

ZZP-ers in de zorg: onder welke voorwaarden?

Onder druk van de arbeidsmarktproblematiek zien veel zorgorganisaties in alle sectoren zich genoodzaakt om ZZP-ers in te schakelen. Dat lost op de korte termijn problemen op, maar veroorzaakt op langere termijn nieuwe problemen. Er dreigt bij zorgorganisaties een soort 'sale and leaseback' constructie te ontstaan: medewerkers gaan uit dienst en bieden zich (tegen hogere kosten) als ZZP-er weer aan. Bureaus die dit actief ondersteunen schieten als paddenstoelen uit de grond. Deze discussienotitie van het PvdA-netwerk Zorg is een inventarisatie van de vraagstukken en een afweging onder welke voorwaarden ZZP-ers op een goede manier in de zorg kunnen worden ingezet.

1 De vraagstukken

Ondernemerschap en de kwaliteit van de publieke zorg

De vraag is hoe het ZZP-schap zich verhoudt tot de doelstellingen van de publieke zorg en of we niet feitelijk op weg zijn naar een verdere marktwerking in de zorg maar dan op een indringender niveau. In de publieke zorg is sprake van duidelijke verantwoordelijkheden in de lijn. Bij ondernemerschap is sprake van opdrachtgeverschap. Als dit op grote schaal zou gebeuren worden zorgorganisaties feitelijk zelf een ZZP-bemiddelingsbureau. Het is nu al zo dat verschillende zorgorganisaties al eigen "brokers" in dienst nemen die de ZZP-ers contracteren.

Wat betekent dit voor de relatie met de patiënt/cliënt, die met allerlei vreemde zorgmedewerkers wordt geconfronteerd. Willen we toe naar een zorg die tot stand komt op basis van contractering en waardoor zorgorganisaties feitelijk niet meer kunnen instaan voor de kwaliteit van zorg?

Verhoging kosten in de zorg

De kosten voor ZZP-ers zijn afhankelijk van de tarieven tussen de 30 en 50% hoger dan die voor medewerkers in vaste dienst. Dat leidt tot fors hogere personeelskosten. Voor zorgorganisaties zijn er dan grofweg twee mogelijke oplossingen voor dit vraagstuk: hogere tarieven eisen bij zorgverzekeraars en zorgkantoren, waardoor de premies en belastingen voor iedereen omhoog gaan, of snijden in diensten, waardoor de werkdruk stijgt hetgeen de uitstroom naar ZZP-schap weer stijgt. Beide oplossingen gaan op termijn ten koste van de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

Ongelijk speelveld en beroep op publieke middelen

Het is bekend dat ZZP-schap aantrekkelijk lijkt omdat veel ZZP-ers geen verzekering afsluiten voor pensioen en/of arbeidsongeschiktheid. Niet alleen ontstaat daardoor op korte termijn een ongelijk speelveld in de inkomsten voor de zorgmedewerker (waardoor ZZP-schap wordt gestimuleerd), op langere termijn zullen onverzekerden een groter beroep moeten doen op publieke middelen. Eigenlijk betalen we dan als samenleving dubbel voor ZZP-ers: op korte termijn voor de hoge tarieven en op langere termijn voor de onverzekerden. Moeten we dat willen?

Arbeidstijdenwet overtreden?

ZZP-ers koppelen soms diensten bij verschillende organisaties: vanuit de nachtdienst bij de ene organisatie naar een dagdienst bij de andere en vervolgens een avonddienst bij een derde organisatie. Als dit bij één organisatie zou gebeuren wordt de arbeidstijdenwet absoluut overtreden, maar zorgorganisaties hebben totaal geen zicht op dit soort koppelingen door ZZP-ers. Ze ervaren mogelijk wel de kwaliteitsrisico's die eraan verbonden zijn. Op termijn kan dit leiden tot vroegere arbeidsongeschiktheid en burn out. Het is de vraag wie deze kosten draagt als de ZZP-er zich hiervoor niet verzekerd heeft.

Kwaliteit van zorg ter discussie

ZZP-ers zijn eigen ondernemers en werken per opdrachtgeverschap. Dat verhoudt zich niet goed tot de kwaliteitssystemen in de zorg, die gebaseerd zijn op verantwoordingslijnen naar uiteindelijk het bestuur toe. Ook kunnen ze zich onttrekken aan interne opleidingen en richtlijnen. Het is wachten op het eerste grote incident waarbij ZZP-ers betrokken zijn. Het bestuur is wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg maar heeft slechts een opdrachtgeversrol naar de ZZP-er en kan deze niet inpassen in het kwaliteitssysteem van de organisatie (zoals verplichtende opleidingen etc.). Feitelijk wordt dus het kwaliteitssysteem in de zorg opgeblazen en parallel daaraan ook het governance model van de bestuurlijke verantwoordelijkheid.

Er is nog een tweede effect op de kwaliteit van zorg: de relatie tot de cliënt. Steeds een andere ZZP-er aan je bed. Dit speelt met name in de langdurige zorg. In de gehandicaptenzorg, maar zeker ook in de ouderenzorg is de relatie tussen de medewerker en de cliënt de basis voor de kwaliteit van zorg. Cliënten in de gehandicaptenzorg hebben soms een half jaar nodig om te wennen aan een nieuwe zorgmedewerker. Dat verhoudt zich niet tot ZZP-ers die reageren op de inzet voor diensten in verschillende zorgorganisaties (soms worden diensten op een website aangeboden).

Ondermijning solidariteit in teams

Misschien nog het belangrijkste kritiekpunt is de ondermijning van de solidariteit in de teams. ZZP-ers kiezen voor afstemming op hun eigen privé leven. Dat is op zich een goed recht, maar in de zorg is er van oudsher solidariteit tussen medewerkers in een zorgteam over het verdelen van feestdagen en vakanties. ZZP-ers kunnen zich daaraan onttrekken en ondermijnen daarmee op termijn de solidariteit in teams. Ook door het verschil in beloning. Het naast elkaar bestaan van beide systemen in één team of zorgorganisatie lijkt geen houdbaar model.

2 De mogelijke oplossingsrichtingen

Scherper definiëren ondernemerschap

Het is een serieuze vraag om ter discussie te stellen of inzet van ZZP-ers in zorgteams opgevat mag worden als zelfstandig ondernemerschap. Je onderwerpt je dan aan het kwaliteitsbeleid en de zeggenschap die op de teams van toepassing is en dat verhoudt zich niet tot zelfstandig ondernemerschap. Een scherpe definitie van ondernemerschap zou inzet in zorgteams niet mogelijk moeten maken (hetgeen de keuze voor het ZZP-schap zal beïnvloeden in die sectoren). Er zijn mogelijk minder problemen in de thuiszorg, waar sprake kan zijn van zelfstandig functionerende zorgmedewerkers die individuele opdrachtgevers hebben (bijvoorbeeld bij het PGB).

Arbeidstijdenwet opleggen aan ZZP-ers

Daar waar zorgorganisaties voor hun zorgmedewerkers op straffe van hoge boetes (en om goede redenen) gehouden worden aan de arbeidstijdenwet, zou dit zeker ook opgelegd moeten worden aan ZZP-ers in de zorg. De effecten op de kwaliteit van zorg zijn immers dezelfde. De verantwoordingsplicht zou hier bij de ZZP-ers zelf moeten neergelegd worden, aangezien zorgorganisaties niet op de hoogte kunnen zijn van de inzet bij andere zorgorganisaties. Een vergelijking met chauffeurs op vrachtwagens kan hier getrokken worden, die verplichte rusttijden hebben uit oogpunt van gezondheid en verkeersveiligheid.

Verplichte verzekeringen pensioen en arbeidsongeschiktheid

Als we ZZP-ers in de zorg onder condities blijven toestaan in de zorg, dan zal er sprake moeten zijn van een gelijk speelveld en geen ongelijke concurrentie. Het opleggen van verplichte verzekeringen voor pensioen en arbeidsongeschiktheid behoort daartoe. Deze verplichting zou overigens breder in de samenleving moeten worden opgelegd om secundaire effecten op de belasting van collectieve uitkeringen op termijn te voorkomen (waarvoor ze geen premies hebben afgedragen).

3 Tenslotte

Ondernemerschap ZZP verhoudt zich niet tot werken in teams

Het is op zich eigenlijk vrij duidelijk dat ondernemerschap als ZZP-er zich niet goed verhoudt tot het werken in teams in de zorg (met uitzondering misschien met de zelfstandige uitvoering in de thuiszorg). Het gebruik van ZZP-ers in de zorg is een noodmaatregel die voortvloeit uit de krapte op de arbeidsmarkt. Er ontstaan vicieuze cirkels van uitstroom van vaste krachten en instroom van ZZP-ers in de zorg. Dit is geen houdbaar model op termijn en vereist gelet op de urgentie voor de solidariteit binnen en kosten van de zorg de grootste aandacht in de regelgeving. Signalen op Skipt vanuit de langdurige zorg in Brabant maken de urgentie duidelijk.

Oplossingsrichtingen op langere termijn

De voorgestelde oplossingsrichtingen zijn bedoeld om het zelfstandig ondernemerschap scherper te definiëren en te begrenzen teneinde een beter speelveld te creëren- en te voorkomen dat we moeten grijpen naar wettelijke middelen om tot verboden te komen. Hierbij moet worden bedacht dat op dit moment de zorg tot stilstand zou komen als zo'n wettelijk verbod zou worden opgelegd. Dat is wellicht ook de reden dat de brancheorganisaties (onder druk van hun leden) geen scherpe posities innemen tegen ZZP-ers. Voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg is dat echter wel noodzakelijk.

Voorstellen op korte termijn

Naast de onder 2 genoemde voorstellen voor oplossing op langere termijn kunnen ook enkele voorstellen op korte termijn worden overwogen, die gericht zijn op het in kaart brengen van de problematiek, waardoor regelgeving dichterbij komt:

1. **Onderzoek doen naar inzet ZZP-ers in de zorg.**
2. **Onderzoek naar schijnzelfstandigheid** op korte termijn: structurele inzet van ZZP-ers bij één zorgorganisatie. Dit als opmaat voor regelgeving.
3. **Onderzoek naar overtredingen arbeidswet** door onverantwoorde inzet van ZZP-ers in verschillende zorgorganisaties na elkaar (die bij één zorgorganisatie niet toegestaan zouden zijn). Dit eveneens als opmaat voor regelgeving.
4. **Maximaliseren flexibele schil:** maximaliseren inzet van ZZP-ers als percentage in de zorg als streefdoel. Bijvoorbeeld max 10% in 2024.

4 Huisartsen als ZZP-ers ('waarnemers')

Er is ook een forse toename van huisartsen die als ZZP-er werken; men spreekt meestal van 'waarnemers'. Uit cijfers van Nivel uit 2021 blijkt dat inmiddels rond de 40% van alle

huisartsen werkt als waarnemer, waarvan de helft als vaste waarnemer (tenminste enkele maanden in dezelfde huisartspraktijk) en de andere helft met losse waarnemingen. Alles wijst erop dat dit percentage nog steeds stijgt.

Een deel van de bovengenoemde vraagstukken, en vraagstukken die speciaal gelden voor de huisartsenzorg, zien we ontstaan als huisartsen steeds vaker waarnemer zijn:

- Kwaliteit van zorg vermindert, zorg wordt steeds minder geleverd door een vaste, eigen huisarts die de patiënt kent. Juist de mensen die de huisartsenzorg het meest nodig hebben en gebruiken, hebben veel te winnen bij een vaste huisarts.
- De zorg wordt ondoelmatiger, er komen meer verwijzingen voor aanvullend onderzoek en naar de tweede lijn. Een eigen huisarts kent de patiënt en kan beter inschatten welke zorg nodig is.
- De eindverantwoordelijkheid voor de huisartsenzorg komt bij een steeds kleinere groep vaste huisartsen te liggen waardoor deze overbelast dreigen te raken: geen houdbaar model.
- Met waarnemers komt ook de mogelijkheid van netwerkzorg onder druk te staan. Alleen met een vast team huisartsen kun je onderdeel worden van een lerend netwerk in buurt en regio.
- Het tekort aan vaste huisartsen doet zich vooral voor in de krimpgebieden en de sociaal zwakkere wijken. Daar wonen de mensen voor wie wij als PvdA willen opkomen. Hun vertrouwen in de zorg en de maatschappij wordt geschaad wanneer er blijkbaar geen artsen 'hun dokter' willen zijn.

De oplossingsrichtingen die we bepleiten:

- Zorgverzekeraars en lokale en regionale overheden nemen samen met de regionale organisaties van huisartspraktijken de verantwoordelijkheid voor aantrekkelijke werkplekken voor vaste huisartsen. Zij zorgen voor goede, voldoende en betaalbare huisvesting; zij faciliteren opvolging en vestiging van zelfstandige praktijken of praktijken binnen een publiek geborgde structuur (geen commerciële ketens!).
- Ook hier scherper definiëren van ondernemerschap cq zelfstandigheid. De waarnemers werken ingebed in de huisartspraktijk, conform de afspraken die gelden in die praktijk, en hun werk zou prima (zelfs liever en beter) gedaan kunnen worden door een vaste huisarts, in loondienst of als maat in een huisartsenmaatschap.
- In gesprek gaan met de beroepsgroep over een steviger standpunt rond waarnemers. Recent hebben de huisartsen zelf hun kernwaarden opnieuw vastgesteld: medisch-generalistisch, persoonsgericht, continu en gezamenlijk. Continu betekent hier ook: continuïteit in persoon, dus je bent de vaste, eigen huisarts voor je patiënten. Waarnemen is dan geen blijvend volwaardige manier om het beroep uit te oefenen. Overigens heeft de beroepsvereniging hier wel een uitdaging, omdat ongeveer de helft van de eigen leden waarnemers zijn.
- Onderzoeken of verantwoordelijkheid voor een eigen patiëntenpopulatie onderdeel kan worden van de vereisten voor de 5-jaarlijkse herregistratie van de huisarts.