Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

M VWS

Ontworpen door

T
M

Datum document

nota

(ter informatie) Reactie juridisch standpunt LHV en gevolgen continuïteit van zorg

Kenmerk
4132479-1083961-MEVA

Bijlage(n)
-

Paraaf directeur

1 Aanleiding voor deze nota

Per 1 januari 2025 is het handhavingsmoratorium opgeheven. Dit betekent dat er sinds 1 januari weer volledig gehandhaafd wordt op de kwalificatie van de arbeidsrelatie voor de loonheffingen (werken binnen dienstbetrekking (loondienst) of buiten dienstbetrekking (zzp)). Om de sector meer duidelijkheid te geven over wanneer er al dan niet met zzp'ers gewerkt kan worden, heeft minister Agema brancheorganisaties in zorg en welzijn de kans geboden om casusposities in te dienen. De afgelopen maanden hebben het ministerie van SZW en Financiën/Belastingdienst een groot deel van deze casuïstiek beoordeeld. Inmiddels zijn de eerste beoordelingen teruggekoppeld aan de indieners, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

De LHV is het niet eens met het oordeel van SZW en FIN/BD over specifieke casusposities die de (on)mogelijkheden schetsen om (zzp) waarnemers in te zetten in de huisartsenzorg. Dit is een heikel punt voor de LHV omdat zij van mening is dat de continuïteit van de huisartsenzorg zonder (zzp) waarnemers niet te borgen is. De LHV heeft een juridische analyse laten opstellen die naar hun mening leidt tot meer mogelijkheden voor de inzet van zelfstandigen, mede op basis van een veronderstelde status aparte van de huisartsenzorg op grond van hun 24/7 zorgplicht.
Bijgaande nota schetst de reactie daarop vanuit BD, SZW en VWS. Na uw akkoord op deze lijn zullen we een korte schriftelijke reactie aan de LHV doen toekomen en een en ander toelichten in een gesprek op 8 juli a.s. tussen directeur MEVA, WJZ, SZW en BD en de LHV.

2. Geadviseerd besluit

Graag uw akkoord op de conclusies onder 3.1 en nader toegelicht onder paragraaf 4.1. Na uw akkoord zal een en ander worden medegedeeld aan de LHV.

Advies: Deze lijn onder 3.1 en 4.1 is Rijksbreed afgestemd met SZW, BD en VWS en ook gezamenlijk gedragen. Belangrijk is dat het hier gaat om een juridische duiding van de arbeidsrelatie, waarvoor SZW in beginsel verantwoordelijk is. We begrijpen dat dit een teleurstellende reactie is voor de

LHV en dat onderstreept dan ook de noodzaak om te komen tot een flexibele schil in loondienst. Zie hiervoor de opties onder 4.3.

3 Kernpunten

In deze nota vindt u het voorstel voor de reactie van VWS, SZW en FIN/Belastingdienst op het document van de LHV. VWS schetst vervolgens de (mogelijke) gevolgen daarvan voor de continuïteit van zorg. Tot slot doen wij een voorstel voor het handelingsperspectief en gaan wij kort in op parallellen met andere branches.

1. Juridische reactie op het document van de LHV
   Op basis van de analyse van WJZ/PZO/FIN/BD/SZW zien wij geen aanleiding om te komen tot een ander oordeel van de casusposities. Ook zien wij onvoldoende aanleiding om de huisartsenzorg te zien als een status aparte. Ons oordeel, zoals gedeeld met de LHV op 29 april jl., blijft derhalve onveranderd. Dit betekent dat wij het niet reëel achten dat de kortdurende (dag)waarneming en de waarneming op de HAP buiten dienstbetrekking kunnen plaatsvinden. We willen daarom de sector stimuleren alternatieven te zoeken.

2. Inschatting gevolgen van deze conclusie op de continuïteit van de huisartsenzorg
   - De verwachting is, dat er op twee gebieden (tijdelijk) (negatieve) gevolgen zijn voor de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg: 1) Kortdurende (dag)waarneming huisarts; 2) ANW-diensten huisartsenpost (HAP) door (VIP) waarnemer.
   - Een aanzienlijk deel van de huisartsen werkt in deze gevallen momenteel als zzp'er, terwijl er volgens het arbeidsrecht (dwingend recht) sprake is van een arbeidsovereenkomst.
   - De organisatie van ANW-zorg is volledig gebouwd op deelname van zzp'ers.
   - We zien mogelijkheden om meer loondienstverbanden te realiseren (loondienst bij praktijkhouders of bij uitzendbureaus), maar deze zullen soms tot hogere kosten leiden en/of tijd kosten om te realiseren. Ook het stimuleren van meer praktijkhouders is helpend, maar is niet op korte termijn te realiseren.
   - Er zullen daarom de komende maanden risico's op discontinuïteit en hogere kosten zijn.
   - Het ontbreekt echter aan concrete cijfers om deze risico's te kunnen kwantificeren.

3. Advies en handelingsperspectief
   - Wij adviseren u, door middel van de lopende gesprekken op directeuren niveau (MEVA, CZ, LHV, FIN/BD, SZW), de sector te informeren dat er sprake is van grote risico's op schijnzelfstandigheid in deze situaties en dat er geen aanleiding is om de huisartsenzorg een status aparte te geven.
   - Wij adviseren u hen daarom te stimuleren om de transitie te maken naar loondienst verbanden om de continuïteit van de huisartsenzorg te kunnen borgen binnen de bestaande wet- en regelgeving. Zie verder punt 4.3.

4. Parallellen met andere branches.
   Tot slot gaan we kort in op mogelijke parallellen tussen de situatie binnen de

huisartsenzorg en andere branches binnen zorg en welzijn. Eerste reacties laten zien dat de wens voor een flexibele schil van zzp'ers en de angst dat de continuïteit van zorg in gevaar komt bij afwezigheid hiervan, zorg breed bestaat.

4 Toelichting

1. Reactie op de juridische analyse van de LHV
    - De LHV zoekt in haar analyse naar aspecten van de zorgwetgeving die mogelijk van invloed zijn op de vraag of een waarnemend huisarts als zelfstandige aangemerkt moet worden.
    - Vooropgesteld wordt dat zorgwetgeving niet is gericht op de arbeidsrechtelijke relatie tussen een zorgverlener en een zorgaanbieder, maar vaak is gericht op de kwaliteit van zorg, de positie van de patiënt en het toezicht daarop (IGJ[1]).
    - De zorgwetgeving raakt dan ook niet direct aan de verhouding tussen de waarnemend huisarts en de huisartsenpraktijk.
    - Wel kan de zorgwetgeving van invloed zijn op de feiten en omstandigheden waaronder wordt gewerkt. De voor de kwalificatie relevante feiten en omstandigheden zijn meegewogen in de beoordeling van de casusposities, op basis van de casusposities zoals deze zijn ingediend en op 29 april jl. zijn gedeeld met de LHV. Indien bepaalde feiten en omstandigheden niet bekend waren, zijn aannames gemaakt. In de analyse zijn de volgende feiten en omstandigheden betrokken:
        i. De waarnemend huisarts is geen praktijkhouder en is als zodanig niet verplicht om een Wtza-vergunning aan te vragen. De huisartsenpraktijk heeft de vergunning;
        ii. De waarnemend huisarts kan - evenals andere BIG geregistreerde zorgverleners - als individuele zorgverlener tuchtrechtelijk aangesproken en veroordeeld worden als hij een fout maakt. Zo kan hij een berisping of waarschuwing krijgen van de tuchtrechter. Dit maakt overigens niet dat hij ook financieel aansprakelijk gesteld kan worden door de cliënt.
        iii. Op basis van wkkgz is de huisartsenpraktijk de zorgaanbieder. Daar moet de zorg zodanig georganiseerd zijn dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. De praktijk zal een onderaannemingsovereenkomst met de waarnemer hebben. Omdat de praktijk in beginsel de zorgaanbieder is, zal de praktijk (niet de waarnemer) eindverantwoordelijk zijn en aansprakelijk gesteld worden mocht die route door de patiënt gekozen worden.
        iv. De hoofdregel is dat er een behandelovereenkomst tot stand komt. Vaak is dit tussen de praktijkhouder en de patiënt. Bij de waarneming komt in de regel geen behandelovereenkomst tot stand tussen de waarnemend huisarts en de patiënt, waardoor de waarnemer niet civielrechtelijk aansprakelijk gesteld kan worden. Wel heeft de waarnemend huisarts in beginsel op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)

[1] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

een aantal eigen verplichtingen. Zo moet hij de patiënt goed informeren over zijn behandeling, een dossier bijhouden en hij moet zich houden aan zijn professionele standaard.

v. Ten slotte is relevant dat de zorgwetgeving niet differentieert tussen huisartsen en andere zorgverleners. Dit maakt dat eventuele gezichtspunten die afgeleid kunnen worden uit de zorgwetgeving, ook vaak van toepassing zijn op andere zorgverleners zoals tandartsen, verpleegkundigen en verloskundigen. Ook verloskundigen en tandartsen zijn 24/7 beschikbaar. De zorgwetgeving geeft daardoor geen aanknopingspunten om de huisartsen een status aparte toe te delen.

- In het document van LHV wordt een aantal elementen genoemd waaraan, naar de mening van de LHV, in de beoordeling van de casusposities onterecht voorbij zou zijn gegaan. Onze indruk is dat uitgegaan wordt van andere feiten en omstandigheden dan de casusposities die zijn ingediend. Bij de beoordeelde casuïstiek is uitgegaan van de feiten en omstandigheden zoals beschreven in de casus. Het door ons gegeven oordeel heeft dan ook enkel betrekking op die situatie met die feiten en omstandigheden.
- Voor de benoemde elementen kan in zijn algemeenheid aangegeven worden dat het onze indruk is dat deze niet tot een andere uitkomst leiden. In individuele situaties kunnen wij anderzijds ook niet uitsluiten dat deze elementen in combinatie met andere feiten en omstandigheden tot een andere uitkomst leiden. De casusposities zijn bedoeld inzicht te geven in de wijze waarop arbeidsrelaties beoordeeld worden en aan de uitkomst kan geen vertrouwen worden ontleend. Hierbij kan worden opgemerkt dat duidelijke gevallen makkelijker kunnen leiden tot een duidelijke uitkomst. Als de feiten en omstandigheden afwijken van de duidelijke gevallen, kan de uitkomst anders worden.
- De door LHV aangehaalde zorgwetgeving betreft regels/verplichtingen die ofwel gelden ongeacht de arbeidsrelatie (zoals BIG-registratie of tuchtrechtelijke aansprakelijkheid), of juist het gevolg zijn van de kwalificatie van de arbeidsrelatie (zoals melding). Het gebruiken van deze verplichtingen gebruiken voor de kwalificatie van de arbeidsrelatie is wat ons betreft dan ook niet juist.

2. Inschatting van de gevolgen van het bovenstaande op de continuïteit van de huisartsenzorg

- Op huisartsen waarbij patiënten op naam zijn ingeschreven rust de verplichting om 24/7 (spoed)zorg te kunnen bieden aan deze patiënten. In 2023 waren er volgens cijfers van het Nivel 7.561 zelfstandig gevestigde huisartsen (waarbij patiënten op naam zijn ingeschreven), 4.341 huisartsen in loondienst en 'vaste waarnemers' (zzp) en ongeveer 2.200 wisselende waarnemers (zzp) werkzaam in Nederland[2].

[2] Huisartsen en praktijken in kaart (Cijfers uit Nivel

- Het beleid van VWS is erop gericht dat elke inwoner van Nederland zich kan inschrijven bij een vaste huisarts in de buurt. Dit kan een praktijkhouder zijn, maar ook een gezondheidscentrum met huisartsen in loondienst. Gegeven het aantal huisartsen in Nederland is dit mogelijk, maar daarvoor moet de organisatie van zorg zodanig zijn dat alle beschikbare huisartsen zo optimaal mogelijk worden ingezet. VWS stuurt erop dat zoveel mogelijk huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie werken (bijvoorbeeld als praktijkhouder of als vaste huisarts in loondienst). VWS wil dus een kleinere schil van (wisselende) waarnemers.
- Zelfstandig gevestigde huisartsen werken samen met andere huisartsen om 24/7 toegang tot zorg te garanderen. Enerzijds hebben zij huisartsen in dienst, of werken zij met waarnemers (zzp-huisartsen) om hun praktijk te bemensen. Anderzijds zijn vrijwel alle huisartsenpraktijken in Nederland voor de Avond- Nacht en Weekenddiensten (ANW) aangesloten bij een huisartsendiensten structuur. Hierbinnen worden diensten ingevuld door alle 'typen' huisartsen. Van oudsher zijn de praktijkhouders eindverantwoordelijk voor het vullen van diensten; ofwel door henzelf ofwel door deze uit te besteden aan waarnemers.
- In het Integraal Zorgakkoord (IZA) 2022-2026 zijn door VWS en veldpartijen afspraken gemaakt om de ANW-dienstendruk evenwichtiger te verdelen over praktijkhouders en waarnemers. Dit is inmiddels op veel plekken geïmplementeerd. Veel regio's werken nu met een systeem waarin alle huisartsen in de regio samen verantwoordelijk zijn om het rooster voor het jaar te vullen. Dit vergroot de solidariteit tussen huisartsen en verbetert de toegankelijkheid van de ANW-zorg.

- Door de LHV zijn 6 casusposities ingediend, namelijk:
  A. Langdurende (dag)waarneming huisarts
  B. Kortdurende (dag)waarneming huisarts
  C. ANW-diensten huisartsenpost (HAP) door VIP-waarnemer[3]
  D. ANW-diensten huisartsenpost (HAP) door waarnemer
  E. ANW-diensten huisartsenpost (HAP)door praktijkhouder
  F. Praktijkoverdracht bij opvolging praktijkhouder

- Bij casusposities E en F is de conclusie dat buiten dienstbetrekking gewerkt kan worden.
- In het geval van casuspositie A wordt de uitkomst van loondienst door de LHV onderschreven.
- Problemen worden verwacht in twee gevallen (uitgewerkt in drie casusposities: B, C en D: 1) Kortdurende (dag)waarneming huisarts; 2) ANW-diensten huisartsenpost (HAP) door (VIP) waarnemer. In deze gevallen wordt nu veelal gewerkt met zzp'ers. Als dit niet meer mogelijk is, is er een risico dat de continuïteit en toegankelijkheid van zorg niet geborgd kan worden. In deze gevallen werken met alternatieven voor de zzp'ers zal tijd kosten en mogelijk hogere kosten of grote organisatieveranderingen met zich meebrengen.

Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024)

[3] Een VIP-waarnemer geeft op voorhand aan een minimaal aantal uren diensten te willen doen en krijgt bij de verdeling van diensten voorrang op 'reguliere waarnemers' op de HAP.

3. Advies en handelingsperspectief
   - Op grond van de hierboven beschreven analyses is duidelijk dat:
     - een flexibele schil voor kortdurende waarneming en een voldoende grote poule om bij te dragen aan de ANW diensten op de huisartsenpost noodzakelijk is om de continuïteit van de huisartsenzorg te garanderen;
     - deze flexibele schil en poule op grond van de huidige wet- en regelgeving zeer waarschijnlijk niet kan worden gevuld met zzp-waarnemers.
   - Het is daarom belangrijk dat de sector zich realiseert dat er grote risico's zijn op schijnzelfstandigheid en dat het noodzakelijk is om de transitie te maken naar loondienst verbanden om de continuïteit van de huisartsenzorg te kunnen borgen binnen de bestaande wet- en regelgeving.
   - Het is hierbij goed te weten dat er tijdens een debat van SZW een motie is ingediend door lid Flach die pleit voor een flexibele schil voor huisartsen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 31 311, nr. 288). Min SZW heeft deze motie ontraden, omdat de motie impliciet vroeg om een flexibele schil met zzp'ers, wat wettelijk gezien niet mogelijk is. Inmiddels is de motie aangenomen. We beogen na het zomerreces de kamer te informeren over de uitvoering.
   - Ook andere sectoren lopen tegen de uitdaging aan om een flexibele schil op andere wijze vorm te geven. Het is aan de sector zelf om hierbij een voortrekkersrol te pakken.
   - SZW en VWS kunnen hierbij ondersteunen, bijvoorbeeld door kennisdeling van goede voorbeelden (te faciliteren) en partijen te ondersteunen bij vraagstukken op het gebied van wet- en regelgeving.
   - Wij hebben begrepen dat LHV ook in contact is getreden met een adviseur om de flexibele schil in de toekomst op een andere wijze vorm te geven.
   - Voor een flexibele schil in loondienst zien wij op voorhand een aantal mogelijkheden, die verder onderzocht zouden kunnen worden om te bepalen in hoeverre zij (op korte dan wel langere termijn) geschikt zijn voor de huisartsenzorg, zoals:
     a) Detachering/uitzending via een bureau, waarmee de waarnemer een arbeidsovereenkomst heeft.
     b) Collegiale uitlening van personeel tussen praktijken en/of HAP'en.
     c) Flexibele contracten bij huisartsenpraktijken, huisartsenposten of regionale huisartsenorganisaties. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan oproep-/bandbreedte-contracten[4] of het gebruik van jaarurennormen. Deze overeenkomsten kunnen tijdelijk zijn of voor onbepaalde tijd.
     d) Regionaal werkgeverschap via een 'pot/poule' overeenkomst', waarbij deelnemende praktijken uit een gezamenlijke pot de inzet van de daarbij aangesloten huisartsen (poule van huisartsen) betalen.
   - Aan deze mogelijkheden kleven voor- en nadelen, bijvoorbeeld:

[4] Op dit moment is een 0-urencontract ook nog mogelijk, maar met het wetsvoorstel flex en zekerheid wordt beoogd deze contractvorm niet langer toe te staan (per 1/1/2027).

- A) tot en met c) zijn in juridische/praktische zin snel te organiseren door de sector.
- D) vergt organisatorische wijzigingen en nader uitzoekwerk, en is daarom niet direct te organiseren.
- Extra kosten: a) en b) leiden mogelijk tot extra kosten, omdat hierbij BTW verschuldigd is. Bij c) geldt dat voor het gebruik van tijdelijke en/of oproepcontracten wel de hogere WW-premie verschuldigd is. Voor overeenkomsten met jaarurennormen voor onbepaalde tijd geldt de lage WW-premie. Daarnaast gelden ook de overige gewone werkgeversverplichtingen. Dit kan leiden tot hogere kosten. (maar alleen als je dat afzet tegen de huidige schijnzelfstandigheid).
- Hierbij dient te worden gerealiseerd dat ook op dit moment een risico aanwezig is dat een schijnzelfstandige huisarts alsnog zijn werknemersrechten (zoals vakantiedagen, vakantiegeld, loondoorbetaling bij ziekte, pensioenrechten) opeist of dat de Belastingdienst bij huisartsenpraktijken overgaat tot correcties voor de loonheffingen.
- Bij de realisatie van alternatieve vormen van loondienst spelen vele elementen een rol, zoals de diverse rechtsvormen van HAP'en en het verschil tussen grote en kleine praktijken.

4. <u>Parallellen met andere branches.</u>
    - Tot slot willen wij benadrukken dat er bij andere branches binnen de zorg vergelijkbare gevolgen te verwachten zijn. Ook daar is er behoefte aan een flexibele schil en wordt er daarbij veelal gewerkt met zzp'ers.
        i. Daar waar *organisaties* verantwoordelijk zijn voor continuïteit van zorg (grootste deel van de zorg) zien we vooralsnog beperkte problemen, omdat zij er gemakkelijker voor kunnen kiezen om via een loondienstconstructie te werken met zorgverleners. Echter, bij de terugkoppeling van een casus over medisch specialisten heeft de Federatie Medisch Specialisten aangegeven dat ook zij het niet volledig eens zijn met de beoordeling van de casus en dat ook bij hen de continuïteit van zorg in gevaar komt als zij in minder gevallen zzp'ers kunnen inzetten.
        ii. Daar waar *individuele zorgverleners* die verantwoordelijkheid dragen, kunnen vergelijkbare problemen ontstaan. Met name binnen de eerstelijnszorg, waar vaak kleine praktijken bestaan van bijvoorbeeld verloskundigen en tandartsen.
    - Een gesprek met zzp'ers uit het ziekenhuis, die in navolging op de casuspositie schijnzelfstandigen blijken te zijn, laat vooral zien dat zij het gevoel hebben binnen loondienst niet gehoord te worden. Het zorgen voor goed werkgeverschap blijkt een belangrijke voorwaarde om meer mensen richting loondienst te bewegen.
    - Er zijn al goede voorbeelden die laten zien dat de opheffing van het moratorium, ondanks aanvankelijke weerstand, mooie gevolgen heeft. Zo is er een grote VVT organisatie die het aantal zzp-uren van 10.000 per maand heeft terug gebracht naar vrijwel

nul, met lagere kosten en grotere medewerkers tevredenheid tot gevolg.

- In zijn algemeenheid zien we dat de opheffing van het handhavingsmoratorium een spannend moment kan zijn voor werkgevenden en werkenden. Dit geldt niet alleen voor huisartsen, maar voor alle sectoren, binnen en buiten de zorg. SZW, FIN/BD en VWS hebben eerder samen aangegeven dat zij het belangrijk vinden dat alle sectoren gelijk behandeld worden. Werken met een uitzondering op de handhaving voor een bepaalde sector achten wij juridisch onhoudbaar, voor de uitvoering onhaalbaar en beleidsmatig onwenselijk, zeker uit oogpunt van rechtsgelijkheid tussen sectoren.