KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Associatievormen in Vlaanderen en de tevredenheid van huisartsen over hun associatiecontract

Sanne Calaerts

Promotor: Gijs Vanpottelbergh, MD, PhD

Co-promotor: Dirk Fonteyn, huisarts

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Associatievormen in Vlaanderen en de tevredenheid van huisartsen over hun associatiecontract

Vraagstelling

Samenwerken als huisarts biedt tal van voordelen, maar kan ook leiden tot conflicten. Een belangrijke voorwaarde voor een vlotte samenwerking is dat de afspraken vastgelegd worden in een evenwichtig associatiecontract. In dit onderzoeksartikel wordt gepoogd op 2 onderzoeksvragen een antwoord te bieden. Ten eerste wordt onderzocht welke types associaties we terugvinden in Vlaanderen. Ten tweede wordt gepeild naar de tevredenheid van de artsen over hun associatiecontract. Het uiteindelijke doel is te komen tot een 'ideaal associatiecontract'.

Methode

Een online enquête werd verdeeld aan 1299 huisartsen via de wachtkringen. Deel 1 'epidemiologie' werd ingevuld door 145 collegae (n = 145). De bevraagde huisartsen die over een associatiecontract beschikten kregen een tweede luik met vragen betreffende hun contract. Tevredenheid werd bevraagd d.m.v. een 5-punts Likert schaal. Statistische significantie werd nagegaan d.m.v. Mann-Whitney-Wilcoxon test en de Kruskall-Wallis test (p-waarde = 0.05).

Resultaten

In 91 van de 119 praktijken waar artsen samenwerken (76%), werden de afspraken vastgelegd in een associatiecontract. In praktijken waar een associatiecontract was, werd dit in 76% van de gevallen voorgelegd aan de contractencommissie van de provinciale raad van de Orde van Geneesheren. Kostenassociaties komen voor in 69% en volledige professionele associaties in 27%. Vlaamse huisartsen van alle leeftijdsgroepen blijken erg tevreden over hun associatiecontract: 83% is tevreden (score 4 of 5 op 5).

Besluit

Uit deze studie blijkt dat in Vlaanderen kostenassociaties onder de vorm van een samenwerkingsovereenkomst en volledige professionele associaties onder de vorm van een BVBA de meest courante samenwerkingsvormen zijn. Hierbuiten is er sprake van een verscheidenheid aan associatietypes. Er heerst algemeen een grote tevredenheid bij de Vlaamse huisartsen omtrent hun associatiecontract, ondanks een uiteenlopende invulling van belangrijke clausules. Er kon geen correlatie gevonden worden tussen bepaalde vormelijke componenten van het contract en de tevredenheid bij artsen. Een 'ideaal' modelcontract kan niet opgesteld worden aan de hand van de resultaten. Het overeenkomen van een evenwichtig associatiecontract blijft maatwerk.

Contents

Abstract 2
Inleiding 4
Methodes 5
Resultaten 6
Power 6
Steekproef 6
Samenwerkingsvormen 7
Types associaties in Vlaanderen 8
De kostenassociatie 8
De volledige en partiële professionele associatie 8
Belangrijke clausules uit het associatiecontract en tevredenheid 11
Inning van de honoraria 11
Kostendeling 12
Professionele samenwerking 14
In- en uitstapregeling 14
Algemene tevredenheid 16
Discussie 17
Kostenassociatie versus volledige professionele associatie 17
Samenwerkingsovereenkomst versus vennootschap met rechtspersoonlijkheid 18
Hoge mate van tevredenheid versus negatieve commentaren 18
De generatiekloof 19
Stand van zaken 19
Sterkten en zwakten 21
Besluit 22
Bronnen 23
Appendices 24
Appendix 1: Code van geneeskundige plichtenleer opgesteld door de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren Laatste aanpassing: februari 2014 24
Appendix 2: Protocol ethische commissie 30
Appendix 3: Advies ethische commissie 31
Appendix 4: vragenlijst enquête 32

Inleiding

Als antwoord op de maatschappelijke evoluties (complexe noden, stijgende uitgaven, toekomstig huisartsentekort) dient de huisartsgeneeskunde zich aan te passen. Mede in dit kader neemt het aantal groepspraktijken toe: sinds het einde van de jaren ‘60 in diverse vormen van huisartsenassociaties, later ook in de vorm van multidisciplinaire associaties (1). Volgens een onderzoek van B. Schoenmakers et al. werkten in 2013 nog slechts 40% van de Vlaamse huisartsen solo (2). Verwacht wordt, dat dit percentage nog zal dalen in de komende jaren, mede door vervrouwelijking en verjonging van het artsenberoep.

Samenwerken biedt tal van voordelen die de gepercipieerde werkbelasting van de arts kunnen doen afnemen: plannen van de werkverdeling, kunnen overleggen op medisch vlak, af en toe eens kunnen ventileren bij collega's, etc. Dit is van groot belang gezien het toenemend aantal artsen dat met burn-out te kampen krijgt. Een van de hoofdconclusies van het recente KCE rapport 'burn-out' luidt dat de stimulering van groepspraktijken en praktijknetwerken dient uit te breiden ter voorkoming van burn-out bij artsen (3).

Waar men samenwerkt, kunnen anderzijds ook conflicten ontstaan. Een belangrijke voorwaarde is uiteraard dat de samenwerkingsvorm vastgelegd wordt in een evenwichtig associatiecontract waar alle partijen als gelijkwaardige partners worden aanzien. Dit contract dient zowel rekening te houden met de individualiteit van de arts, als met optimale samenwerking, werkverdeling en correcte financiële schikkingen. In welke mate zijn artsen tevreden met het type associatie waarin ze werken? Hierover is weinig bekend in de literatuur. Dit onderzoek brengt de situatie in Vlaanderen in kaart.

In dit onderzoeksartikel wordt gepoogd om, d.m.v. een enquête bij huisartsen, op 2 onderzoeksvragen een antwoord te bieden. Ten eerste wordt onderzocht welke types associaties we terugvinden in Vlaanderen. Ten tweede wordt gepeild naar de tevredenheid van de artsen over hun associatiecontract. Het uiteindelijke doel is te komen tot een 'ideaal associatiecontract', dat als modelcontract zou kunnen worden gebruikt bij het aangaan van een associatie.

Methodes

Een online vragenlijst werd verstuurd naar de verantwoordelijken van 24 wachtkringen in Vlaanderen en Brussel, zodat deze onder de leden kon verdeeld worden via e-mail of nieuwsbrieven. De contactinformatie werd verzameld via website Mediwacht. De enquête werd opengesteld vanaf oktober 2014 en dit gedurende 3 maanden. De vragenlijst bestond uit 2 delen: het eerste deel betrof een epidemiologisch luik en het tweede deel bevatte specifieke vragen over het associatiecontract.[1] Voor het opstellen van de vragenlijst, werd gebruik gemaakt van het document draaiboek huisarts en samenwerking van HUSAM (4). De tevredenheid werd bevraagd door middel van een 5-punts Likert schaal. Telkens was er ook ruimte om opmerkingen of verduidelijkingen neer te schrijven. De resultaten werden anoniem verwerkt. Om statische significantie te testen van de tevredenheidsgegevens werd de Mann-Whitney-Wilcoxon test gebruikt voor het vergelijken van 2 groepen en de Kruskall-Wallis voor het vergelijken van meer dan 2 groepen. Het significantieniveau werd bepaald op 5% (p-waarde = 0.05).

[1] Indien de arts niet over een associatiecontract beschikte, werd de enquête automatisch afgesloten na het gedeelte epidemiologie

Resultaten

Power

In totaal heeft de enquête 1299 huisartsen bereikt. Deel 1 (epidemiologie) werd door 145 artsen ingevuld. De respons-ratio van de enquête was aldus 11,2%. Van de 145 respondenten beschikten 91 huisartsen over een associatiecontract en deze kregen het tweede deel van de vragenlijst te zien. Over het verloop van het tweede deel was er een drop-out van 14 respondenten. Deze resultaten werden meegeteld voor zover ingevuld.

Steekproef

De resultaten van deel 1 'epidemiologie' zijn terug te vinden in tabel 1. De man/vrouw verhouding van de respondenten is 45/55. De responsen zijn goed verdeeld over de verschillende Vlaamse provincies, met uitzondering van Nederlandstalig Brussel. Artsen van alle leeftijdscategorieën zijn vertegenwoordigd in de steekproef. De overgrote meerderheid van de respondenten hebben meer dan 50 patiëntencontacten per week en 43% heeft er meer dan 100 patiënten per week. Naast de huisartsgeneeskunde voert 70% nog andere professionele taken uit (praktijkopleider, coördinerend en raadgevend arts, Kind & Gezin, academische taken, ...). Het aantal uur dat per week aan dit takenpakket gewerkt wordt is erg variabel.

Tabel 1: epidemiologie

Vraag	Antwoord	N[1]	%[2]
Wat is uw geslacht?	Vrouwelijk (F)	78	54%
	Mannelijk (M)	63	43%
	Geen antwoord	4	3%
Tot welke leeftijds-categorie behoort u?	<35	42	29%
	35-45j	23	16%
	45-55j	37	26%
	55-65j	37	26%
	>65j	3	2%
	Geen antwoord	3	2%
Hoeveel patiëntencontacten hebt u wekelijks? (gemiddeld)	<25	3	2%
	25-50	10	7%
	50-75	30	21%
	75-100	39	27%
	>100	63	43%
	Geen antwoord	0	0%
In welke provincie bevindt uw praktijk zich?	Limburg	17	12%
	Antwerpen	36	25%
	Vlaams-Brabant	30	21%
	Oost-Vlaanderen	45	31%
	West-Vlaanderen	13	9%
	Brussels hoofdstedelijk gewest	2	1%
	Geen antwoord	2	1%
Voert u, buiten de huisartsen-praktijk, nog andere professionele activiteiten uit?	CRA-arts	19	13%
	Kind&Gezin	17	12%
	arbeidsgeneeskunde	2	1%
	academische taken	15	10%

	andere medische taken:	28	19%
	andere niet-medische taken:	20	14%
Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld? (alle professionele activiteiten)	<30u	2	1%
	30-40u	20	14%
	40-50u	48	33%
	50-60u	43	30%
	>60u	31	21%
	Geen antwoord	1	1%
Met welke partners werkt u in een samenwerkingsverband?	Andere huisartsen	119	82%
	HAIO's	61	42%
	Specialisten	5	3%
	Multidisciplinair	30	21%
Is er praktijkondersteuning?	Praktijkassistente	22	15%
	Secretaresse	76	52%
	Verpleging	19	13%
	Tele-secretariaat (SQ004)	17	12%
	Andere	19	13%
Werken de verschillende partners samen onder één dak?	Ja (Y)	115	79%
	Nee (N)	18	12%
	Geen antwoord	12	8%
Hebt u een associatiecontract?	Ja (Y)	91	63%
	Nee (N)	54	37%
	Geen antwoord	0	0%

[1]N: absoluut aantal antwoorden, [2]% : Percentage van het totaal aantal antwoorden

Samenwerkingsvormen

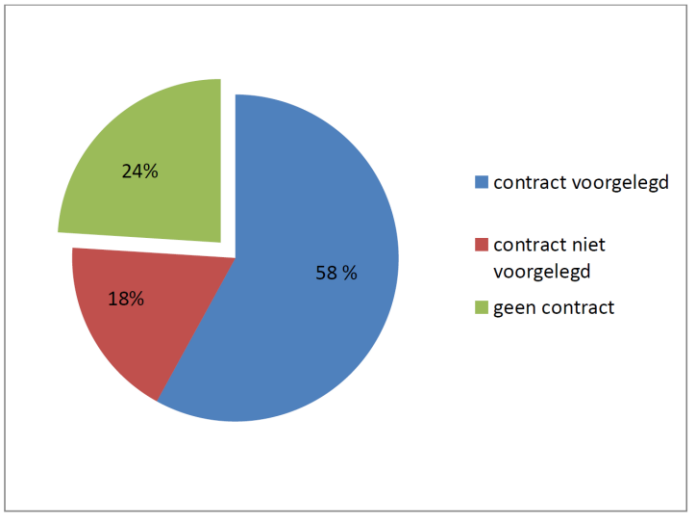
Van de 145 huisartsen die meededen aan dit onderzoek, werken er 119 (82%) samen met andere huisartsen, 61 (42%) met HAIO's, 5 (3.5%) met specialisten. In 12 % van de artsengroeperingen zijn de verschillende partners niet onder 1 dak gevestigd. Twintig procent werkt multidisciplinair. De meest vernoemde andere disciplines zijn respectievelijk psychologie, diëtetiek, kinesitherapie en maatschappelijk werk. Minder voorkomend zijn logopedie, seksuologie, kinderpsychologie. In de multidisciplinaire praktijken werken gemiddeld 5,4 huisartsen. Negenenvijftig procent van de huisartsen die in groep werken zijn vrouwen.

In een grote meerderheid van de praktijken (92%) is er een vorm van praktijkondersteuning door een praktijkassistente, secretaresse, verpleging of telesecretariaat. Andere soorten van praktijkondersteuning die vaak terugkomen in de antwoorden zijn o.a. meewerkende echtgenote, vrijwilligers en online afsprakensystemen.

In 91 van de 119 praktijken waar artsen samenwerken (76%), werden de afspraken vastgelegd in een associatiecontract. Artsen die niet onder 1 dak gevestigd zijn, hebben slechts in een minderheid van de gevallen een contract: in dit onderzoek hadden 3 op 18 samenwerkingen een geschreven afspraak. In praktijken waar wel een associatiecontract was, werd dit in 76% van de gevallen voorgelegd aan de contractencommissie van de provinciale raad van de Orde van Geneesheren. Het is onduidelijk of de contracten die niet geviseerd werden, al dan niet voldeden aan de

deontologische principes zoals de Orde ze oplegt. Zoals weergegeven in grafiek 1, kan men dus concluderen dat 58% van de artsensamenwerkingen beschikken over een geviseerd contract.

Grafiek 1: status contracten in artsengroeperingen



Types associaties in Vlaanderen

Wat betreft het soort associatie werd algemeen een onderscheid gemaakt tussen 3 mogelijkheden: de kostenassociatie, de volledige professionele associatie en de partiële professionele associatie.

De kostenassociatie

Volgens dit onderzoek komt in Vlaanderen de kostenassociatie het vaakst voor (69%). Hier werkt iedere arts voor eigen rekening en alleen de gemeenschappelijke praktijkkosten worden gedeeld. In grafiek 2 wordt de juridische structuur afgebeeld per type associatie. In een kostenassociatie kiest de grote meerderheid voor een overkoepelende structuur onder de vorm van een samenwerkingsovereenkomst, d.w.z. een associatie zonder rechtspersoonlijkheid[2]. Aangegeven voordelen zijn o.a. dat het weinig complex is en er een vrijheidsgevoel bestaat in het regelen van eigen financiën. Als nadeel wordt aangegeven dat het minder geschikt is voor het organiseren van het medisch handelen binnen nieuw vastgoed. Kostenassociaties onder de vorm van een overkoepelend vennootschap met rechtspersoonlijkheid (BVBA, ESV, VOF en NV) komen niet veel voor.

De volledige en partiële professionele associatie

Een tweede type van samenwerkingsvorm is de volledige professionele associatie. Hier wordt gewerkt voor rekening van de associatie. Na aftrek van de gemeenschappelijke kosten wordt het saldo onder de associatiepartners verdeeld. Zevenentwintig procent van de bevraagde groepspraktijken betreffen dit type. Grafiek 2 toont dat er hier verschillende mogelijkheden zijn voor de juridische structuur. De meeste volledige professionele associaties hebben een overkoepelende BVBA of werken in een maatschap.

[2] antwoordopties 'andere: feitelijke vereniging' en 'maatschap' werden beiden onder deze noemer geplaatst. Deze termen worden blijkbaar vaak verward. Het handelt hier beiden over samenwerkingen zonder rechtspersoonlijkheid. Een maatschap is echter een ware vennootschapsvorm, zoals beschreven in het wetboek vennootschappen art 2 par 1 en een feitelijke vereniging is dit niet.

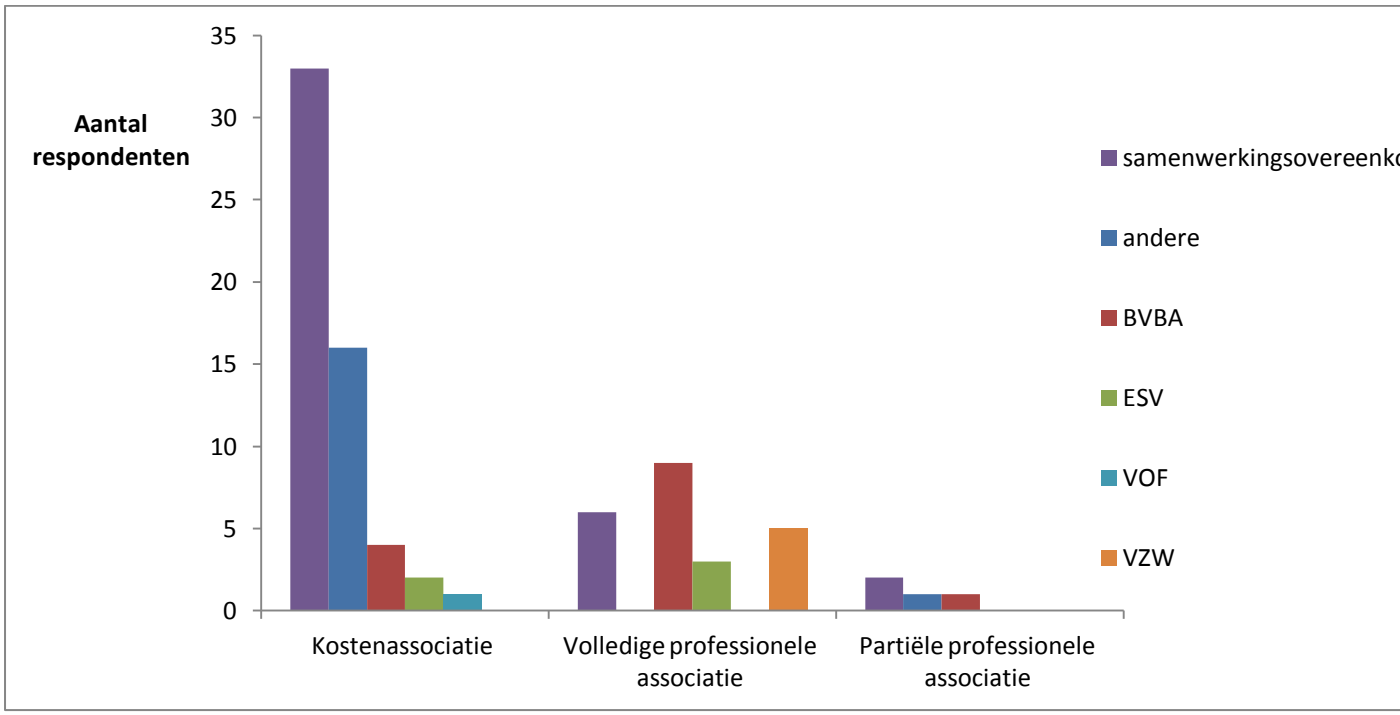
De associatie kan ook slechts een gedeelte van de professionele activiteit betreffen; de partiële professionele associatie. Hierbij worden alle beroepsinkomsten en -uitgaven die uit dit gedeelte van de professionele activiteit voortvloeien gepoold en volgens een bepaalde sleutel verdeeld. In Vlaanderen wordt deze associatievorm weinig gebruikt (5 %).

Bij de artsen die niet onder 1 dak werken, werd steeds voor een kostenassociatie gekozen.

Een respondent gaf aan in een wijkgezondheidscentrum te werken (forfaitaire geneeskunde). In dit geval werd voor een vzw gekozen.

Over het algemeen is er een grote tevredenheid betreffende de associatievorm waarin men werkt. Slechts 7% is ontevreden. Uit de resultaten van deze enquête blijkt dat de tevredenheid bij artsen in een kostenassociatie niet significant verschilt van de tevredenheid bij een volledige of partiële professionele associatie (p= 0,25). Commentaren van respondenten op hun associatievorm werden samengebracht in tabel 2.

Grafiek 2: soorten associaties en hun juridische structuur



BVBA: Besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, ESV: economisch samenwerkingsverband, VOF: vennootschap onder firma, VZW: vereniging zonder winstoogmerk, samenwerkingsovereenkomst: samenwerkingsovereenkomst zonder rechtspersoonlijkheid (feitelijke vereniging en maatschap)

Tabel 2: commentaren associatievorm en juridische structuur

vorm	juridisch	score	commentaren
KA	FV	5	Alles loopt prima, correct
KA	FV	5	contract onwerkbaar in de praktijk en steeds in nadeel van de jongste arts.
KA	FV	5	contract opgemaakt door onafhankelijke jurist
KA	FV	5	De samenwerking is de vrucht van zeer intens overleg en opvolging.Zeer goed afgesproken heldere en open structuur.Wekelijks vergadering met agenda en verslaggeving.
KA	FV	5	- helder, transparant en wettelijk correct
KA	FV	4	iedereen heeft verschillend werkschema, werkt verschillend aantal uren, dus is voor eigen rekening werken het eerlijkst. Nadeel is dat het 'extra, praktijkondersteunend werk, wat meestal op 2 artsen valt, onbezoldigd is
KA	FV	4	Je krijgt wat je verdient.
VPA	CVBA	4	we volgen slaafs het advies van onze fiscalist en de praktijkcoach
VPA	VZW	4	Waken over participatie en concensus volgens het principe van zelfsturende groepen
KA	FV	3	wij hebben alleen een contract omdat de Orde v Geneesheren ons daartoe verplicht heeft. Voordien werkten we reeds 20j zonder contract, en zonder problemen
KA	FV	3	tevreden over regelen van eigen financien, ontevreden over de werkverdeling
VPA	BVBA	3	fiscale discriminatie
VPA	CVBA	3	keurslijf wegens scheiding gelden cvba en bvba waardoor geen soepel inspelen op praktische noden.
VPA	Maatschap	3	Zijn op zoek naar juridische structuur waarbij eigendom praktijkgebouw via aandelen in de toekomst kan doorgegeven worden aan toekomstige associé's
KA	FV	2	Er is onduidelijkheid over de werkelijke kosten, geeninzicht
KA	BVBA	2	na 25 jaar zwoegen komt een jonge collega voor veel geld en te weinig inbreng werken (zijn zo gevormd door proffen)
KA	FV	2	wij zijn momenteel op zoek naar een geschikte structuur om ons medisch handelen te organiseren binnen nieuw vastgoed, en we zoeken naar een optimale fiscale en juridische structuur die eerlijk maar toch eenvoudig is

KA: kostenassociatie, VPA: volledige professionele associatie, BVBA: Besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, CVBA: coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, FV: feitelijke vereniging, score: tevredenheiddscore (1 t.e.m 5)

Belangrijke clausules uit het associatiecontract en tevredenheid

Inning van de honoraria

Zoals eerder gesteld, kan de inning van de honoraria op 1 centrale rekening voor de praktijk gebeuren of anderzijds op de persoonlijke rekening van de arts. In geval van centrale inning kan het overblijvende saldo verdeeld worden volgens een vaste of variabele verdeelsleutel. Een variabele verdeling houdt meestal rekening met de bruto omzet die een arts jaarlijks behaalt. Tabel 3 geeft de resultaten van dit deel van de enquête weer. Er was niemand ontevreden (score <3) over een poolsysteem met vaste of variabele verdeling. In geval van persoonlijke inning waren twee respondenten ontevreden met hun regeling en gaven een score van 2 op 5. Er kon geen significant verschil in tevredenheid worden aangetoond tussen de bevraagde manieren van inning van honoraria (p=0,17*).*

Opmerkingen van respondenten zijn o.a. dat een variabele verdeelsleutel ook maandelijks kan worden aangepast i.p.v. jaarlijks (bv. naargelang omzet) om aan het einde van het jaar niet voor verrassingen te staan. Bronnen van onenigheid m.b.t. de inning van de honoraria betreffen vooral het verdelen van de inkomsten uit GMD en HAIO's. Een ander punt van discussie dat terugkomt, is de vergoeding van niet-patiëntgebonden activiteit (bv. praktijkondersteunend werk zoals stockbeheer en andere klusjes die tijd vergen)*.*

Tabel 3: resultaten inning honoraria

Tabel 3: inning honoraria **Vraag**	**Antwoordoptie**	**N***	**%†**
Hoe gebeurt de inning van de honoraria?	centrale inning met vaste verdeelsleutel	13	15%
	centrale inning met jaarlijks aanpasbare verdeelsleutel	9	11%
	persoonlijke rekening	57	67%
	Andere	6	7%
Is er onenigheid i.v.m.	nooit	73	88%
de inning van de honoraria?	soms	10	12%
	vaak	0	0%
Hoe tevreden bent u over de	ontevreden (score <3)	3	4%
manier van inning	neutraal (score 3)	8	10%
van de honoraria?	tevreden (score >3)	73	87%

*N: absoluut aantal antwoorden, †% : Percentage van het totaal aantal antwoorden

Tabel 4: commentaren inning honoraria

Vorm	**score**	**commentaren**
PR	5	Duidelijke afspraken
PR	5	Ieder int zijn honoraria zelf,de kostenverdeling gebeurt door een zeer complex 6-sleutel systeem,varierend tussen vast en evenredig met het inkomen. Elke afspraak wordt duidelijk genotuleerd. Een niet formeel neergeschreven afspraak heeft geen betekenis
PR	5	Steeds voor iedereen loon naar eigen werk(belasting)
CIVs	4	Derde betalers via ziekenfonds laattijdig betaald / rusthuizen betalen onregelmatig
andere	4	Enige nadeel is dat oudere arts die geen praktijk meer houdt, er nog voor een stuk tussen zit
CIVr	4	Ereloon naar werken - gmd's/diabetespas/technische prestaties/zorgtraject... wordt verdeeld volgens aantal gmd's

PR	4	Onenigheid is opgelost. Draaide rond verdeling van door Haio gegenereerde inkomsten. GMD-inning kon beter door het (eindelijk) aanvaarden van een vaste inschrijving door een bepaald syndicaat
CIVr	4	Hoge kosten
PR	4	Je krijgt wat je verdient
PR	4	Willen graag werken met algemene automatische 3e betaler
CIVs	3	Het inkomen mocht hoger liggen
CIVr	3	Transparantie ontbreekt
CIVr	3	Vaste afspraken rond verdeelsleutel in kader van verrichte (ook niet patiëntgebonden) activiteit lijkt rechtvaardiger, ook naar jongeren die instappen.
PR	2	Volgens contract reeds na 4 mndn GMD verdiensten te verdelen volgens inkomen. Ik vind dit veel te snel, collega heeft nog niks verwezenlijkt om reeds GMD geld volledig te mogen behouden vind ik. In de toekomst zou ik toch zeker een jaar 50% afgifte en tweede jaar 30% afgifte normaal vinden

PR: persoonlijke rekening, CIVs: Centrale inning met vaste verdeelsleutel, CIVr: centrale inning met variabele verdeelsleutel

Kostendeling

De verdeling van de kosten voor nutsvoorzieningen, verbruiksmateriaal, inrichting van de kabinetten, duurdere medische apparatuur, praktijkgebouw en personeel werden apart bevraagd in de enquête. De resultaten zijn samengevat in tabel 5.

Vlaamse huisartsen werkzaam in groepspraktijken blijken in 82% tevreden te zijn over de kostendeling. Er is geen significant verschil in tevredenheid tussen individueel dragen van de kosten of kosten delen met vaste of variabele verdeling voor de verschillende kostenposten. De p-waarden werden toegevoegd aan tabel 4. Drieëntwintig procent vermeldt dat er soms of regelmatig onenigheid is tussen de collegae over de manier van kostendeling.

In de commentaren wordt aangehaald dat het moeilijk is een goede formule voor kostendeling te vinden indien sommige partners weinig aanwezig zijn in de praktijk. Een variabele verdeling wordt door sommigen bestempeld als 'complex maar eerlijk' en door anderen als 'te ingewikkeld'. Een respondent met een vaste verdeelsleutel zegt dat een verdeling pro rata bruto omzet billijker zou zijn.

Tabel 5: resultaten kostendeling

Vraag	Antwoordoptie	N*	%†	P
Hoe gebeurt de kostendeling van de nutsvoorzieningen?	individueel	1	1%	0.29
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	47	60%	
	variabel gedeeld naargelang omzet	19	24%	
	Andere	11	14%	
Hoe gebeurt de kostendeling van het verbruiksmateriaal?	individueel	6	8%	0.40
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	29	37%	
	variabel gedeeld naargelang omzet	38	49%	
	Andere	5	6%	
Hoe gebeurt de kostendeling voor de inrichting van de kabinetten?	individueel	25	32%	0.66
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	39	51%	

	variabel gedeeld naargelang omzet	3	4%	
	Andere	10	13%	
Hoe gebeurt de kostendeling van de duurdere medische apparatuur?	individueel	9	12%	0.87
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	48	62%	
	variabel gedeeld naargelang omzet	11	14%	
	Andere	10	13%	
Hoe gebeurt de kostendeling van het praktijkgebouw?	individueel	7	9%	0.31
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	39	51%	
	variabel gedeeld naargelang omzet	4	5%	
	Andere	27	35%	
Hoe gebeurt de kostendeling voor de personeelskosten?	individueel	1	1%	0.48
	gedeeld volgens vaste verdeelsleutel	35	47%	
	variabel gedeeld naargelang omzet	23	31%	
	Andere	15	20%	
Is er onenigheid tussen de verschillende associés over de kostendeling?	nooit	59	77%	
	soms	17	22%	
	vaak	1	1%	
Hoe tevreden bent u algemeen over de kostendeling?	ontevreden (score <3)	6	8%	
	neutraal (score 3)	8	10%	
	tevreden (score >3)	63	82%	

*N: absoluut aantal antwoorden, †% : Percentage van het totaal aantal antwoorden, P: p-waarde gevonden d.m.v. Kruskall-Wallis test ter opsporing van siginificante verschillen in tevredenheid tussen de verschillende antwoordopties

Tabel 6: commentaren kostendeling

Nutsvoorzieningen	Verbruiksmateriaal	Inrichting	Apparatuur	Praktijkgebouw	Personeelskosten	Score	Commentaar
vzw	vzw	vzw	vzw	vzw	vzw	5	Eventuele (grote) verschillen in patiënt gebonden prestaties kunnen gecompenseerd worden via het loon / premies.
Vast/ variabel	variabel	individueel	Vast /variabel	Eigendoms -investering	Vast /variabel	5	Wat goed en duidelijk op voorhand werd afgesproken geeft zelden aanleiding tot discussie achteraf
Vast/ variabel	Vast/ variabel	vast	vast	Vast/ variabel	Vast/ variabel	4	Bespreking verdeelsleutel komt regelmatig terug.Hoog kostenplaatje
vast	variabel	vast	vast	vast	Vast/ variabel	4	Nog geen duidelijkheid over de verdeling van de GMD's
vast	vast	vast	vast	vast		4	Vaste prijs voor huur kabinet, verbruiksmateriaal en vaste kosten
vast	variabel	individueel	vast	individueel	variabel	4	Complex maar wel eerlijk
vast	individueel	individueel	individueel	vast	vast	4	Een associe probeert oneigenlijke kosten in rekening te brengen, is eigenaar van het gebouw en vraagt een huur maar vind dat te weinig, eenmalig prive factuur ingebracht etc ...
vast	vast	vast	vast	vast	vast	3	Hoe moet je de personeelskosten best verdelen indien sommigen slechts weinig aanwezig zijn in de praktijk (professor, andere activiteiten...)
vast	vast	vast	vast	huur	vast	3	Huur praktijk; voorkeur beide eigenaar
variabel	variabel	individueel	variabel	variabel	vast	3	Kostendeling is één , maar jonge collega's zijn te verwend - de praktijken waar ze in terecht komen zijn het werk van jaren en ze vallen met hun gat in de boter
variabel	variabel	voor mijn rekening	voor mijn rekening	variabel	vast	2	Wat als associe vertrekt ? Huurprijs ligt te laag (voorstel domus medica, maar ivm mijn vroegere huur klopt dit niet)- GMD te snel 100% voor de collega ...
vast	variabel	individueel	Andere	Andere	variabel	2	Is veel te ingewikkeld en moet steeds jaarlijks berekend worden. , associatie heeft maar 6 m geduurd
elk de helft	vast	huur	huur	huur	elk de helft	1	Verdeling pro rata bruto-omzet zou veel eerlijker zijn

Professionele samenwerking

In 7 op 10 groepspraktijken hebben de patiënten een min of meer vaste huisarts, die naargelang drukte en beschikbaarheid kan worden vervangen door een collega. De patiëntgegevens worden in de overgrote meerderheid volledig gedeeld binnen de groepspraktijk. Eén respondent gaf aan dat patiëntgegevens niet met de andere artsen gedeeld werden. In 1 geval was er mogelijkheid om het dossier te 'blokkeren' voor andere artsen van de praktijk, op vraag van de patiënt.

Gestructureerd overleg vindt in 80% plaats op vaste tijdstippen, meestal wekelijks. In het overige percentage, komt vaak terug dat er meerdere keren per week tot dagelijks 'tussendoor' overleg gebeurt.

Besluitvorming in de groep gebeurt in 53% steeds volgens unanimiteit. In andere gevallen wordt d.m.v. meerderheid beslist of met een vorm van veto-recht. Een respondent gaf aan dat dit afhangt van de belangrijkheid van de te nemen beslissing bv. het kiezen van een nieuwe associatiepartner volgens unanimiteit en minder grote beslissingen volgens meerderheid. Een andere arts gaf aan dat de oudste associé de beslissingen neemt. Dit laatste ging gepaard met een lage tevredenheidsscore (1 op 5) over de professionele samenwerking.

In 30% blijkt de werkverdeling en regeling voor vakanties/wetenschappelijke activiteiten niet opgenomen te zijn in het associatiecontract. Wat betreft de afspraken voor zwangerschap, ziekte en invaliditeit is dit percentage vergelijkbaar.

Over het algemeen is 85% van de Vlaamse huisartsen tevreden over de professionele samenwerking in hun groepspraktijk. Er kon geen statistisch significant verband gelegd worden tussen de invulling van bepaalde clausules van het associatiecontract en de tevredenheid.

Als bronnen van onenigheid vermelden de respondenten voornamelijk een verschillende visie op geneeskunde bv. meningsverschillen rond alternatieve geneeskunde. Verschillen in praktijkvoering kunnen ook tot discussie leiden bv. tijdstip waarop patiënten mogen bellen voor uitslagen, beperken van avondwerk, etc. Een mentaliteitsverschil tussen ouderen en jongeren wordt door meerdere artsen aangehaald. Oneerlijke werkverdeling en stipt invullen van EMD blijken andere moeilijke punten te zijn.

In- en uitstapregeling

De resultaten van dit topic worden weergegeven in tabel 7. Bij het toetreden tot een bestaande associatie dient men volgens deze enquête in 6 op 10 gevallen een of andere vorm van instapkost te betalen. Dit kan gaan om een vast bedrag of, meer courant momenteel, een bepaald percentage van het bruto inkomen gedurende de eerste jaren. In enkele professionele associaties met rechtspersoonlijkheid wordt verwacht dat de toetredende arts zich inkoopt d.m.v. aandelen. Andere instapvoorwaarden die terugkomen uit de vrije velden in de enquête, zijn voornamelijk gericht op het onderschrijven van de gemeenschappelijke visie en het unaniem aanvaarden van de kandidaat door de andere associés. In 1 geval werd geantwoord dat de toetredende arts een soort 'bruidsschat' moet voorzien, d.w.z. de praktijk voorzien van een of meerdere medische toestel(len) die daarna

gemeengoed worden. Op welke manier men een inschatting maakt of er voldoende werk zal zijn voor een nieuwe associé, werd in deze enquête niet bevraagd.

Minder vaak dan een instapsom bij toetreden, wordt een uitstapsom voorzien voor een uittredende collega (48%). Een uitstapvergoeding wordt op zeer diverse manieren ingevuld. Er kan sprake zijn van een vast bedrag of een percentage van het bruto inkomen gedurende de laatste jaren. Enkelen geven aan dat bij het vinden van een opvolger de instapsom volledig naar de uittredende collega gaat. De uitstapsom kan ook worden berekend a.d.h.v. het inkomen van de opvolger in het eerste jaar. In 17 gevallen is er sprake van zowel een instap- als een uitstapvergoeding. Andere voorwaarden bij stopzetting handelen vaak over een opzegtermijn, of een verplichting om de aandelen van het vennootschap terug te verkopen. In 58% wordt een vestigingsverbod na uitstap opgenomen in het contract.

Er blijkt geen duidelijke relatie te zijn tussen het vragen van een instapsom en het hebben van een vestigingsverbod of een uitstapsom Uit de resultaten blijkt niet dat artsen ouder dan 55j significant meer tevreden zijn als er een uitstapregeling is (p=0.73).

Bronnen van onenigheid zijn o.a. dat in sommige praktijken de oudere artsen die gaan uitstappen nog een uitstapvergoeding wensen, terwijl de jongeren reeds een instapvergoeding betaald hebben.

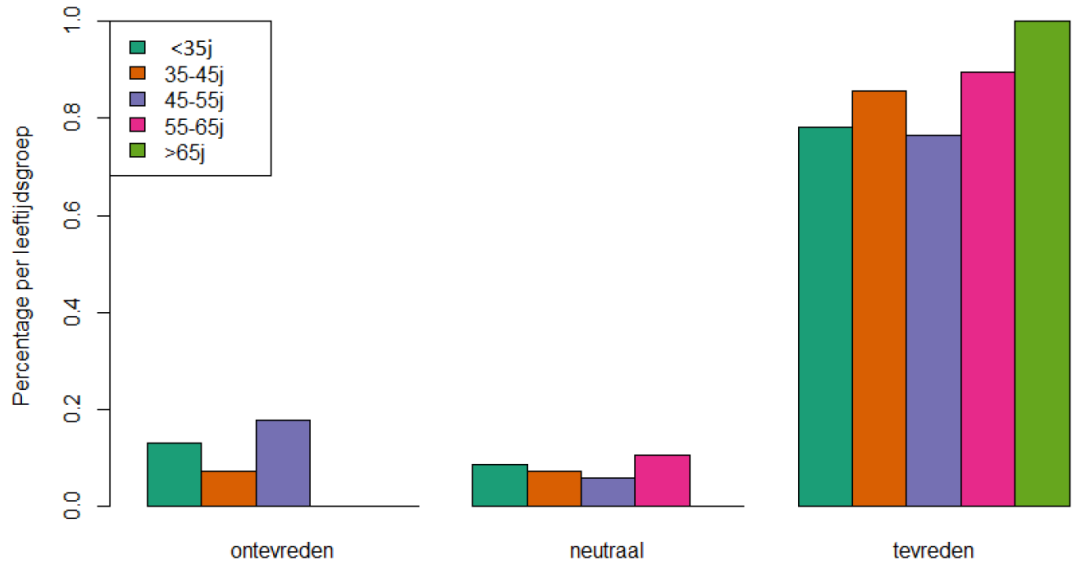
Tabel 7: resultaten in- en uitstapregeling

Vraag	Antwoordoptie	N*	%†
Dient er een instapsom betaald te worden door partners die toetreden tot de associatie?	Ja, dit is een vast bedrag	15	19%
	Ja, dit is een bepaald percentage van het bruto inkomen gedurende de eerste jaren	25	32%
	Nee, er is geen instapsom	26	34%
	Andere	11	14%
Is er een uitstapsom voor partners die de samenwerking willen beëindigen door opzegging?	Ja, dit is een vast bedrag	6	8%
	Ja, dit is een bepaald percentage van het bruto inkomen gedurende de laatste jaren	13	17%
	Nee, er is geen recht op een uitstapsom	48	62%
	Andere	10	13%
Is er een verbod op vestiging in de nabije omgeving voor artsen die uit de associatie stappen?	Nee, er is geen vestigingsverbod opgenomen in het contract	26	34%
	Ja, er is een vestigingsverbod opgenomen in het contract	44	58%
	Andere	6	8%
Is er onenigheid i.v.m. de in- en uitstapregeling?	nooit	63	85%
	soms	7	9%
	vaak	4	5%
Hoe tevreden bent u over de in- en uitstapregeling?	ontevreden (score <3)	7	8%
	neutraal (score 3)	6	10%
	tevreden (score >3)	58	82%

Algemene tevredenheid

Algemeen is er een grote tevredenheid (83%) over de associatiecontracten en dit over alle leeftijdscategorieën. Grafiek 3 geeft de algemene tevredenheid weer in functie van de leeftijd van huisartsen.

Grafiek 3: Tevredenheid over het associatiecontract per leeftijdsgroep



Respondenten geven bij hun algemene tevredenheidsscore nog als commentaar dat financiële inmenging van nieuwe partners hun betrokkenheid vergroot. Huren creëert ongelijkheid, wordt ook gesteld. Meerdere opmerkingen worden gemaakt over het praktijkgebouw: er wordt aangegeven dat dit beter zou los staan van de woning. Wat betreft de werkdruk wordt gezegd dat werken in een duo-praktijk nog niet ideaal is, want als 1 collega afwezig is komt al het werk bij de andere arts terecht. Een laatste belangrijke opmerking gaat over het nemen van beslissingen bij conflict. Dit zou ook gedetailleerd in het contract moeten opgenomen worden.

Discussie

Dit onderzoek brengt de associatiecontracten van Vlaamse huisartsen in kaart, en hun tevredenheid hierover. Aan de hand van de resultaten van deze verkennende studie kan geen 'ideaal' associatiecontract bepaald worden. Er is een hoge mate van tevredenheid. Slechts enkelingen zijn ontevreden, en dit om diverse, soms eerder persoonsgebonden redenen. Het opstellen van een goed contract is en zal steeds maatwerk zijn. Uit de cijfers van dit onderzoek kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden betreffende mogelijke valkuilen bij het overeenkomen van een associatiecontract.

Kostenassociatie versus volledige professionele associatie

Kostenassociaties komen volgens deze bevraging in Vlaanderen het meeste voor. De redenen daarvoor kunnen gezocht worden in de eenvoud van het systeem. Het aspect inning van honoraria is alvast erg transparant in dit soort associaties, gezien dit op de eigen rekening gebeurt. Dit kan het gevoel van 'loon naar eigen werk' versterken. Kosten kunnen gedeeld worden volgens vaste of variabele verdeelsleutel. In de verdeling kan men rekening houden met omzet, activiteitsgraad, aantal boekjes, grootte van kabinet, etc. Niet voor elke kostenpost dient dezelfde sleutel te worden toegepast. Een variabele verdeling lijkt nog eerlijker gezien dit rekening houdt met de dynamiek van een groepspraktijk. Nochtans zijn hieraan ook valkuilen verbonden. De verdeelsleutels moeten toegepast worden op elke factuur die de praktijk ontvangt (hoe klein of groot het bedrag ook mag zijn). Men kan dit jaarlijks berekenen, doch de rekeningen dienen wel op het moment van aankoop/afrekening betaald te worden. Maandelijks berekenen geeft dan weer een erg variabele verdeling.

Volledige professionele associaties zijn in Vlaanderen minder voorkomend. De eigen inbreng wordt eerst beïnvloed door een aantal transacties en het uiteindelijke loon is eerder een indirect resultaat van de geleverde prestaties. Gezien de inkomsten samengebracht worden, kunnen de kosten wel gemakkelijk op het moment van uitgave uit deze pool betaald worden. Bij de verdeling van wat overblijft, kan ook rekening gehouden worden met het aantal werkuren of aantal patiëntencontacten die een bepaalde arts presteert, net zoals in een kostenassociatie. Het toepassen van verdeelsleutels is dus in beide associatievormen mogelijk en biedt (ten dele) een antwoord op de vraag hoe best omgegaan wordt met artsen die niet voltijds aanwezig zijn in de praktijk. Een instapsom kan bij een poolsysteem 'betaald' worden via de toekenning van een ongelijk deel in de pool in vergelijking met de activiteitsgraad van de toetredende arts. [3] Een compensatie voor anders onbezoldigde activiteit zoals bv. het in de resultaten aangehaalde discussiepunt 'administratieve taken', kan ook via het loon in rekening gebracht worden.

[3] Heeft de toetredende arts een geringe activiteit, dan zal het poolaandeel dat hij ontvangt het bedrag benaderen dat hij uiteindelijk zelf in de pool heeft ingebracht. Heeft hij snel een grote activiteit, dan zal hij verhoudingsgewijs een grotere instapsom betalen omdat het verschil tussen wat hij inbrengt en wat hij krijgt groot is.

Samenwerkingsovereenkomst versus vennootschap met rechtspersoonlijkheid

Een associatie met louter een samenwerkingsovereenkomst zonder rechtspersoonlijkheid is het minst omslachtig. Juridisch betreft het een feitelijke vereniging en zijn er dus geen wettelijke of administratieve verplichtingen buiten wat onderling vastgelegd is in het reglement (5). Dit soort samenwerkingen is ook relatief gemakkelijk te beëindigen. De resultaten van dit onderzoek geven aan dat dit in Vlaanderen meestal volstaat in een artsensamenwerking. Een overkoepelende vennootschap met rechtspersoonlijkheid kan nuttig zijn voor het gezamenlijk aankopen van onroerend goed (bv. praktijkgebouw) of bij het aanwerven van personeel (bv. praktijkassistente). Een aanvankelijke maatschap kan een ideale aanloop zijn tot de omvorming in een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid eens de werking en de onderneming op het goede spoor zitten en de nood om rechtspersoonlijkheid aan te nemen zich de facto laat voelen (6). Een BVBA biedt als bijkomend voordeel dat er beperkte aansprakelijkheid geldt (bv. bij faillisement). Dit laatste is echter ook van toepassing in een samenwerkingsovereenkomst tussen individuele EBVBA's. Ook de fiscale voordelen van het werken in vennootschap kan men via een EBVBA verwerven. Een overkoepelend vennootschap kan soms een keurslijf zijn in de zin dat men vasthangt aan een wettelijk kader met bijbehorende verplichtingen. Met name stopzetting (bv. als er onenigheid komt) is een moeilijke zaak gezien bezittingen 'ten gelde' moeten gebracht worden. Bij in-en uitstappen moet men werken met aandelen die men moet kopen of verkocht krijgen. Dit zijn factoren die men goed dient te overwegen bij de keuze van het associatietype.

Hoge mate van tevredenheid versus negatieve commentaren

Uit dit onderzoek kwam een hoge mate tevredenheid onder de Vlaamse huisartsen naar voren over hun associatiecontract. Hierdoor konden geen significante verschillen aangetoond worden in tevredenheid betreffende bepaalde clausules van het contract. Toch is het blijkbaar niet al goud dat blinkt. De resultaten geven de indruk dat er een mismatch bestaat tussen de hoge tevredenheidsscores en de commentaren, die soms opvallend negatief getint zijn. Hierbij kan men zich de vraag stellen of een 5 punts-Likert schaal wel de juiste manier is om dit onderwerp bij huisartsen te bevragen. Een onderzoek d.m.v. focusgroepen zou de gegeven opmerkingen op een meer wetenschappelijke manier kunnen benaderen.

Zijn er andere verklaringen voor de discrepantie tussen de cijfers en de commentaren? Mogelijk zal net wie ontevreden is, meer neiging hebben tot het uiten van 'straffe taal'. Het zou ook kunnen dat er in veel praktijken voldoende onderlinge overeenstemming is om nooit echt te moeten terugvallen op de letter van het contract. Hierdoor zijn mogelijke valkuilen in het contract nog niet blootgelegd. Desondanks blijft de samenwerking soms een verstandshuwelijk tussen verschillende karakters. Tonen we met deze studie dan aan dat de meeste artsen een goed 'huwelijk' hebben of een goed 'huwelijkscontract'?

Uiteraard is spontane accordantie tussen collega's een goede zaak. Het belang van gemeenschappelijke visie omtrent geneeskunde en praktijkvoering voor het aangaan van een associatie is hierbij niet te onderschatten. De werkgroep huisarts en samenwerking van Domus Medica publiceerde hierover in 2003 een leidraad ovv een tienstappenplan (7). Of de respondenten hiervan gebruik gemaakt hebben werd in deze studie niet bevraagd.

De generatiekloof

Vooral wat betreft een generatieverschil, vinden we negatieve uitingen terug van respondenten. Jongere artsen zouden 'met hun achterste in de boter vallen' wanneer ze terechtkomen in goed draaiende praktijken zonder zelf risico's te moeten nemen. Anderzijds zijn er ook opmerkingen van jongere artsen dat het contract in hun nadeel opgesteld is. In het onderzoek van B. Schoenmakers (2) werd aangetoond dat het nog steeds voornamelijk de oudere artsen zijn in Vlaanderen die het merendeel van de patiëntencontacten op zich nemen. Jongere artsen werken evenveel uren, maar zien minder patiënten, stellen zij ook vast. Dit zou een invloed kunnen hebben op de (gepercipieerde) oneerlijkheid die sommige oudere artsen ervaren.

Huisartsen aan de vooravond van hun pensioen kregen hun academische vorming met andere klemtonen dan in de huidige opleiding (patiëntgerichtheid, taakdelegatie, kwaliteitscontrole) (8). Er heerste een andere tijdsgeest en er was sprake van plethora. De praktijken waar jongeren instappen zijn vaak het resultaat van jarenlange inzet en evolutie. Een instapsom kan een financiële compensatie zijn, doch misschien is dit soms een 'overcompensatie' te noemen. Het betreft hier meer dan wat in geld uit te drukken is nl. ook het eergevoel dat een arts met jaren ervaring (terecht) heeft over zijn praktijk. Een respectvolle benadering van de jongere uit bv. door niet onmiddellijk te grove veranderingen te willen doorvoeren, zou mogelijke onvrede hierover kunnen temperen.

Anderzijds zullen jongeren ook moeten inspelen op uitdagingen van de toekomst. De toenemende integratie van andere disciplines maakt het management van een praktijk er niet eenvoudiger op. Ook van overheidswege zijn er veranderingen op til, o.m. een bredere toepassing van het forfaitaire systeem (9,10).

Stand van zaken

Het dagelijks reilen en zeilen van een groepspraktijk houdt in belangrijke mate verband met de invulling van het woord 'samenwerking'. Gaat het om onafhankelijke huisartsen die toevallig in hetzelfde gebouw werken en een praktijkassistente delen? Of bekijkt men de samenwerking als werken in een teamverband, met regelmatig interprofessioneel overleg en gezamenlijke patiënten? Uit de cijfers van deze bevraging komt een hoge mate van overleg naar voren: 80% van de groepspraktijken hebben een vast overlegmoment. Hieruit kunnen we besluiten dat in de Vlaamse groepspraktijken toch meestal intensief samengewerkt wordt en dat het niet gaat om solo-artsen onder 1 dak. Er is blijkbaar een tendens tot toename van het overleg in de artsensamenwerkingen. Uit een onderzoek van 2002 door N. Boffin et al. bleek dat toen slechts 53% van de Vlaamse groepspraktijken een vast overlegmoment hadden (11). Uit bovengenoemd onderzoek kwam ook naar voren dat het percentage vrouwelijke artsen in groepspraktijken hoog is: 40% vrouwen in groepspraktijken tegenover 26% in de totale populatie. Dit wordt bevestigd in deze enquête: er waren 59% vrouwelijke artsen in groepspraktijken tegenover 40% in de totale populatie (2).

De voordelen van het werken in groep overstijgen volgens bepaalde onderzoekers de nadelen. (3,12). Zoals hoger gesteld: de verantwoordelijkheid kunnen delen door onderling overleg en af en toe ventileren, beschermt artsen doorheen hun loopbaan voor het krijgen van burn-out (3). Men kan terugvallen op collega's bij afwezigheid, zodat er meer ruimte is voor persoonlijke en professionele

ontplooiing. Een flexibele werkverdeling kan bijdragen tot een betere balans tussen werk en gezin (12).

Deze nauwe samenwerking en intercollegiale interactie vormt zowel de kracht als de moeilijkheid van het werken in groep. Zoals hierboven reeds aangehaald zien we, ondanks de hoge tevredenheidscijfers, toch hier en daar wrevel ontstaan. Uit de commentaren kan besloten worden dat dit vooral te maken heeft met ongelijkheid bv. tussen jong en oud, huurder en verhuurder, fulltime en parttime. Ten tweede vormt het onhelder (of zelfs helemaal niet) formuleren van bepaalde clausules een probleem wanneer er op een bepaald moment geen onderlinge overeenstemming meer is tussen de associatiepartners.

Concrete valkuilen werden hieronder positief geformuleerd als tips:

- Instap- uitstap en vestigingsregelingen op elkaar afstemmen
- Inkomsten van HAIO's en GMD's opnemen in contract
- Variabele verdeelsleutels: eerlijk doch is complex bij kostenassociatie
- Gelijkheid creëren tussen de associatiepartners
- Bepalingen helder formuleren

Er is sprake van een relatief groot aandeel contracten dat niet gecontroleerd is door de Orde van Geneesheren (ongeveer 1 op 4). Een tweetal factoren werken dit vermoedelijk in de hand. Ten eerste zijn de contractencommissies tot op heden provinciaal georganiseerd, en er is onderling niet steeds overeenstemming in de adviezen. In de code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Raad staan deontologische richtlijnen voor groepspraktijken (zie appendix 1). Artikel 159 §4 vermeldt dat alle artsenovereenkomsten voorafgaandelijk ter goedkeuring van de provinciale raad dienen voorgelegd te worden. Deze provinciale raden hebben elk een eigen invulling van de deontologie betreffende associaties. Hieruit vloeit een gedeeltelijke willekeur voort. Ten tweede moet een geviseerd contract bij elke wijziging opnieuw voorgelegd worden (appendix 1 art. 159 § 4). Dit maakt het 'meegroeien' van een overeenkomst met de praktijk weinig soepel. De wachttijden voor het ontvangen van het advies van de Provinciale Raden zijn variabel.

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de blinde vlek van associaties die geen contract hebben (bijna 1 op vier in deze studie). Hoe is de tevredenheid daar? Wat gebeurt er in dat geval bij geschillen? Deze praktijken zonder geschreven overeenkomst vallen ook buiten de door het RIZIV toegekende voordelen voor groepspraktijken. Geregistreerde groepspraktijken hebben recht op ondersteuning volgens impulseo II[4]. Het GMD en de administratieve verlenging hiervan geldt bij alle huisartsen van de groepering.

[4] * Via impulseo II komt het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde tegemoet in een deel van de loonkost van de werknemer die uw huisartsengroepering bijstaat in het onthaal en praktijkbeheer

Sterkten en zwakten

Een zwakte aan deze studie is dat een aantal zaken minder in detail bevraagd zijn: zo is het bv. onduidelijk welke respondenten in de associaties zitten als natuurlijk rechtspersoon en welke vertegenwoordigd worden door een EBVBA. Bij beëindiging werd niet gedifferentieerd naar wat er gebeurd bij overlijden van een arts (bv. met de patiëntendossiers). Het aantal vragen in de enquête werd gelimiteerd voor dit pilootproject.

Er werd in de enquête vaak gebruik gemaakt van een antwoordoptie 'andere' waar men een vrij veld kon invullen. Dit maakte de verwerking van de resultaten niet steeds eenvoudig. Het gaf wel de mogelijkheid om 'verkennend' te werken.

Sterktes van de studie zijn o.a. dat een exacte respons-ratio gekend is en dat de steekproef goed verdeeld is qua geografische ligging, leeftijd en geslacht van de deelnemende artsen. Uiteraard zal er steeds een selectie-bias aanwezig blijven, gezien vooral artsen met interesse in het onderwerp geneigd zullen zijn om de enquête te beantwoorden. Getuige o.a. het grote aantal PO's en academici onder de respondenten.

Besluit

Uit deze studie blijkt dat in Vlaanderen kostenassociaties onder de vorm van een samenwerkingsovereenkomst en volledige professionele associaties onder de vorm van een BVBA de meest courante samenwerkingsvormen zijn. Hierbuiten is er sprake van een verscheidenheid aan associatietypes.

Er heerst algemeen een grote tevredenheid bij de Vlaamse huisartsen omtrent hun associatiecontract, ondanks een variabele invulling van belangrijke clausules. Er kon geen correlatie gevonden worden tussen bepaalde vormelijke componenten van het contract en de tevredenheid bij artsen.

Een 'ideaal' modelcontract kan niet opgesteld worden aan de hand van de resultaten. Het overeenkomen van een evenwichtig associatiecontract blijft maatwerk. Gelijkwaardigheid van alle partijen blijkt een belangrijke pijler, evenals respect voor het werk van oudere collega's.

De resultaten tonen aan dat een belangrijk percentage contracten niet voorgelegd werd aan de Orde der Geneesheren. Blijkbaar werken ook nog steeds een vierde van de artsengroeperingen zonder associatiecontract.

Bronnen

1. Compiet V. Witte jassen: de ontstaansgeschiedenis van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra in Vlaanderen. [dissertation] Master in de Geschiedenis. 2009-2010. Promotor Prof. Dr. Gita Deneckere, Co-promotor Prof Dr. Jan Demaeseneer

2. B. Schoenmakers et al. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschr. voor Geneeskunde, 2014, 70, nr. 12, 657-665

3. Jonckheer et al. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE rapport 165A, 2011, Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/burnout-bij-huisartsen-preventie-en-aanpak#.VTji_iHtlBd

4. Rita Cuypers. Huisartsen en samenwerking: een draaiboek. 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/samenwerking.html

5. Vennootschapsvormen in België. Beschikbaar via de portaalwebsite: http://www.belgium.be/nl/economie/onderneming/oprichting/vennootschapsvormen/verenigingen

6. Dewallens F., Gielis M. De arts en zijn vennootschap: De juridische, fiscale en deontologische praktijk van vennootschappen en associaties van artsen. U.G.A. 2012

7. Grouwels D., Heyrman J., Goedhuys J. (2003). Goed samenwerken in tien stappen: beschrijving van een praktisch instrument. Huisarts Nu*, 32* (1), 29-34.

8. Guy Gielis, Jo Goedhuys, Birgitte Schoenmakers . Huisartsgeneeskunde, verleden en toekomst (30 jaar ICHO). ACCO 2014

9. Lieven Annemans, Jean-Pierre Closon, Marie-Christine Closon, Isabelle Heymans, Raphaël Lagasse, Elise Mendes da Costa, Catherine Moureaux, Isabelle Roch. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België, KCE rapport 85A, 2008 Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/press-release/de-twee-financieringssystemen-van-de-huisarts-kosten-evenveel-en-geven-dezelfde-zorgkw#.VTjtNyHtlBc

10. Prof.dr. Jan De Maeseneer, Prof.dr. Bert Aertgeerts, Prof.dr. Roy Remmen, Prof.dr. Dirk Devroey. Together we change: eerstelijnsgezondheidszorg: Nu meer dan ooit! 2014. Beschikbaar via:https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2884/files/together-we-change.pdf

11. N. Boffin, R. Cuypers, J. De Smedt, L. Pas. Group practices of flemish general practitioners: composition and co-operation. Huisarts Nu. Februari 2002, 31(1)

12. Eline De Buysscher. De solopraktijk onder de loep. [dissertation] Master in de huisartsgeneeskunde 2012 – 2013 Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Co-promotor: Lynn Ryssaert

Appendices

Appendix 1: Code van geneeskundige plichtenleer opgesteld door de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren **Laatste aanpassing: februari 2014**

TITEL IV: Verhouding tussen artsen
Hoofdstuk IV: De professionele samenwerking tussen artsen

Art 159 Algemene regelen

§1. Artsen kunnen in het kader van hun professionele samenwerking overeenkomsten afsluiten. Zij kunnen hiertoe onder meer overgaan tot het oprichten van associaties (artikel 160), van vennootschappen zonder (artikel 161) of met rechtspersoonlijkheid (artikels 162, 163 en 164) evenals verenigingen zonder winstoogmerk (artikel 165).

Alle deontologische regelen die voor artsen gelden blijven van toepassing op de artsen die in het kader van hun professionele samenwerking deel uitmaken van een vennootschap of een vzw, of die partij zijn bij een overeenkomst. Het is bovendien de verantwoordelijkheid van de artsen dat de door hen gekozen samenwerkingsvorm voldoet aan de wettelijke regelen die daarop toepasselijk zijn.

§2. Welke vorm en aard van professionele samenwerking de arts (artsen) ook kiest (kiezen), de bepalingen van onderhavig artikel moeten geëerbiedigd worden, evenals de specifieke bepalingen die in de hierna volgende artikelen 160 tot 165 zijn vastgelegd voor elke overeenkomst, vennootschap of vereniging. Het staat de artsen vrij om daarnaast aanvullende bepalingen op te nemen betreffende de organisatie van hun professionele samenwerking, voorzover deze stroken met de medische deontologie.

§3. De in §1 bedoelde mogelijkheden zijn enkel toegelaten tussen artsen die hun beroep op actieve wijze uitoefenen en ingeschreven zijn op de Lijst van de Orde der artsen, met uitsluiting van elke derde.

§4. Elk ontwerp van statuten, huishoudelijk reglement, of oprichtingsakte van een vennootschap of vereniging, elk ontwerp van overeenkomst, evenals elk stuk waarnaar daarin verwezen wordt, dient voorafgaandelijk door elke arts ter goedkeuring voorgelegd te worden aan zijn provinciale raad die de conformiteit van de voorgelegde stukken met de medische deontologie in het algemeen en de bepalingen van dit hoofdstuk in het bijzonder nagaat. Hetzelfde geldt voor elk ontwerp van wijziging van om het even welk van deze stukken.

De voorgelegde stukken moeten alle door de Code van geneeskundige plichtenleer vereiste gegevens bevatten, uitdrukkelijk de naleving ervan garanderen en de bevoegdheid van de provinciale raad in dit vlak erkennen.

§5. Uit de aan de provinciale raad voorgelegde stukken moet onder meer blijken:

- dat de belangen van de patiënt op geen enkele manier worden geschaad. Garanties dienen geboden te worden voor de vrije artsenkeuze, de onafhankelijkheid van de arts, de bescherming van het beroepsgeheim en de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid van de artsen, hun vervangers en personeel. In het bijzonder zal worden nagegaan of bij (voortijdige) beëindiging van de samenwerking de nodige voorzieningen zijn getroffen voor de naleving van deze garanties, de overdracht van medische dossiers en de continuïteit van de zorg;

- dat elke vorm van commercialisatie van de geneeskunde, van directe of indirecte collusie, dichotomie en overconsumptie uitgesloten is;
- dat een werkverdeling, een vakantieregeling evenals de nodige tijd voor deelname aan wetenschappelijke activiteiten mogelijk gemaakt worden die stroken met de desiderata van alle deelnemende artsen. In het bijzonder zal worden nagegaan of een aanvaardbare regeling werd voorzien bij zwangerschap, ziekte, invaliditeit en (voortijdige) beëindiging van de samenwerking;
- dat een billijke en een door alle deelnemende artsen aanvaarde verdeling van de inkomsten en/of uitgaven mogelijk wordt gemaakt;
- dat de procedure voor toetreding en uittreding vastgelegd wordt;
- dat de voorwaarden van tijdelijke schorsing en definitieve uitsluiting bepaald zijn.

§6. Elke arts die gebruik maakt van één van de in §1 geboden mogelijkheden is verplicht aan zijn collega's vennoten/leden/contractanten elke beslissing van disciplinaire, burgerrechtelijke, strafrechtelijke of administratieve aard mede te delen die enige weerslag heeft op hun professionele relatie. Deze verplichting en de consequenties van de bedoelde beslissingen, moeten uit de aan de provinciale raad voorgelegde stukken blijken.

Art 160 Associaties

§1. Artsen kunnen onderling associaties aangaan met het oog op een professionele samenwerking.

De associatie kan slaan op het geheel van de professionele activiteit waarbij alle beroepsinkomsten en uitgaven worden gepoold en volgens een bepaalde sleutel worden verdeeld (volledige associatie).

De associatie kan ook op slechts een gedeelte van de professionele activiteit slaan waarbij alle beroepsinkomsten en -uitgaven die uit dit gedeelte van de professionele activiteit voortvloeien worden gepoold en volgens een bepaalde sleutel worden verdeeld (partiële associatie).

De associatie kan zich beperken tot het poolen van de kosten en/of de gemeenschappelijke inbreng van middelen voor het geheel van de professionele activiteit of voor een gedeelte ervan (kostenassociatie genaamd). Deze gepoolde kosten worden volgens een bepaalde sleutel verdeeld.

§2. Een volledige associatie is slechts mogelijk tussen artsen, bij volledige integratie van hun beroepsactiviteit die een bestendig en gestructureerd karakter heeft, en als dusdanig naar buiten treedt.

Een partiële associatie is slechts mogelijk tussen artsen, bij volledige integratie van een gedeelte van hun beroepsactiviteit die een bestendig en gestructureerd karakter heeft, en als dusdanig naar buiten treedt. Een partiële associatie is eveneens mogelijk wanneer artsen, elk vanuit hun eigen deskundigheid, gewoonlijk samenwerken op het vlak van diagnostiek en behandeling van een specifieke pathologie.

Een kostenassociatie is niet alleen mogelijk tussen artsen die aan de criteria van een volledige of partiële associatie voldoen, maar ook tussen artsen zonder enige vorm van integratie van hun beroepsactiviteit en zonder enige vorm van patiëntgerichte samenwerking.

§3. **(Gewijzigd op 30 juni 2012)**

In afwijking van artikel 159, §3, kunnen associaties ook aangegaan worden tussen artsen, professionele artsenvennootschappen en vzw's van artsen.

Bij een volledige, partiële of kostenassociatie kan uitdrukkelijk worden bepaald dat het de leden verboden is een vennootschap met rechtspersoonlijkheid op te richten om in hun plaats deel uit te maken van de associatie.

§4. In een associatie int elk lid zijn honoraria in persoonlijke naam en voor eigen rekening en levert daartoe de nodige getuigschriften af. De door de associatie geaccepteerde beroepskosten worden betaald, ofwel via een gemeenschappelijke rekening, ofwel door de individuele leden die op afgesproken tijdstippen deze betalingen onderling afrekenen.

§5. De associatie kan naar buiten treden onder de naam van haar leden met vermelding van het uitgeoefende specialisme maar kan ook een eigen naam kiezen. Deze benaming moet door de bevoegde provinciale raad worden aanvaard.

§6. Een associatie kan overgaan tot de aanstelling van een voorzitter, secretaris of schatbewaarder mits de modaliteiten vooraf in een geschrift bepaald werden. De mandaten van de aldus aangestelde personen kunnen niet van onbeperkte duur zijn, noch vergoed worden. Enkel de reële onkosten kunnen vergoed worden.

§7. Artsen kunnen met het oog op een professionele samenwerking overeenkomsten afsluiten die niet de kenmerken hebben van een associatie. Deze overeenkomsten moeten voldoen aan artikel 159.

Artikel 161 De professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid

§1. Artsen kunnen voor de uitoefening van hun beroep overgaan tot de oprichting van een professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid zoals omschreven in artikel 46 van het Wetboek van Vennootschappen, indien wordt voldaan aan de voorwaarden voorzien in de hierna volgende paragrafen 2 tot en met 5.

§2. Bij de oprichting van een professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid brengen de vennoten hun volledige medische activiteit of een gedeelte ervan in gemeenschap.

§3. Het maatschappelijk doel van de vennootschap is burgerlijk en is de uitoefening van de geneeskunde door haar vennoten zelf. Elke handelsactiviteit is verboden.

§4. De geneeskunde wordt in een professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid uitgeoefend door de artsen vennoten in naam en voor rekening van de gezamenlijke artsen vennoten. De honoraria die voortvloeien uit de in gemeenschap gebrachte medische activiteit, evenals de daaruit voortvloeiende onkosten worden gepoold en verdeeld volgens een bij overeenkomst vastgelegde sleutel.

§5. Artsen kunnen enkel tot de oprichting van een professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid overgaan wanneer wordt voldaan aan de artikelen 159, 160, §2, alinea's 1 en 2, en §5 en §6.

Enkel artsen die hun beroep uitoefenen of zullen uitoefenen in het kader van een professionele vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid kunnen vennoten zijn van deze vennootschap.

Artikel 162: De professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid

§1. Artsen kunnen voor de uitoefening van hun beroep overgaan tot de oprichting van een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid, indien wordt voldaan aan de voorwaarden voorzien in de hierna volgende paragrafen 2 tot en met 8.

§2. Bij de oprichting van de vennootschap brengen de artsen hun volledige of een gedeelte van hun medische activiteit in gemeenschap.

§3. Het maatschappelijk doel van de vennootschap is burgerlijk en is de uitoefening van de geneeskunde door haar vennoten zelf. Elke handelsactiviteit is verboden. De vennootschap wordt niet als dusdanig op de Lijst van de Orde der artsen ingeschreven.

§4. In een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid wordt de geneeskunde uitgeoefend door de vennoten in naam en voor rekening van de vennootschap. Alle inkomsten voortvloeiend uit de ingebrachte medische activiteit worden geïnd voor en door de vennootschap, zoals alle uit de medische activiteit voortvloeiende uitgaven door de vennootschap worden vereffend.

§5. Artsen kunnen enkel een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid oprichten wanneer wordt voldaan aan alle bepalingen van artikel 159.

De provinciale raad zal daarbij in het bijzonder aandacht schenken aan bepalingen inzake:

a. de inbreng van roerende en onroerende goederen in de vennootschap en hun bestemming bij de beëindiging van de vennootschap;
b. de verdeling van de deelbewijzen die enkel op naam en in het bezit mogen zijn van de vennoten die het beroep van arts uitoefenen of zullen uitoefenen in het kader van de vennootschap;
c. de wijze van herschikking van de deelbewijzen bij omstandigheden die daartoe verplichten en de rechten en verplichtingen van de vennoot van de te herschikken deelbewijzen of van zijn rechtsopvolgers;
d. de wijze van verkiezing van bestuurders en de duur van hun mandaten, die niet onbeperkt mag zijn;
e. de eventuele vergoeding van de bestuurders, die dient overeen te stemmen met de werkelijk uitgeoefende bestuursactiviteiten;
f. het aanleggen van een toereikende reserve rekening houdend met het doel van de vennootschap;
g. de toelatingsvoorwaarden voor nieuwe vennoten en hun verwerving van deelbewijzen;
h. de uitstapregeling van vennoten en de bestemming van de vrijgekomen deelbewijzen;
i. de overeenkomsten inzake de professionele samenwerking tussen de vennootschap en derden;
j. **(Gewijzigd op 16 oktober 2004)** de noodzaak bij ontbinding van de vennootschap een beroep te doen op artsen voor de afhandeling van zaken die betrekking hebben op de persoonlijke levenssfeer van de patiënten en/of het beroepsgeheim van de vennoten;
k. de afzonderlijke en bijkomende beroepsaansprakelijkheid van de vennoten en de aansprakelijkheid van de vennootschap;
l. het feit dat bij de afweging van de respectievelijke rechten van de vennoten meer rekening zal worden gehouden met de in de vennootschap verrichte prestaties dan met het geïnvesteerde kapitaal of de anciënniteit.

Uit de stukken die aan de provinciale raad worden voorgelegd moet een deontologisch verantwoorde oplossing voor de hoger vermelde punten blijken.

§6. De professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid vermeldt bij het naar buiten treden haar rechtsvorm en de namen van de vennoten met het uitgeoefende specialisme. De professionele vennootschap kan opteren voor een eigen benaming die objectief en discreet moet zijn en door de provinciale raad moet worden aanvaard.

§7. De professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid kan met het oog op een professionele samenwerking overeenkomsten afsluiten met artsen of met de in dit hoofdstuk voorziene (kosten)associaties, professionele (eenpersoons)vennootschappen, middelenvennoot-schappen en vzw's.

De vennoten dienen erover te waken dat de vennootschap waarvoor zij werken naar analogie de deontologische regelen naleeft die voor elke individueel werkende arts gelden.

§8. De professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid kan vennoot zijn van een (kosten)associatie of middelenvennootschap van artsen en kan lid zijn van een vzw van artsen. Hierbij dienen respectievelijk de bepalingen van de artikelen 160, 164, en 165 nageleefd te worden.

Artikel 163: de professionele eenpersoonsvennootschap

§1. Elke arts kan voor de uitoefening van zijn beroep overgaan tot de oprichting van een professionele eenpersoonsvennootschap, indien wordt voldaan aan de voorwaarden voorzien in de hierna volgende paragrafen 2 tot en met 6.

§2. De paragrafen 2, 3, 4 en 5 van artikel 162 zijn mutatis mutandis van toepassing.

§3. Wanneer een arts gebruik maakt van de in §1 geboden mogelijkheid blijven alle deontologische regelen die voor elke individuele arts gelden van toepassing.

§4. Bij het naar buiten treden wordt de rechtsvorm vermeld evenals de naam van de arts en het uitgeoefende specialisme.

§5. (Gewijzigd op 2 juni 2012) De eenpersoonsvennootschap kan zoals elke individuele arts toetreden tot een in dit hoofdstuk voorziene (kosten)associatie, een middelenvennootschap of een vzw, en dit met toepassing van respectievelijk de artikelen 160, 164 en 165. De vennoot stelt zijn provinciale raad daarvan in kennis en legt de nodige stukken ter goedkeuring voor.

§6. Wanneer een eenpersoonsvennootschap omgezet wordt in een professionele vennootschap van meerdere artsen, dienen alle op deze laatste vennootschapsvorm toepasselijke bepalingen nageleefd te worden. De vennoot stelt zijn provinciale raad van het voornemen tot omzetting in kennis en legt hem voorafgaandelijk alle stukken ter goedkeuring voor.

Artikel 164: de middelenvennootschap

§1. Artsen kunnen in het kader van hun professionele samenwerking overgaan tot de oprichting van een middelenvennootschap met rechtspersoonlijkheid, indien wordt voldaan aan de voorwaarden voorzien in de hierna volgende paragrafen 2 tot en met 7.

§2. Het maatschappelijk doel van de middelenvennootschap is door een pooling van kosten en/of een gemeenschappelijke inbreng van de vereiste middelen de uitoefening van de geneeskunde voor haar vennoten te vergemakkelijken en te bevorderen.

§3. De vennoten van een middelenvennootschap kunnen individuele artsen zijn, alsook professionele (eenpersoons)vennootschappen van artsen met rechtspersoonlijkheid of vzw's van artsen.

§4. Middelenvennootschappen kunnen zowel in het kader van een patiëntgerichte samenwerking als buiten elke vorm van patiëntgerichte samenwerking opgericht worden.

§5. Alle inkomsten die voortvloeien uit de medische activiteit waarbij gebruik wordt gemaakt van de door de vennootschap verstrekte middelen, blijven buiten de middelenvennootschap die losstaat van de beroepsuitoefening zelf.

De middelenvennootschap mag geen enkele vermenging noch verwarring doen ontstaan tussen de vennootschap en haar leden vennoten. Aldus mogen onder meer de maatschappelijke naam, de statuten, het briefpapier of andere documenten, en de activiteiten van de middelenvennootschap, dergelijke vermenging of verwarring niet in de hand werken.

§6. Artsen kunnen enkel tot de oprichting van een middelenvennootschap overgaan, indien wordt voldaan aan alle bepalingen van de artikelen 159 en 162, §5, a tot i.

Bij de verdeling van de deelbewijzen tussen de vennoten dient een evenwichtige verhouding nagestreefd te worden tussen de verrichte prestaties en het ingebrachte kapitaal.

§7. Zoals bepaald in artikel 159, §4, dienen alle stukken betreffende een dergelijke vennootschap ter goedkeuring voorgelegd te worden aan de provinciale raad.

In het bijzonder zal de provinciale raad nagaan of de berekening van de kosten en de verdeling ervan tussen de vennoten in overeenstemming met de regelen van de medische deontologie geschieden.

Artikel 165: de vereniging zonder winstoogmerk

§1. In het kader van hun professionele samenwerking kunnen artsen overgaan tot de oprichting van een vzw. Hierbij dienen zij zich ervan te vergewissen dat de wettelijke regelen terzake, onder meer artikel 1 van de Wet van 27 juni 1921, nageleefd worden en dat voldaan wordt aan de voorwaarden voorzien in de hierna volgende paragrafen 2 en 3.

§2. Artikel 159, en in het bijzonder §1, laatste alinea, is onverminderd van toepassing.

In afwijking van artikel 159, §3, kan een vzw opgericht worden tussen artsen en professionele (eenpersoons)vennootschappen van artsen met rechtspersoonlijkheid.

§3. Artsen kunnen overgaan tot de oprichting van een vzw waarvan het statutair doel zich beperkt tot dienstverlening op het gebied van de organisatie en administratie van hun professionele activiteit.

Indien het statutair doel van een vzw erin bestaat om door een pooling van kosten en/of een gemeenschappelijke inbreng van de vereiste middelen de uitoefening van de geneeskunde voor haar leden te vergemakkelijken en te bevorderen, dienen mutatis mutandis de bepalingen van artikel 164 nageleefd te worden.

Indien het statutair doel van de vzw de uitoefening van de geneeskunde is door haar leden, dienen mutatis mutandis de bepalingen van artikel 162 nageleefd te worden.

Appendix 2: Protocol ethische commissie

In deze studie zal een antwoord gezocht worden op 3 onderzoeksvragen. Het eerste doel is in kaart brengen welke types associatiecontracten er in de Vlaamse huisartsenpraktijken gehanteerd worden. Ten tweede zal er gepeild worden naar de tevredenheid over het type samenwerkingsvorm en het associatiecontract waarmee deze huisartsen samenwerken. Ten derde zal gepoogd worden om tot een bepaald type 'ideale associatievorm' te komen, vertrekkende vanuit de uitkomst van de vorige 2 onderzoeksvragen.

Het onderzoek zal als volgt opgevat worden: Door middel van een enquete (zie bijlage 1) bij een groot aantal collega huisartsen zullen de gegevens verzameld worden om onderzoeksvraag 1 en 2 te beantwoorden. De enquete zal anoniem zijn en voorafgegaan worden door een informed consent (zie bijlage 2) wat betreft de doelstellingen van het onderzoek en de gegevensverwerking.

De tevredenheid over de associatievorm zal zowel algemeen als specifiek bevraagd worden, betreffende de verschillende luiken van het associatiecontract. Er zullen ook een aantal epidemiologische parameters bevraagd worden (o.a. leeftijd, geslacht en professionele activiteit). Indien mogelijk zullen statistische technieken toegepast worden om significante verschillen te vinden tussen de tevredenheidsratings, of om correlaties te vinden met de epidemiologische parameters. Het onderzoek zal echter in hoofdzaak beschrijvend zijn.

In een bespreking zullen de resultaten bediscussieerd worden vanuit verschillende invalshoeken. Welke types associatiecontracten worden gehanteerd in Vlaanderen? Hoe tevreden is de huisartsenpopulatie algemeen over het associatiecontract? Zijn er doorslaggevende clausules uit het contract die voor meer of minder tevredenheid zorgen? Is er een relatie tussen de voorkeuren i.v.m. het contract en de leeftijd, geslacht of professionele activiteit van de arts? Zijn er bepaalde voor- en nadelen die consistent aan een bepaald type associatie verbonden zijn? Naargelang uitkomsten van de enquête zal er op sommige aspecten dieper ingegaan worden in de bespreking.

Indien duidelijke voorkeuren voor een bepaald type samenwerkingsvorm naar voren komen, zal gepoogd worden een synthese te maken onder de vorm van een 'ideaal type associatiecontract' van waaruit artsen in de praktijk kunnen vertrekken bij het aangaan van een nieuwe associatie. Het uiteindelijke doel is een publicatie van het onderzoek in een wetenschappelijk tijdschrift.

Appendix 3: Advies ethische commissie

From: CTC Clinical Trial [mailto:CTC@uzleuven.be]
Sent: donderdag 3 april 2014 13:12
To: An Stockmans
Subject: RE: Aanvraag Calaerts Sanne

Beste An,

Na het bekijken van deze aanvraag lijkt ons dit geen studie te zijn waarvoor een ethisch advies van toepassing is.

Het betreft hier een bevraging bij huisartsen over hun tevredenheid over de bestande associatiecontracten.

Mocht hierover een andere mening bestaan, gelieve het ons zeker te laten weten.

Met vriendelijke groeten,

Stijn Dickens

Stijn Dickens
Clinical Trial Center (CTC)
stijn.dickens@uzleuven.be
tel: +32 16 34 16 03

algemene CTC telnr: + 32 16 34 19 98

Appendix 4: vragenlijst enquête

Deel 1: epidemiologie en werksituatie

1. Wat is uw geslacht?
☐ Man ☐ Vrouw

2. Leeftijdscategorie?
☐ <35j ☐ 35-45j ☐ 45-55j ☐ 55-65j ☐ >65j

3. Wekelijks gemiddeld aantal patiëntencontacten?
☐ <25 ☐ 25 - 50 ☐ 50 - 75 ☐ 75 - 100 ☐ > 100

4. Voert u, buiten de huisartsenpraktijk, nog andere professionele activiteiten uit?
☐ CRA-arts
☐ Kind & Gezin
☐ arbeidsgeneeskunde
☐ academische taken
☐ andere medische taken: Click here to enter text.
☐ andere niet-medische taken: Click here to enter text.

5. Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld?
☐ <20 ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ >50

6. Met welke partners werkt u in een samenwerkingsverband?
☐ Andere huisartsen Aantal: Click here to enter text.
☐ HAIO's Aantal: Click here to enter text.
☐ Specialisten Aantal: Click here to enter text.
☐ Multidisciplinair Disciplines: Click here to enter text.

7. **Is er praktijkondersteuning?**
☐ Praktijkassistente
☐ Secretaresse
☐ Verpleging
☐ Tele-secretariaat
☐ Andere Click here to enter text.

8.Werken de verschillende partners samen onder één dak?
☐ Ja ☐ Neen

9. Heeft u een associatiecontract?
☐ Ja ☐ Neen

Indien het antwoord op deze vraag 'Neen' is -> De enquête stopt hier. Hartelijke dank voor uw medewerking.
Indien het antwoord op deze vraag 'Ja' is -> De enquête loopt verder.

Deel 2. Vragenlijst associatiecontract

1 . Soort associatie (zie onderaan voor meer info)
☐ Kosten-associatie [1]
☐ Volledige professionele associatie [2]
☐ Partiële professionele associatie [2]

[1] Iedere arts werkt voor eigen rekening en de gemeenschappelijke praktijkkosten worden gedeeld
[2] Er wordt gewerkt voor rekening van de associatie. Na aftrek van de gemeenschappelijke kosten wordt het saldo onder de associés verdeeld.

2. Juridische structuur
☐ Maatschap
☐ BVBA.: besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid
☐ EBVBA: Eenhoofdige Besloten Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid
☐ CVBA: coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid
☐ CVOHA: coöperatieve vennootschap met onbeperkte hoofdelijke aansprakelijkheid
☐ VOF: vennootschap onder firma
☐ ESV: Belgisch Economisch Samenwerkingsverband
☐ VZW: Vereniging zonder winstoogmerk

Meer info bij de structuur (bv. associatie van verschillende EVBVA's in een overkoepelende structuur bv. Immovennootschap) : Click here to enter text.

Wat is uw tevredenheid i.v.m. juridische structuur (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Inning van honoraria
☐ Centrale inning met jaarlijks aanpasbare verdeelsleutel
☐ Centrale inning met vaste verdeelsleutel
☐ Persoonlijke rekening
☐ Anders: Click here to enter text.

Wat is uw tevredenheid i.v.m. inning van honoraria (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Opmerkingen:

4. Kostendeling

Nutsvoorzieningen
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet
☐ Anders gedeeld: Click here to enter text.

Verbruiksmateriaal
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet
☐ Anders gedeeld: Click here to enter text.

Inrichting kabinet
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet

☐ Anders gedeeld: Click here to enter text.

Duurdere medische apparatuur
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet
☐ Anders gedeeld Click here to enter text.

Praktijkgebouw (huur, brandverz. enz)
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet
☐ Anders gedeeld: Click here to enter text.

Personeel
☐ Individueel
☐ Gedeeld volgens vaste verdeelsleutel
☐ Gedeeld naargelang bruto omzet
☐ Anders gedeeld: Click here to enter text.

Is er onenigheid over de kostendeling?
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Wat is uw tevredenheid i.v.m. kostendeling (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Opmerkingen:

5. Professionele samenwerking

Patiënten
☐ Komen enkel bij de vaste huisarts
☐ Komen meestal bij vaste huisarts
☐ Worden meestal gezamenlijk gevolgd
☐ Anders: Click here to enter text.

Gestructureerd overleg
☐ wekelijks
☐ maandelijks
☐ geen vaste regeling
☐ Anders: Click here to enter text.

Delen van patiëntgegevens
☐ Alle gegevens gedeeld
☐ Partiëel gedeeld
☐ Niet gedeeld
☐ Anders: Click here to enter text.

Regeling voor zwangerschap, ziekte en invaliditeit
☐ Opgenomen in contract
☐ Niet opgenomen in contract
Commentaar: Click here to enter text.

Besluitvorming
☐ Volgens meerderheid
☐ Volgens unanimiteit
☐ Met 'veto' stem
☐ Anders: Click here to enter text.

Werkverdeling, vakantieregeling, wetenschappelijke activiteiten
☐ Opgenomen in contract
☐ Niet opgenomen in contract
Commentaar Click here to enter text.

Is er onenigheid i.v.m. de professionele samenwerking?
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Wat is uw tevredenheid i.v.m. professionele samenwerking (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Opmerkingen:

6. **In en uitstapregeling**

Dient er een instapsom betaald te worden door partners die toetreden tot de associatie?
☐ Ja, dit is een vast bedrag
☐ Ja, dit is een bepaald percentage van het bruto inkomen gedurende de eerste jaren
☐ Ja, anders: Click here to enter text.
☐ Neen er is geen instapsom

Zijn er andere voorwaarden voor partners die toetreden tot de associatie?
Voorbeeld: 'bruidsschat' (Het aankopen van 1 bepaald soort duurdere apparatuur bv. ECG of echotoestel, die door andere artsen van de praktijk ook gebruikt zal worden)
Click here to enter text.

Is er een uitstapsom voor partners die de samenwerking willen beëindigen door opzegging ?
☐ Ja, dit is een vast bedrag
☐ Ja, dit is een bepaald percentage van het bruto inkomen gedurende de laatste jaren
☐ Ja, anders: Click here to enter text.
☐ Neen er is geen recht op een uitstapsom

Zijn er andere voorwaarden voor partners die de samenwerking stopzetten?
Click here to enter text.

Is er onenigheid i.v.m. de in- en uitstapregeling?
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Wat is uw tevredenheid i.v.m. in- en uitstapregeling? (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Opmerkingen:

7. **Is het contract voorgelegd aan contractencommissie van de Orde van Geneesheren?**
☐ Ja ☐ Neen

8. Hoe tevreden bent u algemeen over het associatiecontract? (1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden):
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Opmerkingen:

9. Op welke van volgende aspecten biedt het huidige type associatiecontract waarmee u werkt voornamelijk VOORDELEN?

☐ Financieel
☐ Werkdruk
☐ Werkverdeling
☐ Collegiaal contact
☐ Ruimte voor andere professionele/ wetenschappelijke activiteiten
☐ Ruimte voor vakantie/vrije tijd
☐ Continuiteit van zorg
☐ Kwaliteit van zorg
☐ Onafhankelijkheid als arts
☐ Gedeelde professionele filosofie
☐ Jobtevredenheid
☐ Arts-patiëntrelatie
☐ Andere voordelen:

Click here to enter text.

10. Op welke aspecten biedt uw huidige samenwerkingscontract voornamelijk NADELEN? Met andere woorden: wat kan beter?

☐ Financieel
☐ Werkdruk
☐ Werkverdeling
☐ Collegiaal contact
☐ Ruimte voor andere professionele/ wetenschappelijke activiteiten
☐ Ruimte voor vakantie/vrije tijd

☐ Continuiteit van zorg
☐ Kwaliteit van zorg
☐ Onafhankelijkheid als arts
☐ Gedeelde professionele filosofie
☐ Jobtevredenheid
☐ Arts-patiëntrelatie
☐ Andere nadelen:
Click here to enter text.