

RAPPORT VERWERVING VAN EEN HUISARTSPRAKTIJK



VOORWOORD

Er bleek een grote vraag te bestaan onder pas afgestudeerde en aanstaande artsen naar een handleiding hoe een praktijk te verwerven.

Bij het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht en de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen werd dit probleem ongeveer tezelfder tijd onderkend: eerst werkte ieder instituut apart maar door een goede samenwerking is tenslotte dit rapport ontstaan.

Wij zijn de verschillende auteurs, de dames Drs. J.J.I. de Jong-van der Klei en Drs. P.L. Quispel-Snel van de afdeling Huisartsgeneeskunde te Groningen en de heer Dr. R.A. de Widt van het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht, van wie de tekst van hoofdstuk IX stamt, zeer dankbaar voor hun medewerking aan dit werkstuk.

Veel mensen hebben ons door hun inlichtingen geholpen: de heer S. Duursma van de OLMA te Utrecht en de heer J.D. Legger van de VVAA willen wij hierbij vooral dank zeggen.

De inhoud van het stuk veroudert snel op bepaalde punten; wij hopen dat de lezer ons op eventuele onjuistheden en onduidelijkheden wil attenderen.

Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht
en
de afdeling Huisartsgeneeskunde Groningen

INHOUD

| | | |
|------|---|---------|
| | Inleiding | pag. 2 |
| I | Beroepskeuze | pag. 3 |
| II | Keuze van een praktijk | pag. 4 |
| III | Mogelijkheden om een huisartsen- praktijk te verwerven | pag. 6 |
| IV | Vrije vestiging | pag. 10 |
| V | Goodwillson | pag. 11 |
| VI | De financiering | pag. 12 |
| VII | Huisartsenpensioenen | pag. 17 |
| VIII | Voorbeeld van een begroting | pag. 20 |
| IX | Checklist | pag. 21 |
| X | Beroepsverenigingen | pag. 34 |
| XI | Literatuurlijst | pag. 40 |

Inleiding.

Hoe een pas afgestudeerd arts zich een huisartsenpraktijk kan verwerven, hopen we in dit rapport te laten zien. Immers, het komt vaak voor, dat men wanneer men pas is afgestudeerd geacht wordt financiële termen en verzekeringsbegrippen te kennen. Uit onze ervaringen blijkt echter, dat velen, die tot overname van een praktijk willen overgaan, volkomen afhankelijk zijn van de instantie waarmee ze hun eerste onderhandelingen beginnen, daar men juist niet op de hoogte is. Mogelijk kan dit rapport er toe bijdragen de onkunde in deze enigszins te verminderen.

I. Beroepskeuze.

Als men besloten heeft huisarts te worden, dan is het wenselijk, dat hij (zij) probeert voor zichzelf een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- a. Hoeveel uren per dag wil ik gemiddeld aan de huisartspraktijk besteden?
- b. Welk bedrag vind ik het minimum om met mijn gezin van te leven?
- c. Hoeveel tijd wens ik over te houden voor mijn hobbies?
- d. Wil mijn echtgenote ook werkzaamheden in de praktijk verrichten?

Om uitsluitel te krijgen over bovengenoemde vragen is het belangrijk dat men enige tijd gaat waarnemen in andermans praktijk. Bestaat er een mogelijkheid om uw echtgenote mee te nemen tijdens een waarneming, dan moet men dit zeker doen, opdat zij zoveel mogelijk facetten van het huisartsenvrouw-zijn kan ervaren. Pas daarna kan een weloverwogen keuze reëel zijn. Een keuze waarop, gezien de verstrekkende financiële verplichtingen, die u zich bij overname op de hals haalt, zeer moeilijk op korte termijn kan worden teruggekomen.

II. Keuze van een praktijk.

Voordat men het aanbod van praktijken bekijkt moet men voor zichzelf een antwoord kunnen geven op de volgende vragen:

1. Gaan mijn gedachten uit naar: Een grote stadspraktijk, een kleine stadspraktijk of een plattelandspraktijk.
2. Wat is voor mij een ideale grootte van de praktijk.
3. Wil ik een apotheekhoudende praktijk of niet.
4. Naar welke streek van ons land gaat mijn (onze) voorkeur uit.
5. Heb ik het plan om:
 - a. als solist
 - b. in associatief verband
 - c. in een groepspraktijk
 - d. of in een gezondheidscentrum te gaan werken.
6. Heb ik er behoefte aan en is het noodzakelijk om naast de gewone praktijk een kleine controle praktijk te aanvaarden?
7. Hoe stel ik mij de samenstelling van de praktijk voor, m.n. een overwegende ziekenfondspraktijk of een praktijk, waarin het aantal particuliere patienten overweegt.
8. Wil ik graag een praktijk waar nog uitbreidingsmogelijkheden in zitten (met goedvinden van de collegae) of niet.
9. Zoek ik een praktijk in een gebied, waar veel toerisme is en dientengevolge een druk zomerseizoen of niet.
10. Wil ik graag een praktijk op niet al te grote afstand van een ziekenhuis?
11. Neem ik genoeg met redelijke collegiale verhoudingen, zowel t.o.v. de collegae huisartsen als specialisten of moeten ze optimaal zijn?

12. Wat stel ik me voor van de praktijkruimte?
13. Welke eisen worden zowel door mijn echtgenote als door mij aan het woonhuis gesteld?
14. Welke mogelijkheden voor na-scholing wens ik.
15. Vind ik het plezierig een praktijk met apothekers- of doktersassistente over te nemen of trek ik liever zelf nieuw personeel aan.
16. Wil ik graag een praktijk met veel jonge gezinnen of trekt de geriatrie mij meer aan. Is de religie in een bepaalde streek voor de praktijkvoering voor mij of mijn gezin van belang?
17. In welk deel van het land zullen we ons als gezin het beste thuisvoelen.

Het is van groot belang, dat u deze vragen probeert te beantwoorden. Het zoeken naar een praktijk is n.l. veel efficiënter wanneer u precies weet wat u wel of niet wilt.

III. Mogelijkheden om een huisartsenpraktijk te verwerven.

Wanneer de voorgaande vragen door u zijn beantwoord, hangt het uiteraard van het aanbod van praktijken af of er aan uw eisen kan worden voldaan.

De volgende stap is nu: Het verwerven van een praktijk.

Informatiebronnen over:

- a. Praktijken, die ter verkoop worden aangeboden;
- b. Een collega, die zich wil associëren;
- c. Een mogelijkheid voor vrije vestiging, zijn:
 1. relaties (b.v. huisartsen, waarvoor u waarneemt, vrienden en kennissen);
 2. dat u uit eigen ervaring weet, dat er in uw geboortestad een vrije vestigingsmogelijkheid is;
 3. een advertentie in N.T.v.G., Medisch Contact, Huisarts en Wetenschap en Arts en Auto. De mogelijkheden zijn:
 - a. aangeboden praktijken, waar u op kunt schrijven;
 - b. zelf een advertentie plaatsen, zodat u een betere indruk krijgt van het aanbod van praktijken.
4. particuliere bureau's. Wanneer men via deze bureau's een aanbod van een praktijk krijgt dient men zich het volgende af te vragen:
 - a. wanneer men een gesprek begint met deze instantie heeft men dan verplichtingen, zo ja, welke?
 - b. welk honorarium vraagt dit bureau voor de bemiddeling van de overdracht.
 - c. zijn de verzekeringen, ter dekking van de lening reëel? De bureau's krijgen n.l. provisie van de afgesloten verzekeringen: vooral bij het afsluiten van levensverzekeringen is dit een behoorlijk bedrag.

- d. is dezelfde praktijk ook in handen van een ander bureau?
 - e. is het mogelijk de onderhandelingen met een bepaald bureau te stoppen? En welke financiële consequenties heeft dit?
5. Het bureau vestiging en waarneming van de KNMG, Lomanlaan 103, Utrecht. Hier is een registratie van een beperkt aantal praktijken.
6. De OLMA (Onderlinge Levensverzekering Maatschappij Artsen) verzorgt - naast haar eigenlijke taak - van verzorging van oudedags- en gezinsvoorzieningen via een levensverzekering - ook financieringen van praktijkoverdrachten en kan eventueel wel inlichtingen verstrekken over een aantal praktijken. Er is echter geen registratie van aanvraag en aanbod van praktijken. De OLMA is een dochter van de KNMG en gevestigd in hetzelfde gebouw (Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411).
7. De VVAA (Vereniging van Artsen Automobilisten), n.l. de afdeling AVAA (Assurantie en financieringsdienst van de Ned. Ver. van Artsen Automobilisten), Burg. Reigerstraat 89, Utrecht (tel. 030-511841). Bij de AVAA is een kaartstelsel met gegevens van hen, die een praktijk wensen te kopen of over te dragen.

Wat zijn de verschillen tussen particuliere bureau's, VVAA en OLMA?

Particuliere bureau's.

Deze bureau's zijn commerciëel gericht. Zij vragen voor hun dienstverleningen een kostenvergoeding, dan wel doen dit werk gratis en worden gehonoreerd uit de provisieopbrengsten van de in combinatie met de financiering verplicht te sluiten verzekeringen.

De goede bureau's niet te na gesproken, zijn er verschillende bureau's waar het eigen belang duidelijk veel sterker spreekt dan het belang van de te financieren arts.

De VVAA.

Dit bureau werkt ook voor tandartsen, dierenartsen en er is een ontwikkeling gaande, dat dit bureau ten aanzien van andere vrije beroepen meerdere activiteiten zal ontplooiën. De VVAA staat los van de KNMG.

- De VVAA heeft:
1. N.V. Levensverzekering Mij. v.d. VVAA.
 2. N.V. Schadeverzekering Mij. v.d. VVAA.
 3. N.V. Reis- en Passagebureau v.d. VVAA.
 4. N.V. Assurantie- en Financieringsdienst v.d. VVAA.
 5. Technische Dienst.
 6. Beleggingsfonds "Summa Fund".

Bij de verzekeringsmaatschappijen kunnen onder anderen worden gesloten:

- a. Levensverzekeringen.
- b. Autoverzekeringen.
- c. Autoglasverzekeringen.
- d. Ongevallen- en inzittenden verzekeringen.
- e. Caravan verzekeringen.
- f. Rechtsbijstand verzekeringen.
- g. Wettelijke aansprakelijkheidsverzekeringen.
- h. Ziektekosten verzekeringen.

De Assurantie- en financieringsdienst verleent niet alleen haar bemiddeling bij het tot stand komen van bovengenoemde verzekeringen, doch ook bij het afsluiten van bijvoorbeeld:

- a. Brandverzekeringen (opstal/inboedel).
- b. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen e.d.,

die bij andere maatschappijen worden ondergebracht.

De verzorging van de financiering, het opmaken van overdrachts- en associatie-contracten behoren tevens tot de activiteiten van de AVAA. Ze vraagt voor haar bemiddeling geen kostenvergoeding.

Wel gaat zij er van uit dat wanneer er door haar bemiddeling een contact is gelegd tussen koper en verkoper, de financiering door de AVAA wordt geregeld. Dit is een gentlemen agreement.

De OLMA is door de KNMG opgericht. Dit bureau werkt alleen voor artsen, is - zoals werd medegedeeld - een levensverzekeringsmaatschappij, maar verzorgt daarnaast financieringen. De in verband met een dergelijke financiering tot stand te brengen verzekeringen worden voor zover het levens (risico) verzekeringen betreft, ondergebracht bij de OLMA zelf, de overige verzekeringen bij een maatschappij ter keuze van de arts. Dit kan zijn de VVAA, de Nederlanden van 1845, de Delta Lloyd, etc.

De OLMA en de VVAA zijn meer op het artsenbelang, dan op het eigen belang gericht.

IV. Vrije vestiging.

Alvorens over te gaan tot een vrije vestiging is het verstandig contact op te nemen met het gemeentebestuur of met de planologische dienst van een gemeente. Bij deze instanties wordt voorlichting gegeven over de groei van het aantal inwoners in de komende jaren in de wijk of het gebied, waar u van plan bent zich te gaan vestigen. Voorts is het van belang, een gesprek te hebben met de voorzitter van de afdeling van de KNMG (Kon. Ned. Mij. ter Bevordering van de Geneeskunst) en de voorzitter van de PHV (Plaatselijke Huisartsen Vereniging) in dat gebied. Mochten er geen bezwaren zijn dan kunt u zich in overleg met uw plaatselijke of wijkcollegae vestigen. Zijn er wel bezwaren en u vestigt zich desalniettemin, dan zult u stellig veel strijd en tegenstand ontmoeten van de bestaande artsengroepen, m.n. in avond-, weekend- en vakantieregelingen.

V. Goodwill som.

Deze som is voornamelijk afhankelijk van vraag en aanbod van praktijken. Verder spelen de volgende factoren een rol:

- De samenstelling van de praktijk. Verhouding part./fonds.
- De leeftijdsopbouw van de patiënten.
- De ligging en spreiding van de praktijk.
- De grootte van de praktijk.
- De opbrengst van de praktijk.
- Het verloop van de praktijk. Het verloop is afhankelijk van de verhouding ziekenfonds-particulieren. Veel ziekenfondspatiënten - een kleiner verloop, gemiddeld: 3 - 5 %. Veel particuliere patiënten - gemiddeld verloop van 15 %. In een stadspraktijk zal altijd een groter verloop zijn; in een dorpspraktijk is vrijwel geen verloop.
- De overdraagbaarheid van de apotheek.
- De huisartsenpensioenen.
- De overdraagbaarheid van een eventuele controlepraktijk en eventueel andere nevenfuncties.
- De persoon van de overdragende arts.
- De intercollegiale verhoudingen.
- Solopraktijk of maatschapspraktijk.
- Uitbreidingsmogelijkheden.
- Het praktijkpand (huur of eigendom)
- Verteerbaar inkomen na overname.

Een particulier bureau, OLMA of VVAA kan de gevraagde som wel beoordelen, maar kan geen advies uitbrengen, ook al omdat het de belangen van beide partijen behartigt. De arts moet zelf beslissen of hij de gevraagde goodwill-som wil en kan betalen.

VI. De financiering.

Bij een lening van enigszins belangrijke grootte is het in het algemeen noodzakelijk dat zakelijke zekerheden worden gesteld, waarop de kredietgever bij niet nakoming van de verplichtingen zijn vordering kan verhalen. Bij financieringen van artsen is het stellen van zekerheden meestal niet of slechts gedeeltelijk mogelijk (indien bij de transactie een huis is betrokken, kan dit huis als gedeeltelijk onderpand voor de lening dienen). Vandaar dat bij de financieringen voor artsen zekerheden worden gezocht in het verzekeringsvlak; dit kan aanleiding geven tot overtrokken eisen. Meer hierover op blz. 15. Een financieringstransactie laat zich onderscheiden in twee afzonderlijke - ieder met eigen kenmerken - onderdelen, voor zover althans in deze transactie een woon/praktijkhuis is begrepen.

In dat geval namelijk kan de arts voor een gedeelte van de totale leningen een zakelijke zekerheid bieden; het betreffende huis.

Met dit huis als onderpand kan verkregen worden:

A. Hypothecaire lening.

Elke geldgever zal een marge aanhouden tussen de geschatte waarde van het onderpand (de executiewaarde, dit is de waarde bij gedwongen verkoop, welke lager ligt dan de koopprijs) en het bedrag der lening. Veelal kan als hypothecaire lening verkregen worden 60 à 70 % (soms 90 %) van de executiewaarde van het pand. Zekerheden hoeven verder niet verleend te worden, dus ook geen verzekeringen; het huis is onderpand van de lening. Wel zal de kredietgever verlangen, dat het huis verzekerd wordt tegen brandrisico.

De zich vestigende arts heeft daarnaast nog een verdere kredietbehoefte, n.l.:

1. het verschil tussen aankoopprijs + kosten van het huis en de onder A bedoelde hypothecaire lening.
2. het bedrag van de goodwill som.
3. overname instrumentarium
4. apotheekvoorraden
5. overname of aanschaf inboedel
6. aanloopkosten
7. auto
8. diversen

De aldus benodigde gelden kunnen in principe verkregen worden als:

B. Artsenfinanciering.

Aangezien dit een krediet is, waartegenover geen zakelijke zekerheden staan, zullen hierbij verzekeringseisen worden gesteld. Deze eisen behoeven ter zekerstelling van het krediet niet verder te gaan dan de dekking van het risico, dat de geldgever loopt, te weten:

1. bij overlijden van betrokkene. Dekking via een verzekering behoeft niet verder te gaan dan een aflopende risico verzekering, d.w.z. een verzekering met een verzekeringsduur gelijk aan de duur van de lening en een verzekerd kapitaal, dalend overeenkomstig de daling van de schuld, alleen tot uitkering komende in geval van overlijden. De weduwe blijft in dat geval dus niet met schulden zitten en heeft een praktisch die eventueel verkoopbaar is.
2. bij invaliditeit/arbeidsongeschiktheid van betrokkene. In die situatie blijft de schuld bestaan, terwijl de mogelijkheid tot inkomensverwerving stopt. Men moet dus een arbeidsongeschiktheidsverzekering sluiten. Voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering (AO) kiest men veelal de "Artsen Onderlinge", Koninginnegracht 67 te 's-Gravenhage.

Deze verzekering geeft recht op uitkering ter vervanging van het inkomen uit arbeid, eventueel tot het 65e jaar. Deze periodieke uitkering, ter vervanging van het normale inkomen, stelt betrokkene in staat zijn verplichtingen normaal te blijven nakomen. Een waarnemer kan aangetrokken en gehonoreerd worden uit deze verzekering, terwijl de praktijkopbrengsten gewoon doorgaan, dan wel de praktijk kan worden overgedragen, waardoor de schuld uit de opbrengst kan worden afgelost, waarnaast de periodieke uitkering uit de onderhavige verzekering dan het inkomen voor levensonderhoud vormt.

3. bij een ongeval en hieruit voortvloeiend een blijvende invaliditeit is het goed een ongevallenverzekering te sluiten. Hierbij ontvangt betrokkene een kapitaalsuitkering ineens bij invaliditeit en dit stelt betrokkene in staat de restantschuld ineens af te lossen. Deze verzekering geeft echter alleen uitkering indien de invaliditeit voortvloeit uit een ongeval, zodat deze verzekering alleen aanvullend en niet als enige verzekering op dit punt dienst kan doen. Dit is dus een extra verzekering, want uit de A0-verzekering ontvangt men reeds een periodieke uitkering. Een kapitaalsuitkering via een ongevallenverzekering bij overlijden (ongevallenverzekering) is niet nodig, want dit valt onder de overlijdensrisico-verzekering.
4. bij wettelijke aansprakelijkheid van betrokkene. Deze W.A. kan voortvloeien uit privé handelingen en uit beroepshandelingen. Eventuele aanspraken uit dezen hoofde kunnen de mogelijkheden om op normale wijze de artsen-financiering af te lossen, aantasten.

Vandaar ook op dit punt de eis tot verzekering van W.A. particulier en W.A. beroepsrisico.

5. Failure van de betrokkene: hij slaagt niet als arts. Dit risico is moeilijk te verzekeren, vandaar dat dit vaak niet in aanmerking wordt genomen.
6. Naast deze verzekeringseisen worden nog andere zekerheden gevraagd, m.n. cessie van vorderingen, apotheekvoorraden, evt. auto, e.d.

Op deze wijze, dus door:

1. Hypothecaire lening op het huis
2. Het sluiten van een verzekering bij overlijden
3. Het sluiten van een verzekering tegen het risico van invaliditeit/arbeidsongeschiktheid
4. Het sluiten van een ongevallenverzekering
5. Het sluiten van een W.A.-verzekering
6. Cessie van vorderingen etc.,

is de artsenfinanciering voor de kredietgever zeker gesteld.

De eisen, die daar boven uitgaan zijn excessief.

Met name geldt dit voor volledige levensverzekeringen, waarbij naast het risico van overlijden ook een uitkering bij in leven zijn wordt medeverzekerd.

Wanneer men voor een beginnend arts van 30 jaar het verschil in premie bekijkt van een risicoverzekering (zie vorige blz.) en van een gemengde verzekering (d.i. risico + een spaardeel), komt men al op een verschil in premie in 1972 van f. 1.900,-- per jaar bij een verzekerd kapitaal van f. 100.000,-- voor een 30-jarige verzekeringsduur. Juister is om de gemengde verzekering te sluiten, wanneer men enige jaren in de praktijk zit en de lasten iets minder zwaar zijn. Een levensverzekering heeft alleen zin, wanneer de artsenpensioenen niet toereikend zijn. (zie blz. 17).

Het dient in aanmerking te worden genomen dat de gegeven opsomming alleen geldt als zekerheid voor de kredietgever en niet voor de nabestaanden van de betrokkene.

Hier volgen de adviezen voor de privé verzekeringen.

Afhankelijk van:

- a. Of de echtgenote een eigen beroep heeft,
- b. Of er kinderen zijn,
- c. Of de praktijk na overlijden verkoopbaar is,
- d. de artsenpensioenen,

kan voor de persoonlijke behoefte een regeling worden getroffen. Veelal zal in de beginfase veel meer naar een privé-risicodekking bij overlijden gezien moeten worden, met lage premie, dan naar de veel duurdere volledige levensverzekering met spaar-element. (zie blz. 15). De lasten liggen in de beginfase voor de jonge arts toch al bijzonder hoog. Wel zal men natuurlijk een ziektelkostenverzekering af moeten sluiten.

Voorbeeld:

Wanneer een huisarts, die 3 jaar geleden een praktijk heeft overgenomen, van werkkring wil veranderen, b.v. deze arts is van plan zich te gaan specialiseren, welke mogelijkheden zijn er dan voor hem?

1. Is de praktijk verkoopbaar, dan is deze verandering wel mogelijk en zal er bij verkoop van de praktijk nog een bedrag overblijven na aftrek van inkomstenbelasting, dat voornoemde arts bij zijn inkomen kan voegen gedurende de eerste jaren als arts-assistent.
2. Is de praktijk onverkoopbaar, dan dient de betreffende arts toch zolang huisarts te blijven tot al zijn schulden zijn afgelost.

VII. Huisartsenpensioenen.

Op januari 1973 zal zijn ingegaan de Wet op de Verplichte Deelneming in een Beroepspensioenregeling (Wetsontwerp 10216), waaronder de huisartsenpensioenen vallen. De ledenvergadering van de L.H.V. heeft in juni 1972 beslissing genomen over de inhoud hiervan. De Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (Utrecht, Postbus 3047, tel. 030-887021) heeft een boekje uitgegeven, waarin de nieuwe pensioenregeling is vastgelegd:

Documentatie Collectieve Pensioenregeling.

De hoofdpunten hieruit:

1. Deelname: alle artsen in Nederland, die als huisarts praktijk uitoefenen, uitgezonderd waarnemers en assistenten. De manlijke huisartsen mogen de leeftijd van 65 jaar, de vrouwelijke 60 jaar nog niet bereikt hebben.

2. Pensioen: de pensioenleeftijd voor manlijke huisartsen is 65 jaar, voor vrouwelijke 60 jaar. Vrouwelijke huisartsen verwerven in principe alleen ouderdomspensioen en eventueel wezenpensioen, geen pensioen krijgt de achtergelaten weduwnaar. Voor beide categorieën bestaat de mogelijkheid om te opteren voor de andere regeling. Vrouwelijke huisartsen kunnen desgewenst de voor hun manlijke collega's geldende regeling kiezen (pensioenleeftijd 65 jaar + pensioen voor weduwnaar + wezen na overlijden).

Manlijke huisartsen, mits ongehuwd en niet eerder gehuwd geweest kunnen de voor hun vrouwelijke collega's geldende regeling verkrijgen.

Men gaat uit van een bruto beroepsinkomen van f. 100.000 of meer per jaar. Het verplicht op te bouwen pensioen bedraagt f. 60,- per kalendermaand of f. 720,- per jaar. Bijvoorbeeld: de op 1-1-1973 precies 30-jarige huisarts bouwt een pensioen op van $35 \times f. 720,- = f. 25.200,-$ per jaar. (35 jaar deelname aan pensioenregeling).

Voor apotheek-houdende praktijken ligt de grens voor volledige deelname op f. 115.000,-.

Bij lagere inkomsten uit de huisartsenpraktijk kan

men in aanmerking komen voor een lager te verzekeren pensioenbedrag; men kan het bedrag eventueel ook verhogen. Dit moet ieder jaar opnieuw worden aangevraagd.

Een deelnemer, die nog geen jaar als huisarts gevestigd is en op grond van zijn bruto beroepsinkomen in aanmerking komt voor een lagere verplichte deelname, moet wel het weduwen- en wezenpensioen volledig verzekeren.

Het pensioen is waardevast gemaakt door een aanpassingscoëfficiënt, die het pensioenfonds jaarlijks vaststelt.

3. Premie: bedraagt \pm f. 19.600,- per jaar, ook onderhevig aan de aanpassingscoëfficiënt. Men is vrij in zijn keuze de verplichte pensioensverzekering onder te brengen bij het Pensioenfonds zelf, of bij één van de door het Pensioenfonds aangewezen verzekeringsmaatschappijen. De premie, winstdeling (verplicht gesteld door het Pensioenfonds) wisselen per maatschappij.
4. Weduwen- en wezenpensioen is bij het pensioen inbegrepen. De weduwe ontvangt 70 % van het op 65-jarige leeftijd te bereiken ouderdompensioen van de deelnemer.
Wezenpensioen ad 14 % van het ouderdompensioen per kind, indien jonger dan 18 jaar. Wanneer ze 18 jaar of ouder zijn en nog niet de leeftijd van 27 jaar hebben bereikt, hebben die wezen recht op pensioen, die invalide zijn of nog studeren.
Volle wezen krijgen het dubbele wezenpensioen.
5. Backservice: dit is een aanvullende uitkering over de praktijkjaren die liggen voor 1-1-1967. Deze backservice is ondergebracht bij het Pensioenfonds.

Elke huisarts wordt geacht in de backserviceperiode een ouderdompensioen van f. 36,- per kalendermaand te hebben opgebouwd. Dit fictief aanwezig geachte ouderdompensioen wordt door

het Pensioenfonds waardevast gemaakt door ook hier de aanpassingscoëfficiënt te laten gelden; alleen de waardeaanpassing wordt uitgekeerd. Ook hier is een weduwen- en wezenpensioenregeling aanwezig.

6. Interimperiode: in de periode 1-1-1967 tot 1-1-1973 zijn op grond van een overeenkomst tussen de L.H.V. en de ziekenfondsen gelden gereserveerd voor pensioenen voor de toen praktizerende huisartsen.

| | Liquiditeitspositie | | Berekening I.B. | |
|---|---------------------|----------|-----------------|----------|
| | Gespecificeerd | Totaal | Gespecificeerd | Totaal |
| Praktijkopbrengst | | f173.000 | | |
| AF: | f -- | " -- | | |
| Bruto praktijkopbrengst | | f173.000 | | |
| AF: Praktijkkosten | f 31.000 | | | |
| Apotheekaankoop | " -- | " 31.000 | | |
| Netto praktijkopbrengst | | f142.000 | | f142.000 |
| Inkomen buiten beroep (bijv. van echtgenote) | | " -- | f | |
| Huurwaarde eigen huis | | | " 1.200 | |
| Privé gebruik auto 15 % van f 9.000 | | | " 1.350 | " 2.550 |
| Saldo | | f142.000 | | f144.550 |
| Levensonderhoud | f20.000 | | f | |
| Afschrijvingen | | | | |
| Goodwill 10% van f 138.000 | | | " 13.800 | |
| Auto 20% van f 9.000 | | | " 1.800 | |
| Inventaris 10% van f 3.000 | | | " 300 | |
| Instrumentarium 10% van f 4.000 | | | " 400 | |
| Indien bedrijfspand % van f | | | " | |
| Pand | | | | |
| Indien privé-pand 15% van f | | | " | |
| Grond-, straatbelasting, etc. | " 300 | | " | |
| Onderhoud pand | " 2.000 | | " | |
| Achterstallig onderhoud | " -- | | " | |
| Huishuur | " -- | | " | |
| Huur Praktijkruimte | " -- | | " | |
| Premiën | | | | |
| Nieuwe/bestaande levensverzekeringen | " 2.000 | | " 1.100 | |
| Nieuwe/bestaande schadeverzekeringen | " 4.500 | | " 1.500 | |
| A.O.W., A.W.W., A.K.W. en A.W.Z. | " 4.000 | | " 4.000 | |
| Pensioenbijdrage | " 19.400 | | " 19.400 | |
| Rente en aflossing | | | | |
| Rente hypotheek 8 1/2 % van f 100.000 | " 8.250 | | " 8.250 | |
| Aflossing hypotheek: Ma 100/ 3 % van f 100.000 | " 3.000 | | " | |
| Rente financiering 6 1/2 % van f 245.000 | " 16.538 | | " 16.538 | |
| Aflossing financiering 10 % van f 245.000 | " 24.500 | | " | |
| Rente % van f | " | | " | |
| Aflossing % van f | " | | " | |
| Rente % van f | " | | " | |
| Aflossing % van f | " | | " | |
| Diversen | | | | |
| Investeringsaftrek % van f | | | " | |
| Belastingvrije voet: (gr. 4 ; 2 kind.) | | | " 9.100 | |
| Reservering auto 20% van f 9.000 | " 1.800 | | " | |
| Personele belasting | " 300 | | " | |
| Totaal fiscaal aftrekbaar | | | " 76.278 | |
| Belastbaar inkomen Belastbare som | | | f 68.272 | |
| Inkomstenbelasting (Groep ----- kinderen) | " 32.532 | | | |
| Totale uitgaven | | f139.120 | | |
| Voor-/achter saldo | f 2.880 | | | |

IX. Checklist van punten welke van belang zijn bij de vestiging van een jonge huisarts in Nederland.

Een onderscheid is mogelijk ten aanzien van 4 hoofdmogelijkheden:

- A. Overname van een bestaande praktijk
- B. Volledig vrije vestiging
- C. Geprotegeerde vrije vestiging
- D. Dienstverband

Achtereenvolgens worden deze mogelijkheden puntsgewijze besproken:

A. Overname van een bestaande praktijk

1. Financiële gegevens over de praktijk.

- a. Wat bedroeg het bruto inkomen uit medische arbeid over het laatste volledige kalenderjaar dat uw voorganger zich geheel normaal wijdde aan zijn praktijk.

Was f. 1)

Specificatie: Ziekenfond f.
Part. patienten f.
Controles f.
Keuringen f.
Andere f.

Nagaan of al deze bronnen ook voor de opvolger blijven vloeien, dit is b.v. ten aanzien van ambtelijke functies niet zeker.

Hiermee rekening houden bij de berekening van het getal onder d.

b. Apotheek

Indien apotheekhoudend krijgt de opvolger een volledige vergunning en zo ja, op welke netto inkomsten (verkoop-Inkoop) kan hij dan rekenen f. 2)

Als het gebied apotheekrijp is verklaard, wordt alleen een voorlopige vergunning afgegeven en is het een prettige vestigingsplaats, dan moet op redelijk termijn op vestiging van een apotheker worden gerekend, zodat deze bron van inkomen slechts een aantal jaren blijft vloeien.

c. Goodwill

De som van de bedragen, genoemd onder 1) en 2) vormt de goodwill. In plaatsen met een aantrekkelijk vestigingsklimaat betaalt de nieuwkomer momenteel 80 % van dit bedrag, in plaatsen in de Randstad met een zeer ongunstig vestigingsklimaat 0 % en de praktijk kent allerlei variaties hier-tussen. De hoogte van de te betalen goodwill-be-dragen is afhankelijk van de verhoudingen van vraag en aanbod. Door het tot stand komen van een wettelijk oudedagspensioen voor huisartsen en specialisten is voor de jonge arts het in de goodwill verscholen element "voorziening van de oude dag" in belangrijke mate vervallen, maar voor de verkopende partij bestaat dit voorlopig wel degelijk.

d. Praktijk-ontwikkeling

Er dient rekening mee te worden gehouden, dat bij de overname een aantal patienten van arts zal veranderen. Is een praktijk lange tijd draaiende gehouden door middel van de inschakeling van ver-vangers en hulp van collegae, dan kan dit zoge-naamde verval vrij groot zijn (wel 20 %). Daar tegenover kan b.v. groei van de plaats, gecombi-neerd met een krappe bezetting met huisartsen een vrij sterke groei op korte termijn mogelijk maken. Een en ander moet bij de berekening van het te verwachten eigen bruto inkomen worden ingecalcu-leerd (zie ook onder a).

Verwacht bruto jaarinkomen f. 3)

e. Praktijkkosten

Belangrijke punten zijn of men het huis ook van zijn voorganger overneemt of niet en of men de noodzaak voelt dit ingrijpend te verbouwen. Menig statig herenhuis leent zich slecht voor een verbouwing die een moderne praktijkvoering mogelijk maakt.

Verder moet men ten aanzien van de kosten rekening houden met de assistentie die men wenst (direct; in de toekomst). Vaak zal door gebruik van meer assistentie, meer disposables, het opzetten van een goed kaartstelsel e.d. het kostencijfer aanzienlijk boven dat van de voorganger komen.

Verwachte jaarlijkse onkosten f. 4)

f. Netto inkomen

Indien men van het bruto inkomen (3)) het kostencijfer (4)) aftrekt resteert het inkomen dat de praktijk oplevert. Aangezien de meeste artsen niet voldoende vermogen bezitten om geheel uit eigen middelen een overname te financieren moet hiervoor dan geld worden geleend. De rentekosten die hieruit voortvloeien vormen - naast andere - een aftrekpost voor belastingen.

Na aftrek van het totaal aan fiscaal aftrekbare posten resulteert het zogenaamde belastbare inkomen. Als men hier dan weer de inkomstenbelasting aftrekt krijgt men het netto inkomen.

Een bekende term die tenslotte in dit verband nog voorkomt is het begrip "living".

Hieronder verstaat men het netto inkomen verminderd met de terugbetalingen op de leningen die men heeft moeten aangaan om de praktijk te kunnen overnemen.

Populair gezegd is dat het bedrag dat men mag "opmaken" Deze living is dus de laatste post, te stellen op f.

De instellingen die zich bezighouden met de praktijk-financiering hanteren veelal ongeveer gelijksoortige schema's waarin de boven summier aangeduide calculaties worden ondergebracht.

De living die hieruit dan resulteert moet volgens financiers het mogelijk maken te voldoen aan de normen, die men in artsenkringen aan het leven pleegt te stellen. Bij een te laag bedrag dat pro resto uit de calculatie te voorschijn komt wordt de financiering in het algemeen geweigerd, omdat een en ander dan voor de financier te veel risico oplevert.

In 't verleden waren het de levensverzekering-maatschappijen die zich met de praktijkfinanciering bezig hielden, waarbij zich de laatste jaren ook 2 artsen levensverzekering-maatschappijen hadden gevoegd, namelijk de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) en de N.V. Levensverzekering Maatschappij van de Nederlandse Vereniging van Artsen Automobilisten (LVAA).

Bovendien zijn de laatste tijd de grote banken in het kader van het uitbreiden van hun dienstverleningsactiviteiten op deze markt actief geworden.

Wat betreft de verkoop is men vaak afhankelijk van administratiekantoren en makelaars. Deze zich ook accountant of belastingconsulent noemende tussenpersonen hebben veelal een zekere specialisatie toegepast en zich in zonderheid toegelegd op het verzorgen van de administratie, maar vooral van de belastingaangifte van medici.

Uit hoofde van hun vertrouwenspositie weten zij wanneer de artsen waarvoor zij de financiële belangen behartigen, denken aan verkoop van hun praktijk en vaak worden zij dan gevraagd als belangenbehartiger van de verkoper op te treden. Aangezien zij bovendien optreden als assuradeur toucheren zij dan meteen de provisie die voortvloeit uit de verzekeringen die de koper zal moeten afsluiten in het kader van zijn entree in de wereld der vrije beroepen, een provisie waarvan de hoogte bepaald wordt door omvang van de verzekeringen. Deze dubbelrol maakt het o.i. gewenst dat de aspirant-koper zich laat adviseren door een eigen fiscaal en financieel deskundige. Als zodanig komt ons inziens vooral een register-accountant in aanmerking, omdat het deze verboden is tevens als assurantie-tussenpersoon op te treden. Men doet er soms goed aan zich dan niet te wenden tot de zeer grote (internationaal geörienteerde) accountantskantoren die de laatste tijd door fusie zijn ontstaan. Deze zijn vaak onvoldoende ingesteld op de behandeling van de -in hun ogen- kleine zaken waar het hier om gaat.

Alhoewel de ruimte ontbreekt om hier in extenso in te gaan op deze moeilijke materie, merken wij toch op dat voor de jonge arts de noodzaak om reeds bij het begin van zijn carrière een levensverzekering af te sluiten door het tot stand komen van een verplichte pensioensregeling op 1-1-1973 in zeer belangrijke mate is komen te vervallen, waardoor de inschakeling van het intermediair Bank meer voor de hand is komen te liggen dan de omschakeling van het intermediair Verzekeringsmaatschappij.

Nota bene: in sommige regiones functioneert een Stichting Officium Nobile die tracht te komen tot een vestigingsbeleid, rekening houdend met de belangen van de huisartsen ter plaatse (ook financieel).

2. Technische gegevens over de praktijk

Bij het nagaan van de mogelijkheden om de financiering van de overname rond te zetten bleek het nodig reeds verschillende technische gegevens ter beschikking te hebben. Hieronder wordt uitgebreider en systematischer op deze zaak ingegaan. Behalve dat de praktijk een redelijk bestaan op moet leveren zijn natuurlijk ook andere factoren van belang die ten aanzien van het bevrediging vinden in het werk van huisarts van belang zijn. Hier gaat het in eerste instantie over de interne situatie. De volgende punten spelen dan een rol.

- a. Voldoet de praktijkruimte aan de eisen die men stelt voor een goede praktijkuitvoering. Zo pleegt de jonge arts een afspraak spreekuur te prefereren boven een vrij spreekuur. Men heeft dan geen grote wachtkamer nodig, maar wel een goede spreekkamer met aparte onderzoekkamer, terwijl bij een praktijk van enige omvang inschakeling van een assistente nodig zal zijn.

De vraag is, kunnen de eventueel noodzakelijke verbouwingen in het pand in kwestie gerealiseerd worden.

- b. Voldoet de praktijk ook aan de wettelijk gestelde eisen.

Soms neemt de Farmaceutische Inspectie genoegen met noodoplossingen tot het moment van opvolging en moet er dus zo wie so het een en ander aan veranderd worden. Als men wil gaan werken met een medisch assistente en een farmaceutisch assistente moet daar ook de nodige ruimte voor zijn.

- c. Wordt er op meer dan één plaats spreekuur gehouden, wenst men dit dan te continueren en zo ja, wat zijn de faciliteiten op het 2e adres.

- d. Is een goede karthotheek aanwezig en een gemakkelijk toegankelijk dossier van de specialistenbrieven? Hoe is de financiële administratie geregeld (vooral van belang ten aanzien van de particuliere patiënten, soms wordt de fiscus hier ten dele buiten gehouden).

- e. Was de voorganger gewend zelf bevallingen te verrichten?

- f. Eigen zuigelingen- of kleuterbureaus? Wanneer en waar?

- g. Controles en keuringen. Waarvoor?

- h. Speciale bureaus?

- i. Communicatie. Is er een portofoon-systeem of werd er gewerkt met een semafoon of anderszins?

- j. Afstanden. Platteland: Welke dorpen en buurtschappen behoren tot het praktijkgebied en hoe is de bereikbaarheid? Zijn er ook territoriale afbakeningen ten opzichte van het werkgebied van collegae? Stad: is de praktijk verspreid over de hele stad of wijkgebonden.

Zijn er grote knelpunten (bruggen e.d.)?

Bestaat er een mogelijkheid tot sanering?

- k. Is er een dokterstelefoon, welke service?

- l. Samenwerking met collegae. Weekend-regeling?

Avond-regeling? Nachtdienst? Vakantie-regeling?

- m. Bestaat er een goed huisartsenlaboratorium of is er te dien aanzien iets geregeld met een naburig ziekenhuis?

- n. Patienten-populatie: Leeftijdsopbouw? Godsdienst? Sociale structuur? Door voorganger verwend? (kwam voor elk wissewasje)
- o. Was de praktijk wel of niet "gesloten"?
- p. Bestaan er in de plaats of wijk plannen om een gezondheidscentrum of groepspraktijk op te richten en zo ja, in welk stadium verkeren die?

3. Verhouding tot andere disciplines collegae e.d.
(horizontaal)

De personen, verenigingen en instellingen waar het hier om gaat, worden alleen puntsgewijze genoemd. Het verdient niet alleen aanbeveling, na te gaan of ze bestaan en hoe ze functioneren, maar ook in hoeverre er sprake is van coördinatie of fusie. Voor de huisarts in een grotere stad wordt de samenwerkingsmogelijkheid met bijvoorbeeld maatschappelijk werkers of wijkzusters in vrij sterke mate bepaald door de mogelijkheid, één persoon als contactfiguur te benaderen of door het bestaan van één kruisorganisatie. Naast de organisatorische structuur is natuurlijk ook de persoonlijke factor van groot belang.

- | | |
|-------------------------|--|
| a. Wijkverpleging | h. Gezinsverzorging |
| b. Maatschappelijk werk | i. Diëtiste |
| c. Apotheker | j. G.G. & G.D. |
| d. Fysiotherapeuten | k. Plaatselijke Huis- artsen Vereniging |
| e. Vroedvrouwen | l. Afdeling N.H.G. |
| f. Tandartsen | |
| g. Pastores | |

4. Verhouding tot andere echelons (verticaal)

In dit geval zal het ook vaak nuttig zijn na te gaan in hoeverre de ideale figuur bestaat dat de arts als gezinsarts kan fungeren.

Dat kan bijvoorbeeld alleen als de specialist na verwijzing niet de hele behandeling overneemt, maar zo spoedig mogelijk de patient weer terugverwijst naar de huisarts, met deze laatste overlegt en tenminste uitvoerig bericht nadat hij het zijne gedaan heeft.

Ook een vlot contact met het ziekenhuis is van belang (ontvangt men bij ontslag direct bericht?). Het zal duidelijk zijn dat zonder een goede samenwerking met de andere echelons van een continue integrale zorg geen sprake kan zijn. Niet alleen de aanwezigheid is van belang, maar ook de kwaliteit van de verleende zorg en de mogelijkheid tot samenwerken.

De volgende punten zijn relevant:

- a. Welke ziekenhuizen in de regio zijn van belang. Faciliteiten? Onderlinge verhoudingen?
- b. Opname-beleid van de ziekenhuizen?
- c. Eerste hulp-afdeling. Continu bezet? Toegankelijk zonder verwijzing. Rol G.G. en G.D.?
- d. Röntgen-afdeling. Toegankelijk voor huisartsen en hoe is dat geregeld?
- e. Beoordeling E.C.G.'s mogelijk?
- f. Specialisten? Welke en werkzaam in welke ziekenhuizen? Bereid tot consultatie?
- g. Gestructureerd contact met specialisten in ziekenhuizen? (Gemeenschappelijke koffie of iets dergelijks).
- h. Bureaus e.d. (M.O.B. Reumacentrum, N.V.S.H., Levens- en gezinsmoeilijkheden J.A.C, Release, Abortuskliniek, c.q. afdeling in ziekenhuis, Gezinshulp, Trombosedienst etc.)
- i. Bedrijfskundige diensten uit het bedrijfsleven.
- j. Psychiatrische inrichtingen.
- k. Sociaal Psychiatrische dienst.
- l. Verpleegtehuizen.
- m. Bejaardentehuizen (Centralisatie van het opname-beleid?)
- n. Revalidatie-oorden.

5. Diversen

Wij denken hierbij o.a. aan de Ziekenfondsen, welke in het praktijkgebied functioneren en de Gemeentelijke diensten en dergelijke, anders dan de G.G. en G.D. waar men als huisarts mee te maken heeft.

Verder aan de formele verplichtingen als het viseren van de bul e.d.

B. Volledig vrije vestiging

Ten opzichte van A, de overname van een bestaande praktijk, loopt men bij een vrije vestiging in het algemeen meer economisch risico, ten aanzien van bereiken van een redelijk bruto-inkomen, maar daartegenover staat dat, als het wel lukt in enkele jaren een praktijk van normale grootte op te bouwen, men zich niet zo zeer in de schuld hoeft te steken. Is het mogelijk om in het begin het huisartsenwerk te combineren met enkele nevenfuncties dan kan de behoefte tot lenen zich goeddeels beperken tot een hypothecair crediet.

Dit laatste streven heeft goede kansen op succes daar waar zich in een bepaalde periode een duidelijk huisartsentekort manifesteert zoals anno 1972 in bepaalde delen van de Randstad.

Ten aanzien van dit huisartsentekort dient men echter niet af te gaan op cijfers over gemiddelde praktijkgrootte en artikel-tjes over verontrustende situaties op dit terrein, aangezien ondanks een groot zieken-aantal der praktijk vele huisartsen uiterst bezorgd zijn over de nadelige invloed op het bruto-inkomen die het gevolg is van overschrijvingen op naam van een nieuwe collega van een deel van hun patienten. Evenals dit in het bedrijfsleven het geval is dient men zelf een "marktverkenning" uit te voeren op basis van de prognoses aangaande de bevolkingsontwikkeling van de plaatselijke Overheid, de migratie die men binnen de gemeente verwacht, de te verwachten

groei van elders, de tendens van de gevestigde huisartsen uit de binnenstad om hun patienten die naar buitenwijken verhuizen te blijven behandelen etc.

Is men genoodzaakt toch wat geld te lenen, omdat praktijkinkomsten en neveninkomsten de eerste jaren geen redelijk inkomen zullen opleveren dan zal een dergelijke calculatie als zojuist omschreven ook door de geldschieter worden opgezet.

Bij een volledig vrije vestiging is er geen sprake van overleg met de reeds zittende collegae over de wenselijkheid van een uitbreiding van het aantal huisartsenpraktijken met één.

Dit kan leiden tot moeilijkheden in de collegiale verhoudingen bijvoorbeeld in plaatsen waar de collegae menen dit werk goed aan te kunnen. Irritatie van de gevestigde huisartsen kan zich dan b.v. uiten in een moeilijke aansluiting bij bestaande weekend- en vakantie-regelingen en dergelijke. Wil men zulks vermijden dan is overleg gewenst, alvorens tot vestiging besloten wordt.

Wat betreft de punten 1 t/m 5 kan verwezen worden naar de behandeling onder A, alleen met dien verstande dat het aanbeveling verdient "klein te beginnen".

Bijvoorbeeld in twee flats, een drive-in woning, waarin beneden een praktijk wordt gehuisvest en dergelijke.

In gemeenten met een ook naar de mening van het Gemeentebestuur evident huisartsentekort zal men met kans op succes een beroep kunnen doen op B & W om (tijdelijk) in de sociale sector twee huurhuizen ter beschikking te stellen waarvan er dan één ingericht kan worden voor de praktijk. Ten opzichte van het zelf kopen van een woning betekent dit een aanmerkelijke vermindering van het economische risico. Wel dient natuurlijk ook in dit geval vooral bij kopen de accommodatie toch aan redelijke eisen te

voldoen, zodat men b.v. niet direct vastloopt, als bij een aantal van b.v. 500 patienten de aanstelling van een doktersassistente wordt overwogen.

Verder dient goede aandacht besteed te worden aan de geluidsisolatie waaraan in een dokterspraktijk nu eenmaal vrij hoge eisen worden gesteld, eisen waaraan in normale nieuwbouw niet wordt voldaan.

C. Geprotegeerde vrije vestiging

Hierboven is er reeds op gewezen dat men bij het ontbreken van overleg met de reeds gevestigde collegae niet verwonderd moet zijn bij het ondervinden van enige weerstand. Daar tegenover staat het geval dat de collegae zelf menen dat het noodzakelijk is dat één of meer collegae de gelederen komen versterken. Natuurlijk kan het mogelijk zijn, dat één collega - b.v. in een dorp - zoekt naar een partner om gezamenlijk de (grote) praktijk te doen. We krijgen dan te maken met de figuur van de associatie van twee huisartsen, de kleinst mogelijke samenwerkingsvorm met een geheel eigen problematiek, waaraan door het N.H.I. apart aandacht wordt besteed (Contactmogelijkheid Dr. R.A. de Widt, afd. Samenwerkingsvormen).

De mate waarin men als gevestigd collegae actief een vestigingsbeleid voert b.v. in de vorm van een stichting Officium Nobile, als ook de mate van protectie variëren in de praktijk zeer sterk. Soms neemt men contact op met B & W om ruimte ter beschikking te stellen en zoekt zelf kandidaten, soms is het louter een kwestie van het aantrekkelijk maken van een nieuwe vestiging in een nieuwe wijk, door als uitgangspunt te nemen dat men daar eigenlijk geen patienten zal blijven behandelen in het geval van migratie.

Een andere keer poogt men door middel van het afschuiven van nevenfuncties de vestiging voor de

jongere aantrekkelijk te maken uit economisch gezichtspunt.

Het zal duidelijk zijn dat een goed geplaveide weg gemakkelijker te begaan is dan het soms wat ruige pad dat onder B. werd geschetst en dat men er goed aan doet de kwaliteit van het plaveisel eerst ter dege te keuren alvorens derwaarts te gaan. Overigens verwijzen wij ten aanzien van de details naar het voorafgaande.

D. Dienstverband

De huisarts in dienstverband is in Nederland een nog sporadisch voorkomende figuur. Het ziekenfonds van de N.V. Philips in Eindhoven was tot voor kort de enige belangrijke uitzondering op de regel:

het vak van huisarts wordt uitgeoefend als vrij beroep. De Landelijke Huisartsen Vereniging koppelde vroeger de eigen verantwoordelijkheid als arts voor de uitoefening van het beroep aan het vrije ondernemerschap en meende dat bepaalde essentiële, maar nooit uitvoerig behandelde elementen in de arts-patient-relatie in de verdrukking zouden komen bij of werken in dienstverband.

Inmiddels zijn er wat meer voorbeelden gekomen van huisartsen als zodanig werkzaam in dienstverband. De huisarts in Universitair dienstverband bijvoorbeeld en aan deze figuur werd door de K.N.M.G. een uitvoerige discussie gewijd waarbij de zaak in een wat ruimer kader werd behandeld en tevens aandacht besteed is aan de positie van het N.H.I., dat ook enige tijd de huisartspraktijk uitoefenende medewerkers in dienst had. In de meningsvorming viel een zekere kentering ten opzichte van het dienstverband te bespeuren. Een voorkeur voor het vrije beroep werd echter wel uitgesproken.

Inmiddels is de gedachten-vorming hierover al weer verder geëvalueerd.

Tenslotte wordt nu ook gedacht aan de figuur van de huisarts in dienst van een stichting die een gezondheidscentrum exploiteert. Er wordt op verschillende plaatsen aan hiervoor geëigende formules gewerkt op verzoek van de betrokken huisarts zelf.

Hierbij speelt mede een rol, dat de verhouding tot andere medewerkers in loondienst werkzaam in een dergelijk centrum dan wat minder problemen zou kunnen opleveren.

Onder steeds meer pas-afgestudeerden bestaat belangstelling voor een functie in dienstverband en een geleidelijke stijging van het aantal huisartsen in dienstverband is niet onwaarschijnlijk.

Uiteraard is het zaak dat de werknemer in dit soort gevallen nauwkeurig let op de voorwaarden in de arbeidsovereenkomst die hier wordt voorgesteld of waarover hij wordt uitgenodigd een voorstel te doen. Gezien de ingewikkelde problematiek van het arbeidsrecht is het gewenst in dit geval contact op te nemen met de L.A.D. of de L.H.V., welke hierover nauw contact met elkaar houden.

X. Beroepsverenigingen op het terrein van de geneeskunde.

Er bestaan in Nederland een aantal verenigingen en organisaties, die allemaal iets met artsen en geneeskunde te maken hebben. Mede doordat zij meestal met afkortingen worden aangeduid, is het niet eenvoudig in deze doolhof een weg te vinden. Wij zullen een poging doen de verenigingen en hun doelstellingen aan u voor te stellen.

1. KONINKLIJKE NEDERLANDSE MIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST, Lomanlaan 103, Utrecht (030-885411).

Deze maatschappij stelt zich ten doel de geneeskunst in haar ruimste omvang te bevorderen, onder andere door bevordering van de belangen van geneeskundigen, geneeskunde en volksgezondheid. Zij bemoeit zich met tal van zaken, waarmee de artsen dagelijks te maken hebben: tarieven, ziekenfondskwesties, nascholing en wetgeving.

Elke nederlandse arts kan van deze maatschappij lid worden. Er wordt de laatste tijd nogal eens gefulmineerd tegen de hoogte van de contributie, die men jaarlijks aan de "Maatschappij" verschuldigd is. De contributieheffing verloopt in bepaalde klassen en wordt bepaald door de hoogte van het inkomen, dat wil zeggen: het zuiver inkomen uit geneeskundige arbeid. Diegenen, die binnen een half jaar na afstuderen lid worden, betalen voor het lopende contributiejaar en de twee daarop aansluitende jaren een contributie overeenkomstig klasse A (de laagste) van de regeling. Daarna volgens hun zuiver inkomen uit geneeskundige arbeid, met dien verstande, dat een overgangsregeling geldt om te voorkomen, dat men ineens in een veel hogere klasse zou moeten gaan contribuieren. De hoogte van de klassen wordt elk jaar opnieuw vastgesteld door de Algemene Vergadering. Het bedrag van de contributie bestaat uit 5 componenten:

- a. bijdrage voor de maatschappij.
- b. bijdrage voor de maatschappelijke vereniging (LHV, LSV en LAD, zie verder).

- c. bijdrage voor het ondersteuningsfonds.
- d. bijdrage voor de afdeling van de maatschappij.
- e. bijdrage voor de afdeling van de maatschappelijke vereniging.

De maatschappij is over het hele land verdeeld in afdelingen. De meeste activiteiten worden per afdeling verricht.

De KNMG geeft een officieel orgaan uit: "Medisch Contact"; dit wordt gratis aan de leden gestuurd, één maal per week. Hierin worden organisatorische zaken en de beleidslijnen van de KNMG behandeld.

Bij het secretariaat van de KNMG is op aanvraag voorlichtingsmateriaal beschikbaar over KNMG en de daartoe behorende suborganisaties.

OLMA (Onderlinge Levensverzekerings Maatschappij Artsen). Zij is door de KNMG opgericht. Ze verzorgt naast haar taak van verzorging van oudedags- en gezinsvoorzieningen via een levensverzekering ook financieringen van praktijkoverdrachten en kan eventueel inlichtingen verstrekken over een aantal praktijken. De OLMA is, evenals de KNMG, gevestigd aan de Lomanlaan 103, Utrecht.

- 2. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (LHV)
LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING (LSV)
LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND (LAD)

Deze verenigingen zijn onderdelen van de KNMG. Zij stellen zich tot doel, het behartigen en bevorderen van de maatschappelijke belangen in de ruimste zin, ten behoeve van hun leden (voor LHV: alle huisartsen; voor LSV: alle specialisten en voor LAD: alle artsen, die in dienstverband werkzaam zijn.)

Wanneer men lid is van de KNMG, is men automatisch lid van de bijbehorende maatschappelijke vereniging.

In de praktijk functioneren deze verenigingen als "vakbonden" in die zin, dat zij voornamelijk de materiële belangen van de leden behartigen en bevorderen. In de periferie zijn zij opgedeeld in

plaatselijke verenigingen: PHV en PSV (= plaatselijke huisartsen vereniging en plaatselijke specialisten vereniging), ook de LAD heeft plaatselijke afdelingen.

3. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP (NHG), secretariaat: Burg. Reigerstraat 87, Utrecht.

Het Genootschap stelt zich ten doel de bevordering van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen. Al diegenen, die lid zijn van de maatschappij en het beroep van huisarts uitoefenen, kunnen hiervan lid worden.

Dit genootschap werd in 1956 opgericht; het is voortgekomen uit de onder de huisartsen levende behoefte om aan hun geneeskundig werk meer vorm en inhoud te geven. Het NHG geeft een maandblad uit: Huisarts en Wetenschap.

Het NHG heeft een bestuur dat door de werkende leden wordt gekozen. De regionale organisatie wordt gevormd door 30 over het hele land verspreide centra. In deze centra zijn lokale studiegroepen werkzaam, die zich met een grote verscheidenheid van onderwerpen bezig houden; onderwerpen, die betrekking hebben op de huisartsgeneeskunde. Vaak hebben deze onderwerpen betrekking op nascholing.

Daarnaast heeft het NHG een aantal adviescommissies en landelijke studiegroepen, bij voorbeeld: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, Commissie Nascholing, Commissie Praktijkvoering. Ook heeft het NHG enkele werkgroepen, die bepaalde onderwerpen ad hoc in studie hebben.

Naast het blad "Huisarts en Wetenschap" wordt er een serie "Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde" uitgegeven, waarin werken van Nederlandse huisartsen verschijnen, welke een bijdrage tot de huisartsgeneeskunde vormen.

Het NHG geeft ook uit: patiëntenregistratiekaarten, afspraaklijsten, waarnemings- en keuringsberichten en andere zaken, die van belang zijn voor de huisartspraktijk.

Deze kaarten kunnen bij het bureau van het NHG worden besteld. Ook zijn door de Commissie Praktijkvoering rapporten uitgebracht over: instrumentarium, de visite-uitrusting, de verlostas, de ongevalstas en vele andere nuttige zaken.

Het Genootschap organiseert jaarlijks 2 congressen: het ledencongres, dat het karakter draagt van een huishoudelijke vergadering, en een NHG-congres, waar uitsluitend aandacht besteed wordt aan het wetenschappelijk facet van het huisartsenberoep en aan het functioneren van de huisarts in de structuur van de volksgezondheid.

Voor meer details richt men zich tot het NHG.

4. NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT (NHI, Mariahoek 4, Utrecht, 030-319946).

Dit instituut werd in 1963 door het NHG opgericht, met als doel het Genootschap behulpzaam te zijn bij de ontwikkeling en de bevordering van de huisartsgeneeskunde en wel op de volgende terreinen:

- wetenschappelijk onderzoek, door of ten behoeve van huisartsen.
- nascholing van de huisarts.
- nadere scholing tot huisarts.
- scholing tot arts.

Het NHI heeft een directie, bestaande uit twee artsen; daarnaast in dienst één arts, werkzaam op de afdeling nascholing en één doctor in de economie.

Verder nog enkele part-time huisartsen.

Het NHI heeft een aantal afdelingen:

- Wetenschappelijk onderzoek en experimenten. Hierbij behoort een vrij uitgebreide bibliotheek, waaruit men boeken en tijdschriften kan lenen en referaten opvragen, c.q. fotocopieren van artikelen.
- Afdeling Voorlichting: er is een permanente tentoonstelling voor ingericht, waar men alle inlichtingen over het geëxposeerde kan verkrijgen.

Momenteel is hier een belangrijk project: de vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra, waarbij vooral de onderwerpen bouw en verbouw van de praktijkruimte aan de orde komen.

- Afdeling nascholing met een uitgebreide fonodidactische dienst: hier worden geluidsbanden met informatie op het gebied van de huisartsgeneeskunde samengesteld; deze banden kunnen door de huisartsen in den lande geleend worden.

De afdeling nascholing organiseert ook oriëntatiecursussen voor a.s. huisartsen, 2 keer per jaar. In deze cursussen die gedurende 7 weken elke vrijdagmiddag vanaf 16.00 uur worden gegeven, komen allerlei onderwerpen, die voor de a.s. huisartsen van belang zijn, aan de orde.

Voor meer gedetailleerde informatie kan men zich wenden tot het NHI.

5. VERENIGING VAN ARTSEN AUTOMOBILISTEN (VVAA), Burg. Reigerstraat 89, Utrecht (030-511841).

Deze vereniging was oorspronkelijk precies wat de naam aangeeft, maar heeft zich in de loop der jaren verder ontwikkeld. Dit bureau werkt ook voor tandartsen, dierenartsen en er is een ontwikkeling gaande dat dit bureau ten aanzien van andere vrije beroepen meerdere activiteiten zal ontplooiën. De VVAA staat los van de KNMG.

De VVAA heeft:

- a. N.V. Levensverzekerings Mij. v.d. VVAA.
- b. N.V. Schadeverzekerings Mij. v.d. VVAA.
- c. N.V. Reis- en Passagebureau v.d. VVAA.
- d. N.V. Assurantie- en Financieringsdienst v.d. VVAA.
- e. Technische Dienst.
- f. Beleggingsfonds "Summafund".

Bij de verzekeringsmaatschappijen kunnen onder andere worden gesloten:

- a. Levensverzekeringen.
- b. Autoverzekeringen.
- c. Autoglasverzekeringen.
- d. Ongevallen en inzittendenverzekeringen.
- e. Caravanverzekeringen.
- f. Wettelijke aansprakelijkheidsverzekeringen.
- g. Ziektekostenverzekeringen.

De verzorging van de financiering, het opmaken van overdracht- en associatiecontracten behoren tevens tot de activiteiten van de VVAA.

Voor meer gedetailleerde informatie wende men zich tot de VVAA.

XI. Literatuurlijst

Medisch Contact 20 (1965) 50, 1072-1074

Medisch Contact 20 (1965) 51, 1098-1103

Stencil Werkgroep Budgettering studenten (mevr. R.A. Schortinghuis-Sprangers - 1966), te verkrijgen bij afdeling Huisartsgeneeskunde.

Rapport: voorstel pensioenregeling voor huisartsen, uitgegeven door de Landelijke Huisartsenvereniging der KNMG (1972).

Documentatie Collectieve Pensioenregeling, Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, Utrecht.

Op verzoek kunt u altijd mondelinge voorlichting vragen bij de OLMA, VVAA en het NHI.