Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

M VWS

Ontworpen door
5.1.2e

E 5.1.2e @minvws.nl
M 5.1.2e

Deadline 4-07-2025

Datum document
30 juni 2025

nota

Kenmerk
4132479-1083961-MEVA

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

Bijlage(n)
1. Uitkomst casusposities
2. Juridische Analyse LHV

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) **(Bijlage 1).**

De LHV is het niet eens met het oordeel van SZW en FIN/BD over drie specifieke casusposities die aangeven dat de inzet van waarnemers in de huisartsenzorg buiten dienstbetrekking zeer onwaarschijnlijk is. 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 **(Bijlage 2)** 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.

Onderhavige nota schetst de reactie daarop vanuit VWS, SZW en FIN/BD. 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:
1. de lijn om geen uitzonderingspositie aan te nemen voor huisartsen m.b.t. het vraagstuk van schijnzelfstandigheid
2. het delen van de conclusies onder 3.1 en nader toegelicht onder paragraaf 4.1 met de LHV.

Afstemming met SZW, FIN/DB en VWS:
De geadviseerde lijn om geen uitzonderingspositie aan te nemen voor huisarten is afgestemd met SZW, FIN/BD en VWS en wordt gezamenlijk gedragen. Belangrijk is dat het hier gaat om een juridische duiding van de arbeidsrelatie. Voor het arbeidsrecht is SZW primair verantwoordelijk.

Deze lijn is teleurstellend voor de LHV en kan in de praktijk tot problemen leiden. Daarom wordt in paragraaf 3.3 en 4.3 een alternatief handelingsperspectief geschetst, namelijk het in overleg met de minister van SZW wel creëren van een uitzonderingspositie voor huisartsen. Dit handelingsperspectief wordt niet gesteund door ambtelijk Fin/BD en SZW, zij vinden dit alternatief juridisch onhoudbaar, voor de uitvoering onhaalbaar en beleidsmatig onwenselijk.

3 Kernpunten

In deze nota vindt u onder punt 1 het voorstel voor de reactie van VWS, SZW en FIN/Belastingdienst op het document van de LHV. Punt 2 betreft de (mogelijke) gevolgen daarvan voor de continuïteit van zorg. Punt 3 bevat een voorstel voor het handelingsperspectief, waarbij FIN/BD zich niet kan vinden in handelingsperspectief 2: het zoeken naar een uitzonderingspositie.

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 over de ingediende casusposities. Ook zien wij onvoldoende juridische aanleiding om de huisartsenzorg een status aparte te geven. 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 op basis van het geldende juridisch kader buiten dienstbetrekking kunnen plaatsvinden. We willen daarom de sector stimuleren alternatieven te zoeken, wat ook zal bijdragen aan het beleid van VWS dat toewerkt naar meer vaste huisartsen.

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[1]-diensten huisartsenpost (HAP) door (VIP)[2] waarnemer.
   - Een aanzienlijk deel van de huisartsen heeft de arbeidsrelatie momenteel vormgegeven als zzp-verband, terwijl er volgens het arbeidsrecht (dwingend recht) in werkelijkheid 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 dit heeft tijd nodig en deze oplossingen zullen soms tot hogere kosten leiden (bijvoorbeeld doordat er bemiddelingskosten betaald moeten worden of

[1] Avond-, nacht- en weekenddiensten
[2] Een VIP-waarnemer op een huisartsenpost is een waarnemend huisarts die zich voor een bepaald aantal uren per jaar committeert aan de huisartsenpost. Deze waarnemers krijgen voorrang bij het inplannen van diensten

doordat er btw verschuldigd is). 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 juridische aanleiding is om de huisartsenzorg een status aparte te geven.
   - Wij adviseren u daarom om hen 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.
   - De verwachting is dat de LHV dit voor de lange termijn acceptabel vindt, maar zal zeggen dat dit voor de korte termijn niet realistisch is.
   - Als handelingsperspectief zien wij twee opties:
     1. De verantwoordelijkheid leggen bij de sector.
     Concreet betekent dit dat de sector, om de continuïteit van zorg te kunnen borgen, op korte termijn waarschijnlijk hogere kosten moet maken om een flexibele schil te gaan inrichten aan de hand van detachering, dan wel uitzendbureaus. Het punt rond deze hogere kosten is met name relevant in de huisartsenbranche, omdat de huisartsensector van oordeel is dat de door de NZa geboden tarieven nu al ontoereikend zijn. Daar waar de sector geen draagkracht heeft om deze hogere kosten op te kunnen vangen, of als er op korte termijn onvoldoende huisartsen beschikbaar zijn via detachering/uitzendbureaus is er risico dat de continuïteit van zorg niet overal geboden kan worden. Voordelen van deze optie zijn dat er geen uitzonderingen worden gecreëerd en dat het de beweging tot het gewenste resultaat (meer vaste huisartsen, minder schijnzelfstandigen) versterkt.
     2. Zoeken naar een uitzonderingspositie.
     Ondanks dat wij juridisch geen aanleiding zien om de huisartsen een status aparte toe te kennen, constateren wij wel dat sommige huisartsen, verloskundigen en tandartsen in de situatie zitten waarin zij als solist/individueel praktijkhouder verantwoordelijk zijn voor het garanderen van 24/7 zorg voor hun cliënten. Er zijn meer gebieden waar 24/7 zorg wordt geboden (zoals bijvoorbeeld door de spoedeisende hulp en kraamzorg), maar in die gevallen ligt de verantwoordelijkheid voor die 24/7 zorg bij de organisatie en niet bij een individuele praktijkhouder. U kunt overwegen om een bewindspersonenoverleg aan te gaan om op grond van het bovenstaande een tijdelijke uitzondering te bespreken als handelingsperspectief voor de korte termijn.

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 is gericht op de kwaliteit van zorg, de positie van de patiënt en het toezicht daarop (IGJ[3]).
- De zorgwetgeving raakt dan ook niet direct aan de verhouding tussen de waarnemend huisarts en de huisartsenpraktijk.
- Wel is het zo dat de verantwoordelijkheid voor ANW zorg bij de praktijkhouder ligt en niet bij de waarnemers.
- Ook 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, 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 (bijv. berisping of waarschuwing) als hij een fout maakt. 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. 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. Wel heeft de waarnemend huisarts in beginsel op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) 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. De zorgwetgeving geeft daarom juridisch 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

[3] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

casusposities die zijn ingediend. Bij de beoordeelde casuïstiek is uitgegaan van de feiten en omstandigheden zoals beschreven in de door LHV in Q1 2025 aangeleverde casusposities. Het door ons gegeven oordeel heeft dan ook enkel betrekking op die situaties 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 niet uitsluiten dat deze elementen in combinatie met andere feiten en omstandigheden tot een andere uitkomst leiden.
- De door LHV aangehaalde zorgwetgeving betreft onder andere ook 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 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[4].
- 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

[4] Huisartsen en praktijken in kaart (Cijfers uit Nivel Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024)

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.

3. Advies en handelingsperspectief

Bij de twee geschetste handelingsperspectieven zijn de volgende elementen van belang.

Relevante informatie voor het handelingsperspectief om de verantwoordelijkheid bij de sector te leggen:

- 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[5] 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 op het gebied van kosten en juridische en praktische uitvoering. 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.
- Tot slot is het goed om te weten dat er al goede voorbeelden zijn die laten zien dat de opheffing van het moratorium, ondanks aanvankelijke weerstand, mooie gevolgen heeft. Zo is er een grote

[5] 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).

zorgorganisatie die het aantal zzp-uren van 10.000 per week heeft terug gebracht naar vrijwel nul, met grotere medewerkers tevredenheid en betere kwaliteit tot gevolg.

Relevante informatie voor het handelingsperspectief om een bewindspersonenoverleg aan te gaan met het doel te komen tot een tijdelijke uitzondering:

- Op ambtelijk niveau en tijdens eerdere bwo's hebben we steeds de lijn gehanteerd om niet te werken met uitzonderingen, omdat wij dat juridisch onhoudbaar, voor de uitvoering onhaalbaar en beleidsmatig onwenselijk vinden, zeker uit oogpunt van rechtsgelijkheid tussen sectoren. Op ambtelijk niveau onderschrijven wij dit nog steeds.
- Dat het veld het oneens is met de uitkomsten van de casusposities, en dat zij een noodzaak zien om een flexibele schil met zzp'ers te behouden ten behoeve van de continuïteit van zorg, zien wij niet alleen in de drie genoemde groepen. Ook bij bijvoorbeeld de medisch specialisten, op de operatiekamers en in de thuiszorg horen we dit geluid. Als we iets apart gaan regelen voor deze 3 groepen (huisartsen, verloskundigen en tandartsen), zal weerstand en onduidelijkheid in andere groepen toenemen, waardoor ook bij andere beroepsgroepen (binnen en buiten de zorg) de politieke druk zal toenemen voor een uitzonderingspositie.
- Door al deze vergelijkbare geluiden uit verschillende hoeken verwachten wij dat het starten met één uitzondering zal maken dat we ons op een hellend vlak begeven.
- Daarnaast is een belangrijk punt dat de sector zich al een aantal jaren heeft kunnen voorbereiden op het opheffen van het handhavingsmoratorium en dat 2025 geldt als een overgangsjaar, waarin nog geen boetes worden opgelegd.
- Er is ook twijfel in hoeverre deze optie inderdaad op korte termijn gaat helpen: een proces tot een uitzondering gaat in ieder geval een aantal maanden in beslag nemen.
- 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 mogelijk te maken en voor de huisartsenzorg een uitzonderingspositie te regelen, wat wettelijk gezien niet mogelijk is en tevens onwenselijk is met het oog op andere sectoren. Inmiddels is de motie aangenomen. We beogen de Kamer na het zomerreces te informeren over de uitvoering.