

21 SEP. 1982

V O O R L I C H T I N G S -

R A P P O R T

I N Z A K E

G R O E P S P R A K T I J K E N .

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel. (030) 31 99 46



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

Uitgebracht door de studiegroep groepspraktijken,
najaar, 1967.

Rapport te verkrijgen bij het N.H.I., Mariahoek 4, Utrecht,
door overschrijving van f. 10,-- op gironummer 39 40 72,
t.n.v. N.H.I., Utrecht.

Samenstelling Studiegroep Groepspraktijken:

Prof.Dr.J.C.van Es, voorzitter, hoogleraar huisarts-
geneeskunde, directeur N.H.I.

J.M.Deveer, huisarts te Utrecht, wetenschappelijk mede-
werker N.H.I.

Mr.N.de Graaff, juridisch medewerker L.H.V.

J.Hartog, huisarts te Amersfoort, voorzitter Commissie
Praktijkvoering N.H.G.

E.M.Jansen, huisarts te Utrecht, sekretaris van het
N.H.G.-Bestuur.

J.Koopman, arts, wetenschappelijk medewerker N.H.I.

Drs.F.Krens, ekonoom, wetenschappelijk medewerker Neder-
landse Economische Hogeschool, Rotterdam.

Mr.W.B.van der Mijn, sekretaris van de Kon.Ned.Maatschappij
ter Bevordering der Geneeskunst.

Ir H.R.Pijlman, socioloog, wetenschappelijk medewerker
N.H.I.

Dr.D.K.Rijkels, plv. Geneeskundig Hoofdinspekteur van de
Volksgezondheid.

H.W.A.Sanders, huisarts te Helmond, bestuurslid L.H.V.

Mevr.H.J.P.Veder-Dussenbroek, voorlichtingsdeskundige
N.H.I.

Ir C.de Wit, b.i., architect te Apeldoorn.

Mevr.M.J.Zweers-Westenberg, directie-sekretaresse N.H.I.

	Ten geleide	pag. I.
1.	Inleiding	pag. 1.
2.	Algemene en organisatorische aspecten van de groepspraktijk	pag. 4.
3.	Het bouwkundig model van de groeps- praktijk met betrekking tot bouw- programma en stichtingskosten, door Ir.C.de Wit,b.i....	pag. 17.
4.	Enkele economische aspecten van de groepspraktijk van niet-apotheek- houdende huisartsen, door Drs.F.Krens,ekonoom	pag. 35.
5.	Juridische aspecten van de groeps- praktijk, door Mr.W.B.van der Mijn	pag. 60.
6.	Fiskale aspecten van de groeps- praktijk; door Mr.W.B.van der Mijn	pag. 70.

Bijlagen.

I.	Specifikatie van inventaris, meubi- lering en verlichting van de solo- praktijk	pag. 76.
II.	Specifikatie van inventaris, meubi- lering en verlichting van de groepspraktijk	pag. 78.
III.	Inventaris - stoffering, solopraktijk	pag. 79.
IV.	Inventaris - stoffering, groepsprak- tijk	pag. 80.
V.	Literatuurlijst inzake groeps- praktijken	pag. 81.

Een snel groeiend aantal huisartsen in Nederland bezint zich op hun werkwijze, vaak daartoe gedwongen door de omstandigheden. Zowel de ontwikkeling in de geneeskunde als in de samenleving maakt het alleen-werken van de huisarts steeds moeilijker. De meeste huisartsen hebben dan ook al gezocht naar bepaalde vormen van samenwerking in zondagsdienst, weekenddienst, groepsbesprekingen, etc. Daarbij vraagt men zich vaak af, of een, in een aantal landen gebruikelijke praktijkvorm, de groepspraktijk, wellicht een aantal bezwaren van de huidige werkwijze kan opheffen.

Het N.H.I. en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst bereikten een zo groot aantal verzoeken om inlichting hierover, dat het noodzakelijk bleek, voorlichting hierover ter hand te nemen. Deze voorlichting nu is een uiterst moeilijke, omdat in Nederland nog nauwelijks groepspraktijken bestaan, zodat niet de ervaring van bestaande groepen doorgegeven kan worden aan anderen. Er werd daarom een studiegroep groepspraktijken, met een zo breed mogelijke samenstelling, in het leven geroepen.

Deze studiegroep stelde zich ten doel een rapport samen te stellen om die huisartsen, die overwegen een groepspraktijk te beginnen, enige steun te bieden bij hun besluitvorming en planning. Het voorlichtingsrapport inzake groepspraktijken is het resultaat van de studie en besprekingen in deze werkgroep.

Het is onvermijdelijk dat dit rapport een theoretisch karakter draagt, omdat onvoldoende kan worden uitgegaan van ervaring. Het rapport kan daarom ook slechts een tijdelijke waarde hebben.

De studiegroep hoopt in de toekomst in de gelegenheid te zijn het rapport te herschrijven en het dan een realistisch karakter te geven, door het te baseren op in Nederland opgedane ervaringen.

Prof.Dr.J.C.van Es,
voorzitter van de
studiegroep groeps-
praktijken.

Utrecht, 20 oktober 1967.

Inleiding.

Samenwerkingsvormen in de dienstverlenende sektor komen tot stand, om diensten zo rationeel mogelijk te kunnen verlenen, maar ook om meer service te bieden. Belangstelling voor samenwerkingsvormen komt ook meer naar voren in de kringen van huisartsen. Steeds frequenter werden de vragen om voorlichting omtrent de groepspraktijk.

Spoedig werd duidelijk, dat het beschikbare materiaal op basis waarvan voorlichting gegeven moest worden, onvoldoende was.

Besloten werd een studiegroep onder voorzitterschap van Prof.Dr.J.C.van Es in het leven te roepen.

In die studiegroep hebben zitting 7 artsen waarvan 4 full-time in hun huisartsenpraktijk werkzaam zijn, 2 juristen, een econoom, een bouwkundig ingenieur, een voorlichtingsdeskundige en een socioloog; de (medische) groeperingen welke in de studiegroep vertegenwoordigd zijn, zijn de Kon. Ned.Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Geneeskundige Hoofdinspectie, het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut.

De studieresultaten van deze studiegroep en de in deze studiegroep gevoerde discussies vormen de basis van dit voorlichtingsrapport. Met nadruk moet erop worden gewezen, dat deze studie zich niet kan baseren op praktijkgegevens in Nederland, waar immers vrijwel geen groepspraktijken bestaan. De studie is dan ook ten dele theoretisch ten dele gebaseerd op ervaringen in het buitenland. Voorts is geput uit de grote ervaring welke is opgedaan met associaties van huisartsen.

Wij pretenderen hiermee geenszins een volledig beeld te geven van alle mogelijkheden en moeilijkheden, die zich kunnen voordoen bij samenwerkingsvormen tussen huisartsen. Wij beogen slechts de in samenwerking geïnteresseerde huisarts op weg te helpen bij de ontwikkeling van zijn plannen inzake samenwerking met collegae in groepspraktijkverband.

Het begrip groepspraktijk.

Aan het begrip groepspraktijk wordt niet steeds dezelfde inhoud toegekend. In Engeland zowel als in Frankrijk komen velerlei vormen van samenwerking tussen huisartsen voor naar inhoud sterk van elkaar verschillend, maar allen aangeduid met het woord groepspraktijk.

In de studiegroep werd veelvuldig gediskussieerd over een definitie van de term groepspraktijk, toepasbaar voor de nederlandse situatie.

Als meest essentiële kenmerken van een groepspraktijk dienen beschouwd te worden, dat:

1. de samenwerkende artsen voor gezamenlijke rekening gebruik maken van een praktijkpand;
2. de samenwerkende artsen voor gezamenlijke rekening medische- en niet medische hulpkrachten in dienst hebben;
3. de samenwerkende artsen hun praktijkvoering optimaal coördineren;
4. wonen en werken voor ieder der samenwerkende huisartsen zoveel mogelijk geschieden zijn.

Het begrip groepspraktijk kan nu als volgt gedefinieerd worden:

Een groepspraktijk is een samenwerkingsvorm op het gebied van de praktijkvoering,

- van een beperkt aantal artsen
- met behoud van ieders verantwoordelijkheid voor eigen praktijk
- waarbij gebruik gemaakt wordt van een gemeenschappelijk praktijkgebouw en gemeenschappelijke hulpkrachten
- en waarin de deelnemende huisartsen individueel en als groep streven naar het verlenen van optimale huisartsen-hulp resp. naar optimaal functioneren als huisarts.

Direkt dient hierbij aangetekend te worden, dat vele andere vormen van samenwerking tussen huisartsen mogelijk zijn en reeds voorkomen. Samenwerkingsvormen die misschien even goed voldoen aan het gewijzigde behoeftenpatroon van de huisarts en het gewijzigde behoeftenpatroon van de patient. Wij spreken b.v. van een huisartsengroep wanneer ieder vanuit het eigen praktijkpand praktizeert maar wel nauw kontakt in wetenschappelijk, maatschappelijk en persoonlijk opzicht onderhoudt met enkele collegae.

Van een associatie is zuiver zakelijk gezien sprake wanneer twee huisartsen inkomsten en uitgaven delen, uiteraard zal er in dit geval ook wel in zekere mate sprake zijn van medische samenwerking.

Een associatie heeft echter vaak een tijdelijk karakter. Een associatie-kontrakt kan de basis vormen voor een groepspraktijk.

Ook is mogelijk, dat een aantal huisartsen allen in één gebouw spreekuur houden, de voorzieningen gezamenlijk betalen, doch op het gebied van de praktijkvoering niet met elkaar samenwerken, dus in geen enkel opzicht als groep functioneren.

In dit geval is slechts sprake van een praktijkhuis, polikliniek of gezondheidscentrum.

Hetgeen verder in dit rapport beschreven wordt, moge als leidraad dienen voor die huisartsen, die zich nader willen oriënteren over eerstgenoemde vorm van nauwere samenwerking met een aantal collegae. Of een samenwerkingsvorm in alle opzichten aan het begrip groepspraktijk voldoet, is niet van overwegend belang.

Vele van de konsekwenties die gelden voor samenwerking in groepspraktijkverband zijn immers eveneens van toepassing op andere samenwerkingsvormen.

Samenwerkingsvormen tussen huisartsen.

Samenwerkingsvormen tussen huisartsen kunnen vooral naar aard en intensiteit van de samenwerking grote verschillen vertonen. Wij noemen b.v. samenwerking tussen twee artsen die vanuit hun eigen huis annex praktijkpand praktizeren en naast de gebruikelijk weekend waarneming ook een of meer avonden per week voor elkaar waarnemen, maar ook een samenwerkingsvorm waarbij drie huisartsen vanuit een gemeenschappelijk praktijkpand praktizeren, gezamenlijk personeel in dienst hebben en inkomsten en uitgaven in gelijke delen verdelen.

Tussen deze extremen liggen vele mogelijkheden, passend bij de situatie waarin een aantal huisartsen, die bereid zijn om te gaan samenwerken, op een bepaald moment verkeert. Een kenmerk van al deze samenwerkingsvormen is, dat zij geen statisch karakter behoeven te hebben. Uit een samenwerkingsvorm van geringe intensiteit kan geleidelijk een samenwerkingsvorm met een grote intensiteit ontstaan. Het verdient veelal de voorkeur, de intensiteit van de samenwerking zo natuurlijk mogelijk te laten groeien. Vanuit de solopraktijk zonder voldoende samenspraak en gezamenlijke ervaring overgaan tot de meest extreme vorm van een groepspraktijk, verdient geen aanbeveling. Het doormaken van een groeiproces kan slechts de stabiliteit van de groep ten goede komen.

Algemene en organisatorische aspecten van een groepspraktijk.

A. voor de arts.

Aan het werken in een groepspraktijk zijn een aantal aspecten verbonden, waarmede de meeste artsen, werkend in een solopraktijk, niet te maken hebben.

Gezin en echtgenote van de huisarts.

De scheiding van werk- en woonmilieu, zal meer rust in het gezin geven (o.a. telefoon en bel), hetgeen bij de tegenwoordig steeds moeilijker te verwerven huishoudelijke hulp van belang kan zijn. De plaats van de echtgenote van een huisarts met een niet aan huis gebonden praktijk, is er echter een met meer distantie tot het beroep van haar man, maar daardoor ook met minder betrokkenheid daarbij. In het praktijkbestaan van de arts-in-een-groep spelen de groeps-genoten (artsen en assistenten) een belangrijke rol. Zij zullen voor een groot gedeelte de praktijkzorgen opvangen hetgeen de echtgenote meer vrijheid verschaft, maar daardoor komt zij er ook juist enigszins buiten te staan.

Arts-patient-relatie.

De relatie die er bestaat tussen een arts en zijn patienten blijkt, naar de ervaring heeft geleerd (bijv. Philips en Dronten) niet te veranderen wanneer de praktijk ingebracht wordt in een groepspraktijk. Ook in Engeland en in Frankrijk wijzen de ervaringen in deze richting. De persoonlijkheid van de arts en zijn werkwijze is voor de arts-patient-relatie van meer betekenis.

Regels.

De arts verkrijgt meer mogelijkheden en meer zekerheden door het groepslidmaatschap, de prijs echter die hij daarvoor moet betalen is dat hij zich aan de "spelregels" van de groep zal moeten houden.

Een aantal gedragsregels vloeien rechtstreeks voort uit het deelnemen aan een groepspraktijk, andere regels zullen in gezamenlijk overleg worden opgesteld.

De "spelregels" dienen zoveel mogelijk in gezamenlijk overleg te worden opgesteld. Het aantal groepsleden dient beperkt te zijn opdat ieder de in gezamenlijk overleg opgestelde "spelregels" ook als de zijne beschouwt en niet het gevoel krijgt dat deze hem opgelegd worden.

Taakverdeling.

De taakverdeling binnen de groep zal veelal soepel verlopen. De groepsleden immers zijn mensen van verschillende geaardheid, interesse, capaciteiten en leeftijd.

Er zullen leden zijn, die initiatieven nemen en anderen, die "wel mee willen doen"; er zullen wetenschappelijke geïnteresseerden, financieel deskundigen, enthousiasten voor bepaalde specifieke activiteiten binnen het huis-artsenvak zijn.

Zo is het mogelijk om bij verkiezing of anderszins te bepalen, dat:

- één arts de personele zaken regelt
- één arts de financiën beheert
- één arts de kontakten met de buitenwereld onderhoudt
- één arts zich met organisatorische kwesties bezig houdt, waarbij ieder ook de verantwoording draagt voor de desbetreffende taak.

Vrijheid.

De arts in de groepspraktijk dient meer dan anders rekening te houden met de collegae en is nu zelfs gebonden door een aantal spelregels. Men zou kunnen zeggen dat dit een verlies van enige individuele vrijheid van een bepaald karakter betekent. Dit verlies aan vrijheid wordt echter in ruime mate gecompenseerd door een andersoortige vrijheid die de samenwerking in de groep de individuele arts biedt.

De groep stelt de arts beter in staat over een aantal vrije uren te beschikken waarin hij voor zijn patienten niet bereikbaar hoeft te zijn. De groep immers neemt de zorg voor de praktijk over bij afwezigheid van een der artsen. Zodat de praktijk met een geruster hart overgelaten kan worden.

De mogelijkheid tot overleg over medische aangelegenheden.

Vooral vele jonge artsen voelen het als een bezwaar niet in de gelegenheid te zijn om op korte termijn met een collega te kunnen overleggen. De groepspraktijk biedt daartoe ruimschoots gelegenheid, evenals voor het elkaar consulteren tijdens het spreekuur wanneer daaraan behoefte mocht bestaan. Het instellen van een vast tijdstip, b.v. in de vorm van gemeenschappelijke koffiepauze, verdient aanbeveling. Men weet dan zeker dat men de collegae althans éénmaal per dag treft, zodat men weet dan kleine zaken de groep betreffende, te kunnen afhandelen.

Tevens verdient het aanbeveling om een vaste wekelijkse bijeenkomst van omschreven tijdsduur in te stellen. Hier kan men ervaringen uitwisselen, bijdragen tot elkaars vak-kennis en medisch-organisatorische en zakelijke kwesties bespreken.

Eén van de leden van de studiegroep, zelf vroeger lid van een groepspraktijk, heeft ervaren dat deze wekelijkse bijeenkomsten

van groot belang zijn. De bijeenkomsten dienen een zakelijk karakter te hebben. Weliswaar vergen deze bijeenkomsten tijd van de groepsleden, maar daar staat een efficiëntere praktijkorganisatie en de mogelijkheid tot delegatie van werk aan hulpkrachten tegenover. Wij noemen als medische onderwerpen voor deze bijeenkomsten:

- bespreking van opnamen en ontslagbrieven van de specialist
- bespreking van necrologiën
- bespreking van probleemgevallen
- bespreking van medicamenteuze therapie (b.v. met een apotheker)
- bespreking van literatuur
- bespreking van gegevens van nascholingskursussen
- ook hier ligt een mogelijkheid tot gezamenlijk contact met specialisten.

Als organisatorische onderwerpen, o.a.:

- hoe zo veel mogelijk nut te hebben van de gedifferentieerde assistentie
- vakantie, weekend, nacht en avondregelingen en de wijze van bekendmaking daarvan
- nascholingskursussen en wie waarheen zal gaan namens de groep
- aan te schaffen apparatuur.

En als zakelijke onderwerpen:

- verdeling van baten en lasten
- wijzigingen in personeelsbezetting
- fiskale kwesties.

Sociale voorzieningen binnen de groep.

Ook in de sociale sfeer biedt de groepspraktijk mogelijkheden. Wij noemen de mogelijkheid tot het treffen van gezamenlijke voorzieningen voor calamiteiten, zoals:

- een weduwepensioen voor de echtgenote van een overleden collega.
- het recht en de plicht tot overname van de praktijk van een overleden groepscollega. In Frankrijk heeft men hiermede gunstige ervaringen.

Wetenschappelijk onderzoek.

Bij belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk biedt de groepspraktijk meer mogelijkheden dan de solopraktijk. Immers men heeft de beschikking over een grotere patientenpopulatie en de materiaalverzameling kan met vereende krachten geschieden. Een uniforme patientenadministratie biedt hierbij vele mogelijkheden.

Overorganisatie.

Als potentieel gevaar van de groepspraktijk, willen wij noemen de mogelijkheid van overorganisatie. Immers, het is mogelijk, dat bij overorganisatie het werk er juist vermoeiender door wordt. Waar de arts slechts dat werk doet, dat alleen een arts kan verrichten en al het simpeler werk overdraagt aan hulpkrachten of waar de arbeidsintensiteit door organisatie zo hoog wordt, dat de wisseling van spanning en ontspanning gaat ontbreken, wordt mogelijk tijd bespaard, maar neemt voor velen de zwaarte van de arbeid toe.

Bovendien kan overorganisatie de werkelijke zorg voor de patient verminderen.

De verhouding tussen groepsarts en specialist.

Werken in een groepspraktijk kan de deeltmakende artsen een groter gevoel van zekerheid bieden. Zo is het mogelijk dat door onderlinge beïnvloeding de kritische instelling van de arts stijgt. Zo kan ook de houding tot de specialist veranderen; het gesprek zal eerder van een monoloog tot een dialoog worden. De specialist is eerder bereid een op het werk van de huisarts gerichte antwoordbrief te schrijven wanneer hij weet dat alle verwijzingen in de groep kritisch gezien worden.

Verbetering van praktijkuitrusting.

De huisarts wil vaak zijn uitrusting verbeteren en aanpassen aan de eisen des tijds, om daardoor een betere praktijkvoering mogelijk te maken. In de groepspraktijk kan men gezamenlijk gebruik maken van kapitaal intensieve apparatuur, zodat duurdere aanschaffingen economisch verantwoord zijn. Men denke aan een elektrocardiograaf, spirograaf, e.d.

Personeel.

Gezien de sterk gestegen kosten van personeel is het voor de individuele huisarts vaak onrendabel om zowel medische, administratieve als huishoudelijke hulpkrachten in dienst te hebben. Waarbij dan nog komt dat veelal voor elk geen volledige dagtaak te vervullen is. Het gezamenlijk in dienst nemen van personeel, kan aanzienlijke financiële voordelen bieden.

Onderlinge waarneming.

Onderlinge waarneming valt in groepspraktijkverband gemakkelijker te realiseren dan tussen alleenwerkende huisartsen. Op buurtcollegae immers kan men niet steeds weer een beroep doen en een waarnemer is moeilijk te krijgen en nogal kostbaar.

Binnen de groepspraktijk kunnen gemakkelijk afspraken gemaakt worden, zodanig dat b.v. ieder in de gelegenheid gesteld wordt gedurende een afgesproken aantal dagen per jaar nascholing te volgen. Immers de zorg voor de praktijk van de afwezige arts kan dan onder de collegae verdeeld worden. Dit maakt ook afspraken t.a.v. onderlinge avond en/of weekend waarneming beter mogelijk.

B. voor de patient.

Kwaliteit van zorgverlening.

Van de mogelijkheden die de groepspraktijk de individuele arts biedt, hebben er een aantal direkte - andere indirecte consequenties voor de patient. De huisarts, werkend in groepspraktijkverband, heeft ruime mogelijkheden met zijn groepscollegae van gedachten te wisselen over medische kwesties. Aanschaffingen voor gezamenlijke rekening stellen de arts in staat gebruik te maken van een uitgebreider instrumentarium. De groepspraktijk biedt de arts ook de mogelijkheid regelmatig aan nascholingsvormen deel te nemen.

Samenwerking met andere zorgverlenende instanties.

De mogelijkheid tot samenwerking met vertegenwoordigers van andere zorgverlenende instanties neemt toe. Van de zijde der huisartsen wordt contact gezocht met organen van institutionele zorgverleners. Anderzijds zoeken de Kruisorganisaties, organisaties voor maatschappelijk werk en ook de meer specifieke organisaties als het M.O.B., de S.P.D. e.a. naar mogelijkheden tot intensiever contact met huisartsen. De eerste samenwerkingsexperimenten in dit verband zijn in uitvoering of zelfs reeds afgesloten. De grote moeilijkheid bij al deze samenwerkingsvormen is dat organen van institutionele zorgverlening moeten samenwerken met individuele artsen. Dit maakt het voor de organen van institutionele zorgverlening te riskant de huisarts en met hem zijn deskundigheid te betrekken in hun werkopzet. De groepspraktijk biedt echter meer waarborg voor continuïteit.

Het zal hierdoor voor de eerder genoemde organisaties meer aanvaardbaar zijn in hun werkorganisatie de deskundigheid van de huisarts te betrekken. Immers de organisaties behoeven in het geval van de groepspraktijk geen contact meer te zoeken met een aantal individuele artsen, contact kan gezocht worden met de groep als geheel.

Dit heeft tot gevolg dat samenwerkingsvormen tussen vertegenwoordigers van verschillende disciplines in ruimere mate tot stand kunnen komen.

uit de reeds uitgevoerde experimenten is reeds gebleken dat een dergelijke samenwerking de zorg voor de patient ten goede komt, zodat wij een uitbreiding van deze samenwerkingsvormen mogen toejuichen. Ook zal de bereidheid tot samenwerking met andere zorgverlenende instanties groter zijn bij in een groepspraktijk samenwerkende artsen. Samenwerking met collegae kan bij de arts een attitude wijziging met zich brengen ten opzichte van samenwerking in het algemeen. Aan samenwerken met anderen was immers de huisarts nauwelijks gewend.

De onderlinge waarneming waarborgt een betere continuïteit in de zorg voor de patient.

Gestreefd dient te worden naar een uniform kaartsysteem voor de in de groepspraktijk samenwerkende artsen. Het kaartsysteem zal centraal in het groepspraktijkpand be- waard dienen te worden. Bij onderlinge avond en/of weekend- waarneming is het totale kaartsysteem voor de dienstdoende arts toegankelijk. Het is uiteraard mogelijk dat een arts bepaalde confidenties door een patient krijgt toever- trouwd die hij bij voorkeur niet op de voor de collegae toegankelijke patientenkaarten wil vermelden. Dergelijke notities kunnen wellicht in een klein privé kaart- systeempje, waarnaar op de werkkaart verwezen wordt, worden vastgelegd.

Doordat de dienstdoende arts dus in principe toegang heeft tot de werkkaarten van de gehele groepspraktijk- populatie, is een grotere continuïteit in de behandeling van de patient mogelijk.

Doordat meerdere artsen in hetzelfde pand werkzaam zijn is de kans groter dat een patient in noodgevallen een arts in het groepspraktijkpand aanwezig treft. Dit kan het aantal speedvisites verminderen. Ook dan weer kan het van belang zijn dat de aanwezige arts de werkkaart van de patient kan lichten en maatregelen treft passend bij de ziektegeschiedenis van de patient. Daarbij komt, dat de gang naar het gebouw de patient bekend is, ook al wordt hij door een andere arts dan de eigen huisarts o. geholpen. Daar waarneming altijd door dezelfde artsen geschiedt zal de patient ook hen spoedig kennen.

C. voor het huisartsenbestand.

Wij mogen deze paragraaf over de aspecten en consequenties van de groepspraktijk besluiten met enige algemene op- merkingen.

De groei van het huisartsenbestand houdt geen gelijke tred met de groei van de nederlandse bevolking. Hiervoor zijn oorzaken van velerlei aard aan te voeren.

Een van deze oorzaken is dat een aantal jonge artsen niet bereid is onder de vigerende werkomstandigheden de last van een huisartspraktijk op de schouders te nemen. Dit blijkt telkens weer uit gesprekken die maandelijks plaatsvinden met jonge artsen die hun militaire dienstplicht vervullen. Ook blijkt dat meerderen van hen bereid zouden zijn huisarts te worden, wanneer de mogelijkheid zou bestaan opgenomen te worden in een groepspraktijk. Duidelijk blijkt behoefte te bestaan aan mogelijkheden tot overleg met meer ervaren collegae.

Wij stellen ons voor dat het beroep van huisarts voor vele jongere artsen aantrekkelijker wordt wanneer hun de mogelijkheid geboden wordt in een groepspraktijk opgenomen te worden.

De start van een groepspraktijk.

Wij dienen te onderscheiden:

- a. de groepspraktijk door samenvoeging van de praktijken van reeds gevestigde artsen;
- b. de groepspraktijk in nieuwbouwwijken.

ad.a. de groepspraktijk door samenvoeging van de praktijken van reeds gevestigde artsen.

Diverse motieven zoals b.v. ruimtelijke en praktijkorganisatorische problemen kunnen de aanleiding vormen voor een gevestigde huisarts om contact te zoeken met buurtcollegae om tot groepspraktijkvorming over te gaan. De moeilijkheid in oudere stadswijken is veelal om een geschikt gemeenschappelijk praktijkpand te vinden, daar nieuwbouw gewoonlijk niet mogelijk is. Gezocht zal dan moeten worden naar een bestaand gebouw; dit kan zijn een woning, die voor dit doel aan het woonareaal onttrokken mag worden, een gewezen tehuis of een oud ziekenhuisje e.d. In de meeste gevallen zal er dan verbouwd moeten worden. Inzake inrichting en verbouwing staan de gegevens van de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G. (rapport spreekkamer, geluiddichtheid, communicatie, e.d.) ter beschikking. Ook kunnen adviezen van de binnenhuisarchitecte, efficiency expert en architect, verbonden aan de afdeling voorlichting van het N.H.I. ingewonnen worden.

Naast deze mogelijkheden is het ook mogelijk dat een der participerende huisartsen zijn woning verlaat en elders een geschikt woonpand zoekt. De verlaten woning annex "bedrijfspan" zou dan volledig als praktijkpand ingericht kunnen worden. De financiële consequenties van groepspraktijkvorming zullen later in dit hoofdstuk besproken worden.

Voor apotheekhoudende huisartsen die zich in groepspraktijkverband wensen te verenigen zijn er bovendien moeilijkheden te overwinnen wat hun apotheek betreft. De wet n.l. staat niet toe dat meerdere huisartsen in één en dezelfde apotheek werken. Gezocht wordt naar een oplossing voor deze problemen. Geadviseerd wordt in dergelijke gevallen contact op te nemen met de apotheekkommissie van de Landelijke Huisartsen Vereniging, die deze materie in studie heeft.

ad.b. de groepspraktijk in nieuwbouwwijken.

De start van de groepspraktijk zal hier vaak anders zijn dan in bestaande woonwijken. In de nieuwbouwwijken van onze grotere en grote steden is eigenlijk geen sprake meer van een geleidelijk betrekken der woningen. Grote kontingenten woningen worden gelijktijdig opgeleverd, zodat het in gebruik nemen van de woningen ook golfsgewijze plaats vindt.

De burgemeester, een wethouder, de G.G.D. in een dergelijke stad of het kringbestuur van de Maatschappij neemt veelal reeds ver voordat de nieuwbouwwijk in gebruik zal worden genomen, initiatieven voor de ontwikkeling van een efficiënte gezondheidszorg in de betreffende wijk. De huidige opvatting daaromtrent is dat in de nieuwbouwwijken een of meer gezondheidscentra gebouwd moeten worden, waarin de samenwerkende kruisorganisaties, het M.O.B., de G.G.D. en andere medische organisaties hun diensten kunnen verlenen. Het is soms mogelijk om aan een dergelijk gezondheidscentrum een groepspraktijkpand te bouwen. Het voordeel daarvan is dat er geen ruimtelijke barrière samenwerking tussen huisartsen en organen van institutionele gezondheidszorg in de weg zal staan.

Een groepspraktijk in een nieuwbouwwijk zal groeien. Dit in tegenstelling tot een groepspraktijk in bestaande stadswijken, waar deze tot stand komt door de inbreng van een aantal solopraktijken. Het groepspraktijkpand zal reeds voor meerdere artsen opgezet dienen te worden, hoewel aanvankelijk hierin slechts één arts zal praktizeren. Ook is mogelijk, dat de eerste arts zijn praktijk start in een voorlopig onderkomen. Op het moment dat het nodig is een tweede arts aan te trekken, zou men in het definitieve groepspraktijkpand kunnen trekken, dat inmiddels gereed gekomen is. De eerst aanwezige groepspraktijkarts heeft een veel ruimere keuzemogelijkheid bij het aantrekken van collegae dan de arts die het initiatief neemt tot groepspraktijkvorming uit reeds bestaande solopraktijken in oudere stadswijken.

Groepspraktijkvorming in nieuwbouwwijken heeft echter geheel andere financiële consequenties dan groepspraktijkvorming door inbrengen van een aantal solopraktijken; hierover ook later in dit hoofdstuk.

De groepscollegae.

Er zijn een aantal voorwaarden waaraan voldaan dient te worden opdat de kans van welslagen vergroot wordt. Objektieve criteria op basis waarvan men zich zijn groepscollegae kan kiezen bestaan echter niet. Bij groepspraktijkvorming in een oudere woonbuurt is de keuzemogelijkheid uiterst beperkt doordat men slechts met de collegae die in dezelfde wijk praktiseren contact kan zoeken. Bereidheid bij ieder tot het opgeven van eigen, onbeperkte, vrijheid is van essentieel belang. Wat betreft de omvang van de groep, menen wij dat groepen van 4 à 5 huisartsen de voorkeur genieten. Te grote groepen schaden de persoonlijke betrokkenheid van de leden. Te kleine groepen hebben het nadeel dat men te zeer van de ander afhankelijk is.

Verder dienen de praktijken wat hun omvang betreft niet al te zeer van elkaar te verschillen. Dit o.a. opdat iedere arts in principe evenveel tijd kan besteden aan groepsactiviteiten. Voorwaarde tot het welslagen van de groepspraktijk is ook dat de echtgenotes van de participerende artsen positief staan t.a.v. samenwerking tussen hun resp. echtgenoten.

Wat betreft de leeftijd van de samenwerkende artsen zijn slechts summiere richtlijnen te geven. Het verdient wellicht aanbeveling dat niet allen van gelijke leeftijd zijn, opdat continuïteit in de groepspraktijk als geheel daardoor beter gewaarborgd is.

Het komt de samenwerking in de groep niet ten goede wanneer een huisarts zich uit negatieve overwegingen bij een groepspraktijk wenst aan te sluiten. Dit kan zich b.v. voordoen in een dorp waarin 5 huisartsen praktiseren en waarvan zich er 4 wensen te verenigen in een groepspraktijk. Wanneer de 5e huisarts zich louter wenst aan te sluiten bij de groep uit angst b.v. om van de weekendwaarneming te worden uitgesloten, zou dit een negatief element in de groepsvorming betekenen. In een dergelijk geval kan men wellicht deze collegae liever niet in de groep opnemen, maar hem aanbieden volledig in de weekenddienst te laten deelnemen.

Om teleurstellingen te voorkomen, wordt nogmaals geadviseerd niet direkt de meest intensieve vorm van samenwerking aan te gaan. Uitgroeien van de samenwerking verdient de voorkeur. Althans voordat kontrakten worden afgesloten, dienen de artsen ruimschoots in de gelegenheid te zijn zich te oriënteren omtrent elkaars hebbelijkheden en onhebbelijkheden. Uit engelse ervaring blijkt, dat hiervoor ongeveer een jaar nodig is.

Praktijkorganisatie.

A.spreekuren.

Om onnodig wachten door de patienten te voorkomen, wordt aangeraden over te gaan op afspraakspreekuren. Daar er vanuit gegaan wordt dat de artsen gezamenlijk een of meerdere administratieve krachten in dienst hebben, valt de organisatie ervan gemakkelijk aan hen over te laten. Het verdient wellicht aanbeveling bovendien's ochtends een kort vrij spreekuur te houden waarop patienten een herhalingsrecept, een verwijskaart voor de oogarts e.d. kunnen komen halen.

B.spreekkamer.

De mogelijkheid doet zich in een groepspraktijkpand voor dat twee artsen afwisselend gebruik maken van dezelfde spreekkamer; dit is te realiseren door b.v.na elkaar spreekuur te houden. Het instellen van afspraakspreekuren voorkomt dat twee artsen op hetzelfde ogenblik de spreekkamers zouden willen gebruiken.

Hoewel deze oplossing ongetwijfeld economische voordelen biedt, dient men zich af te vragen of deze opwegen tegen het feit dat men juist door deze oplossing in mindere mate een eigen cachet kan geven aan de spreekkamer.

Bovendien is te verwachten dat een zodanige verschuiving in de verhouding tussen konsulten en visites zal optreden, dat een huisarts steeds meer gebruik van zijn spreekkamer moet gaan maken. Dit zou tegen het gemeenschappelijk gebruiken door twee artsen van één spreekkamer kunnen pleiten.

Tot op heden echter is gebleken dat het alternerend spreekuur houden in één spreekkamer goed mogelijk is.

C. bereikbaarheid van een arts.

a. tijdens de normale werkuren.

Door middel van een groepssemafoon (of mobilofoon) kan men vanuit het praktijkhuis de arts voor spoedgevallen oproepen. Ook is mogelijk dat men een regeling treft waarbij een arts gedurende b.v. een week voor alle groepscollegae de spoedgevallen verzorgt.

De anderen zijn dan vrijer in hun handelen. Ook alternerend spreekuur houden kan hiertoe bijdragen.

b. bij de avond en/of nacht.

Men kan desgewenst dienst instellen, zodanig dat een der artsen gedurende een week de avonden en nachten in het groepspraktijkpand doorbrengt. Ook is mogelijk dat de dienstdoende arts zich thuis bereikbaar houdt. De konsequentie is echter, dat hij dan voor een aantal spoedbehandelingen naar het gezamenlijk praktijkpand moet rijden. In het laatste geval dient men een alibifoon aan te sluiten op de telefoon in het groepspraktijkpand dat meldt welke arts avond en nachtdienst heeft en hoe deze bereikbaar is.

D. hulppersoneel.

Afhankelijk o.m. van de organisatie der spreekuren is het of men één assistente per huisarts of een assistente per twee huisartsen dient aan te trekken.

Een medebepalende faktor is ook of men gezamenlijk een receptioniste/telefoniste in dienst wenst te nemen. Haar taak zal kunnen zijn de patienten te ontvangen, de telefoon te bewaken en afspraken met patienten te maken voor spreekuurbezoek.

Wellicht zou het ook tot haar taak kunnen behoren de rekeningen te schrijven.

E. patientenadministratie.

De patientenadministratie dient centraal beheerd te worden opdat het systeem in zijn geheel toegankelijk is voor de dienstdoende arts in avond, nacht en weekend. Het verdient aanbeveling dat alle artsen hetzelfde soort werkkaarten gebruiken.

F. laboratorium, behandelkamer en onderzoekkamer.

Van geval tot geval dient bekeken te worden in hoeverre combinaties mogelijk zijn. Gedacht wordt aan één laboratorium voor alle groepspraktijkartsen gemeenschappelijk, één behandelkamer per twee artsen en per arts een onderzoekkamer.

G. ruimten voor bijzondere doeleinden.

In een groepspraktijkpand dient ruimte geschapen te worden voor bijzondere activiteiten. B.v. één "steriele" kamer, waarin de artsen kleine chirurgische ingrepen kunnen doen. Ook is mogelijk dat men behoefte krijgt aan een kamer waarin b.v. een maatschappelijk werkster spreekuur kan houden. Deze kamer is dan tevens te benutten als koffiekamer. Ook al weet men tevoren niet welke bestemming men aan een dergelijke kamer zal geven, dan toch wordt geadviseerd deze in het bouwprogramma op

te nemen, opdat later indien daaraan de behoefte ontstaat, een ruimte voor bijzondere doeleinden beschikbaar is.

De financiële aspecten van de groepspraktijk.

De volgende twee hoofdstukken zijn gewijd aan respectievelijk de economische aspecten van de groepspraktijk in vergelijking met de solopraktijk, het bouwkundig model van een groepspraktijk en haar stichtingskosten.

Aan enkele financiële aspecten in de groepspraktijk die in deze hoofdstukken niet besproken worden, zullen wij hier vervolgens aandacht besteden.

De verwerving van gelden zal voor velen een moeizame aangelegenheid zijn. Men denke echter niet alleen aan het verwerven in eigen bezit van een groepspraktijkpand. In nieuwbouwwijken van grotere steden verdient het aanbeveling contact op te nemen met gemeentelijke instanties. Wellicht zijn er mogelijkheden dat een dergelijke instantie het pand bouwt en bereid is dit aan de artsen te verhuren. Voor de financiëring van een eigen groepspraktijkpand kan ook gedacht worden aan beleggingsmaatschappijen en verzekeringsmaatschappijen. In Frankrijk b.v. belegt het onderlinge artsen pensioenfonds gelden in groepspraktijkpanden. Vaak zal het noodzakelijk zijn, dat de huisartsen die zich in groepspraktijkverband verenigen, zelf het gezamenlijke praktijkpand financieren. Verkoopt de arts zijn woon- annex bedrijfspand en gaat kleiner wonen, dan zullen de vrijgekomen financiën zeker niet voldoende zijn om daarmee zijn aandeel in het groepspraktijkpand te voldoen. Het scheiden van wonen en werken heeft ook fiskale consequenties. Een aantal fiskale voordelen gaat te niet wanneer wonen en werken niet langer in één en hetzelfde pand plaatsvinden. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 6, dat gewijd is aan de fiskale aspecten van de groepspraktijk.

De verdeling van lasten en baten.

Verschillende mogelijkheden doen zich voor waarvan wij noemen:

1. lasten en baten worden in gelijke delen verdeeld. Dit zou het meest eenvoudig te realiseren zijn, wanneer de patienten i.p.v. op de individuele arts, op de groep van artsen ingeschreven zouden worden. De patient zou binnen de groep vrij zijn zijn huisarts te kiezen. Bij vele artsen echter bestaan bezwaren tegen deze vergaande vorm van samenwerking.

Ook al worden de patienten niet "gepooled", dan nog verdient het aanbeveling lasten en baten gelijkelijk te verdelen. Voorwaarde daartoe is dat de praktijken qua omvang niet al te zeer van elkaar verschillen, zodat bij het inbrengen van praktijken van ongelijke grootte naar een zekere nivellering gestreefd dient te worden.

2. verdeelsleutels.

Het invoeren van verdeelsleutels op de baten en lasten, biedt de mogelijkheid om allerlei factoren en activiteiten waarin de groepspraktijkartsen van elkaar verschillen in de berekening te verdiskonteren. De verdeelsleutels kunnen b.v. toegepast worden voor de factoren:

- praktijkgrootte
- hoeveelheid verrichte arbeid voor de groep
- gebruik van laboratorium en andere apparatuur
- verhouding partikuliere praktijk - ziekenfondspraktijk
- de leeftijd
- aantal jaren lidmaatschap van de groep.

Naarmate men er meer factoren in betreft, zullen registratie en administratie meer tijd en moeite vergen.

Wanneer men een dergelijk systeem wenst toe te passen, dan dient men na te gaan of de uitkomsten werkelijk wel verschillen van de uitkomsten wanneer men een verdeling in gelijke delen toepast.

3. verdeelsleutels alleen voor de lasten van de groepspraktijk.

Verder als onder 2.

Misschien ook hier weer verdient het aanbeveling in het begin lasten en baten via verdeelsleutels te verdelen, om later vanzelf te groeien naar verdeling van lasten en baten in gelijke delen.

De artsen, die zich willen oriënteren omtrent de financiële aspecten van de groepspraktijk zullen, naast deze algemene opmerkingen, geïnteresseerd zijn in de kostenonderdelen waarvan te verwachten is dat deze ten opzichte van de solopraktijk duidelijke afwijkingen zullen vertonen en in hoeverre deze kosten invloed zullen ondergaan van het aantal artsen dat in een groepspraktijk wordt opgenomen. Hieraan is het volgende hoofdstuk gewijd.

Het bouwkundig model van een groepspraktijk, met
betrekking tot bouwprogramma en stichtingskosten.

Inleiding.

Het geven van enige informatie betreffende bouwprogramma en stichtingskosten van een groepspraktijkgebouw is een hachelijke zaak en is slechts betrekkelijk zinvol. De vraag is immers welk bouwprogramma wordt als uitgangspunt gekozen en welke bouwprijs per volume eenheid wordt aangenomen.

Hoe keuze en aanname ook worden gedaan, ze zijn nimmer voor alle gevallen geldend.

Het bouwprogramma omvat de ruimten die de groep artsen als ruimtelijke basisoutillage voor hun praktijkvoering nodig dan wel wenselijk achten.

Men kan daarvoor geen algemeen geldende norm stellen. De ene groep acht het gebruik van 1 spreekkamer door 2 artsen zeker mogelijk, de andere groep meent dat slechts de beschikking van elke arts over zijn eigen spreekkamer de benodigde persoonlijke sfeer voor arts en patient kan scheppen.

Ook de keuze van gekombineerd gebruik van onderzoekkamers of behandelkamers zal per groepspraktijk verschillend uitvallen. Zeker is dat op de ruimtelijke wensenlijst incidenteel bijzondere ruimten voor stafbesprekingen, maatschappelijk werk en andere activiteiten zullen worden geplaatst.

Aanname van een bouwprogramma is daarom dan ook één keuze uit vele en andere mogelijkheden. Om enige informatie over de stichtingskosten van een groepspraktijkgebouw te verkrijgen, is in het hiernavolgende een ruimtelijk programma gekozen dat niet direkt tot de laagste investeringskosten leidt, maar ook niet tot de hoogste.

De gedane keuze betekent dan ook dat het programma in de praktijk of wel simpeler dan wel gekompliceerder kan worden samengesteld.

De kostencijfers die er uit voortvloeien zijn dan ook be-
slist niet als normatief te beschouwen.

Zelfs binnen het kader van de gekozen ruimtelijke outillage zijn ze slechts een indikatie van de werkelijke kosten. De werkelijke kosten zijn afhankelijk van vele factoren.

Daartoe behoren o.m.:

- a. de conjunctuur
- b. de geldende lonen en materiaalprijzen
- c. de geografische situering
- d. de aard van de grond en dientengevolge de aard van de fundering
- e. de waterstand
- f. de bouwwijze (laag-of hoogbouw, zelfstandig gebouw of opgenomen in kompleks, plat afgedekt of met kap, enz.)
- g. de wijze van afwerking van het gebouw.

Indien dus per volume eenheid een prijs van f. 180,-- wordt aangenomen in de hiernavolgende berekeningen, betekent dat geenszins dat deze prijs overal en in alle gevallen zal gelden. Het is dus zeer goed mogelijk dat in de praktijk deze prijs lager dan wel hoger zal uitvallen.

Om te laten zien dat een beperkter bouwprogramma en een lagere kostprijs van het gebouw per volume eenheid evenzeer tot de realiteit kan behoren, zijn na de hoofdberekening een aantal variant-berekeningen gemaakt.

Als uitgangspunten zijn daarvoor gekozen:

- a. een vereenvoudigd bouwprogramma
- b. een variatie in bouwkosten per volume eenheid
 - f. 180,-- / m³ (ongunstiger bouwsituatie)
 - 160,-- / m³ (gunstiger bouwsituatie)
 - 150,-- / m³ (nog gunstiger bouwsituatie)
 - 140,-- / m³ (praktijkruimte opgenomen in een kompleks).

N.b. Hierbij wordt verondersteld dat een ongunstiger bouwsituatie optreedt indien de bouwkosten nadelig worden beïnvloed door b.v.: hoge waterstand - slechte grondslag - diepere en kostbaarder fundering - duurdere bouwwijze - ongunstiger conjunctuur - perfektere afwerking, enz. Naarmate een accumulatie van deze factoren optreedt kan de prijs van f. 180,-- / m³ hoger worden.

- c. een geringere hoogte van de praktijkruimten
- d. verlaging van de post onvoorzien.

De variant berekeningen zijn voor de solopraktijk aangeduid als C1 - C2 - C3 en C4 en voor de groepspraktijk als D1 - D2 - D3 en D4 (zie pag.28 t/m 34). Het spreekt vanzelf dat een beperkter bouwprogramma ook zijn invloed doet gelden op de kostenbegroting van de inventaris van solopraktijk en groepspraktijk. Deze invloed is niet maar in cijfers uitgedrukt, daar deze invloed relatief van geringere betekenis zal zijn.

Uitgangspunten:

1. Tot het verkrijgen van een indicatie van de kosten van een groepspraktijkgebouw bij aannahme van een bepaald bouwprogramma, is een kostenvergelijking opgezet voor een solopraktijkgebouw (verder genoemd A) en een groepspraktijkgebouw voor 4 artsen (verder genoemd B).

Voor de modellen A en B zijn vergelijkbare bouwprogramma's gekozen. In beide gevallen is het praktijkgebouw zelfstandig. Een vergelijking met de veelvuldig voorkomende solopraktijk, opgenomen in een woonhuis, is dus in het hiernavolgende niet aan de orde. Het gekozen ruimtelijke programma voor de solopraktijk is wat meer omvattend dan de meeste solopraktijken momenteel nog bieden.

2. Er is ^{van} uitgegaan dat de gekozen maten van de vertrekken z.g. kartmaten moeten zijn. Voor de oppervlakte bepaling is de volledige oppervlakte van de buitenmuren bijgeteld. De totale oppervlakte omvat aldus: de binnenwerkse oppervlakte van de vertrekken, de oppervlakte van de binnenmuren en de oppervlakte van de buitenmuren.
3. Als uitgangspunt voor het grondgebruik is gekozen een strook van 5 m. rond het gebouw. Hieraan is toegevoegd de benodigde grond voor parkeren, fietsenstalling en toegankelijkheid.
4. In model A is parkeerruimte opgenomen voor 1 auto en stalling voor 20 fietsen. Bij solopraktijken zullen de meeste gemeenten accepteren dat de arts alleen zorgt voor parkeerruimte op eigen terrein t.b.v. zijn eigen auto.

Parkeerruimte voor de auto's van patienten wordt meestal niet geëist. Bij de groepspraktijk zullen verdere eisen aan de parkeerruimte worden gesteld. In model B is dan ook parkeerruimte opgenomen voor 18 auto's en stalling voor 50 fietsen.

5. In de modellen A en B is geen extra ruimte voor centrale verwarming opgenomen. Gezien de beperkte benodigde ruimte bij gasverwarming, kan de berging daarin voorzien.
6. De globale kostenbegroting is opgezet in 10 onderdelen. De wijze van kostenbepaling van elk onderdeel is aangegeven. Daardoor kunnen wijzigingen in de aangenomen oppervlaktemat en de eenheidsprijzen gemakkelijk worden verwerkt.

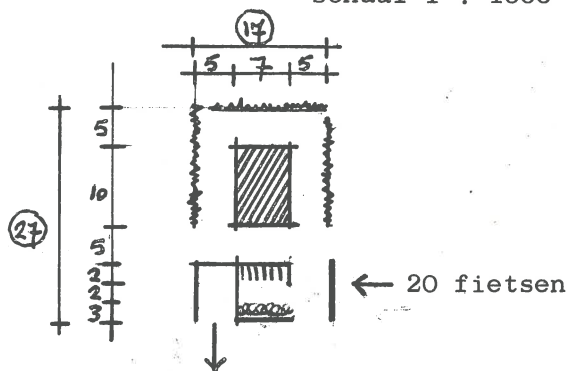
7. Voor de globale kostenbepaling van een aantal onderdelen zijn gebruikelijke vuistregels toegepast.
8. De gevonden kostencijfers zijn uiteraard slechts een indicatie van de werkelijke kosten.
9. Niet opgenomen zijn: a. apparatuur - laboratorium en administratie;
b. instrumentarium spreekkamer - onderzoekkamer - behandelkamer;
c. schoonmaakapparatuur: stofzuiger, elektrische vloerwrijver;
d. inventaris keuken;
e. zonwering.
10. De modellen A en B zijn beide in laagbouw gedacht.

Bouwkundig model solopraktijk (A).

Bouwprogramma t.b.v. 1 arts.

Soort ruimte	aantal	maat	totaal m ²
spreekkamer	1	4 x 4 m	16
onderzoekkamer	1	3 x 2 m	6
kleedkabine	1	1 x 2 m	2
behandelkamer	1	3 x 2,5 m	7
laboratorium	1	2 x 1,5 m	3
adm./receptie	1	2 x 2 m	4
wachtruimte	1	4 x 2 m	8
werkkast	1	1 x 1 m	1
toilet	1	1 x 2 m	2
berging	1	1 x 2 m	2
entree	1	1 x 2 m	2
verkeersruimte			7
totaal			60
buitenmuur	34 m	34 x 0,3 m	10

totaal
Inhoud $70 \text{ m}^2 \times 3,2 \text{ m} =$ 224 m³ 70 m^2
bouwwolume



TERREIN: 27 m. x 17 m. = 460 m².

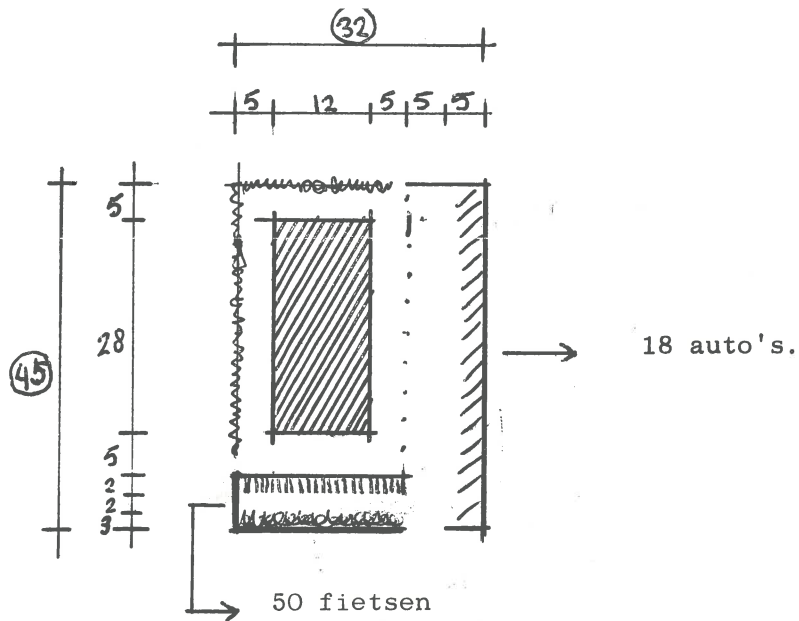
Zie voor specificatie inventaris, meubilering en verlichting bijlage I.

Bouwkundig model groepspraktijk (B).

Bouwprogramma t.b.v. 4 artsen.

soort ruimte	aantal	maat	totaal m ²
spreekkamers	4	4 x 4 m	64
onderzoekkamers	4	3 x 2 m	24
kleedkabines	4	2 x 1 m	8
behandelkamers	2	4 x 4 m	32
laboratorium	1	3 x 4 m	12
reserve ruimte	1	3 x 4 m	12
adm./receptie	1	6 x 4 m	24
archief/keuken	1	5 x 2 m	10
wachtruimte	1	3 x 5 m	15
wachtruimte	1	4 x 4 m	16
toiletten/werkkast	1	5 x 2 m	10
berging	1	4 x 1,5 m	6
entree	1	3 x 2 m	6
verkeersruimte			75
totaal			314 m ²
buitenmuur 80m.		80 x 0,3 m	24 m ²
totaal			338 m ²

Inhoud bouwvolume 338 m² x 3,2 m = 1.082 m³



TERREIN: 45 m x 32 m = 1440 m²

Zie voor specificatie inventaris, meubilering en verlichting bijlage II.

Globale kostenbegroting Solopraktijk (A).

1) Grond	17 x 27 m = 460 m ² á f.40,-- =	f. 18400,--
	of 460 m ² á - 35,-- =	- 16100,--
2) Parkeerterrein Verharding parkeerterrein:		
fietsenstalling	7 m x 5 m = 35 m ² á f.21,-- =	f.735,--
verharding	à f. 21,-- =	f.735,--
	riolering 7 m á f.25,- =	- 175,--
	1 straatkolk	- 125,--
	verharding fietsenstalling:	
	5 m x 7m= 35 m ² á f.21,- =	- 735,--
	Overige verharding 20 m ²	
	à f.21,- =	- 420,--
	Fietsenklemmen, 20 stuks	
	à f.20,- =	- 400,--
		f. 2590,--
3) Terreinafscheiding		
	45 m ² tuinmuur à f.40,--	f.1800,-
	overige afscheiding 57 m ²	
	à f.10,-	- 570,-
		f. 2370,--
4) Tuin	280 m ² á f.5,-- =	f.1400,-
		f. 1400,--
5) Gebouw	224 m ³ á f.180,--	f. 40320,--
Onvoorzien		- 2000,--
6) Centrale verwarming		
	224 x 70 x f0,25 = ±	f.4000,-
	extra	- 500,-
		f. 4500,--
7) Kosten architect		
	hon. bij een bouwsom van f.50000,-	
	hon. 7,9%	- 3950,-
	werktek. 5,1%	- 2500,-
	onkosten	- 1550,-
	toezicht	- 1500,--
		± f. 9500,--
8) Leges en aansluitkosten		± f. 1000,--

Globale begroting Groepspraktijk (B).

1) Grond	45 x 32 m = 144 m ² à f.40,-	f. 57600,-
	of 1440 m ² à f.35,-	- 50400,-
2) Parkeerterrein	Verhard.parkeerterrein:	
Verharding	45 x 10 m = 450 m ²	
Fietsenstalling	à f.21,--	f.9450,-
	riolering 45 m à f.25,-	- 1125,-
	3 straatkolken à f.125,-	- 375,-
	Verhard.fietsenstalling	
	70 m ² à f.21,-	- 1470,-
	Overige verharding	
	25 m ² à f.21,-	- 525,-
	Fietsenklemmen	
	50 stuks à f.20,-	- 1000,--
		f. 13935,-
3) Terreinafscheiding	110 m tuinmuur à f.40,-	
	overige afscheiding	f. 4400,-
	60 m à f.10,-	- 600,-
		f. 5000,-
4) Tuin	598 m ² à f.5,-	f. 2990,-
5) Gebouw	1082 m ³ à f.180,-	f.194760,-
Onvoorzien		f. 5000,-
6) Centrale verwarming	1082 x 70 x f.0,25	
	extra f.280,-	f.19215,-
7) Kosten architect	hon.bouwbedrag f.250.000,-	
	hon.5,57%	- 13.925,-
	werktek.3,63%	- 9.075,-
	onk.+ toezicht	- 6.000,-
		f. 29000,-
8) Leges aansluitkosten		f. 1500,--

Globale kostenbegroting inventaris groepspraktijk (A). *

Soort ruimte	aan- tal	meubilering prijs	stoffering prijs
spreekkamer	1	f. 2758,--	f. 738,--
onderzoekkamer)	1	- 980,--	- 340,--
kleedkabine)	1		
behandelkamer	1	- 1675,--	- 400,--
laboratorium	1	- 1000,--	- 150,--
adm. / receptie	1	- 1400,--	- 200,--
wachtruimte	1	- 1100,--	- 280,--
werkkast	1	- 50,--	- 30,--
toilet	1	- 50,--	- 30,--
berging	1	- 50,--	- 60,--
entree		- 150,--	- 200,--
verkeersruimte			
totaal		f. 9113,--	f. 2428,--

Globale kostenbegroting inventaris groepspraktijk (B). **

spreekkamers	4	f. 11032,--	f. 2950,--
onderzoekkamers)	4	- 3920,--	- 1320,--
kleedkabines)	4		
behandelkamers	2	- 3350,--	- 1638,--
laboratorium	1	- 1530,--	- 538,--
reserveruimte	1	- 600,--	- 350,--
adm./receptie	1	- 3800,--	- 540,--
archief/keuken	1		- 160,--
wachtruimte	1	- 2410,--	- 680,--
toiletten/werkkast	1	- 200,--	- 120,--
berging	1	- 50,--	- 150,--
entree)	1	- 840,--	- 1640,--
verkeersruimte)		- 268,--	
totaal		f. 27732,--	f. 10086,--

* = zie voor specificatie bijlage III.

** = zie voor specificatie bijlage IV.

SAMENVATTING VERGELIJKING KOSTENBEGROTING A EN B.

<u>A. SOLOPRAKTIJK</u>		<u>PRIJS</u>	<u>B. GROEPSPRAKTIJK</u>	<u>PRIJS</u>
1)	Grond 460 m ²	f. 18400,--	Grond 1440 m ²	f. 57600,--
2)	Parkeerterrein + verharding 55 m ² + fietsenstalling (20 st.), 1 auto	f. 2590,--	Parkeerterrein + verharding 520 m ² + fietsenstalling (50 st.) + 18 auto's	f. 13935,--
3)	Terreinafscheiding	f. 2370,--	Terreinafscheiding	f. 5000,--
4)	Tuin 280 m ²	f. 1400,--	Tuin 598 m ²	f. 2990,--
5)	Gebouw 224 m ³ Onvoorzien	f. 40320,-- f. 2000,--	Gebouw 1082 m ³ Onvoorzien	f. 194760,-- f. 5000,--
6)	Centrale verwarming	f. 4500,--	Centrale verwarming	f. 19215,--
7)	Kosten architect	f. 9500,--	Kosten architect	f. 29000,--
8)	Leges en aansluitkosten	f. 1000,--	Leges en aansluitkost.	f. 1500,--
9)	Inventaris/meubil.	f. 9113,--	Inventaris/meubilering	f. 27732,--
10)	Inventaris/stoff.	f. 2428,--	Inventaris/stoffering	f. 10086,--

Conclusies:

1. De oppervlakte vergelijking van A en B laat zien
bruto oppervlakte A (1 arts) = 70 m^2
bruto oppervlakte B (4 artsen) = 338 m^2
Conclusie opp.B. = 4,8 opp.A.
2. Indien men de oppervlakten van de vertrekken van A.
vermenigvuldigt met 4 en deze vergelijkt met de
vertrekoppervlakten van B. ontstaat het volgende
beeld:

soort ruimte	toename in m^2	afname in m^2
reserve ruimte	12	
adm./receptie	8	
archief./keuken	10	
verkeersruimte	45	
behandelruimte	4	
wachtruimte		1
toiletten/werkkast		2
berging		2
buitenmuren		16
overige ruimten	geen	geen
totaal	79 m^2	21 m^2

3. Opmerkelijk is dat de verkeersruimte (entree en
gangen) bij vergelijking laat zien:
In geval A: 12,85% van de totale oppervlakte van A.
In geval B: 25,1% van de totale oppervlakte van B.
De verkeersruimte opp.B = 9 opp.A.

4. Kostenvergelijking in onderdelen:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 1. Grondkosten: | B = 3,13 A |
| 2. Parkeerterrein - verharding | B = 5,38 A |
| 3. Fietsenstalling / terreinafscheid. | B = 2,11 A |
| 4. Tuin | B = 2,12 A |
| 5. Gebouw | B = 4,72 A |
| 6. Centrale verwarming | B = 4,27 A |
| 7. Kosten architect | B = 3,1 A |
| 8. Leges en aansluitkosten | B = 1,5 A |
| 9. Inventaris (meubilair) | B = 3 A |
| 10. Inventaris (stofferings) | B = 4,16 A |

5. Kostenvergelijking in hoofdzaken:

Grond (onderdeel 1)	B = 3,13 A
Terreinafscheiding (onderdeel 2-4)	B = 3,45 A
Gebouw (onderdeel 5 t/m 8)	B = 4,35 A
Inventaris (onderdeel 9 en 10)	B = 3,28 A

6. Hoewel voor de berekening van de kosten van het gebouw voor beide modellen een volumeprijs van f. 180,-/m³ is aangehouden, zal de praktijk waarschijnlijk uitwijzen dat het bouwbedrag per volume eenheid in geval B wat lager ligt dan in geval A. Op grond daarvan lijkt het aannemelijk te veronderstellen, dat in punt 5 genoemde kostenvergelijking voor het gebouw zal naderen tot B = 4 A.

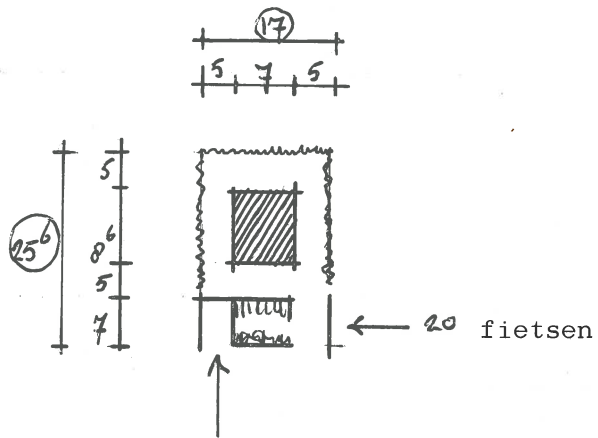
Variant solopraktijk:C.

Variantberekeningen

(zie voor de uitgangspunten pag.19).

Soort ruimte	aan- tal	maat	totaal m ²
spreekkamer	1	3 x 4	12
onderzoekkamer	1	3 x 2	6
kleedkabine	geen	(kleedpositie in onderz.k.)	
behandelkamer	1	2 x 2,5	5
laboratorium	1	2 x 3	6
adm./receptie			
wachtruimte	1	4 x 2	8
werkkast	1	1 x 1	1
toilet	1	1 x 2	2
berging	1	1 x 1	1
entree	1	1 x 2	2
verkeersruimte			7
totaal			50 m ²
buitenmuur			10 m ²
totaal			60 m ²

Inhoud bouwvolume: 60 m² x 3 m = 180 m³.



schaal 1 : 1000.

terrein 25,60 m x 17 m = 436 m².

Globale kostenbegroting

Solopraktijk: C.
in varianten.

no.	onderdeel	prijs	var.C.1.	var.C.2.	var.C.3.	var.C.4.
			f.180,/m ³	f.160,/m ³	f.150,/m ³	f.140,/m ³
1	grond	436 m ² à f.40,- = f.17440,-- idem à f.35,- = f.15260,--				
2	park.terr.	f. 2590,--				
3	terr.afscheid.	f. 2340,--				
4	tuin	246 m ² à f.5,- = f.1230,--				
5	gebouw onvoorziën	180 m ³	f.32400,-- - 1000,--	f.28800,-- - 1000,--	f.27000,-- - 1000,--	f.25200,-- - 1000,--
6	centr.verw.	f.3650,--				
7	kosten archit.	+f.8474,--				
8	leges en aan- sluitkosten	+ f.1000,-- -				

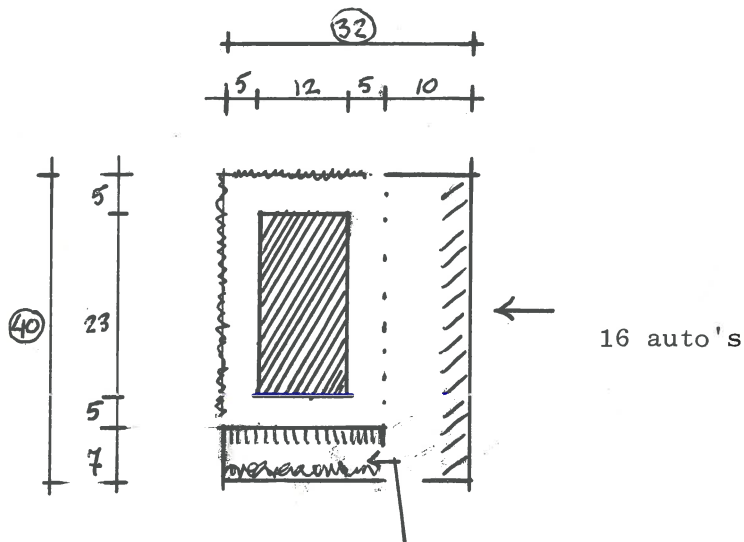
Opmerkingen:

1. De grondprijs zal in de steden hoger zijn, op het platteland lager.
De prijs kan variëren van f.20,-- tot f. 60,-- en meer.
2. --
3. De terreinafscheiding bestaat ten dele uit muurwerk.
Een bezuiniging hierop is uiteraard mogelijk.
4. De tuin kan in plaats voor f. 5,-- /m² ook voor f. 3,--/m² worden ingeplant.
5. De post onvoorzien is variabel.
6. De prijs is met een algemene vuistregel begroot.
7. De kosten zijn berekend door middel van een percentage bij een bouwsom van f. 40.000,--
8. Deze post varieert per gemeente.

Variant Groepspraktijk D.

Soort ruimte	aantal	maat	totaal m ²
spreekkamers	4	3 x 4	48
onderzoekkamers	4	3 x 2	24
kleedkabines	geen	kleedposities in onderzoekkamers	
behandelkamers	2	3 x 4	24
laboratorium	1	3 x 3	9
reserveruimte	1	4 x 4	16
adm./receptie	1	3 x 4	12
archief/keuken	1	2x2x1x2	6
wachtruimte	2	3 x 4	24
toiletten/werkkamer		5 x 2	10
berging	1	2 x 2	4
entree	1	3 x 2	6
verkeersruimte			67
totaal			250 m ²
buitenmuur			24
totaal			274 m ²

Inhoud bouwvolume: $274 \text{ m}^2 \times 3 \text{ m} = 822 \text{ m}^3$.



50 fietsen

schaal 1 : 1000.

terrein $40 \times 32 = 1280 \text{ m}^2$.

Globale kostenbegroting.

Groepspraktijk:D.
in varianten.

no.	onderdeel	prijs	var.D.1.	var.D.2.	var.D.3.	var.D.4.
			f.180, /m ³	f.160, /m ³	f.150, /m ³	f.140, /m ³
1	grond	1280 m ² à f.40,- = f.51200,-- 1280 m ² à f.35,- = f.44800,--				
2	park.ter.	f.12885,--				
3	terr.afsch.	f.4900,--				
4	tuin	438 m ² à f.5,- = f.2190,--				
5	gebouw onvoorzien	822 m ³	f.147960, - - 3000, -	f.131520, - - 3000, -	f.123300, - - 3000, -	f.115080, - - 3000, -
6	centr.verw.	f.14385,--				
7	kosten arch.	f.25200,--				
8	leges en aansluit- kosten	+ f.1500,--				

Opmerkingen:

1. Zie opmerkingen solopraktijk (pag.31).
 2. Indien parkeren buiten het eigen terrein wordt toegestaan, kan zeker f. 10.000,-- worden bezuinigd.
 3. Zie opmerkingen solopraktijk.
 4. Idem.
 5. Idem.
 6. Idem.
 7. De kosten zijn berekend door middel van een percentage bij een bouwsom van f.200,000,--.
 8. Zie opmerkingen solopraktijk.
-

Enkele economische aspecten van een groepspraktijk van niet-apotheekhoudende huisartsen.

I. Inleiding.

In het onderstaande is getracht voor een groepspraktijk van huisartsen een inzicht te verschaffen omtrent de daaraan verbonden investeringen en de exploitatie-opbrengsten en -kosten. Dit inzicht kan om meerdere redenen niet anders zijn dan een ruwe benadering. In de eerste plaats bestaat er een vrij grote divergentie in de plaatselijke voorwaarden en omstandigheden waaronder een groepspraktijk tot stand zou kunnen worden gebracht, zodat vermelde cijfers voor verschillende vestigingsplaatsen heel anders zouden kunnen komen te liggen. De cijfers hebben dan ook geen andere pretentie dan het geven van een indicatie omtrent de omvang die verschillende posten in een gemiddeld geval zouden kunnen hebben. In de tweede plaats bestaat er ten aanzien van de kosten van een solopraktijk, die als basis voor de berekeningen omtrent de kosten van een groepspraktijk zouden moeten dienen, een grote mate van onzekerheid. Het beschikbare cijfermateriaal omtrent de kosten van een solopraktijk is hoofdzakelijk tot één bron terug te brengen, n.l. het kostenbudget zoals dit in de onderhandelingen omtrent de ziekenfondshonorering van huisartsen wordt gehanteerd. Voor dit doel werd in 1953 een kostenenquête gehouden, met behulp waarvan in 1955 een kostenbudget werd samengesteld. Dit budget heeft betrekking op een zgn. standaardpraktijk, d.w.z. een niet-apotheekhoudende huisartspraktijk van 300 partikuliere en 2700 ziekenfondspatiënten en 10% neveninkomsten (kontrole, keuringen, e.d.). In de loop der jaren is telkens een herziening van dit budget tot stand gekomen, hoofdzakelijk door aan de hand van relevant geachte indexcijfers de verschillende onderdelen ervan aan te passen aan de prijsontwikkelingen. In voorbereiding is een kostenberekening van de verschillende kostenonderdelen, waarvan ten grondslag zullen liggen de inkomsten van een nieuwe, in 1963 door de L.H.V. ingestelde, kostenenquête en eventuele andere gegevens. In dit rapport zal van de uitkomsten van deze herberekening geen gebruik kunnen worden gemaakt, omdat de gegevens daaruit nog niet beschikbaar zijn.

Behalve het kostenbudget 1967 vallen als overige bronnen waarvan gebruik is gemaakt ter verkrijging van een zeker inzicht in de kosten van een solopraktijk te noemen de onderhandelingsvoorstellen zoals die in het najaar van 1966 door de L.H.V. zijn geformuleerd en de opmerkingen t.a.v. enkele daarin opgenomen kostenposten zoals die zijn gemaakt in het advies dat in december 1966 aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd uitgebracht door de zgn. Commissie van der Ven.

Deze bronnen hebben alle gemeen, dat zij niet tot doel hebben een begroting te maken van de met de huidige praktijkuitoefening in een solopraktijk gemoeide kosten, maar het vaststellen van het kostendeel in het ziekenfondshonorarium van de huisarts, zoals dit tussen ziekenfondsorganisaties en L.H.V. wordt overeengekomen. Ter aanvulling van het voor ons doel benodigde inzicht in de kosten van de huisartspraktijk is dan ook gebruik gemaakt van door enkele huisartsen verstrekte informaties. Het inwinnen van deze informatie had mede ten doel na te gaan in welk opzicht bij de uitoefening van de praktijk in groepsverband wijzigingen in de kostenstructuur waren te verwachten. Dit rapport wil voor een denkbare groepspraktijk en een denkbare solopraktijk de kosten en opbrengsten naast elkaar stellen. Daarbij wordt ernaar gestreefd de aandacht hoofdzakelijk te richten op de kostenonderdelen waarvan de verwachting is dat zij t.o.v. de solopraktijk duidelijke afwijkingen zullen vertonen. Daarnaast wordt voor zover mogelijk, in de beschouwing betrokken in hoeverre de kosten invloed zullen ondergaan van het aantal artsen dat in een groepspraktijk wordt opgenomen.

II. Investeringsprognose voor een groepspraktijk van vier huisartsen.

II.1. Huisvesting.

Als één van de essentiële kenmerken van een groepspraktijk ziet de studiegroep het gebruik maken van een gezamenlijk praktijkgebouw. Een dergelijk gebouw zou op verschillende wijzen ter beschikking van een groep kunnen komen. Wij denken bijv. aan de volgende mogelijkheden:

- a. de groep laat een aan haar wensen aangepast groepspraktijkgebouw ontwerpen en bouwen;

- b. de groep koopt een bestaand pand en laat dit door verbouwing geschikt maken als groepspraktijkgebouw;
 - c. de groep huurt een bestaand pand;
 - d. de groep huurt een nieuw gebouwd groepspraktijkpand.
- ad.a. Deze mogelijkheid is in het bouwkundig model, besproken in hoofdstuk 3, als uitgangspunt gekozen. Wij gaan in het onderstaande nader in op de daarmee gemoeide investeringen voor wat betreft de aankoop van grond, van het gebouw, de aanleg van het terrein en van de inventaris. Deze hebben wij tezamen onder het hoofd huisvesting gerangschikt.
- ad.b. Bij de overweging van deze mogelijkheid zullen overwegingen een rol spelen, die samenhangen met de praktijkuitoefening, zoals bijv. de situering van het pand, de mate waarin indeling en outillage aangepast kunnen worden aan de eisen die een groepspraktijk stelt, of het pand al dan niet representatief is e.d. Daarnaast zal men tot een afweging van aankoop- en verbouwingskosten t.o.v. de kosten van een nieuwbouwproject komen. Bij deze afweging zullen financieringsmogelijkheden een rol spelen. Tevens moet men in de beschouwing betrekken de mogelijke verschillen in exploitatiekosten, die de verschillende objecten mee zullen brengen, waarbij de tendens mogelijk is, dat deze voor een verbouwd oud pand hoger zullen liggen dan voor een nieuwbouwpand.
- ad.c. De huur van een bestaand pand zal over het algemeen alleen in aanmerking komen als aanvullende voorzieningen worden getroffen om het pand als groepspraktijkhuis geschikt te maken. Daarbij is de vraag of de verhuurder met de daarvoor benodigde verbouwingen akkoord kan gaan en zo ja, of de daarmee gemoeide kosten voor rekening van de verhuurder of van de groepspraktijk zullen komen.
- ad.d. Een aantrekkelijke mogelijkheid zou kunnen zijn, dat een voor een groepspraktijk ontworpen ruimte door een bepaalde instantie, bijv. een gemeente, verhuurd wordt. Daarbij zou men kunnen denken aan een situatie waarin de toekomstige huurders reeds bij het ontwerp van het gebouw een zekere inspraak verkrijgen.

De keuze tussen huur en koop zal uit economisch oogpunt van de afweging van een aantal factoren afhangen.

Wij noemen daarvan bijv.:

- 1e. Bij de koop zal men zorg moeten dragen voor het bijeenbrengen van de bouwsom, inclusief de bijkomende kosten. De mogelijkheid zal gewoonlijk bestaan om voor een gedeelte de nodige middelen bijeen te brengen door een hypotheekaire lening aan te trekken. Daarnaast zal het resterende gedeelte hetzij uit eigen middelen, hetzij in de vorm van leningen, hetzij door een combinatie van deze twee, bijeen moeten worden gebracht. Deze financieringsperikelen heeft men bij een gehuurd pand niet, althans indien wij er gemakshalve van uitgaan, dat het pand als groepspraktijkgebouw geschikt is.
- 2e. Bij koop van een pand zullen de jaarlijkse kosten bestaan uit de met de exploitatie verbonden kosten, zoals onderhoud, reparatie, verzekering, belasting, alsmede uit de afschrijving en rente die men in de kostenkalkulatie opneemt. Bij huur van een pand betaalt men een huursom, daarnaast vallen onder de jaarlijkse lasten ook de exploitatiekosten voorzover die niet voor rekening van de verhuurder komen. Welke kosten voor rekening van de verhuurder komen, is afhankelijk van de inhoud van het huurkontraakt. Bij de afweging van de twee mogelijkheden zal men een langere termijn in beschouwing moeten nemen.
- 3e. Bij afweging van de jaarlijks te betalen bedragen, die ook over een lange termijn plaats moeten vinden, zal men bij de uitgaven die verband houden met een huurpand rekening moeten houden met mogelijke huurverhogingen. Bij een koop pand zijn de uitgaven, die men moet doen als aflossing en rentebetaling op de aangetrokken geldleningen gewoonlijk vaststaande bedragen.
- 4e. Mede van invloed op de afweging van huur tegenover koop zal de overweging zijn, dat men als huurder in het algemeen minder flexibiliteit van het gehuurde pand zal kunnen verwachten dan bij koop. Beslissingen over verbouwingen en uitbreiding zullen afhankelijk zijn van de goedkeuring van de verhuurder.
- 5e. Bij een huurpand zullen de waardeveranderingen, die het pand ondergaat, een risico vormen voor de verhuurder. Bij een koop pand zijn deze risico's voor de eigenaars.

Dit kan een rol spelen bij beëindiging van een groepspraktijk; slechte verkoopbaarheid van het pand kan de beëindiging bemoeilijken. Huur is zonder meer opzegbaar.

Wij gaan verder uit van de veronderstelling, dat de groepspraktijk wordt gevoerd vanuit een speciaal voor dit doel te ontwerpen en aan te kopen groepspraktijkgebouw.

De investeringsbedragen voor grond, gebouw en inventaris zijn opgenomen in het bouwkundig model (hoofdstuk 3). In de "hoofdberekening" treft men de volgende vergelijken- de cijfers tussen een solopraktijk en een groepspraktijk voor vier artsen aan:

	<u>A. solopraktijk:</u>	<u>B. groepspraktijk (4)</u>
Grond	f. 18.400,--	f. 57.600,--
Terreinaanleg	- 6.360,--	- 21.925,--
Gebouw	- 57.320,--	- 249.475,--
Inventaris	- 11.541,--	- 37.818,--

Daarbij moet men in aanmerking nemen, dat in het model van de solopraktijk niet de in het merendeel der praktijkuitoefeningen gebruikelijke situatie, dat de praktijkuitoefening in een gedeelte van het woonhuis van een arts plaatsvindt, als uitgangspunt is gekozen, maar dat gedacht is aan een aparte praktijkruimte buiten het woonhuis.

In verband met de inrichtingen van het gebouw staan naast de hierboven aangegeven bedragen nog de in het bouwkundig model expliciet achterwege gelaten investeringsbedragen in apparatuur (administratie, schoonhouden), zonwering en keukeninventaris. Voor de met deze posten samenhangende verhogingen van het investeringsbedrag in de inventaris begroten wij voor een groepspraktijk van 4 artsen de volgende bedragen:

Groepspraktijk (4).

Inventaris:

schoonmaakapparatuur	f. 1.200,--
inventaris keuken	- 1.500,--
zonwering	- 2.600,--
administratieve apparatuur	- 1.000,--
	- - - - -

f. 6.300,--

Aan de inventaris valt nog toe te voegen een in een groepspraktijk noodzakelijk te achten investering in een alibifooninstallatie, waarvoor een bedrag van f.1.000,-- wordt begroot.

Voor de solopraktijken stellen wij de vergelijkbare uitbreidingen van de investeringen in inventaris op f.3.000,--. Kiest men voor een vereenvoudigd bouwprogramma, zoals dit in de varianten C en D van het bouwkundig model is gedaan, dan komt de vergelijking van de investeringsbedragen er ongeveer als volgt uit te zien:

	<u>C.solopraktijk.</u>	<u>D.groepspraktijk (4).</u>
Grond	f.17.440,--	f. 51.200,--
Terreinaanleg	- 6.160,--	- 19.975,--
Gebouw	- 46.524,--	- 192.045,--
Inventaris	- 14.541,--	- 45.118,--

Ter adstruktie van de reserve waarmee men dit cijfermateriaal moet bezien, verwijzen wij in aansluiting op de opstellingen naar het bouwkundig model. Daarin zijn een aantal alternatieve bedragen voor de bouwkosten per m³ en voor de grondprijs en de kosten van de terreinaanleg vermeld. Voor de grondprijs worden variaties van f.20,-- / f.60,-- en meer per m² genoemd, voor de bouwkosten van in laagbouw gedachte aparte groepspraktijkgebouwen variaties van f.150,-- / f.180,-- per m³.

Zou men bijv. in een uit het oogpunt van bouwkosten zeer gunstige periode op een plaats waar de grondprijs gunstig ligt volgens de in variant D genoemde beperkingen in het bouwprogramma een groepspraktijkhuis bouwen, dan zou de investering in grond, terreinaanleg en gebouw wel ca.35% lager kunnen uitkomen dan de hoofdberekening aangeeft.

II.2. Instrumentarium.

Het instrumentarium voor een groepspraktijk zal de neiging hebben om ten opzichte van dat in een eenmanspraktijk aanzienlijke uitbreiding te ondergaan. Dit staat in verband met de betere bezetting ervan bij groepsgebruik en met de verwachte uitbreiding van researchactiviteiten in een groepspraktijk.

In onderstaande begrotingsbedragen komt dit gezichtspunt alleen tot uitdrukking in de post die is opgenomen voor het instrumentarium van de in het bouwkundig model opgenomen ruimte voor een laboratorium.

Voor het overige instrumentarium is een bedrag te begroten voor het in een huisartspraktijk benodigde instrumentarium, zoals dit blijkt uit het rapport "Het instrumentarium van de huisarts" (Commissie Praktijkvoering N.H.G.J.14-12-'66); dit bedrag is te stellen op f.2.500,-- per arts. Bij uitbreiding van het instrumentarium boven het minimaal benodigde zal dit bedrag stijgen. Wij stellen het op f.3.000,-- per groepslid.

Instrumentarium Groepspraktijk (4).

Laboratorium	f. 4.000,-- *
Huisartseninstrumentarium	- 12.000,--
	<u>f.16.000,--</u>

II.3. Auto's.

Voor de investering in auto's valt te overwegen deze niet per groep maar per individueel groepslid in de privé-sfeer te doen plaatsvinden. Dat zou meebrengen dat alleen in de kosten van de groepspraktijk een post voor de in verband met de praktijkuitoefening gemaakte vervoerskosten zou worden opgenomen.

Een ander punt is, dat denkbaar zou zijn, dat de organisatie van de groepspraktijk mee zou brengen dat een geringer aantal auto's benodigd is dan er groepsleden zijn. De artsen in de studiegroep zijn echter van mening, dat deze gedachte niet te realiseren valt, dus dat elk groepslid over een auto dient te beschikken. Teneinde een zo compleet mogelijk beeld te behouden nemen wij in de investeringsprognose voor de groepspraktijk een investering van f.8.500,-- per arts op, waarvoor voor een groepspraktijk van vier artsen f. 34.000,-- zal worden geïnvesteerd.

II.4. Vorderingen en kasgeld.

Naast een bedrag dat per groep in kas aanwezig zal moeten zijn, te begroten op f. 500,-- is er gemiddeld een betrekkelijk groot bedrag aan uitstaande vorderingen te verwachten. Dit hangt samen met de betalings- en declaratie gewoonten zoals deze in de huisartspraktijk voor ziekenfondspatiënten en partikuliere patiënten geldig zijn.

*) Indien ter plaatse geen huisartsenlaboratorium bestaat.

Aan de hand van de verwachte opbrengsten, die hierna besproken zullen worden, hebben wij een schatting van deze post gemaakt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat voor partikuliere patienten kwartaalrekeningen worden uitgeschreven, die snel worden geïnd en dat ziekenfondsen per kwartaal betalen, met medio van elk kwartaal een betaling van een voorschot ter grootte van de helft van de kwartaalbetaling. Gemiddeld begroten wij deze post op f. 6.500,-- voor een arts in een solopraktijk en f. 25.000,-- voor een groepspraktijk van vier artsen.

II.5. Goodwill of aanloopverlies.

Deze post zullen wij voorlopig buiten beschouwing laten. Later in dit rapport zullen wij hieraan aandacht schenken.

II.6. Samenvatting.

Samenvattend kunnen wij de volgende investeringsprognose opstellen voor een groepspraktijk van 4 huisartsen.

<u>B. gunstig bouwprogramma;</u>	<u>D. vereenvoudigd</u>
bouwsituaties: grondprijs	bouwprogramma;
van f.40/m ² , bouwkosten	bouwsituatie:
f.180/m ³ .	grondprijs f 40/
	m ² , bouwkosten
	<u>f. 180/m³.</u>

1. Grond	f. 57.600,--	f. 51.200,--
2. Terreinaanleg	- 21.925,--	- 19.975,--
3. Gebouw	- 249.475,--	- 192.045,--
4. Inventaris	- 45.118,--	- 45.118,--
5. Instrumentarium	- 16.000,--	- 16.000,--
6. Auto's	- 34.000,--	- 34.000,--
7. Vorderingen en kas	- 25.000,--	- 25.000,--
8. Goodwill, aanl.verlies	P.M.	P.M.

ad.1. Grond:

Bij variatie van grondprijzen tussen f.20,-- en f. 80,-- varieert het voor grond benodigde bedrag in geval B tussen f.28.800,-- en f.115.200,-- en in geval D tussen f. 25.600,-- en f.102.400,--.

ad.3. Gebouw:

Bij een gunstiger bouwsituatie, waarin de bouwkosten per m³ f. 160,-- bedragen, wordt het voor het gebouw benodigde bedrag in geval B verminderd tot f. 227.835,-- en in geval D tot f.175.605,--.

Bij een nog gunstiger m³ prijs van f.150,-- zouden deze bedragen komen te luiden: voor geval B f.217.015,-- en voor geval D f.167.385,--.

Ter vergelijking stellen wij daarnaast de bedragen die in de vergelijkbare situaties voor een solopraktijk benodigd zouden zijn.

	<u>A. gunstig bouw-</u> <u>programma; bouw-</u> <u>situatie: grond-</u> <u>prijs f.40/m²,</u> <u>bouwkosten f.180/</u> <u>m³.</u>	<u>C.vereenvoudigd bouw-</u> <u>programma: bouw-</u> <u>situatie: grondprijs</u> <u>f.40/m², bouwkosten</u> <u>f. 180/m³.</u>
1. Grond	f.18.400,--	f. 17.440,--
2. Terreinaanleg	- 6.360,--	- 6.160,--
3. Gebouw	- 57.320,--	- 46.524,--
4. Inventaris	- 14.541,--	- 14.541,--
5. Instrumentarium	- 3.000,--	- 3.000,--
6. Auto's	- 8.500,--	- 8.500,--
7. Vorderingen en kas	- 6.500,--	- 6.500,--
8. Goodwill, aanl.verlies	P.M.	P.M.

ad.1. Grond:

Bij een grondprijs van f. 20,-- zouden de bedragen worden in geval A. f.9.200,-- en in geval C. f.8.720,--.

Bij een grondprijs van f.80,-- zouden deze bedragen worden in geval A. f.36.800,-- en in geval C f.34.880,--.

ad.3. Gebouw:

Bij een gunstiger bouwsituatie, waarin de bouwkosten per m³ f.160,-- bedragen, wordt het voor het gebouw benodigde bedrag in geval A. f.52.840,-- en in geval C. f.42.924,--.

Bij een nog gunstiger bouwsituatie, met bouwkosten van f. 150 /m³ worden deze bedragen in geval A. f.50.600,-- en in geval C f. 41.124,--.

Bij vergelijking valt vooral op, dat de verwachting, dat de investeringen vooral beïnvloed zullen worden door de noodzaak om voor een groepspraktijk een apart groepspraktijkgebouw ter beschikking te hebben niet bevestigd wordt. Dit is gevolg van de gekozen uitgangspunten.

In het bouwkundig model is voor de solopraktijk uitgegaan van een los van het woonhuis gedachte praktijkruimte. Voor de groepspraktijk is geen rekening gehouden met de ruimte die in het woonhuis voor beperkte praktijkuitoefening nog beschikbaar zal worden gehouden. Bij vergelijking in een konkreet geval zal veelal uitgegaan worden van een situatie waarin de in een woonhuis voor praktijkuitoefening gereserveerde ruimte voor een deel wordt opgeheven terwijl een apart groepspraktijkhuis wordt opgezet.

Men zal dan tot aanmerkelijke verschillen komen. De overige investeringen zullen over het algemeen ten gevolge van de gezamenlijke praktijkuitoefening geen opvallende andere veranderingen ondergaan dan die het gevolg zijn van de optelling der investeringen die de individuele groepsleden in een solopraktijk zouden hebben gehad.

Een uitzondering moet daarbij gemaakt worden voor het instrumentarium, zoals reeds vermeld werd.

III. Opbrengsten.

Ter benadering van de te verwachten opbrengsten van een groepspraktijk zijn wij ervan uitgegaan dat per arts gerekend kan worden op een praktijk van 2500 patienten. Dit wil niet zeggen dat elke arts in de groepspraktijk ook werkelijk een praktijkomvang van 2500 patienten heeft. De bedoeling is om via een rekengrootheid een indruk te krijgen van een omvang van de mogelijke beroepsactiviteiten van de huisarts bij een redelijke omvang van zijn dagtaak. De keuze van de omvang van de dagpraktijk is mede beïnvloed door de veronderstelling dat het werken met deze rekengrootheid het mogelijk maakt om neveninkomsten niet als zodanig in de berekening te betrekken, maar via de dagtaakpraktijk hun invloed zichbaar te maken. Wel zal boven de dagtaakpraktijk uit apart de opbrengst uit verloskundige hulp worden opgevoerd.

In de gekozen omvang van de dagtaakpraktijk wordt ook geacht te zijn verdiskonteerd het volgende specifiek met de groepspraktijken samenhangende gezichtspunt. Groepspraktijken zullen voor de groepsleden een stuk tijdsbesteding noodzakelijk maken dat samenhangt met het functioneren als groep. Deze extra werkzaamheden betreffen bijvoorbeeld de onderlinge, al dan niet geformaliseerde kontakten binnen de groep, maar ook de toenemende kontakten met niet-groepsleden. Daarnaast zal er voor de groep een stuk organiserende en koördinerende werkzaamheden noodzakelijk zijn wat op de tijd van één of meer groepsleden beslag zal leggen. Tegenover deze extra tijdsbestedingen zal een tijdsbesparing staan, die gevolg is van een efficiëntere organisatie, het gebruik maken van hulpkrachten e.d. Uit ervaring zal een inzicht in deze grootheden moeten ontstaan; vooralsnog nemen wij aan dat in de keuze van een dagtaakpraktijk van 2500 patienten per arts deze grootheden verwerkt zijn.

Voor wat betreft de samenstelling van de praktijk zijn wij uitgegaan van 70% ziekenfonds en 30% partikuliere patienten.

In de schatting van de opbrengst is er van uitgegaan dat de groepspraktijk niet als zodanig ziekenfondspatienten op haar naam krijgt, maar dat de inschrijvingen op naam van de individuele groepsleden blijft plaatsvinden. Een inschrijving op de groep zou de vorm van groepspraktijken aantrekkelijk kunnen maken! De abonnements-honoraria die in de berekening worden gehanteerd zijn ontleend aan de konseptovereenkomst van 3 april 1967, zoals die door de L.H.V. en de Ziekenfondsorganisaties werd opgesteld. Uit de daarin opgenomen honoraria die gelden voor 1967 is weggelaten het bedrag van f. 2,41 dat bestemd is voor de kollektieve regeling voor ouderdomsvoorziening voor huisartsen en daartoe door de ziekenfondsen zal worden gestort bij de Stichting Voorlopig Beheer van pensioengelden voor huisartsen. Hierdoor komt het abonnementshonorarium voor de eerste 2000 ingeschrevenen op f. 22,45 en voor ingeschrevenen boven 2000 op f. 16,42.

Het weglaten van de bijdrage in de ouderdomsvoorziening menen wij te kunnen rechtvaardigen door anderszijds in de kostenopstelling geen rekening te houden met voorzieningen die de groep eventueel zou moeten treffen voor pensioenen. Dit punt zal in konkrete gevallen nog nader onder ogen moeten worden gezien. Rekening houdend met een opbrengst per konsult van f. 8,--, een opbrengst per visite van f.12,--, een c/v ratio variërend van 3 : 1 tot 1 : 1 en een verichtingscijfer tussen 3 en 5, wordt de gemiddelde opbrengst per partikuliere patient per jaar door ons gesteld op f. 40,--. Daarin is dan tevens rekening gehouden met de extra opbrengsten uit toeslagen voor avond-, nacht-, weekendhulp en een bepaald percentage "vergeten" of niet gehonoreerde deklaraties.

Tenslotte is voor, een in de praktijk afhankelijk van streek en voorkeur van de arts, zeer wisselend aantal gevallen van verloskundige hulp (ziekenfondstarief f. 158,--. partikulier f. 240,--) een bedrag van f. 3.500,-- per arts in de begroting opgenomen. Op grond van deze uitgangspunten komen wij dan tot de volgende schatting van de opbrengsten per arts:

*)	1. Opbrengst ziekenfondspraktijk:	
	70% x 2500 x f.22,45	f. 39.288,--
	2. Opbrengst partikuliere praktijk:	
	30% x 2500 x f.40,--	- 30.000,--
	3. Opbrengst verloskundige hulp	- 3.500,--
		f. 72.788,--

Voor een groepspraktijk van een aantal artsen is er geen reden om aan te nemen, dat de omvang van de groepspraktijk belangrijke konsekwenties zal hebben voor de opbrengst-schatting per groepslid. De opbrengst per groep wordt dus gevonden door een eenvoudige vermenigvuldiging van de gevonden opbrengst per arts met het aantal groepsleden. Voor een groep van 4 artsen valt dus te begroten een totaalopbrengst van $4 \times f. 72.788,-- = f.291.152,--$, afgerond f. 291.000,--.

Deze opbrengstschattingen zijn voor toekomstige jaren moeilijk te maken aangezien de drie onderdelen van het abonnementshonorarium, (honorarium, ouderdomsvoorziening, kosten) trendmatig zullen worden aangepast. Bekend is echter dat het honorariumdeel voor 1968, 1969, 1970 jaarlijks zal worden verhoogd met f.1,31, hetgeen voor de opbrengst van de groepspraktijk in ieder geval een jaarlijkse verhoging van f. 2.293,-- per arts betekent. Voor 1970 zou dan dezelfde berekening als boven uitgevoerd een opbrengst voor een groepspraktijk van 4 artsen van $f. 291.152,-- + f. 27.510,-- = f. 318.662,--$, afgerond f. 319.000,-- opleveren.

IV. Kosten. **)

IV.1. Huisvestingskosten.

a. Afschrijving en rente.

Op basis van de investeringsprognose hebben wij met behulp van de zogenaamde annuïteitenmethode een begroting gemaakt van de met de investering in het praktijkgebouw in ruime zin samenhangende jaarlijkse rente- en afschrijvingslasten.

*) Onlangs met ruim 3% verhoogd wegens opheffing van de S.V.B.

**) Deze kosten zullen voor de vaststelling van het honorarium in 1968 en volgende jaren opnieuw bezien worden in de overlegcommissie van vertegenwoordigers van de Ziekenfondsen en de L.H.V.

Voor deze methode is gekozen teneinde een zo gelijkmatig mogelijke verdeling van deze lasten over de jaren te bewerkstelligen, waardoor het inzicht in het verloop ervan niet aan een bepaald keuze jaar wordt verbonden. De uitkomsten van deze berekening leiden, uitgevoerd voor de gevallen A en B, dus een bouwprogramma zonder vereenvoudigingen en een bouwsituatie waarin een grondprijs van f. 40,-/m² en bouwkosten van f.180,-/m³ gelden, tot het volgende resultaat:

investering in:	bedrag		ter- mijn	rente %	A. solopr.	B. groepspr.
	A.solo	B.groep				
1. Gebouw m. u.v.cent.						
verwarming	52.820	230.260	50	6	3.351,--	14.609,--
2.cent.v.	4.500	19.215	20	6	392,--	1.675,--
3.terrein- aanleg	6.360	21.925	10	6	864,--	2.979,--
4. grond	18.400	57.600	--	6	1.104,--	3.456,--
5. inven- taris	14.541	45.118	10	6	1.976,--	6.130,--
					<u>7.687,--</u>	<u>28.849,--</u>

Voert men dezelfde berekeningen uit voor een vereenvoudigd bouwprogramma en dezelfde bouwsituatie als boven is aangenomen, dan luiden de resultaten:

investering in:	bedrag		ter- mijn	rente %	C. solopr.	D. groepspr.
	C.solo	D.groep				
1. Gebouw m. u.v. centr.						
verwarming	42.874	177.660	50	6	2.720,--	11.272,--
2. centr.v.	3.650	14.385	20	6	318,--	1.254,--
3. terrein- aanleg	6.160	19.975	10	6	837,--	2.714,--
4. grond	17.440	51.200	--	6	1.046,--	3.072,--
5. inven- taris	14.541	45.118	10	6	1.976,--	6.130,--
					<u>6.897,--</u>	<u>24.442,--</u>

Ter indicatie van de verschillen die in de afschrijvings- en rentekalkulatie kunnen optreden vermelden wij aansluitend op deze laatste tabel hoe groot het op het gebouw betrekking hebbende afschrijvings- en rentebedrag zou zijn als de bouwsituatie gunstiger wordt.

Vereenvoudigd bouwprogramma:

	bouwkosten per m ³		
	f.180,--	f.160,--	f.150,--
Afschr.en rente gebouw solo- praktijk:	2.720,--	2.491,--	2.378,--
Afschr.en rente gebouw groepspraktijk:	11.272,--	10.229,--	9.707,--

b. Onderhoud, assurantie en belastingen.

Wij begroten deze post via enkele benaderende percentages.
Wij gaan uit van de onder a. opgenomen tabel, die betrek-
king heeft op het niet vereenvoudigde bouwprogramma en
bouwsituatie waarbij de grondprijs f. 40,-/m² en de
bouwkosten f. 180,-/m³ bedragen.

Onderhoud: 1% van (1) + 2% van (2), (3) en (5);

solopraktijk f. 1.036,--

groepspraktijk f. 4.028,--

Assurantie: 1,5% van (1) + (2);

solopraktijk f. 860,--

groepspraktijk f. 3.742,--

Belastingen: grond- en straatbelasting:

solopraktijk f. 100,--

groepspraktijk f. 200,--

c. Verwarming, verlichting en water.

Deze post stellen wij, overigens zonder daaromtrent
nadere berekeningen te hebben gemaakt, op f. 700,--
voor de solopraktijk en f. 1.200,-- voor de groeps-
praktijk.

Samenvattend komen wij aldus tot de volgende jaarlijkse
huisvestingskosten voor een(los van het praktijkhuis
gedachte) solopraktijk en een groepspraktijk van vier
artsen.

Daarbij houden wij als uitgangspunt het niet vereen-
voudigde programma, een grondprijs van f.20,--/m² en
bouwkosten van f.180,--/m³.

	Huisvestingskosten	
Aard	solopraktijk	groepspraktijk
a. afschr. en rente	f. 7.687,--	f. 28.849,--
b. onderhoud, assurantie, belasting	- 1.996,--	- 7.970,--
c. verwarming, verl., en water	- 700,--	- 1.200,--
	<u>f.10.383,--</u>	<u>f. 38.019,--</u>

Per groepslid zouden de huisvestingskosten aldus berekend
bedragen f. 9.505,--

Ter nadere oriëntering stellen we naast de genoemde cijfers voor een solopraktijk en een groepspraktijk, waarbij dit laatste per groepslid is uitgedrukt, de op huisvesting betrekking hebbende post die in het kostenbudget 1967 f.3.115,-- bedraagt.

Bij vergelijking dient bedacht te worden dat aan het cijfer uit het kostenbudget een geheel ander uitgangspunt ten grondslag ligt. Het gaat hier namelijk om praktijkruimte in een huurhuis waarvan een deel van de volle huur als huurwaarde van het praktijkgedeelte wordt aangemerkt.

Tevens dient men zich te realiseren dat genoemd kostenbudget vrucht is van onderhandelingen en geen begroting van de kosten zoals die voor de huidige praktijkvoering begroot kunnen worden.

In ons overzicht is buiten beschouwing gebleven, dat naast de in het groepspraktijkhuis beschikbare praktijkruimte gewoonlijk iedere arts in de eigen woning nog de beschikking zal willen hebben over een zekere ruimte, die als eenvoudige spreek-, behandelruimte geschikt is. Bij de beoordeling van de huisvestingskosten zal hiermede tevens rekening moeten worden gehouden.

Hoewel, zoals reeds eerder werd opgemerkt, de vermelde cijfers niet meer pretenderen dan een orde van grootte aan te geven, moet men konkluderen dat ten opzichte van de kosten van een praktijkruimte in de eigen woning bezien de huisvestingskosten van een groepspraktijk aanzienlijk hoger zullen zijn. Ten opzichte van een apart van het woonhuis gelegen solopraktijkgebouw is het verschil echter klein. Dit houdt verband met de gekozen uitgangspunten in het bouwkundig model. Op grond van door de studiegroep geformuleerde wenselijkheden is daar als uitgangspunt gekozen een bouwprogramma, waarbij voor elk der vier artsen een eigen spreek- en onderzoekkamer met kleedkabine beschikbaar is en behandelkamers door twee artsen worden gedeeld.

Een alternatief zou kunnen zijn een halvering van deze schaal toe te passen. Voor een afweging van de daarmee samenhangende aspecten, die de praktijkuitoefening in groepsverband betreffen, zij verwezen naar een ander deel van het rapport van de studiegroep. Zeer globaal zou men kunnen stellen, dat daar-

door de investering met ca.1/3 verlaagd zou kunnen worden en dat ook de huisvestingskosten met een dergelijke faktor verminderd zouden worden.

Vergelijking van de opzet van een groepspraktijk voor 4 artsen met een opzet van een groepspraktijk voor 3 artsen zou primair de formulering van een bouwprogramma voor een groepspraktijk van 3 artsen eisen, op de wijze zoals dit in het bouwkundig model is geschied voor solo- en groepspraktijk van 4 artsen. Stel bijvoorbeeld dat dit er (afgezien van de vraag of dit ruimtelijk valt te situeren) als volgt uit zou zien.

<u>Soort ruimte</u>	<u>aantal</u>	<u>maat</u>	<u>totaal m²</u>
spreekkamers	3	4 x 4	48
onderzoekkamers	3	3 x 2	18
kleedkabines	3	2 x 1	6
behandelkamers	2	4 x 4	32
laboratorium	1	3 x 3	9
reserve ruimte	1	3 x 3	9
administratie/receptie	1	4 x 4	16
archief/keuken	1	4 x 2	8
berging	1	2 x 2	4
entree	1	3 x 2	6
verkeersruimten	1		55
totaal aantal m ² praktijkgebouw:			243
Buitenmuur 68 m,		68 x 0,3	21
			<u>264 m².</u>

Opbouw $12 \times 22 = 264 \text{ m}^2$ en $264 \times 3,2 = 845 \text{ m}^2$.

Terrein $39 \times 32 = 1248 \text{ m}^2$.

Zonder de overige berekeningen op de gedetailleerde wijze uit te voeren, zoals dit in het bouwkundig model is gebeurd voor de daar genoemde voorbeelden, kan men op grond van deze oppervlakte en inhoudsmaten globaal de volgende investeringsbedragen schatten:

Grond	f. 50.000,--
Terreinaanleg	- 15.000,--
Gebouw	- 190.000,--
Inventaris	- 35.000,--
	<u>f.290.000,--</u>

Voor afschrijving en rente betekent dit een kostenbedrag van ca. f. 22.000,--.

Deze globale berekening toont aan, dat opgezet op de wijze zoals dit in het bouwkundig model is geschied, de omvang van de groepspraktijk geen grote invloed zal uitoefenen op de per groepslid te berekenen huisvestingskosten.

IV. 2. Instrumentarium.

Uitgaande van de investeringsprognose zou men de jaarlijkse kosten van het instrumentarium voor wat betreft het afschrijvings- en rentebestanddeel daarvan, bij een geschatte levensduur van 10 jaar moeten begroten op f. 2.200,-- voor een groepspraktijk van 4 huisartsen.

Overigens valt onder deze post in analogie met het gebruik in de kostenbudgets tevens een bedrag op te nemen voor reagentia, medikamenten en disposables, dat door enkele leden van de studiegroep geschat werd op f. 1.200,-- per arts per jaar.

Aangezien het instrumentarium, voorzover men bijzondere instrumenten buiten beschouwing laat, geen bijzondere met de groepspraktijk als zodanig of met de omvang van de groep samenhangende aspecten vertoont, beperken wij ons overigens tot de informatie, "dat in het ziekenfondsbudget voor 1967 voor een solopraktijk een kostenbedrag van f. 1.045,-- voor deze post is opgenomen".

IV.3. Auto's.

In het ziekenfondsbudget voor 1967 is voor vervoerskosten samenhangend met de praktijkuitoefening een bedrag opgenomen van f. 4.241,--. Aangezien deze post akseptabel lijkt voor een solopraktijk en er geen grond is voor de verwachting dat praktijkuitoefening in een groepspraktijk de autokosten per arts aanzienlijk zal beïnvloeden, handhaven wij het genoemde bedrag.

IV.4. Vorderingen en kasgeld.

Over het gemiddeld uitstaande bedrag aan vorderingen en kasgeld ad. f. 25.000,-- voor een groepspraktijk van 4 artsen berekenen wij een renteverlies van 6%, waardoor de met deze post samenhangende rentekosten op f. 1.500,-- per jaar zijn te stellen. Ook de omvang van deze post ondergaat per arts gezien praktisch geen invloed van het aantal artsen dat in een groepspraktijk samenwerkt. In het ziekenfondsbudget is voor deze post f. 413,-- opgevoerd.

IV. 5. Personeel.

Over het algemeen is men van oordeel dat in een groepspraktijk van meer en van gespecialiseerder personeel gebruik zal worden gemaakt. Daarbij denkt men bijvoorbeeld aan een secretaresse/typiste, een verpleegster, een laboratoriumassistente, een administratieve kracht, etc.

Van welke omvang de taak van dergelijke krachten in een groepspraktijk zal zijn, is niet bekend.

Als rekengrootheid meent men dat voor de kosten van dit personeel kan worden aangehouden dat de personeelskosten in een groepspraktijk van 3 artsen respectievelijk van 4 artsen kunnen worden gesteld op 3 respectievelijk 4 maal de volledige kosten van een assistente. Daarnaast moet dan in beide gevallen nog toegevoegd worden een kostenpost voor een dienstbode/werkster.

Uitgaande van de in het rapport van de Commissie van der Ven voor deze krachten genoemde kosten kan men de personeelskosten stellen op f. 20.293,-- voor een groepspraktijk van 3 artsen en op f. 26.143,-- voor een groepspraktijk van 4 artsen. Door deze berekeningswijze te volgen blijft dus de vraag open of een efficiëntere werkverdeling binnen een grotere groep de personeelskosten gunstig zal beïnvloeden; een nader onderzoek naar aard en omvang van de in een groepspraktijk te verrichten taken is daartoe vereist.

IV.6. Oriëntering.

In het ziekenfondskostenbudget is een post oriëntering opgenomen; in het kostenbudget 1967 te bedragen f.680,--. Hieronder vallen een aantal kosten, waarvan men zich, evenals wij dit voor de autokosten aan de orde stelden, af kan vragen, of men er, in geval praktijkuitoefening in een groepspraktijk plaats vindt niet verstandig aan doet deze buiten het budget van de groep om te laten lopen. Anderzijds zijn deze kosten toch duidelijk met de praktijkuitoefening verbonden en kunnen zij per arts ongeveer op hetzelfde niveau worden gesteld. Ook nu nemen wij terwille van de overzichtelijkheid een bedrag voor deze post op onder de kosten van de groep. Hieronder vallen bijvoorbeeld: kontributies en donaties aan beroeps- en andere medische verenigingen, abonnementen vaktijdschriften, aanschaf vakliteratuur, kosten kursussen, kongressen, vergaderingen. Wij stellen deze kosten op f. 1.000,-- per arts, onafhankelijk van de omvang van de groep.

IV. 7. Algemene kosten.

Onder deze kosten vallen een groot aantal uiteenlopende kosten. Wij noemen bijvoorbeeld administratiekosten, verzekeringen tegen inkomstenderving en wettelijke beroepsaansprakelijkheid, huishoudelijke artikelen, etc.

In het ziekenfondskostenbudget voor de solopraktijk is voor deze kosten f. 1.613,-- opgenomen. De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat deze kosten per arts van een groepspraktijk gezien hoger zullen uitkomen. Dat hangt bijvoorbeeld samen met de omvangrijke administratie die in een groepspraktijk zal plaatsvinden. Wij stellen ons daarbij voor dat de financiële administratie hoofdzakelijk gevoerd wordt door een boekhoudbureau en dat "binnenshuis" het uitschrijven van rekeningen en het bijhouden van een eenvoudig kasboek plaats vindt. Ook bijvoorbeeld voor telefoonkosten zal o.i. voor een groepspraktijk een relatief hoger bedrag begroot moeten worden. Gezien deze overwegingen en onze indruk dat de in het kostenbudget gehanteerde omvang van deze post aan de lage kant is, nemen wij voor deze kosten per lid van een groepspraktijk een bedrag op van f.2.200,--.

In het bedrag begrijpen wij dan tevens een onder het hoofd representatie te rangschikken post, waarin bijvoorbeeld de verzorging van de wachtkamer(s), koffie/thee/sigaretten e.d. zijn opgenomen.

IV.8. Waarneming.

In het onderhandelingskostenbudget is deze post nog wel eens onderwerp van discussie geweest in verband met de mogelijke argumentatie dat onderlinge waarneming tussen huisartsen gebruikelijk is en dat daarom daarvoor geen kosten zouden behoeven te worden opgenomen. Daartegen pleit dan dat daarmee gepaard gaat een vermeerdering van prestaties van de arts tijdens afwezigheid van collegae.

Voor de groepspraktijk is de situatie echter in zoverre anders, dat onderlinge waarneming, tenminste bij kortdurende afwezigheid wegens vakantie, cursus e.d., als een van de uitgangspunten moet worden beschouwd, zodat deze in de opzet moet zijn verdisconteerd. Wij menen dat een groep van 4 artsen voldoende groot is om de onderlinge waarneming binnen de groep af te doen, dat voor een groep van 3 artsen

echter nog gedeeltelijk zal moeten worden teruggeval-
len op waarnemers buiten de groep, voor enkele weken
per jaar. De kosten van vervanging worden in het rapport
van de Commissie van der Ven op f. 75,-- per dag
gesteld.

Voor een solopraktijk rekent men met een waarnemings-
periode van 30 dagen.

IV.9. Intrest aanloopverlies.

Bij de bespreking van de investeringsprognose is het
aanloopverlies voorlopig buiten beschouwing gelaten.
Men doelt hierbij op een bedrag, dat een arts in de
eerste jaren van praktijkuitoefening aan inkomen
derft tengevolge van het slechts geleidelijk groeien
van zijn praktijk. Een overeenkomstige post zou het
goodwillbedrag kunnen zijn dat een arts moet betalen
voor de overname van een gevestigde praktijk. In de
honorariumopbouw is aangenomen dat het kostenbestand-
deel slechts met een intrestbedrag over deze post
mag worden uitgebreid, omdat er geen reproductie
van het in deze post geïnvesteerde bedrag in latere
jaren plaats vindt. Men kan veronderstellen, dat
een eenmaal opgetreden aanloopverlies c.q. een een-
maal betaald goodwillbedrag aan het einde van de
praktijkuitoefening weer vrijkomt, dus als duurzaam
geïnvesteerd moet worden beschouwd. Wij hebben ons
niet gewaagd aan een schatting of kalkulatie van deze
post. Wij nemen aan dat er een zekere overeenstemming
tussen het te betalen goodwillbedrag bij praktijk-
overname en aanloopverliezen bij nieuw gevestigde
praktijken zal zijn te konstateren. Men moet er wel
rekening mee houden, dat bij de groepspraktijken
die nieuw gevestigd worden de aanloopverliezen wel
eens omvangrijker zouden kunnen zijn dan bij solo-
praktijken in verband met de gekoncentreerde praktijk-
uitoefening. Ook dit is echter sterk afhankelijk van
de konkrete situatie.

Teneinde de post als zodanig echter niet aan de aan-
dacht te laten ontsnappen nemen wij in het kosten-
budget een intrestbedrag op van 6% per jaar over de
bruto-praktijkontvangsten zoals wij deze in de op-
brengstschatting berekenden. Dat wil dus zeggen,
voor een groepspraktijk van 4 artsen ca. f.17.500,--
en voor een groepspraktijk van 3 artsen ca. f.13.000,--.

IV.10. Samenvatting.

Wanneer wij op grond van het voorgaande hieronder een totaalschatting opnemen van de met de gezamenlijke praktijkvoering vanuit een groepspraktijkhuis gemoeide kosten dan is dat, zoals duidelijk zal zijn geworden, niet meer dan een ruwe indicatie van de kosten, die bij een bepaalde groepspraktijk zouden kunnen voorkomen. Voor een groepspraktijk van 4 huisartsen zou dan de volgende kostenprognose kunnen voorkomen:

1. Huisvestingskosten	f. 38.019,--
2. Kosten instrumentarium	- 7.000,--
3. Autokosten	- 18.936,--
4. Renteverlies, vorderingen en kasgeld	- 1.500,--
5. Personeelskosten	- 26.143,--
6. Oriënteringskosten	- 4.000,--
7. Algemene kosten	- 8.800,--
8. Intrest aanloopverlies (goodwill)	- 17.500,--
Totaal	f. 121.898,--

Voor een solopraktijk zou een dergelijke prognose bijv. het volgende beeld kunnen vertonen:

1. Huisvestingskosten	f. 10.383,--
2. Kosten instrumentarium	- 1.750,--
3. Autokosten	- 4.734,--
4. Renteverlies, vorderingen en kasgeld	- 375,--
5. Personeelskosten	- 8.323,--
6. Oriënteringskosten	- 1.000,--
7. Algemene kosten	- 1.750,--
8. Intrest aanloopverlies (goodwill)	- 4.400,--
9. Kosten waarneming	- 2.250,--
Totaal	f. 34.965,--

Het lijkt ons goed om per post deze prognose nog eens te bezien om de verschillen tussen de exploitatiekosten van een groepspraktijk en van een solopraktijk aan te geven. Samenvattend noemen wij dan de volgende punten:

1. Huisvestingskosten.

De verschillen tussen kosten van het groepspraktijkpand en de kosten van een aantal solopraktijkpanden zijn blijkens het voorgaande klein. Daarbij moet men in het oog houden:

- a. de kosten van huisvesting worden voor de groepsleden nog verhoogd met de kosten van een voor beperkte praktijkuitoefening geschikte ruimte in het woonhuis van de groepsleden;

- b. in vele gevallen zal de vergelijking, die hier gemaakt is tussen een groepspraktijkhuis en een los van een privéhuus gedachte praktijkruimte voor een solopraktijk niet opgaan. Er zal immers bij een solopraktijk vaak sprake zijn van praktijkuitoefening in een bepaald deel van het woonhuis. De daarmee verbonden huisvestingskosten zullen in het algemeen lager liggen. Dit wordt veroorzaakt doordat de grond en een deel van de ruimten in het huis zowel voor privé als voor praktijk gebruikt worden en tevens doordat de bouwkosten (zie bouwkundig model) voor een los praktijkgebouw hoger zullen liggen dan voor een praktijkruimte als onderdeel van een woonhuis;
- c. berekeningen zijn gemaakt uitgaande van de veronderstelling dat het groepspraktijkpand en ook het solopraktijkpand gekocht worden. Soms zal het echter gaan om huurpanden.

2. Kosten instrumentarium.

Hierbij blijkt uit de vergelijking van de gegeven cijfers voor een groepspraktijk en een solopraktijk geen groot verschil. Men dient er echter rekening mee te houden, dat deze kosten voor een groepspraktijk de tendens zullen vertonen hoger te worden. Men zal eerder geneigd zijn tot aanschaf van meer instrumentarium.

3. Autokosten.

Geen verschillen te verwachten.

4. Renteverlies, vorderingen en kasgeld.

Geen verschillen te verwachten.

5. Personeelskosten.

Zoals in de voorbeelden de daardoor meegebrachte kosten zijn berekend, blijken er weinig verschillen. Men moet echter overwegen:

- a. in de groepspraktijk zal de min of meer gebruikelijke aktiviteit die de echtgenote van een arts in een solopraktijk ontplooit veel minder voorkomen. Weliswaar zouden wij deze werkzaamheden van de echtgenote door een post gewaardeerd loon onder de kosten op te nemen wel in de prognose betrekken; het is echter geen post die een uitgave met zich meebrengt.
- b. Voorzover er in solopraktijken de gewoonte bestaat om personeel in dienst te nemen dat ook werkzaamheden verricht die niet de praktijkuitoefening, maar

het privé-huishouden betreffen zal men bij het formeren van een groepspraktijk deze combinatie niet meer zo gemakkelijk tot stand kunnen brengen. Ook dit beïnvloedt in feite de kosten niet, maar kan toch als zodanig nadelig ervaren worden.

- c. De neiging zal bestaan om in een groepspraktijk meer en gespecialiseerder personeel aan te trekken. Daardoor zouden de personeelskosten nadelig beïnvloed worden.
 - d. Nader onderzoek is gewenst omtrent de tijdsbestedingen van het personeel in een groepspraktijk en de optimale personeelsformatie die daarmee samenhangt. Mogelijk zal een efficiënte organisatie van de werkzaamheden de personeelskosten gunstig beïnvloeden.
 - e. Tegenover mogelijk hogere personeelskosten in een groepspraktijk moet ook overwogen worden, dat daardoor de groepsleden ontlast kunnen worden van een aantal taken, die in een solopraktijk een deel van hun tijdsbesteding uitmaakten.
6. Oriënteringskosten.
Hierbij kan men weinig opvallende verschillen verwachten.
7. Algemene kosten.
Relatief zullen deze bij een groepspraktijk hoger uitkomen dan bij een solopraktijk. Bijvoorbeeld veroorzaakt door hogere telefoonkosten, administratiekosten, e.d.
8. Intrest aanloopverlies.
Weinig over te zeggen, mogelijke verschillen.
9. Kosten waarneming.
In gegeven voorbeeld bij groepspraktijk gedeeltelijk te vermijden.

V. Resultaten, financiëring en liquiditeit.

In het voorgaande ging het er om een inzicht te geven in de opbrengsten- en kostenfactoren die het resultaat van een groepspraktijk zullen bepalen. Daartoe is bijvoorbeeld voor wat betreft de kostenzijde deels gerekend met annuïteiten over de investeringsbedragen. Deze berekeningswijze maakt dat er alleen een overeenstemming zal bestaan tussen de kosten en de uitgaven indien er een financiëringwijze zou zijn gekozen, waarbij het benodigde vermogen tegen overeenkomstige kondities is

aangetrokken, d.w.z. dat daarvoor leningen zijn aangetrokken waarvoor ook annuïteiten voor rente en aflossing moeten worden betaald en dat de termijnen en het rentepercentage overeenkomen. Voor de berekende intrest over investeringen in vorderingen en kasgeld, alsmede over het aanloopverlies zou men dan dus moeten denken aan een aansluitende lening zonder aflossingsplicht, tegen een identiek rentepercentage. Dit alles dan onder de gerechtvaardigde veronderstelling, dat voor de overige kostenbestanddelen geen diskrepancie tussen kosten en uitgaven bestaat.

Uiteraard heeft de aansluiting tussen de berekeningswijze die is gehanteerd bij de kosten en de financiering door middel van geldleningen die tegen overeenkomstige kondities worden aangetrokken niet te bestaan. Alleen al de mogelijkheid dat gefinancierd wordt met een deel eigen middelen maakt dit duidelijk. Daarnaast kan echter ook bij financiering door middel van leningen deze aansluiting afwezig zijn. Dit kan veroorzaakt worden doordat voor de leningen afwijkende voorwaarden voor wat betreft de methode van betaling van rentepercentage en aflossing gelden, een afwijkende termijn geldt of een afwijkend rentepercentage geldig is. Afhankelijk van de konkrete vorm waarin de financiering gegoten wordt zullen de afwijkingen tussen resultaten en uitkomsten op liquiditeitsbasis moeten worden vastgesteld.

VI. Slotopmerkingen.

1. Bij de beoordeling van de in het voorgaande gevonden uitkomsten zal men er in het financiële vlak rekening mee moeten houden dat ieder groepslid in de privé-sfeer nog op een aantal met zijn beroep verbonden lasten zal moeten rekenen. Daarvan noemen wij bijv. de oudedagsvoorziening die uitgaat boven de op basis van de in het ziekenfondshonorarium begrepen bijdrage, fiskale lasten, A.O.W. en A.W.W. premie en voor lasten samenhangend met een voor beperkte praktijkvoering geschikt deel van zijn woonhuis.
2. Als financiële opzet van de groepspraktijk is in het voorgaande stilzwijgend verondersteld dat er een regeling is waarbij een pons-ponsgewijze verdeling van het resultaat plaats vindt.

Men kan zoals in het rapport van de studiegroep is beschreven allerhande daarvan afwijkende regelingen treffen. Over het algemeen zal men de kostenposten waarbij over het privé- of groepskarakter getwist kan worden zorgvuldiger moeten scheiden naarmate de verdelingsregeling onregelmatiger wordt.

3. Het kan wenselijk worden geacht een deel van de behaalde resultaten van een groepspraktijk te reserveren.
 4. In dit hoofdstuk hebben wij ons voornamelijk beperkt tot het kosten en opbrengsten aspekt van de groepspraktijk. Nadere studie zou denkbaar zijn omtrent bijv. de administratieve organisatie, de waarderingswijze bij in- en uittredingsregelingen, tijdsbestedingen van groepsleden en personeel, e.d.
-

Hoofdstuk 5.

Juridische aspecten van de groepspraktijk.

A. Algemeen.

Uit de voorgaande hoofdstukken is wel duidelijk gebleken, dat nog vele onzekerheden bestaan over de inhoud en vormgeving van wat men groepspraktijk noemt en over de diverse regelingen die voor een groepspraktijk noodzakelijk of wenselijk zijn.

Dit betekent dat in dit stadium een uitgewerkt juridisch model niet kan worden gegeven. In elk concreet geval zal een overeenkomst op maat moeten worden ontworpen. Daartoe kan het hierna volgende konsept een bijdrage leveren. Deze eerste eenvoudige opzet is in wezen een aanpassing aan het bij de Maatschappij bestaande model-associatiekontraakt. Het is vooral bedoeld om aan te geven welke aspecten tenminste in een kontraakt moeten worden vastgelegd. Het komt de studiegroep voor, dat, al dan niet na een aanlooperperiode met een minder vergaande financiële regeling, uiteindelijk de zakelijke basis van een groepspraktijk zal moeten worden gevonden in een associatie, waarbij alle partijen hun arbeid en relaties inbrengen en de baten en lasten gezamenlijk, bij voorkeur gelijkelijk verdelen. Veelal zal dan een zekere nivellering van de omvang van ieders praktijken nodig zijn. Een en ander onderstreept de noodzaak dat partijen alle facetten van een groepspraktijk overwegen en zich hieromtrent zo goed mogelijk laten voorlichten. Ten aanzien van de juridische vormgeving van hetgeen partijen na ampel beraad overeenkomen is bijstand van deskundige zijde onontbeerlijk.

Aangezien een overeenkomst als de onderhavige tot regeling van de groepspraktijk door partijen veelal en terecht als een sakraal gegeven wordt beschouwd, verdient het aanbeveling om regelingen die aan voortdurende veranderingen onderhevig zijn, afzonderlijk onder te brengen, bijvoorbeeld in een huishoudelijk reglement voor de groepspraktijk (zie art.12).

Bij dit model is uitgegaan van de veronderstelling, dat drie artsen in een bepaald gebied, waar zij tevoren nog geen aanwijsbare bindingen hadden, een groepspraktijk beginnen.

Er is dus geen rekening gehouden met bestaande praktijken met eigen werkzaamheden van de betreffende artsen vóór zij tot elkaar kwamen om een groepspraktijk te vestigen. Bovendien is uitgegaan van het feit, dat de drie artsen zich tegelijkertijd vestigen, ofschoon het gebruikelijk zal zijn, dat eerst b.v. twee artsen een associatie zullen aangaan en vervolgens meer artsen bij uitbreidende praktijk zullen aantrekken en alsdan een gemeenschappelijk praktijkgebouw aanschaffen. In dat geval zal in het algemeen verrekening van de goodwill der praktijken wenselijk zijn. Het verdient dan aanbeveling daaromtrent een afzonderlijk kontrakt op te stellen.

B. Konsept-overeenkomst groepspraktijk van drie artsen.
Ondergetekenden:

- A. Naam:, arts,
Adres:
B. Naam:, arts,
Adres:
C. Naam:, arts,
Adres:

In aanmerking nemende:
dat partijen, onder behoud van ieders eigen verantwoorde-
lijkheid, zich wensen te verbinden om in groepsverband en
voor gemeenschappelijke rekening de praktijk van huisarts
uit te oefenen, daarbij gebruik makend van een gemeen-
schappelijke praktijkgebouw, hulpkrachten en administratie,
zijn overeengekomen, als volgt:

Artikel 1.

Partijen gaan met elkaar aan een burgerlijke maatschap, ten
doel hebbend het voor gemeenschappelijke rekening uit-
oefenen van de praktijk van de huisarts. Partijen zullen
bij deze praktijkuitoefening in maatschapsverband zelf-
standig en onder volledig behoud van ieders persoonlijke
verantwoordelijkheid voor het medische werk, onder
eigen naam naar buiten optreden en er bij de onder-
linge werkverdeling zorg voor dragen, dat de vrije
artsenkeuze van patienten blijft gewaarborgd.

De praktijk zal worden uitgeoefend vanuit het gemeenschap-
pelijk praktijkgebouw te aan de
....., nr....

Slechts bij uitzondering zal van de nood-praktijkruimte
bij de woonhuizen van partijen gebruik gemaakt mogen
worden.

Ten aanzien van de koop/huur van het praktijkgebouw is door partijen een afzonderlijke overeenkomst gesloten.

ad.art.1.: De 3e alinea betreffende het gebruik van praktijkruimte in de eigen woonhuizen van partijen is mede opgenomen met het oog op de fiskale aspecten; zie hoofdstuk 6.

Artikel 2.

Deze maatschap neemt een aanvang op en wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.

In de periode van tot kan de maatschap door ieder der partijen met inachtneming van een opzeggingstermijn van tenminste één maand worden beëindigd, voor wat betreft diens deel. In geval van deze opzegging, zullen de andere partijen het recht hebben de maatschapspraktijk ter plaatse voort te zetten, terwijl het in alle gevallen aan de vertrekkende partij verboden zal zijn binnen een gebied, begrensd door een cirkel met een straal van 20 (10) km, te rekenen vanuit het gemeenschappelijk praktijkhuis, praktijk uit te oefenen, op straffe van een dadelijk opeisbare boete groot f.1.000,-- per dag.

Na afloop van deze aanvangperiode, dus op, zal de maatschap gedurende vijf jaren, dat is dus tot, door geen der partijen kunnen worden opgezegd, behoudens het geval dat één der partijen om klemmende redenen de uitoefening van de praktijk ter plaatse definitief neerlegt.

Na deze onopzegbare periode zal de maatschap door ieder der partijen kunnen worden opgezegd, voor wat betreft zijn deel, zulks echter met een opzeggingstermijn van tenminste 6 maanden, bij aangetekend schrijven aan de andere partijen bericht.

ad.art.2.: Hoewel het kontrakt uitgaat van de veronderstelling dat een aantal artsen zich tegelijkertijd vrij vestigen, is toch in de 2e alinea van dit artikel bepaald dat gedurende de proefperiode van b.v. een half jaar ieder van partijen de samenwerking in groepsverband kan beëindigen, maar dat deze partij dan de vrije vestiging moet opgeven en het praktijkgebied moet verlaten. Deze harde bepaling heeft ten doel het de andere partijen niet onmogelijk te maken toch een groepspraktijk tot stand te brengen, wellicht met een andere partner. Een en ander neemt niet weg, dat in de praktijk de wenselijkheid naar voren zal komen dat de opzeggende partij de bevoegdheid behoudt ter plaatse te blijven praktiseren.

Dit kunnen partijen alsdan overeen komen.

Deze 2e alinea heeft echter vooral zin in de gevallen waarin een aantal reeds ter plaatse gevestigde artsen een collegae aantrekken om met hem een groepspraktijk te beginnen. Het zou dan nuttig kunnen zijn te bepalen dat gedurende de kennismakingsperiode ieder van partijen mag opzeggen, maar dat de laatst toegetreden partij dan zal moeten vertrekken. Afhankelijk van de konkrete situatie in het begin zal dit artikel zijn uiteindelijke inhoud en redaktie moeten verkrijgen.

Artikel 3.

Elk der partijen brengt in de maatschap in zijn volle arbeid en vlijt. Tijdens de duur van de maatschap is het ieder der partijen verboden voor eigen rekening medische praktijk uit te oefenen of bij een dergelijke praktijkuitoefening betrokken te zijn, dan wel een gesalarieerde functie uit te oefenen, zonder uitdrukkelijke toestemming van de andere partijen. Alle handelingen verricht in overeenstemming met het doel der maatschap verbinden de maatschap, met dien verstande dat geen der partijen gerechtigd zal zijn per jaar meer dan vijfhonderd gulden uit te geven, of verplichtingen daarvoor aan te gaan ten behoeve van de maatschap zonder toestemming van de andere partijen.

De maten gezamenlijk vertegenwoordigen de maatschap in en buiten rechten. Het is aan de afzonderlijke maten niet toegestaan zonder medewerking van de andere maten:

- a. zijn deel in de maatschap over te dragen aan een ander;
- b. zijn vorderingen ten laste van de maatschap aan een derde over te dragen, te verpanden of op enigerlei andere wijze te vervreemden of te bezwaren;
- c. personeel aan te stellen.

ad.art.3.: Uitgaande van dezelfde redaktie als genoemd in het voorgaande artikel is hier volstaan met te bepalen dat de volle arbeid en vlijt moeten worden ingebracht. Indien daarentegen sprake zou zijn van reeds bestaande praktijken, dan zullen uiteraard, al dan niet na onderlinge verrekening, van de goodwill, ook deze praktijken moeten worden ingebracht. Hetzelfde geldt voor instrumentarium, inventaris, enz.

Het artikel onderstreept voorts dat ten aanzien van rechtshandelingen de medewerking van alle partijen aanwezig moet zijn met een zekere vrijheid tot het doen van kleine betalingen.

Artikel 4.

Het eerste boekjaar der maatschap loopt met ingang van tot en met 31 december 19 .. en daarna telken jare met ingang van 1 januari tot en met 31 december. Na afloop van ieder boekjaar worden de boeken gesloten, zal... de zodanige afsluiting mede plaats vinden bij het einde der maatschap in de loop van een boekjaar. Binnen drie maanden na afsluiting van de boeken zal daaruit een balans en verlies- en winstrekening worden opgemaakt en door partijen worden ondertekend. Indien één der partijen met de inhoud van deze stukken niet akkoord gaat, zal hij zijn bezwaren daartegen binnen een maand na ontvangst dezer stukken bij aangetekend schrijven aan de andere partijen kenbaar moeten maken, bij gebreke waarvan bedoelde stukken worden beschouwd als onherroepelijk door alle partijen te zijn vastgesteld.

Indien binnen één maand nadat één der partijen bezwaren tegen de inhoud van deze stukken heeft kenbaar gemaakt, geen overeenstemming is bereikt, zal een geschil aanwezig zijn, ten verzoeken van de meest gerede partij te beslissen door de in artikel 13 van deze akte bedoelde scheidsmannen.

Artikel 5.

Partijen verklaren over en weer geen vorderingen op elkaar te hebben noch enig bedrag schuldig te zijn jegens elkander op grond van de toetreding tot de groepspraktijk.

Artikel 6.

De winst van de maatschap zal gelijkelijk tussen partijen worden verdeeld. Onder winst wordt verstaan de opbrengst van de praktijk verminderd met alle kosten ten behoeve van de praktijk gemaakt.

Onder kosten die voor de praktijk worden gemaakt, zijn in elk geval begrepen salarissen en sociale lasten van het personeel, administratiekosten, accountantskosten en kantoorbenodigdheden. Van de gemeenschappelijke kosten zijn uitgesloten de kosten van auto of ander vervoer, lidmaatschappen van beroepsverenigingen, vakliteratuur en representatiekosten.

ad.art.6.: In dit kontrakt is uitgegaan van een verdeling van lasten en baten in gelijke delen. Een andere winstdeling is echter niet onder alle omstandigheden af te wijzen.

Indien daartoe wordt overgegaan, zullen in het kontrakt daaromtrent zeer duidelijke bepalingen moeten worden opgenomen. In dit verband leze men overigens het gestelde in het hoofdstuk fiskale aspekten.

Artikel 7.

Ieder der partijen heeft recht op zes vrije weken per jaar voor vakantie of anderszins. Telkenjare zullen partijen, bij toerbeurt hun voorkeursperiode mogen vaststellen.

Bij vakantie, kortdurende afwezigheid of ziekte van één der partijen nemen de andere partijen diens taak over zonder daarvoor enigerlei vergoeding in rekening te kunnen brengen.

Duurt de ziekte of afwezigheid langer dan één maand dan hebben de andere partijen het recht een waarnemer aan te trekken, waarvan de kosten komen ten laste van het winstaandeel van de zieke of afwezige partij.

Is het niet mogelijk een waarnemer aan te stellen en wordt de gehele praktijk door de overblijvende partijen uitgeoefend, dan zullen deze daarvoor ten laste van het winstaandeel van de zieke of afwezige partij een redelijke, met inachtneming van de Maatschappij-normen vast te stellen, vergoeding als waarnemer ontvangen. Partijen staan jegens elkander er voor in, dat ieder hunner zich heeft verzekerd bij de Artsen Onderlinge tegen de gevolgen van ziekte en invaliditeit voor maximale bedragen.

ad.art.7.: In de 4e alinea is geregeld dat partijen bij langdurige verhindering elkaar vervangen indien althans geen waarnemer van buiten kan worden aangetrokken. Dit zal uiteraard voor de vervangende partijen een zware belasting kunnen zijn, waarbij de normale vergoeding, die dan door de 2 of 3 vervangende partijen moet worden gedeeld, onvoldoende kompensatie biedt. In dat geval kan er aanleiding bestaan een hogere vergoeding over-een te komen.

Artikel 8.

Deze maatschap neemt een einde:

1. door overlijden van een der partijen;
2. door opzegging door een der partijen overeenkomstig het bepaalde in artikel 2;
3. door opzegging door de overige partijen met een termijn van drie maanden; indien een partij ten minste twee jaar achtereen tengevolge van ziekte of ongeval verhinderd is geweest de praktijk uit te oefenen, tenzij

eerder vaststaat dat die partij blijvend niet in staat zal zijn de praktijk uit te oefenen, in welk geval de termijn van twee jaar niet in acht behoeft te worden genomen;

4. door faillissement of onder curatelestelling van een der partijen en alsmede in geval een der partijen de bevoegdheid wordt ontzegd de geneeskunst uit te oefenen;
5. door ontbinding der maatschap; de maatschap kan op vordering van een of meer maten door de scheidsmannen als bedoeld in artikel 13 worden ontbonden, indien een zodanige situatie is ontstaan - al dan niet door schuld van een of meer der maten - dat voortzetting der maatschap van een of meer maten in redelijkheid niet kan worden gevergd.

Artikel 9.

In geval van overlijden van één der partijen verblijft de gehele maatschapspraktijk aan de andere partijen, onder de verplichting aan de erven van de overleden partij te voldoen een bedrag gelijk aan $1/x$ van de bruto-opbrengst van de maatschapspraktijk gedurende het laatste boekjaar.

Artikel 10.

Indien deze maatschap eindigt door opzegging als bedoeld in artikel 8, sub.3e, verblijft de gehele maatschapspraktijk aan de opzeggende partijen, die jegens de andere partij tot dezelfde verplichting zijn gehouden als in het vorige artikel is geregeld in geval van overlijden van een der partijen.

Artikel 11.

Indien de maatschap eindigt om een der redenen als genoemd in artikel 8, sub.4e, of doordat een der partijen tijdens de onopzegbare periode om klemmende redenen de praktijk ter plaatse definitief neerlegt, zijn de partijen, bij wie de redenen van beëindiging niet zijn gelegen, gerechtigd de gehele maatschapspraktijk zelfstandig en voor eigen rekening voort te zetten, onder de verplichting aan de andere partij te voldoen een bedrag gelijk aan $1/x$ van de bruto-opbrengst van de maatschapspraktijk gedurende het laatste boekjaar, mits zij binnen veertien dagen aan de andere partij schriftelijk doen weten, dat zij tot voortzetting van de praktijk onder deze voorwaarden bereid zijn.

Indien van het recht tot voortzetting van de gehele praktijk geen gebruik wordt gemaakt, staat het de andere partij vrij zijn aandeel in de praktijk aan een derde over te dragen, bij welke overdracht de overblijvende partijen behulpzaam zullen zijn.

Indien na de onopzegbare periode de maatschap door een der partijen wordt opgezegd, met inachtneming van het bepaalde in lid 4 van artikel 2, zijn partijen gerechtigd ter plaatse en zelfstandig en voor eigen rekening praktijk te blijven uitoefenen, waarbij zij zich verplichten gedurende één jaar geen patienten van elkaar over te nemen.

De ontbinding van de maatschap en de gevolgen daarvan, zullen alsdan door partijen worden geregeld bij afzonderlijke overeenkomst, waarbij in geval van geschil artikel 13 van toepassing zal zijn.

Indien de maatschap overeenkomstig artikel 8 lid 5 door de scheidsmannen wordt ontbonden, dienen deze de gevolgen van de ontbinding te bepalen.

ad.art.8 t/m 11: Deze artikelen regelen de beëindiging van de maatschap. In het fiskale hoofdstuk wordt gesproken over het verblijvingsbeding en het overnemingsbedrag. Dit verblijvingsbeding is gekozen in de gevallen van beëindiging der maatschap door overlijden of invaliditeit, in geval van faillissement e.d. en neerleggen van de praktijk ter plaatse is het overnemingsbeding gekozen.

In het kontrakt is uitgegaan van een goodwill-waarde van 100% van de bruto-opbrengst; dit percentage is bij de huidige vraag en aanbod het meest gebruikelijk. Indien ten tijde van het aangaan of tijdens de duur van het kontrakt een andere waarde aan de goodwill pleegt te worden toegekend, dient het kontrakt te dien aanzien te worden aangepast.

Ten aanzien van de 3e alinea van artikel 11 kan het volgende worden aangetekend.

Ingevolge de thans geldende Maatschappij-normen ten aanzien van associaties kan een maatschap, na beëindiging van een aflooperperiode, onopzegbaar worden gemaakt voor een termijn van ten hoogste 5 jaren. Na afloop van deze termijn moet de mogelijkheid bestaan de maatschap op te zeggen met behoud voor ieder der partijen om ter plaatse te blijven praktizeren. Verbintenissen voor het leven kunnen derhalve niet worden goedgekeurd.

Soms willen partijen een regeling treffen, volgens welke degene die opzegt, het praktijkgebied moet verlaten. Deze regeling heeft de neiging tot feitelijke onopzegbaarheid te leiden, omdat vaak geen van partijen zich kan veroorloven uit het praktijkgebied weg te gaan en elders een nieuwe praktijk te moeten opbouwen. Partijen worden dan tegen hun zin in een zo persoonlijke verhouding als de maatschap gehouden. Tot heden heeft de Maatschappij alleen in gevallen, waarin een gescheiden praktijkuitoefening niet goed mogelijk is, haar goedkeuring aan een dergelijke regeling gehecht. Dit doet zich met name voor bij die specialisten die in het ziekenhuis een omvangrijke apparatuur behoeven, zoals anaesthesisten en röntgenologen.

In hoeverre een dergelijke regeling ook bij groepspraktijken nodig zal blijken, is thans nog niet te zeggen. Voorshands is in het konsept uitgegaan van de hierboven geschetste klassieke regeling, dat na afloop van de onopzegbare periode ieder van partijen kan opzeggen en dat dan alle partijen ter plaatse mogen blijven praktizeren. Hoe het dan moet met het praktijkgebouw, wie van partijen daarin mogen blijven werken, hoe de administratie gescheiden moet worden en welke financiële verrekeningen moeten plaatsvinden, zullen partijen dan moeten beslissen. Indien men daarbij niet tot overeenstemming komt, zal men het bindend advies kunnen vragen van de arbiters. In gelijke zin zal moeten worden gehandeld bij ontbinding van de maatschap door tussenkomst van de arbiters (zie art.8, sub.5).

Artikel 12.

Een nader vast te stellen huishoudelijk reglement zal ondermeer regeling inhouden betreffende:

- a. de organisatie van de samenwerking;
- b. waarnemingen weekend- en avonddiensten;
- c. de indienststelling van hulpkrachten en de taakverdelingen voorzover niet elders geregeld met deze groepen;
- d. de verhoudingen met andere huurders/eigenaars van het praktijkgebouw voorzover niet elders geregeld met deze groepen;
- e. de gemeenschappelijke administratie.

Dit huishoudelijk reglement mag niet in strijd zijn met de tekst of de strekking dezer overeenkomst.

Artikel 13.

Alle geschillen, welke tussen ondergetekenden mochten opkomen, betreffende de uitleg of de uitvoering van deze overeenkomst, zowel juridische als feitelijk, zullen, met uitsluiting van de gewone rechter, in hoogste ressort worden beslist door drie scheidsmannen van wie er 1 jurist, en 2 medicus moeten zijn, ten verzoeken van de meeste gereede partij te benoemen door de voorzitter van de afdeling van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, of bij bezwaren van deze laatste door de voorzitter van het Hoofdbestuur dezer Maatschappij.

Een geschil is aanwezig, indien één der partijen verklaart, dat dit het geval is.

De scheidsmannen zullen recht spreken als goede mannen naar billijkheid en zullen uitspraak doen binnen drie maanden, nadat zij hun benoeming hebben aanvaard. Zij zijn bevoegd uitspraak te geven in de vorm van bindend advies.

De wijze van procedure zal door de scheidsmannen worden vastgesteld, terwijl de onderhavige akte als akte van kompromis zal gelden.

Aldus overeengekomen en in duplo opgemaakt en ondertekend te op 19 ..

Partij A

Partij B

Partij C

Fiskale aspecten van de groepspraktijk.

Aan de vorming van groepspraktijken zijn niet alleen economische en juridische aspecten verbonden, maar ook belangrijke fiskale aspecten. Welke fiskale spelregels gelden, hangt af van de ondernemingsvorm, waarin de groepspraktijk wordt uitgeoefend.

In het hoofdstuk omtrent de juridische aspecten is er op gewezen dat de enige thans gebruikelijke vorm van samenwerking de burgerlijke maatschap is, welke ook aanbeveling verdient als grondslag voor een groepspraktijk. Derhalve zullen de daarop betrekking hebbende fiskale regelingen hieronder in het kort worden besproken. Het spreekt vanzelf dat juist bij deze uiterst moeilijke problematiek de bijstand van gekwalificeerde deskundigen niet kan worden gemist. Wie zich echter in meer algemene zin omtrent groepspraktijken wil oriënteren, zal ook bekend moeten worden met enkele algemene fiskale beginselen. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen de regelen welke gelden bij de totstandkoming van de groepspraktijk, tijdens het bestaan daarvan en bij beëindiging van de groepspraktijk.

a. Totstandkoming van de groepspraktijk.

Indien een groepspraktijk tot stand komt uit een gelijktijdige vrije vestiging van enkele artsen en daarbij geen sprake is van betaling door de een aan de ander van een bedrag als vergoeding voor goodwill en stille reserves zijn er geen bijzondere fiskale regelen. In vele gevallen zal een groepspraktijk echter tot stand komen doordat artsen met gevestigde praktijken gaan samenwerken. Zij brengen dan hun patientenbestand, de goodwill, in de maatschap en beëindigen hun "eenmanszaak". Indien konform artikel 6 van de konsept-overeenkomst wordt besloten tot een winstverdeling van de gezamenlijk behaalde opbrengst in gelijke delen, dan kan het wenselijk zijn de verschillen in waarde van de goodwill van de ingebrachte praktijken bij het begin van de maatschap onderling te verrekenen. Zo pleegt bij een associatie tussen een arts met een bruto-inkomen van bijv. f.90.000,-- en een arts met een bruto-inkomen van bijv. f.50.000,-- laatstgenoemde de helft van het verschil als goodwill te betalen, soms vermenigvuldigd met een percentage tot max.150%, zulks afhankelijk o.m. van

vraag een aanbod in het land. Na betaling van deze goodwill-som worden beiden gerechtigd geacht tot een gelijk onverdeeld aandeel in de maatschap. Hetzelfde pleegt te geschieden indien de maatschap tot stand komt tussen een reeds ter plaatse gevestigde arts en een zich nieuw vestigende collega. In dat geval neemt laatstgenoemde een onverdeelde helft van de praktijk van de ander over tegen betaling van een goodwill-som. In al deze gevallen gelden dezelfde fiskale spelregels als bij overdracht van de gehele praktijk tijdens leven.

Degene die de goodwill-som ontvangt zal daardoor in de meeste gevallen overdrachtswinst behalen. De overdrachtswinst wordt gevormd door van de bedongen prijs voor de goodwill (en van andere overgedragen zaken) af te trekken het totaal van de fiskale boekwaarde per overdrachtsdatum van de goodwill en die overgedragen zaken. De overdrachtswinst wordt bovendien nog door enkele andere posten beïnvloed die echter hier buiten beschouwing kunnen blijven.

Geschiedt de overdracht van de gehele praktijk of van een gedeelte van de praktijk tegen een koopsom ineens - dit is het meest gebruikelijke - dan wordt de overdrachtswinst op verzoek belast, na aftrek van een vrijgesteld bedrag van f.10.000,-- volgens een bijzonder tarief. Het bijzonder tarief is het percentage dat de belastingsplichtige aan inkomstenbelasting verschuldigd is over de laatste f.600,-- van het gemiddelde inkomen over de laatste drie voorafgaande jaren, met dien verstande dat het bijzonder tarief nooit minder dan 20% en nooit meer dan 40% kan bedragen. Indien de betaling van de goodwill-som geschiedt in een gefixeerd aantal termijnen, zijn voor de overdragende arts de fiskale gevolgen dezelfde als wanneer hij de kontante waarde in een som ineens had ontvangen. Hij moet reeds dadelijk in het jaar van overdracht de belasting volgens het bijzonder tarief over de gehele som betalen, tenzij de toekomstige uitkeringen aan voorwaarden zijn gebonden. Om liquiditeitsmoeilijkheden te voorkomen wordt vaak afgesproken de betaling van de eerste termijn te stellen op ten minste het bedrag dat aan belasting moet worden betaald.

Om te voorkomen dat de toetredende arts bij derden kredieten moet opnemen om de goodwill-som te betalen, willen partijen soms overeen komen dat de goodwill-som

zal worden betaald door toekenning van een hoger winst-percentage aan de overdragende arts. Aangezien in dit geval de extra winst gewoon tot het jaarlijks inkomen wordt gerekend, bestaat er geen vrijstelling van f.10.000,-- en geen recht op toepassing van een bijzonder tarief, hetgeen in de regel een nadeel is.

In de fiskale literatuur en jurisprudentie wordt zeer veel gesproken over overdracht tegen lijffrente. Daarge-laten dat deze betalingswijze bij associatie en dus ook bij groepspraktijken niet gebruikelijk is, zijn hieraan zulke grote problemen verbonden, dat bijstand van des-kundige zijde hier zeker niet kan worden gemist.

Het heeft daarom ook weinig zin in dit hoofdstuk hier-op nader in te gaan. Tegenover de betalingen aan de fiskus door de ontvanger van de goodwill-som bestaat de mogelijkheid voor de betaler daarvan tot af-schrijving. Hieronder wordt verstaan de verdeling van de waardeachteruitgang van bedrijfsmiddelen (o.a. praktijk-goodwill) over de jaren, waarin deze hun nut afwerpen. De Wet kent voorts de mogelijkheid van ver-vroegde afschrijving, waarbij het echter meer gaat om belastingverschuiving, en voorts het systeem van investeringsaftrek, waarbij sprake is van belasting-vermindering, echter geldt deze laatste mogelijkheid niet ten aanzien van goodwill.

b. Tijdens het bestaan van de groepspraktijk.

Het is haast overbodig te zeggen dat het voor elke be-roepsbeoefenaar van bijzonder belang is om voor een goede boekhouding zorg te dragen. Hij is daartoe niet alleen verplicht, hij heeft daardoor tevens de ge-legenheid ten volle gebruik te maken van de fiskale faciliteiten. De boekhouding moet regelmatig ge-schieden met regelmatige jaarlijkse afsluitingen, met een verantwoording van alle beroepsbaten- en kosten, terwijl vanzelfsprekend geen vermenging mag plaats-vinden van beroeps- en privé-gelden.

Juist in gevallen van samenwerking tussen beroeps-beoefenaren zoals in de groepspraktijk en in het bij-zonder nog indien wordt overeen gekomen de gezamenlijk behaalde opbrengst in gelijke delen of naar bepaalde percentages te verdelen, is een goede boekhouding van de grootste betekenis. In de konsept-overeenkomst is een apart artikel 4 daaraan gewijd.

Het verdient aanbeveling dat alle partijen gebruik maken van de diensten van dezelfde accountant, die dan voor allen dezelfde fiskale systemen zal kunnen toepassen. Zo zal hij voor allen hetzelfde stelsel van winstberekening kunnen volgen, hetzij het kasstelsel, zolang althans de rechter dit stelsel nog aanvaardt voor artsen met omvangrijke praktijken, hetzij het vorderingenstelsel.

c. Beëindiging van de groepspraktijk.

In de konsept-overeenkomst (artikel 8) zijn de gronden genoemd waarop de maatschap kan worden beëindigd. Een van de gronden kan zijn het overlijden van een der partijen. Meestal wordt dan in de praktijkoverdracht voorzien door een z.g. verblijvingsbeding. Dit beding houdt in dat de praktijk van de overleden partij verblijft aan de andere partijen, in de regel tegen betaling van een goodwill-som, hetzij in een bedrag ineens, hetzij in termijnen, hetzij tegen een lijfrente. In artikel 9 van de konsept-overeenkomst is deze regeling opgenomen. De fiskale gevolgen van deze regeling zijn dezelfde als van een overdracht tijdens het leven, waarover reeds onder punt a werd gesproken. Indien tijdens het leven van de beroepsbeoefenaar reeds voor de opvolger bindende voorzieningen waren getroffen, ten aanzien van de voortzetting of overname van de praktijk, dan wordt de beroepsbeoefenaar fiscaal geacht de praktijk een ondeelbaar moment vóór zijn overlijden te hebben overgedragen, waardoor de regelen inzake overdracht tijdens leven van toepassing zullen zijn. Indien sprake is van betaling van een som ineens, bestaat dus recht op vrijstelling van f.10.000,-- en belasting volgens het bijzonder tarief van 20% - 40%.

Van het verblijvingsbeding moet worden onderscheiden het overnemingsbeding. Bij een overnemingsbeding verblijft de praktijk van de overleden arts niet automatisch aan de overblijvende partijen, doch hebben laatstgenoemden het recht zich binnen een bepaalde termijn voor overname uit te spreken. Dit overnemingsbeding is b.v. gehanteerd in artikel 11 van de konsept-overeenkomst. Het belangrijkste fiskale verschil met het verblijvingsbeding is dit dat de overdrachtswinst wordt belast met een vast tarief van 20% inkomstenbelasting. Wordt dus de opvolger of voortzetter tot overname gebonden, dan wordt praktisch naar het 40%-tarief geheven; bij het ontbreken van een dergelijke binding vindt het 20%-tarief toepassing.

Men late echter het fiskale niet geheel prevaleren; immers het bereiken van het vaste tarief van 20% gaat ten koste van de zekerheid voor de nabestaanden. Dit 20%-tarief bij overlijden is n.l. zoals gezegd, alleen van toepassing als de opvolger slechts het recht doch niet de plicht tot overname heeft. Hij kan dus van zijn rechten afzien en dan moeten de nabestaanden een andere gegadigde trachten te vinden. Dit is veelal niet eenvoudig als de over te nemen praktijk geen zelfstandige praktijk is maar een deel van een in associatie uitgeoefende praktijk. Ook bij de andere gronden voor beëindiging van de maatschap, zoals opzegging, invaliditeit, faillissement, enz. heeft men de keuze tussen het verblijvingsbeding en het overnemingsbeding. Het is niet ongebruikelijk het verblijvingsbeding te beperken tot de gevallen van overlijden en invaliditeit om althans daarbij de vertrekkende collega c.q. zijn erven zekerheid te bieden, maar in overige gevallen het overnemingsbeding te hanteren en daarbij in beginsel het risico te leggen op de vertrekkende partij.

In het bovenstaande is uitgegaan van de burgerlijke maatschap als ondernemingsvorm. De fiskale aspecten hebben echter de laatste tijd de vraag doen opkomen of de naamloze vennootschap wellicht ook als ondernemingsvorm voor een groepspraktijk zou kunnen dienen. Daargelaten dat de fiskale aantrekkelijkheden van de N.V.vorm lang niet altijd duidelijk zullen blijken, mede door het stelsel van de dubbele heffing, zijn aan de N.V.vorm vele andere vraagstukken verbonden, welke onderwerp van studie zijn bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Het praktijkpand.

Een enkel woord moge nog worden gewijd aan het praktijkpand. Het huis, waarin de deelnemende arts woont en van waaruit hij voor de totstandkoming van de groepspraktijk zijn praktijk uitoefende, komt in vele gevallen, geheel of ten dele voor op de beroepsbalans van de arts en is op dit bezit reeds afgeschreven. Houdt de arts nu op dit huis als zijn praktijkobject te gebruiken door over te gaan naar een groepspraktijkhuis, dan is het voorstelbaar dat de fiskus overbrenging van dit huis van het beroepsvermogen naar het privé-vermogen eist en wel tegen een taxatiewaarde. Blijkt deze waarde hoger te zijn dan de boekwaarde dan moet over deze meer-

waarde eveneens belasting worden betaald naar een tarief van 20%-40%. Wellicht kan aan deze fiskale eis tot overbrenging naar het privé-vermogen gedeeltelijk worden ontkomen, indien de arts toch nog ten dele vanuit zijn eigen huis blijft opereren, al ontmoet een dergelijke werkwijze wellicht op andere gronden bezwaar.

De konklusie van dit hoofdstuk over de fiskale aspecten kan geen andere zijn dan dat bij de overwegingen om te komen tot een groepspraktijk ook met deze fiskale aspecten rekening moet worden gehouden, al zullen en mogen zij vanzelfsprekend geen doorslaggevende betekenis hebben. In het medisch beroep dient men niet te gaan samenwerken terwille van eventuele fiskale voordelen, maar op andere gronden waarover in de voorgaande hoofdstukken uitvoerig is gesproken.

Bijlage I.

Specificatie: A - inventaris, meubilering en verlichting - solopraktijk.

A. 3

Soort ruimte	aan- tal	artikel	prijs p.eenh.	totaal-(opm)prijs prijs p.vertrek.
spreekkamer	1	boekenkast		f.1000,--
	1	bureau		320,--
	1	bureaustoel		216,--
	3	lage stoelen	f.159,--	477,--
	1	ladenkast		225,--
	1	lage tafel		140,--
	1	extra stoel		110,--
	1	bureaulamp		75,--
	1	alg.verlichting		120,--
	1	wandlamp		75,--f2758,--
onderzoek- kamer	1	onderzoekbank		200,--
	1	kruk		40,--
	1	instr.tafel		100,--
	1	verbandkast		300,--
	1	voetenbank		30,--
	1	treklamp		75,--
	1	2 TL-65		120,--
	1	wandlamp		15,-- 880,--
kleedkabine		verlichting		15,--
		schap/bankje of kruk		70,--
		haken		15,-- 100,--
behandel- kamer	1	verbandkast		500,--
	1	werkblad		200,--
	1	instr.tafel		100,--
	1	stoel		110,--
	3	krukken	40,--	120,--
	1	onderzoekbank		200,--
	1	voetenbank		30,--
		diversen		100,--
	2	2TL-65	120,--	240,--
	1	treklamp		75,--1675,--

laboratorium	werkbleden		300,--
	kasten		400,--
	1 kaartenbak		40,--
	1 slophopper		100,--
	1 kruik		40,--
	verlichting		120,--1000,--
administratie/	kasten		340,--
receptie	kaartenbakken		130,--
	werkbleden		250,--
	1 bureaustoel		140,--
	1 tiktafel		100,--
	1 draaistoel		100,--
	2 2TL-65	120,--	240,--
	diversen		100,--1400,--
wachtruimte	zitmogelijkheden		
	voor 15 personen		600,--
	1 lage tafel		130,--
	garderobevoorziening		100,--
	1 plantenbak		150,--
	verlichting		120,--1100,--

Opmerking: Voor onderstaande vertrekken is geen specificatie gemaakt, maar zijn schatposten opgenomen: werkkast, -toilet - berging - entree - verkeersruimte.

Bijlage II.

Specificatie: B - inventaris, meubilering en verlichting - groepspraktijk.

B.

administratie	2	bureaus	f.320,--	f.640,--
	2	kasten	300,--	600,--
	2	ladenkasten	225,--	450,--
	4	kaartenbakken		130,--
	1	werkblad		250,--
	2	bureaustoelen	140,--	280,--
	1	tiktafel		100,--
	2	draaistoelen	140,--	280,--
		archiefstelling		400,--
	2	2TL-65	120,--	240,--
	1	2TL-65		120,--
	1	archiefverl.		100,--
	1	keukenverl.		100,--
	1	werkkastverl.		15,--
		diversen		100,-- f3805,--
laboratorium	1	bureau		320,--
	1	bureaustoel		140,--
		kasten		600,--
	1	microsc.tafel		200,--
	1	kruk		40,--
		kaartenbakken		130,--
		diversen		100,-- 1530,--
wachtkamers		zitmogelijkheid		
		voor 30 personen	40,--	1200,--
	2	lage tafels	135,--	270,--
	2	gard.units	200,--	400,--
	2	plantenbakken	150,--	300,--
	2	2TL-40	120,--	240,-- 2410,--

- Opmerking: A. voor onderstaande vertrekken is geen specificatie gemaakt, maar zijn schatposten opgenomen: toiletten - werkkast - berging - entree - verkeersruimte.
- B. voor de overige vertrekken is de specificatie van A. aangehouden.

Bijlage III.

Specificatie: A - inventaris - stoffering - solopraktijk.

A.

soort ruimte	aantal	artikel	prijs p.eenh.	totaal-prijs	opm.prijs p.vertr
spreekkamer	8 m.	gardisette	f.10,--	f.80,--	
	4 m.	rail	6,--	24,--	
		loon	2,--	16,--	
				120,--	
	12½ m.	gordijnen	9,--	113,--	
		loon 5 banen	5,--	25,--	
	4 m.	rail	6,--	24,--	
				162,--	f. 282,--
	16 m ²	marmoleum	16,--	256,--	256,--
		los tapijt		200,--	200,--
					738,--
onderzoek-	8 m.	gardisette	10,--	80,--	
kamer, inkl.	2 m.	rail	6,--	12,--	
kleedkabine		loon	2,--	16,--	
				108,--	
	7½ m.	gordijnen	9,--	70,--	
		loon 3 banen	5,--	15,--	
	2 m.	rail	6,--	12,--	
				97,--	205,--
	8 m ²	marmoleum	16,--	128,--	128,--
					333,--

Behandelkamer: ongeveer als onderzoekkamer.

Laboratorium

Adminstr./receptie

werkkast

toilet

berging

entree en verkeersruimte

niet nader gespecificeerd.

Wachtruimte: als post is opgenomen, ongeveer de helft van de onder B genoemde post voor de wacht-ruimte.

Bijlage IV.

Specificatie: B - inventaris, stoffering - groepspraktijk.

behandelkamer	16 m.	gardisette	f.10,--	f.160,--	
	8 m.	rail	6,--	48,--	
		loon	2,--	32,--	
				<u>240,--</u>	
	25 m.	gordijnen	9,--	225,--	
		loon 10 banen	5,--	50,--	
	8 m.	rail	6,--	48,--	
				<u>323,--</u>	f.563,--
	16 m ²	marmoleum	16,--	256,--	<u>256,--</u>
					<u>819,--</u>
administratie	4 m.	gardisette	10,--	40,--	
	2 m.	rail	6,--	12,--	
		loon	2,--	8,--	
				<u>60,--</u>	
	7½ m.	gordijnen	9,--	70,--	
	2 m.	rail	6,--	12,--	
		loon 3 banen	5,--	15,--	
				<u>97,--</u>	157,--
	24 m ² .	marmoleum	16,--	384,--	<u>384,--</u>
					<u>541,--</u>
nevenruimten:	10 m ²	marmoleum	16,--	160,--	160,--
archief, werkkast, keukentje.					
laboratorium		gordijnen, marm.		282,--	282,--
		als spreekkamer		256,--	<u>256,--</u>
					<u>538,--</u>
wachtkamers	16 m ²	marmoleum	16,--	256,--	256,--
	25 m.	gordijnen	9,--	225,--	
		loon 10 banen	5,--	50,--	
	8 m.	rail	6,--	48,--	
					<u>323,--</u>
					<u>579,--</u>
		diversen			<u>101,--</u>
					<u>680,--</u>

Opmerking: A.voor onderstaande vertrekken is geen specificatie gemaakt: toiletten - werkkast - berging - entree - verkeersruimte.

B.voor de overige vertrekken, zie onder A.

Literatuurlijst, inzake groepspraktijken.

* = aanwezig in N.H.I.-
bibliotheek.

Nederlandse literatuur.

Huisarts en Wetenschap:

Buma, Dr.J.T.: Enkele beschouwingen over groepspraktijken,
1959/60, 3, 298. *

Es, Dr.J.C.van: Groepspraktijken, 1966, 5, 162. *

Huygen, Dr.F.J.A.: Het Home Team, 1962, 5, 119. *

Redactie: Vorming van groepspraktijken, 1966, 10, 361. *

Medisch Contact:

Bekius, H.J.: Typen van huisartsenpraktijken in Engeland, 1958, 183.

Hoofdbestuur: De vorming van groepspraktijken, 1966,
36, 815. *

Mijn, Mr.W.B.van: Groepspraktijk van de huisarts,
nr.20-1966, 12, 273. *

Soeters, G.C.: Groepsgeneeskunde, 1955, 706.

Wolvetang, H.: Vorming van groepspraktijken in Z.Afrika,
nr.20-1966, 19, 423. *

Diverse nederlandse publikaties:

N.H.G.: publikatie conferentie Groepspraktijken in Eindhoven, 2-3 juni 1962, *

N.T.v.G.: Hilfman, M.M.: Ref.Collings rapport Groepspraktijken, 1953, IV, 3137.

T.v.S.G.: Burger, Prof.Dr.G.C.E.: Groepsgeneeskunde in het Philips Gezondheidscentrum, 1953, 396.

Zeeuwse Courant: Dokum, Sozavo: Groepspraktijken, 14-12-'66. *

Ziekenfondsvragen: Koopman, J.: De groepspraktijk in Overvecht te Utrecht, 1967, 1, blz.15. *

Ziekenfondsvragen: Health Centres and Group practice in England, 1967, 7-8-'67, blz.148. *

Ziekenfonds, Het: Graaff-Smit, L.G.de: Mogelijkheden tot gekombineerde praktijkruimte, april 1967. *

Buitenlandse literatuur.

The Journal of the College of General Practitioners:

- 1964: Cattanach, A.C.: "On obtaining a group practice loan", 1964, 8, 254-7. *
- 1965: Pike, L.A.: Group health education in a general practice, 1965, 317-318. *
- Whitaker, A.J.: Group practice premises, purpose, built, study of, 1965, 265-271. *
- 1966: Dillane, J.B.: Group practice - future patterns, 1966, 184-188. *
- 1967: Pickworth, K.H.: Group practice, 1967, 121-124. *

The Lancet:

- 1951: Franklin, L.M.: Rationalised general practice: group experiment, 1951, i, 1226-8.
- 1953: Collings, J.S.: Group practice, 1953, 31-33, 611-615 en 875-877.
- 1955: Hunt, J.H.: The scope and development of general practice in relation to branches of medicine (2), 681.
- 1960: Fox, T.F.: The personal doctor and his relation to the hospital: some observations and reflections on some american experiments in general practice by groups, 1960, i, 743-60.
- 1964: The Gouldburn Clinic, Australian group medical practice, 1964, i, 974-5.
- 1966: Lock, S.: Health Centres and Group practice, 380. *

Concours Médical:

- 1965: A.N.S.M.G., Assemblée Generale du 30 avril 1965, 19, 3382. *
- A.N.S.M.G., Assemblée Generale, ordres du jour et des motion votés, 21, 3708. *
- Association et exercice en clinique, 1965, 2, 303. *
- Casac, G.: Cabinets secondaires et cabinets de groupe, 1965, 23, 3999. *
- Chomel, M.A.: Financement des Maisons Médicales, 1965, 41, 5771. *
- Congres VIe National de l'A.N.S.M.G., Tours 30 avril-2 mai, 1965, 3, 457. *
- Congres VIe Nat. de l'A.N.S.M.G., Introduction, 1965, 17, 2989. *

Congres VIe Nat.de l'A.N.S.M.G., Synthèse des travaux, 1965, 21, 3677. *

Congres VIe Nat.de l'A.N.S.M.G., La Médecine de Groupe et l'ordre des médecins, 1965, 23, 3985. *

Congres VIe Nat.de l'A.N.S.M.G., 1965, 19, 3389. *

Exposé des motifs de l'arrêté du 3 août, 1964, 1965, 4, 629. *

Financement des centres de Méd.d.Groupe par la Séc.Sociale, 1965, 4, 627. *

Guihéneuf, V.: Admission, retrait, succession dans un groupe, 1965, 44, 6329. *

Masson, J.: Egalité ou équité, 1965, 48, 7124. *

Masson, J.: La prévoyance du médecin en groupe, 1965, 52, 7873. *

Mignon, J.: De la méd.d.Groupe aux Sociétés Professionnelles, 1965, 19, 3333. *

Piquet, J.L.: Admission, retrait, succession dans un groupe, 1965, 44, 6337. *

Roussel, J.M.: Mise en commun des honoraires, 1965, 47, 6916. *

1966: Association syndicale nationale des médecins exerçant en groupe:

- Paiement des honoraires à l'hôpital rural, 5, 757. *
- Solution des litiges, 6, 875. *
- Remplacement et association, 15, 2628. *
- Congrès Perpignan, 13-15 mai, 1966, 22, 3995. *
- Congrès Perpignan, (suite), 23, 4197. *
- Méd.de Groupe devant seco.civ.prof., 26, 4697. *
- Exercice prof.dans les mêmes locaux, 26, 4748. *
- Sociétés civiles prof (discussion), 28, 4901. *
- Exercice en groupe et sous-location, 29, 4980. *
- Equip. téléphonique de maison Médicale, 38, 5469. *
- Congrès Perpignan: motions Comité directeur, 22, 3981. *

1967: La médecine de groupe en Grande-Bretagne; juli 1967, 27, 5315. *

British Medical Journal:

1951: Toward the health centres. Advantages of Group practice, 1951, i, 105-6, 113-4.

1953: Hadfield, S.J.: A field survey of general practice, 1953, II, 683.

A review of general practice 1951-52. Report of the general practice review Committee, 1953, Suppl.103.

- 1957: Bartley, C.H. and others: A surgery conversion of 4 doctors, i, 99-100. Suppl.
Lane, R.R.: New surgery premises for group practice; nr.5040, 10,8,1957. Suppl.87.
- 1960: Taylor-Jones, T.H. and others: The organization of a group practice, i, 39-41. Suppl.nr.5170.
- 1961: Restrictive covenants and partnership agreements. Legal opinion, 1961, i, 128-9.
- 1962: Fry, J. and others: Towards better general practice, A preliminary survey and some suggestions, 1962, ii, 1311-5.
- 1965: Group practice, health centres or both? Huntley & Hythe, II, 5475; 1425. *
- Impressions of group practice:
- Old practice into new: urban Tyneside, ii, 1176-7. *
 - Teamwork, Barnstaple and Winchester, ii, 1234-7. *
 - Some rules successfully broken, Edinburgh, ii, 1300-1. *
 - Future outlook hopeful? Giulford, ii, 1362-4. *
- Middle Art, Group practice: Team work, 1965, 5472. *
- Middle Art, Group practice, 1965, 5473, 1300. *
- Group practice: work loaded in, 1965, 1490. *
- Idem: what should group practice dp? 1965, 1435. *
- 1966: Car service scheme for patients, 587 (C) + 1423 (C). *
- Examination rooms, 52 (C) + 236 (C). *
- Health Centres and group practice, 1416 (C) + 1542 (C). *
- In Shanghai 1910, 864 (C). *
- Shared consulting-rooms, 1542 (C). *
- Two-partner practice, 1543 (C). *
- Work load in, 110 (C) + 679 (C). *
- 1967: Marsh, G.N.: Group practice nurse, 1967, I, 5538, 489. *

New World:

- 1962: Wilson, S.R.: A comment on group practice, 97, 487-8.
- 1963: Cowan, P.: Designing for group practice in U.S.A., 99, 146-7.
- 1964: Arch, P.C.: Group practice in Hertfordshire, 100, 504-11.
- Silver, G.A.: Group practice, 1964; 101, 387-95, 475-80; 102, 48-65, 130-40, 236-43, 297-302.

Diverse buitenlandse tijdschriften en publikaties:

- American Association of Medical Clinics and others:
Group practice: guide lines to forming
or joining a medical group, 1962.
- Australian College of General Practitioners: Group
practice seminar, 1961.
- Australian College of General Practitioners: The first
Australian Seminar on group practice,
report nr.1. *
- Axelrol, J. and Pellegrini, W.: nov.2,1966, Amer.Publ.
Health Ass.Ann.M. A fifteen-year report
of medical services under prepaid, hospi-
tal based group practice.
- Beel, P.J.: Notes on the conversion of an old private
house into a group practice surgery,
Practitioner, 1960, 185, 330-3.
- Burns, B.: Second thoughts on health centres" the Nether-
thorpe group practice project. Executive
Council, 1960, II, 26-8.
- Cahiers Laennec, Médecine de Groupe, september 1964. *
- Cutting, C.C.: Group medical practice and prepayment,
New Engl.J.Med., 1963, 269, 729-36.
- Dearing, W.P.: Prepaid group practice medical care plans.
Publ.Health Rep., 1962, 77, 855-8.
- Donaldson, G.A.: Group medical practice, Ulster Med.J.,
1964, 33, 17-27.
- E.C.N., augustus 1963, 444, National Health Service, group
practice loans. *
- Edwin, F.and Daily: New York, januari 1959. Medical Care
under the health insurance plan of greater
New York, (HIP).
- Esselsteyn, C.B.: Group practice with branch centres in a
rural country, New.Engl.J.Med., 1953, 248,
488-93.
- Frank, L.K.: Interprofessional communication, Am.J.Publ.
Health, 1961, 51, nr.12, p.1798-1804.
- Gunn, A.D.G.: Group practice, the slow emergence from a
cottage industry, Nursing Times, 1965, 61,
1051-2.
- Health Centres and Group practices, publ.by the Brit.Med.
Assoc., 1965. *
- Huntley, J.D.: The management of a practice from a health
centre, Proc.Roy.Soc.Med, 1958, 51, 670-2.
- Jolin, C.: Sweden's de luxe group practice, Pulse,
1965, jan.23.3.

- Médecine de Groupe A.S.N.M.G.: congresverslagen '64, '65, '66. *
- Médecine exerçants en groupe: naam- en adreslijst 1966.*
- Montefiore Medical group: An experience with group practice, 1948-1956; reprinted from the New.Eng.J.of Med, april 1957, nr.25, 256; 785-791.
- National Building Agency of the College of General Practitioners Londen: Design Guide for Medical Group practice centres, Londen, 3-6-1966. *
- Nieman, I.S.: The general practitioner in prepaid g.p.plans, Amer.J.Publ.Health, 1963, 53,1635,43.
- Pomrinse, S.D.and others: Group practice in the U.S.A., J.Med.Educ., 1961,36, 193-8.
- Pomrinse, S.D.and others: The growth and development of medical group practice, J.A.M.A., 1961, 177, 765-70.
- Pomrinse, S.D.and others: The 1959 servey of group practice, Amer.J.Publ.Health, 1961, 51, 671-82.
- Sellers, E.M.: The influence of group and independant general practice on patient care, Ontaria Can.Med.Ass,J., 1965, 93, 147-57.
- Silver, G.A. and others: An experiment with group practice, The Montifiore Medical group, 1948-56. New.Engl.J.Med. 1957, 256, 785-91.
- Studie- en adviesbureau van groepsgeneeskunde voor huisartsen S.A.G.H.: Planning of group practice in General Medicine. Internationaal congres 8-9 april 1967, Brussel. *
- Survey of group practice, J.A.M.A. 1957, 164,nr.12. p.1337-1348.
- Taylor, S.: Good general practice, O.Y.P., 1954,chapter 4, Group practice.
- Thornton, E.B.: A pattern for group practice, Nursing Times, 1965, 61, 941-2.
- Vincent, Armard: Médecine de Groupe au service de l'homme, Les Editions Ouvrières, 1964. *

Bijgewerkt tot eind juli 1967.