KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

Viola Verbelen

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

2013-2015

Inhoud

Dankwoord....3

Abstract....4

Inleiding....5

1 Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek: samenwerkingsmodellen en contracten....7

1.1 Inleiding: 7

1.2 Methode: 7

1.3 Resultaten: 8

1.3.1 Resultaten per bron: 8

1.3.2 Resultaten per thema: 9

1.4 Bespreking en besluit: 11

1.5 Conclusie....13

2 Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek: inhoudelijke punten van het associatiecontract. 14

2.1 Inleiding: 14

2.2 Methode: 14

2.3 Resultaten: 15

2.3.1 Resultaten per bron: 15

2.3.2 Resultaten per thema: 15

2.4 Bespreking en besluit: 20

2.4.1 Missie en visie:....20

2.4.2 Inhoudelijke aspecten van het contract:....20

2.5 Conclusie....23

3 Hoofdstuk 3: Peilen naar de verwachtingen van huisartsen aangaande associatiecontracten. ...24

3.1 Inleiding 24

3.2 Methode 24

3.2.1 Opstellen vragenlijst 24

3.2.2 Rekruteren deelnemers 24

3.2.3 Afnemen vragenlijst....25

3.2.4 Coderen van de resultaten 25

3.2.5 Conventional Content Analysis....25

3.3 Resultaten 25

3.3.1 Studiepopulatie 25

3.3.2 Zoeken naar nieuwe associé 26

3.3.3 Verwachtingen associatie....26

3.3.4 Missie en visie....27
3.3.5 Vorm van samenwerking....28
3.3.6 Proefperiode....29
3.3.7 Instapsom....29
3.3.8 Deelnemen in de kosten....30
3.3.9 Deelnemen in de inkomsten....31
3.3.10 Management....31
3.3.11 Werkuren en afwezigheden....32
3.3.12 Uitstappen....32
3.3.13 Voorbereid zijn op het associatiecontract....33
3.4 Bespreking....34
3.4.1 Studiepopulatie....34
3.4.2 Methode....34
3.4.3 Zoeken naar nieuwe associé....35
3.4.4 Verwachtingen associatie....35
3.4.5 Missie en visie....36
3.4.6 Vorm van samenwerking....36
3.4.7 Proefperiode....36
3.4.8 Instapsom....37
3.4.9 Deelnemen in de kosten....37
3.4.10 Deelnemen in de inkomsten....37
3.4.11 Management....37
3.4.12 Werkuren en afwezigheden....38
3.4.13 Uitstappen en uitstapsom....38
3.4.14 Voorbereid zijn op het associatiecontract....39
3.5 Conclusie....39
4 Discussie....41
5 Bibliografie:....42
6 Bijlage....45

Dankwoord

Hierbij wil ik allen bedanken die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire, voor alle advies en begeleiding. Verder wil ik alle deelnemers aan de interviews bedanken voor de spontane inzet en openhartige antwoorden tijdens de interviews. Dank aan Mvr. Rita Cuypers om de weg te wijzen in deze materie. Tot slot wil ik nog graag mijn praktijkopleiders bedanken voor de steun bij de praktische uitwerking van de thesis.

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

2013-2015

Abstract

Titel: "Associatiecontracten tussen huisartsen: Wat zijn de verwachtingen?"
HAIO: Viola Verbelen
KU Leuven
Promotor: Jan De Lepeleire
PO: Lieve op' t Roodt en Inge Gobin
Contact: violaverbelen@hotmail.com

Context: Meer dan één vierde van de voltijds werkende huisartsen in België werkt momenteel in een groepspraktijk. Dit aantal zal vermoedelijk nog stijgen. Bij samenwerking tussen huisartsen is een degelijk associatiecontract een noodzakelijke basis voor een langdurige samenwerking. Vaak is het moeilijk een goede match te vinden tussen artsen die een associé zoeken en jonge artsen die een vestiging in een associatie beogen.

Onderzoeksvragen:
1. Welke samenwerkingsmodellen en contracten zijn mogelijk tussen huisartsen?
2. Welke inhoudelijke punten zijn belangrijk bij een associatiecontract?
3. Wat verwachten de artsen die een associé zoeken op contractueel niveau van de samenwerking en van de toekomstige collega?

Methode: De eerste twee onderzoeksvragen werden beantwoord na een literatuurstudie. De materie van associatiecontracten maakte het noodzakelijk het onderwerp te benaderen zowel via een zoektocht in de medische literatuur als in de juridische literatuur. Voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag werd er een kwalitatieve studie opgezet waarbij semigestructureerde interviews werden uitgevoerd bij 9 HAIO's (HuisArtsen In Opleiding) en 9 gevestigde artsen met een actieve associatiewens. De analyse van de gegevens verliep via de methode van de "conventional content analysis".

Resultaten: De losse samenwerking, de kosten delende samenwerking en de integrale samenwerking zijn de drie meest voorkomende modellen van samenwerking tussen huisartsen. Zowel een burgerlijke als een professionele vennootschap kunnen dienen als juridische onderbouw voor deze modellen. De belangrijkste onderwerpen voor de inhoud van het associatiecontract zijn: proefperiode, instapsom, management, deelnemen in de kosten, pooling van de inkomsten, werkuren, vakantie en afwezigheden. In de resultaten van de interviews valt vooral op dat HAIO's en gevestigde artsen grotendeels hetzelfde verwachten van de toekomstige samenwerking en het bijhorende contract. Er is vraag naar informatie en begeleiding rond associatievorming.

Conclusies: Verschillen in verwachtingen over associaties zijn waarschijnlijk niet de reden waarom huisartsen soms moeilijk een associé vinden onder de pas afgestudeerde artsen. Huisartsen verwachten van een associatie vooral de mogelijkheid tot overleg en een goede balans tussen privéleven en werk. Artsen die veel moeilijkheden ervaren met het vinden van een associé, dreigen hun visie te laten varen. Juridisch advies bij het opstellen van het contract wordt aangeraden. De meeste huisartsen willen veel uren werken en tegelijkertijd hun privé leven afschermen. Om het beroep aantrekkelijk te houden moet deze afscherming voldoende aandacht krijgen. De begeleiding voor associatievorming die reeds bestaat blijkt onvoldoende bekend.

Trefwoorden: Samenwerking, associatie, associatiecontract, huisartsen.

Inleiding

Deze thesis onderzoekt de essentiële elementen van samenwerkingscontracten tussen huisartsen. Zowel de vorm als de inhoud van een dergelijk contract worden onder de loep genomen. Bij samenwerking tussen huisartsen is een degelijk associatiecontract, waar alle partijen zich in kunnen vinden, een noodzakelijke basis voor een langdurige samenwerking. Om ook een beeld te scheppen van hoe artsen dit samenwerkingscontract in de realiteit zouden willen invullen, wordt er een onderzoek gevoerd naar hun verwachtingen hierover.

Men zegt dat er een huisartsentekort dreigt in België. Dat is niet altijd duidelijk. In België werden in 2012 door het Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 29,2 huisartsen per 10000 inwoners opgemeten.[1] Wanneer we deze cijfers vergelijken met die in de buurlanden, is er in België geen absoluut huisartsentekort.[2] Toch wordt er volgens het RIZIV stilaan een kritiek punt bereikt.[3] Door de toenemende complexiteit van de huisartsentaak ontstaat er wel een relatief tekort aan huisartsen.[2] Een mogelijke oplossing voor dit probleem is het optrekken van het aantal actieve huisartsen, het laten samenwerken van huisartsen of het delegeren van huisartsentaken naar ondersteunend personeel.[2] We verwachten dus een tendens te zien in de richting van meer groepspraktijken. Exacte gegevens over een dergelijke evolutie zijn moeilijk terug te vinden. Hoewel alle artsenassociaties hun contract moeten voorleggen aan de Orde van Geneesheren, blijkt deze bij navraag niet te beschikken over de informatie over het huidige aantal solopraktijken, groepspraktijken of andere samenwerkingsverbanden. Ook het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt niet over gegevens die deze evolutie aantonen. Vanuit het Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) zijn er gegevens die een dergelijke evolutie niet bewijzen, maar die wel een sterke indicatie geven.[3] In 2009 was 27% van de huisartsen actief in een groepspraktijk. Wanneer dit gegeven wordt uitgezet per leeftijdscategorie zien we dat in de groep jonger dan 35 jaar 64% in een groepspraktijk werkzaam is. In de groep 55-64 jaar is dit slechts 19%.[3] Dit verschil zou kunnen wijzen op een evolutie in de richting van meer groepspraktijken. Verdere opvolging van de gegevens is hiervoor noodzakelijk. In totaal werkte één vierde van de 8642 voltijds werkende en erkende huisartsen in 2009 in groepsverband.[3] Dit maakt dat het opstellen van een associatiecontract voor veel huisartsen gedurende hun loopbaan ooit van toepassing zal zijn.

Bijkomend merken we op dat er huisartsen zijn, die erg lang moeten zoeken voordat zij een geschikte collega vinden. Het huisartsentekort kan daar voor een deel verantwoordelijk worden gesteld. Toch haken geïnteresseerden soms ook af omwille van onverenigbare verwachtingen. Hoe kan het dat de afstuderende huisartsen en de gevestigde artsen elkaar niet vinden? Verwachten zij hetzelfde van de samenwerking?

Deze thesis heeft als doel de lezer te helpen bij associatievorming, meer bepaald bij het opstellen van het associatiecontract. Door een overzicht te geven van de belangrijkste aspecten van een samenwerkingscontract, hopen we de lezer te informeren over de keuzes die hij kan maken. Deze keuzes hebben natuurlijk ook hun implicaties. Het is best de eigen wensen te formuleren voor je op zoek gaat naar een nieuwe associé, zodat het duidelijk is waar je voor staat. Iedere praktijk genereert een unieke situatie. Een typecontract is dus zelden toepasbaar. Toch wil deze thesis ook een antwoord geven op de vraag wat gangbare normen en redelijke eisen zijn. Eigen wensen zijn goed, maar om een associé te vinden, moeten ze natuurlijk nog aansluiten op het verwachtingspatroon van een ander.

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

2013-2015

In de huisartsgeneeskundige literatuur is er al heel wat verschenen over professionele samenwerking tussen artsen en over praktijkmanagement, ook over hoe je een succesvolle associatie tot stand brengt.[4] Over het eigenlijke contract, dat de samenwerkingsaspecten vastlegt, wordt er weinig informatie gegeven. Toch is het een belangrijk aspect van de associatie dat het welbevinden van de leden op lange termijn kan bepalen. Het legt de kostenverdelingssleutel vast, de inkoop- of uitgangsvergoeding, de manier waarop de infrastructuur wordt beheerd, …

Dit brengt ons tot onze eigenlijke onderzoeksvragen:

1. Welke samenwerkingsmodellen en contracten zijn mogelijk tussen huisartsen?

2. Welke inhoudelijke punten zijn belangrijk bij een associatiecontract?

3. Wat verwachten de artsen die een associé zoeken op contractueel niveau van de samenwerking en van de toekomstige collega?

De eerste twee vragen worden beantwoord aan de hand van de resultaten van een uitgebreid literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 1 en 2). De resultaten van deze literatuurstudie zullen gebruikt worden om de derde onderzoeksvraag te benaderen. Deze onderzoeksvraag beslaat zowel gevestigde huisartsen die een associatie willen starten of uitbreiden als startende artsen die in een associatie willen instappen (zie hoofdstuk 3). Het zijn immers allemaal artsen die op zoek zijn naar een andere collega om een associatie mee aan te gaan.

1 Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek: samenwerkingsmodellen en contracten.

1.1 Inleiding:

Als arts samenwerken met collega's kan op verschillende manieren en integratieniveaus. De diepte van integratie van samenwerking in de dagelijkse praktijk speelt een grote rol. Ze bepaalt hoeveel invloed een associé kan hebben op je dagelijks functioneren als arts. In dit hoofdstuk komen de basistypes van samenwerking aan bod, alsook de mogelijke juridische structuren per basistype. In de bespreking van de resultaten wordt aangehaald wat de implicaties voor de dagelijkse praktijk zijn van deze juridische structuren.

Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de eerste onderzoeksvraag: "Welke samenwerkingsmodellen en contracten zijn mogelijk tussen huisartsen?"

1.2 Methode:

Via www.pubmed.com werd er gestart met de zoektocht in de literatuur. Er werden naar publicatiedatum geen limieten gesteld. Alle types van artikels werden onderzocht. In de MeSH database waren er 382 resultaten terug te vinden via de MeSH-termen "General Practitioners/legislation and jurisprudence", "General Practitioners/organization and administration" en "General Practitioners". Verdere specificatie met de MeSH-termen "partner", "partner/associate" of "partner/collaborate" gaven geen bruikbare resultaten. Om die eerste resultaten te verfijnen werden ook de MeSH-termen "association", "collaboration", "interprofessional relations" of "group practice" afzonderlijk toegevoegd. Dit gaf respectievelijk 15, 14, 9 en 4 resultaten.

Gezien artsen voor het grootste deel zelfstandigen zijn en dit meestal als vrij beroep doen, werd er gezocht naar informatie over associaties in de vrije beroepen. Dit werd bereikt via de website van de Unie van Zelfstandige Ondernemers (UNIZO) (www.unizo.be). Via UNIZO zijn we op het "Handboek voor vrije beroepen: samenwerken in associatie" uitgekomen.[5] Via het zoektraject van de arts als vrij beroep zijn we ook via Jura (een juridische databank en zoekmachine) gaan zoeken met als zoektermen "associaties" en "artsen". Daar hebben we één thesis weerhouden en twee Koninklijke besluiten. Verder op het juridische traject hebben we ook de wetboeken aangaande vennootschapsrecht, inkomstenbelasting en verenigingen geraadpleegd.

Een andere bron was het archief van Huisarts Nu, waar via de zoekterm "samenwerking", "associatie" werd gezocht. Dit leverde drie relevante artikels op die we hebben weerhouden. In het archief van de Masterproeven van Huisartsen in Opleiding via de Webstek van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) werden geen thesissen gevonden met betrekking tot het onderwerp van deze thesis.

Als laatste werd nog de code van de Geneeskundige Plichtenleer onder de loep genomen. Daarvan waren twee hoofdstukken van toepassing op dit onderwerp, namelijk hoofdstuk III en IV van Titel IV van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Via het Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren was er toegang tot de adviezen die de Raad in het verleden heeft gegeven. Twee adviezen werden weerhouden.

1.3 Resultaten:

De resultatensectie geeft vooreerst weer vanuit welke bron ieder stuk informatie werd bekomen. Vervolgens worden de gevonden resultaten per onderwerp samengevat weergegeven. Eerst komen de verschillende samenwerkingsvormen komen aan bod waarna de juridische mogelijkheden per vorm zullen worden uitgediept.

1.3.1 Resultaten per bron:

De zoekmethode hierboven beschreven via Pubmed leverde respectievelijk 15, 14, 9 en 4 resultaten op. Geen enkel resultaat was van toepassing op dit onderwerp.

Het "Handboek voor vrije beroepen: samenwerken in associatie" van de Federatie van Vrije en Intellectuele beroepen gaf veel informatie over de basisbegrippen van professionele samenwerking.[5] De types van samenwerking werden verklaard alsook hun praktische implicaties. De juridische vormen en hun specificaties waren in dit handboek duidelijk beschreven.

De zoekactie via *Jura* leverde één relevante thesis op: "Het vrij beroep in vennootschapsverband: notarissen, advocaten en geneesheren".[6] Deze bevatte de gelijke thema's als het voorafgaand beschreven handboek, hoewel meer uitgebreid. De thesis omvatte meer informatie over de juridische vereisten van samenwerkingsverbanden en contracten.

Via Jura werden ook twee Koninklijke besluiten gevonden die weerhouden werden. Het Koninklijk besluit betreffende de groepspraktijken van huisartsen en het Koninklijk besluit betreffende de associaties en samenwerkingsverbanden van artsen.[7-8] Deze Koninklijke besluiten gaven de informatie wat volgens de wet een samenwerkingsverband of associatie tussen artsen inhoudt en wat de wettelijke bepalingen daaromtrent zijn.

De wetboeken aangaande vennootschapsrecht, inkomstenbelasting en verenigingen werden geraadpleegd en verschaften informatie rond de wettelijke voorwaarden van de verschillende vennootschapsvormen. Gezien de puur juridische natuur van deze bronnen, was deze informatie te specialistisch om veel bij te dragen aan deze thesis.

De drie artikels van Huisarts Nu gaven informatie over samenwerken bij huisartsen.[4, 9-10] Ze beschreven bijvoorbeeld de opinies van huisartsen over samenwerkingsverbanden en associaties of gaven informatie over de factoren die het succes van een samenwerking bepalen. Ook het belang van een gemeenschappelijke missie en visie werd hier geïllustreerd.

Als laatste bespreken we hoofdstuk III en IV van Titel IV van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Deze code stelt de deontologische bepalingen vast betreffende de professionele samenwerking tussen artsen. Bij de adviezen van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren werd er een advies aangaande het territoriaal niet-concurrentiebeding in een associatieovereenkomst weerhouden.[11] Het gaf informatie aangaande de deontologie van het vestigingsverbod. Een tweede advies betrof de deontologische beschouwingen omtrent in- en uittredingsvergoedingen in een associatie of vennootschap.[12]

Wat uit bovenstaande literatuur weerhouden werd, wordt inhoudelijk besproken en samengevat in het volgende onderdeel van deze thesis: de resultaten per onderwerp.

1.3.2 Resultaten per thema:

1.3.2.1 *Samenwerkingsvormen en hun kenmerken*

1.3.2.1.1 Losse samenwerking:

De losse samenwerking is een weinig juridisch onderbouwd model. Het baseert zich op wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van dienstverlening.[5] Er is enkel samenwerking wanneer er een noodzaak toe is. Een occasionele gezamenlijke aankoop hoort hierbij tot de opties.[5] De artsen werken ieder in het eigen kabinet. Als voorbeelden kunnen we hier de HASAV (huisartsensamenwerkingsverband) geven of een doorverwijzing naar een collega.[9] Er is vaak enkel sprake van een mondelinge overeenkomst. Een schriftelijk contract wordt bij deze samenwerkingsvorm zelden gebruikt.

1.3.2.1.2 Kosten delend samenwerken:

In een kosten delende samenwerking werkt ieder onafhankelijk voor de eigen patiëntenpopulatie. De dossiers worden niet gedeeld. De werkingskosten worden wel samengelegd en volgens een vaste verdeelsleutel onder de leden verdeeld.[13]

1.3.2.1.3 Integraal samenwerken:

De artsen treden naar buiten als een groepspraktijk. De gelijkwaardigheid van de collega's is van groot belang. Alle dossiers worden gedeeld en de zorg voor de patiënten wordt samen opgenomen.[5] Dit gebeurt uiteraard met het respecteren van de vrije artsenkeuze van de patiënt die de Orde van Geneesheren oplegt.[14] De kosten worden verdeeld naargelang de vastgelegde verdeelsleutel.[13] De inkomsten kunnen ofwel voor eigen rekening worden geïnd, ofwel in naam van een vennootschap.

1.3.2.2 *Contractuele mogelijkheden per samenwerkingsvorm*

Bij de keuze van samenwerkingsvorm, is de keuze voor een associatiecontract of een vennootschap de keuze met de grootste impact. Er zijn veel gelijkenissen en enkele verschillen tussen de verschillende soorten vennootschappen die gebruikt kunnen worden om een artsensamenwerking te structureren. De verschillende soorten vennootschappen tegen elkaar uitzetten zou ons te ver brengen voor het doel van deze thesis. Zodoende wordt er in de komende bespreking van de resultaten ook enkel de algemene vennootschapsstructuur uitgezet tegen de maatschap structuur. Een maatschapsstructuur is een burgerlijke vennootschap. De juridische structuur die ontstaat bij het aangaan van een associatiecontract, is een maatschap.

1.3.2.2.1 Losse samenwerking:

De losse samenwerking heeft geen contractuele onderbouw.

1.3.2.2.2 Kosten delend samenwerken:

Om een kosten delende samenwerking goed te laten functioneren zijn er verschillende juridische structuren mogelijk. Men heeft de keuze tussen een burgerlijke vennootschap, een maatschap of vzw (vereniging zonder winstoogmerk), en een professionele vennootschap.[15] De deelnemers van al deze vormen kunnen individuele artsen zijn die ageren als natuurlijk persoon of (eenpersoons)vennootschappen van artsen of vzw's van artsen.[16]

1.3.2.2.2.1 Maatschap:

De maatschap is een burgerlijke vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid. Een andere veel gebruikte term is het associatiecontract. Gezien dit hoofdstuk over de juridische kant van de zaak

handelt, en in de juridische literatuur meestal de term maatschap wordt gebruikt naar analogie met het wetboek der vennootschappen, zal hier verder ook steeds over “de maatschap” gesproken worden.

Voor de oprichting van een maatschap is er juridisch bekeken geen schriftelijk contract vereist.[5] De Orde van Geneesheren verlangt echter van de oprichtende artsen dat zij een schriftelijk contract voorleggen aan de provinciale raad van de provincie van vestiging.[17] Bij het in- of uitstappen van een lid moet het contract herbekeken en aangepast worden. Hierna moet het opnieuw ter goedkeuring aan de provinciale raad worden voorgelegd. Hoewel een maatschap een vennootschap is, worden de inkomsten belast in de personenbelasting doordat ze geen eigen vermogen heeft. Alle eigendommen blijven in onverdeeldheid tussen de vennoten of eigendom van één vennoot. Doordat de vennootschap geen eigen vermogen heeft en er enkel een contract vereist is, zonder tussenkomst van een notaris, zijn de opstartkosten van deze samenwerkingsvorm gering. Ieder lid van de maatschap int zijn eigen honoraria. Hiervan worden de onkosten betaald. Volgens de code van de geneeskundige plichtenleer moet er een maandelijks forfaitair bedrag op een gemeenschappelijke rekening worden gestort of moeten de individuele leden op afgesproken tijdstippen onderling afrekenen.[18]

1.3.2.2.2.2 Vereniging zonder winstoogmerk (vzw):

Een vereniging zonder winstoogmerk is een burgerlijke vennootschap met rechtspersoonlijkheid. Het statutair doel moet worden vastgelegd. Dit mag echter niet het bereiken van winst voor de leden zijn.[19] Een vzw kan als kosten delende structuur gebruikt worden indien zij het als statutair doel heeft om door het samenleggen van de kosten of een gemeenschappelijke inbreng van de vereiste middelen de uitoefening van de geneeskunde van haar leden te vergemakkelijken en te bevorderen.[6] De opstartkost is gering gezien een onderhandse akte voldoende is. Zo worden er notariskosten vermeden. Bovendien is er geen startkapitaal vereist.

1.3.2.2.2.3 Professionele Vennootschap:

1.3.2.2.2.3.1 Middelenvennootschap:

Een middelenvennootschap heeft als doel de kosten te delen onder zijn leden om zo de uitoefening van het beroep te vergemakkelijken en te bevorderen.[20] Uiteraard staat de vennootschap enkel in voor de beroeps gebonden uitgaven. De inkomsten van medische prestaties blijven buiten de vennootschap en worden voor iedere arts individueel geïnd.[21] Een deel van de inkomsten worden aan de vennootschap afgestaan, met het in acht nemen van een evenwichtige houding tussen verrichte prestaties en het ingebrachte kapitaal.[22] De middelenvennootschap wordt vaak ingezet om vastgoed te beheren. Dit noemen we een patrimoniumvennootschap. Door voor een inbreng van kapitaal naargelang de waarde van de geleverde medische prestaties te kiezen, moeten startende leden in de vennootschap niet onmiddellijk hoge bijdragen betalen. Men kan verschillende vennootschapsstructuren gebruiken voor de oprichting van een middelenvennootschap. De complexiteit en dien ten gevolge de opstartkosten zijn afhankelijk van de wettelijke bepalingen van de gekozen vorm.

1.3.2.2.3 Integraal samenwerken:

Om een integrale samenwerking te organiseren zijn er verschillende juridische structuren mogelijk. Men heeft de keuze tussen een burgerlijke vennootschap zoals een vzw of en maatschap of

verschillende professionele vennootschapsstructuren. [5,15] De deelnemers van al deze vormen kunnen individuele artsen zijn of (eenpersoons)vennootschappen van artsen of vzw's van artsen.[16]

1.3.2.2.3.1 De maatschap:

Voor de maatschapsstructuur verwijzen we naar de voorgaande paragraaf over de maatschap als kosten delende structuur (paragraaf 1.3.2.2.2.1). De structuur en voorwaarden blijven gelijk. Hier is er echter wel sprake van een geïntegreerde samenwerking. Het patiëntenbestand wordt volledig gedeeld door de leden.

1.3.2.2.3.2 Vereniging zonder winstoogmerk (vzw):

De vereniging zonder winstoogmerk is zoals hierboven beschreven een burgerlijke vennootschap met rechtspersoonlijkheid. Het verschil met de kosten delende vzw ligt in het statutair doel. Dit doel kan zich beperken tot dienstverlening op het gebied van de organisatie en administratie van de professionele activiteit.[23] Indien het doel van de vzw de uitoefening van de geneeskunde door haar leden is, dan moet er ook aan de bepalingen van de orde over een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid voldaan worden.[23-24]

1.3.2.2.3.3 Professionele vennootschap:

Het beroep wordt uitgeoefend in naam van de vennootschap. Dit betekent dat de inkomsten ook worden geïnd door de vennootschap. De meer complexe juridische structuur van een professionele vennootschap creëert enkele mogelijkheden die niet aanwezig zijn bij een eenvoudige maatschapsstructuur. Ten eerste is de vennootschap een manier om inkomsten samen te leggen (poolen), om deze nadien te herverdelen. De inkomsten worden belast door de vennootschapsbelasting, die voor hogere inkomens voordeliger is dan de personenbelasting.[25-26] Het kapitaal dat zich in de vennootschap verzamelt is echter niet vrij te gebruiken door de leden. Het kapitaal kan worden uitgekeerd als dividend of als loon. Het vermogen van de vennootschap is gescheiden van het privévermogen van de leden. Dit kan in sommige structuren een bescherming tegen schuldeisers met zich meebrengen. Hoewel de prestaties in theorie worden uitgevoerd door de vennootschap, blijft altijd de persoonlijke medische aansprakelijkheid gelden. De wettelijke verplichtingen aangaande de structuur en administratie van professionele vennootschappen, brengen hogere opstartkosten en hogere boekhoudingskosten met zich mee.

1.4 Bespreking en besluit:

1.4.1.1 Samenwerkingsvormen:

1.4.1.1.1 Losse samenwerking:

Een losse samenwerking is voor een langdurig professioneel samenwerken tussen huisartsen minder geschikt. De lage graad van contractuele verbondenheid maakt vertrouwen in een langdurige relatie moeilijk. Dit vertrouwen is noodzakelijk voor langetermijnvisie en investeringen. Bovendien is er hier geen overeenkomst over een gemeenschappelijk patiëntenbestand, wat praktisch gezien wel zal voorkomen bij samenwerkende artsen.

1.4.1.1.2 Kosten delend samenwerken:

Ook bij het kosten delend samenwerken wordt het patiëntenbestand niet gedeeld. Het bereikte voordeel is een schaalvoordeel of een voordeel door verdeling van de kosten. De meerwaarde van deze samenwerkingsvorm is beperkt: de ondernemersrisco's worden niet gedeeld en er is weinig verhoging van de flexibiliteit van dienstverlening.[5] Een kosten delende samenwerking heeft een

beperkte impact op het dagelijks functioneren van de betrokken artsen. Het lijkt dus logisch dat de tijd en financiën die in een dergelijke structuur geïnvesteerd worden, ook in verhouding staan met de impact die een dergelijke regeling heeft. Voor een samenwerking met eerder lage werkingskosten, is een professionele vennootschap, met veel werkingskosten en oprichtingskosten, niet rendabel. Wanneer het een grote praktijk betreft die veel vastgoed te beheren heeft, is een professioneel vennootschap, als een patrimoniumvennootschap te overwegen.

1.4.1.1.3 Integraal samenwerken:

De integrale samenwerking is voor een huisartsengroepspraktijk een logische stap. De patiëntendossiers worden gedeeld en de kosten ook. Vele praktijken verzamelen dan ook de inkomsten van vaste forfaitaire bedragen zoals GMD's (Globaal Medisch Dossier) of de inkomsten van de Zorgtrajecten. Men kan ook alle inkomsten samenleggen: zowel de inkomsten van prestaties als de forfaitaire bedragen. Dit samenleggen van inkomsten noemen we poolen. De voor- en nadelen van poolen van inkomsten worden verderop besproken. Bij een integrale samenwerkingsvorm is de keuze te maken tussen een burgerlijke vennootschap, in de meeste gevallen een maatschap, en een professionele vennootschap. Beiden zijn een werkbare keuze, maar hebben uiteraard elk hun implicaties. Afhankelijk van de soort praktijk en de wensen van de leden zijn sommige implicaties belangrijker dan anderen, en vormen ze een zwaarder element in de keuze van de vorm. Hieronder worden deze implicaties besproken volgens onderwerp.

1.4.1.1.3.1 Opstartkost:

De meeste samenwerkingsvormen hebben een lage oprichtingskost. Burgerlijke vennootschappen, zoals de maatschap, hebben de laagste opstartkost. Bij deze contractueel inhoudelijk vrije vormen is er enkel de kost van het contract of de akte van oprichting. Juridisch advies hierbij is vaak aangeraden en beslaat het grootste deel van de kost. Professionele vennootschappen die geen minimumkapitaal vereisen, hebben relatief beperkte opstartkosten.[5] De opstartkost wordt veel groter wanneer er gekozen wordt voor een complexere professionele vennootschap zoals een BVBA (Besloten Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid). Door het minimaal vereiste kapitaal en de notariële en boekhoudkundige kosten zijn deze vormen enkel rendabel bij een voldoende hoge omzet.

1.4.1.1.3.2 Aansprakelijkheid:

Bij alle samenwerkingsvormen blijft de arts persoonlijk aansprakelijk voor beroepsfouten. De aansprakelijkheid waar in deze paragraaf over gesproken wordt is die van de arts als ondernemer. Indien er bijvoorbeeld investeringen worden aangegaan die niet volgens schema kunnen betaald worden, dan zijn de leden van de samenwerking aansprakelijk. In een maatschap is de aansprakelijkheid onbeperkt maar niet hoofdelijk. Dit wil zeggen dat men maar kan instaan voor een gelijk deel van de schulden. Wanneer we bevoordeeld spreken over een groepspraktijk met vier leden, dan is men aansprakelijk voor een kwart van de gemaakte kosten. Men kan het privékapitaal proberen af te schermen van eventuele schuldeisers door het oprichten van een professioneel vennootschap. Enkel de meer complexere vormen van vennootschappen, en dus ook diegenen met de grootste opstartkost, hebben dit effect. De aansprakelijkheid bij schulden is tegenwoordig een minder actueel onderwerp, mede door het relatieve huisartsentekort. Veruit de meeste huisartsen hebben een voldoende aanbod aan werkgelegenheid. Zo zal de omzet voldoende hoog zijn om eventuele investeringen te financieren.

1.4.1.1.3.3 Inkomsten en belasting daarop:

Naargelang de inkomsten voor eigen rekening of voor de professionele vennootschap worden geïnd, worden ze anders belast. Inkomsten die voor de rekening van een natuurlijk persoon zijn worden in de personenbelasting belast. De personenbelasting wordt bepaald met inkomstenschijven. De eerste schijf tot 5.705 euro wordt belast met 25%. Dit loopt op in percentages per schijf tot bij de laatste schijf van 13.530 euro tot 24.800 euro die wordt belast aan 50%.[26] Alle inkomsten die op naam van een vennootschap worden geïnd worden belast volgens de vennootschapsbelasting. In dit belastingsysteem worden inkomstenschijven belast tussen 24,5% en 34,5%.[25] Voor een hoog belastbaar inkomen is het dus voordeliger belast te worden via de vennootschapsbelasting. Bij een laag inkomen is er niet voldoende belastingvoordeel om de werkingskosten van een vennootschap te kunnen verantwoorden. Bij het oprichten van een vennootschap moet men er altijd rekening mee houden dat het kapitaal dat in een vennootschap verzameld is, niet vrij te gebruiken is. Ofwel keert met de winst uit als dividend, waarbij men roerende voorheffing van 25% moet betalen, ofwel keert men de winst uit als loon aan een natuurlijk persoon.[27] De natuurlijke persoon zal op dit loon inkomensbelastingen moeten betalen volgens de personenbelasting. Wanneer de vennootschap wordt ontbonden komt het kapitaal uiteraard ook terug vrij.

1.4.1.1.3.4 Inkomsten poolen:

Inkomsten poolen is eigen aan het samenwerken in een vennootschapsverband. Het poolen van de inkomsten heeft zijn voor- en nadelen. Enkele voordelen zijn de verminderde concurrentie en druk om te presteren. Er wordt ruimte gecreëerd voor subspecialisatie.[28] Men kan de leden van de samenwerking, die zich bezighouden met anders niet gehonoreerde activiteiten zoals managementstaken, nu daarvoor belonen.[28] De nadelen zijn dat de verdeling van het loon niet altijd zo eenvoudig verloopt. Niet alle collega's werken evenveel uren per week. Ze werken ook niet allemaal op hetzelfde tempo. Om wrevel te vermijden, moet dit allemaal in rekening worden gebracht wanneer men het loon gaat verdelen.[28] Door verminderde prestatiedruk kan de dynamiek uit de groep verdwijnen. Dit laatste is natuurlijk niet van toepassing bij een groot werkaanbod, doordat dit op zich voldoende prestatiedruk veroorzaakt.[28] Inkomsten poolen creëert een administratieve last. Bovendien zorgt het voor een verminderde flexibiliteit van de werkrooster: bij iedere aanpassing moet de verdeling van inkomsten herbekeken worden.

Wanneer men ervoor kiest ieder voor eigen rekening te laten werken heeft men een realistische benadering van loon naar werken. Er is meer flexibiliteit in het aantal werkuren en in het werktempo. Wanneer er weinig werkaanbod is kan werken voor eigen rekening tot concurrentie leiden.[28]

1.5 Conclusie

Bij het kiezen van de vorm van de samenwerking, is het belangrijk de noden van de betrokken artsen te volgen. Wanneer men kijkt naar de juridische structuur waarmee men deze samenwerking wil opbouwen, is de keuze tussen een burgerlijke vennootschap, zoals een maatschap of samenwerkingscontract, en een professionele vennootschap, zoals een BVBA, belangrijk. Een professionele vennootschap heeft grotere opstart- en werkingskosten. Zij is vooral nuttig bij grotere praktijken die hoge inkomsten hebben en veel investeringen doen.

2 Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek: inhoudelijke punten van het associatiecontract.

2.1 Inleiding:

In dit hoofdstuk gaat dieper in op de inhoud van een associatieovereenkomst. Het geeft aan welke onderwerpen er zeker besproken moeten worden bij het opstellen van een contract. Deze resultatensectie beslaat twee delen. Het eerste beschrijft het de elementen van missie en visie in het werk als arts. Het tweede deel beschrijft de inhoudelijke aspecten van een contract. Het doel van dit hoofdstuk is de lezer te informeren over de belangrijke onderwerpen in een contract en keuzes hierbij aan te reiken.

2.2 Methode:

De methodesectie van dit hoofdstuk loopt grotendeels gelijk aan de methodesectie van hoofdstuk 1.

Via www.pubmed.com werd er gestart met de zoektocht in de literatuur. Er werden naar publicatiedatum geen limieten gesteld. Alle types van artikels werden onderzocht. In de MeSH database met als MeSH-termen “General Practitioners/legislation and jurisprudence", "General Practitioners/organization and administration" en "General Practitioners" waren er 382 resultaten. Verdere specificatie met deMeSH-termen "partner", "partner/associate" of “partner/collaborate" gaven geen bruikbare resultaten. Om die eerste resultaten te verfijnen werden ook de MeSH-termen “association”, “collaboration”, “interprofessional relations” of “group practice” afzonderlijk toegevoegd. Dit gaf respectievelijk 15, 14, 9 en 4 resultaten.

Gezien artsen voor het grootste deel zelfstandigen zijn en dit meestal als vrij beroep doen, werd er gezocht naar informatie over associaties in de vrije beroepen. Dit werd bereikt via de website van de Unie van Zelfstandige Ondernemers (UNIZO) (www.unizo.be). Via UNIZO zijn we op het “Handboek voor vrije beroepen: samenwerken in associatie“ uitgekomen.[5] Via het zoektraject van de arts als vrij beroep zijn we ook via Jura (een juridische databank en zoekmachine) gaan zoeken met als zoektermen “associaties” en “artsen”. Daar hebben we één thesis weerhouden en twee Koninklijke besluiten. Verder op het juridische traject hebben we ook de wetboeken aangaande vennootschapsrecht, inkomstenbelasting en verenigingen geraadpleegd.

Een bijkomende bron was het archief van Huisarts Nu, waar via de zoekterm “samenwerking”, “associatie” werd gezocht. Dit leverde drie relevante artikels op die we hebben weerhouden. In het archief van de Masterproeven van Huisartsen in Opleiding via de Webstek van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) werden geen thesissen gevonden met betrekking tot het onderwerp van deze thesis.

Als laatste werd nog de code van de Geneeskundige Plichtenleer onder de loep genomen. Daarvan waren twee hoofdstukken van toepassing op dit onderwerp, namelijk hoofdstuk III en IV van Titel IV van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Via het Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren was er toegang tot de adviezen die de Raad in het verleden heeft gegeven. Twee adviezen werden weerhouden.

Via contact met juriste Rita Cuypers, een expert in de begeleiding van associaties, zijn we op een door haar geschreven adviesdocument ter zake uitgekomen. Dit document is uitgegeven door het adviesbedrijf Indicator.

2.3 Resultaten:

2.3.1 Resultaten per bron:

De zoekmethode hierboven beschreven via Pubmed leverde respectievelijk 15, 14, 9 en 4 resultaten op. Geen enkel resultaat was van toepassing op dit onderwerp.

Het "Handboek voor vrije beroepen: samenwerken in associatie" van de Federatie van Vrije en Intellectuele beroepen gaf veel informatie over de basisbegrippen van professionele samenwerking.[5] Maar ook de implicaties van sommige samenwerkingskeuzes werden hier geïllustreerd.

Via Jura werden twee Koninklijke besluiten gevonden die weerhouden werden. Het Koninklijk besluit betreffende de groepspraktijken van huisartsen en het Koninklijk besluit betreffende de associaties en samenwerkingsverbanden van artsen.[7-8] Deze Koninklijke besluiten gaven de informatie wat volgens de wet een samenwerkingsverband of associatie tussen artsen inhoudt en wat de wettelijke bepalingen daaromtrent zijn.

De drie artikels van Huisarts Nu gaven informatie over samenwerken bij huisartsen.[4,9-10] Ze beschreven bijvoorbeeld de opinies van huisartsen over samenwerkingsverbanden en associaties of gaven informatie over de factoren die het succes van een samenwerking bepalen. Ook het belang van een gemeenschappelijke missie en visie werd hier geïllustreerd.

Als laatste bespreken we hoofdstuk III en IV van Titel IV van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Deze code stelt de deontologische bepalingen vast betreffende de professionele samenwerking tussen artsen. Bij de adviezen van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren werd er een advies aangaande het territoriaal niet-concurrentiebeding in een associatieovereenkomst weerhouden.[11] Het gaf dus informatie aangaande de deontologie van het vestigingsverbod. Een tweede advies betrof de deontologische beschouwingen omtrent in- en uittredingsvergoedingen in een associatie of vennootschap.[12]

Het "Draaiboek voor associaties en netwerken" dat verkregen werd na advies van juriste Rita Cuypers, een expert in de begeleiding van associaties, was een belangrijke informatiebron. De voor- en nadelen van inhoudelijke aspecten van associaties werden hier erg duidelijk en uitgebreid belicht.

Wat uit bovenstaande literatuur weerhouden werd, wordt inhoudelijk besproken en samengevat in het volgende onderdeel van deze thesis: de resultaten per onderwerp.

2.3.2 Resultaten per thema:

2.3.2.1 Missie en Visie*:*

Een goed bestudeerde en uitgewerkte missie en visie zijn noodzakelijk om een samenwerking op te starten waar men naar tevredenheid zijn beroep kan uitoefenen.[4] Bij het starten van een samenwerking is er nog geen praktijkcultuur. Er zijn nog geen gewoontes waar men op kan terugvallen. Daarom is het belangrijk, eerst persoonlijk en dan in de groep, te reflecteren wat de waarden zijn waar men als persoon en als arts voor staat.[4] De missie zijn de normen, waarden en overtuigingen waar men mee wil werken. De visie is de manier hoe men die waarden naar buiten brengt. De visie is als het ware de vertaling van de missie naar de praktijk. Wat wil je als praktijk uitstralen? Een gemeenschappelijke missie en visie kunnen toekomstige twistpunten vermijden. Om deze abstracte termen te illustreren nemen we er een voorbeeld bij. Een missie kan bijvoorbeeld

"kwaliteit van zorg zijn". De visie is hoe men dit in de praktijk kan realiseren, bijvoorbeeld door gebruik van een EMD (Elektronisch Medisch Dossier). Een extreem voorbeeld van een visie kan zijn dat ieder zijn eigen visie heeft. Dit kan soms rust brengen in grote samenwerkingsverbanden waar het niet mogelijk is iedereen op dezelfde lijn te brengen. Uiteraard verstoren té uiteenlopende visies de harmonie van de samenwerking. Daarom is het belangrijk voorafgaand de missie en visie van elk van de leden te onderzoeken en naast elkaar te leggen.

2.3.2.2 Inhoudelijke aspecten van het contract:

2.3.2.2.1 Proefperiode:

De proefperiode is het begin van een samenwerking. Het is een associatiecontract van bepaalde duur. Het idee achter een dergelijke proefperiode is dat de associés elkaar leren kennen voor ze een langdurige samenwerkingsrelatie opzetten. Bij een proefperiode is uiteraard de duur van het contract een belangrijke keuze. Een proefperiode bedraagt meestal tussen de 6 maanden en 1 jaar.[28] De inhoud van een proefcontract is meestal verschillend van het uiteindelijke contract. Wanneer een vaste associatie toch niet passend blijkt, is het wenselijk dat geen van beide partijen een financieel nadeel ervaart. Om te delen in de onkosten is een procentuele of een vaste vergoeding een vaak gebruikte bepaling.[28] Er zijn immers nog geen voorafgaande gegevens die het inkomen dat jaar kunnen schatten. De opzegtermijn van de overeenkomst is tijdens de proefperiode vaak korter dan in het uiteindelijke samenwerkingscontract.[28] Vaak wordt een opzegtermijn van één maand bepaald.[28]

2.3.2.2.2 Instappen en Instapsom

Na de eventuele proefperiode volgt het instappen in de samenwerking. Om in te stappen in een bestaande samenwerking is het essentieel de toestemming van alle leden te hebben. Bij het instappen in een bestaande samenwerking moet men goed op de hoogte zijn van de originele werking. Kennis van het reeds lopende associatiecontract kan hierbij helpen. Men moet niet automatisch alle elementen hieruit overnemen. Onderhandelen over de voorwaarden is een deel van de instapprocedure. Bij het starten van een nieuwe associatie is er *carte blanche* in zover het contract aan de bepalingen van de medische deontologie voldoet. Het contract moet immers de toestemming krijgen van de provinciale raad van de orde vooraleer er op die basis gestart kan worden.[17] De provinciale raad kijkt na of het contract strookt met de bepalingen van de medische deontologie zoals vastgelegd in de code van de geneeskundige plichtenleer, met in het bijzonder art. 159 §5.[14] Deze paragraaf bepaalt onder meer dat de belangen van de patiënt op geen enkele wijze mogen worden geschaad. In deze bepaling worden ook toekomstige struikelbokken in de samenwerking ontzenuwd. Zo moet er een door ieder goedgekeurde werkverdeling, vakantieregeling en voorziene tijd voor wetenschappelijk werk worden bepaald. Ook een vastgestelde procedure voor in- of uittreding moet beschreven staan.

De instapsom of instapvergoeding is een financiële vergoeding die betaald wordt in ruil voor het beschikbare patiëntenbestand en het beschikbare materiaal of infrastructuur. De intentie hierachter is vaak het nieuwe lid van de samenwerking onmiddellijk gelijkwaardig te maken aan de reeds gevestigde collega's. In de adviezen van de orde aangaande associatieovereenkomsten staat dat het vragen van een inkoopsom toegestaan is gezien de geneeskundige praktijk een waarde heeft die overgedragen kan worden. De som moet wel vastgelegd worden in een geschreven overeenkomst die pas van kracht kan gaan na de toestemming van de provinciale raad.[29]
Er zijn verschillende methodes om de instapsom te bepalen. Wanneer ieder voor eigen rekening int is de meest voorkomende wijze het betalen van een percentage van de inkomsten van een

referteperiode, vb. 10%, van het bruto inkomen van het eerste jaar.[30] Dit bedrag dient men dan gespreid over enkele jaren te betalen aan de andere leden van de associatie. Men kan deze bedragen begrenzen met een minimum en een maximum. Bij een samenwerking waar de inkomsten samengelegd worden en dan door een verdeelsleutel verdeeld, vb. de BVBA, kan men gebruik maken van een ander systeem. Men kan bijvoorbeeld de instap vergoeden door, maximaal de eerste vier jaar, een kleiner deel van de gezamenlijke inkomsten te verkrijgen.[30] Volgens bepalingen van de Orde van Geneesheren mogen de systemen van intredevergoeding niet gecumuleerd worden.[12]

2.3.2.2.3 Deelnemen aan onkosten.

De onkosten die een huisarts moet maken om zijn beroep te kunnen uitoefenen zijn divers. Naast de onkosten van de sociale bijdragen die de arts moet betalen wanneer hij als zelfstandige werkt, zijn er nog de praktijkkosten. De onkosten voor een praktijk bevatten de materiaalkosten (bv. het medisch verbruiksmateriaal), de kosten voor nutsvoorzieningen (bv. telecom), de infrastructuurkosten (bv. huur praktijkgebouw), de personeelskosten (bv. poetsdienst), de transpostkosten (bv. aankoop wagen), verzekeringskosten (bv. brandverzekering)…

Voor de verdeling van de onkosten moet volgens bepaling van de Orde van Geneesheren een billijk systeem afgesproken worden.[14] Kosten verdelen in gelijke delen wordt vaak toegepast om de kosten van het praktijkgebouw te financieren.[28] In een associatie kan men ook de verdeling maken via percentuele bedragen. Men kan bijdragen betalen volgens gelijke percentuele bedragen van het bruto inkomen. Op die manier wordt het grootste deel door de meest kapitaalkrachtigen betaald. Ofwel verdeelt men de onkosten volgens een vooraf vastgelegde percentuele verdeelsleutel. Men kan ervoor kiezen de praktijkkosten te verdelen volgens bezettingsgraad van de lokalen. Dit is een techniek die vaak voor de gebouwonkosten en nutsvoorzieningen gebruikt wordt.[30] Men kan ook een mengvorm creëren waar een deel per bezetting van praktijkruimte wordt berekend en een deel per percentage van het brutoloon of per forfaitair bedrag. Dit systeem wordt vaak gebruikt om de personeelskosten te financieren. [30] Om de kosten te verdelen wordt er in een maatschap vaak gebruik gemaakt van een gemeenschappelijke rekening waar ieder maandelijks evenveel op stort. Bij een praktijk waar de praktijkruimte deel uitmaakt van de privéwoning van één van de associés wordt er vaak gekozen voor het systeem van prefinanciering. De voorschotten worden betaald aan één lid van de samenwerking die dan de betalingen doet en jaarlijks afrekent.[28]

Indien het een vennootschap of een vereniging betreft, zal die de investeringen doen met het aanwezige kapitaal. Dit kapitaal wordt door de vennoten betaald volgens contractuele bepalingen (bv. de middelenvennootschap) of aangevuld door de inkomsten van de vennoten te poolen. Vaak worden de kosten dan verdeeld in verhouding tot het inkomen van de vennoten. Wie meer inkomen binnen brengt zal dus een groter deel van de onkosten betalen.[28]

2.3.2.2.4 Deelnemen aan inkomsten

In een maatschap of associatie worden de inkomsten voor eigen rekening geïnd. In dat geval zijn er geen inkomsten die gepoold worden. Uitzonderingen hierop kunnen zijn: de forfaitaire ondersteuningen van de overheid (bv. de Impulseo toelage om het aanwerven van een praktijkassistent te ondersteunen), de gepoolde inkomsten van GMD's en Zorgtrajecten of de inkomsten van een eventuele HAIO (HuisArts In Opleiding) wanneer het loon van de HAIO gemeenschappelijk betaald wordt.

In een vennootschap worden de inkomsten gepoold en dan, na aftrek van de onkosten, over de leden verdeeld. Niet ieder lid brengt echter evenveel inkomsten in de vennootschap. Vandaar dat het verdelen van de inkomsten zelden in gelijke delen gebeurt. Om een samenwerking op lange termijn

in stand te houden is “loon naar werken” een in acht te nemen doel.[28] Hoe dat werken wordt opgemeten is te bediscussiëren. Meet men de activiteitsgraad af aan de inkomsten, aan de gewerkte uren of aan het aantal geleverde prestaties? Iemand die meer tijd besteedt aan praktijkmanagement, kan hiervoor door de vennootschap vergoed worden. Een collega kan ook nog nevenactiviteiten doen. Deze inkomsten kunnen al dan niet worden ingebracht in de vennootschap.

2.3.2.2.5 Afwezigheden: Halftijds werken, tijdelijke werkonderbreking, bevallings- of vaderschapsverlof, vakantiedagen.

2.3.2.2.5.1 Halftijds werken:

Wanneer een collega beslist halftijds te werken heeft dit grote implicaties op de gehele samenwerking. Niet alleen stijgt de werkdruk voor de resterende collega’s, maar ontstaat er ook een nood aan het hertekenen van de onkostenverdeling en de inkomstenverdeling. Het begrip “halftijds” is voor zelfstandigen niet duidelijk afgebakend, gezien “voltijds” dat ook niet is. Tellen hoeveel uren een voltijdse huisarts werkt is niet eenvoudig. De uren zijn niet aaneensluitend en kunnen erg wisselen naargelang het werkaanbod. Het meetellen van administratieve en wetenschappelijk bestede uren is moeilijk wanneer ze niet gestructureerd worden ingepland.

2.3.2.2.5.2 Tijdelijke werkonderbreking en vervanging:

Het nemen van een sabbatjaar voor persoonlijke of wetenschappelijke doeleinden kan mogelijk zijn, wanneer alle leden van de associatie akkoord zijn. De periode moet duidelijk afgebakend zijn in de tijd. Wanneer de associatie beslist dat er een vervanger nodig is, moet die worden aangebracht door de vertrekkende arts en goedgekeurd worden door alle leden. Een vervangende arts werkt voor eigen rekening.[31] Er mag een billijke vergoeding gevraagd worden voor lokalen, instrumentarium, personeel, enz.[31] Wanneer de vervanging langer dan 2 maanden duurt, is een schriftelijk contract vereist dat moet worden voorgelegd aan de provinciale raad van de orde.[32] Soms wordt er van het lid dat een sabbatperiode neemt een blijvende input voor de kosten verwacht, maar dan aan een lager bedrag.[28]

***2.3.2.2.5.3** Bevallings- of vaderschapsverlof:*

In een associatie is het bevallingsverlof of vaderschapsverlof in principe onbetaald verlof waarvan de duur in overleg met collega’s te bepalen is.[28] Het is aan te raden deze periode contractueel vast te leggen, gezien de orde bij het goedkeuren van een contract aandacht besteedt aan de regeling rond deze gebeurtenis.[14] In een vennootschap is het zelfs obligaat deze periode contractueel vast te leggen. Hoeveel weken verlof er is en of dit onbetaald verloopt of met doorlopen van inkomsten uit de pooling is te documenteren.

2.3.2.2.5.4 Vakantiedagen:

In een associatie, waar de inkomens niet gepoold worden, kan er redelijk vrij met het aantal vakantiedagen omgegaan worden. Het is immers een “loon naar werk” systeem. Toch is het aangeraden een zekere gelijkheid te respecteren. Een te sterke ongelijkheid kan ontevredenheid opwekken bij de collega die het werk moet opvangen. Vakantie planning binnen een vennootschap is strikter geregeld. Doordat de inkomsten gepoold worden is het van groot belang dat de verhoudingen gelijk blijven. Wanneer de inkomsten verdeeld worden naar activiteitsgraad, moeten extra vakantiedagen in rekening worden gebracht bij de inkomstenverdeling.[28] In beide systemen moeten vakanties worden vastgelegd in onderling akkoord. Bij grote groepen kan dit problematisch worden. In dat geval is een voorrangsregeling te voorzien.[28]

2.3.2.2.6 Uitstappen en Uitstapsom

De voorwaarden voor het uitstappen uit een samenwerkingsverband moeten bij het opstellen van het contract bepaald worden.[14] Een associatiecontract kan aangegaan worden voor een bepaalde duur, zoals bij een proefperiode, of voor onbepaalde duur. Indien het een contract van bepaalde duur is kan men gewoon afwachten tot de periode voorbij is, het contract opzeggen in onderlinge overeenkomst of eenzijdig met in achtneming van de opzegtermijn. Een contract van onbepaalde duur, wat de meeste huisartsenassociaties zijn, kan men eenzijdig opzeggen met het in acht nemen van de opzegtermijn. Deze termijn bedraagt meestal tussen de drie en zes maanden.[28] Een eenzijdige opzeg moet per aangetekende zending worden gemeld aan de andere leden. Het wordt aangeraden de samenwerking automatisch te laten stopzetten wanneer voldaan is aan enkele uitsluitingscriteria. Wanneer een collega meer dan één jaar geschorst is door de orde, meer dan één jaar voltijds arbeidsongeschikt is wegens ziekte of op pensioen gaat heeft het weinig zin om met de associatie door te gaan. Men kan die voorwaarden in het contract opnemen zodat ze automatisch de stopzetting inluiden.[28]

Na de beëindiging van een samenwerking zijn er nog enkele losse eindjes. Om geschillen te vermijden kan men deze best opnemen in het contract. Zo is er bijvoorbeeld het verdelen van de dossiers. Wanneer een lid stopt met geneeskunde te beoefenen, blijven de dossiers uiteraard bij de resterende collega's in de praktijk. Indien alle leden doorgaan met het beoefenen van de geneeskunde, dan krijgt ieder een afschrift van het elektronisch dossier en krijgt degene die de patiënt verkiest het papieren dossier mee. Een andere kwestie die vooraf bepaald moet worden, is wie van de leden er in het praktijkgebouw actief mag blijven. Indien er gehuurd wordt is dit eenvoudiger te bepalen. Indien het gebouw in onverdeeldheid is gekocht zal het verhuizende lid uitgekocht moeten worden. Ook de roerende goederen moeten in een associatie verdeeld worden. Bij een vennootschap is dit minder een probleem, aangezien alle goederen eigendom zijn van de vennootschap. Het vertrekkende lid kan eventueel goederen van de vennootschap overkopen. Om de waarde van de goederen te bepalen is het een goed idee deze bij de aankoop van het goed te documenteren, met inbegrip van een overeengekomen jaarlijkse waardevermindering.

Sommige contracten stipuleren een vestigingsverbod. Dit verbod heeft de intentie het patiëntenbestand en de investeringen van de originele praktijk te beschermen bij het verhuizen van een collega. Patiënten hebben vrije artsenkeuze, maar het onrechtmatig onttrekken van patiënten aan een collega is deontologisch niet te verantwoorden.[11] Om dit verbod rechtsgeldig te houden moet het beperkt zijn in tijd en ruimte.[11] Deze ruimte wordt dan vaak aangegeven als een straal rond de praktijk in kilometer uitgedrukt.

De uitstapsom is een som die de uittredende collega krijgt om het achtergelaten patiëntenbestand te vergoeden. De huisarts die de som verkrijgt moet dan wel definitief zijn activiteiten als arts stopzetten in de regio.[30] Meer en meer wordt deze bepaling achterwege gelaten in de samenwerkingscontracten van huisartsen.[30] Eerlijkheidshalve moet de arts die uittreedt zelf bij het intreden in de associatie ooit een instapsom hebben betaald of een andere vorm van kapitaal hebben ingebracht. Bij het gelijktijdig uittreden van een lid en het intreden van een nieuw lid is een eenvoudige regeling mogelijk: de instapsom van de ene gaat naar de uitstapsom voor de andere. Wanneer er echter geen nieuwe collega bijkomt, ligt het moeilijker. Dan kan men een uitstapsom ter compensatie vastleggen. Gezien de uitstapsom een vergoeding voor de waarde van het patiëntenbestand is, kan deze compensatie enkel doorgaan wanneer ook blijkt dat de resterende collega's een belangrijke stijging in hun omzet zien ten gevolge van het achtergebleven

patiëntenbestand. Wat nu precies verstaan wordt onder een belangrijke stijging van het inkomen is contractueel vast te leggen. De compensatoire uitstapsom kan men bepalen als een percentage van deze inkomsensstijging. Wanneer de uittredende collega al heeft genoten van de voordelen van de instapsommen die de na hem ingetreden collega's hebben betaald, dan kan geen uitstapsom meer worden toegekend.[12] De Orde van Geneesheren bepaalt dat een eventuele uitstapsom enkel op de waarlijke inkomsten, niet op geëxtrapoleerde inkomsten, berekend mag worden.[12] Concreet betekent dit dat een uitstapsom vaak pas maanden na de uittrede berekend kan worden. Het is aan te raden de bepalingen rond het thema uitstapsom bij de oprichting al vast te leggen.[28]

2.4 Bespreking en besluit:

De bespreking van de resultatensectie zal hetzelfde patroon volgen als de resultatensectie zelf. Bij iedere topic zal er aandacht zijn voor de voor- en nadelen van bepaalde keuzes. Ook voor eventuele verschillen hierin wanneer de elementen worden bekeken uit de ogen van gevestigde artsen of jonge starters.

2.4.1 Missie en visie:

Het belang van het bepalen van de missie en visie werd in de resultatensectie duidelijk gemaakt. Wanneer men die voor de toekomstige samenwerking wil opstellen is het noodzakelijk eerst de persoonlijke missie te bepalen. Die kan men dan samenleggen met de toekomstige collega's tot een praktijkmissie. Wanneer de gezamenlijke missie bepaald is, kan men deze vertalen naar de praktijk. Zo bereikt men een werkbare praktijkvisie.

2.4.2 Inhoudelijke aspecten van het contract:

2.4.2.1 *Proefperiode:*

De proefperiode heeft drie belangrijke bepalingen: de duur van de periode, de opzegtermijn en de deelname in de kosten. Hoe langer de proefperiode wordt gekozen, hoe meer zekerheid dat de uiteindelijke samenwerking zal lukken. Hoe langer deze proefperiode echter duurt, hoe langer het duurt voor er een definitieve vestiging gebeurt. Dit kan gevolgen hebben op de gelijkwaardige relatie tussen collega's, de lange termijnplanning binnen de praktijk en op het aantal patiënten dat men zal zien. Patiënten aantrekken kan immers bemoeilijkt worden wanneer men ze niet kan garanderen dat de arts in de praktijk zal blijven. Een langere opzegtermijn biedt een langere periode van werkzekerheid aan de startende arts. Ook laat een langere proefperiode vermoeden dat de starter een grote motivatie heeft om zich daadwerkelijk daar te vestigen.
De verdeling van de onkosten tijdens de proefperiode gebeurt meestal percentueel of via vaste vergoeding. Voldoende voorzichtigheid bij het bepalen van dit bedrag is aangewezen. Er kunnen inschattingen gemaakt worden over de verwachte inkomsten, maar dit zijn niet de reële cijfers. Probeer deze inschatting zo accuraat mogelijk te maken zodat geen van beide partijen voor verrassingen komt te staan over het gewicht van de kostenbijdrage in het totaal inkomstenprofiel.

2.4.2.2 Instappen en Instapsom

Bij het instappen in een reeds bestaande associatie is het van belang het lopende associatiecontract te bekijken. Dit toont wat de toekomstige collega's gewend zijn en waarschijnlijk ook wat zij verwachten van de samenwerking. Onderhandelen is steeds mogelijk.
In een zuivere kostenassociatie, waar patiëntendossiers niet gedeeld worden is een instapsom voor het cliënteel niet te verantwoorden. Het betalen van een inkoopsom lijkt wel logisch in een volledig geïntegreerd werkende samenwerking waar een arts zonder eigen patiëntenbestand wil starten.

Indien er werk gegarandeerd is van ongeveer 40-50 patiëntencontacten per week lijkt dit redelijk. Wanneer er in de praktijk geen overschot aan werk is, is het niet het geval. Men moet niet betalen voor een patiëntenbestand dat geen inkomen zal leveren voor de startende arts.[30] Er wordt verwacht dat een instapsom helpt om onmiddellijk gelijkwaardigheid te creëren tussen collega's. Door een inkoopsom te betalen kan men in sommige gevallen vermijden dat men initieel geen deel kan uitmaken van praktijkbeslissingen, dat men relatief te veel huur moet betalen voor het kabinet, dat men geen deel mag uitmaken van de pooling en inkomstenverdeling van de GMD's, … De reeds gevestigde collega's staan immers een deel van hun inkomsten af en het is mogelijk dat zij daarvoor gecompenseerd willen worden.[30] Meestal wordt de instapsom bepaald via het systeem van de referteperiode. Bij dit systeem moet erover gewaakt worden dat deze referteperiode representatief is. Langdurige afwezigheid van de intredende arts of van andere collega's kan het beeld van dat eerste jaar verstoren. Het voordeel van het betalen via een referteperiode is dat de gevestigde artsen er baat bij hebben dat de patiënten ook het kabinet van de startende arts frequenteren. Zo geraakt een nieuwe arts wat sneller ingeburgerd. Indien de andere collega's reeds een inkoopsom hebben moeten betalen, zal het erg moeilijk zijn om hiervan af te wijken.
Het grote nadeel van de instapsom is natuurlijk de kost voor de startende arts. Dit kan een afschrikkend effect hebben op nieuwe artsen. Wel toont de instapsom de intentie van de gevestigde collega's om patiënten door te geven, maar is er geen garantie dat het ook effectief tot inkomensverhoging van de startende arts zal leiden.

2.4.2.3 Deelnemen aan onkosten.

Wanneer men de onkosten verdeelt in gelijke delen is dit duidelijk nadelig voor de startende arts. Het patiënten-aantal en de bijhorende inkomsten moeten nog groeien. Daardoor kan een vaste bijdrage aan de kosten een zware belasting vormen die eerste jaren. Wanneer de kosten percentueel verdeeld worden wordt dit nadeel weggewerkt, maar kan het zijn dat de gevestigde artsen in absolute termen veel meer moeten bijdragen. Werken met een vooraf bepaalde verdeelsleutel is ook een optie. Helaas strookt dit niet altijd met het werkelijke inkomstenniveau, gezien een toetreding tot een associatie meestal bij alle collega's een verschuiving veroorzaakt. De bezettingsgraad van de lokalen als basis nemen om de kosten verdelen is bij verbruikskosten eerlijker. Wie veel gebruik maakt van de infrastructuur betaalt meer. Natuurlijk is dit bedacht op de aanname dat ieder even efficiënt werkt. Een mengvorm tussen deze bepalingen is mogelijk. Hoewel dit het geheel complexer maakt, kan het voor een eerlijke verdeling zorgen.

2.4.2.4 Deelnemen aan inkomsten

Zoals in de resultatensectie reeds werd besproken moet men trachten "loon naar werk" na te streven. Het meest eenvoudige hiervoor is het gescheiden houden van de inkomsten. Het poolen van inkomsten heeft echter enkele voordelen. Er is minder concurrentie en druk om te presteren. Er is meer ruimte om te gaan sub-specialiseren, ook in de activiteiten die niet veel vergoed worden per prestatie. De nadelen zijn dat het poolen van inkomsten de dynamiek verlaagt en dat het systeem gevoelig is voor onenigheid.[28] Gezien huisartsen voornamelijk consultaties en huisbezoeken als prestatie innen en door het relatieve huisartsentekort voldoende werk hebben, is voor eigen rekening werken bij huisartsen in veel gevallen de beste benadering van "loon naar werk" te honoreren.

2.4.2.5 Afwezigheden: Halftijds werken, tijdelijke werkonderbreking, bevallings- of vaderschapsverlof, vakantiedagen.

2.4.2.5.1 Halftijds werken:

Voltijds of halftijds werken is niet zo eenvoudig te bepalen in een samenwerking. Ieder heeft een ander idee over hoeveel tijd een voltijdse baan als huisarts nu juist in beslag neemt. Het is belangrijk het VTE (Voltijds Equivalent) in uren te bepalen in overleg met de collega's. Van daaruit kan men vertrekken om alternatieve schema's te bepalen en de gevolgen hiervan voor inkomsten en kostenverdeling.

2.4.2.5.2 Tijdelijke werkonderbreking en vervanging:

Zowel voor starters als voor gevestigde artsen kan het nemen van werkonderbreking voordelig zijn, bijvoorbeeld om ruimte te maken voor wetenschappelijke interesses. De gevolgen hiervan zouden best op voorhand bepaald worden.

2.4.2.5.3 Bevallings- of vaderschapsverlof:

Bevallings- of vaderschapsverlof contractueel bepalen is van belang voor de meeste artsen en is afhankelijk van de levensfase waarin zij zich bevinden. Bij startende artsen is er uiteraard een grotere kans dat zij deze verlofdagen willen opnemen dan bij artsen die de pensioenleeftijd naderen.

2.4.2.5.4 Vakantiedagen:

Het aantal gewenste vakantiedagen per jaar kan persoonlijk sterk wisselen. Belangrijk is dit voorafgaand te bepalen. Gevestigde artsen kunnen een hoger werkritme gewend zijn en niet veel vakantie verlangen. Anderzijds kunnen ze ook, gezien hun hoger inkomen, zich meer vakantiedagen permitteren. Familiale omstandigheden zijn ook een grote bepalende factor. De continuïteit van zorg moet tijdens een vakantieperiode door de andere collega's gewaarborgd worden. Daardoor is het belangrijk het aantal dagen en de periodes in onderling overleg vast te leggen.

2.4.2.6 Uitstappen en Uitstap vergoeding

Een contract stopzetten kan heel eenvoudig zijn. Contracten van bepaalde duur lopen gewoon af en stoppen dan automatisch. De meeste contracten zijn echter van onbepaalde duur. Dit geeft het langdurig aspect van de samenwerking weer en geeft voor alle partijen een gevoel van stabiliteit. Bij beide vormen van contracten moet er een opzeggingstermijn bepaald worden. Een lange opzeggingstermijn geeft stabiliteit. Er is dan tijd om een nieuwe regeling te treffen en een andere collega te zoeken om het werk mee te verdelen. Helaas geeft dit ook minder flexibiliteit en kan men soms lang in een dysfunctionele samenwerking verplicht worden.
Een vestigingsverbod in het contract opnemen is mogelijk, en soms nuttig om de gedane investeringen in de gevestigde praktijk te beschermen. Wanneer een arts een associatie wil aangaan om een hoge werkdruk te verdelen, lijkt een vestigingsverbod echter weinig relevant. Iedere situatie kan echter in de tijd veranderen waardoor het nut van een vestigingsverbod mee kan veranderen.

Vaak is er enkel een uitstapsom mogelijk in praktijken waar er ook een instapvergoeding geldt. Voor de vertrekkende arts kan en uitstapsom een mooie pensioenbonus betekenen.

2.5 Conclusie

Er zijn veel verschillende aspecten die belangrijk zijn bij het bepalen van de inhoud van een samenwerkingscontract. De dagelijkse werking tussen de collega's, maar ook uitzonderlijke situaties zoals werkonderbreking of het stoppen van de associatie moeten besproken worden. Iedere situatie is verschillend waardoor de inhoud onderwerp per onderwerp moet bekeken worden. De voordelen voor de ene, zijn soms nadelen voor de andere.

3 Hoofdstuk 3: Peilen naar de verwachtingen van huisartsen aangaande associatiecontracten.

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksfase binnen deze thesis. Met de elementen, die dankzij de literatuurstudie onder de aandacht kwamen, werd een semigestructureerde vragenlijst opgesteld. Verschillende topics aangaande de vorm en de inhoud van het samenwerkingscontract komen aan bod. Deze vragenlijst heeft het doel de verwachtingen van artsen aangaande associatiecontracten te peilen. Deze studie wil ook nagaan wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen de verwachtingen van gevestigde artsen en van artsen die zich nog moeten vestigen, meer bepaald HuisArtsen In Opleiding (HAIO's). De studie werd zo opgezet dat voornamelijk artsen met een actieve associatiewens werden ondervraagd. Ook werd er getracht een gelijk aantal HAIO's en gevestigde artsen te bevragen. Om een associatie vlot te laten verlopen zijn gelijkaardige verwachtingen, of een kennis van de verwachtingen van de ander, belangrijk.[4] De semigestructureerde vragen werden als interview afgenomen en nadien gecodeerd. Vervolgens werden ze geanalyseerd volgens de methode van de "conventional content analysis".[33] De resultaten worden per thema besproken waarbij er gezocht wordt naar de overeenkomsten en verschillen tussen de verwachtingen van beide groepen. Zo hopen we een beeld te schetsen van de gangbare normen en aandacht te geven aan mogelijke discussiepunten.

3.2 Methode

3.2.1 Opstellen vragenlijst

Bij de onderzoeksfase werd er gewerkt met semigestructureerde interviews. Individuele interviews zijn bij kwalitatieve studies geschikt bevonden bij het onderzoeken van meningen en ervaringen.[34] De thema's voor dit interview werden gekozen aan de hand van de resultaten van het literatuuronderzoek van hoofdstuk 1 en 2. Zij werden verwerkt in een vragenlijst die diende als leidraad voor de interviews. Indien nodig werd er van de vragenlijst afgeweken. De vragenlijst werd zo opgesteld dat ze zowel van toepassing was op de HAIO's als op de gevestigde artsen. De vragenlijst staat volledig vermeld in tabel 3 (zie bijlage). Het doel van deze selectie van vragen is een beeld te scheppen van enkele mogelijke discussiepunten, bijvoorbeeld de instapsom. Het bespreken van termijnen, zoals de opzegtermijn, is in deze studie ook uitgevoerd. Op die manier hopen we aan de lezer mee te kunnen geven wat gangbare of aanvaardbare bepalingen van termijnen zijn.

3.2.2 Rekruteren deelnemers

Deze studie is opgezet met twee groepen van deelnemers.

1. De eerste groep zijn de HAIO's. Die werden gecontacteerd via e-mail volgens de sociale contacten van de onderzoeker. Zo werden 45 HAIO's gecontacteerd, waarvan er 9 deelnamen. Enkel HAIO's die de intentie hadden zich het komende jaar te associëren werden opgenomen in de studie.
2. De tweede groep deelnemers is die van gevestigde artsen die op zoek zijn naar een nieuwe associé. Deze groep werd geselecteerd via de zoekertjes die in de maanden maart 2014 tot december 2014 in de "Artsenkrant", "Medisfeer" en op de ICHO webstek werden gepubliceerd. Op deze manier werden 49 artsen gecontacteerd, waarvan 9 uiteindelijk deelnamen aan de studie.

3.2.3 Afnemen vragenlijst

Het interview werd telefonisch afgenomen. De vragen werden op voorhand niet meegedeeld. Er werd benadrukt dat het interview wil peilen naar de verwachtingen en wensen van de deelnemer, niet naar de actuele situatie. De duur van de interviews liep tussen 10 minuten en 45 minuten. De respons van de deelnemers werd tijdens het interview schriftelijk genoteerd door de onderzoeker.

3.2.4 Coderen van de resultaten

Na het afnemen van de interviews, werden de gegevens gecodeerd volgens inhoud. Deze codering werd uitgevoerd door de onderzoeker. Het coderen volgde de methode van de "inductive category development".[33] Dit wil zeggen dat de codes ontstaan uit de data, en later in subcategorieën gegroepeerd worden. Deze subcategorieën kunnen dan weer in grote categorieën worden samengebracht. Er zijn geen vooraf bepaalde categorieën.

3.2.5 Conventional Content Analysis

Deze codes werden dan gebruikt om een "conventional content analysis" uit te voeren.[33] Deze analysemethode werd gekozen, gezien de beperkte gegevens al die beschikbaar zijn over de te onderzoeken verwachtingen van artsen. In de analyse is er vooral aandacht voor codes die frequent voorkomen, maar ook voor diegenen die zeer zeldzaam zijn. Ook de categorie met codes waar de deelnemers melden dat er nog niet over werd nagedacht, krijgt aandacht in de analyse. Indien mogelijk wordt er bij de analyse ook verwezen naar andere kenmerken van de participant, zoals aantal jaren ervaring of opmerkelijke eerdere antwoorden.

3.3 Resultaten

3.3.1 Studiepopulatie

In totaal werden er 18 interviews afgenomen. Er hebben negen mannen deelgenomen en negen vrouwen. Van de gevestigde artsen zijn er vier mannen en vijf vrouwen. Bij de HAIO's waren er vijf mannen en vier vrouwen.

Negen deelnemers waren HAIO's met anderhalf jaar praktijkervaring. De resterende negen deelnemers waren gevestigde huisartsen. Daar liep het aantal jaar ervaring, inclusief de HAIO of HIBO jaren tussen drie jaar en 35 jaar. Twee derde van deze gevestigde artsen had minder dan 10 jaar beroepservaring. De deelnemende artsen zijn dus voornamelijk jonge artsen.

De huidige praktijksituatie van de gevestigde artsen kan als volgt beschreven worden: één derde was solo-arts, één derde was werkzaam in een duo praktijk. Het laatste derde werkte in een groepspraktijk met drie of meer artsen. Bij de HAIO's was de praktijkopleider meestal werkzaam in een duo- of groepspraktijk. Twee HAIO's vermelden een multidisciplinair team in de praktijk. Eén HAIO was werkzaam in een Wijk Gezondheidscentrum (WGC).

Tabel 1: Verdeling van de deelnemers naar geslacht, aantal jaren werkervaring en huidige praktijksituatie

		HAIO	Gevestigde arts
Geslacht	Man	5	4
	Vrouw	4	5
Ervaring	1,5j	9	
	3j -10j		6
	11j		1
	26j		1
	35j		1
Praktijksituatie	Solo	2	3
	Duo	4	3
	Groep	3	3

3.3.2 Zoeken naar nieuwe associé

Van de gevestigde artsen waren er zes actief op zoek naar een associé, twee zaten in de fase van proefperiode met een nieuwe associé, en één deelnemer had al een HAIO aangenomen in plaats van een vaste collega.

Van de HAIO's was er slechts een kleine minderheid actief op zoek gegaan naar een collega om mee te associëren. Dit deden ze via rondvraag bij de sociale kaart. Ongeveer de helft van de HAIO's is van plan te associëren in de praktijk waar ze op dit moment stage doen. Twee werden door andere praktijken spontaan gecontacteerd. Eén deelnemer was van plan een nieuwe praktijk op te richten met een collega HAIO.

De meeste deelnemers zoeken al enige tijd naar een nieuwe collega. De tijd die ze al op zoek zijn loopt tussen één maand en drie jaar. Meer dan de helft is al langer dan één jaar op zoek naar een nieuwe collega. De zoektocht verliep bij alle artsen via zoekertjes in medische literatuur, ongeveer de helft heeft ook gezocht via zoekertjes op de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO). Eén arts had er zelf geen geplaatst maar reageerde op zoekertjes van anderen. Rondvragen via de sociale kaart werd bij zes deelnemers vermeld. Drie deelnemers hebben hun wachtkring ingeschakeld om een collega te vinden.

3.3.3 Verwachtingen associatie

Verwachtingen van een toekomstige associatie kunnen gebaseerd zijn op ervaringen met een voorgaande associatie. Een minderheid van de HAIO's had via stages reeds ervaring met associaties. Allen hadden ze positieve elementen van meegenomen, vooral het samenwerken liep in die associaties vlot. Eén HAIO vermeldt ook een negatieve ervaring met associaties. Dit lag volgens hem aan storingen in de communicatie tussen de collega's. De groep met gevestigde artsen had meer ervaring met associaties: hun huidige associatie of een voorgaande die inmiddels was beëindigd. Bij de gevestigde artsen waren er zeven met ervaring in associaties. Bij vier daarvan was dit een positieve ervaring. Vooral een goede samenwerking en goed overeenkomen was hier een bepalende factor. Bij drie artsen was er melding van een negatieve tot zeer negatieve ervaring. Daar draaide het vooral rond slechte of ronduit afwezige communicatie. Ook onenigheid over financiële aspecten van de samenwerking waren nefast.

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

2013-2015

De redenen waarvoor artsen een associatie willen aangaan, kunnen erg divers zijn. Bij vraag 9 en 10 van de semigestructureerde vragenlijst werd er gepeild naar de beweegredenen voor een associatie en de verwachtingen over een toekomstige associatie. In de groep met HAIO's werden er 31 verschillende codes geteld. Deze werden gegroepeerd in dertien subcategorieën. De grootste subcategorieën staan weergegeven in onderstaande tabel, in dalende volgorde. (zie tabel 2) Deze subcategorieën gaven uiteindelijk drie categorieën: "kwaliteit van zorg", "organisatie" en "sociaal contact". Specifieke situaties waar de HAIO's zich in bevinden, geven uiteraard vorm aan specifieke verwachtingen. Eén deelnemer, die momenteel werkzaam is in een wijkgezondheidscentrum, vond overleg een erg belangrijke factor. Gezien de tijd die nodig is om te overleggen in een WGC een activiteit is die bijdraagt aan de inkomsten voor de arts, blijft hij in de komende associatie ook in een WGC werken. Een andere deelnemer, die werkzaam is in een groepspraktijk, vermeldde de angst voor gebrekkige communicatie in combinatie met een grote groep collega's. Grotere groepen, vreesde hij, zorgen voor meer onenigheid. Een laatste speciale situatie die aan bod kwam was die van een HAIO van allochtone afkomst. Hij zocht hulp om over barrières heen te komen: taalbarrière, moeite met administratieve opdrachten maar ook de weerstand van mensen tegen een vreemde arts. Hij zocht vooral een oudere arts, die hem aan de patiënten kon introduceren en wiens praktijk hij na enkele jaren kon overnemen.

In de groep gevestigde artsen werden er 26 verschillende codes geteld. Deze werden gegroepeerd in dertien subcategorieën. De grootste subcategorieën staan weergegeven in onderstaande tabel, in dalende volgorde. (zie tabel 2) Deze subcategorieën gaven uiteindelijk vier categorieën: "kwaliteit van zorg", "organisatie", "collegialiteit" en "werklast". Specifieke verwachtingen waren bijvoorbeeld die van een arts met 35 jaar beroepservaring, die specifiek op zoek was naar een jongere collega. Hij zou graag de nachtwachten aan deze collega willen doorgeven. Een andere arts, met enkele jaren beroepservaring, zocht dan weer specifiek iemand van haar eigen generatie.

Tabel 2: Meest voorkomende subcategorieën van codes over verwachtingen van de associatie in dalende volgorde

	HAIO's	Gevestigde artsen
1.	Overleg	Werklast
2.	Balans privé/werk Sociaal contact met collega's	Balans privé/werk
3.	Praktijkmanagement Flexibiliteit Emotionele ondersteuning	Overleg Kwaliteit van zorg
4.	Kwaliteit van zorg Werkaanbod Samenwerken Continuïteit	Continuïteit
5.	Kosten delen	Geen patiëntenstop Samenwerken

3.3.4 Missie en visie

"Missie" en "visie" zijn termen die ons kunnen helpen de grondbeginselen en de methode te omschrijven waarmee we ons werk als huisarts willen uitoefenen. Zijn ze gekend en worden ze gebruikt in de praktijk?

Bij de HAIO's kende de meerderheid van de deelnemers de termen "missie en visie". Deze deelnemers gebruikten de termen ook concreet in de praktijk of in de zoektocht naar een toekomstige associatie. Zes HAIO's vonden een gelijke missie en visie hebben met de toekomstige associé essentieel om een langdurig samenwerkingsverband te laten slagen. Nog eens twee HAIO's waren van mening dat de visie gelijk moest zijn. Missie zagen zij eerder als een persoonlijke zaak. Degenen die vonden dat de visie gelijk moet zijn in de praktijk, haalden vooral als reden de continuïteit van het beleid naar de patiënt toe aan. Eén deelnemer vermeldde dat het soms moeilijk was om de visie met oudere collega's gelijk te krijgen. Een andere deelnemer vermeldt dat de termen niet gemakkelijk zijn in gebruik. Het indelen van ideeën in missie of visie loopt moeizaam.

De termen "missie en visie" zijn meer bekend bij de gevestigde huisartsen: bijna alle gevestigde artsen wisten wat de termen betekenen. Slechts een minderheid van deze artsen gebruikte ze ook in de praktijk of had er concreet over nagedacht. Eén deelnemer vermeldde zelfs dat zijn praktijk een coach heeft gezocht om te helpen met het opstellen en onderhouden van de praktijkmissie en –visie. Volgens hem was blijvende aandacht hieraan geven noodzakelijk voor een vlotte samenwerking. Een andere deelnemer, die aan het einde van zijn carrière staat, zei dat missie en visie voor hem niet meer zo belangrijk waren. Hij had "geen kruistocht meer te voeren". Bovendien was hij al drie jaar op zoek naar een nieuwe collega. Bijgevolg wou hij zich niet te kieskeurig opstellen. Alle artsen zochten een collega met een gelijke of gelijkaardige missie. Eén arts zocht vooral een partner met gelijke sociale missie om mee te stappen in haar praktijknetwerk rond kansarmoedebestrijding. Vier artsen vermeldden dat visie niet gelijk hoeft te zijn en dat visie een zekere vrijheid moet of kan krijgen. Eén arts ging er van uit dat missie en visie bij huisartsen sowieso gelijkaardig zouden zijn, door de natuur van het beroep als hulpverlener.

3.3.5 Vorm van samenwerking

Een integrale samenwerking is de meest complete vorm van samenwerken. Hierbij worden de kosten en het patiëntenbestand gedeeld. Alle HAIO's zouden graag hun beroep uitoefenen in een integrale samenwerking, met uitzondering van één deelnemer die liever zich zou beperken tot een kosten delende samenwerking. Hij zou graag zijn eigen patiëntenbestand bewaren. Geen enkele HAIO werkt momenteel in een vennootschapsverband, gezien het huidige Sui Generis statuut van de HAIO dat niet toelaat.[35] In hun toekomst zien sommigen dat veranderen. Vijf HAIO's denken eraan later in een vennootschapsstructuur te werken, wanneer hun omzet hoger zal zijn. De redenen hiervoor zijn vooral de financiële implicaties van een vennootschap, maar één deelnemer vermeldt ook het afschermen van het persoonlijk vermogen. Drie HAIO's kenden te weinig van de materie om er een uitspraak over te kunnen doen. De deelnemer die werkt in een WGC, wenst in de toekomst ook in loondienst te blijven werken.

In de onderzoeksgroep met gevestigde artsen kiezen allen voor een integrale samenwerking. Zes artsen werkten in een vennootschap, waarvan vijf met een eBVBA (eenmans BVBA), één arts had een BVBA samen met zijn echtgenote die ook huisarts is, en één arts had bovenop haar eBVBA ook nog een patrimoniumvennootschap opgericht waar alle leden van de praktijk in opgenomen w aren.
De beweegreden achter deze patrimoniumvennootschap was de organisatie van een gelijke verdeling van de kosten en de investeringen in het praktijkgebouw. Degenen die niet werkzaam waren in een vennootschap hadden het allen ooit overwogen. Het oprichten van een vennootschap sloot ofwel op dat moment niet aan bij hun financiële situatie, of werd niet voordelig bevonden of werd uitgesteld omwille van het onzekere politieke klimaat hieromtrent. De artsen die wel actief zijn

via een BVBA structuur vermeldden het meest de fiscale voordelen. Eén deelnemer wees ook op de bescherming van het persoonlijk vermogen.

3.3.6 Proefperiode

In deze paragraaf wordt beschreven wat de deelnemers verwachten van een proefperiode, meer specifiek van de duur en de onkostenbijdragen van de proefperiode. Na het literatuuronderzoek bleek dat dit de meest variabele factoren zijn in vergelijking met een definitief contract.

Drie HAIO's kiezen voor een proefperiode van één jaar. Twee kiezen voor een periode tussen de zes maanden en één jaar. Nogmaals twee HAIO's kiezen voor een periode van zes maanden. Eén HAIO kiest voor een proefperiode van twee maanden. De overblijvende deelnemer in deze groep kiest voor een zo kort mogelijke periode. Eén deelnemer vermeldt dat een proefperiode die langer is dan één jaar geen goed effect zou hebben op het gevoel van werkzekerheid. De opzegtermijn van deze proefperiode is een onderwerp waar de helft van de deelnemers in deze groep nog niet over heeft nagedacht. De opzegtermijn van de proefperiode is gerelateerd aan de duur van het proefcontract. Zo kiest de HAIO die een proefperiode van twee maanden wenste, ook maar voor een opzegtermijn van één week. Alle andere HAIO's die er al over hadden nagedacht kozen voor een termijn van één tot drie maanden. Soms is de proefperiode voor HAIO's die in de huidige praktijk gaan associëren niet van toepassing.

De gevestigde artsen kiezen voor meer dan de helft voor een proefperiode van één jaar. Enkele keren wordt vermeldt dat dit noodzakelijk is om de associé echt te leren kennen. Nog eens drie artsen kiezen hier voor een periode van zes maanden. Eén arts zou het allerliefste geen proefperiode nemen. Voor de opzegtermijn van het proefcontract kiest de helft van de artsen voor een periode van drie maanden. Eén arts kiest voor twee maanden. Twee artsen kiezen voor één maand. Twee artsen hadden nog niet over dit aspect van het contract nagedacht.

Meer dan de helft van de HAIO's kiest ervoor om de onkosten tijdens de proefperiode te bepalen volgens een percentage van het bruto inkomen. De enige HAIO die daar ook een percentage bijgeeft, spreekt van 5%-10%. Er wordt door één deelnemer melding gemaakt van een systeem met fluctuerend percentage voor de kostenbepaling. Hoe groter de bruto inkomsten van de nieuwkomer, hoe kleiner het percentage wordt. Op die manier wil de praktijk hard werken stimuleren. Andere deelnemers willen liever een vast bedrag betalen. Eén HAIO wil de kosten van het begin af aan in gelijke delen verdelen. Dit lijkt logisch aangezien zij samen met een andere HAIO een nieuwe praktijk zal oprichten.

Kosten verdelen tijdens de proefperiode hoeft volgens twee gevestigde artsen niet anders te verlopen dan tijdens een vast contract. De meerderheid is echter voor een aangepast kostenverdelingssysteem tijdens de proefperiode. Drie artsen willen een combinatie maken van een vaste kost en een variabele kost. Deze laatste is te bepalen volgens een percentage van het bruto inkomen. Twee artsen willen enkel een vast bedrag invoeren. Vier artsen spreken over enkel een percentage van het bruto inkomen om de kosten te dekken. Meestal gaat het hier dan om 15% van het bruto inkomen van de associé op proef.

3.3.7 Instapsom

Hoewel een grote meerderheid van de HAIO's bevestigt dat een instapsom betalen kan helpen om gelijkwaardigheid te creëren tussen collega's, zouden er maar drie van hen deze som zonder bezwaar

betalen. Enkele deelnemers vermelden als reden dat er meer nodig is om gelijkwaardigheid te creëren. Zij vermeldden hier de factoren “tijd” en “respect”. Twee HAIO’s vinden het niet nuttig om toe te zeggen op een instapsom, omdat ze ook zonder instapsom elders kunnen starten. Zij halen de voordelige onderhandelingspositie aan waar zij zich in bevinden. Door het tekort aan huisartsen zijn de gevestigde artsen de vragende partij voor de associatie. Drie HAIO’s zijn duidelijke voorstanders van een instapsom. Eén van de redenen die ze hiervoor geven is werkzekerheid. Een instapsom zou gevestigde artsen stimuleren om patiënten door te geven aan de nieuwe associé. Het meest gekozen systeem is een percentage van een referteperiode. Deze periode is vaak het eerste inkomstenjaar. Dit bedrag moet dan over de komende vijf jaar worden betaald.

Drie gevestigde artsen staan erg achter het idee van de instapsom. Zij zijn van mening dat een instapsom gelijkwaardigheid creëert en een waardering is voor het beschikbaar cliënteel. Ze vragen zich echter af of dit heden ten dage nog een realistische vraag is. Eén arts wenst zelfs expliciet geen instapsom omdat hij het niet meer in het huidige klimaat voelt passen. De artsen die een instapsom wensen, geven aan deze vraag te willen laten vallen indien nodig. Na een lange zoektocht naar een geschikte associé willen ze niemand afschrikken. Eén arts twijfelt over de instapsom. Hij wil geen geld verdienen aan de start van een nieuwe associé, maar vreest dat hij de kans op snelle gelijkwaardigheid anders laat liggen. Er wordt verwacht dat samen beslissingen nemen vlotter verloopt na het betalen van een instapsom. Diegenen die niet voor een instapsom kozen doen dat vooral omdat ze niet overtuigd zijn dat dit gelijkwaardigheid creëert. Andere redenen hiervoor zijn dat deze artsen de patiënt niet als hun eigendom zien of dat het niet in de hedendaagse tijd past. Gelijk verdelen van de kosten of samen investeringen doen geeft volgens twee deelnemers wel gelijkheid. Eén arts heeft een slechte ervaring met het betalen van een instapsom. In de vorige associatie had ze die betaald, maar ze bleef de “HAIO stempel” dragen. Als er gekozen wordt voor een instapsom, gaat het meestal over een percentage van een referteperiode. Eén arts vraagt een vast bedrag, dat gekoppeld is aan het inkomen van de reeds gevestigde arts.

3.3.8 Deelnemen in de kosten

Een eerlijke kostenverdeling is noodzakelijk om de associés op lange termijn tevreden te houden. Maar hoe wensen de deelnemers deze te bepalen?

In de groep met HAIO’s is er een duidelijke voorkeur voor een indeling naargelang de soort kosten. Vijf HAIO’s vermelden dat ze de nutsvoorzieningen of de kosten die verbonden zijn aan het praktijkgebouw, als een vast bedrag zouden willen betalen. Deze kosten mogen onder collega’s in gelijke delen verdeeld worden. Twee deelnemers zouden liever geen indeling maken in soorten kosten en alles verdelen volgens een percentage van de omzet. Twee HAIO’s hebben nog niet nagedacht over een kostenverdelingssysteem.

In de groep met gevestigde artsen verwachten vier artsen dat er geen indeling in verschillende soorten kosten komt. Twee van deze artsen willen de kosten in gelijke delen verdelen en twee andere via een verdeelsleutel volgens inkomsten. Eén van deze artsen vermeldt expliciet zo weinig mogelijk van de kostenverdeling in het contract op te willen nemen. Drie artsen kiezen voor een combinatie van een percentrage van de inkomsten en een deel vast bedrag. De nutsvoorzieningen en soms ook de kosten van het secretariaat vallen onder de vaste kosten. Dan zijn er nog twee artsen die melding maken van een meer complex systeem waarbij de kosten elk afzonderlijk worden bekeken en dan volgens percent van inkomsten, als vaste kost of volgens activiteitsgraad in de

praktijk verdeeld worden. Eén van deze praktijken gebruikt ook de inkomsten van de pooling om kosten te dekken.

3.3.9 Deelnemen in de inkomsten

Alle HAIO's zijn voor een systeem met pooling van inkomsten. De meeste HAIO's wensen de forfaitaire bedragen zoals de inkomsten van GMD's en Zorgtrajecten te poolen. Slechts één HAIO wil ook de prestaties poolen. Dit is logischer wijze ook degene die in een WGC werkzaam is. De redenen waarvoor de deelnemers kiezen voor pooling is het vermijden van concurrentie tussen de collega's onderling. Het lijkt voor velen ook eerlijker doordat de opvolgende arts niet altijd degene is die het GMD heeft afgesloten. Door enkel de GMD's te poolen wordt men via de prestaties nog steeds beloond voor het werk dat besteed wordt aan die GMD patiënt. De meeste HAIO's willen de pooling verdelen volgens activiteitsgraad. Eén deelnemers wenst de pooling te gebruiken om de kosten te dekken. Dan is er nog een laatste HAIO die graag de pooling in gelijke delen zou willen verdelen, doordat hij verwacht dat het afsluiten van GMD's toch gelijk zal open. Een deel van de pooling besteden als beloning voor diegene die het management op zich neemt is een systeem waar twee HAIO's achter staan.

De overgrote meerderheid van gevestigde artsen kiest voor een systeem van pooling. Slecht één arts wenst dit systeem niet toe te passen. Alle artsen die willen poolen willen dit enkel voor de forfaitaire bedragen, niet voor de prestaties. Eén arts vermeldt een slechte ervaring met het poolen van de prestaties. In haar praktijk werd dit systeem enkele jaren geleden ingevoerd, maar weer afgevoerd doordat het te complex werd. De pooling wordt volgens vier artsen best verdeeld volgens activiteitsgraad. Twee artsen wensen met de pooling een deel van de kosten te dekken. Eén arts wil de pooling in gelijke delen onderverdelen. Eén arts heeft nog geen wensen geformuleerd over dit onderwerp. Vier artsen staan achter het idee dat men pooling kan gebruiken om het opnemen van managementstaken te vergoeden.

3.3.10 Management

De managementstaken verdelen volgens vaardigheden is volgens vier HAIO's het gewenste systeem. Deze managementverdeling vastleggen in het associatiecontract of een leider in de groep aanstellen die de verdeling bepaalt, zijn aangehaalde manieren om een regulerend systeem hierover te hebben. Twee HAIO's vinden dat het opnemen van managementstaken altijd vergoed moet worden. Vier zijn van mening dat er enkel een vergoeding aan de orde is bij een ongelijke verdeling van het management. De stelling dat managementstaken best gelijk verdeeld worden, wordt gesteund door vier deelnemers in deze groep.

Voor de meeste gevestigde artsen hoeven managementstaken niet gelijk verdeeld te worden onder de collega's. Eén arts vermeldt zelfs dat hij het gemakkelijker vindt alle managementstaken bij één persoon te houden. Hij verwacht ook niet dat het veel werk is in een kleine praktijk. Een andere arts vermeldt dat er bij hem in de praktijk weinig management door de artsen zelf gedaan wordt. De praktijkassistent neemt veel van die taken over. Eén arts verwoordt zijn vrees over ditzelfde systeem. Hij vreest dat er in de toekomst praktijkmanagers komen, die geen arts zijn, maar er wel voor zorgen dat een arts meer inkomsten moet afstaan aan management. Managementstaken die niet gelijk verdeeld zijn mogen volgens vijf artsen best wel vergoed worden, al is het niet altijd noodzakelijk. Drie artsen willen managementstaken zeker niet vergoeden. Twee artsen vinden dat deze altijd gelijk verdeeld moeten worden. Eén arts vraagt zich af of de taken als opleider van een HAIO vergoed

kunnen worden. Dat zou ze graag realiseren, maar voor deze functie een concreet bedrag bepalen blijkt moeilijk.

3.3.11 Werkuren en afwezigheden

Aan de deelnemers werd gevraagd hun idee weer te geven over wat een Voltijds Equivalent als huisarts is. Ongeveer de helft van de HAIO's geven hier aan dat dit voor hun 50u per week betekent. Twee deelnemers kiezen voor meer dan 50 u per week. En twee deelnemers kiezen voor maximaal 40u.

In de groep met gevestigde artsen zijn er vier die kiezen voor een ideale werkweek van 50u. Drie artsen kiezen voor minder dan 50u. Eén arts is van mening dat een voltijdse werkweek als huisarts 65u bevat. Een laatste arts kan er geen uren aan geven, maar verdeelt de dag in 3 dagdelen. Dan zijn 10 van de 15 dagdelen per week een voltijds equivalent.

Het gewenste aantal vakantiedagen wordt hier uitgedrukt in het equivalente aantal werkdagen dat anders gepresteerd zou worden. Het aantal gewenste vakantiedagen ligt bij de HAIO's tussen 20 en 35 dagen. Drie HAIO's zouden genoegen kunnen nemen met 20 vakantiedagen per jaar, al geven ze aan liever 30 dagen te nemen. Vier HAIO's kiezen voor ten minste 30 dagen. Eén deelnemer kiest voor ten minste 35 dagen vakantie per jaar.

De gevestigde artsen kiezen meestal voor een maximum van 30 vakantiedagen per jaar. Drie vinden exact dertig dagen perfect. Slechts twee artsen kiezen voor meer dan 30 vakantiedagen.

Slechts één HAIO vindt het noodzakelijk dat ieder evenveel vakantiedagen krijgt. Een meerderheid is voor het bewaren van een evenwicht in het aantal vakantiedagen per collega. Drie benadrukken de gelijke rechten op vakantie, maar dit mag natuurlijk geen plicht worden. Vijf vermelden spontaan dat er aandacht voor flexibiliteit moet zijn aangaande de vakantieplanning. Enkele HAIO's vermelden de omzet als een regulator. "Hoe meer vakantie, hoe minder inkomsten" is eigen aan een beroep als zelfstandige. De HAIO die werkzaam is in een WGC, en die dus ook de prestaties wil poolen, vermeldt een vergoeding per aantal gewerkte dagen. Op die manier hoopt hij het evenwicht te bewaren tussen de collega's. Eén HAIO vindt dat degenen met de hoogste activiteitsgraad meer recht hebben op snipperdagen.

Slecht één gevestigde arts vindt het noodzakelijk dat iedere collega evenveel vakantie krijgt. Vier artsen benadrukken de noodzaak van een zeker evenwicht in het aantal vakantiedagen. Drie artsen vermelden dat er wel een gelijk recht moet zijn op vakantiedagen. Vijf artsen willen dat er aandacht is voor flexibiliteit over dit onderwerp en ruimte voor overleg. Eén arts vermeldt dat ze meer vakantiedagen wil geven aan degene die een hogere activiteitsgraad heeft in de praktijk. Een andere arts zou het heel erg appreciëren als de jongere collega minder vakantie opneemt dan hijzelf.

3.3.12 Uitstappen

In de groep met HAIO's zijn de meningen verdeeld over wat een aangepaste opzegtermijn zou zijn. De meningen zijn gelijk verdeeld over de periodes 1-3 maanden, 3-6 maanden en precies 6 maanden. Niemand echter kiest voor een periode langer dan 6 maanden. De voor- en tegenstanders van een vestigingsverbod zijn ongeveer gelijk verdeeld. Sommigen zien het vestigingsverbod als een noodzaak om gedane investeringen in de praktijk te beschermen. Er zijn tegenstanders van het vestigingsverbod omdat het niet nuttig wordt geacht in deze periode met een huisartsentekort. Anderen hebben dan weer principiële bezwaren en vinden het niet meer in deze tijd passen. Als er

een vestigingsverbod vermeldt wordt, gaat dit meestal over één tot vijf jaar, beperkt tot de gemeente waar de originele praktijk gevestigd is. Verschillende deelnemers vermelden dat dit uiteraard regio gebonden is. Een duidelijke meerderheid van de HAIO's is voor een uitstapvergoeding, al mag die niet te groot zijn. Eén HAIO denkt aan de liquidatiepremie van de BVBA om dit te betalen. Anderen vermelden dat er enkel sprake van kan zijn als er ook een instapsom was. Twee HAIO's hebben nog niet over een uitstapvergoeding nagedacht.

Een meerderheid van de gevestigde artsen kiezen voor een opzegtermijn van zes maanden. De overige artsen kiezen gelijk verdeeld voor de periodes van één tot drie maanden en één jaar. Eén arts kiest voor de periode van één tot drie maanden, omdat hij verwacht dat de tegenpartij zekerheid wil, maar voor hem persoonlijk zou het zo kort mogelijk mogen. Een andere arts vermeld dat ze één jaar opzegtermijn logischer zou vinden, gezien ze die tijd nodig zou hebben om een nieuwe collega te vinden. Maar een collega vragen een jaar langer te blijven dan gewenst, is niet realistisch. Daarom stelt de ze termijn op zes maanden. De voor- en tegenstanders van het vestigingsverbod zijn bijna gelijk verdeeld. Eén van de redenen die tegenstanders hiervoor vermelden is het huisartsentekort. Als de deelnemers een bepaling geven aan het vestigingsverbod gaat het om een termijn van vijf tot tien jaar. De beschreven omtrek van het vestigingsverbod gaat van de gemeente waar de praktijk gevestigd is tot twintig kilometer. De meerderheid van de artsen is tegen een uitstapvergoeding. Vaak omdat ze ook geen instapvergoeding zouden vragen.

3.3.13 Voorbereid zijn op het associatiecontract

Een overgrote meerderheid van de HAIO's vindt dat hij/zij niet voldoende voorbereid is om zelf keuzes te maken aangaande de vorm en inhoud van zijn/haar samenwerkingscontract. Een even grote meerderheid zou dan ook graag juridisch advies vragen bij het opstellen van dit associatiecontract. Er is regelmatig vraag naar een typecontract en naar informatie over wat redelijke en gangbare eisen zijn. Hoewel er twee deelnemers zijn die hebben deelgenomen aan opleidingsmomenten rond associatievorming in het voorbije jaar, is er bij twee andere deelnemers toch nog vraag naar meer opleiding hierover gedurende de universitaire opleiding tot arts. De informatie die beschikbaar is komt vaak van bedrijven die aanbieden boekhoudkundige diensten te verstrekken, en één HAIO betwijfelt of die bron objectief genoeg is om verantwoorde beslissingen mee te maken. Eén HAIO vermeldt dat niet alles in het contract moet staan om de flexibiliteit in de samenwerking te verhogen. Een andere HAIO benadrukt juist dat ze zo veel mogelijk details wil vermelden in het contract, om geen discussie uit te lokken. Spontaan vermeldden vijf HAIO's dat goed overeenkomen, vertrouwen en flexibiliteit voor hen de belangrijkste dingen zijn in een associatie. Eerst moet er de persoonlijke "klik" zijn, nadien kan men pas denken aan een associatiecontract.

In de groep met gevestigde artsen voelt een nipte meerderheid zich onvoldoende voorbereid op het komende associatiecontract. Als ze zich voldoende geïnformeerd voelen is dit voornamelijk te danken aan een vorig associatiecontract. Meer bepaald de toenmalige begeleiding of het leren uit fouten. Toch zouden alle artsen op één na juridisch advies vragen bij het opstellen van een associatiecontract. Deze arts zou liever geen juridisch advies vragen omdat hij vreest dat het contract te complex zou worden voor de noden van zijn praktijk. Hij benadrukt het belang van soepel in- en uittreden. Hij zou liever geen proefperiode of opzegtermijn hebben. Hij zou liefst werken met een typecontract. Vraag naar meer opleiding over associatievorming in het universitair traject komt maar bij één arts aan bod. Vier artsen maken duidelijk dat zij zich afvragen wat de gangbare normen zijn in

een associatiecontract. Zij zouden graag meer informatie hebben over de opties die ze kunnen kiezen. Zij zoeken een soort leidraad, maar weten niet goed waar ze dergelijke informatie kunnen vinden. Eén arts benadrukt dat er al veel informatie is, onder andere bij Domus Medica of ECHTT (Expertise Centrum voor Huisartsen Trajecten en Teams), maar dat die onvoldoende bekend gemaakt wordt.

3.4 Bespreking

Hieronder wordt de bespreking van de resultaten per thema weergegeven.

3.4.1 Studiepopulatie

Bij het verzamelen van de deelnemers was er een zwakke responsgraad. Ongeveer één vijfde van alle gecontacteerde gevestigde artsen en HAIO's gaf aan deel te willen nemen. De reden hiervoor is niet volledig duidelijk. Enkele gevraagde gevestigde artsen hebben expliciet laten weten niet aan de studie te kunnen participeren wegens de hoge werkdruk in hun praktijk. We vermoeden dat in beide groepen de werkdruk mee de responsgraad heeft bepaald. De HAIO's werden gecontacteerd volgens de sociale contacten van de onderzoeker. Dit kan een vertekening van de resultaten geven volgens de regio waar de deelnemers werkzaam zijn. De HAIO's waren bijgevolg slechts verdeeld over drie provincies van Vlaanderen.

Bij analyse van de administratieve gegevens van de studiepopulatie zien we dat er in beide groepen een evenwichtige verdeling is naar geslacht. Ook de verdeling naar praktijksituatie was evenwichtig. De HAIO's hebben allen een gelijk aantal jaren beroepservaring. Bij de gevestigde artsen heeft twee derde minder dan tien jaar ervaring. Er heeft dus voornamelijk een jongere populatie van gevestigde artsen zich beschikbaar gesteld voor het interview. Dit kan eventueel gevolgen hebben op de bekomen resultaten. Jongeren kunnen een andere visie hebben dan ouderen doordat ze andere of minder ervaringen hebben of zich gewoon in een andere levensfase bevinden. Een nadeel van het lage aantal geïncludeerde artsen met meer dan tien jaar beroepservaring is het risico dat er voor deze subgroep geen saturatie van de gegevens werd bereikt.[36]

3.4.2 Methode

Het benaderen van het thema met de methode van semigestructureerde interviews was een gepaste keuze, gezien er onderzoek gevoerd werd naar meningen en ervaringen.[34] Het afnemen van de interviews gebeurde telefonisch. Dit zorgde ervoor dat er geen selectie was bij de gevestigde artsen naar lokalisatie in Vlaanderen. Noch de onderzoeker, noch de deelnemers moesten zich verplaatsen om het interview tot stand te brengen, waardoor de artsen die deelnamen niet geselecteerd werden naar vestigingsplaats. De HAIO's die deelnamen waren iets minder verspreid, vermoedelijk onder invloed van een selectiebias (zie vorige paragraaf). Zij waren verdeeld over de provincies West-Vlaanderen, Vlaams-Brabant en Antwerpen.

De interviews werden met steekwoorden schriftelijk vastgelegd tijdens het interview. Dit was mogelijk doordat een deel van de vragen korte antwoorden genereren, zoals een termijn of een ja-neevraag. Het zou kunnen dat een deel van de nuances van de antwoorden hiermee verloren ging. De codering gebeurde door de onderzoeker, en werd dus helaas maar door één persoon gecodeerd. Gezien de beperktheid van de onderzoeksgroep was het echter praktisch niet haalbaar om de codering door meerdere personen te laten uitvoeren en dan te vergelijken.

De onderzoeker had al eerdere ervaring met “conventional content analysis”, wat bijdraagt aan het correct uitvoeren van deze analysetechniek. Gezien deze studie slechts één kwalitatieve onderzoeksmethode hanteert, is er geen triangulatie.[36] Dit kan een weerslag hebben op de betrouwbaarheid van de gegevens.

3.4.3 Zoeken naar nieuwe associé

Zoeken naar een nieuwe associé kan lang duren. De HAIO’s die een plaats hebben aangeboden gekregen op de plaats waar ze momenteel hun stage doorlopen, hebben al een soort proefperiode doorlopen. De toekomstige associés hebben de samenwerking al uitgebreid kunnen testen en weten waar de ander voor staat. De kleine minderheid van HAIO’s die nog op zoek was naar een collega om zich het komende jaar mee te associëren, bleek nochtans geen concrete stappen te ondernemen. Dit kan te maken hebben met het feit dat er ongeveer nog zes maanden opleiding te volgen was op het moment van het interview. Dit maakte dat het onderwerp voor de HAIO’s nog geen dringende kwestie was. Gevestigde artsen hebben het duidelijk moeilijker om een associé te vinden. Meer dan de helft was al meer dan een jaar op zoek. Het hoeft niet te verbazen dat, gezien de selectiemethode van de deelnemers, alle artsen het gebruik van zoekertjes vermelden. Rondvragen bij de sociale kaart of de wachtkring zijn ook enkele populaire technieken. Een arts die reeds in de buurt gevestigd is heeft al een patiëntenpopulatie en zal dus patiënten meebrengen naar de nieuwe praktijk. Indien de voornaamste reden van associatie de werklast verlagen is, kan dit laatste minder nuttig blijken. Een startende arts aantrekken gaat dus blijkbaar best als je Praktijkopleider van een HAIO bent of als je een HAIO kan aanspreken die je kent.

3.4.4 Verwachtingen associatie

Zowel bij de groep HAIO’s als bij de groep gevestigde artsen was er voor een deel al ervaring met associaties. Bij de HAIO’s werden er minder negatieve ervaringen gemeld dan bij de gevestigde artsen. De ervaring van een HAIO beperkt zich natuurlijk tot een kortdurende observatie van een associatie. Gevestigde artsen hebben al persoonlijke ervaring. Dit kan maken dat de associatie met meer detail wordt geëvalueerd. Negatieve ervaringen in een eerdere associatie betroffen vooral de communicatie tussen de associés en de financiële afspraken. Bij positieve ervaringen werden vooral een vlotte samenwerking en degelijke communicatie vermeld. De negatieve ervaringen in het verleden houden een wens tot nieuwe associatie bij deze deelnemers niet tegen.

Wanneer we kijken naar wat de deelnemers belangrijk vinden in een samenwerkingsverband, zien we dat bij beide onderzoeksgroepen de mogelijkheid tot overleg heel hoog scoort. Artsen zien een associatie als platform om overleg te kunnen plegen en te leren van anderen. Bij de HAIO’s kan dit eventueel te maken hebben met de relatief korte beroepservaring die zij al hebben. Maar ook bij artsen die al een jarenlange carrière hebben, blijft dit van tel. In beide groepen scoort ook de werklast en de balans tussen privéleven en werk een grote rol. Dit toont dat artsen wensen via een associatie een flexibele werkverdeling en ruimte voor het privéleven mogelijk te houden of mogelijk te maken. Voor de gevestigde artsen is continuïteit naar de patiënt toe en het niet moeten invoeren van een patiëntenstop in hun praktijk belangrijk. De HAIO’s zijn eerder bezorgd over een voldoende aanbod aan werk en een collegiale sfeer op het werk. Zij wensen niet meer de “HAIO stempel” te dragen. HAIO’s vinden over het algemeen het sociale contact dat een associatie met zich meebrengt erg belangrijk.

3.4.5 Missie en visie

De termen “missie” en “visie” waren niet door alle artsen gekend. Degenen die ermee vertrouwd waren gebruikten ze meestal ook in de praktijk. Dit blijkt niet altijd gemakkelijk doordat de termen niet altijd duidelijk lijken of dat er meningsverschillen zijn in de reeds bestaande praktijk. Een oplossing die door één van de deelnemers wordt aangereikt hiervoor, is begeleiding door een coach. Missie en visie moeten niet voor alle deelnemers gelijk zijn. Over het algemeen wordt wel erkend dat ze noodzakelijk verzoenbaar moeten zijn om een stabiele samenwerking op te bouwen. Missie en visie scheppen een kader om in te werken. Dit wordt door enkele deelnemers, vooral de HAIO’s, gezien als positief kader: het duidt aan wat mag en kan. Anderen, vooral uit de groep gevestigde artsen, zien het als een beperking van persoonlijke keuzes. In de literatuur wordt duidelijk gesteld dat een gemeenschappelijke missie en visie uitwerken een noodzaak is om een succesvolle associatie tot stand te brengen.[4] Bij het bepalen van deze missie en visie moet er voldoende aandacht zijn voor een goede balans tussen het gemeenschappelijk beleid en het behoud van de individuele vrijheid.[37]

3.4.6 Vorm van samenwerking

De deelnemers zijn duidelijk geïnteresseerd in de integrale samenwerkingsvorm. Zowel HAIO’s als gevestigde artsen hebben interesse in de vennootschapsstructuur als wijze om de inkomsten te optimaliseren. Ze zijn zich bewust dat het niet voordelig is voor alle praktijksituaties. Enkele HAIO’s vermelden ermee wachten tot hun omzet hoger is. Er is recent politieke onzekerheid over de voorwaarden aangaande de vennootschapsstructuur. Daarmee komt er ook onzekerheid over de kosten-baten analyse. Hierdoor twijfelen enkele artsen of het nu het juiste moment is om deze investering te doen. Twee deelnemers verkiezen de vennootschapsstructuur omwille van het mogelijk afschermend effect van het privévermogen. Daarvoor is het wel essentieel de juiste vorm van vennootschap op te richten. Niet alle vennootschapsstructuren hebben dit effect.[30] Is deze wens van artsen om het privé vermogen te beschermen wel nodig? Door het relatieve huisartsentekort hebben huisartsen slechts zelden onvoldoende inkomsten om schulden te kunnen aflossen.

3.4.7 Proefperiode

Veruit de meeste deelnemers kiezen voor een proefperiode van zes maanden tot één jaar. Bij de gevestigde artsen is er één deelnemer die liever geen proefperiode heeft. Deze deelnemer heeft al 35 jaar beroepservaring en is al drie jaar zoekende naar een nieuwe collega. De lange wachttijd en de relatief beperkte tijd waarin hij nog moet samenwerken met de nieuwe collega, zorgen er misschien voor dat hij zo snel mogelijk zekerheid wil, en niet zo kieskeurig is of het wel volledig klikt met de nieuwe associé. Daartegenover staat dat een andere deelnemer die al twee jaar op zoek is en een erg hoge werkdruk heeft, nog wel een proefperiode van één jaar wil invoeren. Hij is namelijk op zoek naar een associé voor een langdurige samenwerking. Een proefperiode van langer dan één jaar lijkt af te raden, het vertraagt de definitieve vestiging van een arts, en kan als een teken van wantrouwen worden aangezien.

Volgens de meeste deelnemers mag de onkostenverdeling tijdens een proefcontract verschillen van deze tijdens de vaste associatie. Een percentage van de bruto inkomsten van de associé op proef is een frequent gekozen manier van kostenverdeling. Een percentage is een eenvoudige manier om de kosten te verdelen, maar is voor een langdurige samenwerking zelden ook een rechtvaardige verdeling. De praktijkkosten in gelijke delen verdelen of een te groot vast bedrag bepalen kan zwaar wegen op de netto inkomsten van de nieuwe associé, en daardoor een minder aantrekkelijke verbintenis lijken. Langs de andere kant is het zelden de bedoeling een nieuwe arts financieel te laten

ondersteunen door de andere collega's tijdens de start van de samenwerking. De nieuwe associatie mag de reeds gevestigde arts financieel niet zuur opbreken door een verhoogd kostenplaatje.

3.4.8 Instapsom

Het onderwerp van de instapsom is controversieel. Niet iedereen vindt deze gewoonte nog gewenst of haalbaar. Volgens velen kan het helpen gelijkwaardigheid tussen de collega's te creëren, maar zijn er nog andere factoren in het spel. Samen investeren of kosten delen wordt aangegeven als een andere bron van gelijkwaardigheid. Hoewel meerdere HAIO's bevestigen dat een instapsom nuttig kan zijn, zouden er maar enkelen van hen deze som zonder bezwaar betalen. Dit kan te maken hebben met het feit dat zij ook allen vermelden dat een instapsom niet voldoende is om volledige gelijkwaardigheid te creëren. Ook beseffen enkele HAIO's dat zij, dankzij het huisartsentekort, ook een patiëntenbestand kunnen opbouwen zonder een instapsom te betalen. Patiënten hebben immers vrije artsenkeuze. Neem in acht dat een instapsom een stimulans geeft aan de gevestigde artsen om patiënten door te geven naar de nieuwe arts, maar dat dit geen garantie is hierop. Patiënten die vrije artsenkeuze hebben zullen lange tijd hun vertrouwde huisarts blijven verkiezen. Maar ook artsen, die een vlot contact hebben met bepaalde patiënten, voelen zich niet altijd geneigd deze door te verwijzen naar de nieuwe collega.

Opvallend is wel dat er evenveel voorstanders van de instapsom zijn in de groep met HAIO's en de in groep met gevestigde artsen. Het is dus zeker niet zo dat startende artsen die niet meer willen opnemen. Het is de persoonlijke visie op gelijkwaardigheid tussen collega's en de visie op de waarde van het cliënteel die van tel is.

3.4.9 Deelnemen in de kosten

De meeste deelnemers in beide groepen kiezen voor een systeem van indeling per soort kost. Meestal gaat het hier om een vaste kostenpost voor de nutsvoorzieningen en de kosten verbonden aan het praktijkgebouw, en de verbruikskosten via een percentage van de inkomsten. Deze indeling wordt vaak gemaakt om het kostenverdelingssysteem eerlijk te houden. Wie weinig verbruikt door een lage activiteitsgraad, moet minder betalen. Er moet aandacht aan besteed worden dat er bij veranderende omstandigheden eventueel een aanpassing van de kostenverdelingssleutel gebeurd. Alle kosten in gelijke delen splitsen, kan een zware last zijn voor een startende arts die nog niet veel inkomsten heeft. Dit kan potentiële geïnteresseerden afschrikken.

3.4.10 Deelnemen in de inkomsten

In beide groepen wilt de grote meerderheid een systeem van pooling van de forfaitaire bedragen. Dit zien ze als een systeem om concurrentie tussen de collega's tegen te gaan. Door enkel de forfaitaire bedragen te poolen wordt de opvolgende arts beloond voor het gepresteerde werk, terwijl de concurrentie tussen artsen over patiënten tegen wordt gegaan. Er is zeer weinig interesse voor het poolen van alle prestaties. Dit is waarschijnlijk doordat de pooling van de prestaties de inkomsten verder doet afwijken van het "loon naar werk" systeem. Bovendien genereert een algemene pooling veel administratie, een werk waar de huisartsen al voldoende mee belast zijn.

3.4.11 Management

In de groep met HAIO's kiest een groter deel voor een gelijke verdeling van managementstaken dan in de groep met gevestigde artsen. Hoewel gevestigde artsen vermelden dat managementtaken niet zo zwaar doorwegen op hun takenpakket, lijken HAIO's ongerust dat het te veel tijd in beslag zal nemen. Daarom willen ze het gelijk verdelen of vergoeden als de verdeling te ongelijk wordt. Het lijkt

nuttig de verdeling van deze managementstaken in het contract of het huishoudelijk reglement op te nemen en regelmatig opnieuw te evalueren. Zo kan men onenigheid vermijden en ervoor zorgen dat ieder de managementstaken uitvoert die overeenkomen met zijn vaardigheden en interesses. Managementstaken uitbesteden aan praktijkassistenten is een nuttige suggestie, als er een praktijkassistent aanwezig is.

3.4.12 Werkuren en afwezigheden

In dit onderdeel lopen de meningen van de groep met HAIO's en de groep met gevestigde artsen grotendeels gelijk. Het is dus zeker niet zo dat jongere artsen minder uren willen werken dan artsen die reeds gevestigd zijn. Ongeveer de helft bepaalt het Voltijds Equivalent op 50u. De overige helft is ongeveer gelijk verdeeld tussen minder dan 50u en meer dan 50u. In vergelijking met het aantal uren dat bij de meeste werknemers als een voltijdse betrekking telt, is 50u per week erg veel. Toch is de balans met het privé leven erg belangrijk voor de meeste deelnemers. Dat lijkt enerzijds contradictoir, maar is anderzijds een logisch gevolg van het feit dat men bij hard werken meer inspanningen moet doen om het privé leven te beschermen. Gezien de verschillende verwachtingen waarmee men te maken kan hebben, is het van belang bij het opstarten van de associatie het VTE te bepalen, en te bepalen wie voltijds en wie deeltijds werkt. Het heeft immers implicaties op de eventuele pooling en de kostenverdeelsleutel.

Het aantal vakantiedagen waar de meeste deelnemers zich in kunnen vinden is 30 dagen. De HAIO's kiezen over het algemeen voor iets meer vakantiedagen dan de gevestigde artsen. De meerderheid is voor een zeker evenwicht tussen de collega's. Velen vermelden spontaan dat er aandacht moet zijn voor flexibiliteit en overleg. Toch vermelden twee deelnemers dat ze meer vakantiedagen willen toestaan voor artsen met een hogere activiteitsgraad in de praktijk. Niet iedereen zou het aantal vakantiedagen opnemen in het samenwerkingscontract, gezien dit voor een verlaging van de flexibiliteit kan zorgen. Vakantiedagen vastleggen in het contract kan latere onenigheid vermijden. Wanneer er in de praktijk een open overlegcultuur heerst, zal er altijd wel een evenwicht in het aantal vakantiedagen gevonden worden. Wanneer de communicatie niet optimaal is, wordt het wel belangrijk dat de vakantiedagen in het contract worden opgenomen.

3.4.13 Uitstappen en uitstapsom

De groep gevestigde artsen kiest gemiddeld voor een langere opzegtermijn dan de groep HAIO's. Dit kan te maken hebben met het feit dat gevestigde artsen soms lang moeten zoeken naar een nieuwe collega. Zij hebben dus die lange opzegtermijn nodig om een vervanger te vinden. Artsen die zich opnieuw vestigen hebben keuze te over, en hebben bijgevolg geen nood aan een lange opzegtermijn.

In beide onderzoeksgroepen is er een gelijke verdeling van voor- en tegenstanders van het vestigingsverbod. De meest aangehaalde reden tegen een vestigingsverbod is het huisartsentekort. De redenen waarom artsen willen associëren is vaak de hoge werkdruk. Het invoeren van een vestigingsverbod zou de achterblijvende arts een verhoogde werklast opleveren. Wanneer het gaat om de bepalingen van een vestigingsverbod kiezen de HAIO's gemiddeld voor een kortere periode en een kleinere afstand dan de gevestigde artsen. HAIO's hebben immers nog geen investeringen gedaan of geen patiëntenbestand opgebouwd dat ze zouden kunnen verliezen bij schending van een vestigingsverbod.

In de groep HAIO's zijn er meer deelnemers die achter het idee van een uitstapvergoeding staan dan in de groep gevestigde artsen. Al vermelden ze dat het bedrag niet te hoog mag zijn. Het uitkopen

van de vertrekkende collega uit het praktijkgebouw is vaak wel noodzakelijk, wat op zich ook een uitstapsom zal genereren.

3.4.14 Voorbereid zijn op het associatiecontract

Gevestigde artsen zijn duidelijk meer vertrouwd met het associatiecontract. Ruim de helft voelt zich voldoende voorbereid om zelf keuzes te maken aangaande de vorm en de inhoud van het samenwerkingscontract. Dit staat in sterk contrast met het aantal HAIO's dat zich hiervoor voorbereid voelt. De reden hiervoor is vrij duidelijk. Eerdere associaties geven ervaring om latere associaties met vertrouwen aan te gaan. Het is voor gevestigde artsen soms geen "sprong in de duisternis" meer. Toch zouden bijna alle artsen, bij het opstellen van een contract, juridisch advies vragen. Af en toe is er vraag naar een typecontract of naar meer plaats hiervoor in de universitaire opleiding. Maar de grootste wens is een soort leidraad te krijgen over waar er onafhankelijke informatie te vinden is en wat de gangbare normen zijn in een associatiecontract. Voor deze vragen zijn er al een aantal oplossingen beschikbaar, maar die blijken niet voldoende bekend. De cursussen van het ICHO over associatievorming en de begeleiding van Domus Medica of ECHTT zijn onvoldoende bekend.

3.5 Conclusie

De conclusies worden weergegeven in onderstaande kader.

1. De verwachtingen en standpunten van HAIO's en gevestigde artsen zijn meestal gelijklopend. Er blijken wel verschillen binnen de groepen te bestaan. Deze zijn vaak in gelijke verhoudingen terug te vinden bij beide groepen.

2. HAIO's blijven soms werken op de plaats waar ze stage hebben gelopen of worden gevraagd om in een naburige praktijk te komen werken. HAIO's gaan pas actief op zoek naar een associé in de laatste maanden van de opleiding.

3. Negatieve ervaringen met associaties gaan vooral over financiële onenigheid of gebrekkige communicatie.

4. Artsen verwachten van de toekomstige associatie vooral de mogelijkheid tot overleg en een goede balans tussen privéleven en werk.

5. Missie en visie bepalen kan een positief kader geven om in samen te werken, maar kan ook beperkend lijken voor de persoonlijke keuzevrijheid.

6. De proefperiode is meestal zes maanden tot één jaar.

7. HAIO's en gevestigde artsen hebben een gelijk aantal voor- en tegenstanders van de instapsom. Een instapsom is geen garantie op gelijkwaardigheid en inkomen. Voor gelijkwaardigheid is er meer nodig. Het huisartsentekort maakt de instapsom in sommige gevallen nutteloos.

8. Kostenbijdrage laten fluctueren met de inkomsten zorgt ervoor dat starters, die nog niet veel inkomsten hebben, niet overladen worden met hoge kosten.

9. Een poolingssysteem voor de forfaitaire bedragen gaat concurrentie tegen, en behoudt het systeem van "loon naar werk".

10. Management is best gelijk te verdelen of uit te besteden aan een praktijkassistent. Indien de managementstaken erg ongelijk zijn, zouden veel deelnemers een vergoeding appreciëren.

11. HAIO's en gevestigde artsen hebben een gelijk idee van een VTE als huisarts. Vaak komt dit overeen met 50 werkuren per week. Bepaal het VTE voor je aan een associatie begint.

12. Het gewenste aantal vakantiedagen is meestal 30 werkdagen. Flexibiliteit en overleg zijn belangrijk voor een evenwichtige verdeling tussen de collega's.

13. HAIO's kiezen voor kortere opzegtermijnen dan gevestigde artsen. Een lange opzegtermijn maakt dat men meer tijd heeft om een nieuwe associé te zoeken, maar anderzijds ook dat men langer ongewenst moet samenwerken.

14. Het vestigingsverbod wordt door beide groepen even vaak als collegiaal aanschouwd, maar is door het huisartsentekort niet altijd nuttig.

15. Ervaring van een vorige associatie maakt artsen meer voorbereid voor de volgende associatie. Toch zouden bijna alle artsen juridisch advies vragen bij het opstellen van het associatiecontract.

16. Er is vraag naar informatie en begeleiding over associatievorming. Er is vraag naar een leidraad en informatie over de gangbare norm van vele bepalingen.

17. De bestaande begeleidingsmogelijkheden en informatie zijn onvoldoende bekend.

4 Discussie

Deze thesis heeft onderzocht welke punten in overweging moeten genomen worden bij het starten van een nieuwe associatie. Juridisch advies bij het opstellen van het contract is ten zeerste aan te raden. Een degelijk contract dat naar ieders tevredenheid werd opgesteld is noodzakelijk voor een langdurig succesvolle samenwerking. Het helpt inhoudelijke punten te kennen en je ideeën en verwachtingen te definiëren voor een toekomstige associatie. Zo weet je waar je voor staat, en geef je duidelijke signalen naar eventuele geïnteresseerden. Bij de inhoudelijke bepalingen van het associatiecontract kunnen er discussiepunten ontstaan. Vooral bij de onderwerpen “instapsom”, “werkuren en afwezigheden”, “pooling” en “vestigingsverbod” verwachtten we meningsverschillen tussen de deelnemers. Die waren zeker aanwezig, maar verbazend genoeg niet verdeeld tussen de HAIO’s en de gevestigde artsen. De verdeling was eerder aanwezig binnen iedere onderzoeksgroep. Verschillen in verwachtingen zijn dus waarschijnlijk niet de reden waarom sommige artsen moeilijk een collega vinden onder de pas afgestudeerde huisartsen. De meerderheid van de gevestigde artsen in deze studie waren artsen die minder dan tien jaar beroepservaring hadden. Dit kan bestaande verschillen tussen de groepen hebben afgezwakt.

Waarom moeten sommige artsen zo lang naar een nieuwe collega zoeken? Kunnen we dit fenomeen wijten aan het huisartsentekort? Deels wel. Pas afgestudeerde huisartsen hebben veel keuze van waar zij zich kunnen vestigen. Zij zijn zich bewust van die voordelige onderhandelingspositie. Bijgevolg vinden artsen die een minder aantrekkelijke praktijkvisie uitstralen moeilijker een collega. Sommige artsen gaven zelf aan zo wanhopig op zoek te zijn naar een nieuwe associé, dat ze elementen uit het contract, waar ze principieel voorstander van zijn, willen laten varen om toch een nieuwe collega aan te kunnen trekken. Dit lijkt een spijtige evolutie. Je principes laten varen om een collega te vinden lijkt geen goede start voor een associatie in tevredenheid. Hopelijk brengt deze thesis de lezer meer begrip en inzicht in de standpunten van anderen.

Een ander verrassend punt was de lange werkduur waar de meeste artsen voor kozen. De meeste deelnemers waren van mening dat een voltijdse job als huisarts 50 werkuren bevat. Sommigen gingen daar zelfs nog boven. Ook hier was er geen belangrijk verschil tussen de verwachtingen van gevestigde artsen en de verwachtingen van HAIO’s hierover. Om het beroep aantrekkelijk te houden moet dus de grote wens van de deelnemers, om het privé leven te beschermen, voldoende aandacht krijgen.

Er was een duidelijke vraag naar meer informatie en begeleiding rond associëren. Veel artsen maken er een sprong in het onbekende mee. Ze zijn op zoek naar een leidraad. Er is al begeleiding mogelijk, maar die blijkt onvoldoende bekend. In de toekomst zou het nuttig zijn deze begeleiding verder uit te breiden en te werken aan een grotere bekendheid hiervan. We hopen met deze thesis een nuttige bijdrage te leveren aan de beschikbare gegevens om deze vragen over associatievorming te beantwoorden.

5 Bibliografie:

1. Statistieken van de geneeskundige verzorging. RIZIV. 2012.

2. Dirickx B. *Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk . Een exploratieve studie.* [MasterProef Huisartsgeneeskunde].Leuven: KU Leuven; 2011.

3. Meeus P, Van Aubel X. *Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up.*; 2012. Beschikbaar via: http://inami.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf. Geraadpleegd 2014 augustus 8.

4. Grouwels D.; Heyrman J.; Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen. Beschrijving van een praktisch intrument. *Huisarts Nu*. 2003;32(4):29–34.

5. De Hondt P.; Tobback K.; Van Eetvelt K.; Vanleenhove S.; Verhavert E.; Peeters G. *Handboek voor vrije beroepen*. Brussel: Kluwer; 2009. p.178.

6. Vangoetsenhoven S. WL. Het vrij beroep in vennootschapsverband notarissen, advocaten en geneesheren. *Jura falconis*. 2006;jg 43(4):p.595–722.

7. Koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende de groepspraktijken van huisartsen, *B.S.*29 november 1999.

8. Koninklijk besluit van 16 juni 1999 betreffende de associaties en samenwerkingsverbanden, *B.S.* 8 september 1999.

9. Grouwels D. ; Heyrman J.; Goedhuys J. Randvoorwaarden voor een beter samenwerking tussen huisartsen. Wat is de mening van de beroepsgroep? *Huisarts Nu*. 2003;32(1):9–15.

10. Grouwels D.; Heyrman J.; Goedhuys J. De ideale context om huisartsen tre doen samenwerken. Een brainstorming in dertien lokale kwaliteitskringen. *Huisarts Nu*. 2003;32(1):16–22.

11. Nationale Raad Orde van Geneesheren. Advies:Territoriaal niet- concurrentiebeding in een associatieovereenkomst tussen artsen. *Tijdschr Natl Raad*. 2012;137:document a137012. Beschikbaar via: http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/territoriaal-niet-concurrentiebeding-in-een-associatieovereenkomst-tussen-artsen. Geraadpleegd 2014 mei 25.

12. Nationale Raad Orde van Geneesheren. Advies: In- en uittredevergoeding in een associatie of vennootschap. *Tijdschr Natl Raad*. 2011;nr.134(document a134003). Beschikbaar via: http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/in-en-uittredingsvergoeding-in-een-associatie-of-vennootschap. Geraadpleegd 2014 mei 24.

13. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code van geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 160 §1-2.

14. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 159 §5.

15. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 159 § 1.

16. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 160 §3.

17. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code van geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 159 §4.

18. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 160 §4. 2014:art 160 §4.

19. Wet van 27 juni 1921 betreffende verenigingen zonder winstoogmerk, de internationale verenigingen zonder winstoogmerk en de stichtingen, *B.S.* 1 juli 1921.

20. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer art.* Februari 2014; 164 §2.

21. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 164 §5.

22. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 164 §6.

23. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 165 §3.; 2014.

24. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 162.

25. Art. 215. Wetboek van de Inkomensbelasting1992, Gecoördineerd bij koninklijk besluit van 10 april 1992 en bekrachtigd bij wet van 12 juni 1992 *(B.S.* 30 juli 1992)

26. Art. 130. Wetboek van de Inkomensbelasting1992, Gecoördineerd bij koninklijk besluit van 10 april 1992 en bekrachtigd bij wet van 12 juni 1992 (B.S. 30 juli 1992)

27. Art.171 3°. Wetboek van de Inkomensbelasting1992, Gecoördineerd bij koninklijk besluit van 10 april 1992en bekrachtigd bij wet van 12 juni 1992 (B.S. 30 juli 1992)

28. Cuypers R , Wijns M. *Draaiboek voor associaties en netwerken*.Leuven: Indicator; 2008. p. 43.

29. Nationale Raad Orde van Geneesheren. Advies orde: associatieovereenkomsten. *Tijdschr Natl Raad Nr62*. 1993:p.29. Beschikbaar via: http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/associatieovereenkomsten. Geraadpleegd 2014 mei 24.

30. Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. *Praktijkmanagement voor de huisarts*. Leuven: Acco; 2014. p. 200.

31. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 154.

32. Nationale Raad Orde van Geneesheren. *Code geneeskundige plichtenleer.* Februari 2014; art. 155.

33. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277–1288.

34. Hak T. Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts Wet*. 2004;47(11):205–212.

35. Algemeen Beheers Comite voor het Sociaal Statuut der Zelfstandigen. *Advies 2014/08: het sociaal statuut van huisartsen en geneesheer-specialisten in opleiding.* 2014 maart 27. Beschikbaar via: http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/tools/who/advice_201408.pdf. Geraadpleegd 2014 april 07.

36. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen ? *Minerva*. 2015;14(2):2015.

37. Lepeleire J De, Hillemans K, Hillemans C, Tichelt K Van, Creemers M, Cuypers R. Van solohuisarts naar huisartsen onder één dak (HOED). *Huisarts Wet*. 2009;38(2):63–69.

6 Bijlage

Tabel 3: Vragenlijst interviews

A. Administratieve vragen

1. Man/vrouw?
2. Aantal jaren praktijk (inclusief HAIO/HIBO jaren)?
3. Bent u van plan het komende jaar te associëren met een nieuwe collega?
4. Hoe lang bent u al actief op zoek naar een nieuwe collega?
5. Via welke kanalen hebt u contact gezocht?
6. Wat is uw huidige praktijksituatie?

B. Inleidende open vragen

7. Hebt u al eerdere ervaringen met associaties tussen huisartsen?
8. Waren deze ervaringen eerder positief of eerder negatief?
9. Wat zijn uw voornaamste beweegredenen voor die wens naar associatie?
10. Kunt u mij kort omschrijven wat u verwacht van een samenwerkingsverband?

C. Missie en Visie

11. Weet u wat de termen “missie” en “visie” betekenen?
12. Gebruikt u de begrippen “missie” en “visie” concreet in uw praktijk?
13. Vindt u het belangrijk dat associés een gelijkaardige Missie en Visie hebben?

D. Vorm van samenwerking

14. Welk type van samenwerken zou u graag realiseren in uw toekomstige associatie? Een losse samenwerking, een kosten-delende samenwerking of een integrale samenwerking?
15. Werkt u nu in Vennootschapsverband?
16. Hebt u al eens overwogen in vennootschapsverband te werken? Waarom wel, waarom niet?

E. Proefperiode

17. Wat is volgens u de gewenste duur van een proefcontract met een associé?
18. Wat is volgens u een redelijke opzegtermijn voor het proefcontract?
19. Hoe wenst u de onkostenbijdragen tijdens die proefperiode te bepalen?

F. Instapsom

20. Verwacht u dat u een instapsom moet betalen bij het starten van de associatie? Of verwacht u een instapsom van de nieuwe associé?
21. Hoe Is deze instapsom te bepalen?
22. Kan volgens u een instapsom helpen om gelijkwaardigheid tussen de collega’s te creëren?

G. Deelnemen in de kosten

23. Hoe zou u graag de praktijkkosten verdelen?
24. Maakt u een indeling in soorten kosten?

H. Deelnemen in de inkomsten

25. Hebt u interesse in het poolen van de inkomsten?
26. Welke inkomsten zou u willen poolen?
27. Hoe wilt u de inkomsten van de pooling verdelen?
28. Zou u de inkomsten van de pooling willen gebruiken om het opnemen van managementstaken te vergoeden?

I. **Management**

29. Vindt u dat het opnemen van managementstaken vergoed moet worden?
30. Vindt u dat managementstaken gelijk verdeeld moeten worden onder de collega's?

J. Werkuren en afwezigheden

31. Wat betekent voor u een voltijdse werkweek als huisarts?
32. Wat is voor u het gewenste aantal vakantiedagen per jaar?
33. Vindt u het belangrijk dat iedere collega evenveel vakantiedagen krijgt?
34. Vindt u het noodzakelijk dat er een evenwichtige verdeling is van het aantal vakantiedagen per associé per jaar?

K. Uitstappen

35. Wat beschouwt u als een aanvaardbare opzegtermijn?
36. Bent u voorstander van een vestigingsverbod?
37. Wat zou volgens u een redelijk vestigingsverbod zijn?
38. Verwacht u dat een arts die de praktijk definitief verlaat een uitstapvergoeding krijgt*?*

L. Voorbereid zijn op het associatiecontract

39. Vindt u dat u voldoende voorbereid bent om zelf keuzes te maken aangaande de vorm en de inhoud van een samenwerkingscontract?
40. Zou u juridisch advies inwinnen bij het opstellen van een associatiecontract?
41. Zijn er dingen zie u zelf nog graag zou willen toevoegen i.v.m. associatiecontracten tussen huisartsen?

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10550
LEUVEN, 6 juni 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE ASSOCIATIECONTRACTEN TUSSEN HUISARTSEN: WAT ZIJN DE VERWACHTINGEN?.

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven/Onderzoek heeft vermeld protocol onderzocht en besproken.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7/5/2004. De Commissie heeft echter geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc Promotor Prof. J. De Lepeleire
Cc Student Verbelen Viola

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.LEUVEN
TOETSINGSCOMMISSIE
UZ GASTHUISBERG E330
HERESTRAAT 49
3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Ledenlijst Commissie Medische Ethiek/Toetsingscommissie (OG032)
vanaf 1 januari 2014 tot heden
List of Members Ethics Committee/IRB (OG032)
from January 1st, 2014 until present

Prof. Walter Van den Bogaert, M.D.	Chairman (M)	Radiotherapy-Oncology
Prof. Guido Verhoeven, M.D.	Vice-Chairman (M)	Experimental Medicine
Dr. Sabine Graux, M.D.	Secretary (F)	Physician
Dr. Sonja Haesendonck, M.D.	Secretary (F)	Physician
Prof. Xavier Bossuyt, M.D.	Member (M)	Immunology
Prof. D. Bullens, M.D.	Member (F)	Paediatrics
Prof. Willem Daenen, M.D.	Member (M)	Cardiac Surgery
Dr. Lut De Groote, M.D.	External Member (F)	General Practitioner
Prof. Jan de Hoon, M.D.	Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ivo De Wever, M.D.	Member (M)	Surgical Oncology
De heer Filip Gybels	Member (M)	Head Nurse
Mrs. Christine Mathieu, Law	Member (F)	Medical Legislation
Dr. José Thomas, M.D.	Member (M)	Medical Oncology
Prof. Josse R. Thomas	External Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ben Van Calster	Member (M)	Statistics
Prof. Jan Van Hemelrijck, M.D.	Member (M)	Anesthesiology
Prof. Raymond Verhaeghe, M.D.	Member (M)	Cardiology

(M) = Male (F) = Female

De Commissie voor Medische Ethiek volgt de voorschriften van ICH Good Clinical Practice en de lokale wettelijke bepalingen terzake (wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en bijbehorende KB's en programmawet)

The Ethics Committee operates according to ICH Good Clinical Practice and local applicable regulations.

Protocol Master Thesis: Associatiecontracten tussen huisartsen: Wat zijn de verwachtingen?

Inleiding

Het huisartsenlandschap in Vlaanderen is aan het veranderen. Door een aantal maatschappelijke veranderingen merken we dat er meer nood is aan samenwerkingsverbanden tussen huisartsen om zo de werkbelasting binnen perken te houden. In de huisartsgeneeskundige literatuur zijn er al heel wat artikels verschenen over professionele samenwerking tussen artsen en over praktijkmanagement. Ook over hoe je een succesvolle associatie tot stand brengt. Over het eigenlijke contract, dat de samenwerkingsaspecten vastlegt, wordt er weinig informatie gegeven. Toch is het een belangrijk aspect van de associatie dat het welbevinden van de leden op lange termijn kan bepalen.

Onderzoeksvragen:

1. Welke samenwerkingsmodellen en contracten zijn mogelijk zijn tussen huisartsen?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van de samenwerkingsmodellen en contracten?
3. Wat verwachten de artsen die een associé zoeken op contractueel niveau van de samenwerking en van de toekomstige collega?

De eerste twee onderzoeksvragen benaderen we via een literatuurstudie. We zoeken via Pubmed, via UNIZO, Huisarts Nu, het Belgisch Staatsblad en de Code van de Geneeskundige plichtenleer van de orde van geneesheren naar relevante literatuur. De laatste onderzoeksvraag beslaat zowel de gevestigde huisartsen die een associatie willen starten of uitbreiden als de startende artsen die in een associatie willen instappen. Deze vraag zullen we beantwoorden na een onderzoeksfase.

Methode:

1. Schriftelijke bevraging van huisartsen

   De gegevens van het onderzoeksdeel van deze thesis worden verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst met ongeveer 10 tot 20 meerkeuze vragen aangaande samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en de contractuele aspecten daarvan. Deze vragen werden opgesteld na het interpreteren van de resultaten van de literatuurstudie.

2. Pilootfase

   De vragenlijst zal aan 5 artsen voorgelegd worden. Zij zullen de vragenlijst beoordelen.

3. Doelgroep

   We willen 2 groepen bereiken: de gevestigde artsen en de pas gestarte huisartsen of HAIO's.

4. Bereiken van de doelgroep

   De eerste groep, die van de gevestigde artsen, gaan we bereiken doormiddel van geplaatste advertenties in de Vlaamse huisartsgeneeskundige literatuur. Bovendien gaan we via enkele wachtkringen de vragenlijst verspreiden. De tweede groep, die van de jonge artsen, gaan we bereiken via de ICHO webstek.

5. Tijdsschema onderzoeksfase

   De actiefase starten in september 2014 en lopen tot midden december 2014.

6. Het verwachte aantal resultaten?

   We verwachten op deze manier 300 artsen te bereiken en van 70 artsen resultaten te verkrijgen.

7. Verwerking van de gegevens

Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen?

2013-2015

De resultaten van dit onderzoek zal met beschrijvende statistiek verwerkt worden.
Ten eerste gaan we de populatie bekijken die de resultaten heeft aangebracht. Wat is de verdeling volgens leeftijd van afstuderen? Wat is de man/vrouw verdeling? Hoeveel solo-artsen, starters of artsen die in een groepsverband werken hebben we bereikt?
Ten tweede gaan we de kenmerken van de bevraagden koppelen aan de verkregen resultaten. Welke groep heeft welke verwachtingen aangaande de thema's?

Conclusie

Welke conclusies kunnen we trekken uit deze thesis aangaande associatievorming bij huisartsen? Zijn onze verwachtingen realistisch?

Bibliografie

1. RIZIV. Statistieken van de geneeskundige verzorging. 2012.

2. B., Dirickx. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk . Een exploratieve studie. 2011:1–73.

3. T AH, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. *De huisartspraktijk herbekeken : Een visiedocument*.; 2006.

4. Grouwels D.; Heyrman J.; Goedhuys J. De ideale context om huisartsen tre doen samenwerken. Een brainstorming in dertien lokale kwaliteitskringen. *Huisarts Nu*. 2003;32(1):16–22.

5. Buysscher EDPDMD; LR. De solopraktijk onder de loep . 2013.

6. De Hondt P. (SERV-STV-innovatie en arbeid); Tobback K. (FIVB); Van Eetvelt K. (FIVB); Vanleenhove S. (FIVB); Verhavert E. (FIVB); Peeters G. (FIVB). Handboek voor vrije beroepen. In: *Kluwer.*; 2009:29–56.

7. Vangoetsenhoven S. WL. Het vrij beroep in vennootschapsverband notarissen, advocaten en geneesheren. *Jura falconis*. 2006;jg 43(4):p.595–722.

8. Grouwels D.; Heyrman J.; Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen. Beschrijving van een praktisch intrument. *Huisarts Nu*. 2003;32(4):29–34.