Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Federatie Medisch Specialisten
T.a.v. 5.1.2e

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
-MEVA

Bijlage(n)

Datum document
29 augustus 2025

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum
Betreft Reactie op uw brief van 18 juli inzake de beoordeling van casus G1 'waarnemer voor msb'

Geachte 5.1.2e, beste 5.1.2e,

Hierbij zend ik u, mede namens het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), het ministerie van Financiën en de Belastingdienst (FIN/BD), onze reactie op uw brief met referentie DH/zr/20250718 die ik op 18 juli 2025 van u heb ontvangen.

In deze brief schets ik eerst de achtergrond en het doel van de casusposities. Vervolgens reageer ik op het door u genoemde belang van een flexibele schil. Daarna ga ik in op de door u genoemde verschillen van inzicht bij enkele elementen in de beoordeling van de casus 'waarnemer voor msb (medisch specialistisch bedrijf)'. Tot slot ga ik ook nog kort in op de waarde van de modelovereenkomsten en hoe de kwalificatie van een arbeidsovereenkomst zich verhoudt tot huidige zorgwetgeving.

Daarbij wil ik benadrukken dat de beoordeling van uw ingediende casuspositie slechts een zienswijze is vanuit SZW, FIN/BD en VWS. Dit betreft geen formeel besluit. Een daadwerkelijke beoordeling zal gebaseerd zijn op alle feiten en omstandigheden van het betreffende geval. Bij de beoordeling die is gedaan, gaat het om gestileerde casusposities die enigszins versimpeld zijn opgeschreven, op basis waarvan een beeld is geschetst, dat door ons globaal is beoordeeld. Dit met het doel in algemene zin inzicht te geven in de beoordeling van arbeidsrelaties aan de zorgsector. Daarom kunnen er geen rechten aan deze zienswijze worden ontleend voor specifieke praktijkcasussen. De beoordeling daarvan is aan de betrokken partijen zelf, op basis van alle relevante feiten en omstandigheden van het geval.

Achtergrond en doel casusposities
Het kabinet wil schijnzelfstandigheid op de arbeidsmarkt terugdringen. Deze inzet geldt voor alle sectoren. Ik zie veel voorbeelden van sectoren en organisaties die serieus, voortvarend en effectief aan de slag zijn gegaan met dit thema en werken aan juridisch houdbare arbeidsrelaties. De inzet van het kabinet om schijnzelfstandigheid tegen te gaan wordt door de overgrote meerderheid van de partijen in het (zorg)veld, waaronder gelukkig ook uw organisatie, gedeeld. Om deze doelstelling te bereiken, heeft het kabinet drie lijnen ingezet: een gelijker speelveld tussen contractvormen (lijn 1), meer duidelijkheid over de vraag

wanneer gewerkt wordt als werknemer dan wel als zelfstandige (lijn 2) en verbetering van handhaving op schijnzelfstandigheid (lijn 3). De opheffing van het handhavingsmoratorium voor de loonheffingen (lijn 3) heeft per 1 januari 2025 plaatsgevonden. De Belastingdienst kan weer volledig handhaven op de kwalificatie van de arbeidsrelatie. De van toepassing zijnde wet- en regelgeving is per 1 januari 2025 niet gewijzigd.

De opheffing van het handhavingsmoratorium is al in 2022 aangekondigd. De sector heeft zich de afgelopen jaren dan ook kunnen voorbereiden op het opheffen van het handhavingsmoratorium. In aanloop naar de opheffing van het handhavingsmoratorium zijn onder andere gesprekken gevoerd met verschillende sectoren om ze hierbij te ondersteunen. Zo ook met de zorgsector en met uw organisatie.

Daarnaast heeft het kabinet onder andere ingezet op communicatie om mensen bewust te maken van wanneer gewerkt kan worden als zelfstandige en wanneer sprake is van werken in loondienst. En wat dit dan vraagt in de vormgeving van de respectievelijke arbeidsrelaties. Ook uw organisatie is al geruime tijd bezig met dit thema en de informatievoorziening naar uw leden.

Voor 2025 zet het kabinet als 'overgangsjaar' in op een zachte landing. In 2025 start het risicogerichte toezicht op schijnzelfstandigheid in beginsel met een bedrijfsbezoek. Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan om een boekenonderzoek in te stellen. Bij een constatering van het niet naleven van de fiscale regels kunnen correctieverplichtingen met betrekking tot de loonheffingen worden opgelegd, maar in beginsel niet verder terug dan 1 januari 2025.

Om in het kader van een zachte landing te ondersteunen bij de informatievoorziening naar zorgorganisaties en werkenden in de zorg is voor de zorgsector een extra toezegging gedaan. In december 2024 heeft de toenmalige minister van VWS brancheorganisaties in de zorg de gelegenheid geboden om casusposities in te dienen, die kunnen bijdragen aan het geven van duidelijkheid over hoe de arbeidsrelatie wordt beoordeeld.

De door de verschillende brancheorganisaties ingediende casusposities zijn op grond van geldende wet- en regelgeving en jurisprudentie en met veel zorgvuldigheid beoordeeld door SZW, FIN/BD en VWS.

De voor de kwalificatie van de arbeidsrelatie relevante – en door de FMS aangeleverde – feiten en omstandigheden zijn meegewogen in de beoordeling van de casusposities. Indien bepaalde feiten en omstandigheden niet bekend waren, zijn aannames gemaakt. In de beoordeling van de casuspositie(s) zijn deze aangegeven.

Op basis van de door u voorgelegde casuspositie is door SZW, FIN/BD en VWS in algemene zin geconcludeerd dat 'het lastig voorstelbaar is dat een waarnemer in de beschreven situatie buiten dienstbetrekking werkzaam kan zijn'. In individuele situaties kunnen wij niet uitsluiten dat een andere combinatie van feiten en omstandigheden tot een andere uitkomst zoud kunnen leiden.

Nut en noodzaak flexibele schil

U begint uw brief met het beschrijven van de nut en noodzaak van een flexibele schil. Ik wil allereerst benadrukken dat dit niet ter discussie staat. Dit betekent echter niet dat de behoefte aan een flexibele schil invloed heeft op de beoordeling van een arbeidsrelatie. Een flexibele schil moet op een manier worden ingericht die aansluit bij het arbeidsrecht. Dat geldt voor alle arbeidsrelaties: van het gebruik van uitzendcontracten, oproepcontracten etc. evenzeer als de inzet van zelfstandigen. Daarbij wijs ik erop dat het ook in loondienst goed mogelijk is om werknemers flexibel in te zetten. Het is aan de sector(partijen) om in de praktijk te bezien in welke gevallen er (flexibel) gewerkt kan worden met zelfstandigen en in welke gevallen een arbeidsovereenkomst op zijn plaats is. Wij menen dat het delen van onze beoordeling van de door u ingediende casuspositie de betrokken partijen kan helpen bij het maken van deze afweging.

Uw reactie op de beoordeling van de ingediende casuspositie

U bent van mening dat bij de beoordeling van de elementen 'aard en duur van de werkzaamheden', 'manier waarop de werkzaamheden en werktijden zijn bepaald', 'de verplichting het werk persoonlijk uit te voeren' en 'commercieel risico' is uitgegaan van enkele onjuiste veronderstellingen. Ik heb deze elementen nogmaals uitvoerig besproken met SZW en FIN/BD. Hierbij ben ik tot de conclusie gekomen dat, op grond van de aangeleverde informatie, de gestelde zienswijze ongewijzigd blijft (zoals met u gedeeld op 4 juni 2025).

Mijn indruk is dat de verschillen van inzicht zich in uw reactie met name toespitsen op de elementen 'manier waarop de werkzaamheden en werktijden zijn bepaald' en 'commercieel risico'. Om die reden ga ik hieronder eerst in op deze elementen. Daarna ga ik nog kort in op de overige elementen in uw reactie, de rol van de modelovereenkomsten in de beoordeling en de rol van zorgwetgeving bij de beoordeling van de arbeidsrelatie.

<u>Manier waarop de werkzaamheden en werktijden zijn bepaald</u>

In uw reactie geeft u aan dat het wat u betreft onjuist is te veronderstellen dat er sprake is van gezag in de arbeidsverhouding op grond van het feit dat het ziekenhuis (via het msb) aanwijzingen en instructies moet kunnen geven aan de waarnemend arts. U geeft daarbij verschillende argumenten, die (samengevat) neerkomen op:

- De overeenkomst is gesloten tussen msb en waarnemend arts; het ziekenhuis is hierbij geen partij.
- Er wordt geen aanwijzings- en instructiebevoegdheid opgenomen in de overeenkomst tussen msb en waarnemend arts, en de waarnemer handelt professioneel autonoom en naar eigen inzicht, conform de landelijke kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen, professionele standaard en protocollen.
- Eventuele samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuis en msb bevatten (ook) geen aanwijzingsbevoegdheid ten aanzien van medisch inhoudelijke zorg.
- Ten slotte geeft ook de regeling van de overeenkomst van opdracht in artikel 7:402 van het BW de opdrachtgever de bevoegdheid om aanwijzingen aan de opdrachtnemer te geven.

Ik merk hierover het volgende op. In de door u ingediende situatie is het ziekenhuis 'zorgaanbieder' in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz). Het ziekenhuis is dan ook eindverantwoordelijk ten aanzien van alle zorgwerkzaamheden die binnen de instelling worden verricht, waaronder die van de waarnemend arts. Het ziekenhuis moet op grond van artikel 4, eerste lid, onder b, waarborgen dat degenen die de zorg (doen) verrichten zich bij hun

werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Dat moet ook zijn opgenomen in de overeenkomsten die het ziekenhuis sluit. Dat het ziekenhuis de bevoegdheid heeft om dergelijke regels op te leggen, duidt op gezag in de zin van artikel 7:610 BW en is daarmee een indicatie dat sprake is van een arbeidsovereenkomst. Dat de mogelijkheid van gezagsuitoefening voortvloeit uit de kwaliteitseisen die aan zorgaanbieders worden gesteld, maakt dat niet anders. Het maakt hierbij overigens niet uit of het ziekenhuis deze bevoegdheid rechtstreeks heeft, of dit afdwingt via afspraken met het msb. Uitgangspunt is dat degenen die binnen de muren van het ziekenhuis zorg verlenen, zich laten leiden door de regels van het ziekenhuis. Uitgaan van een situatie waarin hiervan geen sprake is, lijkt mij vanuit het oogpunt van bieden van duidelijkheid over de beoordeling van arbeidsrelaties in de zorgsector ook niet verstandig. Zoals al in de beoordeling beschreven staat, doet dit niet af aan de grote professionele autonomie van de waarnemend arts bij het uitvoeren van zijn werkzaamheden. Dat onderscheidt de waarnemend arts echter niet van medisch specialisten in dienstbetrekking.

U stelt terecht dat het ook binnen een overeenkomst van opdracht mogelijk is om bepaalde aanwijzingen te geven over de uitvoering van de opdracht. De verhouding tussen deze aanwijzingsbevoegdheid en de bevoegdheid om aanwijzingen te geven voortvloeiend uit de arbeidsovereenkomst is niet zwart-wit. Gelet op wat ik hierboven al heb geschreven over de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, meen ik dat de aanwijzingsbevoegdheid die daarbij past eerder wijst op een arbeidsovereenkomst. Artikel 4, eerste lid, onder b, van de Wkkgz bepaalt ook dat in het geval van een arbeidsovereenkomst wordt verondersteld dat de zorgaanbieder voldoende waarborgen heeft om zorgverleners te houden aan op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en door de zorgaanbieder gestelde regels.

Eerder heeft de Hoge Raad ook geoordeeld dat wet- en regelgeving die van belang is voor de wijze waarop de samenwerking tussen de zorgaanbieder en de zorgverlener wordt vormgegeven meeweegt in bovenstaande beoordeling.[1]

Ik zie op basis van bovenstaande geen reden om de beoordeling van de casuspositie op dit onderdeel te wijzigen.

<u>Commercieel risico</u>
U schrijft in uw brief dat de conclusie dat de waarnemer nagenoeg geen commercieel risico loopt, wat u betreft onjuist is. Ter onderbouwing van uw standpunt stelt u dat de waarnemer evenveel claimrisico loopt als het ziekenhuis, omdat voor de patiënt de keuze bestaat om zich te richten tot de waarnemer met wie hij ook een geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft gesloten of de instelling ten gevolge van een centrale aansprakelijkheid. U merkt hierbij ook op dat dit een wezenlijk onderscheid is met medisch specialisten in loondienst, aangezien zij niet zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst sluiten met de patiënten en zodoende niet rechtstreeks aansprakelijk gesteld kunnen worden.

Ik ben het met u eens dat het (in theorie) mogelijk is dat de waarnemend arts zelf financieel aansprakelijk kan worden gesteld in die gevallen waarin de waarnemer een geneeskundige behandelovereenkomst sluit met een patiënt. In de eerste plaats

[1] Hoge Raad, 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:343, o.a. r.o. 2.4.1.

merk ik hierover op dat een geneeskundige behandelovereenkomst slechts tot stand kan komen tussen de waarnemer en de patiënt als sprake is van een waarnemer die niet in dienstbetrekking werkzaam is. De vraag met wie de patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft, volgt dus op de kwalificatie van de arbeidsrelatie tussen de medisch specialist en het msb. Ten tweede is niet duidelijk of het – indien men aanneemt dat er een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt tussen de waarnemend arts en patiënt – in de praktijk ook voorkomt dat de medisch specialist in dergelijke situaties aansprakelijk wordt gesteld. Dit ligt mogelijk minder voor de hand, mede door de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis en het feit dat het een patiënt veelal niet bekend is of de arts al dan niet in dienstbetrekking werkzaam is bij het ziekenhuis of het msb. Daarnaast beschikt het ziekenhuis over een verzekering met intramurale dekking (parapludekking), welke verzekering ook ziet op de handelingen van de waarnemer en eventueel hieruit voortkomende schade dekt.

Ook op dit punt zie ik, op basis van bovenstaande, geen reden om de beoordeling van de casuspositie te wijzigen.

<u>Overige punten</u>

- Ten aanzien van het element 'aard en duur van de werkzaamheden' bent u van mening dat de beoordeling onjuist is dat een inspanningsverplichting als zodanig eerder wijst op een arbeidsovereenkomst. U vult hierbij aan dat de betrokken partijen ervoor gekozen hebben een overeenkomst van opdracht met elkaar aan te gaan zonder werkgeversgezag en waarbij de waarnemer zelfstandig geneeskundige behandelingsovereenkomsten afsluit met patiënten. Hiervoor ben ik al nader ingegaan op deze onderwerpen. Dat in algemene zin een inspanningsverplichting eerder wijst op een arbeidsovereenkomst staat volgens mij niet ter discussie. Dit element staat ook beschreven in het beslis- en afwegingskader dat is gebruikt bij de beoordeling van de casusposities.[2] Uiteraard sluit een inspanningsverplichting als zodanig een overeenkomst van opdracht niet uit, maar moet een en ander worden bezien in het licht van de omstandigheden van het geval.
- Ten aanzien van het element 'de verplichting om de werkzaamheden persoonlijk uit te voeren' bent u van mening dat de conclusie onjuist is dat het feit dat de werkzaamheden in beginsel persoonlijk moeten worden verricht eerder wijst op een arbeidsovereenkomst. Uit de ingediende casuspositie blijkt dat de waarnemer niet vrij is om zichzelf te laten vervangen, maar daarvoor toestemming nodig heeft. U merkt op dat het ook in een overeenkomst van opdracht mogelijk is om een specifieke persoon te contracteren die zichzelf niet mag laten vervangen. Ik ben dat met u eens. Dat laat onverlet dat het feit dat arbeid persoonlijk moet worden verricht in algemene zin eerder wijst op een arbeidsovereenkomst. Ook dit staat volgens mij niet ter discussie en dit element is ook opgenomen in het eerdergenoemde beslis- en afwegingskader. Ook hierbij geldt dat de beperking van de vervangbaarheid de overeenkomst van opdracht niet uitsluit. Een en ander moet worden bezien in het licht van alle omstandigheden van het geval.
- In uw brief verwijst u naar de modelovereenkomst Waarneming MSB voor medisch specialisten (nr. nr. 905-2023-19163-1-0). Aan het gebruik van door de Belastingdienst beoordeelde modelovereenkomsten kan geen zekerheid worden ontleend over de aard van de arbeidsrelatie. Bij de modelovereenkomst is voor het verkrijgen van zekerheid omtrent de loonheffingen de vraag van

[2] 'Toelichting Beoordeling arbeidsrelaties, Beslis en afwegingskader', Belastingdienst, versie 1 november 2024.

belang of de werkzaamheden feitelijk conform deze overeenkomst worden verricht. Alleen voor zover opdrachtgever en opdrachtnemer ook daadwerkelijk werken zoals is overeengekomen in de modelovereenkomst biedt deze zekerheid voor de loonheffingen.

De aangehaalde zorgwetgeving is voor een ander doel opgesteld en is niet gericht op de kwalificatie van een arbeidsrechtelijke relatie tussen een zorgverlener en een zorgaanbieder, maar is gericht op de kwaliteit van zorg, de positie van de patiënt en het toezicht daarop door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De zorgwetgeving raakt dan ook niet *direct* aan de (arbeidsrechtelijke) verhouding tussen de waarnemend medisch specialist en het medisch specialistisch bedrijf (msb). Wel kan de zorgwetgeving van invloed zijn op, en daarmee kleuring geven aan, de feiten en omstandigheden waaronder wordt gewerkt.

Conclusie

Op basis van een gezamenlijke analyse van SZW, FIN/ BD en VWS van uw brief zie ik geen aanleiding om te komen tot een andere zienswijze over de ingediende casuspositie. Dit betekent dat ik het in algemene zin lastig voorstelbaar acht dat de waarnemer voor het msb op basis van het geldende juridisch kader – en op basis van het door de FMS voor de casusposities aangeleverde overzicht van feiten en omstandigheden – buiten dienstbetrekking werkzaam kan zijn.

We gaan graag samen met u in gesprek over het proces dat kan bijdragen aan de transitie naar een flexibele schil die aansluit bij de arbeidsrechtelijke duiding.

Hoogachtend,

De minister van VWS,
Namens deze
De directeur MEVA