



BIRGITTE SCHOENMAKERS,
JAN DE LEPELEIRE
& BERT AERTGEERTS (RED.)

PRAKTIJK- MANAGEMENT VOOR DE HUISARTS



Praktijkmanagement voor de huisarts

Birgitte Schoenmakers, Jan De Lepeleire, Bert Aertgeerts (Red)

Acco Leuven / Den Haag

Aan dit boek schreven mee: Rita Cuypers, Marijke Deruytter, Jo Borremans, Leen Creemers, Elke Schuerman, Isabelle Caers, Helena Claes, Evelyn Cornelissen, Elke De Cang, Eva Decat, Katleen Fabry, Stephanie Johanns, An Lapauw, Ilse Peeters, Ann-Sophie Phyfferoen, Ine Reynders-Frederix, Karen Roex, Simon Viaene, Johan Buffels, Harrie Dewitte, Patrik Vankrunkelsven, Daniël Lousbergh & Eric Boydens

Eerste druk: 2014

Gepubliceerd door

Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven, België

E-mail: uitgeverij@acco.be – Website: www.uitgeverijacco.be

Voor Nederland:

Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland

E-mail: info@uitgeverijacco.nl – Website: www.uitgeverijacco.nl

Omslagontwerp: www.frisco-ontwerpbureau.be

© 2014 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.



Inhoud

Praktijkvormen en contracten: een onontwarbaar kluwen?	13
<i>Rita Cuypers, Marijke Deruytter en Jan De Lepeleire</i>	
Inleiding	13
1. De vorm: de juridische structuur van een huisartsenpraktijk	14
1.1 Solo: eenmanszaak of vennootschap	14
1.1.1 Natuurlijk persoon	14
1.1.2 Vennootschap	14
1.2 Huisartsengroep	19
1.2.1 Feitelijke groep	19
1.2.2 Vennootschap	20
2. De inkomsten en uitgaven van een huisarts(praktijk)	22
2.1 Het vergoedingssysteem van de huisarts	22
2.1.1 Betaling per prestatie	22
2.1.1.1 Per akte	22
2.1.1.2 Per capita	22
2.1.1.3 Per traject	22
2.1.1.4 Forfaits	22
2.1.1.5 Sociaal statuut	23
2.1.1.6 Impulseo	23
2.1.2 Het forfaitair betalingssysteem	23
2.1.3 Inkomstenverdeling in een groepspraktijk	24
2.2 De onkosten van een huisarts	25
2.2.1 Soorten onkosten	25
2.2.1.1 Kosten verbonden aan het sociaalzekerheidsrechtelijk statuut	25
2.2.1.2 Onkosten van een huisartsenpraktijk	25
2.2.2 Gemeenschappelijke rekening of prefinanciering door een van de associés?	27
2.2.3 Wat bij arbeidsongeschiktheid of zwangerschapsverlof?	28
3. In en uit een associatie stappen	28
3.1 Instappen	29
3.1.1 Courante instapregeling	30
3.2 Uitstappen	30
Conclusie	31
Aan de slag	31

Communicatie, overleg en afspraken: de weg naar een vlotte samenwerking 33

Birgitte Schoenmakers

Inleiding	33
1. Communicatie met medewerkers en collega's	33
1.1 Medewerkers	33
1.1.1 Personeel aanwerven	33
1.1.2 Medewerkers instrueren	35
1.1.3 Medewerkers aansturen	36
1.2 Collega's	37
1.2.1 Visie en beleidsplan	37
1.2.2 Overlegmomenten	38
1.2.3 Dienstroosters en permanentie (inclusief vakantie)	39
1.2.4 Taakverdeling	40
2. Communicatie met patiënten	41
2.1 Voor de consultatie	41
2.1.1 Huisregels	41
2.1.2 Een afspraak maken met de arts	42
2.1.3 De (voorlopig) belangrijkste spelers in het elektronische-afsprakenlandschap	44
2.1.4 Folders	45
2.1.5 Patiënten oproepen	45
2.2 Tijdens de consultatie	46
2.3 Na de consultatie	47
3. Communicatie met externe gezondheidsmedewerkers	47
Conclusie	49
Aan de slag	49

Praktijkondersteuning voor de huisarts: het aanwerven van praktijkassistentie 51

Jo Borremans, Leen Creemers en Birgitte Schoenmakers

Inleiding	51
1. Definitie	51
2. Praktijkassistentie aanwerven	52
2.1 Bezint eer ge begint!	52
2.2 Wat moet u weten over een praktijkassistent (PA)?	52
2.2.1 Profiel van de PA: kennis, vaardigheden en vooropleiding	52
2.2.1.1 Secretaresse	52
2.2.1.2 Verpleegkundige	53
2.2.1.3 Brusselse/Vlaamse praktijkassistent	53

2.2.2	Werkuren	53
2.2.3	Werkruimte	53
2.2.4	Rechten en plichten	54
2.2.4.1	Statuut praktijkassistent	54
2.2.4.2	Rechten van de werknemer	54
2.2.4.3	Administratieve verplichtingen van de werkgever tegenover de officiële instanties	54
2.2.4.4	Administratieve verplichtingen van de werkgever tegenover de werknemer	55
2.2.4.5	Wie doet de personeelsadministratie: uzelf, de boekhouder of het erkend sociaal secretariaat?	56
2.2.5	Financieel	56
2.2.5.1	Hoe zit een loon in elkaar?	56
2.2.5.2	Verplichtingen	57
2.2.5.3	Huidige loonkosten	57
2.2.5.4	Tegemoetkomingen	59
2.2.5.5	Tewerkstellings- en opleidingsmaatregelen	61
2.3	De aanwerving	61
2.3.1	Wie werft aan?	62
2.3.2	Maak een functieprofiel	62
2.3.3	Waar rekruteren?	62
2.3.4	Een vacature uitschrijven	63
2.3.5	Interviews	64
2.3.6	Een contract opstellen	64
2.3.6.1	Basiscontract	64
2.3.6.2	Arbeidsduur	64
2.3.6.3	Speciale afspraken zoals beroepsgeheim	64
2.4	Hoera: de medewerker is aangeworven en het contract getekend... Wat nu?	65
2.4.1	Personeel opvolgen	65
2.4.1.1	Een planningsgesprek	65
2.4.1.2	Het functioneringsgesprek	65
2.4.1.3	Het evaluatiegesprek	66
2.4.2	De praktijkvisie aanpassen	66
	Conclusie	66
	Aan de slag	67

Taakdelegatie voor dummies 69

Elke Schuerman en Birgitte Schoenmakers

Inleiding 69

1. Praktijkassistentie en de rol van verpleegkundigen in eerste lijn 69

2.	Hoe kan een huisartsenpraktijk de stap naar taakdelegatie zetten?	70
2.1	Nood aan een duidelijk wettelijk kader	70
2.2	Een onduidelijke en ontoereikende financiële regeling	70
2.3	Impact op de praktijkorganisatie	71
2.4	De zorgkwaliteit moet bewaakt worden	71
3.	Naar een stappenplan	72
	Conclusie	73
	Aan de slag	74

Praktijkgebouw en inrichting 75

*Isabelle Caers, Helena Claes, Evelyn Cornelissen, Elke De Cang,
Eva Decat, Katleen Fabry, Stephanie Johanns, An Lapauw,
Ilse Peeters, Ann-Sophie Phyfferoen, Ine Reynders-Frederix,
Karen Roex, Simon Viaene en Birgitte Schoenmakers*

	Inleiding	75
1.	De tien geboden voor een gouden praktijk	75
1.1.	Sfeer en uitstraling van het praktijkgebouw	75
1.2.	Toegankelijkheid	76
1.3.	Functionele praktijkindeling met inwisselbaarheid van de consultatieruimtes	77
1.4.	Duurzaamheid	78
1.5.	Kostenbewust	79
1.6.	Rustige versus onrustige zone	80
1.7.	Looplijnen	80
1.8.	Hygiëne en infectiepreventie	81
1.9.	Privacy	82
1.10.	Veiligheid	82
2.	Verschillende praktijkruimtes	84
2.1	Balie	84
2.2	Frontoffice	85
2.3	Backoffice	85
2.4	Wachtruimte	85
2.5	Spreek- en onderzoeksruimte	87
2.6	Lab	90
2.7	Vergaderzaal	91
2.8	HAIO-ruimte	91
2.9	Andere	92
	Aan de slag	93

Levenslang leren en kennis en vaardigheden doorgeven: blijven en opleiden in de praktijk	95
<i>Johan Buffels</i>	
Inleiding	95
1. Opleiding geven in de praktijk	95
1.1 Stagiairs begeleiden	95
1.2 Praktijkopleider worden voor HAIO's	98
1.3 Vorming geven aan collega's, andere deskundigen en patiëntengroepen	100
2. Continuing Professional Development	100
2.1 CPD versus CME	100
2.2 Hoe komt u lacunes op het spoor?	101
2.3 Interne leermethoden	102
2.4 Externe leermethoden	103
2.5 Online leermethoden	104
Elektronisch medisch dossier in de praktijk	107
<i>Harrie Dewitte</i>	
Inleiding: Hang uw stethoscoop aan de haak	107
1. Waar staan we nu?	108
2. Wat komt er op ons af?	110
3. Mis de e-Health-snelweg niet	111
3.1 MyCareNet	112
3.2 Vitalink	112
4. Waarom de eID van de patiënt gebruiken?	113
5. Wat is gecodeerd registreren?	114
6. Wat zijn CEBAM en CDLH?	115
7. Wat zijn EBMPracticeNet en de Evidence Linker?	117
8. Kwaliteitscontrole in de huisartsenpraktijk	117
8.1 Diabetes mellitus type 2	118
8.2 Chronische nierinsufficiëntie	118
Aan de slag	119
Kwaliteitsbeleid	121
<i>Patrik Vankrunkelsven</i>	
Inleiding	121
1. Kwaliteit en indicatoren	124

1.1	Waar komen de indicatoren vandaan?	124
1.2	Drie soorten indicatoren: structuur, proces en outcome	124
1.3	Indicatoren internationaal algemeen aanvaard	126
2.	Kwaliteit bewaken in de eigen praktijk	126
2.1	De kwaliteitscirkel	126
2.2	Het EPA-instrument	128
2.2.1	Hoe gaat een EPA-doorlichting concreet in zijn werk?	128
2.2.2	Welke thema's komen aan bod?	129
2.2.3	Vervolgtraject	129
2.3	Wat kan de overheid doen?	130
3.	Patiëntveiligheid	131
3.1	Definities	131
3.2	Epidemiologie	132
3.3	Types incidenten	132
3.4	Preventie	133
3.4.1	ICT	133
3.4.2	Root Cause Analysis	133
3.4.3	Maak de patiënt mondig	135
	Conclusie	135
	Aan de slag	135

Sociaal statuut en persoonlijke financiën 137

Daniël Lousbergh

	Inleiding	137
1.	Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ)	137
1.1	Rol van het RSVZ	137
1.2	Sociale Verzekeringskas	137
1.3	Wat wordt van u verwacht? Verplichtingen en bijdragen	138
1.4	Wat krijgt u ervoor terug? Rechten en uitkeringen	138
1.4.1	Ziekte- en invaliditeitsverzekering	138
1.4.2	Arbeidsongeschiktheid	139
1.4.2.1	Ziekte en ongeval	139
1.4.2.2	Tegemoetkoming bij zwangerschap en bevalling	139
1.4.3	Wettelijk pensioen	139
1.4.3.1	Rustpensioen	139
1.4.3.2	Overlevingspensioen	140
2.	Het 'sociaal statuut'	140
2.1	Wat omvat het?	140
2.2	Hoe verloopt het concreet?	140
2.3	Wat betekent dat voor mij als arts?	141
2.3.1	Het sociaal statuut	141

2.3.2	Impulseosteun	141
2.3.3	Telematica en elektronisch beheer van medische dossiers (EMD)	141
2.3.4	Accrediteringsforfait	141
3.	Financiële zekerheid tijdens en na uw loopbaan	141
3.1	Verzekeringen	142
3.1.1	Soorten verzekeringen	142
3.1.1.1	Sommen- versus schadeverzekering	142
3.1.1.2	Verplicht versus facultatief	142
3.1.2	Arbeidsongeschiktheid	143
3.1.2.1	Verzekering gewaarborgd inkomen bij arbeidsongeschiktheid door ziekte of invaliditeit	143
3.1.2.2	Arbeidsongeschiktheid tijdens moederschapsrust	144
3.1.3	Pensioen	144
3.1.3.1	Eerste pijler: het wettelijk pensioen	145
3.1.3.2	Tweede pijler	145
3.1.3.3	Derde pijler: pensioensparen en levensverzekering	147
3.1.3.4	Vierde pijler: opbouw van een eigen patrimonium	147
3.1.3.5	Overzicht pensioenbijdragen	147
	Conclusie	148
	Aan de slag	148
	Referenties	148
	Zelfzorg en preventie van burn-out	151
	<i>Eric Boydens</i>	
	Inleiding: Zelfzorg in functie van 'zorgen voor'	151
1.	Aanbevelingen voor zelfzorg en de preventie van burn-out	152
2.	Drie actielijnen uit het KCE-rapport	154
2.1	Zelfzorg: 'Le noeud du problème'	154
2.2	Ondersteunende maatregelen	154
2.3	Individuele hulp aan artsen in nood	154
3.	Burn-out: een teveel of een tekort?	155
3.1	Burn-out als dynamisch proces	156
3.2	Aanpak van burn-out	160
3.2.1	Diagnose	160
3.2.2	Rode draad	161
3.2.3	Doorverwijzing	161
3.2.4	Kenmerken van een goede therapie	162
3.3	Waarom lopen artsen een hoger risico op burn-out?	162
3.3.1	Hulp zoeken	163
3.3.2	Is het altijd dringend én belangrijk?	164

4.	Voor het zover is: de preventie van burn-out in zeven gouden regels	165
4.1	Een heldere organisatie met buffertijd	165
4.2	Kunnen balanceren met werkdruk: de balans tussen werk en gezin/privéleven	166
4.3	Warme en professionele communicatie met patiënten	167
4.4	Samenwerken in een gedragen team	169
4.5	Toekomstbeeld en loopbaan	170
4.6	Veranderingsproces	171
4.7	Tijd voor reflectie	171
	Conclusie: zelfreflectie in de praktijk	174
	Aan de slag	175
	Referenties	178

Praktijkvormen en contracten: een onontwarbaar kluwen?

Rita Cuypers, Marijke Deruytter en Jan De Lepeleire

Inleiding

De tijd dat een huisarts zich als soloarts vestigde, in zijn woning en met ondersteuning van zijn echtgenote, tot de dood er, vele jaren later, op volgde, behoort stilaan tot het verleden. Een kersverse huisarts moet vele overwegingen maken.

- Zal hij (of zij) in groep starten of solo?
- Is die groep een associatie onder één dak of een netwerk waar iedere huisarts in zijn eigen praktijk gevestigd blijft?
- Kiest hij voor een grote, reeds bestaande groep, of geeft hij de voorkeur aan het samenstellen van een nieuwe groep?
- Werkt hij samen met een oudere, reeds gevestigde collega of met een bevriende jonge lotgenoot?
- Opteert hij voor een job in een wijkgezondheidscentrum waar hij als arts-werknemer gaat werken of geniet het zelfstandigenstatuut zijn voorkeur?
- Kiest hij voor een praktijk op het schaarser wordende platteland, of wordt hij aange trokken door de stad?
- Gaat hij per prestatie werken of zegt het forfaitaire honoreringssysteem hem ook wel wat?
- Start hij van meet af aan met een bvba of kijkt hij de kat even uit de boom?
- Welke keuzemogelijkheden zijn er, wat zijn de pro's en contra's, en wat zijn de kenmerken van de verschillende opties?

Het is de bedoeling in dit hoofdstuk een aanzet tot antwoorden te geven. In een eerste deel wordt de juridische vorm waaronder men als huisarts kan werken uitgediept. In een tweede deel wordt ingegaan op de inkomsten en de praktijkkosten van een huisarts en de mogelijke verdeling ervan in groepspraktijken. In het laatste deel wordt het in- en uitstappen in groepspraktijken besproken.

1. De vorm: de juridische structuur van een huisartsenpraktijk

1.1 Solo: eenmanszaak of vennootschap

Als solo gevestigde arts kunt u de huisartsgeneeskunde uitoefenen als eenmanszaak (natuurlijk persoon) of in het kader van een rechtspersoon (een vennootschap).

1.1.1 Natuurlijk persoon

Als u geen initiatief neemt tot het oprichten van een vennootschap (rechtspersoon), dan heeft u de facto een eenmanszaak (natuurlijk persoon). Wanneer een arts een eenmanszaak heeft, kan hij van zijn gerealiseerde beroepsinkomsten zijn bedrijfsuitgaven (gebouwkosten, personeel, auto...) in mindering brengen ('aftrekken'), inclusief de sociale bijdragen die hij verschuldigd is in het kader van het sociaal statuut van zelfstandigen (voor een overzicht van bijdragen en uitkeringen, zie verder). Na aftrek van mogelijke andere posten (kinderen ten laste...) ontstaat het netto belastbaar inkomen. Op dit netto belastbaar inkomen betaalt de arts personenbelasting (voor de barema's, zie verder).

1.1.2 Vennootschap

Wanneer een arts werkt in een door hem opgerichte vennootschap, worden de door hem gerealiseerde beroepsinkomsten geïnd voor rekening van de vennootschap. In de vennootschap worden de bedrijfskosten fiscaal afgetrokken en er wordt aan de arts, als zaakvoerder, een maandelijks, vooraf bepaalde bezoldiging uitbetaald. Deze bezoldiging is een kostenpost van de vennootschap. De arts betaalt op deze bezoldiging socialezekerheidsbijdragen in het kader van de sociale zekerheid voor zelfstandigen. De bezoldiging is onderworpen aan de personenbelasting. Alleen een bvba komt als vorm in aanmerking. Het is namelijk de enige vorm waar het toegelaten is dat al de aandelen van de vennootschap aan één persoon toebehoren. Een koppel artsen kan niet beschouwd worden als een solopraktijk.

■ *Zijn er voordelen aan het uitoefenen van een praktijk in de vorm van een bvba?*

Deze vraag is niet zo eenduidig te beantwoorden, om verschillende redenen. Wanneer u een vennootschap opricht, creëert u een afzonderlijke rechtspersoon, los van uzelf als natuurlijk persoon. Er ontstaat een afgescheiden entiteit, met rechten en plichten en met een eigen vermogen. Daar kunnen verschillende redenen toe zijn.

- Een belangrijke reden om een vennootschap op te richten, is de beperking van de aansprakelijkheid, tenminste als u kiest voor een vennootschapsvorm met beperkte aansprakelijkheid. Een bvba is een dergelijke vennootschapsvorm. Dit 'voordeel' geldt echter niet voor de medische aansprakelijkheid, die onbeperkt blijft in hoofde van de arts.
- Ten tweede kan er een fiscaal motief zijn. De tarieven in de personenbelasting zijn progressief: het toegepaste tarief wordt hoger naarmate het belastbaar inkomen stijgt. In de vennootschapsbelasting is het tarief lineair.

Een vaststelling is echter dat de inkomsten in de vennootschap ‘vast’ zitten en dat men ze eruit moet halen opdat men over de middelen zou kunnen beschikken om in zijn onderhoud te voorzien, een woning te kopen (maandelijkse aflossing van hypothecaire lening) enzovoort. Op het ogenblik dat geld onttrokken wordt aan de reserves van de vennootschap, moeten ook weer belastingen betaald worden. Manieren om het geld dat in een bvba zit opgespaard naar het privévermogen te transfereren zijn legio, maar elk van die mogelijkheden heeft een fiscaal aspect, het ene al iets gunstiger dan het andere. Zo kan men een dividend uitkeren: belasting roerende voorheffing (RV) aan 15 of 25%. Noteer dat vooraf reeds vennootschapsbelasting werd afgedragen. Eind 2013 werd beslist om het tarief van de roerende voorheffing op 15% te brengen bij uitkering van dividenden bij nieuw op te richten vennootschappen. Op dit ogenblik bestaan er opnieuw allerlei uitzonderingen, die op hun beurt aan een aantal voorwaarden gekoppeld zijn.

- Een derde argument voor een vennootschap kan het drukken zijn van de socialezekerheidsbijdragen. Een noodzakelijke vereiste is wel dat de bezoldiging beperkt blijft.
- Een vierde argument voor een vennootschap kan de bedrijfsleiderspolis of groepsverzekering zijn. Hierbij wordt een kapitaal uitgekeerd ingeval van pensioen of overlijden. Bij pensionering op 65 jaar houdt u netto 80,79% over.
- Een vijfde argument kan te maken hebben met immobiliën, bijvoorbeeld door een pand aan de vennootschap te verhuren dat u als natuurlijke persoon in eigendom hebt.

► *Kernboodschap*

Als zelfstandige hebt u de keuze om uw activiteit als eenmanszaak uit te oefenen of om ze onder te brengen in een vennootschap. Het is moeilijk om algemene, eenduidige uitspraken te doen over wat de beste optie is voor alle zelfstandigen.

Om toch een en ander te verduidelijken, volgen hierna enkele voorbeelden.

▪ *Eenmanszaak*

Een logische stap bij het opstarten van een zelfstandige activiteit is het starten als eenmanszaak. Hier zijn heel weinig formaliteiten aan verbonden en u kunt vrijwel onmiddellijk starten.

Een boekhouding kan in Excel gevoerd worden (mits u een aantal boekhoudkundige regels in acht neemt). Het is best om u in elk geval te laten bijstaan door een boekhouder, ook al is het maar ter controle. Bij zelfstandigen die werken via een eenmanszaak komt het volledige resultaat van de zelfstandige activiteit bij het privé-inkomen terecht.

Stel dat u als zelfstandige in 2012 een resultaat van 100 000 euro had (dus na aftrek van alle kosten), dan worden de belastingen ook op dat bedrag berekend. In de personenbelasting is er een opklimmend tarief waarbij alle inkomsten boven 36 000 euro aan 50% belast worden. Hierbij moeten ook nog de gemeentebelastingen van vaak 8% gerekend worden (afhankelijk van de gemeente).

Op een inkomen van 100 000 euro loopt het percentage zo al snel op tot 47%, zodat er slechts 53 000 euro overblijft. Op het inkomen worden ook sociale bijdragen gerekend. Deze zijn geplafonneerd op ongeveer 17 000 euro bij hogere inkomens.

- *Situatie bij werken onder vennootschap*

Bij het werken onder een vennootschap wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het inkomen van de vennootschap en het inkomen als privépersoon. Beide hebben ook een verschillend belastingsysteem. Voor artsen is de belangrijke vraag in verband met de te kiezen vennootschapsvorm alvast beantwoord: in de meeste gevallen komt enkel een bvba in aanmerking omdat deze met amper één vennoot opgericht kan worden. Bij de andere vennootschapsvormen zijn minstens twee vennoten nodig.

Hoewel er voor een bvba gekozen wordt, is de beperking van aansprakelijkheid toch maar een mager beestje. De medische aansprakelijkheid kan niet ingeperkt worden door zich als arts achter een vennootschap te verbergen. In tegenstelling tot bij een eenmanszaak, volstaat het niet meer om een boekhouding te voeren via Excel. Er zijn wel degelijk heel wat formaliteiten en verplichtingen verbonden aan het werken met een bvba. Het spreekt voor zich dat hier een bepaalde kostprijs tegenover staat. Het zal echter al snel duidelijk worden dat deze niet noodzakelijk opweegt tegen de mogelijke besparingen die gerealiseerd kunnen worden.

- **Vennootschap**

We gaan er even van uit dat het resultaat in de vennootschap hetzelfde zou zijn als het inkomen dat nu in de eenmanszaak zit, dus 117 000 euro. Hier moet dan een deel aan u als privépersoon uitgekeerd worden in de vorm van bezoldiging (loon). We nemen hier bv. een jaarloon van 60 000 euro. Net zoals bij het werken als eenmanszaak zult u ook hier sociale bijdragen moeten betalen, bij een dergelijk inkomen vermoedelijk ongeveer 13 200 euro. Omdat deze sociale bijdragen in ons voorbeeld door de vennootschap betaald worden, dient hiervoor een fiche ‘voordeel alle aard’ opgemaakt te worden. Maar omdat de sociale lasten in aftrek genomen worden in de personenbelasting heeft dit geen invloed op de berekening van deze belastingen.

De bezoldiging is slechts één manier om geld vanuit de vennootschap naar het privévermogen te halen. Bijkomend kan bij het werken onder een vennootschap op een fiscaal vriendelijke manier een groepsverzekering aangelegd worden. Het gaat hier om gelden die op de pensioenleeftijd automatisch uitgekeerd worden. We nemen hier bv. 12 000 euro, respectievelijk 10 000 euro. Het maximale bedrag is afhankelijk van de opgenomen bezoldiging en is beperkt tot 80% van het laatste brutojaarloon. Het bedrag hangt ook af van het feit of de arts al dan niet geconventioneerd is. Bij uitkering van de groepsverzekering varieert de belasting afhankelijk van de leeftijd bij opname (10% op 65 jaar en 16,5% tussen 60 en 64 jaar) en de hoogte van de gemeentebelastingen. Na aftrek van de bovenstaande kosten blijft van de initiële winst van 117 000 euro nog 31 800 euro over. Op deze winst zal vennootschapsbelasting betaald moeten worden. Ook in de vennootschapsbelasting zijn voor kleinere vennootschappen opklimmende belastingtarieven van toepassing. Deze zijn echter een stuk lager dan in de personenbelasting. Bij het uitkeren van dividenden kan dit in elk geval maximaal stijgen tot 33,99%. In ons voorbeeld zou er dus voor 10 809 euro aan belastingen verschuldigd zijn. De overgebleven winst kan

volledig als dividend uitgekeerd worden aan de arts als privépersoon of kan in de vennootschap blijven als reserve. Indien dit bedrag als dividend uitgekeerd wordt, gaat er wel nog 15% roerende voorheffing van af, waardoor er netto een privé-inkomen overblijft van 17 843 euro.

■ *Privé-inkomen*

Zoals hierboven reeds werd gesteld, gaan we uit van een bezoldiging van 60 000 euro (73 200 euro min 13 200 euro socialezekerheidsbijdragen). Hierop zal de belastingdruk een stuk lager zijn dan bij het werken als eenmanszaak. Een percentage van 42% ligt in de lijn der verwachtingen. Na aftrek van forfaitaire kosten zou er op 58 200 euro belastingen moeten worden betaald. Uiteindelijk blijft er netto 35 556 euro inkomen over. Hierbij komt dan het dividend van 17 843 euro netto. Omdat er met een vennootschap gewerkt wordt, bestaat ook de mogelijkheid om een deel van de woning te verhuren aan de vennootschap. Daardoor zou bv. 8000 euro huur van de vennootschap naar het privévermogen kunnen komen. Hier moet wel nog 2400 euro belastingen op betaald worden, waardoor de nettohuurinkomsten op 5600 euro komen. Voor de belastbaarheid van deze huurinkomsten geldt geen algemene regel; die is afhankelijk van de woonfiscaliteit bij de arts. Er werd reeds rekening gehouden met deze huurlasten bij de berekening van de brutowinst van de vennootschap. Bij de eenmanszaak zijn er vergelijkbare kosten die bestaan uit afschrijvingen op gebouwen. Op de pensioenleeftijd komt uiteindelijk ook de 10 200 euro van de groepsverzekering bij het privévermogen. Als we al deze elementen optellen, komen we op een privé-inkomen van 69 199 euro. Dat is een wezenlijk verschil met de 53 000 euro die privé overblijft bij de eenmanszaak (+30,56%)

Met een brutoresultaat van 117 000 euro kan het verschil dus oplopen tot ongeveer 16 000 euro netto per jaar. Wanneer de ontvangsten toenemen, zal het verschil enkel groter worden. Hierbij is optimalisatie mogelijk, afhankelijk van de hoogte van het loon, het dividend, de groepsverzekering enzovoort.

Het bedrag dat fiscaal vriendelijk in de groepsverzekering gestort kan worden, mag dus tot 80% van het laatste brutojaarloon gaan. In ons voorbeeld hebben we 12 000 euro in de groepsverzekering gestort terwijl dit eventueel meer mag zijn. Indien er later hogere inkomsten zijn in de vennootschap, dan kan het bedrag dat nu te weinig gestort werd alsnog als back-service bijgestort worden totdat de 80%-grens weer bereikt wordt. Bij de berekening op de volgende bladzijde hebben we drie simulaties gemaakt, namelijk voor een resultaat van 92 000, 117 000 en 167 000 euro.

■ *Roerende voorheffing*

In 2014 werden nieuwe beslissingen genomen: het tarief van de roerende voorheffing voor dividenden wordt 15%, de liquidatiebonus 25%. Het gaat dus over het opgebouwde kapitaal dat in de vennootschap aanwezig is bij het stopzetten van de activiteiten. De vennootschap wordt ontbonden en op het bedrag dat overblijft, moet 25% roerende voorheffing betaald worden.

Vergelijking éénmanszaak versus vennootschap			
A Huidige situatie als éénmanszaak	Situatie 1	Situatie 2	Situatie 3
Resultaat 2012 als zelfstandige	117 000	92 000	167 000
▪ Sociale bijdragen	-17 000	-17 000	-17 000
Bruto resultaat	100 000	75 000	150 000
▪ Personenbelasting (AJ 2013); incl. gemeente	-47 000	-33 750	-17 500
Netto-inkomen	53 000	41 250	79 500
B Situatie onder Vennootschap			
Vennootschap, bruto-winst	117 000	92 000	167 000
▪ Bezoldiging bedrijfsleider	-60 000	-45 000	-60 000
▪ Sociale bijdragen (22%)	-13 200	-9 900	-13 200
▪ Premie groepsverzekering	-12 000	-10 00	-12 000
Winst	31 800	27 100	81 800
▪ Vennootschapsbelasting (33,99%)	-10 809	-9 211	-27 804
Nettowinst	20 991	17 889	53 996
Indien deze winst uitgekeerd order vorm van dividend, met 15% roerende voorheffing: netto	17 843	15 205	45 897
Inkomen privé			
Bezoldiging (zie hierboven)	60 000	45 000	60 000
▪ Forfaitaire kostenaftrek	-1 800	-1 350	-1 800
Belastbaar	58 200	43 650	58 200
▪ Personenbelasting op bezoldiging	-24 444	-16 587	-24 444
Netto-inkomen	35 556	28 413	35 556
Dividend	17 843	15 205	45 897
Inkomsten huur	8 000	8 000	8 000
▪ Belastingen op huurinkomsten	-2 400	-2 400	-2 400
Netto huur	5 600	5 600	5 600
Spaarpot groepsverzekering (toekomstige belastingen reeds afgetrokken)	10 200	8 500	10 200
Totaal privé inkomen	69 199	57 718	97 253
C Besluit vergelijking éénmanszaak-vennootschap			
Extra inkomen privé via vennootschap			
A Netto inkomen als eenmanszaak	53 000	41 250	79 500
B Totaal privé inkomen via vennootschap	69 199	57 718	97 253
Extra inkomen privé via vennootschap	16 199	14 468	17 753
	30 56%	39 92%	22 33%

Aandeel sociale lasten			
A Op inkomsten als éénmanszaak	17 000	17 000	17 000
B Op bezoldiging als bedrijfsleider in vennootschap	13 200	9 900	13 200
Besparing sociale lasten via vennootschap	3 800	7 100	3 800
	28 79%	71 72%	28 79%

► **Kernboodschap**

Vooraleer u overgaat tot de oprichting van een bvba moet u zich goed bewust zijn van een aantal aspecten.

- Over de financiële middelen die in een bvba verzameld worden, kunt u niet vrij beschikken.*
- De omzet van de bvba moet voldoende groot zijn, rekening houdend met het feit dat na aftrek van de beroepsuitgaven, waaronder de bruto bezoldiging die aan de arts als zaakvoerder wordt uitgekeerd (en die onderworpen is aan de personenbelasting en waarop door de arts bijdragen betaald moeten worden in het kader van het sociaal statuut van zelfstandigen), het belastbaar inkomen in de vennootschap voldoende groot is om 'winst' te halen uit de lagere belastingvoet in de vennootschapsbelasting.*

1.2 Huisartsengroep

Huisartsen die samenwerken vormen een groep. Zo'n verzameling van huisartsen (die individueel natuurlijk persoon zijn of een eenmansvennootschap hebben) kan functioneren binnen een feitelijke groep enerzijds of overgaan tot de oprichting van een rechtspersoon, een vennootschap anderzijds.

1.2.1 Feitelijke groep

Richt de groep geen vennootschap op, dan is ze een feitelijke vereniging. Er ontstaat geen afzonderlijke rechtspersoon. De onderlinge afspraken worden opgenomen in een associatieovereenkomst. Dit is een burgerlijke overeenkomst met als doel een praktijk samen uit te oefenen, aangepast aan de huidige noden van de tijd en de samenleving, om de continuïteit van de zorg te kunnen verzekeren, om een adequate geneeskunde aan de patiënten te kunnen aanbieden, om vrije tijd te verkrijgen teneinde het familiaal leven, sociale betrachtningen en verdere (postuniversitaire) studie te kunnen behartigen en om de algemene kosten van de praktijk te kunnen drukken. Hierbinnen kan iedere arts de keuze maken om te werken als natuurlijk persoon dan wel als rechtspersoon. Wordt de geneeskunde uitgeoefend voor gemeenschappelijke rekening, dan is de burgerlijke overeenkomst een maatschapovereenkomst in de zin van artikel 46 van het Wetboek van Vennootschappen. De Orde van Geneesheren noemt dit professionele vennootschappen in tegenstelling tot de middelenvennootschappen waar het doel is de gemeenschappelijke kosten te delen.

1.2.2 Vennootschap

De artsen kunnen als groep (verzameling van artsen die individueel natuurlijk persoon zijn of een eenmanszaak hebben) overgaan tot de oprichting van een rechtspersoon, een vennootschap. Ze kunnen dan als groep kiezen tussen een aantal door de vennootschaps-wet voorziene ‘modellen’ met elk hun eigen kenmerken: de bvba, de cvba, de cvoa, de vof, de nv, de vzw... Op dit ogenblik maken sommige provinciale raden van de Orde van Geneesheren een probleem van de situatie waarin artsen met een eigen bvba vennoot worden in een overkoepelende professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid. De onderlinge afspraken worden opgenomen in een intern reglement of (associatie)overeenkomst. Gelet op de bijzonder strenge regels inzake deontologie voor artsen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld voor apothekers en tandartsen, is de keuze beperkt.

Hierna volgt een korte synthese per vennootschapsvorm, met de voornaamste kenmerken, de voor- en de nadelen (zie ook tabel 1).

- *Besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (bvba)*: deze vennootschap is vrij strikt gereguleerd en geformaliseerd. Het stemrecht kan niet vrij geregeld worden en de overdraagbaarheid van de aandelen is beperkt waardoor men zich kan afschermen tegen ongewenste aandeelhouders. Een groot voordeel van deze vennootschapsvorm is dat één persoon tot de oprichting van een bvba kan overgaan. In de zoektocht naar een geschikte vorm voor samenwerking is dit argument echter irrelevant.
- *Coöperatieve vennootschap met onbeperkte aansprakelijkheid (cvoa)*: Er zijn minstens drie vennoten nodig die onbeperkt aansprakelijk zijn. De oprichtingsakte of statuten hoeven niet door een notaris opgesteld te worden en er is geen minimumkapitaal vereist en ook geen financieel plan. Er hoeft geen jaarrekening neergelegd te worden. Vanwege het variabele kapitaal is in- en uittreden makkelijk.
Deze vennootschapsvorm is aangewezen als er een grote wisseling is bij de aandeelhouders en als het risico van de activiteit beperkt is of, zoals bijvoorbeeld bij artsen, sowieso onbeperkt is. De mogelijkheid bestaat om aan bepaalde aandeelhouders meer stemrecht toe te kennen dan aan andere. Dit is niet wenselijk bij artsenassociaties.
- *Coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (cvba)*: De cvba heeft genoeg dezelfde kenmerken als de cvoa, met het wezenlijke verschil dat de vennoten aansprakelijk zijn in verhouding tot hun inbreng. De statuten moeten door een notaris worden opgesteld en er is een minimumkapitaal vereist.
- *Vennootschap onder firma (vof)*: in de wetgeving is de reglementering nogal beperkt zodat de vennoten zelf een grote contractvrijheid bezitten. De oprichtingsakte of statuten hoeven niet door een notaris opgesteld te worden en er is geen minimumkapitaal vereist en ook geen financieel plan. Er hoeft geen jaarrekening neergelegd te worden. De aandeelhouders zijn onbeperkt aansprakelijk, wat voor artsen geen echt nadeel is. Door de beperkte overdraagbaarheid is het moeilijker om uit te treden als aandeelhouder. De vof is nuttig voor kleine ondernemingen met een beperkt risico of omdat het risico om bijvoorbeeld deontologische of wettelijke redenen toch onbeperkt is, zoals bij artsen.

TABEL 1. Vennootschapsvormen

	Rechtspersoonlijkheid	Aansprakelijkheid*	Oprichting	Oprichting	Oprichting	Aantal aandeelhouders (min.)	Min. kapitaal	Bestuur (min.)
			Notarisakte	Financieel plan	Inbreng			
Maatschap	Neen	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.		N.v.t.	N.v.t.	
Overeenkomst	Neen	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.		N.v.t.	N.v.t.	
Feitelijke vereniging	Neen	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.		N.v.t.	N.v.t.	
Bvba	Ja	Beperkt	Ja	Ja		1	€ 18 550 (€ 6200 volstort)	1
Cvba	Ja	Beperkt	Ja	Ja		3	€ 18 550 (€ 6200 volstort)	1
Nv	Ja	Beperkt	Ja	Ja		2	€ 61 500	3
Vzw	Ja	Bestuurders in geval van bestuurdersfouten onbeperkt	Neen	Neen		3	N.v.t.	3
Esv	Onvolkomen	Onbeperkt	Neen	Neen		2	N.v.t.	1
Vof	Onvolkomen	Onbeperkt	Neen	Neen		2	N.v.t.	1
Cvoa	Onvolkomen	Onbeperkt	Neen	Neen		3	N.v.t.	1
Command VA	Ja	Beperkt	Ja	Ja		2	€ 61 500	1
Command V	Onvolkomen	Afhankelijk stille of beherende vennoot	Neen	Neen		2	N.v.t.	1

Artsen zijn deontologisch onbeperkt aansprakelijk.
Indien bij oprichting een onroerend goed wordt ingebracht, is steeds een notaris nodig.

2. De inkomsten en uitgaven van een huisarts(praktijk)

2.1 Het vergoedingssysteem van de huisarts

Een huisarts kan kiezen tussen het systeem ‘betaling per prestatie’ (in de literatuur aangeduid als *fee for service*) en het forfaitaire betalingssysteem. Het systeem waarbij de huisarts betaald wordt per prestatie is nog steeds het meest toegepaste systeem in België. Alleen wijkgezondheidscentra, maisons médicales en enkele (groeps)praktijken passen het forfaitaire honoreringssysteem toe.

2.1.1 Betaling per prestatie

Binnen dit systeem bestaan meerdere deelaspecten van inkomsten.

2.1.1.1 Per akte

In het systeem ‘per akte’ wordt voor elke prestatie een ereloon aan de patiënt aangerekend. Raadplegingen en huisbezoeken vormen het gros van de prestaties, aangevuld met technische akten en adviezen. Geaccrediteerde huisartsen kunnen per raadpleging een ‘accrediteringssupplement’ aanrekenen.

Er wordt voorzien in een terugbetalingssysteem door de ziekenfondsen, per prestatie. De huisarts kan daarnaast een eigen bijdrage vragen aan de patiënt, het remgeld. Indien de arts niet geconventioneerd is (cf. infra) kan hij dit laatste bedrag vrij bepalen binnen de grenzen van de billijkheid en de redelijkheid (deontologie).

2.1.1.2 Per capita

Daarnaast kunnen de huisartsen een GMD-ereloon aanrekenen voor het beheer van het globaal medisch dossier (GMD). Dit ereloon kunnen ze eenmaal per jaar aanrekenen voor elke patiënt die de huisarts verzoekt om zijn dossierbeheerder te zijn. Voor preventieve taken kan onder bepaalde voorwaarden een GMD-plus aangerekend worden.

2.1.1.3 Per traject

Patiënten met een bepaalde pathologie kunnen dan weer opgenomen worden in een zorgtraject of diabetespas, wat voor de huisarts ook een ereloon oplevert.

2.1.1.4 Forfaits

- Behalve de betaling per akte ontvangt een huisarts die zich aan de erkenningscriteria houdt (voldoende prestaties, deelnemen aan de wachtendienst...) jaarlijks een praktijktoelage (voor 2013 was dat 1650,00 euro).

- Een geaccrediteerd huisarts ontvangt een accrediteringspremie van 605,00 euro – in 2013 uitzonderlijk 705,00 euro.
- Een huisarts die een gelabeld elektronisch dossier bijhoudt, ontvangt jaarlijks een telematicapremie: 806,00 euro (2013).

2.1.1.5 Sociaal statuut

Een huisarts die de conventietarieven naleeft, ontvangt jaarlijks een RIZIV-bijdrage voor zijn sociaal statuut (in 2013: 4444,05 euro bij volledige conventionering; 2169,60 euro bij gedeeltelijke conventionering).

2.1.1.6 Impulseo

Daarnaast zijn er een reeks maatregelen getroffen in het kader van Impulseo om de huisartsgeneeskunde aan te moedigen, of men nu geconventioneerd is of niet (KB 23 maart 2012, BS 30 maart 2012).

- Starters (binnen de vier jaar na hun erkenning als huisarts) kunnen een renteloze lening aanvragen van maximaal 15 000,00 euro (terug te betalen vanaf het tweede jaar na aanvraag, over een periode van vier jaar). Een bijkomende lening met gunstige voorwaarden (twee jaar aan 3%, twee jaar aan 4%) tot maximaal 30 000,00 euro is eveneens mogelijk.
- Huisartsen die zich vestigen in een huisartsarme regio kunnen aanspraak maken op een premie van 20 000,00 euro mits ze gedurende een periode van vijf jaar in die zone gevestigd blijven. Huisartsarme zones zijn bepaalde bij KB vastgelegde straten in grootsteden of zones in grootsteden of gemeenten waar minder dan 90 huisartsen per 100 000 inwoners zijn of minder dan 125 inwoners per vierkante kilometer en minder dan 120 huisartsen per 100 000 inwoners. Deze gebieden worden in nauw overleg met de huisartsenkringen vastgelegd en jaarlijks gepubliceerd op de website van het RIZIV.
- Een erkende huisarts die een beroep doet op een telesecretariaat of die een praktijk-assistent in loondienst heeft, ontvangt jaarlijks de helft van de loonkosten of de kosten van het telesecretariaat, met een maximum van respectievelijk € 6.300,27 voor loonkosten en € 3.474,00 voor telesecretariaat (2014).

2.1.2 Het forfaitair betalingssysteem

In artikel 52, § 1 van de wet van 14 juli 1994 wordt voorzien dat huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft. Het forfaitair betalingssysteem voorziet in een vergoeding voor de arts per ingeschreven patiënt. Afhankelijk van het soort patiënt ontvangt de arts of artsengroep van de ziekenfondsen maandelijks een vaste vergoeding. Indien de patiënt een andere huisarts raadpleegt tijdens de wachtdienst, valt het ereloon van deze huisarts ten laste van het forfait. Anderzijds zitten in het forfait niet vervat: de erelonen van technische prestaties en prestaties geleverd tijdens wachtdiensten door de huisarts die werkt met het forfaitair systeem. Men kan de keuze maken om behalve voor de zorg door huisartsen ook een forfait te ontvangen voor de verpleegkundige en kinesitherapeutische verrichtingen.

Per ingeschreven patiënt heeft de huisarts eveneens jaarlijks recht op een GMD-ereloon. De huisarts ontvangt (mits hij aan de voorwaarden voldoet) eveneens een accrediteringsforfait, een EMD-forfait, een praktijktoelage, en een RIZIV-sociaal statuut. De Impulseo-subsidies voor starters, vestigingen in huisartsarme gebieden, bijdrage aan de personeelskosten en kosten voor een telesecretariaat zijn eveneens van toepassing.

De reglementering werd recentelijk aangepast en is terug te vinden in de KB's van 23 april 2013 (KB tot uitvoering van artikel 52, § 1 van de ZIV-wet van 14 juli 1994, BS 30 april 2013), alsook via de website van de wijkgezondheidscentra (WGC) www.vwgc.be.

■ *Forfaitaire maandbedragen – artsen*

Voor de periode van 1 april 2012 tot 30 april 2013 varieerden de maandbedragen per patiënt tussen de 6 en 34 euro, afhankelijk van het feit of hij al dan niet het Omnio-statuut geniet. In de nieuwe berekeningswijze van de forfaits, vastgelegd in het nieuwe KB van 23 april 2013, wordt het globale budget voor de forfaitaire betaling gedeeld door het aantal ingeschreven rechthebbenden in alle forfaitpraktijken, en vervolgens gecorrigeerd op basis van een aantal parameters die ertoe leiden dat rekening wordt gehouden met de zwaarte van de pathologie van de behandelde patiënten. Daarvoor wordt één keer per jaar een 'foto' gemaakt van iedere patiënt, gebaseerd op de gegevens die het Intermutualistisch College ter beschikking heeft. Het GMD is in dit nieuwe systeem reeds inbegrepen in het maandelijks bedrag per patiënt. Indien de arts of de artsengroep ervoor kiest om in zijn/haar forfaitpraktijk ook verpleegkundige hulp en/of kinesitherapie aan te bieden, worden deze maandelijks bedragen automatisch verhoogd.

Wie wil starten met een forfaitair systeem ontvangt de eerste twee jaar een gemiddeld bedrag. Pas vanaf het derde jaar maakt het Intermutualistisch Agentschap (IMA) een 'foto' op basis van de beschikbare gegevens. Op dit ogenblik is het dan ook zeer moeilijk om simulaties te maken voor bestaande praktijken.

Voor meer info: www.riziv.be, medische huizen of www.vwgc.be.

► *Kernboodschap*

Naast de betaling per prestatie evolueert het systeem naar een complexe mengeling van verschillende vergoedingen.

Iedere arts kan ook gebruikmaken van het forfaitaire vergoedingssysteem.

2.1.3 **Inkomstenverdeling in een groepspraktijk**

Een solo werkend arts werkt voor eigen rekening (of voor deze van zijn vennootschap). In een groepspraktijk wordt ofwel voor eigen rekening gewerkt, ofwel met een pooling van inkomsten. In dit geval worden de gepoolde inkomsten, na aftrek van de gemeenschappelijke kosten, verdeeld in gelijke delen, of op basis van de activiteitsgraad, of op basis van inbreng, of op basis van een gemengd systeem. De inning gebeurt voor rekening van de rechtspersoon indien de associatie zelf rechtspersoonlijkheid bezit. Is dat niet het geval,

dan worden de erelonen geïnd in naam en voor rekening van de verschillende associés, en daarna doorgestort naar de gemeenschappelijke rekening van de associatie.

Wanneer de associés voor eigen rekening werken, wordt er in veel gevallen voor geopteerd om de GMD's na inning te poolen en te herverdelen op basis van ieders bruto-ereloon-omzet.

2.2 De onkosten van een huisarts

De beroepsonkosten van een huisarts kunnen ingedeeld worden in verschillende categorieën.

2.2.1 Soorten onkosten

2.2.1.1 Kosten verbonden aan het sociaalzekerheidsrechtelijk statuut

- Bijdragen verschuldigd in het kader van het wettelijk sociaal statuut van zelfstandige of loontrekkende.
- Bijdragen verschuldigd in het kader van het aanvullend (niet verplicht) sociaal statuut van zelfstandige of loontrekkende (pensioen, gewaarborgd inkomen).

2.2.1.2 Onkosten van een huisartsenpraktijk

Kostenverdeling (zie ook tabel 2):

- Een solo werkende huisarts draagt al deze kosten zelf en moet uiteraard geen inkomsten of onkosten delen.
- In een groepspraktijk komt het erop aan voor elk van deze kosten te bepalen of het om individuele of gemeenschappelijke kosten gaat. Indien het om gemeenschappelijke kosten gaat, moet bepaald worden hoe de verdeling van de kosten gebeurt. Daar zijn geen vaste regels voor, maar het is belangrijk dat men er vooraf duidelijke afspraken over maakt.

Verskillende systemen zijn mogelijk, elk met hun voor- en nadelen. Iedereen van de groep moet akkoord gaan met het uitgewerkte systeem en er moet over gewaakt worden dat er geen situaties kunnen ontstaan die aanleiding geven tot interpretatie en discussie. Bij een groep die bijvoorbeeld werkt in het huis van een van de leden, die er ook woont, en waarbij de verwarmingskosten van de privéwoning niet gescheiden zijn van die van de praktijk, kunnen zich problemen voordoen. In sommige associaties worden de gemeenschappelijke kosten gewoon verdeeld volgens dezelfde verhouding als de inkomsten van de leden van de associatie.

■ *Voorbeeld*

De kosten bedragen 100 000 euro. De omzet van associé A bedraagt 100 000 euro en die van associé B 150 000 euro. Dan draagt associé A voor 40% bij in de kosten en partij B voor 60%. In associaties waar de inkomsten gepoold worden, en waarin de aftrek van de gemeenschappelijke onkosten verdeeld wordt, wordt deze techniek steeds toegepast.

TABEL 2. De kostenstructuur van een huisartsenpraktijk

<p>Gebouwerelateerde kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ afschrijvingskosten gebouw of huur ▪ inrichting van de praktijk (meubilair) ▪ nutsvoorzieningen (elektriciteit, gas/stookolie, water) ▪ verlichting ▪ raamdecoratie ▪ verzekeringen ▪ beveiligingsinstallatie ▪ huurherstellingen ▪ syndicuskosten (in appartementsgebouwen) ▪ verplichte onderhoudskosten (lift, alarm, chaf-fage) 	<p>Personeelskosten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ administratief personeel ▪ verpleegkundig personeel ▪ poetspersoneel ▪ boekhouding ▪ coaching en begeleiding ▪ kosten arbeidsongevallenverzekering en aansprakelijkheid ▪ kosten sociaal secretariaat ▪ externe bedrijfsgeneeskundige dienst ▪ vervoerskosten
<p>Investeringen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medische apparatuur ▪ informatica, hard- en software en onderhoudscontracten ▪ telecomkosten (telefooncentrale, internet...) en bijbehorende onderhoudskosten ▪ airco-installatie en onderhoudskosten 	<p>Diverse kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ telecom: telefoonkosten (abonnement telefoon/internet) en communicatiekosten (gsm...) ▪ computerlicentie ▪ medisch verbruiksmateriaal en apothekerskosten ▪ inningskosten (bancontact, inningsdienst...) ▪ kantoorbenodigdheden (inktpatronen, papier, drukwerk...) ▪ wetenschappelijke literatuur ▪ wachtzaalliteratuur ▪ lidgelden ▪ bijscholing/congressen/studiedagen ▪ medisch afval en huisvuil ▪ Reprobel ▪ auteurskosten muziek in de wachtzaal ▪ provincietaksen voor kmo's ▪ milieutaksen gemeente
<p>Vervoerskosten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ auto: aankoop/leasing, afschrijving, onderhoud, verbruik, verzekering 	<p>Varia</p>

Het nadeel van dit systeem is dat het niet aanzet tot responsabilisering. Het voordeel voor de betalende associé is dat er ingeval van ziekte of zwangerschap geen onkosten betaald worden.

Een ander voordeel is dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.

In talrijke associaties wordt er een onderscheid gemaakt naargelang de aard van de kosten. Sommige kosten worden verdeeld op basis van een vaste sleutel, andere kosten worden verdeeld in functie van de bruto-ereloonomzet. Dit is genuanceerder en zet meer aan tot responsabilisering.

Meestal worden de kosten die verband houden met het praktijkgebouw in gelijke delen verdeeld, of op basis van de activiteitsgraad (associé A werkt acht blokken en associé B

werkt vier blokken; de activiteitsgraad bedraagt dan respectievelijk 66,66% en 33,33%). Het betreft kosten als de huur, de kosten voor nutsvoorzieningen (water, gas, elektriciteit), brandverzekering en de kosten die volgens de huurwetgeving door de huurder verschuldigd zijn. Kosten zoals telefoon, verbruiksmateriaal... worden meestal op basis van de bruto-inkomsten verdeeld.

Voor personeelskosten wordt dikwijls een gemengd systeem vooropgesteld: een deel wordt in gelijke delen of op basis van de activiteitsgraad verdeeld, een ander deel wordt volgens het inkomen verdeeld. Het idee daarachter is dat de telefoonpermanentie bijvoorbeeld ook gebeurt tijdens de (deeltijdse) afwezigheid van een van de associés.

Nog een andere mogelijkheid bestaat erin dat een associé een percentage van zijn bruto-ereloon omzet als bijdrage in de onkosten afdraagt aan de andere associé die de kosten maakt en ook prefinanciert. Nadelen van dit systeem zijn dat het ondeontologisch is en dat een percentage nooit gelijk is aan de reële onkosten. Het is handig voor associatiecontracten met een beperkte duur of tijdens de proefperiode, maar op langere termijn leidt het dikwijls tot wrevel en conflicten. Het voordeel voor de betalende associé is wel dat er in geval van ziekte of zwangerschap geen onkosten betaald worden.

2.2.2 Gemeenschappelijke rekening of prefinanciering door een van de associés?

In kleinere associaties worden de gemeenschappelijke praktijkkosten meestal geprefinancierd door een van de collega's en betalen de anderen voorschotten. Jaarlijks wordt er een afrekening gemaakt. Deze procedure treft men vooral aan in associaties die gevestigd zijn in de woning van een van de associés.

Bij grotere associaties, en zeker bij deze die gevestigd zijn in een afzonderlijk praktijkgebouw, wordt er meestal een gemeenschappelijke rekening geopend, waarop alle partijen periodiek (bv. maandelijks) een voorschot storten. Alle onkosten worden betaald vanuit deze gemeenschappelijke rekening. Alle partijen hebben inzage in deze rekening en handtekenbevoegdheid. Sommigen laten hun GMD-erelonen via derde betaler op deze praktijkrekening storten. Op fiscaal/boekhoudkundig-technisch vlak is het wel belangrijk te weten aan wie deze erelonen toebehoren: horen ze de arts toe die ze aanrekende of worden ze gepoold en herverdeeld volgens omzet? Indien er geen link wordt gelegd naar de individuele arts bestaat de kans dat elke stimulans ontbreekt om GMD's aan te rekenen: de kosten worden toch betaald... Het voordeel van deze werkwijze is dat er altijd geld op de gemeenschappelijke rekening staat om de kosten te betalen.

Nieuwe duurzame investeringen waartoe in onderling akkoord werd beslist, worden het best afzonderlijk gefactureerd en betaald en door alle partijen in gelijke mate (of volgens een vaste verhouding) gedragen. Ze ontvangen allen een factuur ten belope van hun deel in de investering. Indien geen akkoord kan worden bereikt, kan een partij tot de aankoop van bepaalde apparatuur overgaan. De andere partij betaalt bij gebruik een onkostenvergoeding.

Wordt de associatie uitgeoefend in de vorm van een vennootschap, dan is het de vennootschap die aankoopt. In elk geval zal ook in deze hypothese bepaald moeten worden hoe de besluitvorming verloopt.

2.2.3 Wat bij arbeidsongeschiktheid of zwangerschapsverlof?

Verschillende mogelijkheden dienen zich aan. Is er een grote solidariteit onder de associés, dan kan bepaald worden dat een associé bij arbeidsongeschiktheid geen kosten hoeft te betalen en dat de financiële regeling in zijn hoofde opgeschort wordt. Is er een plaatsvervanger, dan betaalt deze onkosten aan de associés die niet arbeidsongeschikt zijn.

Is de solidariteit beperkter, onder het motto 'één soloarts moet ook zijn onkosten betalen als hij ziek is', dan kan er gestipuleerd worden dat gedurende een bepaalde periode (bv. drie maanden), de vaste kosten verder moeten worden betaald. Is er een plaatsvervanger, dan betaalt die onkosten aan de arbeidsongeschikte partij, die daarmee verder zijn kosten kan betalen. Na deze periode vervalt de plicht van de arbeidsongeschikte associé om te betalen en dragen de overblijvende associés de kosten. Is er dan een plaatsvervanger, dan betaalt hij onkosten aan de overblijvende associés. Wanneer de verschuldigde onkosten berekend worden in de vorm van een percentage van de omzet, dan vervalt uiteraard de bijdrage in de kosten omzet er geen omzet gerealiseerd wordt gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid. Dezelfde redenering kan gevolgd worden bij zwangerschapsverlof. De duur bedraagt in het wettelijke stelsel van zelfstandigen minstens zes weken en maximaal acht weken. Tijdens deze periode ontvangt de betrokkene een weekvergoeding.

► **Kernboodschap**

Er zijn geen vaste regels om kosten te (her)verdelen, maar er zijn verschillende modaliteiten waarover men vooraf goed moet nadenken en die het best schriftelijk worden vastgelegd.

3. In en uit een associatie stappen

Over in en uit een associatie stappen en vooral over de financiële aspecten daarvan circuleren de meest uiteenlopende visies en bestaan de meest uiteenlopende 'gebruiken'.

De Orde van Geneesheren (www.ordomedic.be) heeft op 28 mei 2011 ter zake een advies uitgebracht: "De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren heeft kennis genomen van de problematiek aangaande in- en uittredingsvergoeding.

In het advies worden algemene principes vooropgesteld waarbij de provinciale raden autonoom verder beslissen op basis van de voorgelegde contracten.

Dit advies vervangt het advies van de Nationale raad van 23 augustus 1997 'Uittredingsvergoeding voor een arts-vennoot die met pensioen gaat'.

Advies van de Nationale Raad:

In zijn vergadering van 28 mei 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek aangaande de in- en uittredingsvergoeding in een associatie of vennootschap onderzocht. De Nationale Raad is van mening dat zowel intramuraal als extramuraal en zowel voor huisartsen als specialisten volgende principes gelden:

- De precieze modaliteiten van in- en uittreding dienen schriftelijk in een contract te worden vastgelegd tussen de partijen en voorafgaandelijk ter goedkeuring te worden voorgelegd aan de bevoegde provinciale raad.

- In een associatie of vennootschap waarin een progressieve ereloonverdeling bestaat bij de intrede van nieuwe leden of waarin door deze laatsten reeds een intredevergoeding werd betaald, kan geen uittredingsvergoeding meer worden toegekend aan de arts die reeds genoten heeft van het financiële voordeel volgend uit dergelijke mindere verloning of de intredevergoeding van een of meerdere na hem ingetreden collega's.
- Cumulatie van een progressieve ereloonverdeling bij de intrede en een intredevergoeding is niet toegestaan.
- Een uittredingsvergoeding kan niet berekend worden op geprojecteerde en/of geëxtrapolerde inkomsten van de associatie of vennootschap.”

Maar wat is redelijk en billijk?

3.1 Instappen

Is het gangbaar om een instapsom/vergoeding te betalen voor de overname van een (deel van een) patiëntenbestand in een huisartsenpraktijk? Ook hier is het antwoord genuanceerd.

Sluit men zich aan bij een huisartsenpraktijk waar nauwelijks werk is voor een bijkomende collega (alleen in piekmomenten), dan spreekt het voor zich dat er geen instapsom betaald hoeft te worden. Indien men instapt in een huisartsenpraktijk waar er een 'overschot' aan werk is (40/50 patiëntencontacten per week), eventueel gekoppeld aan een behoorlijk potentieel (één of meerdere huisartsen in de buurt naderen het einde van hun loopbaan), dan is het betalen van een instapsom billijk en redelijk.

Argumenten voor een instapsom:

- Een nieuwe huisartsenpraktijk van nul starten is op talrijke plaatsen nog steeds een proces van langzaam opbouwen. Patiënten blijven hun huisarts trouw en wisselen niet zo snel van huisarts.
- De reeds gevestigde collega's waarmee u associeert staan een deel van hun inkomen af door te associëren. Bovendien hebben ze meestal zelf een zeer substantiële instapsom of overnamesom betaald (inflatie in acht genomen, dikwijls het tienvoudige van de huidige, gangbare instapsommen). Ze hebben dikwijls (te) hoge verwachtingen.
- Indien geen instapsom gevraagd/betaald wordt, wordt meestal op 'onrechtstreekse' wijze een instapsom betaald door een verbod tot aanrekening van GMD's gedurende enkele jaren of de afwezigheid van pooling en herverdeling op basis van bijvoorbeeld omzet, abnormale huur voor een kabinet (bv. 800 euro i.p.v. 450 euro reële waarde), een vestigingsverbod bij beëindiging, geen inspraak bij beslissingen met betrekking tot de praktijk (er wordt bijvoorbeeld een nieuwe HAIO ingeschakeld tegelijkertijd met de start van de nieuwe associé)... Wanneer geen instapsom betaald/gevraagd wordt, is het dikwijls ook zo dat er onvoldoende werk is voor de toetreders, en dat hij zelf zijn praktijk moet opbouwen.
- Het is een manier om 'gelijkwaardigheid' te verwerven.
- Het is een noodzakelijke voorwaarde om een eventuele uitstapsom nog te kunnen verantwoorden.

3.1.1 Courante instapregeling

Er zijn meerdere instapregelingen gangbaar. De exorbitante sommen die jaren geleden gevraagd en gekregen werden – soms tot anderhalve keer de brutojaaronzet – behoren in de huisartsenwereld tot het verleden. De meest courante wijze van instappen bestaat uit een systeem waar de toetreders gedurende een periode van vijf jaar een percentage, bv. 10%, van zijn eigen bruto-inkomen betaalt, met een maximumpercentage (bv. 50%) van zijn eerste brutojaaronzet (= referentieperiode). Soms wordt daar nog een bedrag in absolute cijfers aan gekoppeld als minimum en als maximum. Dit systeem veronderstelt wel dat elke associé int voor eigen rekening. Het is in aanmerking te nemen bruto-inkomen van de toetreders betreft het inkomen gerealiseerd in de praktijk waar geassocieerd wordt, dus exclusief erelonen van activiteiten als Kind en Gezin of wachtdiensten.

Er moeten wel clausules ingebouwd worden om te vermijden dat de inkomsten van de referentieperiode niet representatief zijn. Langdurige afwezigheden, andere dan de normale vakantieperiode, zowel van de toetreders als van de gevestigde collega(s), moeten uit de berekening geweerd worden. Dit is voor een toetreders een redelijk 'veilige' wijze van vaststelling van de instapsom. Het grote voordeel van dit systeem is ook dat de gevestigde associé op deze wijze gestimuleerd wordt om zijn patiënten aan te zetten om ook de toetreders te consulteren, een noodzakelijke voorwaarde voor het welslagen van een associatie. Vooraf bepaalde en betaalde vaste instapsommen of overnamesommen kunnen aanleiding geven tot conflicten indien het verhoogde werkvolume zich niet aandient.

In de zeldzame associaties waar de inkomsten gepoold worden en daarna herverdeeld worden in functie van de activiteitsgraad, wordt de 'instap' betaald via een ongelijk deel van de netto-opbrengst van de pool tijdens de eerste jaren (maximaal vier jaar ongelijke verdeling). Door derving van een deel van de opbrengst waarop men normaal recht zou moeten hebben, koopt men zich in een bestaand patiëntenbestand in.

Het verbod tot het aanrekenen van GMD-erelonen of het niet mogen deelnemen aan een pooling van GMD's in een groepspraktijk waar GMD's herverdeeld worden volgens ieders bruto-omzet is een verkapt en dikwijls dure vorm van intredegeld betalen. Bovendien is er geen enkele stimulans voor de reeds gevestigde associés om patiënten aan te zetten de nieuwe collega te raadplegen.

3.2 Uitstappen

Meer en meer wordt er geen uitstapsom (vergoeding voor achtergelaten goodwill) meer uitbetaald aan de huisarts die de associatie verlaat. In de praktijk bestaan er echter nog verschillende regelingen in verband met uitstapsommen. Een voorafgaandelijke voorwaarde om een uitstapsom te krijgen is dat de huisarts in kwestie definitief alle bedrijvigheid stopzet binnen de regio waar de praktijk patiënten rekruteert. Er zijn nog steeds associatiecontracten met vaste uitstapsommen, ofwel een bedrag, ofwel een jaaronzet (vooral in associaties van specialisten waar met een poolsysteem gewerkt wordt), maar ze worden eerder zeldzaam.

In talrijke huisartsenassociaties wordt ervan uitgegaan dat diegene die de associatie verlaat zijn patiëntenbestand kan overlaten aan een nieuwe collega, mits de andere associés akkoord

gaan met die nieuwe collega en indien de opvolger wil samenwerken met de blijvende associés. Veelal wordt een clause opgenomen om te vermijden dat kandidaat-opvolgers die worden voorgesteld door de arts-associé die zijn activiteit stopzet door de blijvers systematisch geweigerd worden en waarna de blijvers, na de definitieve stopzetting van de associé, zelf een nieuwe associé aantrekken en de instapsom zelf opstrijken. In dat voorstel is er alleen een uitstapsom verschuldigd door de blijvers indien hun activiteit na de stopzetting van een associé beduidend stijgt (bv. minstens 30%). Zij zijn immers meestal geen vragende partij voor nog meer patiënten. In de meeste gevallen zal een dergelijke regeling erop neerkomen dat geen uitstapsom verschuldigd is. Stijgt hun werkvolume toch boven een bepaald vooraf vastgelegd percentage, dan zijn ze een uitstapsom verschuldigd in functie van deze stijging. Ook hier wordt meestal met een maximumbedrag gewerkt. Meestal wordt ook bedongen dat indien een dergelijke stijging zich niet heeft voorgedaan en er nog een nieuwe associé gevonden wordt tijdens het eerste of tweede jaar na de stopzetting van de associé, de eventueel door de toetreders/opvolger te betalen instapsom verdeeld wordt tussen die arts die de associatie verlaten heeft en de blijvers. In nieuwe associatieovereenkomsten wordt dikwijls van meet af aan gestipuleerd dat geen uitstapsommen worden betaald aan de associé die zijn activiteit stopzet en dat deze ook niet het recht heeft een opvolger te zoeken. Dit responsabiliseert de associés en kan hen ervan weerhouden om bij de geringste perikelen te stoppen. Indien de instapsom van de verschillende toetreders telkens verdeeld wordt onder de reeds gevestigde huisartsen, heeft een huisarts op het einde van zijn loopbaan globaal wel een behoorlijke som ontvangen en is het verantwoord om te bepalen dat er geen uitstapsom wordt betaald bij de stopzetting.

► **Kernboodschap**

Zowel over inkoop- als uitstapprocedures en daaraan eventueel gekoppelde financiële bedragen bestaan geen eenduidige adviezen noch regels.

Belangrijke ijkpunten zijn dat de continuïteit van de zorg voor de patiënten gegarandeerd blijft en dat alle partners zich goed voelen met de genomen beslissing.

Alle afspraken moeten schriftelijk vastgelegd worden.

Conclusie

Bij de start van een carrière als huisarts moeten veel beslissingen genomen worden. Een arts moet zich goed informeren en telkens de voor- en nadelen van alle opties in ogen-schouw nemen. Alle afspraken moeten schriftelijk vastgelegd worden. Gespecialiseerd advies en begeleiding zijn in vele situaties noodzakelijk.

Aan de slag

Na lectuur van dit hoofdstuk kunt u het best de tijd nemen om een en ander af te wegen en voor uzelf de eerste contouren af te bakenen. Ga vervolgens in dialoog met mensen die de materie goed kennen. Zorg ervoor dat alle afspraken correct en duidelijk op papier worden gezet.

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

De huisarts als ‘mijnheer dokter’, alleenheerser en -bestuurder van het zorglandschap is een beeld dat tot het verleden behoort. Door een veranderde maatschappelijke context en meer nog door een verschuiving in het zorglandschap, wordt de huisarts geconfronteerd met andere taken dan de loutere patiëntenzorg.

Op relatief korte tijd kwamen nieuwe samenwerkingsmodellen in de praktijk tot stand. Huisartsen groepeerden zich onder één dak, maakten afspraken met collega’s uit de buurt en zetten een permanentieketen op. Er groeide een nood aan praktijkondersteuning door paramedische en secretariaat-medewerkers en er werd overleg gepleegd met externe disciplines. De overheid faciliteerde een aantal opties om de zorgkwaliteit te verbeteren, stuurde aan op degelijke dossierregistratie en stimuleerde zowel intra- als interdisciplinaire samenwerking.

Om aan deze verschuivingen en innovaties een antwoord te bieden, dringt een goed praktijkbeheer zich op. Behalve afspraken over infrastructuur, juridische en financiële aspecten zijn inhoudelijk overleg en een gemeenschappelijk visie vereist: welke opties worden genomen om samen te werken en waarom, welke verwachtingen worden gesteld aan praktijkassistentie, hoe verhoudt de infrastructuur van het gebouw zich tot de functies...

Dit boek wil geen kant-en-klaar antwoord geven omdat er voor de noden van een huisartsenpraktijk geen *one size fits all* bestaat. Het geeft wel een uiteenzetting van het beslisproces en de contextuele voorwaarden ter voorbereiding en fundering van een goed praktijkbeheer, en koppelt die aan de bestaande modaliteiten. Het is immers niet voldoende om te weten met wie u als huisarts gaat samenwerken maar wel hoe u dit voorbereidt, welke opties u neemt, hoe u dit verantwoordt... Dit boek helpt huisartsen die krijtlijnen uit te zetten en de architectuur van een goed praktijkmanagement te schetsen.

De sterkte van het boek ligt in het gegeven dat bijna alle auteurs en coauteurs actieve huisartsen zijn met een belangrijke expertise in het domein van praktijkmanagement. Een aantal van hen is door andere professionele activiteiten betrokken bij het huisartsgeneeskundig actieterrein.

BIRGITTE SCHOENMAKERS is huisarts in een grote groepspraktijk in Leuven. Als docent is ze verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) van de KU Leuven. Sinds 2000 spitst haar onderzoeksdomein zich toe op het ondersteunen van de zorg voor dementerenden en hun mantelzorgers. Daarnaast is ze mede verantwoordelijk voor de opleiding van huisartsen in spe.

JAN DE LEPELEIRE is arts en doctoreerde in de medische wetenschappen aan de KU Leuven. Hij werkt als huisarts en is als hoogleeraar verbonden aan de Faculteit Geneeskunde en het ACHG van de KU Leuven. Hij is tevens voorzitter van de werkgroep coördinerende en raadgevende artsen binnen de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie.

BERT AERTGEERTS is hoogleeraar aan de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven en afdelingshoofd van het ACHG. Hij is huisarts in Wilsele en voorzitter van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM).

