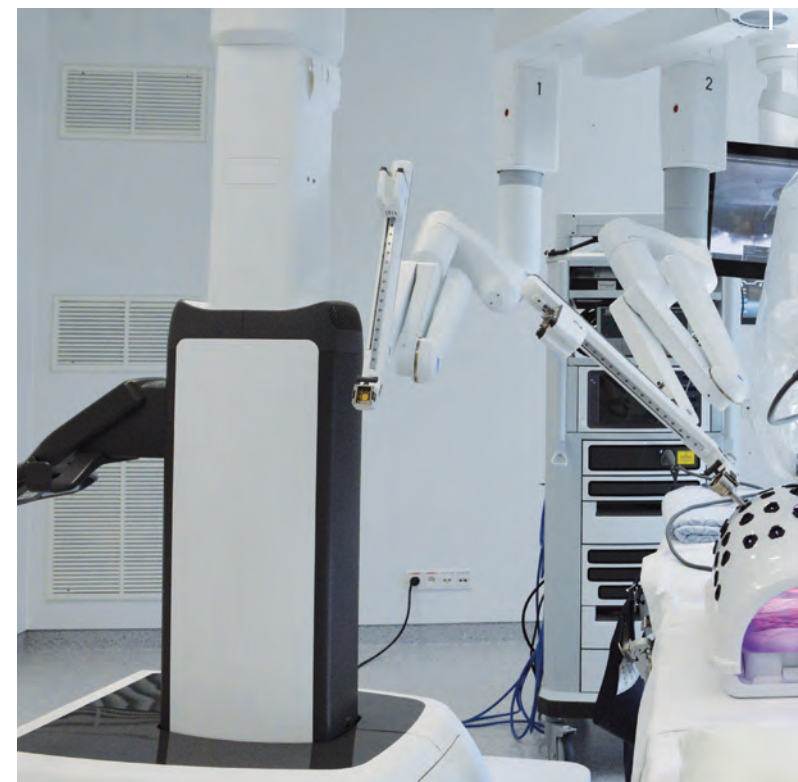
1.3 Geneesheer

De beoefenaar van de geneeskunde bedoeld in artikel 2, § 1, K.B. nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunde, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies.

1.4 Ziekenhuisgeneesheer

1.4.1 Vast staflid

De geneesheer die, krachtens een geschreven contract met de beheerder, in het ziekenhuis de



geneeskunde beoefent en die verplicht lid is van de vzw Vereniging der Artsen van het ziekenhuis vzw AZ Maria Middelaers.

1.4.2 Hoofdgeneesheer

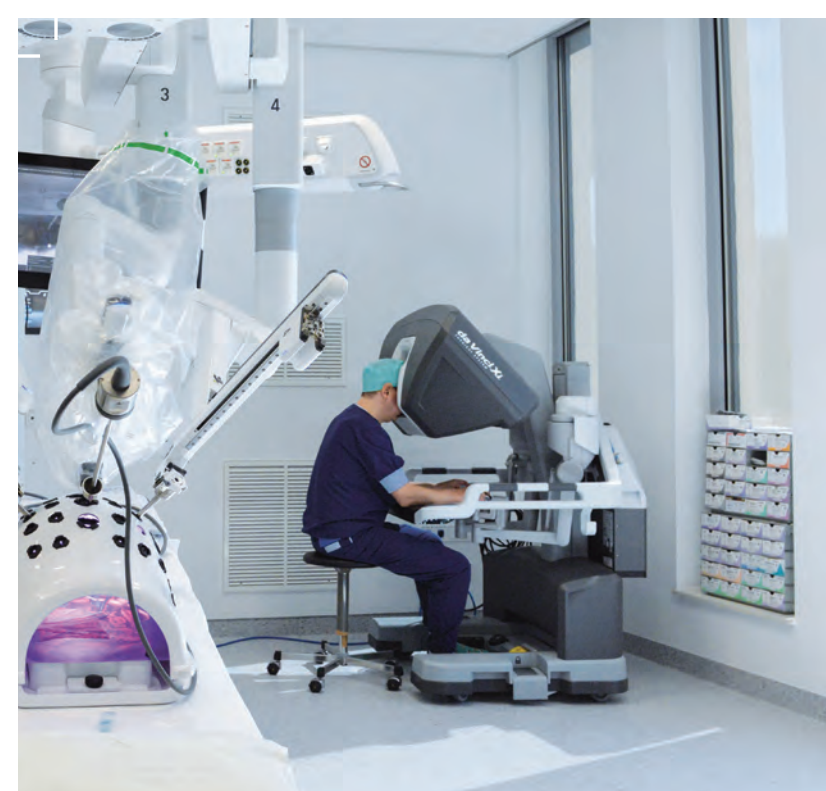
Het vast staflid dat verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medische departement.

1.4.3 Geneesheer-diensthoofd

Het vast staflid dat de medische leiding heeft van een erkende dienst of als dienst aangewezen onderdeel van het medische departement.

1.4.4 Geneesheer-afdelingshoofd

Het vast staflid dat de medische leiding heeft van



een sub- of superspecialisme van een erkende dienst of als dienst aangewezen onderdeel van het medische departement. Hij is op administratief-organisatorisch vlak ondergeschikt aan de geneesheer-diensthoofd.

1.4.5 Geneesheer-assistent

De geneesheer-specialist in opleiding in een erkende stagedienst met erkende stagemeester op basis van een stageplan. Hij is te onderscheiden van de stagiair-geneesheer die een student-geneesheer in opleiding is. Hij is geen vast staflid.

1.4.6 Toegelaten geneesheer

De erkende specialist die van de beheerder toelating heeft om patiënten te hospitaliseren of

medische prestaties in het ziekenhuis te verrichten en die verplicht lid is van de vzw Vereniging der Artsen van het ziekenhuis vzw AZ Maria Middela-res. Hij is geen vast staflid.

1.4.7 Met ziekenhuisgeneesheer gelijkgestelde

De beoefenaar van de tandheelkunde, de apotheker en licentiaat in de scheikundige wetenschappen die analyses van klinische biologie mag verrichten.

1.5 Medische staf

Alle vaste stafleden.

1.6 Vergadering van ziekenhuisgeneesheren

De bijeenkomst van alle ziekenhuisgeneesheren met het oog op de inspraakprocedure van de medische raad.

1.7 Medische raad

Het vertegenwoordigende orgaan waardoor de ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij de besluitvorming in het ziekenhuis.

1.8 Diensten van het medische departement

De ziekenhuisdiensten die onder een bepaalde kenletter worden erkend, de medisch-technische diensten en de raadplegingen.

1.9 Permanent overlegcomité

Het comité van rechtstreeks overleg tussen de beheerder en de medische raad. Het is samengesteld uit een gemandateerde delegatie van de beheerder en een gemandateerde delegatie van de medische raad.

HOOFDSTUK II - ORGANISATIE

ARTIKEL 2 Raad van bestuur

2.1 De raad van bestuur heeft de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken in het ziekenhuis. Hij bepaalt het beleid van de instelling.

Met inachtneming van de bepalingen en procedures bepaald in titel IV ziekenhuiswet, en van de bepalingen van de algemene of bijzondere overeenkomst, neemt hij de beheersbeslissingen over onder meer de organisatie en de werking van het ziekenhuis, het financiële beleid enz.

ARTIKEL 3 Directeur

3.1 De directeur is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder. Hij leidt, binnen de door de raad van bestuur bepaalde grenzen, de dagelijkse werking van het ziekenhuis. Hij is verantwoordelijk voor het beleidsvoorbereidende werk. Hij werkt nauw samen met de verantwoordelijken van alle diensten van het ziekenhuis.

ARTIKEL 4 Hoofdgeneesheer

4.1 De raad van bestuur benoemt de hoofdgeneesheer uit de vaste stafleden die voor hun ziekenhuisactiviteit exclusief verbonden zijn aan het ziekenhuis of aan één of meerdere andere ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde ziekenhuisgroepering, zoals bedoeld in artikel 69, 3de, gecoördineerde ziekenhuiswet. Deze benoeming geldt voor een hernieuwbare termijn van drie jaar. De benoeming neemt automatisch een einde op het einde van de maand waarin de betrokkene de leeftijd van 65 jaar bereikt.

4.2 De hoofdgeneesheer mag geen lid zijn van de medische raad.

4.3 De hoofdgeneesheer neemt, indien nodig in overleg met de directeur, 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 medische reglement;
- 3° de beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten voor te bereiden en uit te voeren;
- 4° een geregeld overleg te organiseren met de geneesheer-diensthouders;



- 5° de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis te verzekeren en de groepsgeest te bevorderen;
- 6° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid met de verpleegkundigen en de paramedici te bevorderen;
- 7° de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of met 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 geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in art. 9 K.B. nr. 78.

4.4 In uitvoering van de voormelde opdracht waakt de hoofdgeneesheer erover dat maatregelen wor-

den genomen om onder meer:

- 1° de procedure uit te werken inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis;
- 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 aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren;
- 5° een medische documentatie en bibliotheek aan te leggen;
- 6° de registratie van de medische activiteiten te organiseren en bij te houden;
- 7° de interne medische 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° de medische stafwerking te verzekeren.

ARTIKEL 5 Geneesheer-diensthoofd

5.1 Elke dienst staat op medisch-organisatorisch vlak onder de leiding van een geneesheer-diensthoofd.

5.2 De raad van bestuur benoemt de geneesheer-diensthoofd voor een hernieuwbare termijn van drie jaar.

De benoeming neemt automatisch een einde op het einde van de maand waarin de betrokkene de leeftijd van 65 jaar bereikt.

5.3 Om als geneesheer-diensthoofd benoemd te kunnen worden moet de betrokkene:

1. minstens drie jaar vast staflid zijn;
2. exclusief verbonden zijn aan het ziekenhuis en bereid zijn zich daadwerkelijk in te zetten voor de goede werking van zijn dienst conform art. 12 van het KB van 15 december 1987 en conform art. 5.5 van onderhavige overeenkomst;
3. in de eventuele associatie-overeenkomst toegelaten worden om als diensthoofd op te treden.

5.4 De geneesheer-diensthoofd dient, binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis, over de middelen te beschikken om de kwaliteitszorg in zijn dienst te bevorderen.

5.5 De geneesheer-diensthoofd heeft als taak, in samenwerking met de andere organen van het zie-

kenhuis en in het bijzonder met de hoofdgeneesheer alsmede met de vaste stafleden van zijn dienst:

- 1° in te staan voor de goede gang van zaken van zijn dienst, onder meer door de organisatie en de coördinatie van de medische activiteiten van zijn dienst zoals coördinatie van de uurroosters voor de operatiezalen, opname van patiënten in observatie;
- 2° de medische activiteiten integreren in het geheel van de activiteit van zijn dienst, dit in nauw overleg met de hoofdgeneesheer, de andere geneesheer-diensthoofden, de hoofdverpleegkundigen en de verantwoordelijken van de paramedische activiteiten;
- 3° de initiatieven te nemen die noodzakelijk zijn om in zijn dienst de algemene maatregelen die de hoofdgeneesheer heeft genomen, uit te werken;
- 4° voorstellen formuleren en adviezen geven aan de medische raad en de hoofdgeneesheer over definitieve benoeming van het medische en paramedische personeel van zijn dienst;
- 5° te waken over de uitvoering, in zijn 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, de hoofdgeneesheer en de medische raad adviseren over de begroting van zijn dienst;
- 8° de medische raad adviseren over de aankopen voor de uitrusting van zijn dienst;
- 9° de statistische gegevens verzamelen voor het medisch jaarverslag.

ARTIKEL 6 Geneesheer-afdelingshoofd

6.1 De geneesheer-afdelingshoofd wordt op dezelfde wijze benoemd als de geneesheer-diensthoofd.

6.2 De geneesheer-afdelingshoofd heeft, wat zijn afdeling betreft, dezelfde opdracht als de geneesheer-diensthoofd, maar op administratief-organisatorisch vlak is hij ondergeschikt aan de geneesheer-diensthoofd.

ARTIKEL 7 Medische staf

7.1 De medische stafwerking heeft tot doel een goede medische dienstverlening in het ziekenhuis te waarborgen, meer bepaald door de medewerking van de ziekenhuisgeneesheren bij de geïntegreerde werking van het ziekenhuis, bij de kwaliteitstoetsing alsmede bij de initiatieven om de kwaliteit van de medische dienstverlening in het ziekenhuis in stand te houden en te verbeteren.

7.2 De hoofdgeneesheer 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 of 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 de verpleegkundige dienst en van de minimale klinische gegevens;
- 4° de evaluatie van het opname- en ontslagbeleid, inzonderheid door vergelijking van het aantal gerealiseerde verpleegdagen ten opzichte van het krachtens art. 93 van de gecoördineerde ziekenhuiswet toegewezen quotum;
- 5° de evaluatie van de kostenvergelijking, zoals bedoeld in art. 9 van de gecoördineerde ziekenhuiswet, van de klinische diensten;
- 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;

7.3 De medische staf wordt minstens tweemaal per jaar door de hoofdgeneesheer sameroepen.

ARTIKEL 8 Medisch departement

8.1 Het medisch departement bestaat uit de volgende diensten en functies:

KENLETTER A: PSYCHIATRIE

- A-dienst

KENLETTER C: HEELKUNDE

- algemene, digestieve en oncologische heelkunde
- vasculaire en thoracale heelkunde
- cardiale heelkunde
- anaesthesie/reanimatie
- gynaecologie
- neurochirurgie
- oftalmologie
- ORL
- orthopedie
- plastische heelkunde
- urologie
- stomatologie

KENLETTER D: INWENDIGE GENEESKUNDE

- cardiologie
- endocrinologie/diabetologie
- gastro-enterologie
- medische oncologie/hematologie
- pneumologie
- nefrologie
- dermatologie
- neurologie
- reumatologie

KENLETTER E: PEDIATRIE

- dienst kindergeneeskunde

KENLETTER G: GERIATRIE

- dienst geriatrie

KENLETTER M: MATERNITEIT

- kraamafdeling

MEDISCH-TECHNISCHE DIENSTEN

- anatomopathologie
- klinische biologie
- medische beeldvorming
- nefrologie
- nucleaire geneeskunde
- revalidatie/fysiotherapie

ERKENDE FUNCTIES

- oncologisch en therapeutisch dagziekenhuis (niet-chirurgische daghospitalisatie)
- chirurgisch dagziekenhuis
- spoedgevallen
- intensieve zorgen
- kathlab
- operatiekwartier
- transplantcoördinator

8.2 De beheerder kan de voornoemde lijst wijzigen door aanvulling, schrapping, uitbreiding, splitsing. Het hierboven opgenomen overzicht werd, op voordracht van het permanent overlegcomité, goedgekeurd door de raad van bestuur van 3/11/2015.

HOOFDSTUK III - BETROKKENHEID VAN DE ZIEKENHUISGENEESHEREN BIJ DE BESLUITVORMING

ARTIKEL 9 Medische raad

9.1 Samenstelling

De leden van de medische raad worden verkozen door de ziekenhuisgeneesheren volgens het K.B. van 10 augustus 1987.

9.2 Taak

Om in het ziekenhuis een optimale geneeskundige verzorging voor de patiënten te verstrekken en onverminderd de in het artikel 4 bedoelde taken van de hoofdgeneesheer te kunnen uitvoeren, zorgt de medische raad ervoor dat de ziekenhuisgeneesheren hun medewerking verlenen aan maatregelen om:

1° de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en op een permanente wijze te evalueren;

2° de groepsgeest onder de ziekenhuisgeneesheren te bevorderen;

3° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid verpleegkundigen en paramedici, te bevorderen;

4° de samenwerking te bevorderen tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren, meer bepaald de huisarts of de verwijzende geneesheer;

5° de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren.

9.3 Advies op eigen initiatief

De medische raad verstrekt advies op eigen initiatief aan de beheerder en doet voorstellen over alle aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het ziekenhuis betreffen.

9.4 Verplicht advies op vraag van de beheerder.

De beheerder moet voor de navolgende aangelegenheden het advies inwinnen van de medische raad:

1° de algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren;

2° de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis, ook met betrekking tot de raadplegingen;

3° de vaststelling, de wijziging van het kader van de geneesheren en hun bevoegdheden;

4° de benoeming van de hoofdgeneesheer;

5° de benoeming of aanwijzing van de geneesherendiensthoofd en de geneesheren-afdelingshoofd;

6° de toelating, de aanwerving en de benoeming van de ziekenhuisgeneesheren alsmede de verlenging van de overeenkomst na het bereiken van de leeftijdsgrens bepaald in artikel 14.1;

7° de beëindiging van de individuele overeenkomsten met een ziekenhuisgeneesheer, behalve om dringende redenen, in welk geval wordt gehandeld volgens artikel 9.6;

8° de sancties tegen de ziekenhuisgeneesheren, behalve indien de betrokken ziekenhuisgeneesheer aan de beheerder schriftelijk vraagt dat bedoeld advies vervangen wordt door een advies van de voorzitter van de medische raad;

9° de jaarlijkse begroting van de medische activiteit in het ziekenhuis;

10° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de bepaling ervan binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;

11° de keuze, de aanschaffing, de vernieuwing, alsmede grote herstellingen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria worden gefinancierd;

12° de overeenkomsten met derden die een weerslag kunnen hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis; 12° bis de overeenkomsten waarbij de beheerder zijn rechten en plichten, geheel of gedeeltelijk, overdraagt aan een andere juridische eenheid;



13° de oprichting van nieuwe medische diensten, de wijziging, de splitsing en de opheffing van bestaande medische diensten;
14° de bouw en de verbouwing van het ziekenhuis of de wijziging van de bestemming van lokalen, voor zover deze een weerslag hebben op de medische activiteit;
15° de verandering van het stelsel met betrekking tot de toegang van ziekenhuisgeneesheren tot de medische activiteit in het ziekenhuis;
16° het kader van het verpleegkundige en van het paramedische personeel, met inbegrip van de daarin vereiste kwalificaties en over de eventuele conflicten met betrekking tot de plaatsing en de overplaatsing van dit personeel;
17° de vaststelling en de wijziging van het personeelskader dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;
18° de aanstelling en de herroeping van het verplegend en paramedisch personeel van de medisch-technische diensten en van de polikliniek;
19° de klachten in verband met de werking van de medische diensten die, in overleg tussen de beheerder en de voorzitter van de medische raad, aan de raad worden voorgelegd;
20° de aanwijzing en de herroeping van de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier.

9.5 Vrij advies op vraag van de beheerder
De beheerder kan de medische raad om advies vragen over alle aangelegenheden die niet expliciet in 9.4 zijn opgenomen.

9.6 Dringendheid

9.6.1 Ingeval van beëindiging om dringende reden geeft de beheerder voorafgaandelijk mededeling aan de voorzitter van de medische raad of zijn plaatsvervanger van het feit en het motief dat hij wenst in te roepen om de beëindiging te rechtvaardigen, met verzoek hieromtrent bindend advies uit te brengen binnen de vierentwintig uur. Blijft de voorzitter van de medische raad of zijn plaatsvervanger in gebreke tijdig advies uit te brengen, dan wordt het advies geacht positief te zijn.

9.6.2 Beëindiging om dringende reden mag niet worden gegeven, wanneer het feit ter rechtvaardiging ervan sedert ten minste drie werkdagen bekend is aan de beheerder die er zich op beroept.

9.6.3 Alleen de dringende reden waarvan aan de ziekenhuisgeneesheer kennis is gegeven binnen de drie werkdagen na de beëindiging, kan worden aangevoerd ter rechtvaardiging van de beëindiging.

9.6.4 Op straffe van nietigheid geschiedt de kennisgeving van de dringende reden, hetzij bij een ter post aangetekende brief, hetzij bij gerechtdeurwaardersexploot, hetzij door afgifte van een geschrift aan de betrokken ziekenhuisgeneesheer. De handtekening van deze ziekenhuisgeneesheer op het duplicaat van dit geschrift geldt enkel als bericht van ontvangst van de kennisgeving.

9.6.5 De beheerder die een dringende reden inroept, dient hiervan het bewijs te leveren; bovendien moet hij bewijzen dat hij de termijnen bepaald in 9.6 geëerbiedigd heeft.

9.7 Vorm van de adviesaanvraag en van het advies

9.7.1 De adviesaanvragen en de adviezen moeten steeds schriftelijk worden gedaan. Ze moeten gemotiveerd zijn; behoudens wanneer dit uitdrukkelijk anders is bepaald.

9.7.2 De beslissingen worden met gewone meerderheid van stemmen genomen. Bij staking van stemmen is het voorstel verworpen.

9.7.3 Bij het advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd.

9.8 Termijn voor het advies

De medische raad geeft binnen de maand zijn advies behalve indien dit bij de vraag tot advies anders is bepaald. Indien er binnen de hiervoor bepaalde termijn geen schriftelijke vraag is tot verlenging van die termijnen en indien het advies niet binnen die, eventueel verlengde, termijn is uitgebracht, kan de beheerder een beslissing nemen.

9.9 Bindend karakter van het advies

De beheerder kan voor de in 9.4 bepaalde aangelegenheden geen beslissing nemen die afwijkt van het advies van de medische raad, behalve voor de gevallen in 9.4, 9°, 10° en 16°.

ARTIKEL 10 Vergadering van ziekenhuisgeneesheren

10.1 Samenstelling

Alle ziekenhuisgeneesheren maken deel uit van de vergadering van ziekenhuisgeneesheren. Alleen de ziekenhuisgeneesheren die een stemrecht hebben voor de samenstelling van de medische raad, hebben stemrecht in deze vergadering en dit op dezelfde wijze als voor de stemming voor de samenstelling van de medische raad.

10.2 Vergaderingen

De ziekenhuisgeneesheren vergaderen minstens éénmaal per jaar. De medische raad brengt dan verslag uit over de vervulling van zijn mandaat.

ARTIKEL 11 Permanent overlegcomité

11.1 Samenstelling

11.1.1 Het permanente overlegcomité bestaat uit:

- drie vertegenwoordigers aangewezen door de beheerder;
- drie vertegenwoordigers aangewezen door de medische raad;
- de hoofdgeneesheer;
- de directeur.

11.1.2 De voorzitter is een van de drie vertegenwoordigers aangewezen door de beheerder. Een van de drie vertegenwoordigers aangewezen door



de medische raad is ondervoorzitter. De directeur is secretaris.

11.2 Werking

11.2.1 Het permanente overlegcomité vergadert minstens eenmaal per maand.

11.2.2 De oproeping gebeurt ten minste zeven dagen voor de vergadering en is vergezeld van de documenten die nodig of nuttig zijn voor de besluitvorming.

11.2.3 Elk van de twee partijen kan vragen dat een welbepaald punt op de agenda wordt gebracht, onder meer de financiële verslaggeving, budgetcontrole en jaarlijkse resultaten. Daartoe richt zij een verzoek aan de voorzitter, ten minste tien dagen voor de vergadering.

11.2.4 De secretaris maakt van elke vergadering bondige notulen die op de volgende vergadering ter goedkeuring worden overgelegd.

11.2.5 Het permanente overlegcomité kan elke persoon uitnodigen wiens kwalificaties of bevoegdheden nuttig zijn voor de deliberaties van een of ander punt dat op de agenda is vermeld.

11.2.6 Er wordt niet gestemd.

11.3 Taak

Het permanente overlegcomité poogt een consensus te bereiken over de aangelegenheden waarover de medische raad advies moet geven en, voor de andere aangelegenheden, zo dit wordt gevraagd door de partijen.

Indien een consensus wordt bereikt, zijn de leden van het permanente overlegcomité verplicht die consensus te verdedigen bij hun opdrachtgevers.

11.4 Einde

De beheerder en de medische raad kunnen samen besluiten de in dit artikel bepaalde vorm van overleg niet langer toe te passen.

HOOFDSTUK IV - RECHTS- VERHOUDINGEN TUSSEN HET ZIEKENHUIS EN DE ZIEKENHUIS- GENEESHEREN

ARTIKEL 12 Geneesherenkader

12.1 Inhoud

Het geneesherenkader omvat alle in het ziekenhuis bestaande en te begeven functies voor geneesheren.

12.2 Functie

De functies worden bepaald volgens:

- de aard van de specialiteit;
- de omvang van de activiteit;
- de beschikbare infrastructuur;
- de aard en de inhoud van de functie.

Er kunnen geen geneesheren worden benoemd buiten het geneesherenkader.

12.3 Wijziging

Elk voorstel tot wijziging van het geneesherenkader wordt aangevraagd aan de beheerder. Hierbij dient rekening te worden gehouden met onder meer:

- de behoefte aan medische verzorging van de patiënten en het aanbod in de streek;
- de beschikbare klinische en poliklinische infrastructuur;
- de financiële gevolgen voor de instelling en de geneesheren;
- de omvang van de activiteit onder meer

voor het verwerven en in stand houden van gespecialiseerde kennis en vaardigheid.

ARTIKEL 13 Aanwervingsprocedure

De beheerder benoemt de geneesheren. De benoeming van geneesheren gebeurt na een openbare openverklaring van de functie door een oproep in de gespecialiseerde vakbladen en aan de hand van de door het permanente overlegcomité opgemaakte benoemingsvoorwaarden, tenzij de medische raad van oordeel is dat de openbare openverklaring niet wenselijk is.

Het permanente overlegcomité tracht het eens te worden over één kandidaat die hij voorstelt aan de beheerder en aan de medische raad.

ARTIKEL 14 Beëindigingsprocedure

14.1 Elke overeenkomst eindigt rechtens, zonder opzegging noch vergoeding, de laatste dag van de maand waarin de geneesheer 65 jaar wordt.

Voor ziekenhuisgeneesheren benoemd vóór 1 januari 1995 is de leeftijdsgrens 70 jaar.

De beheerder kan, op schriftelijke aanvraag van de betrokken geneesheer, toelaten dat de geneesheer die de leeftijdsgrens heeft bereikt, onder te bepalen voorwaarden zijn activiteiten verderzet.

14.2 Elke overeenkomst van onbepaalde duur kan worden beëindigd mits het geven van een opzegging. De opzeggingstermijn die de beheerder in acht moet nemen, bedraagt negen maanden,

vermeerderd met drie maanden per jaar dienst in het ziekenhuis, zonder dat evenwel de totale opzeggingstermijn meer kan bedragen dan twee jaar. De opzeggingstermijn die de geneesheer in acht moet nemen, bedraagt zes maanden.

14.3 Elke partij kan de overeenkomst beëindigen wegens dringende redenen.

ARTIKEL 15 Werkvoorwaarden en verplichtingen van de geneesheer

15.1 Aard van de prestaties

De geneesheer is geen ondergeschikte van de beheerder. Hij staat niet onder zijn gezag, leiding en toezicht. De geneesheer alleen beschikt over en is tegenover eenieder aansprakelijk voor de diagnostische en therapeutische vrijheid.

15.2 Exclusiviteit

15.2.1 De geneesheer wordt benoemd voor een welbepaalde functie.

15.2.2 Behoudens andersluidende schriftelijke voorafgaande overeenkomst moet de geneesheer zijn patiënten uitsluitend in de ziekenhuizen campus Maria Middelaes en/of campus St Jozef Gentbrugge opnemen.

15.3 Vrije keuze van de patiënt

De patiënt kiest vrij zijn behandelende geneesheer. De geneesheer moet die keuze eerbiedigen. Indien de patiënt geen enkele aanduiding voor zijn keuze

geeft, wordt zijn verzorging toevertrouwd aan de geneesheren met dienst en vervolgens aan de geneesheer-specialist die de geneesheer met dienst aanwijst.

In geval van conflict wordt een beroep gedaan op de hoofdgeneesheer.

15.4 Samenwerking

De geneesheer aanvaardt de regeling van samenwerking tussen de geneesheren van zijn dienst.

15.5 Uitvoering van beslissingen

De geneesheer moet alle regelmatig genomen beslissingen en reglementen van de beheerder of van de medische raad naleven.

15.6 Personeel en materiaal

15.6.1 Personeel

De geneesheer mag eigen personeel aanwerven om in het ziekenhuis te werken, mits zulks voorafgaandelijk aan de beheerder ter goedkeuring wordt voorgelegd; hij meldt eveneens de beëindiging van de dienstbetrekking. Hij draagt ten uitsluitende titel alle verplichtingen die op een werkgever rusten.

15.6.2 Materiaal

De geneesheer mag in het ziekenhuis eigen materiaal gebruiken, mits zulks voorafgaandelijk aan de beheerder te melden; hij meldt eveneens de beëindiging van zulk gebruik. Bij ontstentenis van dergelijke schriftelijke melding wordt het aanwezige materiaal geacht aan het ziekenhuis toe te behoren.

De beheerder en de medische raad waken erover

dat het gebruik van dit materiaal de normale werking van de ziekenhuisactiviteiten niet verstoort.

Noch de beheerder noch zijn aangestelde kunnen aansprakelijk worden gesteld voor de schade aan of door dit materiaal berokkend. De beheerder zal nochtans een brandverzekering afsluiten ter dekking van de brandschade aan dit materiaal.

15.7 Continuïteit van de zorgen

Elke geneesheer is verplicht de continuïteit van zijn zorgen te verzekeren en deel te nemen aan de wachtdiensten.

15.8 Vervangingen

Behalve in geval van overmacht mag de geneesheer zich gedurende zijn vakantie, permanente vorming, ziekte of langdurige onbeschikbaarheid, enkel laten vervangen met het voorafgaand schriftelijke akkoord van de hoofdgeneesheer en voorafgaande kennisgeving aan de beheerder en de medische raad.

15.9 Medisch dossier

Elke geneesheer moet een medisch dossier aanleggen, dat in het ziekenhuis wordt bewaard.

15.10 Medical audit

De geneesheer moet voor de medical audit meewerken aan de evaluatie van het medische werk.

15.11 Samenwerking tussen de diensten

De geneesheren verbinden zich ertoe de nauwste samenwerking tussen de diensten te eerbiedigen en te bevorderen.



Zij respecteren daarbij de vrije keuzen van de patiënt.
Zij behouden hun diagnostische en therapeutische vrijheid.
Zij zullen de onderzoeken en behandelingen aan de medisch-technische diensten en aan de andere diensten van het ziekenhuis toevertrouwen. Zo wordt de medische beeldvorming (met uitzondering

van de nucleaire geneeskunde) uitsluitend toevertrouwd aan de dienst radiologie van het ziekenhuis. Andere diensten van het medisch departement zullen slechts echografie-onderzoeken verrichten mits voorafgaand akkoord van de dienst radiologie van het ziekenhuis. Komt zulks akkoord niet tot stand, dan overleggen de betrokken diensten, op vraag van de meest gerede onder hen, samen met

de medische raad.

Bij gebreke aan consensus beslissen, bij wege van een regeling ad hoc, de medische raad en de beheerder samen. De hoofdgeneesheer en de medische raad waken over de eerbiediging van deze regels.

15.12 Verzekering

De geneesheer moet op zijn kosten een verzekering voor zijn burgerrechtelijke- en beroepsaansprakelijkheid nemen, die zijn eigen aansprakelijkheid als ook die van zijn plaatsvervangers en zijn eventuele assistenten en personeel dekt.

15.13 Medische week

Buiten de wachtprestaties begint de medische week op maandagmorgen en eindigt ze op vrijdagavond. Ze bevat dus 10 halve dagen.

15.14 Associatieakkoorden

Associatieakkoorden tussen geneesheren en vennootschapsverbanden van geneesheren, alsmede de wijzigingen in zulke akkoorden en statuten, worden voorafgaandelijk ter goedkeuring ter kennis gebracht van de medische raad en van de beheerder. Zowel de medische raad als de beheerder kunnen hun goedkeuring laten afhangen van het aanbrenge van de wijzigingen die ze aan de betrokkene(n) mededelen.

Deze bevoegdheid wordt in redelijkheid en rekening houdend met de termen van deze algemene overeenkomst uitgeoefend.

ARTIKEL 16 Verplichtingen van de beheerder

16.1 Verzekeringen

De beheerder verbindt zich ertoe een volgens de gangbare normen passende verzekering af te sluiten voor alle aansprakelijkheidsrisico's van de beheerders, de directie en het personeel dat hij zelf tewerkstelt.

16.2 Personeel en materiaal

De beheerder verbindt er zich toe binnen zijn financiële mogelijkheden, al wat nodig is voor de uitoefening van de medische activiteit - voldoende en bekwaam personeel, lokalen, het nodige materiaal en de toestellen - ter beschikking te stellen van de geneesheer.

Het materiaal en de toestellen die de beheerder ter beschikking stelt van de geneesheer blijven eigendom van de beheerder. De geneesheer moet deze als een goed huisvader gebruiken.

16.3 Investeringen

De investeringen gebeuren op voorstel van de geneesheerdiensthoofd.

HOOFDSTUK V - FINANCIIEEL STATUUT VAN DE GENEESHEREN

ARTIKEL 17 Erelonen

17.1 Omvang

Binnen de overeenkomsten of akkoorden afgesloten door hun professionele organisaties met de verzekeringsorganismen, en met naleving van de regels van de medische deontologie, bepalen de geneesheren het bedrag van de honoraria die ze aan de patiënten aanrekenen.

17.2 Vrijheid van ereloon

Overeenkomsten tussen de beheerder en derden verbinden de geneesheer niet voor de vaststelling van zijn ereloon.

17.3 Supplementen

De supplementen die aangerekend mogen worden, mogen maximum 100% bedragen van het RIZIV-tarief dat voor die prestatie wordt toegekend. Uitzonderingen zullen vooraf ter beoordeling voorgelegd worden aan een commissie bestaande uit één vertegenwoordiger van de beheerder in het overlegcomité, de hoofdgeneesheer en de voorzitter van de medische raad, wier beslissing moet worden nageleefd.

17.4 Inning van de erelonen en kosten

De centrale inningdienst int alle erelonen en kosten van de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement betreffende de werking van de dienst voor de centrale inning van de medische honoraria, dat aan deze overeenkomst is gehecht.

17.5 Overtredingen

Elke klacht tegen een geneesheer in verband met een overtreding van dit reglement of in verband met de overeenkomst betreffende de vaststelling van honoraria wordt ter kennis gebracht van de beheerder, de hoofdgeneesheer en de voorzitter van de medische raad.

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

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

De beheerder kan daarna slechts maatregelen opleggen op eensluidend advies van de medische raad.

17.6 Waarborg voor de patiënten

17.6.1 De patiënten die erom verzoeken, moeten de waarborg hebben behandeld te worden 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 hoofdgeneesheer en de medische raad oefenen controle uit op deze bepaling.

17.6.2 Indien het quorum van verbintenissen, vereist door art.34 par 3 van de ZIV-wet van 9 augustus 1963 is bereikt, moeten de verbonden ziekenhuisgeneesheren de verbintenistarieven naleven voor de patiënten zonder bijzondere eisen, opgenomen in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer.

17.6.3 De ziekenhuisgeneesheren die niet verbonden zijn en zich niet verbinden om de verbintenistarieven ten opzichte van de hiervoor bedoelde patiënten toe te passen, delen dit mede aan de beheerder die daarvan kennis geeft aan de medische raad.

17.6.4 De medische raad waarborgt dat de sub 17.6.1 bedoelde patiënten tegen verbintenistarieven kunnen worden verzorgd.

Zo dit niet het geval is, neemt de beheerder, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige maatregelen en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

17.6.5 Alle patiënten, toegelaten via de wachtdienst, genieten van de toepassing van de tarieven bepaald door de verbintenis van de geneesheren ten aanzien van de sociaal verzekerden inzake ziekteverzekering, tenzij die patiënten of hun vertegenwoordigers bijzondere eisen stellen.

17.6.6 Voor de raadplegingen in de polikliniek moeten de geneesheren ervoor zorgen voldoende uren voor te behouden voor raadplegingen tegen het verbintenistarief.

ARTIKEL 18 Kostenregeling en aanwending van het bedrag van de honoraria

18.1 Lasten en kosten

De ontvangen erelonen worden verminderd met:

- de administratieve kosten voor de werking van de centrale inningdienst;
- de kosten veroorzaakt door de medische prestaties voor zover deze kosten niet geheel of deels worden vergoed door de verpleegdagprijs en/of ingevolge bijkomende wettelijke reglementeringen;
- de bedragen te besteden aan het geneeskundig bevorderingsfonds en het reservefonds (vervangen zie p 74: 18.1).

18.2 Provisionele en periodieke betalingen

18.2.1 Naarmate de erelonen geïnd worden, doet de centrale inningsdienst provisionele maandelijkse stortingen aan het ziekenhuis.

18.2.2 Deze betalingen belopen het twaalfde van de jaarlijkse huur en van de bedrijfskosten, voortvloeiend uit het voorlopige uitbatingsbudget dat de beheerder heeft goedgekeurd, ten laatste vóór 31 december van het jaar dat het in acht genomen dienstjaar voorafgaat.

18.2.3 Voor de voorlopige waardering van de maandelijks te storten bedragen worden de elementen van de bedrijfskosten die in rekening worden genomen

bepaald in het eenvormig boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen.

18.2.4 Voor de medisch-technische diensten bestaat de voorlopige bijdrage uit de ontvangen erelonen verminderd met:

- de administratieve kosten voor de werking van de centrale inningsdienst;
- de voorlopige erelonen te storten aan elk der geneesheren die in deze diensten werken.

18.2.5 Voor de voorlopige stortingen waarvan sprake in 18.2.1. voegt de centrale inningsdienst bij elke maandelijkse storting een bewijsstuk dat onder meer het bruto bedrag bevat voor de in aanmerking te nemen periode alsmede het bedrag van de kosten van de centrale inningsdienst.

18.3 Jaarlijkse rekeningen

18.3.1 Elk jaar, tijdens het eerste semester, wanneer de rekeningen van het vorige dienstjaar afgesloten zijn, verschaft de beheerder aan de medische raad een gedetailleerde afrekening van de kosten waarvan sprake in 18.1, 3de en 4de lid.

De medische raad deelt aan de beheerder het totale bedrag mee van de geïnde erelonen op basis van de RIZIV-tarieven voor de medisch-technische diensten.

18.3.2 De medische raad krijgt de toestand van de rekening "Fonds voor speciale reserves" (zie verder 18.4.3).



18.3.3 De beheerder en de medische raad onderzoeken en keuren de toestand van het "Geneeskundig bevorderingsfonds" goed of af. (zie verder 18.4.2)

18.3.4 Indien uit de rekeningen blijkt dat de voorlopige stortingen die de medische raad voor de rekening van de geneesheren doet ontoereikend zijn geweest, worden de rekeningen eerst onderworpen aan een onderzoek van een bedrijfsrevisor aangesteld door de medische raad. Op grond van diens bevindingen bepaalt de vergadering van de ziekenhuisgeneesheren de wijze waarop het tekort zal worden aangezuiverd. Alle kosten en erelonen van voorzeggd onderzoek worden gedragen door de medische raad.

18.3.5 Indien uit de rekeningen blijkt dat van de maandelijkse voorlopige stortingen gedaan door de medische raad voor de rekening van de geneesheren een positief saldo overblijft, stelt de medische raad, met de instemming van de betrokken geneesheren-diensthoofden, aan de beheerder voor het rooster toe te passen van de bijkomende stortingen, te doen ten bate van de geneesheren die gepraktiseerd hebben in het ziekenhuis tijdens de beschouwde periode.

18.4 Fondsen

Dit artikel werd vervangen door de tekst die te raadplegen is in Addendum 3, oprichting EIS-fonds artikel 18.4 (zie p 74).

ARTIKEL 19 Vergoedingsstelsels

Na aftrek van de bedragen waarvan sprake in artikel 18 worden de erelonen zo vlug mogelijk betaald aan de geneesheren die ze hebben verdiend, rekening houdend met de volgende principes:

19.1 Geneesheren-specialisten en geneesheren-assistenten. Volgens de geneeskundige prestaties die ze hebben gedaan en die ingevorderd werden. Nochtans, ingeval van associatieakkoord binnen een bepaalde dienst of tussen meerdere geneesheren van eenzelfde tak worden de stortingen gedaan volgens die akkoorden.

19.2 Bijzondere gevallen: medisch-technische diensten.

19.2.1 Een jaarlijkse vergoeding vastgesteld tezamen door de beheerder, de geneesheer-specialist en de medische raad. Deze vergoeding wordt geïndexeerd volgens dezelfde modaliteiten en op dezelfde data als het geheel van de medische honoraria krachtens de overeenkomsten geneesheren-ziekenfondsen.

19.2.2 Deze vergoeding wordt eventueel aangevuld op het einde van het dienstjaar door een "vergoeding voor goed beheer" van de dienst.

De beheerder, de medische raad en het diensthoofd stellen tezamen die bijkomende vergoeding vast, rekening houdend met de objectieve waarderingscriteria van het goed beheer, zoals het opvolgen van de begrotingen, de resultaten, de kwaliteitscontrole, de wetenschappelijke promotie.

Elk van de medewerkers van een dienst heeft recht op hetzelfde percentage van de jaarlijkse vergoeding. Het saldo van de erelonen verdiend door deze technische diensten, na aftrek tegelijk van de kosten waarvan sprake in artikel 18 en van de vergoedingen van de geneesheren en andere beoefenaars van de geneeskunde die eraan meewerken, wordt op de rekening van het fonds voor speciale reserves geplaatst.

19.2.3 De bezoldiging kan ook als volgt gebeuren: De geneesheren die in een medisch-technische dienst werken, krijgen maandelijks voorschotten die een percentage zijn van de erelonen ingevorderd voor de werking van hun dienst.

Op het einde van het dienstjaar, wanneer alle afrekeningen zijn opgesteld, wordt het positieve saldo van de verdiende erelonen, rekening gehouden met de reeds gestorte maandelijks voorschotten, op de rekening van het fonds voor speciale reserves geplaatst.

19.2.4 Of het vergoedingsstelsel bepaald onder 19.2.1 & 2 dan wel dat voorzien onder 19.2.3 wordt toegepast, wordt per dienst tezamen beslist door de beheerder en de medische raad.

HOOFDSTUK VI - OVERDRACHT

ARTIKEL 20 Rechten en plichten

Indien de beheerder zijn rechten en plichten over-

draagt aan een andere juridische eenheid die het beheer of de eigendom van het ziekenhuis overneemt, moet de beheerder bedingen dat alle rechten en plichten die verbonden zijn aan deze algemene regeling en aan de individuele regeling tussen ziekenhuis en artsen mede worden overgenomen.

HOOFDSTUK VII - REGLING VAN GESCHILLEN

Alle betwistingen, van welke aard of omvang ook, die hun oorsprong vinden in de uitleg of uitvoering van deze overeenkomst tussen enerzijds de beheerder en anderzijds de vzw Vereniging van Artsen van het ziekenhuis vzw AZ Maria Middelaars of een ziekenhuisgeneesheer (zoals vermeld onder art. I. 1.4 van onderhavige algemene overeenkomst) of de medische raad worden aan volgende geschillenregeling onderworpen:

ARTIKEL 21 Minnelijke oplossing

Betwistingen tussen de beheerder en de medische raad omtrent de onderwerpen die het voorwerp zijn van een bindend advies zoals opgenomen in art. 9.4, met uitzondering voor de 9^e, 10^e, 16^e.

In geval van blijvende onenigheid wordt de betwisting voorgelegd en geregeld met inachtnaam van de geschillenprocedure zoals bepaald in art. 127 e.v. van de ziekenhuiswet.

Het beroep op deze procedure zal evenwel slechts een aanvang nemen na rechtstreeks overleg binnen het permanent overlegcomité. Dit overleg zal geschiedt overeenkomstig art. 129 van de ziekenhuiswet.

In afwijking op art. 128, §4 van de ziekenhuiswet kan de beheerder geen beslissing nemen die afwijkt van het voorstel van beslissing van de bemiddelaar.

ARTIKEL 22 Arbitrage

Betwistingen tussen de beheerder en een of meerdere geneesheren. Elk geschil zal definitief worden beslecht volgens het reglement van het Arbitrage Centrum Cepina, door één of meer arbiters die conform dit reglement zijn aangesteld.

De plaats van de arbitrage is Gent.

De proceduretaal is het Nederlands.

HOOFDSTUK VIII - SLOTBEPALINGEN

ARTIKEL 23

Deze algemene overeenkomst trad in werking op de datum van haar ondertekening. Ze doet evenwel geen afbreuk aan de rechten en de verplichtingen zoals deze op heden vastgelegd zijn in de individuele overeenkomsten tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren.

ARTIKEL 24

Het reglement betreffende de werking van de dienst voor de centrale inning van de medische honoraria maakt integraal deel uit van deze algemene overeenkomst.

ADDENDA AAN DE ALGEMENE OVEREENKOMST ZIEKENHUIS-GENEESHEREN

ADDENDUM 1: STATUUT EN TAAKINHOUD VAN DE MEDISCH DIRECTEUR

Artikel 1.

De raad van bestuur kan uit de vaste stafleden die voor hun ziekenhuisactiviteit exclusief verbonden zijn aan het ziekenhuis een medisch directeur benoemen.

De benoeming en de beëindiging of de wijziging van de taakinhoud of van het statuut gebeurt op eensluidend advies van de medische raad aan de raad van bestuur.

De functie van medisch directeur wordt uitgeoefend voor onbepaalde duur maar kan steeds opgezegd worden mits het respecteren van een opzegtermijn van zes maanden.

De benoeming neemt van rechtswege een einde op

het einde van de maand waarin de betrokkene de leeftijd van 65 jaar bereikt of niet langer voldoet aan de vereisten uit het eerste lid van dit artikel of aan die uit artikel 2.

Artikel 2.

De medisch directeur mag geen medisch diensthoofd zijn of lid van de medische raad.

Artikel 3.

De medisch directeur oefent de functie van hoofdgeneesheer, en alle ermee gepaard gaande rechten en plichten, uit. Het verlies van de hoedanigheid van medisch directeur brengt het verlies van de functie van hoofdgeneesheer met zich mee.



Artikel 4.

De medisch directeur is lid van het directiecomité en werkt in die hoedanigheid nauw samen met de andere leden van het directiecomité, en in het bijzonder zijn voorzitter, om het ziekenhuisbeleid in al zijn aspecten mee te helpen realiseren.

Artikel 5.

De medisch directeur draagt de eindverantwoordelijkheid voor het medische zorgmanagement en de medische kwaliteitscontrole.

Artikel 6.

Benevens de taken omschreven in artikel 4 van de algemene overeenkomst neemt de medisch direc-

teur in opdracht en in samenwerking met de voorzitter van het directiecomité de nodige initiatieven om onder meer:

- a. de medische activiteit te bevorderen binnen het ziekenhuis;
- b. de samenwerking tussen beide campusen of met geaffilieerde externe poliklinieken te stimuleren, de groei van de medische activiteit en de uitbreiding ervan naar nieuwe behandelingsmethodes te optimaliseren;
- c. de samenwerking met andere ziekenhuizen, referentiecentra en opleidingscentra inhoudelijk en vormelijk te begeleiden en te coördineren;

- d. binnen de medische activiteit contacten te leggen met geneesheren en verantwoordelijken van andere ziekenhuizen met het doel de activiteiten van het ziekenhuis in een bredere schaal te verwezenlijken;
- e. de medische activiteit verder te ontplooiën en bekend te maken, onder meer bij de overheid, ziekenfondsen en belangengroepen;
- f. de externe betrekkingen met de huisartsen en de verantwoordelijken voor thuisverzorging te stimuleren;
- g. het opname- en ontslagbeleid van patiënten te optimaliseren;
- h. de uitwerking van transmurale zorgpaden te stimuleren;
- i. samen met andere belanghebbenden in te staan voor accrediteringsprocessen opgelegd of aanvaard door de bevoegde overheid;
- j. de opleiding van studenten in de geneeskunde en geneesheren-specialisten in opleiding te begeleiden;
- k. 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);
- l. in overleg met de medische raad de begroting van het medisch departement voor te bereiden;
- m. jaarlijks het verslag over de werking en de toekomst van het medisch departement op te stellen.

Artikel 7.

Op verzoek van de respectievelijke voorzitters kan de medisch directeur als waarnemer uitgenodigd worden om de vergaderingen van de raad van bestuur, de medische raad of het overlegcomité medische beleidszaken geheel of gedeeltelijk bij te wonen.

Artikel 8.

Voor de uitvoering van al zijn opdrachten stelt de beheerder de nodige middelen, zoals lokalen en een deeltijds secretariaat, ter beschikking van de medisch directeur.

Artikel 9.

De beheerder kan de medische directeur een vergoeding toekennen. Die vergoeding omvat dan de kosten van de opdrachten, dus ook van hoofdgeneesheer, waarmee hij is belast.

Artikel 10.

Rekening houdend met voormelde opdrachten en

verantwoordelijkheden evalueert de raad van bestuur minstens elke drie jaar het functioneren van de medisch directeur. Hiertoe verzamelt de raad van bestuur de elementen en gegevens noodzakelijk om die evaluatie te kunnen maken en wint hij hieromtrent het advies in van de algemeen directeur en de vertegenwoordigers van de medische raad in het overlegcomité.

Artikel 11.

De evaluatie bedoeld in artikel 10 wordt ter kennis gebracht van de medische raad. In geval van een negatieve evaluatie, brengt de medische raad advies uit. Indien het advies de negatieve evaluatie bevestigt, wordt het mandaat van de medisch directeur onmiddellijk beëindigd.

Artikel 12.

Dit addendum trad in werking op 20 september 2013.

ADDENDUM 2: PAASAKKOORD

Artikel 1.

In afwijking van art. 17.3 kunnen de ereloonsupplementen die aangerekend mogen worden maximum 150% van het RIZIV-tarief bedragen dat voor die prestatie wordt toegekend.

Artikel 2.

In art. 18.1 wordt een vierde bolletje toegevoegd dat luidt als volgt:

“Er wordt een procentuele afhouding voorzien op erelonen overeenkomstig art. 155, §1, 3° en 4° van de wet op de ziekenhuizen.

De vaststelling van het afhoudingspercentage gebeurt in onderling overleg tussen de ziekenhuisbeheerder en de medische raad.

De afhouding leidt tot een jaarlijkse bijdrage die het equivalent is van 25% van de totale gefactureerde omzet ereloonsupplementen van het betreffende boekjaar, met dien verstande dat het bedrag voor boekjaar 2015 forfaitair wordt vastgesteld op 3.500.000 euro.

De jaarlijkse bijdrage is bedoeld als bijdrage in de werkingskosten van het ziekenhuis met het oog op het bereiken van 1% winstdoelstelling (resultaat t.o.v. bedrijfsopbrengsten) waarbij de concrete besteding zal gebeuren conform art. 155, §1, 3° en 4° van de wet op de ziekenhuizen.”

Artikel 3.

De jaarlijkse bijdrage waarvan sprake in art. 2 wordt toegevoegd aan het fonds voor speciale reserves.

Artikel 4.

Er wordt een nieuw fonds opgericht in functie van exploitatie-, investerings- en solidariteitsdoel-einden binnen het ziekenhuis. Zodra dit fonds in werking is getreden, ten laatste tegen 10 april 2016, wordt de bijdrage waarvan sprake in art. 2 hieraan toegewezen. Het werkingsprotocol zal worden vastgelegd in onderling overleg tussen de ziekenhuisbeheerder en de medische raad.

Artikel 5.

Dit addendum trad in werking op 10 april 2015 en geldt voor een termijn van vijf jaar en kan daarna in onderling akkoord jaarlijks worden hernieuwd.

BIJLAGE 1 DD. 2 SEPTEMBER 2015 BIJ HET ADDENDUM INZAKE HET PAASAKKOORD

De afhoudingen zoals bepaald in deze bijlage worden toegepast op de erelonen voor de prestaties vanaf 10 april 2015 tot en met 31 december 2015, gefactureerd na inwerkingtreding van dit addendum.

Voor de regeling voor het daaropvolgende jaar wordt eind december 2015 en navolgend jaarlijks geëvalueerd of een afhouding noodzakelijk is en wat in bevestigend geval het concrete afhoudingspercentage dient te zijn. Deze percentages kunnen worden bepaald per individuele arts¹ of per financiële pool in het geval de ereloonverdeling op niveau van een artsenassociatie is vastgelegd.

¹Als "arts" wordt in huidig addendum begrepen: de arts in persoon dan wel diens professionele artsenvereniging indien voor rekening van deze vereniging de erelonen worden geïnd.

Artikel 1: Centrale inningskost (art. 155, §2 Ziekenhuiswet)

De afhouding ter dekking van de kosten voor de centrale inning van de erelonen door de vzw Vereniging der Artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaars wordt bepaald op 1,60% van de bruto centraal geïnde erelonen.



Artikel 2: Kosten veroorzaakt door medische prestaties (art. 155, §3 Ziekenhuiswet)

Overeenkomstig art. 155, §3 Ziekenhuiswet en in uitvoering van art. 2 van het addendum aan de algemene overeenkomst d.d. 1 april 2015 ziekenhuis-geneesheren inzake het financieel statuut van de geneesheren wordt voor de kosten veroorzaakt door medische prestaties die niet door het BFM worden gedekt, een afhouding van 0,23% doorgevoerd.

Dit percentage wordt toegepast op het bedrag van de bruto centraal geïnde erelonen.

Artikel 3: Medische investeringen (art. 155, §4 Ziekenhuiswet)

Overeenkomstig art. 155, §4 Ziekenhuiswet en in uitvoering van art. 2 van het addendum aan de algemene overeenkomst d.d. 1 april 2015 ziekenhuis-geneesheren inzake het financieel statuut van de geneesheren wordt tevens een afhouding doorgevoerd voor de verwezenlijking van maatregelen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen.

1. Er wordt voor de genoemde prestaties een voorlopig percentage afgehouden van 5,6% op de bruto centraal geïnde erelonen van de arts of de financiële pool;
2. Het definitief door de individuele arts of artsengroep verschuldigde afhoudingspercentage wordt berekend als volgt:
- Er wordt bepaald wat het **"netto ontvangen**



ereloon" van de arts of de financiële pool was in het voorafgaande kalenderjaar (in casu 2014). Het netto ontvangen ereloon in het voorgaande jaar is

- de in dat jaar voor de arts of artsengroep bruto centraal geïnde erelonen
- vermeerderd met alle in dat jaar ontvangen erelonen voor medische prestaties in het

ziekenhuis, voor zover deze niet centraal werden geïnd (incl. prestaties voor ambulante patiënten)

- verminderd met alle kosten en investeringen die de betrokken arts of artsengroep voor diens ziekenhuisactiviteiten in dat jaar heeft gedragen werden aangerekend (incl. de reële en procentuele afhoudingen).



- Vervolgens wordt bepaald wat het **aandeel** van de netto ontvangen erelonen van de individuele arts of de financiële pool is in de totaalsom van alle netto ontvangen erelonen van alle artsen in het ziekenhuis. Dit geeft een bepaald percentage, hier 'netto aandeel percentage' genoemd.

- Het definitief door de individuele arts of artsengroep (bij pooling) verschuldigde bedrag

wordt bekomen door het 'netto aandeel percentage' van de individuele arts of pool te vermenigvuldigen met het totaal van de gedane afhoudingen zoals beschreven onder artikel 3.1. Van huidig artikel.

3. Het definitief verschuldigde bedrag wordt vergeleken met het bedrag bekomen op basis van de voorlopige afhouding overeenkomstig artikel 3.1. Het teveel of te weinig (voorlopig) afgehouden bedrag wordt berekend door de vzw Vereniging der Artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes.

Indien uit de berekening blijkt dat het afgehouden bedrag op basis van artikel 3.1 hoger is dan de definitief verschuldigde bijdrage, wordt het surplus teruggestort aan de desbetreffende arts of artsengroep.

Indien uit de berekening blijkt dat het voorlopig afgehouden bedrag lager is dan de definitief verschuldigde bijdrage, wordt het afhoudingspercentage voor het volgende jaar zodanig bepaald dat - naast de afhouding voor dat jaar - het tekort voor 2015 geneutraliseerd.

De arts of artsengroep (bij pooling) dient de noodzakelijke gegevens inzake het "netto ontvangen ereloon", geattesteerd door een accountant, ter beschikking te stellen van de vzw Vereniging der Artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes, en dit ten laatste op 31 oktober 2015.

Indien de volledige en correcte gegevens met betrekking tot het "netto ontvangen ereloon" niet (tijdig) ter beschikking werden gesteld aan de vzw Vereniging der Artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria ziekenhuisbeheer op advies van de vzw Vereniging der Artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes ingeschatte gegevens "netto ontvangen ereloon" gebaseerd op een benchmark van het netto-inkomen van artsen binnen dezelfde discipline.

Artikel 4: Afhouding bevorderingsfonds

De afhoudingen zoals voorzien in artikel 18.4.2 van de Algemene Overeenkomst ziekenhuis geneesheren voor het bevorderingsfonds worden afgeschaft. De aanwezige gelden in het Geneeskundig Bevorderingsfonds dienen evenwel verder te worden besteed overeenkomstig de bepalingen van artikel 18.4.2

BIJLAGE 2 DD. 8 MAART 2016 BIJ HET ADDENDUM INZAKE HET PAASAKKOORD

Deze bijlage wordt opgesteld in uitvoering van het addendum d.d. 1 april 2015 aan de algemene overeenkomst ziekenhuis-geneesheer van het ziekenhuis AZ Maria Middelaes van 03.05.99 (hierna verkort "addendum "Paasakkoord").

De afhoudingen zoals bepaald in deze bijlage worden toegepast op de erelonen voor de prestaties verricht in het AZ Maria Middelaes (campus Maria Middelaes Buitenring en het Medisch Centrum Maria Middelaes Gentbrugge; hierna verkort "het ziekenhuis") vanaf 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016, gefactureerd na inwerkingtreding van dit addendum.

De regeling opgenomen in huidige bijlage wordt jaarlijks stilzwijgend verlengd, behoudens in geval van herziening van huidige regeling door middel van een nieuwe overeenkomst tussen medische raad en ziekenhuisbeheer in de zin van artikel 155 Ziekenhuiswet. Huidig addendum vervalt evenwel in elk geval op het ogenblik dat het addendum aan de algemene overeenkomst d.d. 1 april 2015 definitief afloopt.

De percentages die in huidige bijlage worden vastgesteld, gelden onverminderd de mogelijkheid om op basis en in uitvoering van de eerste bijlage bij het addendum "Paasakkoord" d.d. 1 september

2015 een bijkomend percentage op te leggen aan de artsen of financiële poolen die in het jaar 2015 te weinig zouden hebben afgestaan conform artikel 3 van de eerste bijlage bij het addendum "Paasakkoord".

Artikel 1: de veralgemeende centrale inning

Vanaf 1 juli 2016 worden alle prestaties verricht in het ziekenhuis via de centrale inning geïnd conform artikel 2 en artikel 3, lid 1 en 2 van het reglement centrale inning.

De facturatie en inning gebeurt door het ziekenhuis. Het verdere beheer en de verdeling van de erelonen verloopt via de vzw Vereniging der Artsen.

De vzw Vereniging der Artsen kan de nodige controles uitvoeren op de correctheid en volledigheid van de facturatie en inning door de dienst centrale inning en door de artsen.

Artikel 2: Centrale inningskost (art. 155, §2 Ziekenhuiswet)

De afhouding ter dekking van de kosten voor de centrale inning van de erelonen wordt bepaald op 1,60% van de bruto centraal geïnde erelonen.

Artikel 3: Kosten veroorzaakt door medische prestaties (art. 155, §1, 3° Ziekenhuiswet)

Overeenkomstig art. 155, §1, 3° Ziekenhuiswet en in uitvoering van art. 2 van het addendum "Paasakkoord" wordt voor de kosten veroorzaakt door medische prestaties die niet door het BFM



worden gedekt en die door de vzw Vereniging der Artsen worden beheerd, een afhouding van 1,10% doorgevoerd.

Dit percentage wordt toegepast op het bedrag van de bruto centraal geïnde erelonen:

- voor de prestaties mbt de ge(dag)hospitaliseerde



en in uitvoering van art. 2 van het addendum "Paasakkoord" wordt tevens een afhouding doorgevoerd op de erelonen voor de prestaties in het ziekenhuis voor de verwezenlijking van maatregelen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen, zoals hierna bepaald.

- Art. 4.1: Voor de artsen die een afzonderlijke overeenkomst met het ziekenhuis hebben op basis waarvan een bepaald bedrag dient te worden gestort in het reservefonds², hetwelk uiterlijk 10 april 2016 zal worden geïntegreerd in het EIS-fonds, geldt de volgende regeling:

Er wordt voor alle prestaties een definitief percentage afgehouden van 1,10% op de bruto centraal geïnde erelonen van de arts of de financiële pool³.

²Op het moment van ondertekening van het addendum zijn dit de volgende diensten: Medische beeldvorming, Nefrologie en dialyse, Laboratoria voor klinische biologie en Revalidatie en fysiotherapie.

³De helft van deze afhouding (0,55%) wordt finaal verrekend met de netto-honoraria die de betreffende arts of financiële pool ontvangt conform de afzonderlijke overeenkomst die deze heeft met het ziekenhuis.

patiënten en de door de wet gelijkgestelde patiënten vanaf 1 januari 2016;

- voor de ambulante prestaties van de diensten Medische beeldvorming, Nefrologie en dialyse, Laboratoria voor klinische biologie en Revalidatie en fysiotherapie, vanaf 1 januari 2016;

- voor de ambulante prestaties van de overige diensten vanaf 1 juli 2016.

Artikel 4: Kosten veroorzaakt door medische prestaties en medische investeringen (art. 155, §1, 4° Ziekenhuiswet)

Overeenkomstig art. 155, §1, 4° Ziekenhuiswet

- Art. 4.2: Voor de artsen die niet (meer) onder de regeling van artikel 4.1 vallen, geldt volgende regeling:

1. De afdrachten die onder dit artikel vallen, worden niet berekend op basis van de bruto centraal geïnde erelonen, maar wel op basis van de netto centraal geïnde erelonen.

De netto centraal geïnde erelonen worden berekend door de bruto centraal geïnde erelonen te verminderen met een kostenpercentage van 5%, 15%, 30% of 45%, al naar gelang van de kostengroep waarin de arts of de financiële pool wordt ingedeeld.

Alle artsen of financiële poolen zullen dus worden ingedeeld in ofwel de kostengroep 5%, de kostengroep 15%, de kostengroep 30%, dan wel de kostengroep 45%.

Deze indeling gebeurt op basis van de kosten die de artsen dragen voor hun medische activiteit binnen het ziekenhuis en die aan de vzw Vereniging der Artsen worden aangegeven volgens de limitatieve lijst "aanvaarde kosten en investeringen" (zie bijlage 1, hierna verkort "de kostenlijst") overeenkomstig de procedure hierna vermeld.

Elke arts of financiële pool van artsen maakt de kostenlijst voor het jaar 2015, geattesteerd door een accountant, vóór 30 april 2016 over aan de vzw Vereniging der Artsen.

De arts of financiële pool wordt ingedeeld in de kostengroep die het dichtst aansluit bij de reële kosten van de arts of financiële pool. Indien de reële kosten net tussen twee kostengroepen in liggen (bv. 22,5%), dan wordt de arts of financiële pool ingedeeld in de voor hem meest voordelige kostengroep. Indien de arts of financiële pool geen of foutieve gegevens heeft meegedeeld, dan wordt de betrokken arts of financiële pool automatisch ingedeeld bij de laagste kostengroep 5%.

De arts kan aangaande diens indeling bij een bepaalde kostengroep jaarlijks voor 31 december een verzoek tot herziening indienen bij de vzw Vereniging der Artsen. Indien de arts of financiële pool op basis van een nieuwe kostenlijst kan aantonen dat diens werkelijke kostenpercentage meer dan 8% afwijkt van de groep waarin de arts of financiële pool werd ingedeeld, wordt deze, na verificatie van de aangegeven kostenlijst door de vzw Vereniging der Artsen, vanaf het daarop volgende jaar ingedeeld in een andere kostengroep.

De concrete indeling in de kostengroepen zal, na goedkeuring van de lijst door de vzw Vereniging der Artsen, aan elke arts of financiële pool individueel worden gecommuniceerd.

De vzw Vereniging der Artsen kan jaarlijks steekproeven houden om te onderzoeken of de arts of financiële pool nog wel in de juiste kostengroep is ingedeeld. Indien blijkt dat dit

niet het geval is, wordt de arts of financiële pool hierover ingelicht ten laatste één maand na de datum waarop de steekproef werd uitgevoerd. De arts of financiële pool heeft dan 3 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, wordt de arts of financiële pool desgevallend ingedeeld in een andere kostengroep.

2. Er wordt voor de prestaties voor ge(dag) — hospitaliseerde of de wettelijk gelijkgestelde patiënten een definitief percentage afgehouden van 5,6% op de netto centraal geïnde erelonen (behalve de ereloonsupplementen > 100%) van de arts of de financiële pool;
3. Er wordt voor de ambulante prestaties een definitief percentage afgehouden van 1% op de netto centraal geïnde erelonen (behalve de ereloonsupplementen > 100%) van de arts of de financiële pool, maar dit slechts met ingang vanaf 1 juli 2016;
4. Er wordt op de ereloonsupplementen boven de 100% een definitief percentage afgehouden van 29%.

Artikel 5: Afhouding bevorderingsfonds

De afhoudingen zoals voorzien in artikel 18.4.2 van de Algemene Overeenkomst ziekenhuis geneesheren voor het bevorderingsfonds blijven afgeschaft. De eventueel nog aanwezige gelden in het Geneeskundig Bevorderingsfonds dienen verder te worden besteed overeenkomstig de bepalingen van artikel 18.4.2.



BIJLAGE 3 D.D. 20 MEI 2019 BIJ HET ADDENDUM INZAKE HET PAASAKKOORD

Deze bijlage wordt opgesteld in uitvoering van het addendum d.d. 1 april 2015 aan de algemene overeenkomst ziekenhuis-geneesheren inzake het financieel statuut van de geneesheren van het AZ Maria Middelaars van 03.05.99 (hierna verkort: "Addendum Paasakkoord").

Deze Bijlage 3 bevat een aanvulling aan de Bijlage 2 dd. 8 maart 2016 bij het Addendum Paasakkoord (hierna verkort: "Bijlage 2"). Behalve de aanvulling opgenomen in huidige Bijlage 3, blijft de Bijlage 2 integraal van toepassing.

Voorgaande heeft tot gevolg dat huidige Bijlage 3 onlosmakelijk verbonden is met Bijlage 2. De regeling opgenomen in huidige Bijlage 3 wordt net als de regeling uit Bijlage 2 jaarlijks stilzwijgend verlengd, behoudens in geval van herziening



van de regeling door middel van een nieuwe overeenkomst tussen de medische raad en de ziekenhuisbeheerder in de zin van artikel 155 Ziekenhuiswet. Huidige Bijlage 3 vervalt in elk geval op het ogenblik dat het Addendum Paasakkoord definitief afloopt.

Artikel 1: Kosten veroorzaakt door medische prestaties en medische investeringen (art. 155, §1, 4° Ziekenhuiswet: principe van afdrachten)

Overeenkomstig art. 155, §1, 4° Ziekenhuiswet en in uitvoering van art. 2 Addendum Paasakkoord wordt een afhouding doorgevoerd op de erelonen voor de verwezenlijking van de maatregelen om de medische activiteit in stand te houden of te bevorderen.

De afdrachten die de artsen hiervoor dienen te doen op hun prestaties worden vastgelegd in art. 4 Bijlage 2.

Artikel 2: Aanvulling artikel 4 van de Bijlage 2

Artikel 4 van Bijlage 2 blijft onverkort van toepassing, maar wordt door middel van huidige Bijlage 3 aangevuld.

De aanvulling situeert zich ten aanzien van de afdrachten die worden voorzien in artikel 4.2.3 van Bijlage 2, dat voorziet dat er voor de ambulante prestaties van de artsen die niet onder de regeling van artikel 4.1 Bijlage 2 vallen, een definitief percentage wordt afgehouden van 1% op de netto centraal geïnde erelonen (behalve de

ereloonsupplementen > 100%) van de arts of de financiële pool.

Voor bepaalde prestaties die worden uitgevoerd in ambulante setting, wordt door middel van huidige Bijlage 3 een regeling ingevoerd afwijkend van deze in artikel 4.2.3 Bijlage 2.

Er wordt een artikel 4.3 gecreëerd dat stelt: "In afwijking van artikel 4.2.3 van Bijlage 2, geldt voor de ambulante technische prestaties

(dus niet voor de zuivere consultaties cfr. artikel 2 Nomenclatuur) die worden uitgevoerd in de volgende lokalen/klinieken, gekend onder de benaming "cluster 7":

- Pijnkliniek
- Uro-kliniek
- Gastro-entero unit (GEU)
- Chirurgisch behandellokalen (CBL)
- Multi-D lokaal
- Stomatologie (kleine ingrepen)
- Oftalmologie (kleine ingrepen)

dat er een definitief percentage wordt afgehouden van 5,6% op de netto centraal geïnde erelonen (behalve de ereloonsupplementen >100%) van de arts of de financiële pool.

Op de zuivere consultatie-activiteiten (art. 2 Nomenclatuur) die in deze lokalen/klinieken worden uitgevoerd, blijft artikel 4.2.3 Bijlage 2 bij het addendum Paasakkoord (afdracht van 1%), onverkort van toepassing."

Artikel 3: Inwerkingtreding

Huidige Bijlage 3 is van toepassing op de prestaties die vanaf 1 januari 2019 worden uitgevoerd.

ADDENDUM 3: OPRICHTING EIS-FONDS

Artikel 18.1. Derde bolletje van de algemene overeenkomst ziekenhuis-geneesheren over het finan-

cieel statuut van de artsen wordt vervangen door: "de afdrachten in het kader van artikel 155, §1, 3° en 4° ziekenhuiswet".

Daarnaast wordt artikel 18.4 van de algemene overeenkomst ziekenhuis-geneesheren inzake het financieel statuut van de artsen vervangen door onderstaande:

Artikel 18.4. Het EIS-fonds

18.4.1 Finaliteit van het EIS-fonds

18.4.1.1 Het EIS-fonds ('exploitatie – investeringen – solidariteit') wordt opgericht met het oog op het financieren van een aantal kosten en investeringen die in ziekenhuiscontext moeten worden gemaakt en die niet door het BFM of door andere financieringsbronnen gedekt worden.

Het betreft meer bepaald:

- de maatregelen die moeten worden genomen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen (artikel 155, §1, 4° ziekenhuiswet);
- dekking van bepaalde kosten veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het BFM worden vergoed (artikel 155, §1, 3° ziekenhuiswet).

18.4.1.2 Het EIS-fonds zal o.m. worden aangewend voor medische investeringen die de kwaliteit van de zorgverlening in stand houden of verhogen, voor

solidariteit bij kosten en investeringen gelinkt aan de medische activiteit en voor de kosten en investeringen die de algemene exploitatie van het ziekenhuis ten goede komen zoals in de huidige overeenkomst is bepaald.

18.4.1.3 Dit fonds wordt gezamenlijk beheerd door de medische raad en de raad van bestuur. Het fonds mag niet worden aangewend voor andere doeleinden dan degenen omschreven in de huidige overeenkomst.

18.4.1.4 Huidige overeenkomst en de oprichting van het EIS-fonds gelden onverminderd de bepalingen in de ziekenhuiswet betreffende de afhoudingen op de artsenhonoraria en de besteding ervan, onder meer omschreven in artikel 155 van de ziekenhuiswet.

18.4.2 Duur en inwerkingtreding

Het EIS-fonds wordt opgericht voor onbepaalde duur en dit met ingang vanaf de datum van ondertekening van huidige overeenkomst. Huidig addendum kan enkel worden opgezegd of gewijzigd in consensus tussen de medische raad en de raad van bestuur.

Afdrachten zullen overeenkomstig art. 18.4.4 verrekend worden in de begroting van het EIS-fonds voor boekjaar 2017.

18.4.3 Financiële bronnen van het EIS-fonds

18.4.3.1 De afhoudingen voor en aanwendungen van het EIS-fonds worden toegewezen aan een afzonderlijke kostenplaats in de boekhouding van het ziekenhuis.

18.4.3.2 Het EIS-fonds kent de volgende structurele financieringsbronnen:

A. Vanuit de artsenhonoraria

1. De procentuele afhouding die kan worden voorzien op de erelonen van de artsen overeenkomstig artikel 155, §1, 3° en 4° ziekenhuiswet. De vaststelling van het afhoudingspercentage gebeurt in onderling overleg tussen de raad van bestuur en de medische raad.
Op het ogenblik van de opstart van het EIS-fonds werden deze bijdragen bepaald in bijlage 2 bij het addendum aan de algemene overeenkomst ziekenhuis-geneesheren inzake het financieel statuut van de artsen d.d. 8 maart 2016 (hierna: "bijdrage afhoudingen artsen").
2. Per boekjaar de bijdrage van de diensten klinische biologie, radiologie, revalidatie en fysiotherapie, nierdialyse en anatomopathologie aan de ziekenhuisfinanciën waarbij de bijdrage per dienst vastgesteld wordt op basis van de toepasselijke financiële regeling tussen de desbetreffende dienst en het ziekenhuis (hierna: "bijdrage diensten onder contract").

3. Indien daarenboven met bepaalde artsen bijkomende financiële regelingen worden getroffen die afhoudingen voor zien in het kader van artikel 155, §1, 3^o en/ of 4^o van de ziekenhuiswet, worden ook deze afhoudingen toebedeeld aan het EIS-fonds, behoudens andersluidend akkoord tussen de raad van bestuur en de medische raad (hierna: "specifieke bijdrage"). Dergelijke financiële regelingen komen steeds tot stand in onderling overleg tussen de raad van bestuur en de medische raad.

B. Vanuit het ziekenhuis

Het aandeel van de forfaitaire vergoeding voor medische uitrusting in het totaal van de forfaitaire vergoedingen die het ziekenhuis gedurende het boekjaar via het budget van financiële middelen ontvangt voor roerende investeringen en groot onderhoud (hierna: "forfait medische uitrusting").

18.4.4 Besteding van en besluitvorming over het EIS-fonds

18.4.4.1 De middelen uit het EIS-fonds worden besteed volgens de hierna volgende bepalingen en jaarlijks gedocumenteerd bij de opmaak van de begroting van het ziekenhuis en beslist bij afsluiting van de boekhouding van het ziekenhuis.

Zij kunnen enkel worden aangewend voor:

1. De instandhouding of de bevordering van de medische activiteit in het ziekenhuis (= medische beleidsmaatregelen) (artikel 155, §1, 4^o van de ziekenhuiswet) en dit voor zover deze niet onder het toepassingsgebied van artikel 155, §1, 3e van de ziekenhuiswet vallen:

- investeringen in medische uitrusting, met inbegrip van onderhoud of andere aan de investering gelieerde operationele kosten;
- financiële ondersteuning van medische diensten verbonden aan het ziekenhuis;
- financiële ondersteuning van ziekenhuis- of ondersteunende diensten van het ziekenhuis;
- materiële ondersteuning van medische diensten verbonden aan het ziekenhuis;
- ondersteuning en uitbouw van de poliklinische activiteiten in het ziekenhuis;
- opstart of continuering van medische projecten;
- innovatie en onderzoek;
- optimalisering van de samenwerking tussen medische diensten verbonden aan het ziekenhuis;
- verbetering van de medische samenwerking met andere ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk van het ziekenhuis;
- verbetering van de medische samenwerking met andere zorgaanbieders die deel uitmaken van het netwerk van het ziekenhuis;

- terugbetalingen in het kader van artikel 151 van de ziekenhuiswet (referentiebedragen).

Hiertoe wordt er per boekjaar een budget voor medische beleidsmaatregelen samengesteld dat overeenstemt met (1) de bijdrage afhouding artsen, (2) het forfait medische uitrusting, (3) een som die het equivalent is van één derde van de bijdrage van de diensten onder contract en (4) in voorkomend geval de specifieke bijdrages.

2. Ter dekking van de kosten veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het budget van financiële middelen worden vergoed (=exploitatiekosten) (art. 155, §1, 3^o van de ziekenhuiswet). Exploitatiekosten zijn kosten gelinkt aan medische prestaties die niet direct toewijsbaar zijn aan een individuele arts of dienst .



Hiertoe wordt per boekjaar het equivalent van twee derde van de bijdrage van de diensten onder contract gebruikt om exploitatiekosten van het ziekenhuis die onvoldoende gefinancierd zijn via het budget van financiële middelen te bekostigen met het oog op het behalen van de 1% winstdoelstelling van het ziekenhuis.

i. Besluitvorming

18.4.4.2 Jaarlijks wordt bij consensus tussen de medische raad en de raad van bestuur beslist over de begroting en over de aanwending van de gelden uit het EIS-fonds die beschikbaar zijn voor medische beleidsmaatregelen. Wat de gelden betreft die worden aangewend voor de exploitatiekosten wordt bij opmaak van de begroting transparantie geboden aan de medische raad en wordt de besteding post factum gemotiveerd.

Dit besluit wordt jaarlijks gedocumenteerd bij de opmaak van de begroting van het ziekenhuis.

18.4.4.3 De beslissingen worden voorbereid in het EIS-comité, dat paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de raad van bestuur en van de medische raad.

Het EIS-comité heeft tot doel een advies te formuleren over de aanwendingen van de middelen van het EIS-fonds. Dit advies wordt voorgelegd aan respectievelijk het bestuur en de medische raad die

daar via gewone meerderheid een beslissing over nemen. Elke beslissing houdt steeds rekening met de huidige en toekomstige kosten die aanvragen tot een tussenkomst in het kader van medische beleidsmaatregelen voor het EIS-fonds met zich meebrengen. Indien niet anders wordt beslist, wordt de totaliteit van deze kosten toegerekend aan het jaar waar de aanvraag tot financiering via het EIS-fonds betrekking op heeft.

De samenstelling en werking van het EIS-comité, alsook de aanvraagprocedure, worden verder geregeld in een huishoudelijk reglement.

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

18.4.4.5 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 medische raad en de raad van bestuur. Indien één van beiden niet kan instemmen met het advies van het EIS-comité, kan het EIS-fonds hiervoor niet worden gebruikt en dient er opnieuw advies ingewonnen te worden bij het EIS-comité.

ii. Financiering

18.4.4.6 Er zal periodiek geëvalueerd worden of de vastgestelde afhoudingspercentages in overeenstemming zijn met de behoeftes die via het EIS-fonds moeten gefinancierd worden. Indien blijkt dat

de voor de medische en medisch-technische diensten in voege zijnde afhoudingspercentages waarvan sprake in art. 18.4.3.2, A, 1e aangepast moeten worden, zullen zij, in die mate dat zij het EIS-fonds spijzen, allen pondspondsgewijs verhoogd of verlaagd worden. Dit gebeurt steeds in consensus tussen de medische raad en de raad van bestuur.

18.4.4.7 In zoverre bij de afsluiting van het boekjaar zou blijken dat de financiële middelen van het EIS-fonds de behoeften – voortspuitend uit door de medische raad en de raad van bestuur goedgekeurde en uitgevoerde medische beleidsmaatregelen over een bepaald jaar – zouden overtreffen, zullen deze middelen in het EIS-fonds blijven en worden overgedragen naar het daaropvolgend jaar. In het omgekeerde geval zal de budgetoverschrijding afgetrokken worden van het budget voor medische beleidsmaatregelen van het komende jaar. In zoverre bij de afsluiting van het boekjaar zou blijken dat de financiële middelen in het EIS-fonds ter compensatie van kosten die onvoldoende gefinancierd zijn via het budget van financiële middelen de desbetreffende reële kosten over een bepaald jaar zouden overtreffen, zullen deze middelen in het EIS-fonds blijven en worden overgedragen naar het budget voor medisch beleid voor het daaropvolgend jaar.

In het geval van een overschot of een tekort van minimum 15% van de totale middelen van het EIS-fonds zal er worden nagegaan in hoeverre de op dat ogenblik geldende afhoudingspercentages dienen te worden aangepast aan de reële behoefte in consensus tussen de raad van bestuur en de medische raad.

iii. Responsabilisering

18.4.4.8 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 gezegde ziekenhuisarts of dienst in de bedoelde investering, waarvan de hoegrootheid door het EIS-comité wordt bepaald.

Voor bepaalde aankopen die gedeeltelijk honorariumgenererend zijn of die voor de betrokken dienst tot een besparing kunnen leiden, kan door het EIS-comité voorgesteld worden dat de dienst zelf een gedeelte van de aankoop dient te financieren.

BIJLAGE 1 ADDENDUM INZAKE OPRICHTING EIS-FONDS

Onder artikel 18.4.3.2.A wordt een punt 4. toegevoegd als volgt:

De zogenaamde 'resthonoraria' die overeenkomstig de Wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele zorg via de centrale inning worden geïnd, en die volgens hun N-nummer toekomen aan in het ziekenhuis niet-voorkomende zorgverstrekkers.

Onder artikel 18.4.4.1.1 worden volgende punten toegevoegd onderaan de oplistings van de toepassingsmodaliteiten van het EIS-fonds met het oog op de instandhouding of de bevordering van de medische activiteit in het ziekenhuis (= medische beleidsmaatregelen) (artikel 155,§1,3° ZHW):

- (gedeeltelijk) tegemoet te komen aan aanvragen van artsen die kunnen aantonen dat de verhouding tussen de door hen uitgevoerde medische prestaties en de door de overheid voorziene vergoeding niet correct is (owv de regeling laagvariabele zorg, dan wel om andere redenen).
- 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.

ADDENDUM 4: HUISHOUDELIJK REGLEMENT MEDISCHE RAAD

1. DOEL

Huidig huishoudelijk reglement heeft tot doel de werking van de medische raad te optimaliseren en te formaliseren.

Hierbij dienen de ziekenhuiswet en het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 als minimumkader. Aangezien de medische raad tevens fungeert als raad van bestuur van de vzw Vereniging der artsen van het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaars (KBO 0422.948.308) primeren de statutaire bepalingen van de vzw, alsook de bepalingen uit de V&S-wet op huidig huishoudelijk reglement.

2. OVERZICHT

2.1 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.

Wanneer een lid van de medische raad het vraagt, is de voorzitter verplicht om de medische raad bijeen te roepen op de aangewezen dag en het aangewe-

zen 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.

B. De vaststelling van de agenda

De voorzitter stelt de agenda vast.

Elk lid van de medische raad kan de voorzitter schriftelijk verzoeken om 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. De oproeping gebeurt in principe elektronisch (wat wordt beschouwd als "schriftelijk en aan huis").

De agenda en de samenvattende notulen zullen tevens tijdig elektronisch beschikbaar worden gesteld aan alle ziekenhuisartsen, leden van de algemene vergadering van de Vereniging der artsen.

2.2 DE AANWEZIGHEID OP DE VERGADERING

A. Aanwezigheidsquorum

De medische raad kan niet rechtsgeldig vergaderen, indien niet de meerderheid van de leden aanwezig is.

B. Volmachten

Een lid van de medische raad kan zich niet door een volmacht laten vertegenwoordigen.

C. Afwezigheid voorzitter/secretaris

Bij afwezigheid van de secretaris neemt het jongste aanwezige lid van de medische raad diens functie over.

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.

D. Horen van derden

§1 De medische raad kan op zijn vergaderingen uitnodigen:

- 1° de hoofddarts/medisch directeur;
- 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.

§2 Worden op hun verzoek door de medische raad gehoord:

- 1° de hoofddarts/medisch directeur 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 ziekenhuisartsen, 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.

E. 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.

In elk geval dient elke afwezigheid steeds op voorhand 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 voorafgaande verwittiging herhaalde malen afwezig is, ontvangt het betreffende lid, op voorstel van de medische raad, een melding van de voorzitter van de medische raad.

Wanneer een lid drie meldingen heeft ontvangen, verbindt het betreffende lid zich ertoe om zelf zijn ontslag uit de medische raad aan te bieden.



2.3. 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.

B. Volmachten

Er kan niet bij volmacht worden gestemd.

C. Belangenconflicten

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 het betreffende lid zich vrijwillig terug te trekken. Het betreffende lid kan desgevallend gehoord worden, maar neemt niet 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 tijdig, gemotiveerd en schriftelijk ter kennis te brengen van de medische raad.



Vervolgens zal de medische raad stemmen over de vraag of er daadwerkelijk sprake is van een belangenconflict. Er wordt gestemd bij volstrekte 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. het specifieke punt waarop het belangenconflict betrekking heeft.

D. Vereiste meerderheid

Elk besluit wordt bij volstrekte meerderheid van de aanwezige leden genomen.

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 volstrekte 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.

2.4. 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 zijn steeds gemotiveerd.

Bij het advies wordt de uitslag van de stemming (anoniem) gevoegd.

2.5. 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 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 worden elektronisch ter beschikking gesteld van de ziekenhuisartsen.

2.6. TERUGKOPPELING NAAR DE ALGEMENE VERGADERING VAN ZIEKENHUISARTSEN

A. 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.

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.

B. 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 ziekenhuisartsen, wordt de ziekenhuisbeheerder hiervan op de hoogte gebracht en wordt in hun vervanging voorzien overeenkomstig

de desbetreffende bepalingen uit het KB van 10 augustus 1987.

De ontslagnemenden leden van de medische raad blijven in functie tot wanneer de aanstelling van hun opvolgers heeft plaatsgehad. Zij behandelen enkel nog dringende adviesvragen.

2.7. DISCRETIE EN VERTROUWELIJKHEID

De leden van de medische raad verbinden zich ertoe om de gegevens 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 of informatie niet aan derden bezorgen, noch rechtstreeks noch onrechtstreeks, zonder de voorafgaande toestemming van de andere leden, behoudens in de gevallen waar zulks krachtens de wettelijke of reglementaire voorschriften zou vereist zijn.

2.8. 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.

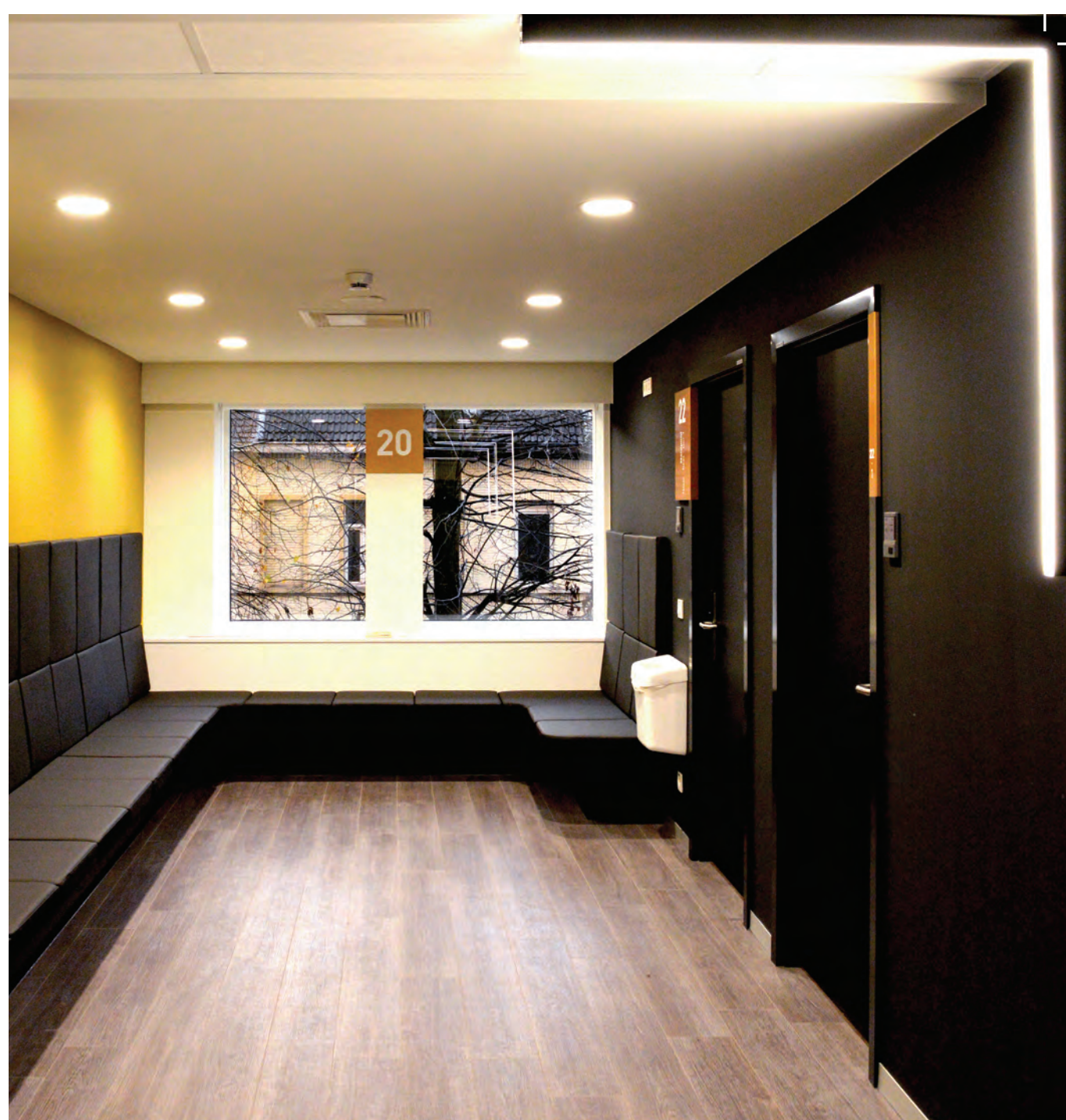
2.9. WIJZIGINGEN

In het 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 de stemmen;
- het gewijzigde huishoudelijke reglement wordt meegedeeld aan de ziekenhuisartsen en als bijlage toegevoegd aan de algemene regeling.

2.10. INVOEGTREDING

Dit addendum trad in werking op 5 juli 2017.



ADDENDUM 5: FINANCIEEL STATUUT VAN DE GENEESHEREN M.B.T. PRESTATIES LAAGVARIABELE ZORG

Dit addendum kadert in de uitvoering van 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'), dewelke beiden in werking zijn getreden op 1 januari 2019.

Huidige regeling is steeds ondergeschikt aan de genoemde wetgeving, incl. de eventuele wetwijzigingen en haar uitvoeringsbesluiten.

Artikel 1: Primaire verdeling

De honoraria begrepen in het globaal prospectief bedrag worden aan de artsen en andere

zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het instituut en onverminderd de toepassing van de Algemene en Financiële regeling van het ziekenhuis, evenals haar addenda, onverminderd het hierna bepaalde.

Artikel 2: Voorschotregeling

Er wordt voor de betaling van de prestaties laagvariabele zorg gewerkt met een voorschotregeling:

- Alle prestaties worden geregistreerd en gedeclareerd door de ziekenhuisarts;
- Als voorschot worden alle gedeclareerde bedragen geteld 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 op per arts waarvoor een prospectief honorarium onder LVZ werd gefactureerd (= aangerekend aan nul euro, betaald als voorschot volgens de nomenclatuurwaarde) versus de primaire verdeling (bedrag per rechthebbende arts cfr. de RIZIV verdeling). Het saldo wordt geregulariseerd met de uitbetaling van de honoraria van ten laatste december (zowel in plus als min).

Artikel 3: Niet rechtstreeks toewijsbare honoraria

De bedragen, die overeenkomstig de nationale verdeling op basis van hun N-nummer/ 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 arts in het betrokken jaar gelinkt aan een patiëntengroep zoals gedefinieerd in het KB LVZ.

Deze 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 arts of -op vraag van de geassocieerde artsen- op niveau van de artsenpool waarbij een verhoudingsgewijze verdeling gebeurt van de forfaitaire bedragen toegekend via de LVZ:

- overeenkomstig de effectief verrichte prestaties in het betrokken jaar (op basis van de geattesteerde nomenclatuur (waarde 0 euro) van de betrokken artsen)
- gelinkt aan een patiëntengroep cf. het KB LVZ.

Artikel 4: Resthonoraria

De honoraria, toegekend voor de patiëntengroepen onder de laagvariabele zorg, die volgens hun N nummer/nomenclatuur toekomen aan in het ziekenhuis niet-voorkomende zorgverstrekkers, worden integraal toegewezen aan het EIS-fonds.



Artikel 5: Ereloonsupplementen

Conform de Wet LVZ geldt als berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen zoals voorzien in de Algemene Regeling en haar addenda de honorariumwaarde van de verstrekkingen die effectief werden verricht en waarvoor effectief supplementen worden gevraagd.

Hierbij geldt als wettelijke restrictie dat de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen niet hoger mag liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, dan wel een wettelijk bepaald percentage van dit bedrag. In 2019 mag de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen maximaal 115% van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag zijn.

Indien er ereloonsupplementen worden aangerekend op de prestaties laagvariabele zorg, worden volgende principes toegepast:

- Indien de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen het wettelijk toegestane (percentage van het) honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag niet overschrijdt, worden de ereloonsupplementen berekend op basis van de nomenclatuurwaarde van de door de respectievelijke artsen aangerekende prestaties;
- Indien de berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen het wettelijk toegestane (percentage van het) honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag wel overschrijdt, worden de waarden van de door de respectievelijke artsen gedeclareerde nomenclatuur pro rata verminderd zodat de totale berekeningsbasis voor de supplementen wordt herleid tot (het wettelijk maximaal toegestane percentage van het) honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag.

Artikel 6: Afdrachten

De afdrachten zoals vastgelegd in de algemene/ financiële regeling, en haar addenda zijn integraal van toepassing op de honoraria laagvariabele zorg.

Artikel 7: Inwerkingtreding

Huidig Addendum 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 tem 31 december 2019).

Indien er voor het aflopen van de bepaalde duur geen nieuwe regeling wordt overeengekomen tussen de raad van bestuur en de medische raad aangaande één of meerdere principes opgenomen in huidig, wordt huidige regeling telkens stilzwijgend verlengd voor een periode van één jaar.

Partijen engageren zich om huidig addendum telkens te evalueren in geval van belangrijke wijzigingen in de regelgeving en richtlijnen met betrekking tot de financiering van de laagvariabele zorg.

ADDENDUM 6:

STATUUT EN TAAKINHOUD VAN DE GENEESHEER-DIENSTHOOFD

In afwijking van art. 5.3.1 kan de raad van beheer een arts die nog geen drie jaar vast stafid is benoemen als geneesheer-diensthooft voor zover het permanent overlegcomité hiermee akkoord gaat.

Reglement centrale inning

8

Artikel 1: Definities

1.1. In dit reglement hebben onderstaande termen de volgende betekenis:

- Ziekenhuis: vzw AZ Maria Middelaes
- VDA: vzw Vereniging der Artsen
- Artsen: de artsen werkzaam in het ziekenhuis en hun vennootschap/maatschap waar zij hun medische activiteit hebben ingebracht
- POC: paritair overlegcomité (art. 142 ziekenhuiswet)
- Verzekeringsinstellingen: mutualiteiten, hospitalisatieverzekeringen, private verzekeraars, fonds arbeidsongevallen
- Extern ziekenhuis: elk ziekenhuis waar AZ Maria Middelaes 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 17.4 van de algemene regeling en artikel 149 van de Ziekenhuiswet en vervangt alle eerdere overeenkomsten of reglementen met betrekking tot de centrale inning.

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 en de polikliniek van het ziekenhuis en het Medisch Centrum Maria Middelaes te Gentbrugge met betrekking tot de niet-gehospitaliseerde patiënten centraal geïnd.

2.3. De medische raad mandateert het Ziekenhuis 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 het Ziekenhuis 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 maatregelen 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 zal 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 Ziekenhuis & 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 exclusief 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 betreffende jaar. Indien afgeboekte vorderingen alsnog (gedeeltelijk) geïnd geraken, worden zij als opbrengst toegewezen aan de 1/3-2/3-regeling, 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 rechthebbenden, 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 op dat moment bestaande conventionele afspraak tussen artsen en ziekenhuis.

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 facturiemaand. 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 POC.

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 facturiemaand 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 art. 1.4.1, 1.4.6 en

1.4.7 van 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 BTW⁴ zal de behandelende arts het ziekenhuis hiervan op de hoogte brengen, zodat de facturatie BTW-conform kan verlopen.

⁴vb. 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. Het 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. 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.

7.3. 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 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 cashflow⁵ en geldmiddelen zijn om de vervallen leningen te voldoen, m.a.w. als de dekkingsratio van de cashflow kleiner is dan 1 en de beschikbare geldbeleggingen en liquide middelen ontoereikend zijn om deze situatie structureel op te vangen.

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.

7.4. 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.

⁵te 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)



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 11 december 2017.

Dit reglement wordt vastgesteld in consensus tussen vzw AZ Maria Middelaars, de vzw Vereniging der Artsen en de medische raad van de vzw AZ Maria Middelaars.

Personele unie

AZ Maria Middelaes -
Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze



9

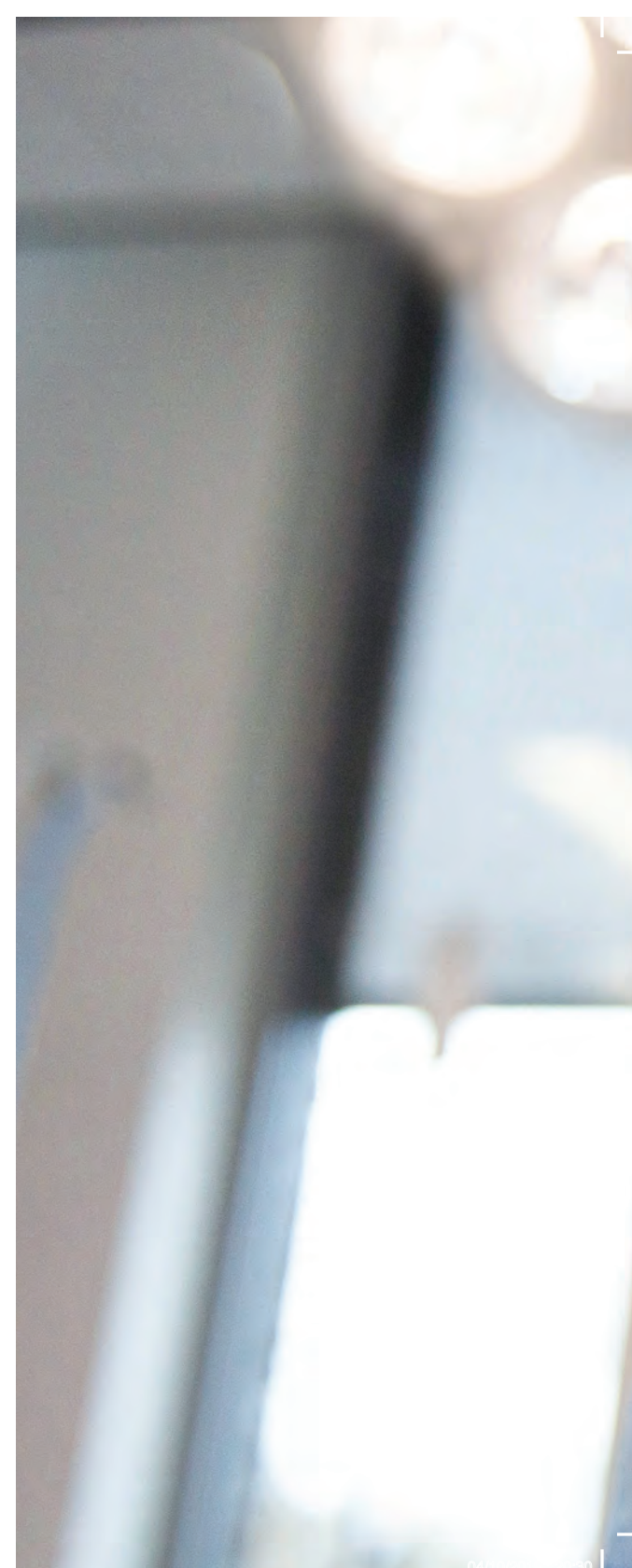
Eind februari 2017 beslisten de raden van bestuur van ons ziekenhuis en van het Sint-Vincentiusziekenhuis van Deinze om onze samenwerking verder vorm te geven aan de hand van een 'personele unie'. Dat betekent concreet dat beide ziekenhuizen sinds 28 juni 2017 bestuurd worden door één raad van bestuur, bestaande uit dezelfde bestuurders. Bij de start werden de raden van bestuur paritair samengesteld. De directies, medische raden, ondernemingsraden en andere verplichte comités blijven per ziekenhuis behouden.

ZIEKENHUISOVERSCHRIJDENDE ASSOCIATIES

De samenwerking tussen onze ziekenhuizen werd versterkt met een aantal ziekenhuisoverschrijdende artsenassociaties (voor o.a. cardiologie, pneumologie, urologie, maag- en darmziekten, klinische biologie, anatomopathologie ...). Dat houdt in dat de artsen van deze specialismen op beide sites actief zijn en ook de wachtdiensten delen. Uiteraard helpen ze elkaar ook door de uitwisseling van informatie en expertise in wetenschappelijk overleg.

VOORBEREIDING TOT ÉÉN GEZAMENLIJK ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER

Sinds 2018 werkt het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze met het elektronisch patiëntendossier Synops dat door ons ziekenhuis werd ontwikkeld.





Vzw E17-
ziekenhuis-
netwerk



E17
ziekenhuis
netwerk

10

10.1. PARTNERS E17-ZIEKENHUISNETWERK

In 2015 kreeg het E17-ziekenhuisnetwerk gestalte in zijn meest prille vorm en inmiddels bestaat het netwerk al uit zeven partners:

- AZ Glorieux Ronse
- AZ Groeninge Kortrijk
- AZ Maria Middelaes Gent
- AZ Sint-Elisabeth Zottegem
- O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem
- Sint-Jozefskliniek Izegem
- Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze

10.2. DOELSTELLING

De doelstelling van het E17-ziekenhuisnetwerk is: De uitbouw van het meest efficiënte, kwaliteitsvol en innovatief Vlaams ziekenhuisnetwerk in het belang van de patiënt, in samenwerking met andere zorgactoren i.h.b. de universitaire ziekenhuizen Gent en Leuven, de industrie (gespecialiseerd in medische technologie, medische hulpmiddelen en/of geneesmiddelen,...) en de overheid.

10.3. 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 (zie 10.3).

10.3.1. NETWERKCOMITÉ

In het netwerkcomité komen de voorzitters van de raden van bestuur, de voorzitters van de medische raden, de algemeen en de medisch directeurs samen. Ze rapporteren over hun werkzaamheden en komen zo tot een coherent beleid voor het E17-ziekenhuisnetwerk.

10.3.2. GOVERNANCE COMITÉ

Dit comité is samengesteld uit de voorzitters van de raden van bestuur van de vijf netwerkziekenhuizen en wordt voorgezeten door onze onafhankelijke netwerkvoorzitter. Het biedt met een strategische helikopterblik ondersteuning bij het afstemmen van medische en beleidsmatige thema's. Sinds de oprichting van de vzw wordt deze functie opgenomen door het bestuursorgaan.

10.3.3. CEO-COMITÉ

Dit comité met de CEO's bereidt beleidsbeslissingen voor en geeft na beslissing opdracht tot uitvoering ervan. Hiervoor werden ook een aantal werkgroepen opgestart. Het CEO-comité neemt tevens het dagelijks bestuur van de vzw op zich.

10.3.4. MEDISCH COMITÉ

De medisch directeurs en voorzitters van de medische raad van elk ziekenhuis bespreken hier de medische topics die het E17-ziekenhuisnetwerk aanbelangen en vervult op die manier een scharnierfunctie tussen het collega van hoofdartsen en de netwerk medische raad.

10.4. STATUTEN E17-ZIEKENHUISNETWERK

1. Naam, zetel, doel, duur

Artikel 1.

De vereniging wordt opgericht als een entiteit met rechtspersoonlijkheid, meer in het bijzonder als een vereniging zonder winstoogmerk zoals omschreven in het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen.

Artikel 2.

De vereniging zonder winstoogmerk draagt de naam 'E17- Ziekenhuisnetwerk'.

Artikel 3.

De zetel van de vereniging zonder winstoogmerk is gevestigd in het Vlaams Gewest.

Artikel 4.

4.1. De vereniging heeft tot doel als zelfstandige entiteit de samenwerking tussen de leden van de vereniging te bevorderen en de beheers- en exploitatiekosten van de dienstverlening die elk van haar leden biedt te rationaliseren en te verminderen.

4.2. De vereniging stelt zich tevens tot doel een erkenning te bekomen als locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk op basis van de specifieke regelgeving ter zake door haar concrete werking, zorgopdrachten en overlegstructuren te organiseren conform de criteria in deze regelgeving.

4.3. De vereniging 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.

4.4. De vereniging mag ook op bijkomstige wijze zekere economische activiteiten uitoefenen op voorwaarde dat de opbrengst daarvan uitsluitend besteed wordt aan het hoofdoel.

4.5. Indien de vereniging haar diensten ook aan niet-leden verleent, zullen de diensten verricht aan haar leden steeds het overwegend deel van haar activiteit uitmaken.

Artikel 5.

De vereniging zonder winstoogmerk is voor **onbepaalde** duur opgericht.

2. Leden van de vereniging

De vereniging kent leden en toegetreden leden.

Sectie I. – Leden

Artikel 6.

6.1. De leden van de vereniging zijn de leden met alle rechten zoals omschreven voor de leden in het Wetboek van Venootschappen en Verenigingen.

6.2. Enkel rechtspersonen die door de bevoegde overheid erkend zijn als algemeen ziekenhuis kunnen lid zijn.

6.3. Het aantal stichtende leden bestaat uit de volgende rechtspersonen:

- AZ Maria Middelaes, Gent, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;
- AZ Groeninge, Kortrijk, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;
- AZ Sint-Elisabeth, Zottegem, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;
- O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis, Waregem, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;



- Sint-Jozefskliniek, Izegem, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;
- Sint-Vincentiusziekenhuis, Deinze, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;
- Werken Glorieux, vertegenwoordigd door 2 bestuurders;



Artikel 7.

Nieuwe leden van de vereniging dienen aanvaard te worden door het Bestuursorgaan. Op deze vergadering is minstens twee derden van de leden van het Bestuursorgaan aanwezig of vertegenwoordigd. De beslissing wordt genomen met unanimititeit van de aanwezige of vertegenwoordigde stemmen.

Artikel 8.

De leden van de vereniging zijn een jaarlijks lidgeld verschuldigd om de basiswerking van de vereniging zonder winstoogmerk te bekostigen. Dit lidgeld wordt vastgesteld door het Bestuursorgaan. De leden van de vereniging zetten zich in voor de vereniging met hun bekwaamheid en toewijding.

Artikel 9.

De leden van de vereniging zijn vrij zich op ieder ogenblik uit de vereniging terug te trekken door schriftelijk hun ontslag te geven aan de voorzitter van het Bestuursorgaan. De opzegtermijn bedraagt minstens twee jaar tenzij anders wordt overeengekomen. De opzeg gaat pas in nadat een regeling is getroffen over de eventuele medische, zorgkundige, operationele en financiële gevolgen die de terugtrekking met zich meebrengt.

Artikel 10.

Als een lid in strijd handelt met de doeleinden van de vereniging zonder winstoogmerk of het verschuldigde lidgeld niet betaalt, kan het lidmaatschap, op voorstel van het Bestuursorgaan of op verzoek van minstens 2 leden van de vereniging, worden beëindigd. Deze beëindiging gebeurt, na het lid gehoord te hebben, door een besluit van de algemene vergadering, waar- op minstens twee derde van alle leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn, en waarbij voor de beslissing unanimititeit van

de aanwezige leden en vertegenwoordigde stemmen vereist is.

Artikel 11.

De ontslagnemende of uitgesloten leden kunnen geen enkel recht laten gelden op de goederen. Zij kunnen geen aanspraken maken op de terugbetaling van bijdragen of toelagen die gestort werden. In geen geval kunnen zij inzage, mededeling of afschrift van rekeningen, verzegeling van de goederen van de vereniging of het opmaken van een boedelbeschrijving bekomen.

Sectie I. — Toegetreden leden

Artikel 12.

12.1. De toegetreden leden zijn de derden zoals omschreven in artikel 9:3 § 2 van het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen. Hun rechten en plichten worden uitsluitend bepaald door deze statuten.

12.2. Enkel rechtspersonen die zorg aanbieden en structureel samenwerken met één of meerdere leden van de vereniging kunnen door het Bestuursorgaan aanvaard worden als toegetreden lid.

12.3. De toegetreden leden van de vereniging zijn een jaarlijks lidgeld verschuldigd om de basiswerking van de vereniging zonder winstoogmerk mee



te helpen bekostigen. Dit lidgeld wordt vastgesteld door het Bestuursorgaan.

12.4. Het Bestuursorgaan beslist op welke ondersteuning een toegetreden lid recht heeft.

12.5. Toegetreden leden maken geen deel uit van de algemene vergadering en zijn er niet in vertegenwoordigd.

12.6. Artikels 8, 9, 10 en 11 zijn van overeenkomstige toepassing.

3. Algemene vergadering

Artikel 13.

13.1. De algemene vergadering is samengesteld uit de vaste vertegenwoordigers van de ziekenhuizen die lid zijn van de vereniging. Elk ziekenhuis kan twee vaste vertegenwoordigers, natuurlijke personen, aanduiden die lid moeten zijn van een beheersorgaan in het ziekenhuis dat zij vertegenwoordigen.

13.2. Alle leden van de algemene vergadering hebben gelijk stemrecht. Elk lid heeft één stem. Een lid mag zich door een ander lid laten vertegenwoordigen, die echter over niet meer dan één volmacht mag beschikken. Indien de voorzitter van het Bestuursorgaan van de vereniging geen gemandateerde is van een lid van de vereniging, dan maakt hij van rechtswege deel uit van de algemene vergadering.

13.3. Waarnemers kunnen uitgenodigd worden om de algemene vergadering bij te wonen.

Artikel 14.

Tot haar exclusieve bevoegdheden behoren:

1. wijziging van de statuten van de vereniging
2. benoeming en afzetting van de bestuurders en de bepaling van hun bezoldiging ingeval een bezoldiging wordt toegekend;
3. benoeming en afzetting van de commissaris en het bepalen van diens bezoldiging
4. kwijting aan de bestuurders en de commissaris, alsook in voorkomend geval het instellen van de verenigingsvordering tegen de bestuurders en de commissarissen;
5. goedkeuring van begroting en jaarrekening
6. uitsluiting van leden
7. vrijwillige ontbinding van de vereniging
8. omzetting van de vzw in een ivzw, een coöperatieve vennootschap erkend als sociale onderneming of in een erkende coöperatieve vennootschap sociale onderneming;
9. om een inbreng om niet van een algemeenheid te doen of te aanvaarden;
10. in alle andere gevallen waarin de wet of de statuten dat vereisen.

Artikel 15.

15.1. De algemene vergadering wordt ten minste eenmaal per jaar gehouden in de loop van het eerste semester van elk boekjaar voor het goedkeuren van de jaarrekening van het afgelopen boek-

jaar en van de begrotingen voor het volgend jaar.

15.2. Een buitengewone vergadering kan gehouden worden telkens als het belang van de vereniging het eist. Zij moet gehouden worden op verzoek van de voorzitter van het Bestuursorgaan en/of twee leden van de vereniging.

15.3. Elke oproeping tot een algemene vergadering dient hetzij schriftelijk, hetzij per post, per fax of per e-mail, te gebeuren ten minste 15 dagen op voorhand. Zij dient de handtekening te bevatten van de voorzitter van het Bestuursorgaan of van twee bestuurders.

Artikel 16.

16.1. De vergadering wordt voorgezeten door de voorzitter van het Bestuursorgaan. In geval van

afwezigheid van de voorzitter, wordt deze vervangen door de ondervoorzitter; in geval van afwezigheid van deze laatste, door de oudste van de aanwezige bestuurders.

16.2. Om op een geldige manier te beraadslagen moet minstens de helft van de leden van de algemene vergadering aanwezig of vertegenwoordigd zijn, behalve wanneer het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen of de statuten dit anders voorzien.

Beslissingen worden genomen bij meerderheid van twee/derde van de stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden, behalve wanneer het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen of de statuten dit anders voorzien.

Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend. Bij staking van de stemmen wordt het voorstel geacht verworpen te zijn.

16.3. De stemming zal geheim zijn als de helft van de aanwezigen hierom verzoekt of als het om persoonsgebonden materies gaat.

Artikel 17.

Er worden notulen opgesteld en bewaard in een notulenregister dat ter inzage is van de leden die hun inzagerecht uitoefenen overeenkomstig de bij Koninklijk Besluit vastgelegde modaliteiten.

4. Bestuursorgaan

Artikel 18.

18.1. De vereniging wordt bestuurd door een Bestuursorgaan, waarvan het aantal leden minstens het wettelijk minimum bedraagt.

18.2. Elk lid van de vereniging heeft het recht op voordracht van drie kandidaat- bestuurders van de vereniging voor één bestuursmandaat en streeft bij selectie van haar kandidaten naar een mix van expertise en representativiteit. Deze kandidaten zijn tevens lid van een beheersorgaan van het ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen.

18.3. Er kunnen ook onafhankelijke bestuurders aangesteld worden. Dit zijn personen die in geen enkel lid van de vereniging een functie uitoefenen. Het aantal onafhankelijke bestuurders bedraagt maximaal één derde van het totaal aantal leden van het Bestuursorgaan.

18.4. Minstens één derde van de bestuurders beschikt over expertise in gezondheidszorg en minstens één bestuurder heeft ervaring als arts, doch zonder ziekenhuisarts te zijn in één van de ziekenhuizen die lid zijn van de vereniging.

18.5. De leden van het Bestuursorgaan worden benoemd door de algemene vergadering voor een termijn van vier jaar. Ze zijn onmiddellijk herbenoembaar.



222

18.6. Het Bestuursorgaan kiest uit zijn leden een voorzitter, een ondervoorzitter, een secretaris.

18.7. De algemene vergadering kan de bestuurders op elk moment ontslaan. Hun opdracht eindigt door het verstrijken van hun mandaat en eveneens door ontslag of afzetting, verlies van lidmaatschap, door het beëindigen van het mandaat in het ziekenhuis waarvan de bestuurder de vertegenwoordiger is of door herroeping van de voordracht door het Bestuursorgaan van het ziekenhuis dat men vertegenwoordigt. Indien het mandaat voortijdig eindigt omwille van één van de hiervoor opgesomde redenen, voorziet de algemene vergadering in de vervanging van deze bestuurder voor de rest van de termijn. Tot zolang in de vervanging van een bestuurder niet is voorzien, oefenen de overige bestuurders de volledige bevoegdheden van het Bestuursorgaan uit.

18.8. De algemene vergadering kan de bestuurders een vergoeding of bezoldiging toekennen en het bedrag daarvan bepalen.

Artikel 19.

19.1. Het Bestuursorgaan is bevoegd om alle handelingen van intern bestuur te verrichten die nodig of dienstig zijn tot het verwezenlijken van het doel van de vereniging zonder winstoogmerk, met uitzondering van die handelingen waarvoor de algemene vergadering exclusief bevoegd is.

19.2. Onverminderd de verplichtingen die voortvloeien uit collegiaal bestuur kunnen de bestuurders de taken onder elkaar verdelen. Zodanige verdeling van taken kan aan derden niet worden tegengeworpen, zelfs niet nadat ze zijn openbaar gemaakt.

19.3. Het Bestuursorgaan vertegenwoordigt als college de vereniging zonder winstoogmerk in alle handelingen in en buiten rechte. Voor alle handelingen die vallen buiten het dagelijks bestuur, inbegrepen de beschikkingsdaden, is de gezamenlijke handtekening van twee bestuurders vereist en voldoende opdat de vereniging geldig vertegenwoordigd zou zijn.

Artikel 20.

20.1. Het Bestuursorgaan vergadert op bijeenroeping van de voorzitter of twee bestuurders of twee leden van het dagelijks bestuur, minstens viermaal per jaar. Elke oproeping dient schriftelijk, hetzij per post, per fax of per e-mail, te gebeuren ten minste acht dagen op voorhand.

20.2. Het Bestuursorgaan wordt voorgezeten door de voorzitter. In geval van afwezigheid van de voorzitter, wordt deze vervangen door de ondervoorzitter; in geval van afwezigheid van deze laatste, door de oudste van de aanwezige bestuurders.

20.3. Het Bestuursorgaan kan slechts geldig beraadslagen bij aanwezigheid van minstens de helft van zijn leden. Een bestuurder mag zich door

een andere bestuurder laten vertegenwoordigen. Deze vertegenwoordiger mag echter over niet meer dan één volmacht beschikken. Een bestuurder in de zin van artikel 18 §2 kan zich tevens laten vertegenwoordigen door een andere persoon die voldoet aan de voorwaarden zoals geformuleerd in de laatste zin van artikel 18 §2. Zijn niet de helft van de bestuurders aanwezig of vertegenwoordigd, dan wordt een nieuwe vergadering belegd met dezelfde dagorde.

20.4. De besluiten worden in consensus genomen. Indien er geen consensus wordt bereikt, roept de voorzitter een nieuwe vergadering bijeen waarbij met een meerderheid van minstens twee derde van de stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde bestuurders, behoudens andersluidende meerderheden in de wet op de ziekenhuizen, wordt beslist. Ongeldige stemmen en onthoudingen worden niet meegerekend. Bij staking van de stemmen wordt het voorstel geacht verworpen te zijn evenals in geval van een stemming over een regionaal zorgstrategisch plan waarbij een bestuurder in de zin van artikel 18 §2 wiens ziekenhuis door het desbetreffende regionaal zorgstrategisch plan is gevat tegen het voorstel stemt.

20.5. De stemming zal geheim zijn als de helft van de aanwezigen hierom verzoekt of als het om persoonsgebonden materies gaat.

20.6. Er worden notulen opgesteld en ondertekend door de voorzitter en de secretaris, bewaard in een

notulenregister dat er inzage zal zijn van de leden die hun inzagerecht zullen uitoefenen overeenkomstig de in artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 26 juni 2003 vastgelegde modaliteiten.

20.7. Waarnemers kunnen uitgenodigd worden om het Bestuursorgaan bij te wonen.

Artikel 21.

Indien een bestuurder of het lid van de vereniging dat hij vertegenwoordigt, rechtstreeks of onrechtstreeks, een belang van vermogensrechtelijke aard heeft dat strijdig is met een beslissing of een verrichting die tot de bevoegdheid behoort van het Bestuursorgaan, moet hij dit meedelen aan de andere bestuurders voordat het Bestuursorgaan een besluit neemt. Dit wordt steeds in het verslag genotuleerd. De bestuurder met het tegenstrijdige belang verwijderd zich uit de vergadering en onthoudt zich van de beraadslaging en de stemming over de aangelegenheid waarop het betrekking heeft.

Artikel 22.

22.1. Het Bestuursorgaan geeft het dagelijks bestuur van de vereniging met gebruik van de maatschappelijke handtekening aan het college van algemeen directeurs van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het El7-Ziekenhuisnetwerk (CEO-

comité). De voorzitter van het CEO-comité woont de vergaderingen van het Bestuursorgaan bij maar beschikt niet over stemrecht.

22.2. Indien van deze mogelijkheid gebruik gemaakt wordt, moet worden gespecificeerd of deze personen alleen of gezamenlijk of als college kunnen handelen en dit zowel wat het intern dagelijks bestuur als de externe vertegenwoordigingsmacht voor dat dagelijks bestuur betreft.

22.3. De benoeming van de personen belast met het dagelijks bestuur en hun ambtsbeëindiging wordt openbaar gemaakt door neerlegging in het verenigingsdossier van de rechtbank van koophandel, en van een uittreksel daarvan bestemd om in de Bijlagen bij de Belgisch Staatsblad te worden bekendgemaakt.

Artikel 23.

De bestuurders en dagelijks bestuurders nemen geen persoonlijke verplichtingen op zich betreffende de verbintenissen van de vereniging. Zij zijn op zich verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun mandaat. De goedkeuring van de rekening door de algemene vergadering van de vereniging geldt tevens als ontlasting voor de leden van het Bestuursorgaan.



5. Begroting en jaarrekening

Artikel 24.

Het boekjaar loopt van 1 januari tot 31 december. Elk jaar, ten laatste zes maanden na de afsluiting van het boekjaar, wordt de jaarrekening van het lopend boekjaar afgesloten en wordt de begroting opgemaakt voor het volgend boekjaar. Beide worden onderworpen aan de goedkeuring van de gewone algemene vergadering.



Artikel 25.

De controle op de financiële toestand, op de jaarrekening en op de regelmatigheid van de verrichtingen wordt aan een commissaris opgedragen. De commissaris wordt benoemd door de algemene vergadering voor een termijn van vier jaar.

6. Ontbinding

Artikel 26.

In geval van ontbinding over dewelke de algemene

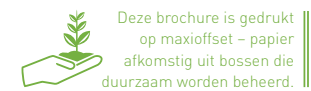
vergadering, overeenkomstig de bepalingen van het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen moet beslissen, zal het maatschappelijk bezit overgemaakt worden aan de leden volgens een vooraf goedgekeurde verdeelsleutel.

Artikel 27.

Voor al hetgeen in deze statuten en in het reglement van inwendige orde niet is voorzien, zal gehandeld worden overeenkomstig het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen.

SLOT- EN OVERGANGSBEPALINGEN

1. Voor alle aangelegenheden die niet uitdrukkelijk door deze statuten worden geregeld, zijn de bepalingen van toepassing van het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen.
2. De **zetel van de vereniging** is gevestigd te 9800 Deinze (Astene), Emiel Clauslaan 121.



Deze brochure is gedrukt
op maxioffset – papier
afkomstig uit bossen die
duurzaam worden beheerd.

Versie 3 van het charter deugdelijk bestuur
zoals laatst bijgewerkt op 3 oktober 2019

Verantwoordelijke uitgever:
Christophe Mouton

Alle rechten voorbehouden. Niets uit
deze uitgave mag worden veeleelvoudigd,
opgeslagen in een geautomatiseerd ge-
gevensbestand of openbaar gemaakt, in
enige vorm of op enige wijze, hetzij elek-
tronisch, mechanisch, door fotokopieën,
opnamen of op enig andere manier, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming
van AZ Maria Middelaes.

Foto's:
LLOX Architecten & AZ Maria Middelaes
