



bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

nieuwe vestigingen van huisartsen

**een onderzoek over de periode
januari 1975 - augustus 1976**

**a.i.m. bartelds
j.p. dopheide
j. van der zee**

februari 1977

prijs fl. 7,50

**uitgave van het nederlands huisartsen instituut
mariahoek 4 te utrecht tel. 030 - 319946**

Inleiding. ¹⁾

Op de oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen stond het onderwerp "het verwerven van een huisartsenpraktijk" altijd hoog genoteerd in de belangstelling der deelnemers.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij het opzetten van de oriëntatiecursus "nieuwe stijl", waar de financieel-economische en organisatorische achtergrond van de huisartsenpraktijk wordt toegelicht, juist dit onderwerp veel aandacht krijgt.

Recente alarmerende geluiden over de snel slechter wordende situatie voor huisartsen met vestigingsplannen deed ons besluiten tot het uitsturen van een vragenlijst onder huisartsen die zich in 1975 en de eerste helft van 1976 hadden gevestigd.

In eerste instantie waren de enquête-resultaten bestemd voor de deelnemers aan de cursus; de gegevens waren ons inziens echter voldoende belangwekkend om de voornaamste resultaten van de enquête in artikelvorm te willen weergeven.

Het eerste deel van dit artikel bestaat uit een beschrijving van wat we de "populatie" noemen: de huisartsen die zich in de periode tussen 1 januari 1975 en 1 augustus 1976 hebben gevestigd. ²⁾

De gegevens van deze huisartsen zijn niet afkomstig uit onze enquête, maar uit de N.H.I.-huisartsenregistratie; het gaat hier om een beschrijving van alle (ons op dit ogenblik bekende) gevestigde huisartsen.

Ongeveer tweederde van hen (althans van de 85% die ons ten tijde van uitsturen van de vragenlijsten bekend was) heeft de toegezonden vragenlijsten ingevuld en teruggestuurd. Deze resultaten worden in het tweede deel vermeld.

Wij hopen met dit artikel een bijdrage te leveren aan het doorzichtig maken van de markt waar zoekende en verkopende artsen elkaar soms na vreemde omwegen treffen.

De populatie: vestigingen januari 1975 tot augustus 1976.

Er wordt wat afgevestigd vandaag de dag. In 1975 telden we een kleine 340 vestigingen, terwijl er tot 1 augustus 1976 alweer ruim 200 nieuwe vestigingen staan geregistreerd. Stelt men het aantal huisartsen per 31 december 1974 zo rond de 4700 dan betreft het hier een

1) Met dank aan de overige medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut voor hun stimulerend commentaar, aan B.H. Posthuma, als econometrist verbonden aan het Instituut voor soc. med. wetenschappen in Groningen, die ons op het spoor van een economische benadering van het vestigingsvraagstuk heeft gezet.

2) Nog meer inzicht over vestigingsproblemen zouden zonder twijfel te verkrijgen zijn bij de groep artsen, die na enkele vergeefse vestigingspogingen het huisartsen-bestaan de rug heeft toegekeerd. Een dergelijk onderzoek wordt eind 1977 uitgevoerd.

11 à 12 % nieuwe huisartsen in ruim 1½ jaar. 1)

Van de nieuw gevestigde huisartsen is slechts 7% vrouw. Een werkterrein voor het feminisme! Bijna een kwart is apotheekehoudend. Een tweetal artsen is in deze korte periode alweer met praktizeren opgehouden.

Tweederde van de nieuwe vestigingen vindt binnen twee jaar na het afstuderen plaats; langer dan 5 jaar doet slechts 5% erover.

De vestigingsvorm.

Hoe vestigt men zich. Iedereen kent de trits "overname, associatie, vrije vestiging". Tussen deze drie hoofdvormen bevinden zich vele overgangsvormen en gradaties. Men kan één praktijk alleen overnemen, een praktijk met meerderen, meerdere praktijken alleen. Overname van een deel uit een reeds bestaande associatie is zo'n tussenvorm. En een gesteunde vrije vestiging waar aan alle "steunende" artsen goodwill-bedragen per overgeschreven patiënt moeten worden betaald is nauwelijks meer "vrij" te noemen.

Aan de hand van gegevens uit onze huisartsenregistratie hebben we geprobeerd zoveel mogelijk vestigingsvormen te onderscheiden.

Zij volgen op de volgende bladzijde.

1) We hebben de aantallen met opzet een beetje vaag gehouden. We hadden ook het (tot dusver bekende) aantal van 541 vestigingen kunnen geven en dat getal kunnen betrekken op de 4754 artsen die er volgens het Landelijk Informatiesysteem der Ziekenfondsen op 31 december 1974 zouden moeten zijn. Volgens de Geneeskundige Hoofdinspectie waren er op 1-1-1974: 4702 en op 1-1-1975: 4809.

De cijfers zijn echter minder exact dan ze lijken. Zo is het voor de schatting van het aantal nieuwe vestigingen van belang of men het aantal assistentschappen-in-loondienst meetelt (is door ons in dit geval niet gedaan) en wie men precies onder de term "huisarts" laat vallen. In de N.H.I.-registratie verstaan wij onder een "huisarts" een arts met een voor ieder rechtstreeks toegankelijke algemene praktijk. Aan de hand van deze omschrijving hopen wij in de loop van 1977 onze eigen huisartsenaantallen te publiceren. Bovendien hebben we als vestigingsdatum het door de huisarts zelf gegeven tijdstip aangenomen; voor associaties, voorafgegaan door een periode van assistentschap, kan dit tot onduidelijkheden aanleiding geven.

Tabel 1.
Vestigingsvormen nieuwe huisartsen.

Overname	aantal	%	Associaties	aantal	%
1 praktijk alleen	222	86	Overname deel ass.	19	12
1 praktijk samen met anderen	26	10	sr.-jr. ass. gezamenlijk praktijkadres	115	70
meerdere praktijken	3	1	2 sr.-1 jr. associatie	8	5
één of meerdere praktijkdelen	7	3	associatie gelijke partners	8	5
			assoc. gesch. praktijkadressen	14	9
Totaal overnames	258	100	Totaal associaties	164	100
Vrije vestiging	aantal	%	groepspraktijken/gezondheidscentra	aantal	%
gesteund	54	60		28	
niet gesteund	24	27			
vrije vest. zonder nadere aanduiding	12	13			
Totaal vrije vestiging	90	100		3	onbekend

Hoewel de werkelijkheid veelvormig is, hetgeen de onderzoeker danig parten kan spelen, kan men toch wel zeggen dat iets minder dan de helft der vestigingen overnames in één of andere vorm betreft; een 30% associaties, tussen de 15 en 20 procent vrije vestigingen en vijf procent in de nogal heterogene categorie groepspraktijken of gezondheidscentra (soms een puur dienstverband, maar vaak een overname van een deel van de praktijken in het centrum of een soort gesteunde vestiging).

De verschillende soorten overname spreken voor zich. Bij de associaties hebben we onderscheid gemaakt tussen de klassieke senior-junior-associatie-met-gemeenschappelijk-praktijkadres of de situatie waar een reeds bestaande maatschap met een derde partner wordt uitgebreid en de situatie waarin twee partners bij wijze van spreken al associërend een praktijk overnemen of waarin een deel van een maatschap wordt overgenomen.

Het is een kwestie van optiek of beide laatste gevallen nu onder "overnames" of "associaties" thuishoren; vandaar ook onze wat ruwe

benadering van de cijfers.

Tenslotte de vrije vestiging; helaas was ons van een twaalfstal vestigingen niet bekend of het om wèl of niet gesteunde vestigingen ging. Het aantal "wilde vestigingen" is omgekeerd evenredig met de hoeveelheid stof die ze doen opwaaien. (Vestigingen in Schoonoord en Maarssenbroek brachten het tot rechtszaken en krantenkoppen).

Verdunning of vervanging.

Men kan al deze verschillende vestigingsvormen ook heel globaal samenvatten onder de noemer "verdunning" of "vervanging". In het laatste geval vertrekt er een reeds gevestigde huisarts, in het eerste is er sprake van een uitbreiding van het huisartsenbestand.

Onder verdunning verstaan we alle associaties of vrije vestigingen (behalve de overnames van een deel van een associatie) en overnames van praktijkdelen. Van vervanging is sprake wanneer één of meerdere praktijken worden overgenomen. In het geval dat een praktijk door meerdere artsen wordt overgenomen is één van hen onder categorie "vervanging" en één onder de categorie "verdunning" gerekend.

Deelt men de vestigingen op deze wijze in, dan is de verhouding vervanging/verdunning precies half om half.

Het percentage vervanging varieert nogal in de tijd (ongeveer 60% in de zomermaanden van 1975 en 1976 en minder dan 40% in het begin van het jaar ('75 en '76)).

Ook per landsdeel en urbanisatiegraad zijn er grote verschillen in de verhouding vervanging/verdunning.

In tabel 2 (zie blz. 5) staan de vervangingspercentages per landsdeel en urbanisatiegraad vermeld.

De belangrijkste regelmatigheid is te constateren in de verschillen tussen de landsdelen; nieuwe vestiging door vervanging vooral in het Noorden; verdunning met name in Brabant en Limburg. Deze tendentie is waar te nemen voor alle urbanisatiecategorieën behalve voor de forensengemeenten (die in het Noorden vrijwel ontbreken), waar het laagste percentage vervanging in het westen des lands plaatsvindt.

De percentages zijn in het algemeen het hoogst in de grotere steden; daar wordt dus eerder een praktijk overgenomen dan men zich middels associatie of gesteunde vrije vestiging een praktijk verwerft.

De laagste percentages vervanging komen voor in de plattelandsgemeenten en kleine steden in Zuid-Nederland en in de forensengemeenten in Noord- en Zuid-Holland. Nadere analyse wijst uit dat het in het laatste geval met name om gesteunde vrije vestiging gaat en in het eerste vooral om senior/junior-associaties.

Tabel 2.

Verhouding vervanging/verdunding: vervanging als percentage van het totaal aantal nieuwe vestigingen per landsdeel en urbanisatiegraad.

	A1-4 platte- land		B1,2 verste- delijkt pl.land		B3 foren- sen ge- meente		C1,2 kleine stad		C3-5 grotere stad		A'dam R'dam d.Haag		Totaal	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Gron., Fr. lnd., Dren.	64	39	70	10	-	1	56	9	76	17	-	-	66	76
Ov., Gld., Utr.	47	34	30	20	43	14	41	17	64	45	-	-	49	130
NH., ZH., Zeel.	50	34	50	20	28	25	57	23	55	33	69	72	56	207
Brab., Limb.	17	18	31	36	43	7	16	19	48	44	-	-	33	124
Totaal	49	125	40	86	34	47	41	68	58	139	69	72	50	537

onbekend: 4

Vervanging.

Achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk.

De "klassieke" manier van praktijkoverdracht, de overname van een gehele praktijk, geldt dus slechts voor de helft van het aantal nieuwe vestigingen.

Een deel van de vervanging vindt plaats langs lijnen van natuurlijk verloop (pensionering, overlijden of emigratie van de voorganger) en een deel zou men kunnen betitelen als vroegtijdig vertrek van de voorganger. 1)

Beziet men de 270 gevallen waarin van vervanging sprake is dan kan men een kleine 40% als vervanging middels natuurlijk verloop 2) opvatten; een kleine 50% van de vertrekkers 3) vindt een betrekking op

- 1) In dit verband worden slechts enkele summier gegevens vermeld over vertrek uit de huisartspraktijk. Op dit ogenblik worden achtergronden van vertrek nader onderzocht door N.H.I.-medewerker P. Groenewegen.
- 2) Ook de huisartsen die na het neerleggen van de praktijk nog incidentele activiteiten uitoefenen zijn onder deze categorie opgenomen.
- 3) Alleen het vertrek uit de praktijk dat als vervanging te beschouwen is wordt hier geteld. Vertrek zonder opvolging zal in ons nader onderzoek naar achtergronden van vertrek worden vermeld.

het brede terrein der sociale geneeskunde. Ongeveer 10% gaat zich specialiseren of vertrekt naar de universitaire huisartseninstituten. Tot slot zijn er nog 7 huisartsen die zich elders weer opnieuw vestigen.

Het zal de lezer niet verbazen dat 60% van de categorie "natuurlijk verloop" in de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder valt. Toch is bijna 60% van de vertrekkende artsen jonger dan 55 jaar. En van deze groep (jonger dan 55) vertrekt een kleine 65% naar functies op sociaal geneeskundig gebied. Het gaat hier dan ook om een belangrijk recruteringsveld voor vertrekkende huisartsen. Veranderingen in het aanbod van sociaal geneeskundige functies kunnen de vestigingspogingen van de jonge huisarts sterk beïnvloeden. De mate waarin dit laatste het geval is wordt door ons nader onderzocht.

De universiteit.

Een dokter valt niet ver van zijn stam. Vestiging in het Noorden des Lands is een bijna exclusief voorrecht voor Groningse alumni; een studie in Nijmegen lijkt een goede basis voor een vestiging in het Zuiden.

Een dergelijke relatie is geen toeval. Alle universiteiten hebben een regionale functie en recruterende hun studenten voor een belangrijk deel uit de omgeving. Dat artsen 1) de neiging hebben zich hetzij in de buurt van hun universiteitsstad, hetzij in de buurt waar ze zijn opgegroeid te vestigen was reeds uit Engels en Amerikaans onderzoek 2) bekend.

Voor Nederland geldt dat bijna 70% van de nieuwe vestigingen in het Noorden afkomstig is van de Groningse universiteit. Tweederde van de vestigingen in de provincie Utrecht heeft ook daar gestudeerd. Ruim 60% van de nieuwe huisartsen in Noord-Holland komt van de beide Amsterdamse universiteiten. Tweederde van de Zuid-Hollandse artsen van de Medische faculteiten in Leiden en Rotterdam. En de helft van de artsen in het zuiden des lands heeft een Nijmeegse opleiding. Overijssel, Gelderland en Zeeland worden niet duidelijk gedomineerd door een van de universiteiten.

- 1) Of artsen deze neiging meer hebben dan andere stervelingen is niet duidelijk. De fijnmazigheid van de huisartsendienstverlening maakt in principe een dergelijke vestiging beter mogelijk voor huisartsen dan voor medische specialisten of andere academici, die veel meer aan geconcentreerde dienstverlenende instanties zijn gebonden.
- 2) Cooper, E.A., Rural or Urban Practices: Factors influencing the location decision of primary care physicians. Inquiry, XII, 1, march 1975

Butter, John R., Family doctors and public policy.
Londen 1973.

De meeste vestigingen in deze periode zijn afkomstig van de Nijmeegse universiteit (20%), de minste van de Vrije Universiteit te Amsterdam (7,5%). In hoeverre dit een juiste afspiegeling van de verhoudingen in studentenaantallen is (de meeste van de nieuw gevestigde huisartsen hebben nog het oude curriculum doorlopen) of dat er een per universiteit verschillende proportie studenten zich uiteindelijk in de algemene praktijk vestigt willen we graag in nader onderzoek bestuderen.

Steekproef en respons.

De steekproef.

Tot zover de beschrijving van onze populatie nieuw-gevestigde huisartsen. Met 85% van deze populatie 1) als basis is ons eerste verkennende vestigingsonderzoek uitgevoerd, waarover in de volgende hoofdstukken nader wordt gerapporteerd.

Voor de drie voornaamste vestigingsvormen zijn enquêtes gemaakt met een voor overnames en associaties gemeenschappelijk deel over investeringen, strategieën om een praktijk te vinden en achtergrondgegevens.

Deze enquête is in drie etappes de deur uitgestuurd. De eerste - grootste - zending van 354 exemplaren, eind juni 1976; maar omdat toen nog niet de gehele populatie van gevestigde huisartsen aan ons bekend was, is nog een tweetal nazendingen gevolgd, respectievelijk van 64 en 40 stuks (half augustus en eind september).

De respons.

Slechts één enquêteformulier kwam zeer gedeeltelijk ingevuld terug. Een twaalfstal arts bleek voor 1-1-1975 gevestigd te zijn. In vijf gevallen ging het om associaties waar de kennismakingsperiode eerder begon. Deze 5 enquêtes zijn verwerkt. Zeven enquêtes zijn om deze reden niet meegeteld en verwerkt.

In drie gevallen bleek de respondent een enquête voor een vestigingsvorm te hebben ontvangen die niet de zijne was. Door de anonimiteit van de enquête konden deze onjuistheden niet worden gecorrigeerd. Een huisarts had zich in dienstverband in een gezondheidscentrum gevestigd zonder betaling van goodwill of andere investeringen en één arts bleek

1) De laatste enquêtes zijn half september verstuurd. In de periode half september-eind januari kwamen nog + 85 meldingen van nieuwe vestigingen binnen. Wij stellen ons voor om deze groep alsnog een verkorte enquête te sturen, waarover later gerapporteerd zal worden. Deze 85 vestigingen verschillen van de overigen vooral in het jaar van afstuderen en tijdstip van vestiging (recentelijker gevestigd); geen verschillen in vestigingsvorm.

eigenlijk geen huisarts te zijn (deed alleen keuringen of contrôles). Tenslotte zijn 2 vragenlijsten zo laat teruggekomen dat ze niet meer verwerkt konden worden. Het feitelijke responsiepercentage ligt dus wat hoger.

Tabel 3.

Verantwoording verhouding populatie - steekproef.

	n=	niet inge- vuld	ver- keer- de vest. vorm	voor 1-1- '75 ge- vest.	apar- te ge- val- len	bruik- bare res- pons	niet ver- werkt	perc. non res- pons	geen en- quête gehad	Totaal
verzen- ding 1	353	1		7	2	252		25%		
nazen- ding	64			1		28	1	53%		
nazen- ding 2	40					23	1	40%		
totaal	457	1		8	2	303	2	29%	84	541

De totale hoeveelheid bruikbare vragenlijsten (waar in het onderzoek verder mee is gewerkt) bedraagt 303. Het responsiepercentage per verzending toont grote schommelingen. Een respons van 75% (70% bruikbare vragenlijsten) voor de eerste groep en resp. 47 - 60% voor de 2e en 3e groep.

Deze laatste groepen bevatten voornamelijk de wat recentelijker gevestigde huisartsen. De aantallen zijn echter wat te klein om uit te zoeken of het tijdstip van verzenden (buiten de rustige zomerperiode) dan wel het recente vestigingstijdstip van belang geweest is voor de deelname aan het onderzoek.

Geen verschillen vinden we met betrekking tot de gegevens leeftijd, universiteit, provincie en urbanisatiegraad 1) van vestigingsgemeente.

1) Hier is de feitelijke CBS urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging zoals bekend uit de huisartsenregistratie vergeleken met de door de respondenten opgegeven (huidige) globale urbanisatievorm. Er zijn wel kleine verschillen, maar die zijn goed te verklaren doordat de twee begrippen in steekproef en populatie elkaar niet geheel overlappen.

De respons is per vestigingsvorm niet helemaal gelijk. (Overname 64%, associaties en vrije vestigingen 73% respons). Wij hebben geen aanknopingspunten om een dergelijk verschil te verklaren. Maar aangezien de meeste resultaten per vestigingsvorm worden weergegeven is dit ook niet zo'n bezwaar.

Het ware natuurlijk fraaier geweest als wij ook verschillen op relevantere gegevens hadden kunnen toetsen (hoogte investering, percentage goodwill, problemen bij het zoeken naar een praktijk) - maar dan had de enquête niet gehouden behoeven te worden.

Eenzijdige selectie?

Hoewel de respons bevredigend genoemd mag worden, zal de kritische lezer toch vragen stellen over de eventuele "eenzijdigheid" van het materiaal. Is het niet zo dat juist degenen met de meeste vervelende ervaringen de vragenlijsten hebben teruggestuurd en dat zij, voor wie de vestiging vlekkeloos verlopen is, geen aanleiding hebben gezien aan dit onderzoek mee te doen? Dat zou kunnen, dat blijft vooropstaan.

Wij hebben echter wel iets ondernomen om dit risico zo klein mogelijk te maken, bijvoorbeeld door in onze rappël-brief ook nadrukkelijk diegenen tot reactie uit te nodigen, bij wie de vestiging zonder problemen verlopen is. Methodologisch gezien een stap uit de apocriefe boeken; het effect laat zich als volgt beschrijven.

In de enquête zijn vele vragen gesteld over de wegen waarlangs men de praktijk had gevonden, de investering en nog veel meer. Merendeels gestructureerde vragen, maar ook een tweetal mogelijkheden om over het vinden van de praktijk en de hele gang van zaken rond de vestiging een hele bladzijde met ervaringen en meningen te geven. We hebben deze ervaringen en meningen heel grof geclassificeerd. De opmerkingen zijn ruwweg geteld per kwart pagina, en onderverdeeld in negatieve versus positieve of neutrale opmerkingen. Het tijdstip van terugsturen van de enquête (vóór of ná rappël) bleek niet samen te hangen met de aard en hoeveelheid van de gemaakte opmerkingen. Ook het rappël leverde negatieve geluiden op, hoewel daar vrij nadrukkelijk om positieve ervaringen werd gevraagd. Dit geeft geen aanleiding een eenzijdige selectie van het materiaal te onderstellen.

Resultaten.

Wat zoekt men?

Van de 156 overnemers heeft 95% naar een praktijk moeten zoeken; 63 van de 87 geassocieerden (72%) moesten dat ook. Gemiddeld hebben al deze mensen ruim 5 maanden actief gezocht (met als uitschieters 8 artsen die 2 jaar of langer gezocht hebben), en ook nog eens een maand of 4 niet zo actief.

In de andere gevallen lag het al ruim van te voren vast dat de arts de praktijk in kwestie zou krijgen (vader-zoon-associatie, terugkeer uit de tropen waarheen men enkele jaren geleden vertrokken is na het maken van bindende afspraken over vestiging bij terugkomst, etc.).

Aan de vrijgevestigden zijn de vragen over het "zoekproces" niet gesteld; er blijven dus 211 artsen over als maximum aantal waarop de onderstaande gegevens betrekking hebben.

Ons verzoek om de *gezochte* praktijk in eigen woorden te beschrijven leverde niet het gewenste resultaat op, daar uit de antwoorden bleek dat velen in feite de kenmerken van de uiteindelijk *gevonden* praktijk onder woorden brachten.

Het gewenste aantal patiënten bedraagt gemiddeld ongeveer 2550, met als minimum 1500 en als maximum 4500. De overnemers scoren iets hoger: tien van hen willen meer dan 3250 patiënten, van de geassocieerden is dit er slechts één. Eén derde van de 211 heeft geen enkele voorkeur voor ziekenfonds- of particuliere patiënten; 9% wenst alleen ziekenfondspatiënten.

Geen verschillen zijn vast te stellen tussen de artsen die de huisartsenopleiding hebben gevolgd en de anderen, ook niet wat betreft het gewenste type vestiging (solopraktijk, associatie, groepspraktijk, gezondheidscentrum). De antwoorden op de vraag naar de gewenste regio tenslotte zijn doorgaans weinig specifiek: men heeft ófwel op dit gebied geen duidelijke voorkeur óf men laat zijn wensen niet al te zwaar wegen, wat in een tijd van een zekere praktijkschaarste niet onverstandig is.

Hoe vindt men een praktijk?

"Contact met een zekere heer A (bemiddelaar), was in huidige praktijk bezig met een andere collega, mocht dit afketsen, dan was ik aan de beurt. Toeval: dochter van deze verkopende huisarts gehuwd met zoon van zakenrelatie van schoonvader. Tijdens een borreltje kwam hij ter sprake (.....) en zo is 't gekomen".

"(.....). Ik vernam echter dat in een buurgemeente een arts zat met een geweldig grote praktijk. Ik ben hier op af gegaan, maar werd bot geweigerd. Door zeer brutaal aanhouden kwam het tenslotte tot een gesprek, en reeds toen kwam de zaak rond op normale voorwaarden."

"Plusminus twee jaar opleiding chirurgie en verloskunde om naar de tropen uitgezonden te worden. Tenslotte niet uitgezonden. Een half jaar werkloos en brodeloos. Eindelijk!! Assistentschap 14 maanden om te associëren, tenslotte heb ik me teruggetrokken. Waargenomen

voor huisartsen, tenslotte via een waarneming door een collega getipt die pas had overgenomen. Zijn bemiddelaar wist een praktijk. Hierin gelukkig terechtgekomen. Totale procedure twee jaar."

"Contact met 4 potentiële praktijken vóór mijn afstuderen, waarvan 3 via advertentie, en 1 via persoonlijk contact. Uiteindelijk ging het tussen twee praktijken, waarvan ik het meest gunstige aanbod heb aanvaard."

(Na twee jaar vergeefs zoeken:) "Mijn huidige praktijk heb ik via mijn grootmoeder verworven. Zij had een oude arts in een oude binnenstad. Met vele beloftes over bijbanen, toeneming van het patiëntenaantal etc. heb ik de uiteindelijke stap dan maar genomen. Het resultaat is echter bedroevend en binnenkort zal ik wat anders moeten zoeken. Wie helpt mij???"

"Ik wilde nog een periode van 2 jaar blijven waarnemen (reden vrijheid - blijheid). (....) werd ik geheel onverwachts door de vorige collega opgebeld. Hij was arbeidsongeschikt geworden. Aangezien ik de locale situatie kende na 3 maanden waarnemen in 1973, besloot ik met een collega-vriend samen de praktijk te gaan doen. Voor ons een aantrekkelijke overname (.....)."

"(.....). Daarop aansluitend verrichtte ik een assistentschap als proef op een associatie, die mij aangeboden was. Op mijn verzoek duurde het assistentschap langer. Tenslotte ging de associatie niet door t.g.v. financiële problemen en verschil in inzicht m.b.t. de gezondheidszorg ter plaatse in de toekomst. Gedurende deze 2½ jaar heb ik op minstens 50 advertenties geschreven en 4 keer een advertentie geplaatst, zonder resultaat. Via het Bureau Vestiging van de KNMG kreeg ik, tegelijk met vele anderen, aanbiedingen die totaal niet op de gezochte praktijk leken (b.v. stad i.p.v. dorp). De meeste reële aanbiedingen kwamen via de commerciële bureaus, en helaas ben ik op deze manier aan een praktijk gekomen, die ik achteraf te duur betaald heb. Volgens mijn accountant geeft het echter geen problemen."

Bovenstaande citaten zijn een kleine en uiteraard selectieve greep uit de verhalen die ons bereikt hebben. Op zichzelf mag het al uitzonderlijk genoemd worden dat bijna 90% van de artsen (overnemers en associés) zich de moeite heeft gegeven het hele proces van zoeken en vinden in eigen woorden weer te geven; dit voor een postenquête zeer hoge percentage geeft wel aan dat het voor de meesten een tamelijk enerverende zaak is geweest.

Zoals uit de weergegeven citaten al enigszins duidelijk wordt, is het niet eenvoudig een bepaald patroon in de processen te ontdekken. De één kan via één advertentie kiezen uit twee acceptabele praktijken, de ander heeft na 50 pogingen nog niets. Bij de één verloopt de overname soepel en tot ieders tevredenheid, de ander ontmoet een minder collegiale instelling.

Op twee manieren is gepoogd een overzichtelijker beschrijving te geven van het proces: enerzijds door de artsen te vragen voor een aantal door ons onderscheiden activiteiten op het gebied van praktijk-zoeken aan te geven of zij deze hebben ondernomen en zo ja, hoe het resultaat daarvan is geweest, anderzijds door een grove categorisering van de vertelde verhalen, de gemaakte opmerkingen en de

verstrekke adviezen aan aanstaande collegae die een praktijk gaan zoeken. De totale hoeveelheid ruimte, besteed aan persoonlijke mededelingen werd geclassificeerd in: geen of minder dan een kwart pagina, een kwart tot en met een hele pagina, en meer dan een hele pagina. Zoals gezegd een grove classificatie (met de grootte van het handschrift wordt geen rekening gehouden). Deze opmerkingen werden vervolgens verdeeld in een klasse "neutraal of overwegend positief" en een klasse "(overwegend) negatief". De gegevens van op 3 na alle overnemers en associés konden verwerkt worden.

We zien dan dat 33% van de artsen meer dan een hele pagina beschrijft; bijna de helft hiervan is (overwegend) negatief, slechts 10% maakt in het geheel geen melding van een negatieve ervaring.

De associés die veel vertellen zijn iets minder vaak negatief dan de overnemers. Van de artsen die minder dan een pagina gebruiken maakt bijna de helft geen negatieve opmerkingen; de rest is deels of overwegend negatief. Slechts 13% maakt geen enkele negatieve opmerking.

Zonder ons aan een kwantificering te wagen kunnen we wel concluderen dat het vestigingsproces niet altijd rozegeur en maneschijn is en de artsen (mede daardoor) aanleiding geeft tot flink wat ontboezemingen.

Een tweede poging tot systematisering werd al in de vragenlijst ondernomen: aan overnemers en associés werd gevraagd aan te geven of zij één of meer van de volgende activiteiten ondernomen hadden:

- het inschakelen van familie, vrienden en kennissen (helaas een te heterogene categorie, die in een vervolgonderzoek uitgesplitst dient te worden in medici en niet-medici)
- het benaderen van PHV-voorzitters of NHG-centra
- het inschakelen van commerciële bemiddelingsbureaus
- het reageren op advertenties
- het zetten van advertenties
- contact met het Bureau Waarneming en Vestiging van de KNMG
- via de huisartsenopleiding (indien van toepassing)
- via het Universitair Huisartsen Instituut (indien huisartsenopleiding gevolgd)
- via waarneming en vervanging
- via een assistentschap
- via overige contacten

Voor iedere activiteit kon men op een vijfpuntsschaal aangeven in welke mate men deze ondernomen had. Tevens werd gevraagd naar het resultaat (geen - indirect - direct).

Het inschakelen van familie, vrienden en kennissen en het reageren op advertenties blijken de meest toegepaste strategieën om aan een praktijk te komen: ongeveer drie-kwart van alle overnemers en associés die hebben moeten zoeken (n = 211) heeft één van deze activiteiten of beide ondernomen. Twee-derde heeft (tevens) een commercieel bureau in de arm genomen, een zelfde aantal heeft via het Bureau Vestiging en Waarneming van de KNMG getracht een praktijk te vinden.

De "officiële" wegen leiden zelden tot succes: het benaderen van Plaatselijke Huisartsen Verenigingen of NHG-centra had in niet meer dan 1 op de 14 gevallen direct resultaat; contact met het Bureau

Vestiging leverde in 1 op de 10 gevallen direct iets op. De beste resultaten boekte men via de commerciële bureaus (38% direct succes) en via familie en kennissen (31%). Men bedenke overigens dat "direct succes" betekent: "rechtstreeks", en zeker niet: "meteen".

In een tijd van een zekere praktijkschaarste is het overigens niet verwonderlijk dat de officiële instanties weinig voor de adspirant-huisartsen kunnen doen; de plaats die men inneemt in een sociaal netwerk van redelijk geïnformeerde personen (met name (huis-)artsen) is in zo'n geval een belangrijker factor die het succes bepaalt.

Het zoeken van een praktijk via waarneming en vervanging en via een assistentschap (typisch "informele" wegen) heeft dan ook een tamelijk grote kans van slagen: 26 resp. 44% direct resultaat.

De absolute aantallen zijn echter niet groot.

Het reageren op advertenties neemt een tussenpositie in: 71% had via deze activiteit geen enkel succes, maar bij 20% was het meteen raak (d.w.z. rechtstreeks succes). Of het hier de eerste reactie betreft of de laatste uit een lange reeks is ons niet bekend; gegeven het feit dat 60 à 80 reacties op een advertentie volgens verschillende respondenten geen uitzondering is, nemen wij aan dat voor het toepassen van deze strategie wel een zeker uithoudingsvermogen nodig is. Het zelf zetten van advertenties blijkt een droeve zaak: 90% leverde helemaal niets op.

De gegevens over activiteiten via de huisartsenopleiding hebben betrekking op te kleine aantallen om er iets over te kunnen zeggen. Er is nagegaan of de hierboven gesuggereerde indeling van de activiteiten in een officiële, formele component en een informele component ook empirisch is vast te stellen, met andere woorden of men de zoekende artsen kan onderscheiden in een groep die voornamelijk zoekt via de officiële kanalen, en een groep die zich hiertoe voornamelijk in informele kaders beweegt. Hiertoe werd een factoranalyse uitgevoerd op de genoemde activiteiten. Deze leverde geen duidelijke uitkomsten op: beide soorten activiteiten komen zowel afzonderlijk als naast elkaar voor.

Op de vraag "hoe vindt men een praktijk?" is niet zonder meer één antwoord te geven. Door de huidige, en waarschijnlijk in de nabije toekomst groter wordende schaarste aan huisartsenpraktijken bepalen echter het kennen van de juiste mensen, én een flinke dosis (on-)gelukkig toeval in hoge mate hoelang men moet zoeken en waar men uiteindelijk terechtkomt.

Bemiddeling en financiering.

In ruim 80% van de gevallen (alle 303 artsen) is er bij de financiering van de praktijk op één of andere wijze bemiddeld (commercieel bemiddelingsbureau, OLMA, VVAA, overige bemiddeling). Met name bij de commerciële bureaus bestaat die bemiddeling in vele gevallen tevens uit activiteiten betreffende het vinden van een praktijk als zodanig. Enkele malen werd melding gemaakt van "koppelverkoop": het bureau was alleen bereid een praktijk te zoeken als het, bij succes, ook bij de financiering zou mogen bemiddelen. Op deze praktijk werd,

o.i. terecht, veel kritiek geuit.

Als de OLMA bemiddelt (36%), is dat in twee van de drie gevallen succesvol; de VVAA (27%) sluit de helft van zijn pogingen met succes af. Een dergelijk overzicht is van de commerciële bureaus niet te geven: vaak bemiddelt een aanzienlijk aantal tegelijk of na elkaar.

Dat de tevredenheid met de bemiddeling varieert met het succes ervan wekt geen verbazing. Ontevredenheid over commerciële bureaus heeft vooral betrekking op hun rol bij het zoeken naar een praktijk (men voelt zich nogal eens aan het lijntje gehouden), terwijl tevens de klacht ontmoet wordt dat achteraf gezien de verzorgde financiering goedkoper gekund had. Er zijn echter ook positieve geluiden. Door het grote aantal bureaus en de geringe frequentie waarmee elk daarvan in het materiaal wordt aangetroffen is het niet mogelijk goede van minder goede bureaus te onderscheiden.

Bij OLMA, VVAA en andere bemiddeling (waaronder twee keer het N.H.I.) klachten over het langzame tempo en soms twijfel aan de deskundigheid.

Over de verschillende soorten organisaties die bemiddeld hebben is men, bij succes van de arbeid, ongeveer even tevreden.

Een opmerkelijk gegeven vinden we als we kijken naar de samenhang tussen het type organisatie dat met succes bij de financiering bemiddeld heeft en het type maatschappij dat de uiteindelijke financiering heeft verzorgd (bank of verzekeringsmaatschappij).

De gegevens hebben betrekking op 229 artsen van wie alle gegevens bekend zijn. Van de 89 gevallen waarin een commercieel bureau met succes bemiddeld heeft worden 83 praktijken gefinancierd door een verzekeringsmaatschappij, 6 door een bank. De OLMA laat echter alle 42 gevallen waarin zij bemiddeld heeft door een bank financieren, de VVAA 20 van de 22. Bij bemiddeling via andere instanties of personen, én als er geen bemiddeling heeft plaatsgevonden ligt de verhouding ongeveer fifty-fifty. In totaal nemen de banken 48, de verzekeringsmaatschappijen 52% van de financieringen voor hun rekening.

Het type maatschappij dat de uiteindelijke financiering verzorgt hangt eveneens samen met de goodwill die betaald wordt, uitgedrukt als een percentage van het bruto inkomen van de voorganger over het laatste jaar, resp. het gemiddelde over de laatste jaren. De gegevens hebben betrekking op alle overnemers en associés (n = 205, van 38 zijn niet alle gegevens bekend). Van hen die door een bank hebben laten financieren (n = 98) betalen er 20 een percentage goodwill van meer dan 90, in het geval van financiering door een verzekeringsmaatschappij zijn dat er 52 van de 107 (10 daarvan betalen zelfs meer dan 100%, tegen één bij de banken).

Belangwekkender dan de relatie tussen het percentage goodwill en de soort financier is de samenhang tussen dit percentage en het type bemiddelaar (n = 223, 20 onbekenden). Van de 89 financieringen, tot stand gekomen via een commercieel bureau, wordt in 47% meer dan 90% aan goodwill betaald; voor alle overige gevallen tesamen is dit slechts 25% (OLMA: 24%, VVAA 31%, andere bemiddeling: 13%, geen bemiddeling: 30%). Van de 9 artsen die meer dan 100% goodwill betalen wordt in 7 gevallen de financiering verzorgd door een commercieel

bureau.

De conclusie lijkt ons gewettigd dat de commerciële bemiddelingsbureaus het belang van de verkopende partij over het algemeen wat zwaarder laten wegen. Men kan overigens bezwaarlijk anders verwachten: deze bureaus opereren immers als een soort makelaars in huisartsenpraktijken, en het sprookje van de makelaar die beide partijen gelijklijk van dienst is, is inmiddels uit de wereld geholpen. Op de relatie bemiddeling - goodwill zullen wij hieronder nog nader ingaan.

Samenvattend kan gesteld worden dat het inschakelen van een commercieel bureau de zoekende arts heel wat werk uit handen kan nemen, zowel wat betreft het zoeken naar een praktijk als wat betreft de financiering, maar dat hij ten aanzien van de vorm van de financiering weinig invloed heeft (althans weinig invloed uitoefent). Toetsing op zelfselectie kon niet worden verricht; het blijft dus mogelijk dat artsen die een commercieel bureau hebben laten bemiddelen dit deden omdat zij graag een financiering op basis van levensverzekering wensten, of in dit opzicht geen voorkeur hadden. Erg waarschijnlijk lijkt dit overigens niet.

Goodwill.

Aan overnemers en associés is gevraagd hoeveel er aan goodwill is betaald, zowel in guldens als in een percentage van het bruto inkomen van de voorganger over het laatste jaar of de laatste jaren. Wat het laatste betreft werd 100% minus pensioenpremie gelijkgesteld aan 90%, wat door de meeste artsen in kwestie ook als zodanig werd aangegeven. Als het percentage goodwill niet gelijk was aan 90%, is gevraagd de reden van deze afwijking van de KNMG-richtlijn aan te geven.

Van 229 artsen zijn de gegevens bekend. Bij de 14 uitvallers zit één geval van een arts die geen goodwill hoefde te betalen omdat zijn voorganger zich indertijd vrij gevestigd had, en het om die reden unfair vond goodwill te vragen. Je zal maar boffen!

De 229 artsen betalen bedragen variërend van f 15.000,= tot f 375.000,=, met f 148.000,= als gemiddelde en f 140.000,= als mediaan (d.w.z. 50% betaalt minder, 50% betaalt meer).

Interessanter dan de goodwill in guldens is de goodwill als percentage van het bruto inkomen (interessanter vanuit onderzoeksoogpunt uiteraard; voor de arts in kwestie is de hoogte van het bedrag natuurlijk belangrijker). Dit percentage (n = 236) blijkt te variëren tussen 25 en 150, gemiddelde 90,5 en mediaan 90,1.

De KNMG-richtlijn van 90% wordt in 44% van de gevallen gevolgd; 20% betaalt minder, 36% echter meer. Drie op de tien artsen betalen 100% goodwill, 6 artsen (2,4%) betalen 125% of meer.

Betaalt men meer dan 90% dan is dat, althans volgens de koper, vrijwel altijd (bij 90% van de meer-betalers) een kwestie van vraag en aanbod. In 42% van de gevallen dat minder dan 90% wordt betaald is het verlopen karakter van de praktijk de oorzaak hiervan.

Zeven artsen delen mede dat zij minder hebben betaald omdat de verkopende partij het een beetje betaalbaar wilde houden voor de opvolgende resp. associërende collega (14% van de minder-betalers), de

rest betaalt minder om overige redenen of weet zelf niet waarom. Op de vraag in hoeverre de hoogte van de goodwill bepaald wordt door de wetten van vraag en aanbod zullen wij aan het slot van dit artikel ingaan; eerst zullen we een aantal variabelen de revue laten passeren die op individueel niveau met het percentage goodwill samenhangen.

In de presentatie van deze gegevens zijn de als verlopen aangeduide praktijken buiten beschouwing gelaten: men vindt deze uitsluitend in de steden, zodat men ze, bij vergelijking van de goodwill in gebieden met verschillende urbanisatiegraad als doorkruisende factor moet uitschakelen. Er blijven dus 222 artsen over voor verdere analyse. In feite is dit aantal soms kleiner doordat niet altijd alle gegevens bekend zijn.

Urbanisatiegraad blijkt een belangrijke factor: op het platteland (al of niet verstedelijkt) wordt gemiddeld 95% betaald ($n = 118$), in de overige gebieden 90,6%. Dit verschil is significant ($p < .01$). Het verschil wordt aangetroffen in alle provincies, met uitzondering van Friesland (het betreft hier echter slechts één vestiging buiten het platteland, dus zonder betekenis).

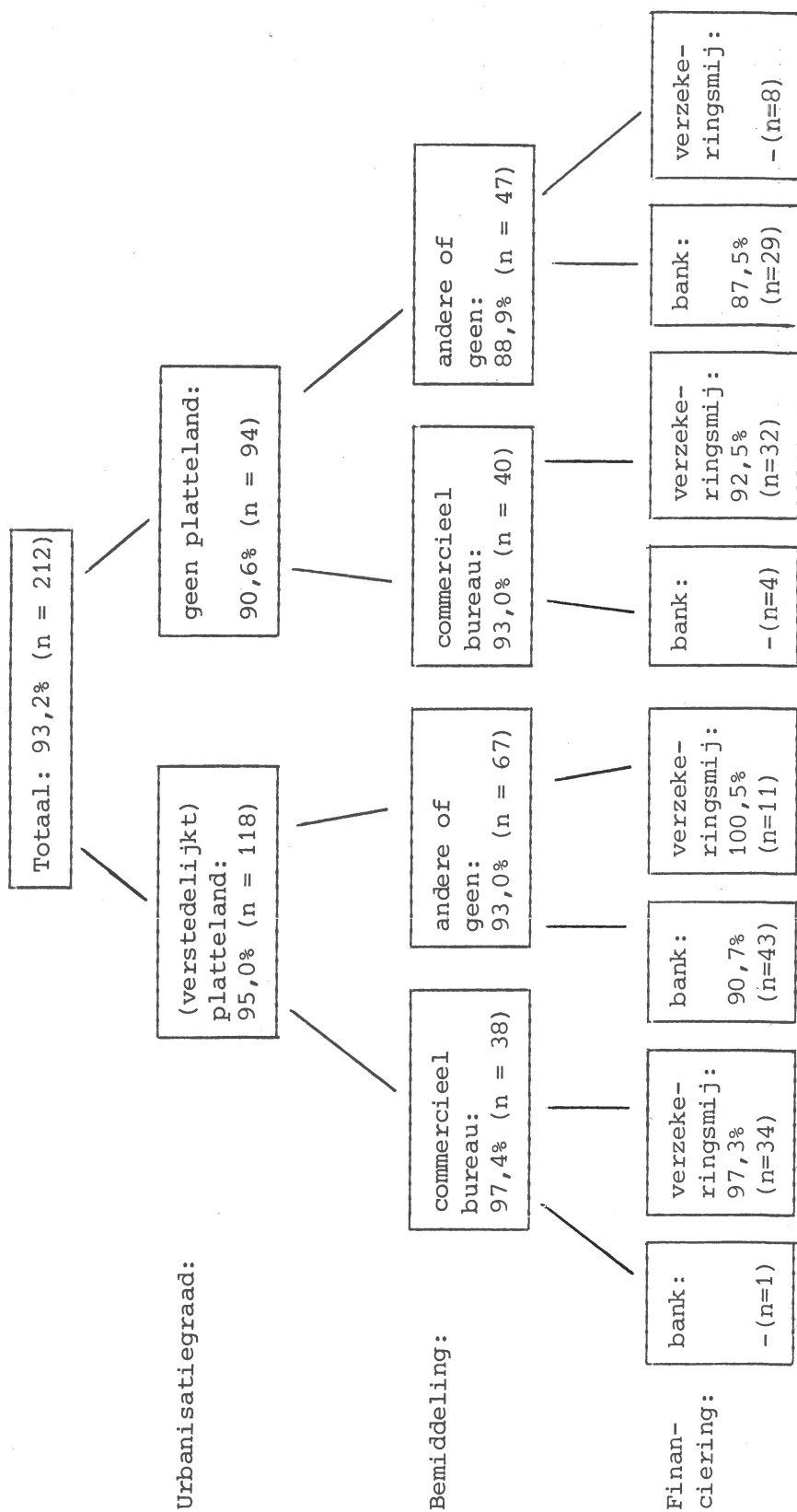
Uitschieters vormen de 8 Overijsselse plattelandsartsen (103%), en de 23 "stads"-artsen in Utrecht en Zuid-Holland (87%).

Het al eerder genoemde verschil met betrekking tot de soort organisatie die bemiddeld heeft vinden we uiteraard ook in het gemiddelde goodwillpercentage terug: commerciële bureaus 95,2%, overige of geen 91,3% ($p < .02$). Hetzelfde geldt voor de financiers: banken 90,3%, verzekeringsmaatschappijen 95,1% ($p < .01$).

Deze samenhang wordt echter verklaard door de samenhang van soort bemiddeling en soort financiering.

In figuur 1 is het gemiddelde goodwillpercentage weergegeven voor de hele groep (243 overnemers en associés, minus 21 verlopen praktijken en 10 onbekenden), en vervolgens uitgesplitst naar urbanisatiegraad, bemiddeling en financiering (bij verdere opsplitsing neemt het aantal uitvallers doordat het gegeven onbekend is uiteraard toe).

Wij nemen aan dat het verschil platteland - geen platteland is te verklaren uit de aantrekkelijkheid die het platteland als woonomgeving heeft (een grote vraag dus). Dat de financier invloed zou hebben op het percentage goodwill is niet goed voorstelbaar; hetzelfde geldt voor de bemiddelaars met uitzondering van de commerciële bureaus: deze fungeren immers vaak als makelaar, en kunnen als zodanig de eisen van vrager en aanbieder wel enigszins beïnvloeden. De samenhang tussen type bemiddelaar, type financier en percentage goodwill zou men echter wél kunnen verklaren door aan te nemen dat sommige aanstaande huisartsen beter en "harder" met hun voorganger resp. associé-in-spé onderhandelen, meer offertes voor de financiering vragen, kortom zich meer moeite getroosten om de zaak zo voordelig mogelijk af te wikkelen. Wat betreft het vragen van offertes e.d. kan voor deze redenering echter geen steun worden gevonden: noch het aantal offertes dat men gevraagd heeft, noch het aantal verschillende financieringsmaatschappijen dat men benaderd heeft, noch het al of niet raadplegen van niet bij de financiering betrokken deskundigen hangt samen met de hoogte van de goodwill als percentage van het bruto inkomen van de voorganger.



Figuur 1: Gemiddelde goodwill als percentage van het bruto inkomen van de voorganger over het laatste jaar of de laatste jaren, naar urbanisatiegraad, bemiddeling en financiering. Geen verlopen praktijken, subgroepen kleiner dan 10 buiten beschouwing gelaten.

Over het "onderhandelingsproces" hebben wij geen gegevens; deze verklaring zal dus ad hoc moeten blijven. Het percentage goodwill hangt niet samen met de vestigingsvorm (overnemen of associëren); het feit dat het platteland duurder is dan de rest wordt niet verklaard door de aanwezigheid van een apotheek: voor plattelandspraktijken mét apotheek wordt evenveel betaald als voor plattelandspraktijken zonder apotheek.

Wat kost het allemaal?

Aan alle artsen is gevraagd de volgende gegevens te verstrekken:

- Totale investering
- Goodwill
- Huisvesting
 - Woonhuis annex praktijkpand
 - Alleen praktijkpand
 - Alleen woonhuis
 - Verbouwingskosten
- Apotheekinventaris
- Kosten inrichting praktijk (instrumentarium etc.)
- Overige kosten

De variabele "totale investering" is verder buiten beschouwing gelaten; sommige artsen hadden hierin de kosten van het afzonderlijke woonhuis begrepen, andere niet. Aan de hand van de gegevens, ingevuld bij de afzonderlijke posten, is een variabele "praktijkinvestering" berekend, en wel op de volgende wijze:

- de goodwill werd geheel meegerekend; bij vrijgevestigden werd echter, ook als bekend was dat zij een bedrag betaald hadden, geen rekening met goodwill gehouden
- als er een woonhuis annex praktijkpand was gekocht, werd van dit bedrag 30% opgenomen als praktijkinvestering 1)
- als er een apart praktijkpand was gekocht, werd de koopsom opgenomen
- kosten van het afzonderlijke woonhuis, resp. 70% van de kosten van het woonhuis annex praktijkpand, werden niet meegerekend
- als hetzij het woonpraktijkpand, hetzij het aparte praktijkpand niet gekocht was maar gehuurd werd, werd de arts in kwestie uit de berekening gelaten
- als bij "apothekinventaris" een bedrag was ingevuld, terwijl de arts niet apothekhoudend bleek te zijn, werd dit bedrag niettemin meegeteld, aannemende dat het hier ging om overname van verbandmiddelen e.d.
- bij de vrijgevestigden werd de aan hen ook nog voorgelegde post "levensonderhoud" volledig meegeteld.

Zou men deze praktijkinvesteringen willen vergelijken met die van andere beoefenaren van vrije beroepen, dan dient men te bedenken dat de huisarts, in tegenstelling tot de meeste andere vrije beroepen, een geringe keuzevrijheid heeft ten aanzien van zijn privé-huisvesting, met name bij een overname. Doorgaans wordt immers het woonpraktijkpand overgenomen; dit is voor de nieuwe arts een voordeel in verband met de continuïteit, (de gang naar het praktijkpand blijft voor de patiënten dezelfde), anderzijds betekent het dat de jonge arts wel eens wat luxer en dus duurder moet wonen dan hij aan het begin van zijn praktijkuitoefening nodig vindt. De gemiddelde waarde van het

1) Een schatting "met de natte vinger"; acht men 35% realistischer, dan verhoge men de totale investering met zo'n 2%.

als woongedeelte aan te merken deel van het woon-praktijkpand (70%) ligt in de onderzochte periode voor overnemers net onder de f 150.000,=; waarschijnlijk wel iets meer dan wat de gemiddelde jonge academicus in die tijd voor een koophuis betaalde, maar daar staat voor de arts een hoger inkomen tegenover. De overnemers die een afzonderlijk woonhuis hebben gekocht gaven daaraan trouwens meer uit dan de anderen; al te zwaar hoeft men derhalve aan het feit dat privé-huisvesting ongewenst hoge privé-investeringen met zich mee kan brengen niet te tillen.

Gemiddeld investeren de artsen die een praktijk overnemen f 281.000,=; minimum f 115.000,=; maximum f 552.500,=. De mediaan ligt bij f 275.000,= (n = 103; van 53 overnemers is òf de waarde van één der posten niet bekend, òf zij kochten geen onroerend goed). De goodwill neemt met gemiddeld 55% van dit bedrag het leeuwendeel voor zijn rekening (zonder de "verlopen" praktijken is dit ruim 60%). Helaas was het niet mogelijk de praktijkinvestering te relateren aan de praktijkgrootte: om dit op verantwoorde wijze te doen dient men te weten of er, behalve voor patiënten, ook nog goodwill is betaald voor overgenomen activiteiten (keuringen, controles etc.), en de groep waarvoor het antwoord positief is uit de berekeningen te laten. Deze vraag is wel gesteld, maar de redactie ervan bleek niet geheel vrij van dubbelzinnigheid. Investerings in praktijkruimte maken 23% van de totale praktijkinvestering uit; de rest gaat op aan de overige posten.

Bij de associés vielen er veel meer artsen uit de boot: in vele gevallen wordt de praktijkruimte gehuurd. De 18 artsen die praktijkruimte kochten, investeerden totaal gemiddeld f 303.000,=. Bij hen ligt de goodwill als percentage van de totale investering iets lager (52%), de praktijkruimte iets hoger (30%). Het betreft echter kleine aantallen.

Vrije vestiging, een hoofdstukje apart.

De vrije vestiger is het goedkoopst uit: gemiddeld f 124.000,= (n = 31, 29 uitvallers). Wordt de vestiging daadwerkelijk zwaar gesteund (in de vorm van praktijken sluiten en/of patiënten verzoeken de nieuwe arts te kiezen) dan komt hier (niet altijd) een bedrag aan goodwill bij. Aangezien de praktijkgrootte van de vrije vestigers uiteenloopt van enkele tientallen tot tegen de 3000, zegt het genoemde bedrag niet erg veel.

Een vrije vestiger wordt niet geboren, maar gemaakt. Iets genuanceerder: ongeveer drie-kwart van de vrijgevestigden heeft voorafgaande aan de vestiging een andere vorm overwogen. Financiële redenen (vooral genoemd bij het verwerpen van de gedachte om een praktijk over te nemen), gebrek aan geschikte praktijken en reserves t.a.v. mogelijkheden tot goede samenwerking (vooral bij associaties) zijn de belangrijkste redenen om het avontuur te kiezen. Dat avontuurlijke valt in de praktijk overigens wel mee: twee-derde van de vrije vestigers wordt gesteund door zittende collegae. Van de 18 niet-gesteunden

worden er tenminste 10 (3 vulden niets in) desondanks opgenomen in een waarnemingsregeling. Slechts twee artsen melden onwelwillende collegae; vier niet-gesteunden zitten in een deels welwillende, deels onwelwillende collegiale omgeving.

Als er sprake is van steun, is dat door verdeling van patiënten (praktijken sluiten, verzoeken over te gaan), het aanbieden van nevenfuncties of waarnemingsmogelijkheden, of beide.

Bij drie-kwart van de vrijgevestigden was alles min of meer volgens verwachting gegaan; bij de rest viel het nogal tegen.

Analyse in de tijd; vraag en aanbod.

De praktijkinvestering (zie boven) is tijdens de onderzocht periode flink opgelopen: van januari '75 tot januari '76 steeg hij met zo'n 25% (analyse van de gehele onderzochte periode bleek, in verband met de geringere respons van de meest recent gevestigden niet altijd verantwoord).

Het verloop van de praktijkinvestering in de tijd wordt grafisch weergegeven in figuur 2. Het betreft hier overnemers en associés, zonder de "verlopen" praktijken (n = 111); de maandgemiddelden zijn zogenaamde voortschrijdende gemiddelden: zo wordt b.v. de waarde voor juni 1975 berekend door het gemiddelde te nemen van mei, juni en juli; voor juli neemt men juni, juli en augustus, enzovoort. Er is hierbij rekening gehouden met het aantal per maand gevestigde artsen (gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden).

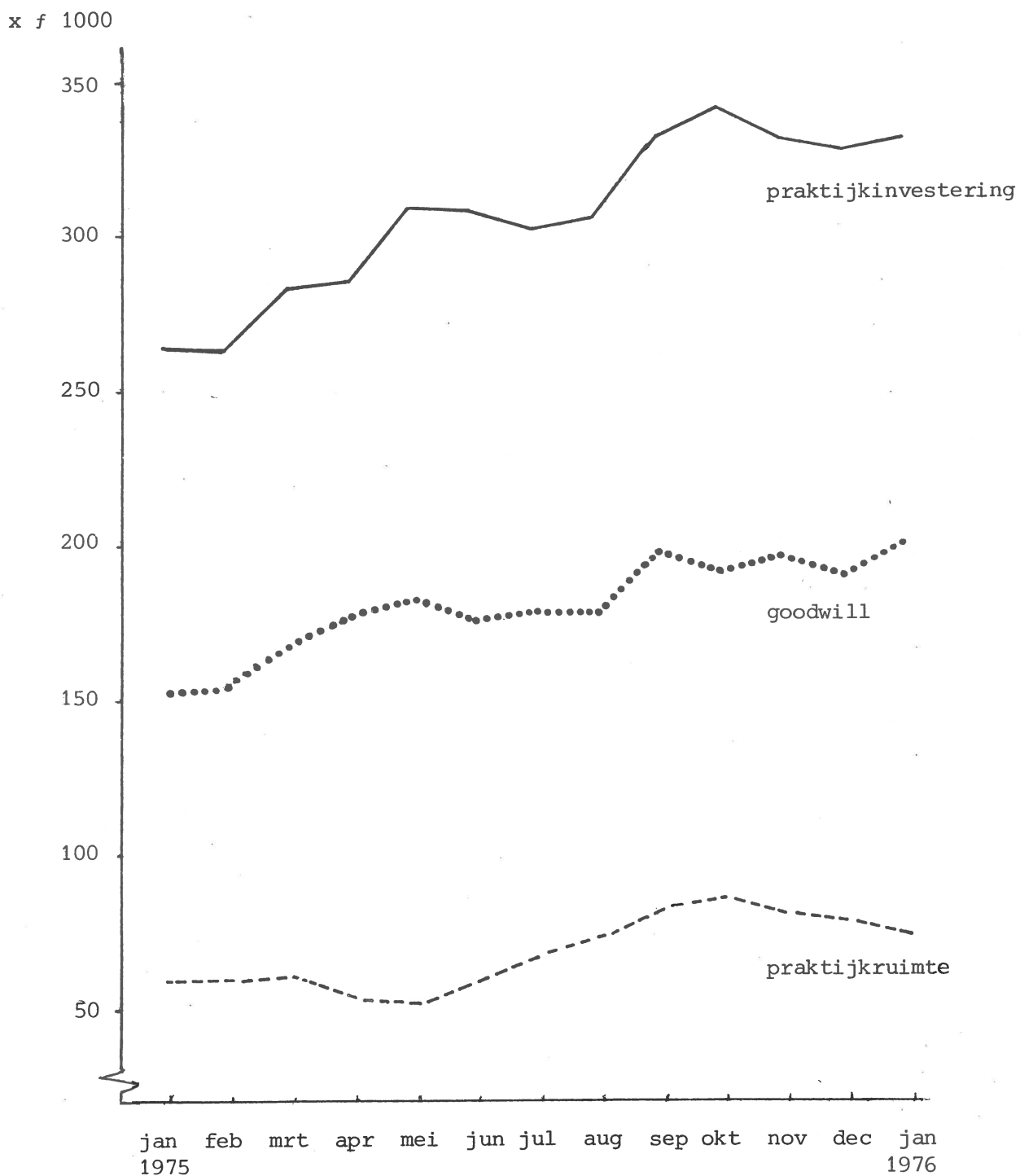
Zoals uit figuur 2 (zie pag. 22) blijkt, is de stijging van de praktijkinvestering zowel een gevolg van de stijging in prijs van onroerend goed (praktijkruimte), als van de stijging van de goodwill (in guldens).

In figuur 3 (zie pag. 23) is te zien dat in de onderzochte periode niet alleen de goodwill in guldens, maar ook de goodwill als percentage van het bruto-inkomen van de voorganger is gestegen, zij het bepaald minder markant (de stijging in guldens heeft uiteraard alles te maken met de geldontwaarding).

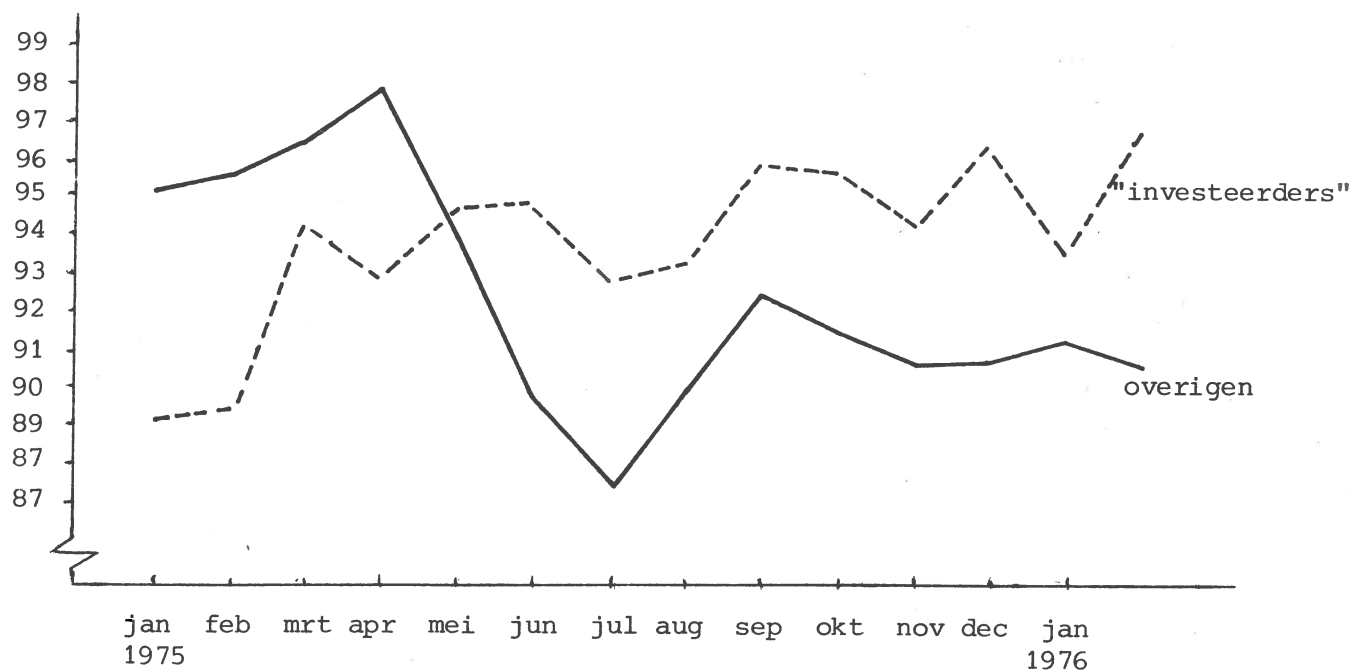
Verder valt op dat het percentage goodwill, betaald door de "overigen" (voornamelijk huurders van praktijkruimte) in het voorjaar van 1975 een scherpe daling vertoont, en daarna constant lager blijft dan dat van de "investeerders". Neemt men ook het praktijkpand over, dan koopt men meer goodwill (de gang naar het pand), zodat daarmee het verschil wel te verklaren is. Waarom dit verschil niet tijdens de gehele periode optreedt is niet duidelijk.

In figuur 4 (zie pag. 24) is voor alle overnemers en associés (met uitzondering van de verlopen praktijken) weergegeven hoe het betaalde percentage goodwill varieert in de tijd (bovenste grafiek).

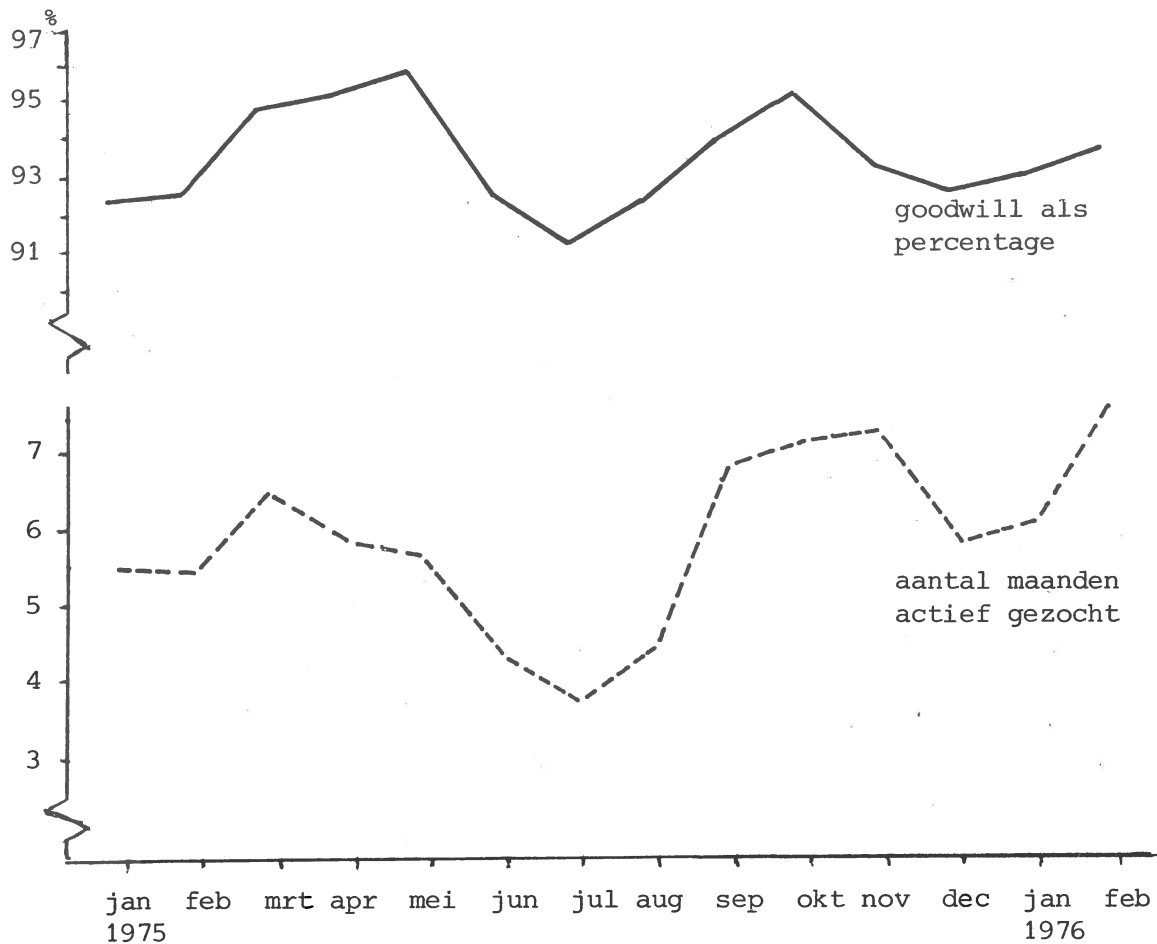
De onderste grafiek in deze figuur geeft het verloop in de tijd weer van het gemiddelde aantal maanden dat de in een bepaalde maand gevestigde jonge artsen actief naar een praktijk hebben moeten zoeken (gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden).



Figuur 2: Kosten van gekochte praktijkruimte, goodwill en totale praktijkinvestering in de tijd. Gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden. Overnemers en associés, geen verlopen praktijken; n = 111.



Figuur 3: Goodwill als percentage van het bruto-inkomen van de voorganger in de tijd. Gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden. Overnemers en associés, zonder verlopen praktijken. Investeerders: n = 108, overigen: n = 103.



Figuur 4: Goodwill als percentage van het bruto-inkomen van de voorganger, in de tijd; aantal maanden dat er door de zich vestigende artsen actief naar een praktijk is gezocht. Gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden. Overnemers en associés; geen verlopen praktijken. Goodwill: n = 208; aantal maanden: n = 181.

Het verloop van de onderste grafiek is te interpreteren als een *vraagcurve*. Hoewel vraag en aanbod niet onafhankelijk van elkaar te meten zijn (althans niet in dit onderzoek) menen wij dat het gemeenschappelijk variëren van variabelen "percentage goodwill" en "aantal maanden dat er gezocht is" duidelijk een marktsituatie weergeeft: in tijden dat er lang naar praktijken gezocht moet worden wordt veel goodwill betaald; lukt het vinden van een praktijk gemiddeld sneller, dan daalt ook de gemiddelde goodwill.

De vraag naar huisartsenpraktijken is, onafhankelijk van het aantal maanden dat er gezocht is, nog op een andere manier gemeten: per maand werd het aantal door de artsen ondernomen zuiver "formele" activiteiten bepaald (contact met Plaatselijke Huisartsen Verenigingen of NHG-centra, reageren op advertenties, zetten van advertenties, contact met het Bureau Vestiging), alsmede het percentage daarvan dat zonder resultaat bleef. Deze percentages zijn zoals gebruikelijk omgerekend tot gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden. Ook deze curve volgt, zij het iets minder fraai dan de andere vraagcurve, het verloop van het percentage goodwill in de tijd (zie figuur 5, pag. 26).

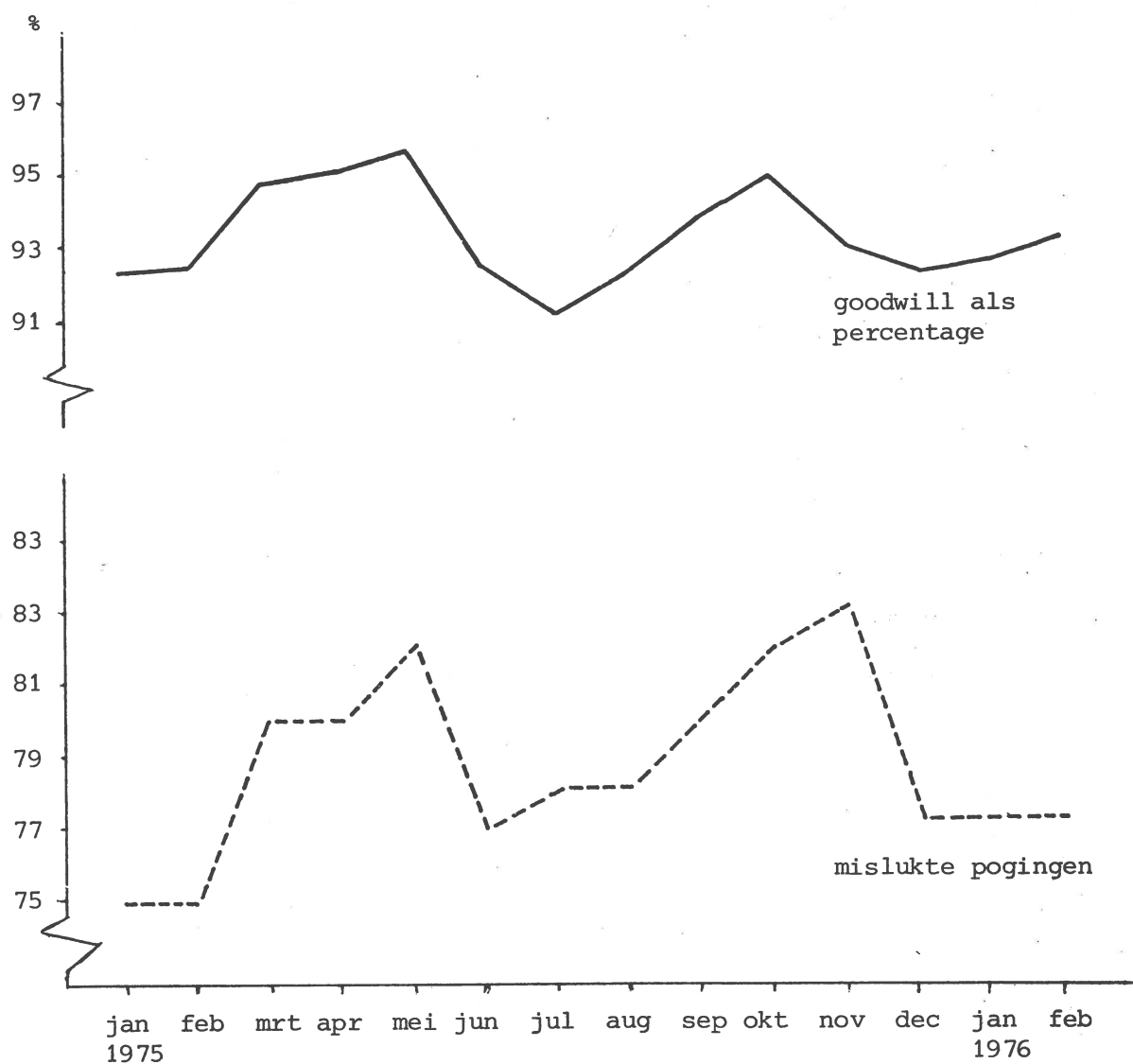
De samenhang tussen de curven is bepaald door het berekenen van de Pearson correlatiecoëfficiënt; deze bleek voor de samenhang goodwill-aantal maanden actief gezocht significant ($r = .59$; $p < .02$); voor het percentage mislukte pogingen indicatief ($.05 < p < .10$).

Men mag deze gevonden samenhangen niet "vertalen" naar individueel niveau: bepalend voor de hoogte van de goodwill is niet hoelang men *zelf* gezocht heeft, maar hoelang de zich in dezelfde periode vestigende artsen in totaal gemiddeld gezocht hebben.

Schakelt men, middels partiële correlatierekening, de werking van de bovengenoemde "vraagvariabelen" uit, dan blijkt dat er nog een derde variabele van invloed is: de gemiddelde maandprijs van het onroerend goed. Deze samenhang is negatief (r partieel = $-.71$). Stijgt de prijs van het gekochte onroerend goed, dan daalt de goodwill, en vice versa. Dit effect wordt echter grotendeels tenietgedaan door de invloed van de "vraagvariabelen".

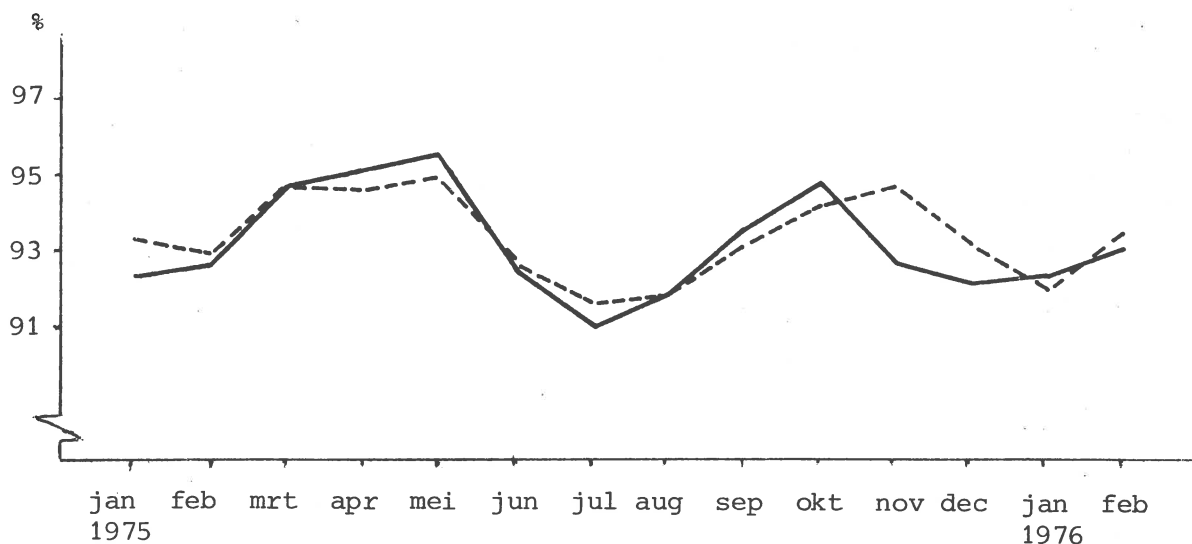
Men zou kunnen menen dat deze negatieve samenhang veroorzaakt wordt door het schuiven met gelden van goodwill naar huis; dit is echter niet waarschijnlijk. Het goodwillpercentage vertoont namelijk exact dezelfde negatieve samenhang met de prijs van onroerend goed die in de onderzochte periode werd betaald door alle Nederlanders (althans door hen die een huis kochten via een makelaar, aangesloten bij het Makelaars Computer Centrum te Utrecht, dat ons deze gegevens heeft verstrekt). Naar een verschuiving van goodwill naar huis is niet gevraagd; het werd wel een aantal malen spontaan gemeld.

De twee vraagvariabelen plus de prijs van onroerend goed verklaren samen 70% van de variantie in het percentage betaalde goodwill. Anders gezegd: weet men van een groep artsen die zich in een bepaalde maand gevestigd hebben hoelang zij gemiddeld naar hun praktijk hebben moeten zoeken, hoe succesvol hun pogingen waren om via de officiële kanalen aan een praktijk te komen, en wat er in die maand in Nederland gemiddeld voor onroerend goed werd betaald, dan kan men vrij nauwkeurig



*Figuur 5: Goodwill als percentage van het bruto-inkomen van de voorganger, in de tijd; percentage mislukte "formele" pogingen om een praktijk te vinden, in de tijd.
Gewogen voortschrijdende driemaandsgemiddelden.
Overnemers en associés; geen verlopen praktijken, n = 208.*

voorspellen hoeveel procent goodwill zij hebben betaald. Deze voorspelling is grafisch weergegeven in figuur 6.



Figuur 6: Feitelijk goodwillpercentage (getrokken lijn; gewogen voortschrijdend driemaandsgemiddelde) en voorspeld goodwillpercentage (stippellijn). De voorspelling is het resultaat van de volgende regressievergelijking:

$$\begin{aligned} \text{percentage goodwill} = & .78 \times \text{aantal maanden actief gezocht} \\ & -.03 \times \text{prijs woonpraktijkpand} \\ & +.20 \times \text{percentage mislukte pogingen} \\ & +82.81 \quad (\text{constante}) \end{aligned}$$

De standaardfouten zijn respectievelijk .23; .01; .10 en 6.78

Hoewel het hier slechts een periode van 13 maanden betreft, menen wij sterke aanwijzingen gevonden te hebben dat de goodwill zich volledig gedraagt volgens de wetten van vraag en aanbod.

Een waarheid als een koe? Ja natuurlijk; een verkopende huisarts is ook maar een mens, en hij zou zichzelf onnodig benadelen als hij genoeg nam met minder dan "wat de gek er voor geeft" (met excuses aan onze respondenten voor deze aan het spraakgebruik ontleende kwalificatie). Anderzijds het volgende citaat uit het Vademecum Praktijkuitoefening Medische Beroepen (M 1100 - 9, juni 1976):

"Teneinde te bevorderen dat beide partijen op enige zekerheid zouden kunnen rekenen werd toen (1973, door KNMG en LHV, toevoeging van de schrijvers) besloten het economisch principe van vraag en aanbod een zo gering mogelijke rol te laten spelen".

In dezelfde passage wordt de 90%-norm aangeduid als een "stringente maximumadvisering". Helaas. De "verlopen" praktijken buiten beschouwing latende, zien we dat het gemiddelde goodwillpercentage consequent boven het maximum ligt. De invloed van KNMG/LHV is blijkbaar niet groot genoeg om goodwill-bedragen boven de maximumadvisering te voorkomen.

Een meeromvattend vestigingsbeleid zal dan ook meer moeten zijn dan besluiten om een bepaalde factor al of niet een rol te laten spelen; zonder daadwerkelijke invloed op de naleving van zo'n besluit blijft het een papieren tijger.

Vraag is of het op zichzelf voor een onderzoeker bevredigende feit dat je met drie variabelen de hoogte van de goodwill aardig kunt voorspellen nu ook praktische betekenis heeft. Aan de ene kant niet zoveel: hoe aangenaam het ook is iets te kunnen voorspellen, de fluctuaties in de goodwill zijn niet erg groot. Een verschil van 5% komt overeen met zo'n f 7.500,=, een leuk bedrag, maar op een totale praktijkinvestering van tegen de drie ton toch maar een paar procent.

Anderzijds betekent de constatering dat de goodwill zich aan beïnvloeding door de beroepsorganisaties onttrekt, mét de grote waarschijnlijkheid van een toenemende praktijkschaarste, dat de divergentie tussen norm en werkelijkheid in de toekomst nog zal kunnen toenemen. Een toenemend aantal "wilde" vrije vestigingen zou het gevolg kunnen zijn.

Bij gebrek aan invloed van KNMG/LHV is ook een organisatie van "zoekende artsen" niet ondenkbeeldig. Eén der respondenten noemt deze mogelijkheid met zoveel woorden, maar preferereert bindende voorschriften vanwege de Overheid. Hoewel zo'n 15% van de jonge overnemers en associés klachten heeft over de commerciële instelling van de gevestigde artsen, zijn de betaalde goodwillbedragen niet zó exorbitant hoog dat "acties" op korte termijn te verwachten zijn.

Utrecht, februari 1977