landelijke
huisartsen
vereniging

Aan de Minister van Werk en Participatie
De heer A.A. Aartsen
Postbus 90801
2509 LV Den Haag

Landelijke Huisartsen Vereniging
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

(085) 048 0000
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl

Datum 28 oktober 2026
Uw kenmerk -
Ons kenmerk JZ/AK
Betreft Reactie internetconsultatie Zelfstandigenwet oktober 2026

Geachte heer Aartsen,

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen, de branchevereniging van regionale huisartsenorganisaties, huisartsenspoedposten, gezondheidscentra en regionale ondersteuningsstructuren, onderschrijven de doelstelling van het wetsvoorstel om meer duidelijkheid te bieden over de vraag wanneer werkzaamheden als zelfstandige kunnen worden verricht. De huidige onzekerheid over de kwalificatie van arbeidsrelaties leidt ook binnen de huisartsenzorg tot terughoudendheid bij de inzet van zelfstandig werkende huisartsen. Een wettelijk kader dat zelfstandigen en hun opdrachtgevers vooraf meer zekerheid biedt, kan daarom van grote waarde zijn.

Voor de continuïteit van de huisartsenzorg zijn praktijkhouders, huisartsen in loondienst en waarnemend huisartsen nodig. In dagpraktijken worden waarnemers onder meer ingezet bij ziekte, verlof, tijdelijke uitval en piekbelasting. Ook voor de avond-, nacht- en weekendzorg is de inzet van waarnemend huisartsen van groot belang. De huisartsenzorg kent bovendien kleinschalige organisaties, waarvoor een eigen flexpool of structurele uitbreiding van het personeelsbestand niet altijd een reële oplossing is. Uitzendconstructies bieden evenmin zonder meer een passend alternatief, onder meer vanwege de kostenverhogende gevolgen van btw.

Het voorstel introduceert een zelfstandigentoets en een werkrelatietoets. Alleen wanneer aan alle criteria van beide toetsen wordt voldaan, staat vast dat geen sprake is van gezag en daarmee van een arbeidsovereenkomst. Wie niet aan alle criteria voldoet, is niet automatisch werknemer, maar valt terug op de bestaande beoordeling van artikel 7:610 BW. De LHV en InEen zien voordelen in een duidelijk herkenbare veilige haven. Die

veilige haven heeft echter alleen betekenis wanneer zelfstandigen die naar aard en inrichting van hun beroepsuitoefening ondernemer zijn, daarvan in de praktijk ook gebruik kunnen maken.

De voorgestelde zelfstandigentoets en met name de werkrelatietoets sluiten echter nog onvoldoende aan bij de bijzondere kenmerken van de huisartsenzorg. Daardoor bestaat het risico dat huisartsen die daadwerkelijk zelfstandig ondernemen geen toegang krijgen tot de beoogde veilige haven. Dat raakt niet alleen hun positie, maar ook de flexibiliteit en continuïteit van de huisartsenzorg.

De LHV en InEen verzoeken de regering daarom om:

- binnen het criterium "werken voor eigen rekening en risico" niet cumulatief te eisen dat de zelfstandige zowel economische baten kan genieten als financieel risico loopt, en betaling op basis van tijdsbesteding niet op zichzelf aan toegang tot de veilige haven in de weg te laten staan;
- professionele, wettelijke en kwaliteitseisen die voortvloeien uit onder meer de WGBO, de Wkkgz en de Wet BIG expliciet te onderscheiden van werkgeversgezag;
- bij het criterium van drie opdrachtgevers uitdrukkelijk rekening te houden met startende huisartsen en huisartsen die deels in loondienst en deels als zelfstandige werken;
- de bewijsvoering voor de zelfstandigentoets zoveel mogelijk te standaardiseren en administratieve lasten en de uitvraag van gevoelige gegevens te beperken;

Toelichting

1. Het criterium "werken voor eigen rekening en risico" verdient fundamentele heroverweging

De LHV en InEen hebben de meeste zorgen over dit onderdeel. In de toelichting wordt gesteld dat betaling die uitsluitend is gebaseerd op gewerkte uren moeilijk verenigbaar is met het kunnen genieten van economische baten. Als voorbeeld wordt een zorgmedewerker genoemd die zes weken, veertig uur per week tegen een urenvergoeding werkzaam is. Volgens het voorstel ontbreekt dan de mogelijkheid om het resultaat sneller of efficiënter te behalen.

Voor zelfstandig werkende huisartsen kan dit criterium bijzonder verstrekkend uitpakken. Het verlenen van huisartsenzorg laat zich niet zonder meer vertalen naar een vooraf gedefinieerd eindresultaat tegen een vaste prijs. De aard van de opdracht brengt veelal een inspanningsverplichting ten opzichte van de patiënt mee: de huisarts moet als goed hulpverlener zorgvuldig en volgens de professionele standaard handelen, maar kan een bepaald medisch resultaat niet garanderen. De kwaliteit van medisch handelen kan evenmin worden beoordeeld aan de hand van de vraag of de huisarts een opdracht

sneller uitvoert en daardoor financieel voordeel behaalt. Een professionele dienstverlening kan ondernemend zijn zonder dat zij in deze betekenis resultaatsgericht wordt beloond.

Zelfstandig werkende huisartsen kunnen wel degelijk economisch en ondernemersrisico lopen, bijvoorbeeld doordat zij zelf opdrachten moeten verwerven, geen aanspraak hebben op doorbetaling bij ziekte of verlof, zelf voorzieningen treffen voor arbeidsongeschiktheid en pensioen, investeren in scholing en beroepsuitoefening en zelf aansprakelijk zijn voor schade die voortvloeit uit beroepsfouten of andere tekortkomingen bij de uitvoering van de opdracht, zonder dat dit risico op de opdrachtgever kan worden afgewenteld.

De LHV en InEen verzoeken om binnen het criterium "werken voor eigen rekening en risico" niet cumulatief te eisen dat de zelfstandige zowel economische baten kan genieten als financieel risico loopt. Bij kennisintensieve en gereguleerde professionele dienstverlening moet aantoonbaar financieel en ondernemersrisico voldoende kunnen zijn. Betaling op basis van tijdsbesteding mag daarbij niet op zichzelf aan toegang tot de veilige haven in de weg staan.

2. Houd expliciet rekening met de bijzondere positie van de zelfstandige huisarts
De huisartsenzorg kent omstandigheden die wezenlijk verschillen van veel andere sectoren. Een waarnemend huisarts kan als ondernemer werkzaam zijn, terwijl tegelijkertijd professionele, wettelijke en organisatorische randvoorwaarden gelden die zijn of haar vrijheid noodzakelijkerwijs beperken.
De toelichting onderkent dit gedeeltelijk. Wettelijke beroepsvereisten en sectorale kwaliteitseisen betekenen niet zonder meer dat zelfstandigheid ontbreekt. Ook kan werk naar zijn aard locatie- of tijdgebonden zijn zonder dat daarmee noodzakelijkerwijs afbreuk wordt gedaan aan zelfstandigheid. Voor de huisartsenzorg is deze nuancering essentieel en zij moet explicieter in het wettelijke kader en de toelichting worden verankerd.

In dit verband verwijzen wij ook graag naar de inhoud van onze brief van 7 augustus 2026, die wij hebben opgesteld naar aanleiding van de bijeenkomst op 1 juli 2026 (**zie bijlage 1 voor zover relevant wat betreft het wettelijk kader voor de huisartsenzorg**).

De LHV en InEen verzoeken expliciet vast te leggen dat beperkingen die voortvloeien uit professionele standaarden, wettelijke verantwoordelijkheden, patiëntveiligheid, kwaliteit en continuïteit van zorg, waaronder verplichtingen op grond van de WGBO, de Wkkgz en de Wet BIG, op zichzelf niet in de weg staan aan het voldoen aan de werkrelatietoets.

3. Vrijheid bij de uitvoering van het werk is voor huisartsen te absoluut geformuleerd
Het voorstel vereist dat de zelfstandige vrij is om te bepalen hoe het werk wordt uitgevoerd. De opdrachtgever mag in beginsel geen instructies geven, of de bevoegdheid hebben om instructies te geven, over de wijze waarop het werk wordt uitgevoerd. Ook verplichte deelname aan interne overlegstructuren kan tegen zelfstandigheid pleiten.

Een waarnemend huisarts oefent het beroep professioneel zelfstandig uit, maar werkt niet in een vacuüm. Bij het verlenen van patiëntenzorg moet de huisarts rekening houden met professionele standaarden, de inrichting van de praktijk of huisartsenspoedpost en noodzakelijke afspraken over bijvoorbeeld overdracht van patiënten, bereikbaarheid, dossiervoering, medicatieveiligheid en continuïteit van zorg. Dat een waarnemend huisarts met dergelijke randvoorwaarden rekening moet houden, behoort niet zonder meer te betekenen dat sprake is van werkgeversgezag.

De LHV en InEen pleiten ervoor deze nuancering niet alleen in voorbeelden in de toelichting op te nemen, maar tot uitdrukkelijk uitgangspunt van de werkrelatietoets te maken.

4. Vrijheid van werktijd en werkplek sluit onvoldoende aan bij de huisartsenzorg
De LHV en InEen onderschrijven dat de toelichting expliciet rekening houdt met werkzaamheden die naar hun aard tijd- of locatiegebonden zijn. Dit is voor de huisartsenzorg van groot belang. Het verlenen van patiëntenzorg is immers noodzakelijkerwijs gebonden aan bepaalde momenten en locaties. Ook het werken binnen een dienstrooster hoeft volgens de toelichting niet aan zelfstandigheid in de weg te staan, wanneer de aard van de werkzaamheden dit noodzakelijk maakt en de zelfstandige voldoende vrijheid behoudt om diensten of opdrachten al dan niet te aanvaarden**.**

De LHV en InEen verzoeken de regering deze uitleg uitdrukkelijk te behouden en in de verdere uitwerking te verduidelijken dat tijd- en plaatsgebondenheid die voortvloeit uit de aard en noodzakelijke organisatie van patiëntenzorg, op zichzelf niet als contra-indicatie voor zelfstandigheid geldt. Wij vragen daarbij om sectorspecifieke voorbeelden voor waarneming in dagpraktijken en het verrichten van diensten op huisartsenspoedposten.

5. Het criterium van drie opdrachtgevers is te rigide voor specifieke groepen huisartsen

De zelfstandigentoets verlangt dat een zelfstandige in het lopende en voorafgaande kalenderjaar minimaal drie opdrachtgevers heeft. Wie niet aan deze eis voldoet, heeft geen toegang tot de veilige haven.

De LHV en InEen begrijpen dat spreiding van opdrachtgevers een indicatie kan zijn voor economische zelfstandigheid. Het aantal opdrachtgevers is echter slechts een van de uitingsvormen van ondernemerschap.
Het criterium kan met name knellen voor startende huisartsen. Een huisarts die net als zelfstandig ondernemer is begonnen, heeft nog geen of slechts een beperkte voorgeschiedenis en zal niet altijd direct voor drie opdrachtgevers werkzaam zijn. In de opstartfase kan het logisch zijn eerst opdrachten te verrichten in een dagpraktijk en in de avond-, nacht- en weekendzorg en de onderneming van daaruit verder op te bouwen. Het ontbreken van drie opdrachtgevers in het lopende en voorafgaande kalenderjaar zegt dan weinig over de daadwerkelijke zelfstandigheid.

Ook voor huisartsen die deels in loondienst werken en daarnaast een of meer opdrachten als zelfstandige uitvoeren, kan de eis onnodig rigide uitpakken. Denk aan een huisarts die in loondienst werkt in een dagpraktijk en daarnaast op zelfstandige basisdiensten verricht voor een huisartsenspoedpost.

De LHV en InEen vragen daarom bij de verdere uitwerking in ieder geval een passende regeling te treffen voor startende huisartsen en voor huisartsen die deels in loondienst en deels als zelfstandige werken. Voorkomen moet worden dat deze groepen uitsluitend vanwege het aantal opdrachtgevers bij voorbaat van de veilige haven zijn uitgesloten.

6. Voorkom nieuwe administratieve lasten en uitvraag van gevoelige gegevens
De LHV en InEen onderschrijven de wens om opdrachtgevers niet telkens een omvangrijke beoordeling van het ondernemerschap van de opdrachtnemer te laten uitvoeren. Het voorstel legt echter feitelijk wel een verantwoordelijkheid bij zelfstandige en opdrachtgever om vast te leggen dat aan de zelfstandigentoets is voldaan. De toelichting erkent het risico dat opdrachtgevers veel, mogelijk gevoelige, informatie van zelfstandigen gaan verlangen en stelt daarom een vrijwillige derdenverklaring voor.
Voor de huisartsenzorg kan een gestandaardiseerde verklaring behulpzaam zijn, mits voor opdrachtgever en zelfstandige duidelijk is welke informatie noodzakelijk is. Voorkomen moet worden dat iedere huisartsenpraktijk, huisartsenspoedpost, zorggroep of andere opdrachtgever een eigen bewijsregime ontwikkelt.

De LHV en InEen steunen standaardisering van de bewijsvoering en vragen daarbij dataminimalisatie als uitgangspunt te nemen en de administratieve en privacy belasting voor zelfstandigen en opdrachtgevers zoveel mogelijk te beperken.

7. De gestelde vermindering van regeldruk behoeft een stevigere onderbouwing
Volgens de toelichting kan de vereenvoudigde beoordeling van arbeidsrelaties leiden tot een structurele regeldrukbesparing van maximaal EUR 125 miljoen per jaar. Die berekening berust onder meer op aannames over het aantal te beoordelen opdrachten, de tijd die de huidige beoordeling vergt en een gemiddelde beoordelingstijd van twintig minuten onder de nieuwe regeling. Tegelijkertijd wordt voor zelfstandigen een structurele lastenverzwaring voorzien vanwege het verzamelen en verstrekken van gegevens voor de zelfstandigentoets.

De LHV en InEen vragen om bij de verdere uitwerking specifiek te onderzoeken wat de administratieve gevolgen zijn voor sectoren zoals de huisartsenzorg, waarin met kortdurende en wisselende opdrachten en diensten wordt gewerkt.

Conclusie
De LHV en InEen steunen de ambitie om zelfstandigen en opdrachtgevers meer zekerheid vooraf te geven en schijnzelfstandigheid effectief tegen te gaan. De introductie van een veilige haven kan daaraan bijdragen. De huidige uitwerking is voor de huisartsenzorg echter nog onvoldoende passend. Met name het criterium "werken voor eigen rekening en risico", de eisen rond vrijheid van uitvoering, werktijd en werkplek en het harde criterium van drie opdrachtgevers kunnen ertoe leiden dat daadwerkelijk zelfstandig ondernemende huisartsen geen toegang krijgen tot de veilige haven.
Daarmee dreigt een paradox: het wetsvoorstel wil onzekerheid verminderen, maar kan voor zelfstandig werkende zorgprofessionals juist een nieuw grijs gebied creëren. Met de voorgestelde aanpassingen kan de Zelfstandigenwet beter aansluiten bij het uitgangspunt dat schijnzelfstandigheid moet worden bestreden, terwijl echte zelfstandigen daadwerkelijk de ruimte krijgen om als ondernemer werkzaam te blijven.

Uiteraard zijn wij beschikbaar voor het beantwoorden van nadere vragen en overleg.

Met vriendelijke groet,

mr. A. Kerstens	drs. T. Janssen
LHV	InEen

BIJLAGE 1: wettelijk kader van de huisartsenzorg zoals eerder toegestuurd aan uw ministerie op 7 augustus 2026 naar aanleiding van de stakeholderssessie van 1 juli jl.

Geachte heer Aartsen,

Allereerst willen wij u nogmaals hartelijk danken voor de uitnodiging van de stakeholderssessie van 1 juli jl. De LHV en InEen zijn verheugd dat het wetsvoorstel van de Zelfstandigenwet volgend jaar in de Tweede Kamer zal worden behandeld.
Voor de huisartsenzorg is het van belang dat 'waarnemend huisartsen' (huisartsen zonder eigen praktijk) kunnen blijven werken als zelfstandige.
Hieronder leggen wij kort het karakter van de huisartsenzorg uit en waarom het zo belangrijk is dat waarnemend huisartsen kunnen blijven**.**

Relevante wet- en regelgeving in de huisartsenzorgsector

A. *Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*

1. Op grond van artikel 1, lid 2, Wtza juncto artikel 2 Wtza moeten huisartsen die middelijk of onmiddellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verlenen, voldoen aan de meldplicht zoals bedoeld in artikel 2 Wtza. Met andere woorden, zowel praktijkhoudende huisartsen als waarnemende huisartsen die in opdracht van een praktijkhoudende huisarts of een huisartsenspoedpost (HAP) zorg (gaan) verlenen zijn verplicht zich te melden bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('VWS'). Huisartsen die in dienst zijn van een instelling zijn niet meldingsplichtig.

2. Het doel van de meldplicht is om de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ('IGJ') sneller en meer informatie te geven over alle nieuwe zorgaanbieders, d.w.z. zorgaanbieders die starten met het verlenen van zorg als bedoeld in de Wkkgz. Hiermee kan de IGJ selecteren welke zorgaanbieders zij na de aanvang van zorgverlening zal bezoeken om in de praktijk te toetsen of de kwaliteit van zorg op orde is. Met de meldplicht wordt bovendien bevorderd dat nieuwe zorgaanbieders zich beter bewust zijn van de eisen die aan de zorgverlening worden gesteld en hun verantwoordelijkheid daarvoor. Dit is in de eerste plaats in het belang van de cliënt voor wie het niet mag uitmaken of hij te maken heeft met een nieuwe zorgaanbieder of een zorgaanbieder die al geruime tijd operationeel is. Daarnaast wordt hiermee voorkomen dat de IGJ bij een eerste bezoek aan een nieuwe zorgaanbieder veel tijd kwijt is om de zorgaanbieder te informeren over de regels waaraan de zorgaanbieder moet voldoen.

3. In artikel 2, lid 2, Wtza is bepaald dat de zorgaanbieder bij de melding gegevens moet verstrekken over de aard van de te verlenen zorg, de personele en materiële organisatorische inrichting en de voorwaarden betreffende de kwaliteit van zorg, waaronder het bepaalde zoals bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel b van de Wkkgz. In artikel 2 tweede lid, onderdeel b, Wkkgz is vastgelegd dat de (waarnemende) huisarts moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden. Zo moeten (waarnemende) huisartsen onder meer voldoen aan de KNMG-Gedragscode voor artsen, de NHG-standaarden en de standaarden van de LHV.

4. De melding moet worden gedaan door het volledig invullen van het formulier dat beschikbaar is gesteld op de website https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden. Op deze site is in het document 'Kwaliteitscheck Huisartsenzorg Wtza' vermeld dat (waarnemende) huisartsen die werken als zzp-er, moeten beschikken over:

   - Een kwaliteitssysteem voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg;
   - Een klachtenregeling;
   - Aansluiting bij een geschilleninstantie;
   - Een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
   - Een werkwijze melding incidenten en calamiteiten;
   - Patiëntendossiers die voldoen aan de wettelijke eisen.

5. Op grond van artikel 8 Wtza verstrekt de Minister van VWS aan de zorgverzekeraars het nummer van inschrijving bij de Kamer van Koophandel van de zorgaanbieder die melding heeft gedaan. De desbetreffende gegevens worden beschikbaar gesteld aan de zorgverzekeraars om te gebruiken voor hun portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders ('RIZ'). Met andere woorden, waarnemende huisartsen worden ook geregistreerd in het systeem van zorgverzekeraars in het kader van het toezicht op de integriteit van zorgaanbieders.

6. Om de naleving van de meldplicht te kunnen handhaven beschikt de IGJ over de nodige bestuursrechtelijke instrumenten, waaronder het opleggen van een bestuurlijke boete. Gelet op deze wettelijke meldplicht voor waarnemende huisartsen moet het volstrekt helder zijn wanneer er op grond van de Wtza sprake is van zorgverlening in opdracht van een instelling. Als zij de

meldingsplicht niet naleven kan er immers een boete worden opgelegd. Bovendien is het in het belang van het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening door de IGJ en in het belang van de zorgverzekeraars dat waarnemende huisartsen voldoen aan de inhoudelijke eisen die gesteld zijn aan de zorgverlening door waarnemende huisartsen.

B. ***Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)***

7. De Wet BIG verplicht zorgverleners in bepaalde beroepen om zich te registreren in het BIG-register. Alleen zorgverleners die in dit register zijn opgenomen, mogen wettelijk beschermde titels, zoals arts, voeren en bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren. Deze registratie moet elke vijf jaar worden hernieuwd om aan te tonen dat de zorgverlener nog steeds bekwaam is. Dit betekent dat men moet voldoen aan de herregistratiecriteria.

8. Zowel praktijkhouders, huisartsen in loondienst als waarnemend huisartsen moeten een verplicht aantal Avond, Nacht en Weekend ('ANW')-diensten doen voor de herregistratie als huisarts: gemiddeld 50 uur per jaar over vijf jaar (in totaal 250 uur in vijf jaar). Dit is omdat voor ANW-zorg een andere vaardigheid nodig is: meer spoedvragen, vaak hogere urgentie en van de meeste patiënten is geen voorgeschiedenis bekend. Voor waarnemend huisartsen betekent dit meestal dat zij als VIP-waarnemer aangesloten zijn bij een Huisartsenspoedpost (HAP) of met een of meerdere HAP's een overeenkomst voor de levering van losse diensten hebben gesloten. Een 'losse' waarnemer doet niet mee aan het vrij roosteren en is ook niet verplicht een minimaal aantal diensten op zich te nemen.

9. Daarnaast vallen BIG-geregistreerde zorgverleners onder het tuchtrecht. Dit systeem is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en om patiënten te beschermen. Het tuchtcollege beoordeelt klachten over het beroepsmatig handelen van zorgverleners en kan maatregelen opleggen zoals een waarschuwing, berisping of zelfs doorhaling van de registratie.

10. Tot slot vereist de Wet BIG dat zorgverleners hun deskundigheid op peil houden. Dit gebeurt via verplichte bij- en nascholing. Deze continue educatie is nodig om bij te blijven met nieuwe richtlijnen, medische inzichten en behandelmethoden, en is een voorwaarde voor herregistratie in het BIG-register. Zo moeten huisartsen tenminste 40 uur per jaar over vijf jaar (in totaal 200 uur **in vijf jaar)** bij- en nascholing volgen. Waarnemend huisartsen betalen hun eigen bij- en

nascholing.

C. *Wet op de geneeskundige behandelovereenkomsten (WGBO)*

11. De WGBO regelt de rechten en plichten van patiënten en zorgverleners wanneer zij een behandelrelatie aangaan. Zodra een patiënt medische zorg ontvangt, komt er op grond van artikel 7:446 BW automatisch een behandelovereenkomst tot stand tussen de patiënt en de zorgverlener. Dit geldt ook als er sprake is van waarneming, zoals blijkt uit het door de Hoge Raad gewezen arrest van 10 januari 1997 (*praktijkwaarnemer tandarts).*[1] In deze zaak concludeerde de Hoge Raad dat er tussen de waarnemende tandarts en de patiënt een behandelovereenkomst tot stand was gekomen en dat de tandarts die de praktijk waarnam voor de andere tandarts aansprakelijk is voor de fouten die hij gemaakt heeft. De waarneming van tandartsen is vergelijkbaar met de waarneming van huisartsen, zoals ook in de noot bij het arrest is aangegeven.

12. In de WGBO is vastgelegd dat de zorgverlener verplicht is om goede zorg te bieden die voldoet aan de professionele standaard, en dat hij of zij de patiënt duidelijk moet informeren over de diagnose, het behandelplan, de risico's en eventuele alternatieven. Er is dus sprake van een inspanningsverplichting, namelijk het bieden van goede zorg,[2] en geen resultaatsverplichting. De patiënt moet vervolgens toestemming geven voor de behandeling, tenzij sprake is van spoedeisende zorg of de desbetreffende verrichting niet van ingrijpende aard is.

13. De tijdsduur van de behandeling wordt ingegeven door de prestatiebeschrijvingen die zijn vastgesteld door de NZa.[3] De (waarnemend) huisarts bepaalt zelf of medisch gezien een kort consult volstaat (minder dan 5 minuten), een regulier consult (tussen 5 en 20 minuten) of een lang consult (meer dan 20 minuten).

14. Het feit dat tussen een patiënt en een huisarts die als ZZP-er werkt wel een behandelovereenkomst tot stand komt, maar tussen een patiënt en een huisarts in loondienst niet (dan ontstaat de behandelovereenkomst met de huisartspraktijk of de HAP), draagt in sterke mate bij aan het argument dat de waarnemend huisarts daadwerkelijk als zelfstandige functioneert. Op grond van artikel 7:463 BW kan de aansprakelijkheid van een zorgverlener met behandelovereenkomst niet worden beperkt of uitgesloten. Waarnemend huisartsen beschikken derhalve in de praktijk over een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

15. Ook het hebben en betalen van een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering draagt bij aan de constatering of een huisarts dient te worden aangemerkt als een zelfstandige. Als de huisarts in loondienst is, is hij geen partij bij de behandelovereenkomst met de patiënt, en heeft hij ook geen eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering nodig.

16. Waarnemend huisartsen zijn verantwoordelijk voor de inhoud en de uitvoering van de medische zorg die geleverd wordt aan patiënten en stellen volledig autonoom hun werkzaamheden vast waarvoor zij ook aansprakelijk zijn jegens patiënten. Zij zijn daarbij op grond van de Wkkgz gebonden aan de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden die gelden voor huisartsen.

D. *Verplichting levering 24/7 zorg en contracten met zorgverzekeraars*

17. In de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg TB/REG-26611-01van de NZa is bepaald dat de prestatie 'inschrijving' de beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week, voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden beschrijft. Een huisarts heeft dus de verplichting om 24 uur per dag, 7 dagen in de week huisartsenzorg te bieden aan de patiënten die bij hem staan ingeschreven. De huisarts hoeft de zorg niet zelf aan te bieden. Voor bijvoorbeeld de Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW) zijn vrijwel alle huisartsen aangesloten bij een Huisartsen Diensten Structuur (HDS), welke de acute huisartsenzorg op één of meerdere Huisartsenspoedposten (HAP) regelt.

18. Deze verplichte beschikbaarheid van zorg is nader uitgewerkt in de Richtlijnen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenpraktijk van de LHV.[4] Deze beroepsnormen zien op de invulling van de wettelijke verplichting om goede zorg te leveren zoals bedoeld in artikel 2 Wkkgz. In deze richtlijnen is onder andere vastgelegd dat de spoedlijn van de praktijk binnen 30 seconden beantwoord moet worden en dat een huisarts binnen 15 minuten bij een patiënt moet kunnen zijn. De richtlijnen in combinatie met de wet BIG, maken dat een huisarts niet vervangen kan worden door een andere praktijkmedewerker die geen huisarts is. De overige leden van het team in de huisartsenzorg kunnen alleen werken in een praktijk of op een huisartsenspoedpost, als er een huisarts beschikbaar is. De IGJ handhaaft op de naleving van de Wkkgz.[5]

19. De zorgverzekeraars hebben dit nader uitgewerkt in de zorgovereenkomsten die zij sluiten met zorgaanbieders. Zo heeft VGZ[6] de volgende bepalingen opgenomen in de zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige zorg 2024-2025:

'De Zorgaanbieder verleent de zorg vanuit zijn professionele autonomie en kan desgewenst de zorg laten verlenen door huisartsen in dienstverband en/of waarnemers.

De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur. De Zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgverleners een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De Zorgaanbieder verstrekt indien daartoe aanleiding bestaat desgevraagd een kopie van deze schriftelijke regeling aan de Zorgverzekeraar.

De Zorgaanbieder die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur, als bedoeld in de AmvB van 18 oktober 2001 (Stb 2001-525), levert tegen betaling door Zorgverzekeraar de spoedeisende huisartsgeneeskundige hulp gedurende de ANW-diensten en erkende feestdagen tegen het door de NZa vastgestelde maximumtarief.

Om de continuïteit van de zorg te waarborgen zorgt de Zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten de ANW-uren.

De Zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid te laten waarnemen. Hij stelt zijn patiënten op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). De maximale duur van een aaneengesloten periode van waarneming bij algehele afwezigheid van de Zorgaanbieder bedraagt zes maanden.'

20. Uit het voorgaande volgt dat de zorgverzekeraars uitdrukkelijk toestaan en verwachten dat praktijkhouders, in het kader van de verplichting om 24/7 zorg te verlenen, een regeling treffen met andere zorgverleners in een huisartsendienstenstructuur en opdrachten verstrekken aan waarnemende huisartsen om de continuïteit van de zorgverlening te borgen.

21. Deze bepalingen vloeien voort uit de diverse bestuurlijke afspraken die VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de LHV en InEen hebben gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA), Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA), Actieplan Werkdruk in de ANW en Visie Eerstelijnszorg 2030. In deze bestuurlijke akkoorden is nadrukkelijk afgesproken dat een huisarts een flexibele schil nodig heeft om praktijkhouder te kunnen zijn of worden. Dit is bijvoorbeeld uitgewerkt op blz. 87 in het IZA:

'Het praktijkhouderschap in de huisartsenzorg, persoonsgericht en dichtbij patiënten, moet aantrekkelijker gemaakt worden zodat de stap daarnaartoe meer en makkelijker wordt gezet. De maatregelen in het IZA moeten daartoe bijdragen. <u>Daarbij is het</u>

belangrijk dat ook het waarnemerschap in zzp-vorm mogelijk is en een volwaardige manier om het huisartsenvak uit te oefenen. Zonder waarnemers is het onmogelijk om de huisartsenzorg toegankelijk te houden en het is voor huisartsen in hun carrière belangrijk om deze mogelijkheid te hebben.'[7]

22. In het IZA zijn ook afspraken gemaakt om de hoge werkdruk in de ANW tegen te gaan.[8] Het opgestelde Actieplan Werkdruk in de ANW vormt hiervoor de basis.

23. In het IZA is afgesproken dat de NZa een nieuw tarief vaststelt voor ANW-tarieven, hetgeen geregeld is in de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De tarieven zijn voor alle dienstdoende huisartsen in de regio gelijkelijk van toepassing, waarbij is bepaald dat ook waarnemende huisartsen niet meer dan het maximum NZa tarief mogen ontvangen.

24. Om tot een betere verdeling van de diensten van een HDS/HAP te komen hebben zorgverzekeraars en huisartsen afgesproken dat waarnemers een aansluitovereenkomst met een HDS/HAP kunnen tekenen, waarin wordt afgesproken dat de waarnemer een minimaal aantal diensten zal invullen. Deze waarnemers heten binnen het systeem 'VIP-waarnemers.' Deze VIP-waarnemers draaien als zelfstandig ondernemer mee in het aantal diensten dat daar ter beschikking wordt gesteld. Er wordt alleen een minimumaantal diensten ter invulling gevraagd om de HAP een zekerheid te geven dat er genoeg diensten verdeeld kunnen worden. De VIP-waarnemers krijgen dezelfde vergoeding voor diensten als praktijkhouders, namelijk het door de NZa vastgesteld tarief. Alle huisartsen (praktijkhouder, VIP-waarnemer en waarnemer) doen op de HAP hetzelfde werk en hebben tijdens het werk dezelfde status. Daarnaast is het voor waarnemers mogelijk om met een of meerdere HDS'en een overeenkomst voor de levering van losse diensten te sluiten. Een 'losse' waarnemer doet niet mee aan het vrij roosteren en is ook niet verplicht een minimaal aantal diensten op zich te nemen. Een HAP/HDS heeft zelf geen huisartsen in loondienst. Alle huisartsen die werken op een huisartsenspoedpost doen dit op zzp-basis. Huisartsen die overdag in loondienst werken bij een praktijkhoudend huisarts of een andere organisatie die huisartsenzorg levert (zoals een gezondheidscentrum) zijn aangesloten bij de HDS via hun werkgever.

25. Kortom, waarnemende huisartsen die ANW-diensten leveren op basis van een aansluitovereenkomst met een HDS/HAP of in opdracht van een HDS/HAP, worden zowel door de NZa als zorgverzekeraars als gelijkwaardig beschouwd met praktijkhouders, waarvoor dezelfde voorwaarden en NZa-tarieven gelden.

E. *Samenloop met het ondernemingsbegrip in de Mededingingswet (Mw) en Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)*

26. De vraag of zzp-ers zelfstandig diensten op een markt aanbieden is ook relevant voor de toepasselijkheid van de mededingingsregels en het fusietoezicht neergelegd in artikel 49a Wmg. Daarin is bepaald dat het een zorgaanbieder verboden is om een concentratie als omschreven in de Mededingingswet tot stand te brengen, zonder daaraan voorafgaande goedkeuring van de zorgautoriteit. De NZa moet bij het fusietoezicht dus het ondernemingsbegrip van de Mededingingswet volgen.

27. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft in de Leidraad Tariefafspraken zzp-ers uitgebreid uiteengezet dat en wanneer het kartelverbod (artikel 6 Mw) van toepassing kan zijn op collectieve afspraken tussen zzp-ers.[9] In de Leidraad samenwerking tussen concurrenten heeft de ACM uiteengezet wanneer brancheverenigingen en zelfstandige ondernemingen, zoals praktijkhoudende huisartsen, het kartelverbod overtreden als zij gezamenlijk afspraken maken over de inhuur van zzp-ers.[10] De ACM heeft bovendien op haar website expliciet vermeld welke gedragingen van zorgwerkgevers wel en niet mededingingsrechtelijk zijn toegestaan op de zorgarbeidsmarkt.[11]

28. Een van de cruciale vragen daarbij is of een zzp-er zelfstandig activiteiten verricht als onderneming. Als die zelfstandigheid fictief is, is een zzp-er voor de betreffende werkzaamheden geen onderneming in de zin van het mededingingsrecht, maar een werknemer in de zin van artikel 153, lid 1 VWEU.[12]

29. Het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft in het FNV KIEM-arrest[13] aangegeven op basis van welke criteria, van geval tot geval, te bepalen is of van schijnzelfstandigheid sprake is en dus een arbeidsverhouding verhuld wordt. Zo moet worden gekeken of de zzp-er zich in een situatie bevindt die vergelijkbaar is met die van een werknemer. Dit kan alleen gelden voor zzp-ers die als enige bedrijfsactiviteit de levering van diensten door middel van hun eigen arbeid hebben, ongeacht de juridische vorm waarin partijen hun werkrelatie vastleggen. Het gaat om de feitelijke verhoudingen die tussen hen bestaan. Het Hof beschouwt een zzp-er als schijnzelfstandige, die niet als onderneming maar als werknemer dient te worden gekwalificeerd, als:

- Hij of zij onder leiding van zijn/haar werkgever handelt en in het bijzonder wat betreft de vrijheid om zijn/haar tijdschema, de plaats en de inhoud van het werk te kiezen; en
- Hij of zij niet deelt in de commerciële risico's van de werkgever; en
- Tijdens de duur van de arbeidsverhouding is opgenomen in de onderneming van de werkgever.

Als aan één van de bovenstaande cumulatieve voorwaarden niet is voldaan dan is er geen sprake van schijnzelfstandigheid maar van een zelfstandige zzp-er die (als onderneming) diensten op een markt aanbiedt.

30. Het is voor de zorgsector van groot belang dat de arbeidsrechtelijk uitleg en invulling van het begrip 'schijnzelfstandigheid' in lijn is met de hierboven vermelde jurisprudentie inzake de uitleg van het mededingingsrechtelijke ondernemingsbegrip. Het kan immers niet zo zijn dat een zzp-er voor het arbeids- en fiscaalrecht gezien wordt als werknemer maar door de ACM en NZa beschouwd worden als ondernemer. Dat zou niet alleen leiden tot een volstrekt onwerkbare situatie, maar zou bovendien kunnen leiden tot het opleggen van hoge boetes door de ACM wegens overtreding van het kartelverbod of de NZa wegens het niet melden van een concentratie.

31. Hierbij komt dat huisartsenpraktijken overwegend kleine organisaties zijn waardoor het in dienst nemen van flexwerkers niet mogelijk is vanwege de grote administratieve lasten, alsmede de financiële en organisatorische risico's, die dit met zich meebrengt. Dit, terwijl de werkdruk van praktijkhoudende huisartsen al bovengemiddeld hoog is. Zo had de gemiddelde huisartsenpraktijk in 2018 3.628 patiënten, terwijl de NZA in 2017 als norm 2.095 patiënten per huisarts had gesteld. Maar ook is het takenpakket van huisartsen de laatste jaren drastisch uitgebreid, wat ook heeft geleid tot een hogere werkdruk. 31. Bovendien kan in kortdurende arbeidsovereenkomsten geen proeftijd worden opgenomen en moeten er transitievergoedingen betaald worden voor het beëindigen (inclusief niet-verlengen) van een contract voor bepaalde tijd en moeten werknemers worden aangemeld bij een pensioenfonds, met alle kostenverhogingen van dien. Om maar niet te spreken over het zwaarwegende risico van de langdurige loondoorbetaling bij ziekte.

32. Het Kabinet heeft aangegeven zich ervoor in te zetten dat iedereen die dat wil zich kan inschrijven bij een (vaste) huisarts. Dit is niet alleen in het belang van de continuïteit en kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg, maar ook voor

de poortwachtersfunctie die huisartsen uitoefenen bij de doorstroom naar de tweede lijn. Hiervoor is het niet alleen belangrijk dat meer huisartsen bereid zijn praktijkhouder te worden – en vervolgens ook praktijkhouder te blijven - en daarmee de zorg voor een vaste patiëntenpopulatie op zich te nemen, maar ook dat zij in dat proces zo min mogelijk hinder ondervinden. De Minister van VWS heeft aangegeven zich daarom in te zetten om de drempels voor (startende) praktijkhouders te verlagen. Indien huisartsen en HAP's waarnemers in dienst zouden moeten nemen dan verhoogt dat juist de drempels voor (startende) praktijkhouders en staat daarmee haaks op de inzet van de Minister van VWS om de marktontwikkelingen in de huisartsgeneeskundige sector de gewenste kant op te sturen.

F. Borgen van het algemene belang van de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlenging

33. In het Handvest van de grondrechten van de EU[14] is in artikel 35 bepaald dat eenieder het recht heeft op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische behandeling onder de bij de nationale wetgevingen en praktijken vastgestelde voorwaarden. In artikel 36 van het Handvest is opgenomen dat de EU de toegang tot diensten van algemeen economisch belang eerbiedigt die in de nationale wetgevingen en praktijken is geregeld. In artikel 14 VWEU is opgenomen dat diensten van algemeen economisch belang zijn geworteld in de gedeelde waarden van de Unie en een centrale rol vervullen bij het bevorderen van de sociale en territoriale cohesie. Verder is in Protocol (nr. 26) bij het Verdrag opgenomen dat de nationale, regionale en lokale autoriteiten een essentiële rol en ruime bevoegdheid hebben om diensten van algemeen economisch belang te verrichten, te machtigen en te organiseren op een manier die zoveel mogelijk in overeenstemming is met de behoeften van de gebruikers. Hieraan wordt toegevoegd dat sprake moet zijn van een hoog niveau van kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid, gelijke behandeling en de bevordering van de algemene toegang en van de rechten van de gebruiker.

34. Bij het introduceren van gereguleerde marktwerking in de zorgsector is ook uitdrukkelijk de randvoorwaarde gesteld dat de algemene belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg gewaarborgd moeten zijn. Zo zijn deze randvoorwaarden geformuleerd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), waarbij is bepaald dat de NZa deze algemene belangen bij het bepalen van haar beleid altijd in acht moet nemen.

35. De zorgmarkten zijn dus geen gewone markten vanwege de algemene belangen die geborgd moeten zijn en vanwege specifieke vormen van marktfalen. Er is sprake van marktfalen als een onderneming diensten niet of niet in dezelfde mate of onder dezelfde voorwaarden zou verrichten, indien zij zich door haar eigen commerciële belangen zou laten leiden.[15] Vanwege dit marktfalen dienen de spelregels die in normale markten gelden, in de zorg niet of anders gehanteerd te worden.

36. Zoals hiervoor al aangegeven moet huisartsgeneeskundige zorg 24/7 beschikbaar zijn voor verzekerden/patiënten, waarbij geldt dat de spoedlijn van de praktijk binnen 30 seconden beantwoord moet worden en dat een huisarts binnen 15 minuten bij een patiënt moet kunnen zijn.

37. Als huisartsenpraktijken zich door hun eigen commerciële belangen zouden laten leiden dan zouden zij niet of niet onder dezelfde voorwaarden huisartsgeneeskundige diensten 24/7 aanbieden. Door het opleggen van voornoemde verplichtingen aan huisartsen is het algemeen belang van de toegankelijkheid en continuïteit van de levering van huisartsgeneeskundige zorg aan verzekerden/patiënten geborgd. Deze verplichtingen kunnen dus niet anders gekwalificeerd worden dan dat huisartsen belast zijn met het leveren van een dienst van algemeen (economisch) belang.

38. Zonder inzet van waarnemers die als zzp-er werkzaamheden verrichten voor praktijkhouders, kunnen praktijkhouders de verplichte levering van 24/7 zorg echter niet nakomen.

39. De overheid, en in het bijzonder de Belastingdienst, heeft een essentiële rol en de ruimte om ervoor te zorgen dat praktijkhoudende huisartsen deze diensten van algemeen (economisch) belang kunnen verrichten, ter bescherming van de gezondheid de verzekerden/patiënten. Indien nodig, door middel van het creëren van een uitzondering voor de huisartsenzorgsector. Vergelijk hierbij bijvoorbeeld de BTW-vrijstelling die geldt voor medische prestaties in het kader van het algemeen belang van de bescherming van de gezondheid.

[overige inhoud van de brief is thans niet meer relevant]

Met vriendelijke groet,

mr. A. Kerstens	drs. T. Janssen
jurist LHV	beleidsadviseur InEen