



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

VERWERVING

VAN EEN HUISARTSPRAKTIJK

A.I.M. Bartelds

J.J. Blom

april 1978

RAPPORT VAN

Afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen

en

Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht

VOORWOORD

Het zich vestigen als huisarts is een belangrijke stap in iemands leven. Voor jaren legt men zich vast op bepaalde kondities die ingrijpend zijn in iemands bestaan. Niet alleen financieel economische kondities maar ook kondities die te maken hebben met de uitoefening van het vak huisartsgeneeskunde en met kondities die te maken hebben met het privéleven. Van groot belang is dan ook dat een zo goed mogelijke keuze wordt gedaan die past bij de persoon van de aanstaande huisarts. Op de universiteit is er vaak weinig ruimte om zich hier goed op te kunnen voorbereiden en bezinnen. In het algemeen is men in die periode meer bezig zich het vak van huisartsgeneeskunde goed eigen te maken. De uitoefening ervan heeft wel alles te maken met de kondities die men kiest.

Dit rapport wil een hulp hierbij zijn. Het geeft een aantal aspecten die van belang zijn bij het zoeken van een praktijk. Wij hopen dat u er op vruchtbare wijze gebruik van kunt maken. Wij houden ons aanbevolen voor uw kommentaar en ervaringen die u opdoet bij het zoeken naar een praktijk. Mocht u meer informatie willen hebben over vestiging en alle overige zaken ten aanzien van het voeren van een huisartspraktijk, dan kunt u zich wenden tot beide instituten.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
UTRECHT

AFDELING HUISARTSGENEESKUNDE
GRONINGEN

C.P. Bruins, directeur

Prof. Dr. K.J. van Deen, directeur

INHOUD

	blz.
Inleiding	1
Praktijkkeuze	1
Mogelijkheden tot verwerving van een huisartspraktijk	3
Hoe vind je een praktijk ?	9
Vrije vestiging	13
Dienstverband	13
Overnamesom	13
Apotheek	14
Enkele opmerkingen over de financiering	15
Wat gaat er financieel om in een huisartspraktijk ?	20
Beroepsverenigingen	26
Literatuur	32

Inleiding

Dit rapport gaat over het zoeken naar en vinden van een huisartspraktijk en over het financieren daarvan. Dit zijn twee onderwerpen waarmee elke arts meestal maar éénmaal geconfronteerd wordt; van hem wordt hierover dan ook een bepaalde deskundigheid verwacht. De beroepsopleiding, die nu aan alle universiteiten van start is gegaan, geeft de mogelijkheid om over deze onderwerpen meer te weten te komen. Daarnaast wil dit rapport hierin enige hulp geven.

Tijdens de stageperiodes in de huisartspraktijk vormt elke arts-assistent zich een beeld van zijn eigen functioneren. Daarnaast zullen zijn eigen ideeën over praktijk en praktijkvoering meer vorm gaan krijgen. Dat laatste nu is erg belangrijk bij het zoeken naar een praktijk. Hij zal reeds ervaren hebben hoeveel uur per dag hij kan en wil werken in de praktijk, wat gezin en hobby's aan tijd en energie vergen, welk bedrag hij als living nodig heeft en wat de inbreng van zijn echtgenote kan zijn.

De ongehuwde huisarts is reeds geconfronteerd met de specifieke problemen die er voor hem of haar zijn; ditzelfde geldt voor de gehuwde vrouwelijke huisarts. Op deze problemen wordt in het kader van dit rapport niet verder ingegaan.

Praktijckeuze

Hoewel het lang niet altijd mogelijk zal zijn te kiezen uit vele mogelijkheden, is het zeker gewenst om zich een idee te vormen over de toekomstige praktijk. Ieder kan best zijn wensen op een rijtje zetten en zich realiseren dat toch niet alles haalbaar is. Wat voor de één onbelangrijk is bij de praktijkkeuze kan voor de ander van vitaal belang zijn.

Over de volgende vragen kan een ieder zijn gedachten laten gaan.

Zijn er bepaalde streken van het land die de voorkeur hebben of waar je beslist niet heen wilt? Hoe denk je over een praktijk in een grote stad of over een praktijk waar je de enige huisarts in een dorp bent met als tussenvormen een praktijk in een kleinere stad of ten plattelande? Welke zijn je ideeën over praktijkgrootte, over een apotheekhoudende praktijk en over het wel of niet doen van bevallingen?

Heel verschillende gedachten hebben artsen over samenwerkingsverbanden: gezondheidscentrum al of niet met dienstverband, groepspraktijk, associatie of vanuit een positie als solist-arts.

Eveneens kan iedereen zijn gedachten bepalen over nevenwerkzaamheden, part-time functies, controle werkzaamheden en keuringen in de praktijk. Verder: vind je een stabiele praktijk prettig of zoek je liever één met uitbreidingsmogelijkheden? Hoe denk je over werken in een toeristenplaats? Wil je graag of beslist dat er een ziekenhuis in de nabijheid is? Van welk belang zal de bestaande woon- en praktijkruimte zijn? Hecht je veel waarde aan goede collegiale verhoudingen en aan mogelijkheden voor nascholing? In sommige praktijken zal een dokters en/of een apothekersassistente zijn. Wil je graag dat zij blijft? Dit kan nauw samenhangen met gedachten over de functie van de echtgenote in de praktijk. Ofwel: moet er beslist een assistente zijn omdat je vrouw haar beroep blijft uitoefenen? Over al deze zaken moet je van te voren proberen je een idee te vormen. Lang niet alle ideeën zullen haalbaar zijn. Ten aanzien van sommige zaken zal de één wel water in de wijn willen doen en de ander beslist niet. Dat de vraag op dit moment groter is dan het aanbod is hierbij ook een factor van belang.

Tenslotte is het noodzakelijk in dit verband nog op een ander facet te wijzen. Het is niet alleen belangrijk hoe de praktijk er op het moment van overname uitziet, maar ook hoe de praktijk er na een x aantal jaren uitziet. Dit stukje futurologie wordt wel perspectief denken genoemd. Met andere woorden: welke veranderingen kunnen we in deze praktijk verwachten en/of aanbrengen en na hoeveel tijd zal dat gebeuren respectievelijk kunnen.

Mogelijkheden tot verwerving van een huisartspraktijk.

De pas afgestudeerde huisarts staat na het beëindigen van zijn opleiding voor de taak zich een arbeidsplaats te verwerven waar hij zijn opleiding ten nutte kan maken. Er zijn voor hem of haar dan meerdere mogelijkheden, ten dele ook in andere sectoren dan in de huisartsensector.

Zo kan hij zich alsnog gaan specialiseren; ook de sociaal-geneeskundige sector biedt tot nu toe mogelijkheden om aan het werk te komen.

Over deze mogelijkheden zal echter slechts zijdelings worden gesproken. Dit hoofdstuk zal gaan over de wijze waarop de pas afgestudeerde arts zich een plaats als praktizerend huisarts kan verwerven.

In het voorgaande is de term arbeidsplaats gebruikt. Dicht bij dit begrip ligt het begrip arbeidsmarkt, dat afkomstig is uit de wereld van werkgevers en werknemers, en weinig van toepassing lijkt op de positie van de vrije beroepsbeoefenaar welke de huisarts wordt toegekend. Het verrichten van zijn werk als huisarts wordt aangeduid als het voeren van een praktijk en het uitoefenen van een beroep, waarvoor afzonderlijke wettelijke regelingen gelden. Hoewel beide situaties niet vergelijkbaar zijn, is het toepassen van het begrip arbeidsmarkt op de situatie in de huisartsenwereld niettemin verhelderend. Met behulp van dit begrip is het mogelijk een aantal aspecten te bespreken van de vraag welke de mogelijkheden zijn een huisartspraktijk te verwerven, of anderszins werkzaam te zijn als huisarts in de eerste lijn van de gezondheidszorg.

De principiële mogelijkheden.

In principe kan men op twee manieren als huisarts werkzaam zijn: als vrije beroepsbeoefenaar of als huisarts in dienstverband. Deze beide mogelijkheden kennen elk een onderverdeling.

Als vrije beroepsbeoefenaar kan men werkzaam zijn of als solist of in associatief verband, waarvan de maatschap de juridische vormgeving is, of in het kader van een besloten vennootschap.

Ook in dienstverband kan men als zelfstandig, door het ziekenfonds geaccepteerde huisarts werkzaam zijn met op naam ingeschreven patienten. Dit, als zelfstandig huisarts in dienstverband werkzaam zijn, is een betrekkelijk nieuw vorm, welke voornamelijk wordt aangetroffen in gezondheidscentra, soms in dienstverband bij een stichting en sporadisch in een ambtelijk dienstverband bij de overheid. Ook is het mogelijk als assistent werkzaam te zijn binnen het kader van een huisartspraktijk; deze vorm bestaat al langer en heeft als belangrijk kenmerk dat het een tijdelijk karakter heeft.

Tot zover de vermelding van de mogelijkheden, waarbij wij ons bewust zijn dat deze opsomming een summier karakter heeft en wellicht niet volledig recht doet aan de pluriformiteit welke in dit opzicht bestaat.

De feitelijke mogelijkheden: bestaat zoiets als "een arbeidsmarkt" voor huisartsen?

Het begrip arbeidsmarkt houdt in dat de vraag naar arbeid en het aanbod ervan elkaar treffen. Er kan daarbij sprake zijn van een evenwicht tussen beide, waarbij zich relatief weinig spanningen voor zullen doen tussen de vraag en de aanbieders. Wanneer het evenwicht is verstoord ontstaat voor één van de problemen.

Zijn er weinig praktijkzoekende huisartsen, terwijl een redelijk aantal huisartsen een opvolger zoekt, dan zijn er m.n. problemen voor de gevestigde huisartsen. In de omgekeerde situatie, wanneer er veel praktijkzoekende huisartsen zijn, terwijl er weinig praktijken aangeboden worden, liggen de problemen aan de kant van de praktijkzoekenden.

Naast dit aspect van de arbeidsmarkt voor huisartsen, wat met vervanging aangeduid kan worden, speelt een ander element een rol: de verdunning.

Sinds enkele jaren is er opnieuw sprake van een toename van het aantal huisartsen. Naast de vervanging van huisartsen, die dus met hun praktijk stoppen en een opvolger vinden, vindt feitelijk een uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen voor huisartsen plaats. Niet altijd als gevolg van een bewust beleid maar als resultaat van de situatie dat het aantal praktijkzoekende huisartsen groter is dan het aantal dat nodig is voor de vervanging. De uitbreiding van het aantal plaatsen wordt gerealiseerd op meerdere manieren.

Een huisarts, voorheen solist, associeert met een jonge arts die een gedeelte van de patienten overneemt. Een huisarts die voorheen als solist werkzaam was verkoopt zijn praktijk aan twee jonge huisartsen, die in associatief verband de praktijk voortzetten.

Tenslotte vinden vrije vestigingen plaats, welke al of niet gepaard gaan met overname van patienten van reeds gevestigde artsen. Op deze wijze zijn in de periode van 1 januari 1975 tot 1 augustus 1976 ongeveer 275 nieuwe arbeidsplaatsen ontstaan.

Ongeveer eenzelfde aantal jonge huisartsen vond in die periode werk door vervanging van vertrekkende huisartsen (zie nieuwe vestiging van huisartsen M.C. nummer 15).

De tegenhanger van de verdunning is de indikking, de situatie dat door een te gering aanbod van jonge huisartsen feitelijk arbeidsplaatsen verloren gaan. Zoals tabel 1 laat zien heeft zich ook dit verschijnsel wel eens voorgedaan; betwijfeld moet worden of dit verschijnsel zich in de nabije toekomst zal herhalen.

Tabel 1: Overzicht aantallen huisartsen vanaf 1950 tot 1976 en de gemiddelde praktijkgrootte.

JAAR	AANTAL HUISARTSEN ^x	GEMIDDELDE PRAKTIJKGROOTTE
1950	3.482	2.930
1960	4.405	2.624
1965	4.452	2.780
1971	4.470	2.930
1972	4.504	2.940
1973	4.559	2.900
1974	4.702	2.840
1975	4.809	2.828
1976	4.937	2.781

x
De hieronder vermelde cijfers zijn maar tot op zekere hoogte betrouwbaar. De cijfers komen uit verschillende bronnen die elk niet altijd dezelfde definitie van 'huisarts' hanteren; van belang (en ook betrouwbaar) is de trend.

De cijfers laten zien dat er sinds enkele jaren een toegenomen belangstelling bestaat voor het huisartsenberoep. Iets wat ingewijden, en dat zijn er meerderen omdat het wereldje klein is, al wel wisten.

Gekonstateerd kan worden dat zich over een periode van enkele jaren naast de noodzakelijke vervanging van huisartsen een jaarlijkse uitbreiding voordoet. De vraag rijst hoe lang dit voort zal duren; anders gesteld: op welk moment is er geen verdere uitbreiding meer nodig c.q. mogelijk en zal alleen middels vervanging een plaats als huisarts verkregen kunnen worden.

In welke mate de uitbreiding voort zal gaan is, gezien het gegeven dat het aanbod van jonge huisartsen relatief hoog blijft, voornamelijk afhankelijk van het door verschillende instanties te voeren beleid (LHV, ziekenfondsen en overheid).

De elk jaar noodzakelijke vervanging wordt door meerdere factoren bepaald. Beide aspecten zullen wij afzonderlijk bespreken.

Welke factoren bepalen de vervanging?

Hoewel er voor de beroepsgroep van artsen vrij veel belangstelling bestaat van sociologische zijde, is er weinig cijfermateriaal en nog minder verklarend materiaal omtrent de vernieuwing en vervanging van leden van deze beroepsgroep.

Tot voor kort waren er nog weinig betrouwbare cijfers beschikbaar over de exacte omvang van het huisartsenbestand. Sinds enkele jaren wordt door het Nederlands Huisartsen Instituut een registratie van huisartsen bijgehouden op basis van een definitie van de 'huisarts' als een arts met een voor iedereen toegankelijke algemene praktijk. Op basis van deze registratie worden huisartsen geënkwestioneerd over hun vestiging en vertrek.

Het onderzoek naar nieuwe vestigingen van huisartsen was een eerste in een reeks; bij elkaar genomen zullen de publicaties een beeld geven van vestiging en vertrek van Nederlandse huisartsen.

Over vertrek van huisartsen uit hun praktijk is inmiddels ook al enige informatie verzameld. Huisartsen overlijden, worden arbeidsongeschikt, stoppen gewoon met hun praktijk en gaan rentenieren of stappen over naar een andere baan. Er is sprake van een natuurlijk verloop (overlijden, ziekte en pensioen) naast een niet natuurlijk verloop (het overstappen naar een andere baan). In het kader van het onderzoek naar nieuwe vestigingen 1 januari 1975-1 augustus 1976 bleek er over die periode sprake te zijn van + 40% natuurlijk verloop en + 60% niet natuurlijk verloop. Ook bleek dat 60 % van de vertrekkende huisartsen (natuurlijk en niet-natuurlijk verloop) jonger dan 55 jaar was; d.w.z. rond de 160 artsen hielden voor hun 55e jaar op met de huisartspraktijk. De meesten van hen gingen naar sociaal-geneeskundige functies (+ 100). Een conclusie is dan ook dat de vraag naar sociaal-geneeskundigen van invloed is op het aantal huisartsen dat zijn praktijk opgeeft en waarvoor dus vervanging noodzakelijk is. Nu is de vraag naar sociaal-geneeskundigen voorlopig weinig voorspelbaar. Ook daarvoor geldt de vraag in welke mate de huidige groei van het aantal arbeidsplaatsen zich zal voortzetten. Het beleid ten aanzien van de sociale voorzieningen zal met betrekking tot dit aspect van grote invloed zijn. Andere factoren die de omvang van de vervanging mee bepalen zijn de aantrekkelijkheid, of zo u wilt de onaantrekkelijkheid van het huisartsenberoep op met name latere leeftijd en de mogelijkheid de praktijk voor een goede prijs over te doen.

Ook het aanwezig zijn van goede pensioenvoorzieningen kan van invloed zijn. Momenteel blijft, om financiële redenen, een aantal artsen na hun 65e jaar als huisarts werkzaam.

De uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen.

De uitbreiding van het aantal is hierboven al afhankelijk gesteld van het door diverse instanties gevoerde en te voeren beleid. Over het op dit moment hoge aanbod van jonge huisartsen later meer. Kritische lezers zullen opmerken dat, ondanks het ontbreken van een beleid op het punt van de gemiddelde praktijkgrootte en het daarmee samenhangende aantal arbeidsplaatsen voor huisartsen, de recent achter ons liggende jaren een uitbreiding te zien hebben gegeven. Dit zal niet ontkend kunnen worden; wel is het nuttig erop te wijzen, dat de huisartsendichtheid, welke in 1960 bestond (één huisarts op ruim 2600 patiënten), misschien pas is de loop van 1978 of zelfs later, weer bereikt wordt. Er is dus sprake geweest van een inhaaleffect.

De vraag is, wat er gebeurt als dit effect is uitgewerkt. Het lijkt alleszins redelijk te veronderstellen dat verdere uitbreiding het gevolg zal zijn van een bewust gekozen beleid van de erbij betrokken partijen.

De nieuwe blauwdruk van de Landelijke Huisartsen Vereniging en ook uitlatingen van de Staatssecretaris van Volksgezondheid begin 1977, wijzen erop dat een vestigingsbeleid voor huisartsen, met daarin de mogelijkheid van uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen, overwogen wordt en, zij het op nogal verschillende gronden, door de betrokkenen mogelijk en wenselijk wordt geacht.

Uitgaande van een bevolkingsomvang van 14 miljoen zullen er 5600 huisartsen nodig zijn bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2500. Bij eenzelfde bevolking en een gemiddelde praktijkgrootte van 2000 patiënten, is het aantal benodigde huisartsen 7000.

Of deze uitbreiding ook plaats zal vinden, valt moeilijk te voorspellen. Deze uitbreiding zal met nogal wat kosten gepaard gaan en, gezien de economische verwachtingen voor de komende jaren, is het twijfelachtig of de verlangens van de Landelijke Huisartsen Vereniging (praktijkgrootte \pm 2000) op dit punt gehonoreerd kunnen worden.

En de vraag naar praktijken?

Onze opmerkingen zijn niet volledig zonder enige woorden te wijden aan het aanbod van jonge huisartsen in de nabije toekomst. Met een zekere regelmaat is over het aanbod van artsen iets te doen. In Medisch Contact publiceerde de werkgroep Artsenaanbod in 1976 en 1977 een overzicht van de capaciteit van de medische vervolgopleidingen van 1975-1980.

De te verwachten vraag naar plaatsen voor de huisartsopleiding ziet er als volgt uit:

1977 - 530

1978 - 605

1979 - 595

1980 - 555

Elke betrokkene weet echter, dat niet iedereen die het huisartsenjaar heeft gevolgd, ook inderdaad huisarts wordt; dat wil zeggen zich als zodanig wil gaan vestigen. Het feitelijk aanbod is om verschillende redenen minder dan tot nu toe geschat werd.

Te verwachten valt verder, dat van de huidige situatie, waarin het aanbod van praktijken relatief aan de lage kant is, een matigende invloed zal uitgaan op het aantal medische studenten, dat voor de huisartsopleiding zal kiezen. Ondanks deze relativeringen van de hierboven weergegeven cijfers, lijkt het aantal jonge artsen, dat een huisartspraktijk zoekt voor de komende jaren hoger te liggen dan het aantal, dat nodig is voor de vervanging van de vertrekkende huisartsen.

Voor 500 jonge huisartsen per jaar is, zonder een aan een vestigingsbeleid gekoppelde praktijkverkleining, vooralsnog geen plaats.

Enkele artikelen over de "arbeidsmarkt" voor jonge huisartsen:

- 1) Lode Wigtersma, Medisch Contact 1976, blz. 1251 e.v.
Vestiging van huisartsen, een kwestie van vraag en aanbod.
- 2) Werkgroep Artsenaanbod, Medisch Contact 1976, blz. 1301 e.v.
"De capaciteit der medische vervolgopleidingen van 1975 tot 1980".
- 3) P. Groenewegen, "vertrek uit de huisartsenpraktijk",
Interimrapport, uitgave Nederlands Huisartsen Instituut, augustus 1977.
- 4) A.I.M. Bartelds, J.P. Dopheide en J. van der Zee, Medisch Contact 1977,
blz. 459 e.v.
"Nieuwe vestigingen van huisartsen, een onderzoek over de periode januari 1975-augustus 1976".
- 5) Capaciteit Medische Vervolgopleidingen,
Medisch Contact 1977, blz. 1461.

Hoe vind je een praktijk ?

In het voorafgaande hoofdstuk werden meer algemene opmerkingen gemaakt over de mogelijkheden tot verwerving van een huisartsenpraktijk. Het hoofdstuk werd afgesloten met de opmerking dat het ernaar uit ziet dat voorlopig een situatie bestaat, waarbij er meer vraag naar praktijken zal zijn dan aanbod. In dit hoofdstuk worden o.a. de gevolgen die deze situatie heeft voor de praktijkzoekende arts besproken.

Voor de assistent-arts rijst tegen het einde van het opleidingsjaar de vraag: "hoe kom ik aan een praktijk ?"

Zo gesteld is de vraag tamelijk algemeen. Meer specifieke vragen zijn: "op welke wijze kom ik in contact met een huisarts, die zijn praktijk wil verkopen en wie kan, of moet, ik daarbij inschakelen ?", "is het zetten van of reageren op een advertentie een zinvolle zaak ?", "waartoe leidt het zich laten inschrijven bij één van de bemiddelingsbureaus ?".

Door het Nederlands Huisartsen Instituut zijn de afgelopen jaren rond deze vragen enkele onderzoeken verricht, waardoor het mogelijk is enkele antwoorden te geven. Het onderzoek is zowel gedaan bij huisartsen, die uit hun praktijk vertrokken, als bij huisartsen, die zich in de periode januari 1975-augustus 1976 vestigden. Er is, door de vragen van twee kanten te benaderen, enig zicht ontstaan over wat zich afspeelt rond de praktijkoverdracht van huisartsen.

Het contact tussen de vertrekkende en komende huisarts.

Wordt aan de vertrekkende huisarts de vraag gesteld op welke wijze hij of zij in contact is gekomen met de opvolger, dan kunnen de antwoorden als volgt worden gerangschikt (tabel 2).

- lag al geruime tijd vast	4,7 %
- rechtstreeks contact via waarneming	8,1 %
- benaderd door praktijkzoekende arts	7,4 %
- zelf advertentie geplaatst	18,7 %
- op advertentie gereageerd	2,2 %
- door persoonlijk contact met collegae	18,9 %
- door persoonlijke contacten met niet-artsen	6,3 %
- via praktijkbemiddeling bij beroepsorganisaties (KNMG, OLMA of VVAA)	8,5 %
- via commerciële praktijkbemiddeling	22,9 %
- overige	2,3 %

(Uit "vertrek uit de huisartsenpraktijk").

De tabel geeft een fraai overzicht van wat zoal de wegen zijn, die kunnen worden bewandeld om aan een praktijk te komen. De verdeling geeft daarbij aan welke wijze van praktijkzoeken een zekere kans van slagen heeft. Let wel, kans van slagen; dit is iets anders dan persé resultaat boeken, wanneer een bepaalde manier van praktijkzoeken wordt gevolgd. Ook zegt deze tabel weinig over de tijd, die de opvolger nodig gehad heeft voordat hij via één van de genoemde wijzen contact met een vertrekende arts kreeg, welk contact tot het gewenste resultaat "praktijkoverdracht" leidde.

De vragen zijn ook gesteld aan huisartsen, die zich in de periode januari 1975 augustus 1976, hebben gevestigd. Een vergelijking tussen de resultaten uit beide onderzoeken is interessant genoeg om hier te vermelden. Uit het laatste genoemde onderzoek komt naar voren dat de beste resultaten worden geboekt via commerciële bemiddelingsbureaus: (38 % direct succes) en via familie en kennissen (31 %). Onder dit laatste wordt begrepen, de in tabel 2 genoemde persoonlijke contacten met collegae of niet-artsen. Voor praktijkzoekenden een aanwijzing welke activiteiten ondernomen moeten worden! Overigens ook hier weer een relativering: de term "direct succes" betekent "rechtstreeks" en dat wil niet zeggen meteen.

Hoeveel weken of maanden voorbij gingen voordat één van beide strategieën succes opleverde, wordt hierbij niet in aanmerking genomen.

Het als praktijkzoekende zelf zetten van een advertentie, bleek ook in het vestigingsonderzoek weinig zinvol. Het bedrag, dat daarvoor betaald moet worden kan beter worden besteed aan briefpapier, enveloppe en postzegels: de benodigdheden om op advertenties te reageren met daarbij een zekere kans van slagen. Hierbij de aantekening, dat enig uithoudingsvermogen tot de voorwaarden behoort. Het waarnemen kan ook weleens als neveneffect hebben, dat een praktijk aangeboden wordt, terwijl het zelf ontplooiën van activiteiten in de richting van "potentiële" vertrekende artsen, een aantal malen tot resultaat leidt.

Ook voor artsen, die middels een vrije vestiging een praktijk willen opbouwen geldt in sterke mate, dat het ontplooiën van activiteiten een voorwaarde is om resultaat te kunnen boeken.

Op de vraag "hoe vind je een praktijk?" is, ondanks alle bovengenoemde overwegingen, niet zonder meer één antwoord te geven. Aangenomen dat de huidige situatie, waarin er een schaarste aan huisartsenpraktijken bestaat, nog enige tijd voortduurt, lijkt het van belang meerdere van de bovengenoemde mogelijkheden tegelijkertijd te proberen.

Het kennen van de juiste mensen en aan die mensen laten weten dat je een praktijk zoekt met de vraag of ze eens willen opletten, lijkt zeer aangewezen.

Een zeker gelukkig toeval zal echter in fikse mate meebepalen hoe snel je een praktijk vindt, wat voor praktijk en waar.

Resumerend zijn dus de informatiebronnen:

- relaties
- advertenties
- vestigingscommissies, officium nobile of PHV bestuursleden
- het bureau waarneming en vestiging van de KNMG
- OLMA
- VVAA
- particuliere bureaus

In sommige gevallen betekent het inschakelen van een informatiebron tegelijkertijd het inschakelen van een deskundige. Dit geldt eigenlijk altijd als via een bemiddelingsbureau wordt gewerkt. Deze deskundige kan je goed van pas komen, met name bij het beoordelen en overzien van financiële consequenties, die de praktijkoverdracht met zich meebrengt. Het kiezen van deze deskundige is dus voor de praktijkzoekende arts van essentieel belang en wij vinden daarom, dat over een aantal zaken duidelijkheid moet bestaan.

Wij gaan er hieronder dus wat uitvoeriger op in.

Bij de eerste contacten met een bemiddelaar (ongeacht of dit iemand van een particulier bureau is dan wel een medewerker van een KNMG-bureau of aanverwante organisatie) is het uiteraard van belang de eigen wensen, mogelijkheden en verlangens duidelijk te vertellen. Hieraan is in het voorgaande reeds aandacht besteed. Daarnaast is het bij, of beter nog, vóór het eerste gesprek van belang te vragen, welke verplichtingen men bij een bureau op zich neemt, wat het honorarium is, welke verzekeringen gesloten moeten worden en of onderhandelingen zonder financiële consequenties gestopt kunnen worden. Bemiddelingsbureaus zowel particuliere als die van KNMG, OLMA en VVAA, kunnen de zoekende arts heel wat werk uit handen nemen, zowel wat betreft het zoeken van een praktijk, als wat betreft de financiering. Wat het zoeken betreft, is het zo, dat elk bureau een groter of kleiner aantal contacten kan leggen met vertrekkende huisartsen. Contacten leggen met meer dan één bureau, lijkt dus niet irreëel, maar het is ook niet raadzaam daarmee te beginnen. Een opmerking die wij ten kantore bij één van deze bureaus hoorden, lijkt ons het overwegen waard: "er zijn bij deze bureaus collega's en concurrenten". Een mondelinge aanbeveling lijkt ons dan ook meer waard dan een kennisname via veelvuldig adverteren.

Wat betreft de financiering heeft de arts bij een particulier bureau weinig invloed of wellicht moeten wij stellen: hij oefent weinig invloed uit.

Uit de eerder genoemde NHI-enquête bleek een wisselende tevredenheid bij de artsen die via deze bureaus een praktijk hadden gevonden.

De tevredenheid variëerde met het succes van de bemiddelingspogingen.

Sommige artsen hebben na het doctoraal of arts-examen al contacten gelegd met een particulier bureau (meestal op initiatief van de laatste) en zijn "verplichtingen" aangegaan. Deze moeten echter duidelijk opgevat worden als geheel op zichzelf staande leningen en zij verplichten tot niets.

Het is goed te bedenken dat de particuliere bureaus ook voor hun eigen inkomen werken en dat de provisies bij het sluiten van levensverzekeringen hoog zijn.

Het belang van de bureaus kan geheel parallel lopen aan uw belang, maar dat hoeft niet.

Tenslotte zij hier opgemerkt, dat de medewerkers op het bureau van de LHV veel ervaring hebben met dit soort zaken. Zij zijn zeker in staat één en ander met en voor u te beoordelen. Naar onze mening wordt van deze mogelijkheid te weinig gebruik gemaakt.

Vrije vestiging.

Steeds weer blijkt in dit geval een uitgebreide informatie vooraf een conditio sine qua non te zijn. Het eenvoudigst en prettigst ligt het bij een gesteunde vrije vestiging; in dat geval kan men op uitgebreide informatie en voorlichting rekenen van aanstaande collegae. De risico's zijn dan meestal gering. Bij een vrije vestiging in een nieuwbouwwijk zal meer eigen initiatief nodig zijn. Informatie bij gemeentebesturen over zulke mogelijkheden is nuttig en noodzakelijk, maar hun prognoses zijn vaak wel wat te optimistisch. Het is ook zeker nuttig vooraf uw licht op te steken bij bestuursleden van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, vestigingscommissies of officium nobile.

Zonder steun en medewerking is een geheel vrije vestiging in principe wel mogelijk, maar er moet dan wel gerekend worden op tegenslagen, tegenwerking en moeilijkheden; weekend- en vakantieregelingen zullen er dan niet zijn en de niet-geringe bijdrage aan het pensioenfonds moet wel vanaf het begin opgebracht worden.

Dienstverband.

Dienstverband is thans in 1978 wel mogelijk, vroeger nauwelijks.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) was in het verleden fel tegen het dienstverband, maar dit standpunt is verleden tijd en het onderwerp is in discussie. Reeds eerder in dit rapport werd er iets over de arts in dienstverband gezegd. Er zijn ontegenzeggelijk voordelen, met name de rechtspositie en de pensioenen zijn beter geregeld dan anders mogelijk is. De ontwikkelingen ten aanzien van het dienstverband zijn echter van dien aard, dat alles, wat wij er nu over schrijven, volgend jaar weer anders kan zijn. Wanneer u een dienstverband overweegt, is het te allen tijde aan te raden u te laten voorlichten door de bureaus van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging Artsen in Dienstverband (LAD) of het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI).

Overnamesom.

Over de overnamesom of goodwill som is het laatste woord nog niet gezegd. Uit de NHI-enquête bleek dat het overnamepercentage varieerde van 25 tot 150; verder bleek dat in 44 % van de gevallen de KNMG-richtlijn werd gevolgd, dat 20 % minder, 36 % echter meer betaalde.

Het Centraal Bestuur van de LHV heeft in het kader van een beschouwing over overnamesommen voor huisartsenpraktijken het volgende besluit genomen:

"De overnamesom van een huisartsenpraktijk dient maximaal 90 % van de bruto-praktijkomzet te bedragen, mede gelet op de mogelijkheden van een goede praktijkvoering, en gelet op de pensioenverplichtingen".

Toelichting: gezien het grote aantal jonge huisartsen en de huidige schaarste aan praktijken, ontwikkelt zich een situatie, waarbij de hoogte van de gevraagde overnamesom onredelijk dreigt te worden. Dit acht het Centraal Bestuur ongewenst. Het thans, opnieuw uitgesproken, percentage wordt gezien als een maximum, mede gezien de verplichte pensioenpremie, waardoor de jonge arts een bijdrage levert aan de zogenaamde backservice-rechten en voorts de sterk gestegen prijzen van de praktijkwoningen. Bij de feitelijke vaststelling van de overnamesom dienen velerlei factoren, die van invloed zijn op de praktijkvoering, in beschouwing te worden genomen. Men denke daarbij aan de omvang van de praktijk, de verhouding ziekenfonds- en particuliere patiënten, collegiale verhoudingen, nevenwerkzaamheden en hun onverdraagbaarheid, etc. Het bureau LHV kan bij het bepalen van een redelijke overnamesom van advies dienen.

Apotheek.

De overname van het apotheekgedeelte willen wij hier apart noemen. De wetgever gaat ervan uit dat de apotheker voor de geneesmiddelenvoorziening zorgt; op vele plaatsen in den lande is dit (nog) anders; daar zorgt de apotheekhoudende huisarts ervoor. Of dit ook voor zijn opvolger zal gelden, is nooit automatisch zeker en altijd een vraag, die gesteld moet worden. Het is altijd aan te raden hierover vóór de overname contact op te nemen met de Inspecteur voor de Volksgezondheid en met het bureau van de LHV (er is een apotheekcommissie, die u kan voorlichten). Of het apotheekhoudend gedeelte wel of niet mede wordt overgedragen aan een opvolger, heeft uiteraard consequenties, met name ook bij de bepaling van het te verwachten inkomen en de overnamesom. Uitgebreide informatie over de apotheek van de apotheekhoudende huisarts kunt u vinden in het Maatschappelijk Vademecum voor de Huisarts, een uitgave van de LHV, die ieder lid en ook ieder kandidaat-lid krijgt.

Enkele opmerkingen over de financiering.

Uit de ervaringen, die binnen de oriëntatiecursus van het Nederlands Huisartsen Instituut zijn opgedaan, kan worden geconcludeerd, dat het voor vele aanstaande huisartsen een enorme stap is, wanneer overgegaan moet worden van het rekenen in bedragen met 5 cijfers naar bedragen met 6 cijfers. Het is de overgang van het inkomen van een assistent-arts naar de bruto-jaaromzet van een gemiddelde huisartsenpraktijk.

In sociaal-economische termen beschreven is een huisartsenpraktijk een bedrijf. Sommige onderdelen van het spraakgebruik van huisartsen geven daar blijk van: "wil jij even op mijn winkel passen?".

Zo'n bedrijf kan worden overgenomen (overname) of worden opgebouwd (vrije, al dan niet gesteunde vestiging).

Ook kun je je bij een ander inkopen (associatie). Wat deze situaties gemeenschappelijk hebben, is dat de toekomstige eigenaar van het bedrijf geld op tafel zal moeten leggen. Geld voor het inkopen of overnemen, danwel geld voor de eerste maanden van vestiging, waarin de inkomsten achterblijven bij de uitgaven.

Dit geld heeft een aanstaande huisarts in het algemeen niet tot zijn beschikking; de gelukkige prijswinnaars uit staatsloterij en de jonge artsen met een suikertante, zullen uitzonderingen zijn en blijven. In het algemeen zullen aanstaande huisartsen dit geld moeten lenen, met andere woorden, ze zullen hun overname, associatie of vrije vestiging moeten financieren.

De essentie van financieren is dat je geld koopt op afbetaling.

Dit houdt in, dat je meer betaalt, dan je als bedrag in handen krijgt, aangezien een financier, dat wil zeggen iemand die je het geld verkoopt, er aan wil verdienen.

Dit verdienen aan het verkopen bestaat uit duurder verkopen dan inkopen en kan goed vergeleken worden met datgene, dat een winkelier doet. Van het verschil, dat in handen van de winkelier terecht komt, moet deze zijn winkel in stand houden, zijn personeel betalen, in zijn levensonderhoud voorzien, zijn oude dagvoorzieningen betalen, etc. Als rechtgeaarde winkelier zal hij trachten zelf steeds goedkoper te kopen maar de klant er meer voor laten te betalen, zodat voor hem meer overblijft dan voorheen het geval was.

Financieel-technisch gezien is deze formulering eigenlijk niet juist, maar, naar wij hopen, wel duidelijk voor leken in financiële zaken.

Wanneer een aanstaande huisarts de aankoop van een praktijk moet financiere vindt in principe hetzelfde plaats. Hij zal op zoek moeten gaan naar iemand die hem geld wil verkopen. Voor dat geld zal hij moeten betalen wat het waard is, terwijl hij daarnaast zal moeten betalen voor de inspanningen en kosten van degene, die hem het geld verkoopt en wat de verkoper er aan wil verdienen.

Nu zal het bij aanstaande huisartsen veelal niet zo zijn, dat hij of zij zelf uitgebreid op stap gaat, teneinde zich het benodigde geld te verschaffen. In tegendeel: gebruikelijker is het, dat de geldverschaffers zich actief ten aanzien van hun mogelijke klanten opstellen. Een eigen ervaring van de schrijver is, dat hij daags na het behalen van zijn doctoraalexamen geneeskunde, reeds het eerste aanbod om een voorschot op de toekomst te nemen, in zijn brievenbus vond.

Ook naar de andere zijde van de aanbod-vraag relatie, de verkopende artsen, zijn de mogelijke financiers actief. In een gesprek met één hunner viel de term "het mobiliseren van het aanbod". Hieronder werd verstaan het contact leggen met huisartsen, die mogelijk binnen korte termijn een opvolger zullen gaan zoeken.

Zonder deze activiteiten hier aan een oordeel te onderwerpen, willen wij duidelijk stellen, dat een aanstaande huisarts voor een geldverschaffende instantie een niet te versmaden klant is, waarvoor de nodige tijd en moeite wordt opgebracht. Niet alleen gaat het, zeker bij overnames, waarbij ook een woonhuis met praktijkgedeelte mee overgenomen wordt, om aanzienlijke bedragen. In het algemeen gaat het ook om zekere financieringen, mede door de eigen rol van de financier in het gebeuren. ("U moet wel oppassen dat de praktijk niet veel kleiner wordt, dokter, anders redt u het niet").

Het financieren van een vestiging als huisarts kan volgens diverse methodiek plaats vinden. Belangrijker is de nadruk te leggen op wat er bij een financiering aan de hand is. Al eerder is gesteld dat bij een financiering geld op afbetaling wordt gekocht.

Degene, die het geld verkoopt, zal, aangezien het op afbetaling terug ontvangen wordt, enige zekerheden willen op grond waarvan te verwachten valt dat hij zijn geld ook inderaad terug krijgt.

De aard van de zekerheden hangt af van datgene, wat u voor het gekochte geld wilt gaan aanschaffen: een huis, een auto, de overnamesom, de praktijkinrichting; elk van deze onderdelen van een totale investering kan afzonderlijk worden benaderd.

Een gebruikelijk onderscheid, dat bij de financiering van de overname van een huisartspraktijk met daarbij de overname van het huis met praktijkruimte, is het onderscheid in: lange termijnfinanciering en middellange termijnfinanciering.

Voor een lange termijnfinanciering en dus een geringer aflossingsbedrag per jaar dan bij een korter durende financiering, komen die goederen in aanmerking, die langdurig meegaan. Daarbij moet met name worden gedacht aan woonhuizen en praktijkpanden. Voor goederen, auto en instrumentarium bijvoorbeeld met een minder langdurige gebruikswaarde, wordt veelal een middellange termijnfinanciering voorgesteld, terwijl voor de financiering van een aantal lopende kosten veelal een rekeningcourant-krediet wordt aangeboden (de "korte" financiering).

Het onderscheid in de verschillende financieringstermijnen is hier naar voren gehaald naar aanleiding van het aspect zekerheden. Zo kan het huis dat gekocht wordt, meestal door een hypotheek te geven, worden gefinancierd, aangezien het doorgaans zijn waarde blijft behouden. Het is daarbij wel zaak dat de hoogte van het voor het huis te betalen bedrag in de buurt blijft van de waarde, welke het huis volgens een deskundige taxateur bezit. Het huis zelf is een belangrijke zekerheid en meestal als zekerheid voldoende.

Anders ligt het bij die goederen, waarvan de waarde langzamerhand vermindert, zoals de auto en de praktijkinventaris. Eveneens ligt het anders voor de financiering van de overnamesom, waar in feite helemaal geen waardevol iets tegenover staat.

Voor het geval dat zich een voorval voordoet waardoor de aanstaande huisarts niet meer in staat zou zijn aflossingsverplichtingen na te komen (bijvoorbeeld overlijden en arbeidsongeschiktheid) zou uit de verkoop van deze goederen onvoldoende opbrengst voortvloeien om de schulden af te betalen. Het zijn met name deze risico's, waarvoor de financier zekerheden ingebouwd wil zien in de vorm van een verzekering: een overlijdensrisicoverzekering, waardoor bij overlijden een bedrag wordt uitgekeerd, zodat de rest kan worden terugbetaald. Daarnaast wordt vaak een arbeidsongeschiktheidsverzekering verlangd, die een inkomen garandeert bij gehele of gedeeltelijke invaliditeit, waar een dergelijke verzekering is toch al een absolute noodzaak.

De risicoverzekeringen worden vaak aan levensverzekeringen gekoppeld, zonder dat hiervoor een directe noodzaak aanwezig is. Men overlegge derhalve goed bij zichzelf of men dit wenst.

Het is de laatste tijd meer en meer gebruikelijk geworden, dat financieringen via banken lopen en niet meer, zoals voorheen, via levensverzekeringsmaatschappijen. Dit geldt zeker voor het rekeningcourant-krediet.

Over het aflossen van leningen zouden vele bladzijden te schrijven zijn. Het kan op diverse manieren, waarvan wij de belangrijkste en meest frequent voorkomende willen noemen.

1. Lening op annuïteitenbasis.

Bij dit type lening betaal je, als de rente gelijk blijft en geen rekening gehouden wordt met belastingaftrek, jaarlijks hetzelfde bedrag. Dit bedrag is opgebouwd uit rente en aflossing. Het aflossingsdeel neemt jaarlijks langzaam toe en het rentedeel af.

Wordt tevens een aangepaste overlijdensrisicoverzekering gesloten, dan keert de verzekeringsmaatschappij bij overlijden een bedrag uit, waarmee de nog bestaande schuld ineens kan worden afgelost.

2. Lening met gemengde verzekering.

Ook in dit geval betaal je jaarlijks hetzelfde bedrag. Dat bedrag bestaat, anders dan bij de onder 1 genoemde lening, uit rente en levensverzekeringspremie. Tijdens de looptijd van de lening wordt niets afgelost, wanneer je tenminste niet overlijdt.

Bij overlijden tijdens de looptijd, wordt de lening afgelost met de uitkering van de verzekering.

Bij het in leven zijn aan het einde van de looptijd wordt de lening afgelost met de uitkering welke dan plaats vindt.

Over de financiering, de verschillende vormen en methoden, is uiteraard nog veel meer te vertellen. Dit laten wij echter aan deskundigen op dat gebied over, waarbij met nadruk gewezen wordt op het belang voor de aanstaande huisarts van het inschakelen van een eigen financieel deskundige.

Het kan verstandig zijn iemand te vragen die geen financieel belang heeft bij de hoogte van de bedragen voor de overname (= goodwill) en eventueel het huis of praktijkpand. Dat kan iemand zijn, die op basis van een redelijke vergoeding de aanstaande huisarts kan adviseren, of iemand zoals een medewerker van het LHV-bureau, die uit hoofde van zijn functie, een financieringsopzet kan beoordelen.

Tenslotte enkele opmerkingen over de vraag of een financiering wel eens fout gaat. In de eerste plaats dan even aandacht voor de vraag, wanneer er sprake is van fout gaan. Er zijn financieringen, waarbij de aanstaande huisarts zich meer financiële verplichtingen op de hals haalt, dan strikt noodzakelijk is, hoewel de uiteindelijke omvang ervan wel betaalbaar blijkt te zijn. Gedacht kan worden aan extreem hoge verplichtingen, als gevolg van een hoog goodwill bedrag, een te uitgebreid pakket verzekeringen, een ruim formaat automobiel, rigoureuze verbouwingen in de praktijk en/of het woonhuis.

Deze facetten kunnen aanleiding zijn tot situaties, waarin aan besteedbaar inkomen, ondanks alle uiterlijke vertoon, een bedrag rond het minimumloon overblijft. Je zou ze als bijna-ongelukken kunnen betitelen.

Echte ongelukken in die zin, dat de huisarts zijn bedrijf failliet verklaart ziet als gevolg van het niet kunnen voldoen aan financiële verplichtingen, komen zelden voor.

Het is in de gegeven situatie zeer wel mogelijk op basis van een goed financieel advies tot een in zakelijk opzicht bevredigende overname van een praktijk c.q. associatie of vestiging te komen.

Een waarschuwing is echter nog wel op zijn plaats bij overname van zeer grote praktijken, omdat het streven van overheid en LHV is tot praktijkverkleining te komen. Als de financiering te zeer gepland is op die zeer grote praktijk, kunnen te zijner tijd moeilijkheden komen. Ook wanneer, bij een overigens normale praktijk, bij de financiering te zeer wordt uitgegaan van een sterk stijgend inkomen, moet men zich afvragen of dat wel verstandig is.

Een ander thema is of de gegeven situatie, waarin het merendeel van de aanstaande huisartsen hun beroep alleen kunnen uitoefenen door een bedrijf te beginnen wel de meest wenselijke is. Verruiming van de mogelijkheden om in dit opzicht tot alternatieven te geraken, is onder aanstaande huisartsen een meermalen beluisterd geluid.

Wat gaat er financieel om in een huisartspraktijk ?

In een eerder hoofdstuk van deze brochure is al gesproken over de overnamesom, een nieuwe term voor de goodwill. De hoogte van de overnamesom is gerelateerd aan de bruto jaaropbrengst uit de praktijk. Gewezen is op de uitspraak van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging, dat de overnamesom maximaal 90 % van de bruto jaaropbrengst mag bedragen.

De achtergronden van een dergelijk advies willen wij duidelijk maken door het bespreken van een begroting van inkomsten en uitgaven in een fictieve praktijk.

De redenen, waarom een fictieve praktijk aangehouden wordt, zijn:

- er zijn in Nederland geen twee huisartspraktijken gelijk
- het gaat om de principes van een begroting van inkomsten en uitgaven.

De opbrengst van een praktijk wordt bepaald door meerdere factoren; wij noemen enkele er van.

- de omvang van de praktijk
- de verhouding tussen het aantal ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten
- het wel of niet apotheehoudend zijn
- de omvang van de medische consumptie van de particuliere patiënten
- het doen van bevallingen en keuringen
- de wijze van praktijk voeren.

Deze factoren hebben elk hun positieve of negatieve invloed op de praktijkopbrengst. Zo mogelijk zullen wij ze de revue laten passeren, hoewel dat strikt genomen buiten het thema "het verwerven van een huisartspraktijk" valt. Redenen om deze factoren wel te bespreken zijn, dat daardoor zicht gekregen kan worden op datgene, wat je koopt als je een huisartspraktijk verwerft en of de praktijk dat waard is, wat je er voor moet betalen.

Belangrijk is in de eerste plaats op welke wijze de bruto jaaropbrengst door de verkopende huisarts wordt vastgesteld.

Eén van de aspecten, waaraan moet worden gedacht, is bijvoorbeeld of de neveninkomsten van de verkopende huisarts bij de bruto jaaropbrengst gerekend zijn en, wanneer dat het geval is, of deze neveninkomsten ook door jou als kopende arts kunnen worden genoten, wanneer je dat zou willen.

Wil je de controle-praktijk en de keuringen en, wanneer je dat wilt, is het dan ook te realiseren ? Wil je zelf bevellingen doen of een aantal uren les geven aan één of andere opleiding ? Blijft de vergunning voor de apotheek of wordt binnenkort een apotheekvestiging voorzien ?

Voor de samenstelling van de bruto praktijkopbrengst is het absoluut noodzakelijk de financiële overzichten over de voorgaande jaren te kennen. De meest betrouwbare zijn die, welke door een officieel accountantsbureau zijn onderkend. Slechts uit dergelijke overzichten is een goed inzicht te krijgen in de inkomsten uit medische arbeid, wat iets anders is dan de opbrengst uit de praktijk.

De praktijk, welke wij verder als voorbeeld zullen uitwerken, is een praktijk van 2600 patiënten. Van deze 2600 patiënten zijn 1800 ingeschreven bij een ziekenfonds en 800 particulier verzekerd.

Voor het gemak gaan wij er van uit dat de particulier verzekerde patiënten even veel per patiënt opbrengen als de ziekenfondsverzekerden. In de praktijk is dit niet altijd het geval.

Wij gaan er verder van uit dat de huisarts niet apotheekhoudend is, geen controles, keuringen en bevellingen doet en geen neveninkomsten heeft.

De huisarts heeft zijn praktijk aan huis. Het huis heeft hij van zijn voorganger overgenomen voor f. 300.000,--.

Aan goodwill heeft de huisarts 90 % van de bruto praktijkopbrengst over de laatste 3 jaren betaald, f. 170.000,--.

De financiering van het huis is middels een hypotheek op annuïteitenbasis.

De artsenfinanciering, dat is de financiering van onder andere de overnamesom, wordt in 10 jaar afgelost.

De huisarts is gehuwd en heeft twee kinderen.

De bruto praktijkopbrengst van de bovenstaande praktijk is als volgt:

1) netto honorarium	2600 x 45.60 = f. 118.560,--
2) pensioenbijdrage	2600 x 7.54 = f. 19.604,--
3) kostenvergoeding	2600 x 24.71 = f. 64.246,--
bruto praktijkopbrengst	<u>f. 202.410,--</u>

Op het punt kostenvergoeding willen wij hier kort ingaan.

In verband met aanpassingen is het onder 3 genoemde bedrag niet helemaal in overeenstemming met de hierna te noemen onkostenpost.

Via de vergoedingen van de ziekenfondsen en via de tarieven, welke aan de particuliere patiënten berekend mogen worden, ontvangt de huisarts een bepaald bedrag aan vergoeding voor de kosten, die hij bij de uitoefening van zijn werk moet maken.

De gehanteerde bedragen zijn genormeerd en gelden voor het hele land. Bij deze normering wordt voorbij gegaan aan het gegeven, dat de reëel gemaakte kosten hoger dan wel lager kunnen liggen.

Hieronder volgt een overzicht van de vergoedingen per onkostenpost voor 1977.

1) vervoer	f. 7.041,--
2) huisvesting	11.461,--
3) voorziening bij afwezigheid	8.224,--
4) instrumentarium	2.465,--
5) oriëntering	2.100,--
6) algemene kosten	4.540,--
7) assistentie	22.120,--
8) interest	5.886,--
9) 0.5 % peilprijs	944,--
Totaal	<u>64.781,--</u>

Laten wij voor onze praktijk er van uit gaan dat de feitelijk gemaakte kosten even hoog zijn als de vergoedingen, zoals hierboven aangegeven. De gemaakte kosten moeten van de bruto praktijkopbrengst worden afgetrokken om de netto praktijkopbrengst te bepalen.

bruto praktijkopbrengst	f.202.410,--
kosten	<u>64.781,--</u>
Netto praktijkopbrengst	137.629,--

Nu zijn we er nog niet. Van deze netto praktijkopbrengst moeten diverse kosten, die voortvloeien uit het hebben van een huisartspraktijk, worden betaald. Het zijn overigens lasten, die voor een belangrijk deel afgetrokken mogen worden om tot de bepaling van het belastbaar inkomen van de huisarts te komen.

Tot de aftrekbare lasten behoren:

- rente over geleend geld
- diverse premies voor volksverzekeringen als AOW/AWW/AKW/AAW
- diverse premies over afgesloten verzekeringen die met het beroep te maken hebben, zoals beroeps WA-verzekering en de premie voor het beroeps-pensioen
- afschrijvingen van de overnamesom, auto, inventaris van de praktijk, instrumentarium, etc.
- diversen

Naast deze aftrekbare lasten bestaat er voor de huisarts nog een aantal lasten dat voor een deel tot de normale lasten van elke Nederlander behoort en voor het andere deel voortvloeien uit het feit, dat de huisarts, om zijn praktijk te kunnen uitoefenen, geld heeft moeten lenen voor de aankoop van een praktijk, een huis al of niet met praktijkgedeelte en wat er verder nog aangeschaft moest worden. Het aflossen van deze leningen mag niet afgetrokken worden bij vaststelling van het belastbaar inkomen.

Tot de niet aftrekbare lasten behoort o.a. ook een aantal lasten dat het hebben van een eigen huis met zich meebrengt en de premies voor een aantal verzekeringen dat iedere particulier kan afsluiten.

Wij zetten bovenstaande in schema, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de consequenties die de diverse lasten hebben voor de ter beschikking staande geldmiddelen, het zogenaamde liquiditeitsoverzicht, en de consequenties voor de bepaling van het belastbaar inkomen.

	liquiditeitsoverzicht	belastbaar inkomen
netto praktijkopbrengst	f. 137.629,--	f. 137.629,--
inkomen buiten beroep	-	-
huurwaarde eigen huis	-	2.340,--
privégebruik auto	-	2.000,--
	<hr/>	<hr/>
	f. 137.629,--	f. 141.969,--
aftrekbare lasten:		
a) rente hypothecaire lening	f. 30.000,--	
rente artsen-financiering	17.000,--	
rente overige schuld	1.000,--	
	<hr/>	
	f. 48.000,--	

		liquiditeitsoverzicht	belastbaar inkomen
b) premie AOW/AWW etc.	f.	6.700,--	
premie arbeidsongeschiktheidsverz.		2.000,--	
premie WA-beroepsaansprakelijkheid		200,--	
premie beroepspensioen		<u>30.500,--</u>	
	f.	39.400,--	II
c) afschrijvingen			
overnamesom 10%	f.	17.000,--	
auto 20%		2.000,--	
inventaris 10%		500,--	
instrumentarium 10%		<u>500,--</u>	
	f.	20.000,--	III
d) diversen			
.....			
In het overzicht	f.	137.629,--	f. 141.969,--
	-	<u>48.000,--</u> I	<u>48.000,--</u> I
	f.	89.629,--	93.969,--
	-	<u>39.400,--</u> II	<u>39.400,--</u> II
	f.	50.229,--	f. 54.569,--
			<u>20.000,--</u> II
			f. 34.569,--

Aan niet-aftrekbare lasten zijn er:

a) premies voor			
- risicoverzekering	f.	1.850,--	
- ongevallenverzekering		300,--	
- ziektekostenverzekering		2.000,--	
- WA voor particulieren		50,--	
- brand/glas		<u>50,--</u>	
	f.	4.250,--	I
b) lasten eigen huis		4.000,--	II
c) aflossingen			
- hypothecaire lening		2.500,--	
- artsenfinanciering		17.000,--	
- overige schulden		<u>1.000,--</u>	
	f.	20.500,--	III

Tenslotte moet, wanneer er geen andere lasten meer zijn, nog inkomstenbelasting worden betaald. Uitgaande van tariefgroep 4 met aftrek voor 2 kinderen, zal dat ongeveer f. 5.800,-- bedragen.

Beschikbaar voor levensonderhoud, datgene wat opgemaakt mag worden, rest dan een bedrag van ongeveer f. 15.500,--.

In het overzicht	liquiditeitsoverzicht	belastbaar inkomen voor inkomstenbelasting
	f. 50.229,--	f. 34.569,--
	- 28.750,-- I+II+III	
	<hr/>	
	f. 21.479,--	
	- 5.800,-- Inkomstenbelasting	
	<hr/>	
	f. 15.679,--	

In ons rekenvoorbeeld blijft er slechts f. 15.500,-- over voor levensonderhoud, dat is niet veel. Er moeten echter enkele kanttekeningen bij worden gemaakt:

1. de huisarts in ons voorbeeld heeft in het geheel geen inkomsten buiten de praktijk om. Geen bevellingen, geen keuringen, geen contrôles.
2. er is uitgegaan van het maken van de kosten, zoals die worden vergoed door het ziekenfonds. Dit zal in de praktijk niet altijd het geval zijn; de auto, waarin gereden wordt, kan minder kostbaar zijn, dan de auto waarvan in de kostenvergoeding wordt uitgegaan, of de echtgenote van de arts werkt mee, waardoor ook zij een inkomen heeft, c.q. aan haar een winstdeel wordt toegerekend.
3. er is geen rekening gehouden met diverse aanvullende mogelijkheden voor aftrek bij de vaststelling van het belastbaar inkomen.
4. de voorgerekende praktijkbegroting geldt voor de eerste jaren, waarin door de aflossingen en rentelasten een forse aanslag op het inkomen wordt gedaan.

Niettemin zal duidelijk zijn dat er in de eerste jaren weinig financiële ruimte bestaat voor diverse uitgebreide uitgaven.

Beroepsverenigingen

Er bestaat in Nederland een aantal verenigingen en organisaties, dat alles met artsen en geneeskunde te maken heeft. Iedere arts, die een aantal jaren praktijkervaring heeft, kent de afkortingen wel maar vooraf kan het een doolhof lijken. Vandaar deze wegwijzer.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG)
Lomanlaan 103, Utrecht, tel.: 030-88 54 11

Doelstelling:

bevordering van de geneeskunst in haar ruimste omvang, door middel van:

- a. bevorderen van de maatschappelijke belangen der artsen, afsluiten CAO
- b. bevorderen van geneeskundige wetenschap en kennis
- c. bevorderen van maatregelen, die leiden tot een goede behandeling van ziekten en tot voorkoming van ziekten
- d. toezicht op en medewerking aan de ontwikkeling en uitvoering van wetten die de belangen van geneeskunde, artsen en volksgezondheid raken.

Weekblad: Medisch Contact

Maatschappelijke verenigingen: de KNMG heeft drie dochterverenigingen, die vooral op de bres staan voor de maatschappelijke belangen van de leden, n

- LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging
- LSV: Landelijke Specialististen Vereniging
- LAD: Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband

Organisatievorm: de KNMG is verdeeld in regionale afdelingen, waarvan de activiteiten per regio sterk verschillen.

De LHV bestaat uit Plaatselijke Huisartsenverenigingen (PHV); de andere maatschappelijke verenigingen eveneens.

Lidmaatschap: als lid van de KNMG is men automatisch lid van één van de maatschappelijke verenigingen.

Artsen, die de specifieke beroepsopleiding tot huisarts volgen, kunnen als kandidaat lid van de LHV worden ingeschreven, dit geldt ook voor assistenten die in een huisartspraktijk werkzaam zijn, anders dan in dienstverband en eveneens voor die groep huisartsen, die wel in het register van erkende huisartsen staan ingeschreven, maar nog niet krachtens de reglementen voor gewoon of buitengewoon lidmaatschap van de LHV in aanmerking komen (dit geldt dus vooral hen, die nog aan het waarnemen zijn).

Van deze groep kandidaat-leden is te verwachten dat zij binnen afzienbare tijd gewone leden van de LHV zullen worden. Kandidaat-leden hebben als toehoorders toegang tot alle ledenvergaderingen. Bij de vigerende financiële regeling voor huisartsen in opleiding bedraagt de contributie f. 54.50.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Burg. Reigerstraat 87, Utrecht, tel.: 030-51 67 41

Het NHG is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen.

Doelstelling:

bevorderen van huisartsgeneeskunde door stimulering van zelfwerkzaamheid in studiegroepen en dergelijke; bevorderen van wetenschappelijk onderzoek; stimuleren van nascholing; stimuleren van samenwerkingsvormen.

Maandblad: Huisarts en Wetenschap

Organisatievorm: regionale centra, verdeeld in kringen

Lidmaatschap: lid van het NHG kunnen worden, huisartsen die lid zijn van de KNMG. Artsen, die geen huisarts zijn, kunnen buitengewoon lid worden à f. 60,-- per jaar. Huisartsen in opleiding kunnen, ook als zij geen lid zijn van de KNMG, donateur worden tijdens hun opleiding à f. 30,-- per jaar, in welk bedrag het abonnement op Huisarts en Wetenschap inbegrepen is.

Het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI)

Mariahoek 4, Utrecht, tel.: 030-31 99 46

Het NHI houdt zich onder andere bezig met dienstverlening aan huisartsen.

Dienstverlening vindt plaats in activiteiten als:

- a. voorlichting geven en adviseren
- b. nascholing en begeleiden van samenwerkingsgroepen, zoals hometeams, groepspraktijken en gezondheidscentra.

Daarnaast is op het NHI een aantal medewerkers bezig met wetenschappelijk onderzoek, deels ten behoeve van de beroepsorganisaties (LHV en NHG), deels ten behoeve van anderen en met name de Overheid.

Voor de aanstaande huisarts zijn vooral van belang de voorlichtingsrapporten betreffende instrumentarium, communicatie, hulpmiddelen, administratie en werkruimten. Er is een expositie van instrumenten en administratieve hulpmiddelen, maandag t/m vrijdag van 9.00-17.00 uur, liefst na telefonische afspraak.

Ook organiseert het NHI oriëntatiecursussen voor aanstaande huisartsen.

Nederlandse Vereniging van Artsen-Automobilisten (VVAA)

Atoomweg 100, Utrecht, tel.: 030-44 99 11

De VVAA adviseerde oorspronkelijk artsen bij onderhoud van auto's, bij aan- en verkoop. Hiernaast heeft de VVAA zich nu gespecialiseerd in bemiddeling, advisering en verstrekking van verzekeringen via dochter NV's, bijvoorbeeld: levensverzekeringen, autoverzekeringen, ongevallen- en inzittendenverzekeringen, caravanverzekeringen, WA-verzekeringen voor beroepsaansprakelijkheid en particuliere aansprakelijkheid, ziektekostenverzekering, financiering en opmaken van associatie- en overdrachtscontract.

Voor de arts-assistent is van belang, de mogelijkheid om een goedkope collectieve beroeps-WA-verzekering bij de VVAA te sluiten.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Lomanlaan 103, Utrecht, tel.: 030-88 54 11

De OLMA werd op 10 december 1965 opgericht op initiatief van de KNMG. De directe aanleiding was de behoefte aan een eigen organisatie om in de oudedags- en gezinsvoorziening voor artsen te kunnen voorzien. De OLMA is dan ook een levensverzekeringmaatschappij, uitsluitend van artsen voor artsen.

Inmiddels is de OLMA uitgegroeid tot een middelgrote maatschappij, met een verzekerd kapitaal van meer dan 1 miljard. Tot de diensten, die de OLMA - onafhankelijk van elkaar - verleent, behoren, behalve het sluiten van levensverzekeringen en risicoverzekeringen, aangepast aan de individuele behoeften, ook het regelen van financieringen voor velerlei doeleinden. Ook bij de invoering der verplichte pensioenregeling is de OLMA ingeschakeld. Een folder en verder voorlichtingsmateriaal kan men op aanvraag verkrijgen.

Artsen=Onderlinge (AO)

Koninginnegracht 67, Den Haag, tel.: 070-46 96 18

De artsen-onderlinge is een onderlinge verzekeringsmaatschappij van artsen tegen geldelijke gevolgen van invaliditeit. Men kan een daguitkering verzekeren met een jaarlijks automatische aanpassing aan de geldontwaarding.

De uitkering kan de eerste ziekte dag ingaan of na een wachttijd van 30 dagen of na een wachttijd van 365 dagen.

De te betalen premie is afhankelijk van de leeftijd van de deelnemer.

gedurende de eerste drie jaren is men verplicht in het waarborgfonds te storten.

Deze verzekering is een must voor elke gevestigde huisarts (tenzij hij in dienstverband werkt). Voor huisartsen in opleiding bestaat een aangepaste verzekering. Folder en informatiebrief op aanvraag.

Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH)

Wolvenlaan 103, Utrecht, tel.: 030-88 71 21

De Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen bestaat sinds 1972 (eigenlijk met een voorloper reeds sinds 1967) en heeft, zeer algemeen gesteld, als doel het zorgen voor een oudedagsvoorziening. Voordien werd elke huisarts geacht hiervoor zelf te zorgen via beleggingen, levensverzekeringen en het opbouwen van een vermogen. Door de steeds sterker wordende geldontwaarding ontdekten vele oudere wordende huisartsen echter, dat hun reserveringen voor de oude dag ontoereikend waren. Hieraan nu is tegemoet gekomen door de oprichting van een pensioenfonds; de oprichting hiervan is niet zonder strubbelingen verlopen: er waren aanvankelijk meningsverschillen binnen de LHV, er was een nieuwe wet voor nodig en de aftrekbaarheid voor de belastingen was een heet hangijzer. Mensen kan gesteld worden dat het overgrote deel van de huisartsen tevreden is met de pensioenregeling, ook al worden voortdurend kritische opmerkingen gehoord. Dit is ook wel begrijpelijk, want de jaarlijks te betalen premie is hoog (in 1977 f. 30.240,--) en het op te bouwen pensioen lijkt daarmee op het eerste gezicht niet in overeenstemming.

Gevolge wettelijke bepalingen is elke huisarts verplicht deelnemer van het pensioenfonds; uitzonderingen hierop zijn nauwelijks mogelijk, eigenlijk alleen indien een huisarts volledig in dienstverband bij de Overheid werkzaam is. Indien een dienstverband overwogen wordt, is het ten sterkste aan te raden hierover vooraf contact op te nemen met de SPH, om niet achteraf voor verrassingen te staan.

Wat verzekert de huisarts nu via het pensioenfonds ?

Een ouderdomspensioen vanaf het 65e jaar (voor vrouwelijke deelnemers vanaf het 60e jaar). Dit pensioen is waardevast en stijgt dus jaarlijks afhankelijk van de geldontwaarding. Deze waardevastheid is een dure zaak maar wordt noodzakelijk geacht, mede gezien de ervaringen in het verleden.

2. Een weduwen- en wezenpensioen. Het weduwenpensioen bedraagt in het algemeen 70 % van het ouderdompensioen dat bereikt zou worden op 65-jarige leeftijd. Indien het leeftijdsverschil met de echtgenote meer dan 10 jaar is, is dit percentage lager. Het wezenpensioen is 14 % van het ouderdompensioen en geldt voor ieder kind, jonger dan 18 jaar en voor ieder studerend of invalide kind tot 27 jaar. Voor kinderen, waarvan ook de moeder is overleden, bedraagt het pensioen 28 % van het te bereiken ouderdompensioen op 65-jarige leeftijd.
3. Backservice-rechten. Hieruit wordt de waardevastheid van het ouderdomspensioen betaald voor die huisartsen of hun weduwen, die nu reeds boven de 65 zijn of bij het begin van de pensioenregeling in 1967 ouder waren dan 30 jaar. Het totale bedrag aan backservice-rechten zal dus jaarlijks dalen. Aan dit gedeelte van de pensioenregeling heeft een centraal bestuur van de LHV het maximum overnamepercentage van 90 gekoppeld. Immers, de jonge ondernemende huisarts betaalt via de backservice-rechten van zijn pensioen mee aan de pensioenrechten van zijn voorganger.

Onderstaand worden ter verduidelijking enige getalsmatige voorbeelden opgenomen van het toekomstige ouderdompensioen (leeftijd per 1-1-1978; bedragen ouderdompensioen anno 1977). Deze bedragen worden jaarlijks verhoogd met een aanpassingscoëfficiënt.

Leeftijd 30	ouderdompensioen f. 39.186,--
Leeftijd 29	ouderdompensioen f. 40.306,--
Leeftijd 28	ouderdompensioen f. 41.425,--
Leeftijd 27	ouderdompensioen f. 42.545,--
Leeftijd 26	ouderdompensioen f. 43.664,--
Leeftijd 25	ouderdompensioen f. 44.784,--

Behalve zijn pensioen zal elke 65-plusser onder de huisartsen ook, als elke Nederlander, zijn waarde vaste AOW-uitkering ontvangen. Of hij daarnaast nog andere uitkeringen nodig heeft, zal ieder voor zich moeten beslissen. De meningen hierover onder huisartsen zijn verdeeld, om maar te zwijgen over de meningen onder levensverzekeraars en financiële adviseurs. Iedere arts zal hierover zelf moeten beslissen. De bittere noodzaak, zoals die vroeger gold en die ook steeds weer onvoldoende bleek, is echter absoluut verdwenen.

Nog enkele praktische gegevens.

Elke huisarts moet zich bij vestiging opgeven als deelnemer bij het pensioenfonds. Behalve bij het pensioenfonds zelf kan het ouderdoms-, weduwen- en wezenpensioen verzekerd worden bij de OLMMA, VVAA of andere levensverzekeringsmaatschappijen; dit kan individueel wel eens voordelen bieden, essentieel is dit niet.

De hoogte van de premie is afhankelijk van het inkomen, echter, de keerzijde is, dat bij een lagere premie-afdracht, ook een lager pensioen wordt opgebouwd. In de beginjaren kan dit met name bij een vrije vestiging wel enig soulaas bieden, na het 30e jaar is dit echter niet aan te raden.

De premie is fiscaal volledig aftrekbaar, maar het is wel noodzakelijk er bij de praktijkfinanciering terdege rekening mee te houden.

Bij blijvende algehele invaliditeit is na één jaar invaliditeit premievrijstelling mogelijk.

Literatuur

- Vademecum Praktijkvoering Medische Beroepen
 - Maatschappelijk Vademecum voor de Huisarts van de LHV voor leden en candidaatleden
 - Medisch Contact 1977, nr. 2 d.d. 14 januari over overnamesom
 - Medisch Contact 1977, nr. 20, d.d. 20 mei over candidaatlidmaatschap LHV
 - Voorlichtings- en informatiemateriaal van:
 - OLMA
 - VVAA
 - Artsen Onderlinge
 - AMRO-bank (Mediplan)
 - Consumentengids 1977, november, over hypotheke
-