

A photograph of a hospital hallway. In the foreground, several gurneys with white sheets are lined up. The hallway leads to a set of double doors in the background. Above the doors, there is a green exit sign and a sign that reads "Station E30". The lighting is soft and even.

Maak kennis met

# Gezondheidszorg

Eerste helft 2016

**Dirkzwager**

advocaten & notarissen

# Inleiding

In de afgelopen periode hebben de juridische specialisten van Dirkwager er weer voor gezorgd dat veel mensen de antwoorden op juridische vraagstukken hebben weten te vinden. Via onze juridische kennisportal [www.partnerinkennis.nl](http://www.partnerinkennis.nl) en in het bijzonder op de kennispagina van onze sectie gezondheidszorg ([www.dirkwagergezondheidszorg.nl](http://www.dirkwagergezondheidszorg.nl)).

In deze bundel vindt u alle artikelen die in het eerste half jaar van 2016 door onze specialisten zijn gepubliceerd op die betreffende kennispagina. Voor zover u die nog niet heeft kunnen lezen, overzichtelijk gebundeld op volgorde van plaatsingsdatum.

Veel leesplezier.

**Dirkwager zorgt dat u het weet.**

# Inhoud

Inleiding	2
Bewijskracht en digitale handtekening	4
Zorg ook in 2016 en 2017 bovenaan de agenda van de ACM	6
NZA aanvraagformulier fusies in de zorg vernieuwd	8
Voorstel voor Wet tot Bescherming Klokkenluiders	10
Goodwill bij exploitatie van een in de steek gelaten praktijk?	12
Het melden van een calamiteit: wat zijn de regels?	15
Naar een nieuwe governancecode voor de zorg	17
Wie heeft de auteursrechten: opdrachtgever of opdrachtnemer? En wie mag wat met huisstijl, tekst en foto's?	19
Zorgvastgoed tussen publiek belang en privaat kapitaal	22
Onderzoek garanderen van betere beveiliging van patiëntgegevens binnen zorginstellingen	24
Deel 1 Uit de serie 'Het medisch specialistisch bedrijf als werkgever'	27
Continuïteit bij cloud computing is meer dan een goede back-upregeling	30
Schippers schrapt artikel 18 WTZI uit wetsvoorstel	35
IE-rechten opdrachtgevers niet gewaarborgd in zzp-modelovereenkomst van belastingdienst	37
Wetsvoorstel voor overheveling zorgspecifieke fusietoets en het toezicht op aanmerkelijke marktmacht in de zorg	42
Maatwerk Bij Organisatie Meekijkconsult	45
Cbb: NZa moet tariefbeschikking herzien	48
Gezamenlijke inkoop in de zorgsector en het kartelverbod	51
Wkkgz: contouren nieuwe geschillencommissie bekend	54
Mes en technology partnership contracten	56
Ziekenhuizen niet gekort voor overschrijding macrobudget 2013	60
Deel 2 uit de serie 'Het medisch specialistisch bedrijf als werkgever'	62
De Klokkenluidersregeling: een must have voor de zorgaanbieder	65
Vergewisplicht: navraag bij de inspectie voor de gezondheidszorg	67
Geschilleninstantie zorgcontractering geïnstalleerd	69
Veegwet	70
Aanpassing statuten en reglementen woningcorporaties	71
CAREsector laat kansen liggen	72
Over Dirkzwager	73

# Bewijskracht en digitale handtekening

**Mochten twee partijen in geschil raken en er niet uitkomen, dan komt dat geschil in meerdere gevallen tot een rechtszaak. In dergelijke situaties geeft het bewijsrecht regels over onder andere de waardering van bewijs door de rechtbank. De waardering van en daarmee ook de regels rondom bewijs kunnen in een rechtszaak bepalend zijn voor de uitspraak.**

Reden om hierna (in hoofdlijnen) in te gaan op die regels omtrent bewijs. En dan specifiek het samenhangende digitaliseringsvraagstuk: kunnen originele stukken zonder meer gedigitaliseerd worden zonder geldigheid te verliezen? En kunnen er elektronisch handtekeningen gezet worden binnen het bedrijf, zodat ook de elektronisch gesloten overeenkomst achteraf geldig zijn?

## **Hoofregel: vrij bewijs met alle middelen**

Algemeen geldt dat bewijs in het burgerlijk recht geleverd kan worden door alle middelen, op grond van artikel 152 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv).

Schriftelijke, ondertekende stukken, worden in dat kader 'akten' genoemd (artikel 156 lid 1 Rv). Dat maakt dat documenten als contracten, offertes, bestelformulieren etc. allemaal (mits ondertekend) te beschouwen zijn als zogenaamde 'onderhandse akten' op grond van lid 3 van artikel 156 Rv. Van onderhandse akten gaat in principe dwingende bewijskracht uit. Dwingende bewijskracht wil zeggen dat de rechter in dat geval verplicht is de inhoud van die akten voor waar aan te nemen (artikel 151 lid 1 Rv).

## **Dwingende bewijskracht alleen in het origineel gelegen**

De wet bepaalt uitdrukkelijk dat alleen van originele akten bewijskracht uit gaat en dus niet van kopieën ervan.

Ook een kopie of scan is echter *geldig* bewijs (vrij bewijs met alle middelen), en kan worden ingebracht als bewijs in rechtszaak. Aan de scan of kopie komt echter minder bewijskracht toe dan aan het origineel. Namelijk geen dwingende bewijskracht. De wederpartij kan zich verweren met de stelling dat de inhoud van het stuk niet juist is. Het is dan aan de rechter om over standpunten en argumenten van beide partijen te oordelen. Omdat een scan of kopie eenvoudig te vervalsen is zal, naar onze inschatting, de rechter een dergelijk verweer in beginsel serieus nemen.

Daarbij moet echter de opmerkingen worden gemaakt in de praktijk dwingend bewijs lang niet altijd een issue is. De normale gang van zaken is juist dat in een procedure (alleen maar) kopieën van documenten worden overgelegd. Bewijs kan dan ook – hoofdregel – worden geleverd door alle middelen. Zolang de wederpartij niet overgaat tot betwisten, komt in praktische zin aan de kopie meestal evenveel waarde toe als aan het origineel toe.

Het advies voor organisaties is dan ook: risicoafweging. Daarbij is het aan te raden om op die afweging gebaseerd beleid in de hele organisatie in te voeren. Bijvoorbeeld alleen bij stukken van zeer groot belang wordt de organisatie dan ingericht op het bewaren van originelen.

### **Een digitaal origineel kan ook**

Er bestaat overigens ook de mogelijkheid om aan digitale gegevens dwingende bewijskracht toe te kennen. Hiervoor is in het kost vereist dat de gegevens zijn opgeslagen op een duurzame drager en dat deze ondertekend zijn met een elektronische handtekening.

Een 'duurzame drager' wil zeggen dat de inhoud toegankelijk moet blijven voor toekomstig gebruik en dat een ongewijzigde reproductie van de inhoud mogelijk moet zijn. Er moet dus gekozen worden voor een duurzaam bestandsformaat.

De wetgever heeft niet bepaald welk type elektronische handtekening vereist is voor een digitaal origineel. (Zie meer over de verschillende typen bijvoorbeeld [hier](#).) Volgens de minister hangt dit af van het doel waarvoor de elektronische gegevens worden gebruikt en 'alle overige omstandigheden van het geval'.

Dit betekent dat bij digitale (originele) bewijsstukken, de wederpartij in een geschil meer discussieruimte heeft dan bij papieren bewijsstukken. Immers, hij kan niet alleen de geldigheid van de handtekening stellig betwisten, maar hij kan ook betwisten dat het gekozen bestandsformaat niet voldoende duurzaam is en/of dat het gekozen type elektronische handtekening in deze omstandigheden niet geschikt is voor het beoogde doel.

*Uiteraard zijn wij altijd bereid mee te denken bij het maken van een risicoafweging op dit onderwerp en/of het opstellen van organisatiebeleid.*

### **Esther Mommers**

T: +31 (0)26 353 83 23

E: [mommers@dirkzwager.nl](mailto:mommers@dirkzwager.nl)

# Zorg ook in 2016 en 2017 bovenaan de agenda van de ACM

**De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft zes branches gepresenteerd waarnaar de komende twee jaar haar bijzondere aandacht uitgaat. Bovenaan de Agenda 2016 – 2017 staat het onderwerp “gezonde samenwerking in de zorg”. ACM geeft iedere geïnteresseerde tot 20 februari 2016 (onder wie zorgaanbieders) de tijd om te mee te denken met de Agenda 2016-2017.**

## **De zorgsector**

De zorgsector staat al langer in de bijzondere belangstelling van de ACM en haar rechtsvoorganger de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Ook op grond van de Agenda 2014 – 2015 en de NMa Agenda 2008 – 2009 was de toezichthouder al extra alert op de zorgsector.

De ACM tracht de zorgsector te voorzien van instrumenten waarmee zorgaanbieders zelf in staat worden gesteld te bepalen of hun voorgenomen samenwerkingsinitiatieven in overeenstemming zijn met het kartelverbod of de bijzondere fusieregels. In de agendaperiode 2014 en 2015 heeft de ACM onder meer:

- richtlijnen gegeven voor samenwerkingsafspraken en informatie-uitwisseling over capaciteitsvermindering in de langdurige zorg,
- uitgangspunten geformuleerd over de wijze waarop de ACM samenwerkingsafspraken in de eerstelijnszorg op grond van het kartelverbod beoordeelt.
- een informatiekaart gepubliceerd over de beoordeling van fusies en andere samenwerkingsvormen in de ziekenhuissector. De ACM heeft in 2015 bovendien voor het eerst een voorgenomen fusie van twee ziekenhuizen verboden. Naar haar oordeel van de ACM zou als gevolg van de fusie een economische machtspositie ontstaan voor het gefuseerde ziekenhuis.

Het feit dat de zorgsector de bijzondere belangstelling heeft van de ACM betekent overigens niet dat het mededingingsrechtelijke oordeel van de ACM zaligmakend is. De boetebesluiten van de ACM in de zorgsector zijn meer dan in andere sectoren bij de rechtbank Rotterdam of het College van Beroep voor het Bedrijfsleven gesneuveld omdat de ACM onvoldoende heeft aangetoond dat de

afspraken waarvoor de boetes zijn opgelegd de concurrentie hebben beperkt. Zo heeft de rechtbank Rotterdam eind december 2015 nog geoordeeld dat de ACM ten onrechte heeft besloten dat aanbevelingen van LHV over het vestigingsbeleid van haar leden in strijd waren met het kartelverbod.

### **De overige onderwerpen van de Agenda 2016 -2017**

Naast de zorgsector concentreert de ACM zich onder meer op “de online consument”. Daarmee springt de ACM in op de (mondiale) actualiteit. Momenteel bestaat er nog geen duidelijkheid over de effecten (zowel positief als negatief) die internetplatforms op de concurrentie tussen ondernemingen hebben. In dat kader heeft de Europese Commissie van september tot en met december vorig jaar een internetconsultatie verricht om (onder meer) de economische rol die internetplatforms spelen in kaart te brengen. De uitkomsten van deze consultatie zijn nog niet bekend.

De vier overige onderwerpen op de ACM Agenda zijn:

- Energiemarkt in transitie
- Havens en transport
- Duidelijke tarieven en voorwaarden
- Overheid & markt

### **Sjaak van der Heul**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: [vanderheul@dirkzwager.nl](mailto:vanderheul@dirkzwager.nl)

# NZA aanvraagformulier fusies in de zorg vernieuwd

**Sinds 1 januari 2014 moeten zorgaanbieders hun voornemen om (i) te fuseren, (ii) een overname te verrichten, en/of (iii) een volwaardige joint-venture op te richten (gezamenlijk: concentraties), (ook) vaak ter goedkeuring melden bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Inmiddels heeft de NZa ruim 170 concentratiemeldingen ontvangen. Op basis van ervaringen opgedaan tijdens deze meldingsprocedures heeft de NZa recent het formulier waarmee zorgaanbieders goedkeuring kunnen aanvragen en de bijbehorende toelichting vernieuwd.**

## **Wijzigingen in de toelichting**

De wettelijke meldingsplicht en dus de inhoud van de melding zijn ongewijzigd gebleven. Zorgaanbieders moeten op grond van artikel 49a Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (kort gezegd) door middel van een concentratie-effectrapportage bewijzen dat zij – in aantoonbaar overleg met cliënten en medewerkers – van tevoren goed hebben nagedacht over het nut en de risico's van een concentratie. Als een betrokken zorgaanbieder cruciale zorg aanbiedt, moet tevens worden gemotiveerd dat deze zorg niet in gevaar komt door de voorgenomen concentratie.

Het aangepaste formulier is gebruiksvriendelijker gemaakt maar blijft inhoudelijk goeddeels ongewijzigd. De gewijzigde toelichting bevat een aantal nuttige aanvullingen. Het benoemt diverse (voor)procedures die voorheen weliswaar al in de praktijk door de NZa (in overleg met meldende zorgaanbieders) werden toegepast maar waarvoor nog geen beleid was geformuleerd. In de vernieuwde toelichting zijn nu uitdrukkelijk opgenomen de mogelijkheden om (i) een prenotificatiegesprek met de NZa te voeren, en (ii) een informele zienswijze te vragen aan de NZa.

Prenotificaties en informele zienswijzen kunnen het meldingsproces stroomlijnen. Een prenotificatiegesprek is bruikbaar als onduidelijkheid bestaat over de vraag of de zorgaanbieders al over voldoende informatie beschikken om de NZa in staat te stellen de voorgenomen concentratie te beoordelen. Een informele zienswijze wordt aanbevolen als de betrokken organisaties twijfelen of hun voorgenomen samenwerking leidt tot een meldingsplicht. Zulke twijfel kan bijvoorbeeld ontstaan



als partijen niet zeker weten of hun voorgenomen samenwerking (ook) volgens de NZa kwalificeert als concentratie. Omdat alleen op zorgaanbieders een meldingsplicht rust, kan ook onzekerheid over de uitleg door de NZa van het begrip zorgaanbieder reden zijn voor een verzoek tot informele zienswijze.

### **Samenwerking met de ACM**

Concentratie is een mededingingsrechtelijk begrip dat conform de Mededingingswet moet worden uitgelegd. Het is daarom mogelijk dat de NZa bij een prenotificatiegesprek of informele zienswijze nauw samenwerkt met de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De ACM heeft op basis van bestaand beleid al ruime ervaring met prenotificatiegesprekken en informele zienswijzen. Zeker als de voorgenomen concentratie na goedkeuring ook bij de ACM moet worden gemeld, kan samenwerking in het voortraject tussen ACM, NZa en de betrokken zorgaanbieder(s) de totale doorlooptijd van de meldingen verkorten. Overleg tussen NZa en ACM ligt overigens sowieso voor de hand in het licht van de door de minister van VWS voorgestelde overheveling van de zorgspecifieke fusietoets van de NZa naar de ACM.

### **Sjaak van der Heul**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: [vanderheul@dirkzwager.nl](mailto:vanderheul@dirkzwager.nl)

# Voorstel voor Wet tot Bescherming Klokkenluiders

**De eerste kamer bespreekt vandaag een (herzien) voorstel voor wet tot bescherming van klokkenluiders – de Wet Huis voor klokkenluiders – nadat dit voorstel in de zomer van 2015 al door de tweede kamer met algemene stemmen werd aangenomen.**

Uit de toelichting op de website van de eerste kamer blijkt dat het in ieder geval de intentie is een dergelijke wet in werking te laten treden.

*“De Eerste Kamer heeft tijdens de eerste termijn van de plenaire behandeling van het initiatiefvoorstel 33.258 de wens uitgesproken dat dat voorstel zo spoedig mogelijk tot wet wordt verheven, maar tevens aangegeven een aantal zorgen te hebben. Dat heeft de initiatiefnemers doen besluiten tot een wijziging van het wetsvoorstel, waarin onder meer gevolg wordt gegeven aan de toezeggingen die aan de Eerste Kamer zijn gedaan. Ook wordt daarmee tegemoet gekomen aan bezwaren die eerder door een aantal fracties in de Tweede Kamer zijn gemaakt.”*

Het wetsvoorstel zou ertoe moeten leiden dat een zelfstandig bestuursorgaan (het ‘Huis voor Klokkenluiders’) wordt ingesteld dat (in het kader van de aan te nemen wet) een vergrote bescherming van werknemers tot gevolg heeft. Het bestuursorgaan zou als taak hebben advies aan en onderzoek voor een werknemer die een misstand aan de kaak wil stellen. De werknemer kan bij het bestuursorgaan conform het wetsvoorstel een verzoekschrift tot onderzoek indienen.

De wet maakt duidelijk dat de bescherming (of wellicht beter begeleiding) van een werknemer niet onbeperkt is. De wet betreft slechts gevallen waarin een vermoeden van een misstand bestaat en het voorstel voor de Wet Huis voor Klokkenluiders definieert dit als volgt:

*vermoeden van een misstand*: het vermoeden van een werknemer, dat binnen de organisatie waarin hij werkt of heeft gewerkt of bij een andere organisatie indien hij door zijn werkzaamheden met die organisatie in aanraking is gekomen, sprake is van een misstand voor zover:

1°. het vermoeden gebaseerd is op redelijke gronden, die voortvloeien uit de kennis die de werknemer bij zijn werkgever heeft opgedaan of voortvloeien uit de

kennis die de werknemer heeft gekregen door zijn werkzaamheden bij een ander bedrijf of een andere organisatie, en

2°. het maatschappelijk belang in het geding is bij de schending van een wettelijk voorschrift, een gevaar voor de volksgezondheid, een gevaar voor de veiligheid van personen, een gevaar voor de aantasting van het milieu, een gevaar voor het goed functioneren van de openbare dienst of een onderneming als gevolg van een onbehoorlijke wijze van handelen of nalaten;

Daarbij is het voorstel om in de wet een waarborg te introduceren voor de klokkenluidende werknemer: *“De werkgever mag de werknemer niet benadelen als gevolg van het te goeder trouw en naar behoren melden van een vermoeden van een misstand als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Wet Huis voor klokkenluiders tijdens en na de behandeling van deze melding bij de werkgever of de daartoe bevoegde instantie.”*

Zodra dit voorstel is geaccepteerd als wet, treedt de wet per direct in werking. Lees het gehele wetsvoorstel [hier](#). De stemmingen over het wetsvoorstel zijn gepland op 16 februari 2016.

**Esther Mommers**

T: +31 (0)26 353 83 23

E: [mommers@dirkzwager.nl](mailto:mommers@dirkzwager.nl)

# Goodwill bij exploitatie van een in de steek gelaten praktijk?

**Is een ziekenhuis goodwill verschuldigd als zij een praktijk gaat exploiteren die door haar 'voorganger' (in dit geval een maatschap) in de steek is gelaten? Over deze vraag heeft het Scheidsgerecht Gezondheidszorg zich onlangs gebogen (arbitraal vonnis van 3 november 2015, zaaknummer 15/11). Het antwoord is niet verbazingwekkend, maar wel vermeldenswaard.**

## **Relevante feiten**

Voor de praktijk in kwestie (een IC-praktijk) is een aantal jaren geleden door een maatschap anesthesiologie een bedrag ter hoogte van ruim € 150.000,- betaald aan het ziekenhuis. Als gevolg hiervan is de maatschap 'eigenaar' van de aan de betreffende praktijk verbonden goodwill geworden.

Vrij kort daarna ontstaat – naar later zal blijken: voortdurende – onenigheid tussen het ziekenhuis en de maatschap over de precieze invulling van de door de maatschap in de IC-praktijk te verrichten werkzaamheden.

Uiteindelijk lijkt het dispuut (definitief) te kunnen worden beëindigd als principe-overeenstemming wordt bereikt over de oprichting van een zogenaamde Multi-Disciplinaire Intensive Care (MDIC). Het ziekenhuis zou de IC-praktijk van de maatschap overnemen en een nader te bepalen vergoeding betalen aan de maatschap. De maatschap op haar beurt zou, tegen vergoeding door het ziekenhuis, medisch specialisten aan de MDIC ter beschikking stellen.

Wat schetst echter de verbazing? In een periode van minder dan een maand zeggen niet minder dan vier (!) leden van de maatschap hun (toen nog) toelatingsovereenkomsten aan het ziekenhuis op. Vervolgens gaat het hard: de overblijvende maten delen het ziekenhuis mee dat zij de IC-praktijk geheel zullen neerleggen. Het ziekenhuis trekt de inmiddels 'verlaten' praktijk aan zich en neemt concrete maatregelen om de continuïteit van de praktijk te borgen.

De maatschap wendt zich tot het Scheidsgerecht en vordert vergoeding voor het verlies van goodwill dat aan de IC-praktijk is verbonden.

## Oordeel Scheidsgerecht

Bij ontstentenis van contractuele afspraken is de kernvraag voor het Scheidsgerecht of er sprake is van 'andere omstandigheden', gelegen in de sfeer van de redelijkheid en billijkheid, die een vergoedingsplicht voor het ziekenhuis zouden kunnen constitueren.

Conform een bestendige lijn in de jurisprudentie van het arbitraal college wordt deze vraag geplaatst in het bredere kader van de vraag of het ziekenhuis jegens de (leden van de) maatschap 'onvoldoende zorgvuldig' heeft gehandeld of de (leden van de) maatschap 'onevenredig nadeel' toe heeft gebracht als gevolg van het niet-aanbieden van een vergoeding. Slechts in dergelijke gevallen zal (normaal gesproken) namelijk sprake kunnen zijn van een uit de redelijkheid en billijkheid voortvloeiende verplichting voor een ziekenhuis om een medisch specialist bij wege van schadevergoeding een bedrag te betalen ter compensatie van het verlies van de mogelijkheid om goodwill te bedingen.

Voor de toepassing van dit jurisprudentiële kader op het onderhavige geval is voor het Scheidsgerecht allereerst van (groot) belang dat, anders dan de maatschap had gesteld, van een reguliere 'overdracht' van de IC-praktijk überhaupt geen sprake was. De praktijk was immers door haar voerders in de steek gelaten en daarmee – althans, zo zou men de implicatie met enige fantasie kunnen interpreteren – tot een soort 'res nullius' gemaakt, een niemand (meer) toebehorende en door iedereen (en in dit geval: het ziekenhuis) vrij toe te eigenen zaak.

Bovendien, zo vervolgt het arbitraal college, iedere mogelijk voor het ziekenhuis uit de bereikte principe-overeenstemming voortvloeiende verplichting om de IC-praktijk tegen betaling van goodwill van de maatschap over te nemen is in ieder geval komen te vervallen toen de (leden van de) maatschap van hun kant hun medewerking aan een definitieve regeling hebben doen vervallen. De 'opzeggende' maten hebben met hun (plotselinge) opzegging van de toelatingsovereenkomsten naar het oordeel van het Scheidsgerecht namelijk een vrije keuze gemaakt die, ondanks de slechte financiële omstandigheden waar het ziekenhuis in verkeerde, uitdrukkelijk geen vergoedingsplicht van het ziekenhuis ter zake van gedeerde goodwill met zich kan brengen. Van de 'verlatende' maten, op hun beurt, had verder mogen worden verwacht dat zij in constructief overleg met het ziekenhuis zouden zijn getreden om voor de ontstane situatie een oplossing te zoeken.

Als een soort 'obiter dictum' overweegt het Scheidsgerecht nog dat het überhaupt de vraag is of de maatschap onder normale omstandigheden de goodwill van de praktijk te gelde had kunnen maken. De 'oude' situatie waarin opvolgers individueel werden toegelaten tot een ziekenhuis onder voorwaarde dat ze goodwill betaalden aan hun voorgangers, behoort sinds 1 januari 2015 immers tot het verleden. En het (indertijd nog) op te richten Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), waarmee de maten in de 'nieuwe' situatie over eventuele goodwill in overleg hadden moeten treden, had reeds laten weten de IC-praktijk 'onder geen beding' over te willen nemen. Het Scheidsgerecht beschouwt dit echter – in nuchtere bewoordingen – als het '(ondernemers)risico' van de maatschap.

De vordering van de maatschap wordt op grond van het voorgaande, in onderlinge samenhang beschouwd, – dus – afgewezen.

### **Les**

De moraal van dit verhaal? Goodwillaanspraken kunnen niet alleen worden verloren, maar ook worden verlaten.

### **Tom van Malssen**

T: +31 (0)24 381 31 28

E: [vanmalssen@dirkzwager.nl](mailto:vanmalssen@dirkzwager.nl)

# Het melden van een calamiteit: wat zijn de regels?

Deze week verscheen op [Zorgvisie](#) het bericht dat ziekenhuizen in 2014 in ieder geval twintig calamiteiten niet hebben gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ kwam hier achter doordat andere betrokkenen de calamiteit wél bij de IGZ meldden. De betreffende ziekenhuizen hebben een boete gekregen.

Dit nieuwsbericht is reden om in dit artikel nog eens aandacht te besteden aan de vraag wanneer je als zorgaanbieder een calamiteit moet melden en hoe je dat doet.

## Wat moet je melden?

De relevante wet is de (nieuwe) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In artikel 11 lid 1 onder a staat dat de zorgaanbieder melding moet doen van: *“iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden”*. De kernvraag is wat onder het begrip 'calamiteit' valt. Artikel 1 Wkkgz definieert 'calamiteit' als volgt: *“een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt heeft geleid.”* [mijn onderstrepingen] Onder 'ernstig schadelijk gevolg' valt bijvoorbeeld een ernstige verwonding of blijvende invaliditeit.

De zorgaanbieder moet zelf beoordelen of een bepaalde gebeurtenis aan de hiervoor genoemde definitie voldoet. Het is niet altijd eenvoudig om onderscheid te maken tussen een calamiteit en een complicatie.

## Wanneer en bij wie meld je een calamiteit?

De zorgaanbieder heeft zes weken de tijd om te onderzoeken of er sprake is van een calamiteit. Als dit eenmaal is vast komt te staan, moet er *“onverwijld”* worden gemeld, zo bepaalt artikel 11 Wkkgz. Dit betekent concreet dat de melding binnen drie werkdagen na de vaststelling moet worden gedaan.

De zorgaanbieder moet de melding doen bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid. In de praktijk is dit de IGZ, dat onderdeel uitmaakt van het Staatstoezicht. Op de [website](#) van de IGZ staat een digitaal meldformulier. Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz bevat in artikel 8.1 e.v. een opsomming van de gegevens die in melding moeten zijn opgenomen.

Wordt de melding niet op tijd gedaan, dan kan de IGZ een bestuurlijke boete opleggen (artikel 30 Wkkgz). Deze boete kan oplopen tot een bedrag van € 33.500,-.

### **Wat gebeurt er na de melding?**

Na de melding ontvangt de zorgaanbieder een ontvangstbevestiging. Daarna laat de IGZ weten of zij van de zorgaanbieder een calamiteitenrapportage verwacht (artikel 8.7 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). De zorgaanbieder krijgt voor het opstellen van deze rapportage in beginsel acht weken de tijd.

In de rapportage doet de zorgaanbieder verslag van (het onderzoek naar) de calamiteit. Uit de rapportage moet ook blijken welke verbetermaatregelen de zorgaanbieder heeft genomen om een dergelijke calamiteit in de toekomst te voorkomen. Op de [website](#) van de IGZ staat een handig 'Format calamiteitenrapportage' met een overzicht van de eisen waaraan een calamiteitenrapportage moet voldoen.

Op basis van de rapportage beoordeelt de IGZ of er geen sprake meer is van een ernstige bedreiging voor de veiligheid van cliënten, of het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd en of er verbetermaatregelen zijn getroffen (artikel 8.9 lid 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Als dit het geval is, wordt het onderzoek beëindigd.

In uitzonderlijke gevallen kan de IGZ ook besluiten om zelf een onderzoek te verrichten. Bijvoorbeeld als het onderzoek van de zorgaanbieder niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen of als het gaat om een zeer ernstige calamiteit. De IGZ stelt dan zelf een rapport op met de relevante feiten, de conclusies van de IGZ en de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen.

### **Steeff Verheijen**

T: +31 (0)24 381 31 09

E: [verheijen@dirkzwager.nl](mailto:verheijen@dirkzwager.nl)



# Naar een nieuwe governancecode voor de zorg

**Governance is een dynamisch begrip, ook in de zorg. De huidige Zorgbrede Governancecode dateert uit 2010. De Minister van VWS heeft op 16 februari 2016 de Tweede Kamer geschreven dat zij hoopt dat er voor de zomer een conceptversie van de nieuwe Zorgbrede Governancecode ligt. Wat kunnen we verwachten in een nieuwe governancecode?**

De Zorgbrede Governancecode is een document dat geschreven is voor en door zorginstellingen die verenigd zijn via de BoZ (Brancheorganisaties in de Zorg). Bij hen ligt dan ook het initiatief voor het herzien van de governancecode. De Minister heeft echter in diverse brieven wel een 'wensenlijstje' kenbaar gemaakt.

De Minister heeft zowel aandacht voor de inhoud van de nieuwe governancecode als voor de naleving. Inhoudelijk zou de Minister graag meer nadruk zien op cultuur en gedrag van raden van bestuur en raden van toezicht. Ook borging van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid binnen een zorginstelling vindt de Minister belangrijk. Ten slotte is aandacht gevraagd voor de beoordeling van de geschiktheid van bestuurders en toezichthouders, bijvoorbeeld via een accreditatiesysteem.

De inhoudelijke verschuiving van organisatieregels naar gedragsregels komt niet uit de lucht vallen. In andere herziene governancecodes in de semipublieke sector is dezelfde tendens te zien, onder meer in de nieuwe governancecodes voor respectievelijk de woningcorporaties en voor de scholen in het voortgezet onderwijs (beide uit 2015). De verwachting is bovendien dat de behoefte aan organisatieregels zal afnemen als het (aangekondigde) wetsvoorstel Wet Bestuur en toezicht rechtspersonen ingevoerd wordt: veel organisatieregels voor stichtingen en verenigingen die nu in de governancecode zijn geregeld worden dan wettelijk verankerd.

Wat de naleving betreft, is de wens geuit dat de Zorgbrede Governancecode minder vrijblijvend wordt: er moet worden nagedacht over een betere naleving. En de governancecode moet gaan gelden voor de gehele sector, dus ook voor instellingen die niet aangesloten zijn bij één van de brancheorganisaties van de BoZ. Op dit moment is toepassing van de governancecode een lidmaatschapsverplichting van de brancheorganisaties: wie lid wil zijn, moet dus

de governancecode invoeren. Een speciaal ingestelde Governancecommissie beoordeelt desgevraagd of een zorginstelling op een juiste manier de governancecode hanteert.

Daarmee is nog niet alles gezegd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt de governancecode als een brede 'veldnorm', en ziet toe op de naleving daarvan. Ook zorgverzekeraars eisen in hun inkoopbeleid aantoonbare implementatie van de governancecode: een zorginstelling die de governancecode niet toepast, loopt het risico geen of een ongunstiger contract te krijgen. Uit rechterlijke uitspraken in het kader van de zorgcontractering blijkt dat het naleven van de Zorgbrede Governancecode ook nu al zeker niet vrijblijvend is.

**Fabian Keijzer**

T: +31 (0)24 381 31 28

E: [keijzer@dirkzwager.nl](mailto:keijzer@dirkzwager.nl)

# Wie heeft de auteursrechten: opdrachtgever of opdrachtnemer? En wie mag wat met huisstijl, tekst en foto's?

**Stel, u geeft opdracht tot een reclamecampagne om uw product of dienst onder de aandacht te brengen bij het publiek. Wie is dan rechthebbende op de campagne, u of uw opdrachtnemer? En wat mag u met het ingekochte materiaal?**

Deze vraag speelt vaker in de praktijk. Recentelijk is hierover wederom een belangrijke uitspraak geweest. Een marketing- en communicatie adviesbureau is opdracht gegeven om een campagne te bedenken voor de Gemeente Den Haag. Daartoe is een onderaannemer ingeschakeld, die het ontwerp voor een campagnestijl/communicatiestijl bedacht en uitgewerkt heeft. Op verzoek van de gemeente zijn deze ontwerpen vervolgens teruggekomen in latere (deel) campagnes en uitingen van de gemeente, waarbij de genoemde onderaannemer – in elk geval vanaf medio 2013 – niet meer betrokken was. De onderaannemer stelt dat hierdoor zijn auteursrechten worden geschonden. Wat is het oordeel van de rechter?

## **Wie heeft de rechten?**

De rechter stelt eerst vast dat de eiser (de onderaannemer) het ontwerp heeft gemaakt in het kader van de opdracht en geen auteursrechten heeft overgedragen. Dat staat tussen partijen ook vast. Ook niet in geschil is dat de elementen uit het ontwerp vervolgens in andere deelcampagnes terugkwamen, zonder dat de onderaannemer daarbij betrokken was. Daartegen richten zich immers de bezwaren.

## **Wie mag wat?**

Door de gedaagde partij (Zoots) is aangevoerd dat de gegeven overeenkomst van opdracht een gebruikslicentie omvat ten aanzien van de ontwerpen. De rechter oordeelt dat de reikwijdte daarvan afhankelijk is van hetgeen partijen daarover hebben afgesproken:

*In de BNOvoorwaarden artikel 5.1 (zie 2.12) wordt dit aangeduid als de bij de opdracht overeengekomen bestemming. Als bij het sluiten van de opdracht over*

*de bestemming niets is afgesproken, dan geldt op grond van artikel 5.1 dat het gebruiksrecht beperkt is tot dat gebruik waarvoor op het moment van het verstrekken van de opdracht vaststaande voornemens bestonden. Ook dat wijkt niet wezenlijk af van het wettelijk systeem waarbij de reikwijdte van het gebruiksrecht dient te blijken uit hetgeen partijen zijn overeengekomen.*

De eiser heeft echter geen offerte of een akkoord van Zootz op zulk een offerte overgelegd noch anderszins een overeenkomst van opdracht of een stuk waaruit de inhoud van hetgeen partijen zijn overeengekomen blijkt. Zootz heeft onbestreden naar voren gebracht dat een dergelijke offerte er wel is. Zootz stelt dat de offerte ten aanzien van het ontwerp net een onbeperkt gebruiksrecht voor Zootz vermeldt. Of dit zo is, hetgeen wordt betwist door eiser, heeft de rechtbank niet kunnen vaststellen omdat ook Zootz de offerte niet heeft overgelegd.

Echter, uit wel door eiser overgelegde twee facturen die zien op het ontwerp (voor fasen 1 en 2) is niet af te leiden wat partijen zijn overeengekomen omtrent het aan Zootz verstrekte gebruiksrecht.

De rechter oordeelt dat de eiser zijn stellingen onvoldoende heeft onderbouwd:

*Uit het voorgaande volgt dat [eiser] de inhoud van de overeenkomst van opdracht, althans de volgens zijn stelling gemaakte afspraken omtrent een beperkt gebruiksrecht van het ontwerp, gelet op de gemotiveerde betwisting door Zootz, onvoldoende nader heeft onderbouwd terwijl dat wel op zijn weg had gelegen.*

*[eiser] heeft een algemeen bewijsaanbod gedaan zonder overigens te specificeren dat hij aanbiedt de inhoud van de overeenkomst van opdracht te bewijzen. De rechtbank ziet geen aanleiding om [eiser] alsnog in de gelegenheid te stellen stukken in het geding te brengen. Van een partij die zich beroept op een stuk waarover zij beschikt, mag immers verlangd worden dat zij dat stuk uit zichzelf in het geding brengt (Hoge Raad 9 maart 2012, LJN BU9204). Partijen zijn in het tussenvonnis in de gelegenheid gesteld om tot twee weken voor de comparitie stukken in te zenden terwijl [eiser] ruimschoots voordien op de hoogte was van de verweren van Zootz. [eiser] heeft verzuimd de offerte dan wel andere stukken over te leggen, hetgeen hij overigens ook niet ter zitting alsnog heeft aangeboden. [eiser] heeft voorts geen bewijs aangeboden door middel van getuigen. Zodoende gaat de rechtbank aan zijn algemene bewijsaanbod voorbij.*

## **Reikwijdte gebruik**

Niet is komen vast te staan dat partijen een beperkt gebruiksrecht ten aanzien van het ontwerp zijn overeengekomen. De rechtbank komt dan ook niet toe aan de uitleg (en de reikwijdte) van het afgesproken gebruiksrecht, en ook niet aan de beoordeling van de stelling dat sprake is van onrechtmatig handelen.

## **Afspraken maken!**

De omvang van de gebruikslicentie (op de auteursrechten) op het materiaal strandt in casu op een bewijsrechtelijk punt. De rechter oordeelt immers dat de onderaannemer onvoldoende heeft aangetoond dat het (de bedoeling was dat) het gebruiksrecht in omvang is beperkt. Deze onduidelijkheid over de reikwijdte van het gebruik had kunnen worden voorkomen door vooraf duidelijke afspraken te maken wie wat mag met het materiaal. De opdrachtnemer kan immers in zijn opdracht de gebruiksrechten die hij/zij wel of niet wil weggeven afbakenen.

De opdrachtgever had in dit geval zich een procedure kunnen besparen door schriftelijke te bedingen dat alle auteursrechten op de campagne zouden worden overgedragen, ook voor zover het toekomstig materiaal betreft, zodat daarmee zonder problemen kon worden verder gewerkt.

Kortom, voor alle betrokken partijen bij de samenwerking over de vormgeving van een reclamecampagne is het altijd verstandig om vooraf goede schriftelijke afspraken te maken over de do's en dont's van het te leveren en af te nemen werk. Om dergelijke discussies in zijn geheel te voorkomen is het zelfs nog beter om de auteursrechten door het reclamebureau over te laten dragen.

## **Joost Becker**

T: +31 (0)26 353 83 77

E: [becker@dirkzwager.nl](mailto:becker@dirkzwager.nl)

# Zorgvastgoed tussen publiek belang en privaat kapitaal

**Van wie is het ziekenhuisvermogen? Achter deze ogenschijnlijk eenvoudige vraag ligt één van de ingewikkeldste maatschappelijke vraagstukken van deze tijd verborgen. In alle politieke discussies van de afgelopen jaren is de bescherming van vermogen van zorginstellingen dat met publieke middelen is opgebouwd een terugkerend thema. Uit een recente brief van de minister blijkt dat de zij voornemens is de overheidsbemoeienis met vastgoedtransacties (toch) te schrappen. Tegelijk wil zij een investeringsmodel stimuleren waarbij de belangen van ziekenhuis en medisch specialisten zoveel mogelijk parallel lopen.**

Zorginstellingen hebben -kort gezegd- steeds meer verantwoordelijkheid gekregen voor hun financiële huishouding. Het zogenaamde bouwregime is afgeschaft en zorgaanbieders dragen zelf het risico voor investeringsbeslissingen. De kosten voor financiering (kapitaallasten dus, zoals te betalen rente over een lening) worden niet meer afzonderlijk door de overheid vergoed. Met het wetsvoorstel voor de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg (ook wel: Wet privaat kapitaal) wordt het voor zorginstellingen mogelijk om privaat kapitaal aan te trekken. Een van de mogelijke investeringsmodellen is het zogenaamde participatiemodel, waarbij medisch specialisten investeren in het ziekenhuis waar zij actief zijn.

Onder het huidige wettelijke regime hebben zorgaanbieders de plicht om een melding te doen bij het College sanering zorginstellingen (het CSZ) als zij van plan zijn om zorgvastgoed aan de zorg te onttrekken. Het CSZ kan de transactie vervolgens aan zijn goedkeuring onderwerpen en eventueel bepalen dat een deel van de 'meeropbrengst' in een fonds gestort moet worden. Dit is geregeld in art. 18 WTZi. In eerste instantie voorzag het wetsvoorstel Wet privaat kapitaal het schrappen van dit artikel. De Tweede Kamer nam echter een amendement aan dat art. 18 WTZi liet terugkeren, maar wel in een gewijzigde vorm, met een ander doel en een bredere reikwijdte.

Op verzoek van de minister heeft de Raad van State zijn kritisch licht laten schijnen over het amendement dat ziet op de 'revival' van art. 18 WTZi. Op 9 maart 2016 heeft de minister het advies van de Raad van State aan de Tweede Kamer

gestuurd: het advies is negatief over de rechtsonzekerheid die het amendement meebrengt, de onduidelijkheid over de doelstellingen en de te ruime reikwijdte en de gespannen verhouding tot het Europese recht. De Raad van State is dermate kritisch dat de minister heeft besloten om art. 18 WTZi alsnog te schrappen. Dat zal zij doen met behulp van een 'novelle', dat is een soort aanvullend 'bezemwetje' dat achter het eigenlijke wetsvoorstel aankomt.

De minister kondigt in haar brief niet alleen de schrapping van art. 18 WTZi aan. Zij laat ook weten dat zij studeert op stimulansen voor een investeringsmodel waarbij sprake is van 'gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen'. Daarmee doelt zij op een model waarin specialisten investeren in hun eigen ziekenhuis, en wel op zo'n manier dat het ook in hun belang is dat het ziekenhuis op een goede manier invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het achterliggende idee is dat in een model waarbij de belangen van ziekenhuis en specialist parallel lopen, uiteindelijk ook de patiënt er beter van wordt. Van wie het ziekenhuisvermogen is, blijft namelijk een lastige vraag, maar ten behoeve van wie het ingezet moet worden, staat niet ter discussie!

**Fabian Keijzer**

T: +31 (0)24 381 31 28

E: [keijzer@dirkzwager.nl](mailto:keijzer@dirkzwager.nl)

# Onderzoek garanderen van betere beveiliging van patiëntgegevens binnen zorginstellingen

**Begin dit jaar kwam in het nieuws dat patiëntendossiers uit enkele Nederlandse ziekenhuizen door Belgische gedetineerden zijn voorbereid. Over de periode van 2009 tot en met februari 2015 hebben Belgische gedetineerden de patiëntendossiers ontdaan van nietjes, paperclips en foto's, zodat deze konden worden gescand. Negen Nederlandse ziekenhuizen hebben een bewerkersovereenkomst gesloten met het Belgische scanbedrijf iGuana die op haar beurt de Belgische gedetineerden van voornoemde werkzaamheden voorzag. Dit voorval heeft geleid tot Kamervragen en de vraag of dit wel in overeenstemming is met de relevante wet- en regelgeving.**

Een zorginstelling behoort als verantwoordelijke voor de gegevensverwerking op grond van artikel 13 Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) '*passende technische en organisatorische maatregelen op te leggen om zo persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking*'. Indien een zorginstelling gezondheidsgegevens laat verwerken door een derde, ook wel bewerker genoemd, dan behoort de zorginstelling de bewerker te verplichten om voldoende waarborgen te treffen ten aanzien van de technische en organisatorische beveiliging. Tevens rust op de zorginstelling de verplichting om toe te zien op de naleving van de genomen maatregelen. De uitvoering van de verwerkingen door een bewerker moet op grond van artikel 14 lid 2 Wbp worden geregeld in een bewerkersovereenkomst. De vraag doet zich voor of de betrokken zorginstellingen als verantwoordelijke in strijd hebben gehandeld met voornoemde bepalingen uit de Wbp.

Volgens minister Schippers is het aan de Autoriteit Persoonsgegevens om te oordelen of de bepalingen uit de Wbp zijn overtreden. De Autoriteit Persoonsgegevens houdt toezicht op de naleving van de bepalingen uit de Wbp en kan bestuursrechtelijke en strafrechtelijke sancties opleggen indien zij van oordeel is dat de zorginstelling de Wbp heeft overtreden. Over de vraag of de voorbereiding door de Belgische gedetineerden geoorloofd is in de zin van de Wbp heeft de Autoriteit Persoonsgegevens zich nog niet uitgelaten. De bewerkersovereenkomst die is gesloten tussen iGuana en de betrokken



zorginstellingen zal nader worden onderzocht, waarbij er tevens wordt gekeken of de geheimhoudingsplicht is nageleefd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan daarbij in beeld komen als de kwaliteit van zorg in het geding is gekomen door het onveilig omgaan met medische persoonsgegevens. Bewerkersovereenkomsten die zijn gesloten bij ziekenhuizen die nog in transitie zijn van papieren naar digitale dossiers worden naar aanleiding van voornoemd voorval nader bekeken door de IGZ. Tevens heeft minister Schippers op 16 maart jl. een brief aan de Tweede Kamer toegezonden waaruit blijkt dat op zeer korte termijn de koepels van ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg een brief van de IGZ zullen ontvangen waarin zij op hun verantwoordelijkheid worden gewezen om de informatieveiligheid van medische gegevens te borgen. Verder merkt minister Schippers op dat zij na zal gaan of de regelgeving aanscherping behoeft.

Daarnaast volgt uit de brief van minister Schippers dat er verschillende acties zullen worden ondernomen om de bescherming van patiëntgegevens binnen zorginstellingen te garanderen. Hierbij wordt ingegaan op de brief die de Autoriteit Persoonsgegevens aan de Raden van Bestuur van zorginstellingen heeft toegezonden, waarin het verzoek is gedaan om na te gaan of de zorginstellingen

wel aan de eisen uit de Wbp voldoen en indien dat niet het geval is, alsnog gepaste maatregelen te nemen. Uit een onderzoek van de Autoriteit Persoonsgegevens is namelijk gebleken dat het beleid en de praktijk van meerdere zorginstellingen niet in overeenstemming is met de vereisten van artikel 13 Wbp. Zo was er bij de onderzochte instellingen sprake van toekenning van een te ruime autorisatie aan medewerkers voor toegang tot het instellings-EPD, ontbrak het aan afdoende controle op het gebruik door medewerkers van de hun toegekende toegangsrechten en ontbrak het daardoor ook aan het daadwerkelijk opleggen van sancties bij misbruik van die toegangsrechten.

In het licht van het voorgaande heeft minister Schippers meegedeeld dat zij zelf onderzoek zal laten doen naar de vraag op welke wijze zorginstellingen in de dagelijkse praktijk omgaan met de beveiliging van hun patiëntgegevens en hoe hierin verbetering kan worden aangebracht. Hierbij zal minister Schippers naar eigen zeggen op korte termijn over de exacte onderzoeksvraag in overleg treden met de koepels van de ziekenhuizen en de GGZ-instellingen. In het onderzoek zal specifiek aandacht worden besteed aan de wijze van omgaan met incidenten van schending van de bescherming van patiëntgegevens, situaties waarin gewerkt wordt met onderaannemers en tot slot de bescherming van gegevens die worden

gebruikt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Eind 2016 wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van dit onderzoek.

**Joanne Houwers**

T: +31 (0)24 381 31 35

E: [houwers@dirkzwager.nl](mailto:houwers@dirkzwager.nl)

# Deel 1 Uit de serie 'Het medisch specialistisch bedrijf als werkgever'

## **Is het MSB gebonden aan de cao Ziekenhuizen?**

Met de komst van het MSB werd menig MSB-bestuurder geconfronteerd met een tot dusverre onbekende rol; die van werkgever. Waar vroeger alle zorgen en dilemma's rond het werkgeverschap veelal werden ondervangen door het ziekenhuis, is het MSB nu zelf ten volle verantwoordelijk voor deze vaak lastige materie.

In een serie artikelen belichten wij allerlei aspecten die met deze werkgeversrol samenhangen. Deze aflevering gaan we in op de gebondenheid van het MSB aan de cao Ziekenhuizen.

## **Cao**

Een cao is een overeenkomst gesloten tussen doorgaans één of meerdere werkgeversvereniging(en) en één of meerdere werknemersvereniging(en), waarin arbeidsvoorwaarden zijn vastgelegd die bij het sluiten van individuele arbeidsovereenkomsten in acht genomen dienen te worden.

Is het MSB gebonden aan de cao Ziekenhuizen en daardoor verplicht de arbeidsvoorwaarden die daarin zijn vervat toe te passen in de arbeidsrelatie met zijn medewerkers?

## **Gebondenheid aan cao**

Een werkgever kan op verschillende wijzen gebonden raken aan een cao:

- door lid te worden van de werkgeversvereniging die de cao afsluit;
- door algemeen verbindendverklaring van de cao door de minister;
- door de cao in de individuele arbeidsovereenkomsten te incorporeren.

### *Ad 1 lidmaatschap*

De cao Ziekenhuizen is gesloten tussen de NVZ als werkgeversvereniging enerzijds en de FNV, CNV, FBZ en NU'91 als werknemersverenigingen anderzijds. Het MSB is doorgaans geen lid van de NVZ, waardoor het in de regel niet op grond van zijn lidmaatschap gebonden is aan de cao Ziekenhuizen.

### *Ad 2 algemeen verbindendverklaring*

Algemeen verbindendverklaring van een cao houdt in dat de minister voor een bepaalde periode bepaalt, dat in de hele branche dezelfde arbeidsvoorwaarden moeten gelden. Een algemeen verbindendverklaring heeft tot gevolg dat alle werkgevers die vallen onder de werkingssfeer van de betreffende cao, aan de cao gebonden zijn. Ook indien zij geen lid zijn van de werkgeversorganisatie die de cao heeft afgesloten en zij de cao niet in de individuele arbeidsovereenkomsten geïncorporeerd hebben.

### **Valt het MSB onder de werkingssfeer van de cao Ziekenhuizen?**

Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe cao Ziekenhuizen, de cao 2014-2016, bestaat hierover in principe geen onduidelijkheid meer. Cao-partijen hebben bij het sluiten van deze cao namelijk geanticipeerd op de oprichting van het MSB door de werkingssfeer uit te breiden met een nieuw derde lid. Dit nieuwe lid bepaalt dat onder 'werkgever' in de zin van de cao ook wordt verstaan:

*'De rechtspersoon die, en/of een organisatorisch verband dat, op structureel contractuele basis, medisch specialistische zorg biedt ten behoeve van de werkgever(s) als bedoeld onder 1'.*

*'Werkgevers als bedoeld onder 1',* zijn (o.a.) de ziekenhuizen (met uitzondering van de academische ziekenhuizen).

Het MSB valt dus onder de werkingssfeer van de cao Ziekenhuizen daar het op contractuele basis (een samenwerkingsovereenkomst) medisch specialistische zorg biedt aan het ziekenhuis.

Dit betekent dat zodra de cao Ziekenhuizen algemeen verbindend wordt verklaard door de minister, het MSB – in ieder geval gedurende de periode van algemeen verbindendverklaring – gebonden is aan de cao Ziekenhuizen en verplicht is de desbetreffende cao-bepalingen toe te passen en na te leven.

De cao Ziekenhuizen wordt regelmatig algemeen verbindend verklaard, laatstelijk van mei 2012 tot maart 2014. De huidige cao Ziekenhuizen is op dit moment niet algemeen verbindend verklaard, maar cao-partijen hebben het voornemen uitgesproken een verzoek tot algemeen verbindendverklaring in te dienen bij de minister.

### *Ad 3 incorporatie*

In de regel heeft het MSB de cao Ziekenhuizen in de arbeidsovereenkomsten met zijn medewerkers geïncorporeerd waardoor het via deze weg gebonden is aan de cao. Incorporatie houdt niets meer in dan dat in de arbeidsovereenkomst wordt opgenomen dat de cao Ziekenhuizen daarop van toepassing is. Reden dat vrijwel alle MSB's de cao Ziekenhuizen in de arbeidsovereenkomsten geïncorporeerd hebben, is dat een groot deel van het personeel van het MSB afkomstig is van het ziekenhuis. Men is bij de overstap naar het MSB de toezegging gedaan dat zij hun arbeidsvoorwaarden kunnen behouden.

### **Incorporatie biedt duidelijkheid**

Omdat het MSB onder de werkingssfeer van de cao Ziekenhuizen valt waardoor het tijdens een algemeen verbindendverklaringsperiode sowieso aan de cao gebonden is, biedt incorporatie van de cao in de individuele arbeidsovereenkomsten ook duidelijkheid. Zonder incorporatie zou het MSB gedurende opvolgende periodes met verschillende rechten en plichten geconfronteerd kunnen worden. Immers, tijdens een periode van algemeen verbindendverklaring zal het MSB verplicht de arbeidsvoorwaarden uit de cao Ziekenhuizen moeten toepassen, terwijl buiten deze periode andere arbeidsvoorwaarden gelden. Dat zou tot een onwerkbaar administratie en onoverzichtelijk woud aan rechten en plichten leiden. Incorporatie van de cao Ziekenhuizen biedt daarom rust en duidelijkheid.

### **Tip**

Bepaalde categorieën medewerkers vallen niet onder de werkingssfeer van de cao Ziekenhuizen, zoals de bestuurder of medewerkers die op incidentele basis werkzaamheden verrichten bijvoorbeeld vakantiekrachten en oproepkrachten. Ga voordat u een arbeidsovereenkomst aangaat goed na of de beoogde medewerker onder de werkingssfeer van de cao valt. Voor medisch specialisten in loondienst geldt, als onderdeel van de cao Ziekenhuizen, een aparte arbeidsvoorwaardenregeling, de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Raadpleeg alvorens u een arbeidsovereenkomst met een medisch specialist aangaat, goed de AMS.

### **Anique Sauvé**

T: +31 (0)26 353 84 85

E: [sauve@dirkzwager.nl](mailto:sauve@dirkzwager.nl)

# Continuïteit bij cloud computing is meer dan een goede back-upregeling

Bij het uit huis plaatsen van uw waardevolle data zijn goede afspraken over back-up van die data van cruciaal belang. Hier zeg ik natuurlijk niets nieuws mee. Toch gaat het in de praktijk nog vaak genoeg fout. Zo ook in een recente uitspraak van de Rechtbank Overijssel in een zaak tussen een gerechtsdeurwaarderskantoor en een leverancier (Tweco). De rechtbank neemt wanprestatie van de leverancier aan en oordeelt dat sprake is van grove schuld zodat de exoneratie opzij wordt gezet. Dit laatste gebeurt niet vaak. Ook interessant is de manier waarop de rechtbank de geleden schade begroot. Welke lessen vallen hier uit te trekken als het gaat om het borgen van continuïteit?

## **Wat was er aan de hand?**

Partijen hadden een dienstverleningsovereenkomst gesloten voor (waarschijnlijk) het ter beschikking stellen of hosten van software, maar welke overeenkomst in ieder geval ook betrekking had op het ter beschikking stellen en het beheer van een online back-up voorziening voor alle, althans de belangrijkste bedrijfsgegevens. Deze gegevens werden feitelijk opgeslagen in een extern data center (bij Equinix).

Omdat de bedrijfsgegevens dagelijks veranderden, werd de back-up bij Equinix dagelijks ververs. Partijen hadden afgesproken dat een werknemer van Tweco de werking van de voorziening zou controleren en monitoren door raadpleging van de statusberichten die Equinix wekelijks naar Tweco mailde. In dit statusberichten stond onder meer wat de laatst geslaagde backup was (inclusief datum).

Daarnaast is door Tweco ook een NAS (network attached storage) verkocht en geleverd voor het lokaal kunnen back-uppen van data.

Op zichzelf is dit een goede en vooral praktische manier om grip te houden op bedrijfsdata en om de risico's zoveel mogelijk te spreiden.

## **Murphy's Law: server crasht, verouderde online backup, geen locale backup**

Op 16 april 2015 constateerde het deurwaarderskantoor dat de server niet meer goed reageerde ('sessie bleef hangen') en dat haar personeel niet of niet goed meer met de digitale systemen en dossiers konden werken. Nadat deze storing is gemeld bij Tweco bleek dat de harde schijven (in een RAID-configuratie) in

de server defect waren. Tweco heeft vervolgens tevergeefs geprobeerd om drie van de vier schijven te vervangen en de opgeslagen data te herstellen. Herstellen ('rebuilden') bleek niet meer mogelijk. Daarom moest worden terugvallen op de back-up bij Equinix. De laatste geslaagde back-up bij Equinix bleek echter te dateren van 2 maart 2015. Tot overmaat van ramp bleek dat lokale NAS niet was ingericht als back-up voorziening. Gevolgen: alle nieuwe en bewerkte data in de periode na 2 maart, bleek niet meer te herstellen te zijn.

Het deurwaarderskantoor meent dat hier sprake is van wanprestatie (toerekenbare tekortkoming) en vordert schadevergoeding. Tweco verweert zich door zich te beroepen op haar exoneratiebepaling in haar algemene voorwaarden op grond waarvan de aansprakelijkheid bijna volledig is uitgesloten, behalve als sprake is van opzet of grove schuld. Daarnaast stelt Tweco een tegenvordering in omdat zij meent recht te hebben op vergoeding voor geleverde werkzaamheden in het kader van het herstel.

### **Rechtbank: wanprestatie aangenomen**

De rechtbank oordeelt dat Tweco toerekenbaar tekort is geschoten jegens het deurwaarderskantoor door de bij Equinix ondergebrachte back-up voorziening niet goed te beheren. Het deurwaarderskantoor mocht op basis van de gemaakte afspraken rekenen op een goed werkende (online) back-up voorziening en die heeft zij niet gekregen. In het bijzonder wordt aan Tweco aangerekend dat zij de wekelijkse statusinformatie van Equinix niet goed gecontroleerd heeft en niet geverifieerd heeft of de back-ups wel goed waren gedraaid. Deze nalatigheid heeft aanzienlijk dataverlies en schade veroorzaakt waarvoor Tweco aansprakelijk is.

Ten aanzien van de niet als back-up geconfigureerde NAS neemt de rechtbank geen tekortkoming aan omdat er geen afspraken zijn gemaakt op grond waarvan Tweco verantwoordelijkheid droeg voor de complete ICT-inrichting en –voorzieningen van het deurwaarderskantoor.

### **Geen uitsluiting van aansprakelijkheid vanwege grove schuld**

Het beroep op de exoneratiebepaling door Tweco wordt afgewezen omdat de rechtbank meent dat sprake is van grove schuld. Grove schuld wordt aangenomen omdat de werknemer van Tweco ten onrechte geen onderzoek heeft ingesteld na de melding van Equinix op 15 maart dat de laatste geslaagde backup dateert van 3 maart. Er is sprake van een stelselmatige en verwijtbare nalatigheid:

*Kennelijk heeft Tweco op geen van die zes berichten gereageerd, zodat moet*

*worden aangenomen dat Tweco naar geen van die zes berichten goed heeft gekeken, althans aan geen van die berichten behoorlijk aandacht heeft geschonken. Dat is een zo stelselmatige en verwijtbare nalatigheid, dat dit 'grove schuld' oplevert in de zin van artikel 8.4 van de algemene voorwaarden van Tweco.*

Het deurwaarderskantoor heeft derhalve recht op vergoeding van de door haar geleden schade. De concrete schadevergoeding die werd gevorderd wordt echter afgewezen omdat de hoogte daarvan onvoldoende onderbouwd is.

### **Schadebegroting: percentage van gederfde bruto winst**

De rechtbank begroot en schat de schade vervolgens in op basis van een percentage van de bruto winst:

*"De schade is veroorzaakt door beschadiging en verlies van bedrijfsmiddelen van [het deurwaarderskantoor], namelijk digitale bedrijfsgegevens. Om tot een redelijke begroting dan wel schatting te kunnen komen van de financiële omvang van die schade, definieert de rechtbank deze als het verlies van een percentage van de bruto winst van [het deurwaarderskantoor] over 2015, overeenkomstig het gedeelte van dat jaar gedurende welke de onderneming van [het deurwaarderskantoor] als gevolg van die ontbrekende bedrijfsmiddelen geen of nauwelijks tijd kon besteden aan normaal rendabele bedrijfsactiviteiten.*

*Immers, zonder betrouwbaar digitaal systeem waren dossiers en systemen niet of hooguit gedeeltelijk beschikbaar zodat, naar valt aan te nemen, de medewerkers van [het deurwaarderskantoor] hun werktijd toen noodgedwongen op tijdrovende wijze moesten besteden aan geïmproviseerde praktische probleemoplossingen en foutenherstel, en aan de nodige communicatie met haar opdrachtgevers en andere zakelijke relaties daarover.*

De rechtbank schat in dat het kantoor 3 weken onrendabel heeft moeten werken door het verlies van de data voorafgaande aan de crash. De geleden schade wordt vervolgens pragmatisch begroot op 3/52 deel van de bruto jaarwinst van het deurwaarderskantoor over 2015. Hierbij wordt de mogelijkheid gelaten om een vergelijking te trekken met de bruto jaarwinst over 2014, waarschijnlijk om eventuele bijzondere pieken of dalen in de jaarwinst weg te nemen.

De reconventionele vordering van Tweco tot betaling van de declaraties voor de verrichte herstelwerkzaamheden wordt eenvoudig afgewezen, omdat [heel kort samengevat] niet is afgesproken dat voor die werkzaamheden een declaratie gestuurd kon worden en die werkzaamheden bovendien niet effectief bleken te zijn.



## Welke lessen kun je hier uit trekken?

Een goede back-up voorziening is bij cloud computing of het anderszins uit huis plaatsen van software en data van levensbelang voor een organisatie. De in de beschreven casus opgenomen back-up voorziening waarbij zowel online als lokaal beoogd is om back ups te maken, is een hele goede en praktische voorziening. Natuurlijk moet deze wel goed worden ingericht en gemonitord. De opdrachtgever (hier het deurwaarderskantoor) blijft in dit verband in de basis wel eindverantwoordelijk. Het zijn immers haar bedrijfsdata. Als je die verantwoordelijkheid geheel of gedeeltelijk delegeert aan een leverancier dan vereist dat hele heldere afspraken. De afspraken waren in dit geval kennelijk niet helder genoeg als het gaat om de inrichting van de lokale NAS.

In de praktijk zien wij helaas nog vaak genoeg dat hier onvoldoende bij wordt stilgestaan. Er wordt te snel gevaren op de beste bedoelingen van partijen, doorvragen wordt al snel ervaren als drammerig gedrag, een halve motie van wantrouwen. Dat is echt onterecht. Beide partijen moeten zich bij het uit huis plaatsen van data en/of software goed realiseren dat continuïteit van de dienstverlening zoals het beschikbaar zijn van software en data essentieel is voor de continuïteit van de bedrijfsvoering van de opdrachtgever. Dat daar dus eisen aan worden gesteld is niet meer dan logisch.

Hoe ziet een goede continuïteitsregeling er uit? Een goede continuïteitsregeling gaat echter veel verder dan alleen maar back-ups. Het heeft in ieder geval weinig zin om pure juridische oplossingen te zoeken in de vorm van garanties dat het niet fout gaat, of garanties rondom beschikbaarheid. Het moet gaan om een samenspel van juridische en vooral praktische afspraken die goed geborgd moeten worden in een contract. Of dat een Service Level Agreement is, maakt daarbij niet uit als het maar wordt vastgelegd. Continuïteit splitst zich in ieder geval op in drie deelonderwerpen die even belangrijk zijn:

- Uitmijkt voor het geval het primaire data center (al dan niet tijdelijk) uitvalt of een internetverbinding uitvalt (heb je een tweede lijn naar buiten?)
- Een adequate back-up regeling (zoals de in deze casus beoogde variant van een combinatie van online naar offline).
- Regeling rondom het wegvallen van je primaire leverancier, wie neemt zijn taken dan over.

Hierbij is vooral ook van belang om hele gedetailleerde afspraken te maken over wie nu precies welke verantwoordelijkheid draagt. Wie monitort wat, wie rapporteert wat, etc. De opdrachtgever moet hierbij altijd "in control" zijn. Dit vloeit niet enkel voort uit allerlei regelgeving op het gebied van het verwerken en

beveiligen van persoonsgegevens (waar in de praktijk al heel snel sprake van is), maar ook uit "common sense", het gaat immers om de data van de opdrachtgever. Het risico op dataverlies is nooit volledig uit te bannen, maar je kunt het wel zo veel mogelijk zien te voorkomen. Je zult dus ook afspraken moeten maken over het kunnen controleren van de leverancier. Denk eventueel aan een audit-recht, aan informatieverplichtingen e.d. Je moet als afnemer kunnen afdwingen dat je een beeld kunt vormen wat de kwaliteit van dienstverlening is. Het is te gemakkelijk om te zeggen: "Dat moet mijn leverancier maar regelen, hij is toch de expert". Vergelijk het met de situatie dat alles nog lokaal werd gehost, toen kon je de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid toch ook niet 100% neerleggen bij de afdeling ICT?

Staar je in dit soort contracten niet blind op een exoneratiebepaling van een leverancier. Natuurlijk is ook die belangrijk (niet in de minste plaats omdat die doorgaans veel te eenzijdig en veel te ver gaan), maar een schadevergoeding brengt je verloren data niet terug. Het is hooguit een doekje voor het bloeden. Je kunt je beter concentreren op het voorkomen van ellende.

**Ernst-Jan van de Pas**

T: +31 (0)26 353 83 23

E: [vandepas@dirkzwager.nl](mailto:vandepas@dirkzwager.nl)

# Schippers schrapt artikel 18 WTZI uit wetsvoorstel

**Op 1 juli 2014 is het Wetsvoorstel 'Vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg' aangenomen door de Tweede Kamer. Doel van het voorstel is om winstuitkering mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Volgens de initiatiefnemer, de minister Schippers van VWS, zullen de aanbieders daardoor beter in staat zijn om financiering in de vorm van risicodragend vermogen aan te trekken. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg te verbeteren.**

Een van de voorgestelde middelen om de doelstelling te bereiken is het schrappen van artikel 18 van de Wet toelating zorginstellingen ('WTZi'). Dit artikel regelt, kort gezegd, het toezicht op transacties met onroerend zaken door zorginstellingen. Bij de stemming over het wetsvoorstel heeft de Tweede Kamer echter ook het amendement Bruins Slot aangenomen (Kamerstukken II 2013/14, 33168-28). Op grond van dit amendement blijft artikel 18 WTZi in stand en komen er extra bepalingen waardoor zowel voor de verkoop, koop als huur van vastgoed goedkeuring nodig is van het zelfstandig bestuursorgaan College sanering zorginstellingen.

Het gewijzigde artikel 18 WTZi scherpt het overheidstoezicht op zorgvastgoed aldus aan. Tijdens de handeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heeft het amendement dan ook veel stof doen opwaaien. Als reactie hierop heeft minister Schippers het wetsvoorstel op 9 december 2014 aangehouden en heeft zij de Raad van State gevraagd om voorlichting over het amendement.

De Raad van State heeft op 2 maart 2015 advies uitgebracht en uit forse kritiek op de voorgestelde wijziging van artikel 18 WTZi. Zo stelt de Raad dat het niet inziet waarom specifiek voor de zorg extern toezicht op transacties met betrekking tot onroerende zaken gerechtvaardigd en noodzakelijk is, aangezien zorginstellingen in het huidige stelsel zelf de risico's lopen ten aanzien van onroerende zaken. De bepaling staat volgens de Raad bovendien op gespannen voet met de Europeesrechtelijke vrijheden van kapitaal en van vestiging en de waarborgen die het EVRM verlangt voor de regulering van het gebruik van eigendom ontbreken. De visie van de Raad van State komt overeen met de bezwaren die door

verschillende brancheorganisaties zijn geuit. Volgens GGZ Nederland, VGN, Actiz, NVZ en Revalidatie Nederland zou de voorgestelde overheidsbemoediging met vastgoedtransacties principieel in strijd zijn met de ingezette beweging om zorgaanbieders zelf verantwoordelijk te maken voor kapitaallasten.

De kritische geluiden bleken niet aan dovemans oren gericht, want bij brief van 9 maart 2016 heeft minister Schippers de Tweede Kamer laten weten artikel 18 WTZi alsnog te schrappen. Met deze beslissing lijkt een definitieve streep gezet door het plan voor hernieuwd overheidstoezicht op zorgvastgoed.

Hoe nu verder? De minister heeft kenbaar gemaakt dat zij het voornemen heeft om het wetsvoorstel met een novelle te wijzigen, zodat artikel 18 WTZi kan worden geschrapt. Het is wachten op deze novelle (datum nog onbekend), waarna de bal weer bij de Tweede Kamer ligt.

Heeft u vragen over zorgvastgoed? Neem dan contact op met mr. Robert Rijkstra, advocaat gespecialiseerd in zorgvastgoed.

**Robert Rijkstra**

T: +31 (0)26 353 84 08

E: [rijkstra@dirkzwager.nl](mailto:rijkstra@dirkzwager.nl)

# IE-rechten opdrachtgevers niet gewaARBorgd in zzp-model- overeenkomst van belastingdienst

**Op 1 mei 2016 treedt de Wet DBA in werking. Deze wetswijziging heeft tot gevolg dat de Verklaring arbeidsrelatie (VAR) wordt afgeschaft. Onze collega's van arbeidsrecht schreven al eerder over de arbeidsrechtelijke aspecten hiervan, maar ook op het gebied van het Intellectuele Eigendoms- en IT-recht is er belangrijk nieuws.**

## **Afschaffing VAR-verklaring**

De VAR-verklaring bood duidelijkheid aan opdrachtgevers over de arbeidsverhouding met freelancers en andere zelfstandigen, zoals zzp'ers. Het was immers van belang om te weten of een opdrachtgever al dan niet loonheffingen moest afdragen voor de zelfstandigen die hij inschakelde.

## **Modelovereenkomst Belastingdienst na 1 mei 2016**

Ter vervanging van de VAR-verklaring kunnen de zelfstandige en opdrachtgevers nu een overeenkomst sluiten waarin de aard van de relatie duidelijker wordt vastgelegd. Het vastleggen van een dergelijke afspraak is met name ingegeven door de fiscale aspecten.

De Belastingdienst heeft op haar website per beroepsgroep een aantal modelovereenkomsten geplaatst, die volgens haar door zelfstandigen en opdrachtgevers gebruikt kunnen worden. Het gebruik van de modelovereenkomsten is volgens de Handreiking DBA niet verplicht. Echter, de Belastingdienst schrijft hierover:

*“Als u niet werkt met een modelovereenkomst of een door ons beoordeelde overeenkomst, moet uw opdrachtgever zelf bepalen of er sprake is van een dienstbetrekking en of hij wel of geen loonheffingen moet betalen.”*

Deze overeenkomsten zijn kennelijk door de Belastingdienst beoordeeld op fiscaal relevante bepalingen. De website vermeldt: *“Zolang u en uw opdrachtgever volgens deze modelovereenkomsten werken, weet uw opdrachtgever zeker dat hij geen loonheffingen hoeft in te houden.”*

Hierdoor zullen veel opdrachtgevers die zeker willen weten dat zij geen loonheffingen hoeven inhouden, gemakshalve gaan werken met door de Belastingdienst 'goedgekeurde' modelovereenkomst of deze voorgelegd krijgen van door hen ingeschakelde zzp'ers. Het gebruik van de modelovereenkomst biedt opdrachtgevers na 1 mei 2016 immers fiscaal maximale zekerheid. Zij zullen dus snel geneigd zijn tot ondertekening van de modelovereenkomsten over te gaan.

De vraag is echter of het klakkeloos overnemen van de modelovereenkomsten vanuit IE/IT-rechtelijk oogpunt wel verstandig is voor opdrachtgevers.

### **Let op: IE-rechten opdrachtgevers niet gewaarborgd in modelovereenkomsten**

De rechten op het werk dat een zzp'er maakt blijven in beginsel bij de zzp'er rusten ook al verricht hij zijn werk in opdracht van de opdrachtgever en betaalt deze hem een (forse) vergoeding daarvoor. Indien de opdrachtgever de intellectuele eigendomsrechten op hetgeen de zzp'er heeft gemaakt wenst te verkrijgen, moeten deze schriftelijk aan de opdrachtgever worden overgedragen. Dat geldt niet alleen indien de zzp'er wordt ingeschakeld om bijvoorbeeld ontwerptekeningen of teksten te maken, maar ook indien hij of zij software schrijft. De hoofdregel is namelijk dat de maker (de zzp'er) daarvan rechthebbende blijft, tenzij anders wordt overeengekomen. Het wettelijk systeem (zie artikel 2 Auteurswet) eist dat de overdracht van auteursrechten schriftelijk gebeurt, via een door partijen getekende akte.

Het is ook vrij gebruikelijk dat opdrachtgevers (vooraf) van door hen ingeschakelde zzp'ers, verlangen dat zij hun intellectuele eigendomsrechten overdragen (alsook afstand doen van hun persoonlijkheidsrechten). Dit is in het belang van de opdrachtgevers. Zij zullen immers – met name bij maatwerk – willen kunnen beschikken over de volledige auteursrechten. Indien dat niet zo is, zal in beginsel voor elke aanpassing of uitbreiding van het werk (bijvoorbeeld van de software) opnieuw toestemming moeten vragen aan de zzp'er.

### **Modelovereenkomst voor softwareontwikkelaars**

Hoe zijn de IE-rechten in de modelovereenkomsten van de Belastingdienst geregeld? Er staat in artikel 5 van de "Modelovereenkomst voor software- en gamesontwikkelaars" van de Belastingdienst kort gezegd dat de IE-rechten bij de zelfstandige blijven:

"5.1 In ruil voor volledige betaling van de Vergoeding, verleent XXXX aan Opdrachtgever de rechten om de resultaten van de Werkzaamheden en daarbij

ingesloten onderdelen, zoals muziek en graphics, te gebruiken:

- (i) voor de onbepaalde duur;
- (i) voor gebruik via internet,
- (ii) bestemd voor Nederland."

De intellectuele eigendomsrechten komen dus niet toe aan de opdrachtgever. De opdrachtgever krijgt slechts een licentie. Hoewel dit in grote lijnen past binnen het wettelijk systeem, is dit zoals gezegd vaak niet in het belang van de opdrachtgever. Bovendien bevat deze modelovereenkomst in artikel 5.1 belangrijke beperkingen op de licentie. Immers, de opdrachtgever krijgt slechts een beperkt gebruiksrecht om de resultaten van de opdracht te gebruiken: zo zal het werk van de zelfstandige volgens deze modelovereenkomst door de opdrachtgever alléén in Nederland gebruikt mogen worden. Dit zal bij software al snel een onaanvaardbare beperking kunnen inhouden. Bovendien is het gebruiksrecht beperkt tot 'gebruik via internet'. Nu wordt software steeds vaker alleen online aangeboden, maar voor lokaal draaiende programmatuur zal dit beperkte gebruiksrecht dus niet toereikend zijn.

Artikel 5.2 bepaalt dat het gebruik van de resultaten door Opdrachtgever 'voor andere dan de hiervoor (5.1) omschreven doeleinden of gedurende een langere termijn' slechts is toegestaan na voorafgaande schriftelijke toestemming van de softwareontwikkelaar. Dit laat zien dat er inderdaad door het gebruik van de modelovereenkomst beoogd wordt een beperkt gebruiksrecht te verlenen. En gelezen in samenhang met artikel 5.1 zet dit de deur open voor het vragen van een aanvullende vergoeding, hetgeen voor opdrachtgevers vaak niet wenselijk zal zijn.

### **Modelovereenkomst ICT professional**

De modelovereenkomst voor ICT professionals (onderdeel van 'Modelovereenkomsten voor branches en beroepsgroepen') bevat een vergelijkbare bepaling, doch met een optie voor overdracht (zie Bijlage 1 bij het model, artikel T):

*"Lid 1 De overeenkomst strekt niet tot overdracht van enig recht van intellectuele eigendom. Alle rechten van intellectuele eigendom blijven berusten bij de partij die deze inbrengt bij de uitvoering van de overeenkomst. Opdrachtnemer verstrekt hierbij aan Opdrachtgever een niet exclusief recht tot gebruik op hetgeen specifiek in het kader van de uitvoering van de overeenkomst voor Opdrachtgever is ontwikkeld. [Evt. licentie nader uitwerken indien gewenst]*

Of:

*Lid 1 Opdrachtnemer draagt hierbij alle rechten van intellectuele eigendom op hetgeen door hem specifiek in het kader van de uitvoering van de overeenkomst is of wordt ontwikkeld, ontworpen of vervaardigd over aan Opdrachtgever, welke overdracht Opdrachtgever hierbij aanvaardt.*

En:

*Lid 2 Voor zover Opdrachtnemer zelf tools inbrengt bij de uitvoering van de overeenkomst draagt hij ervoor zorg dat hij beschikt over de juiste licentierechten voor de uitvoering van de overeenkomst. Voor zover Opdrachtgever zorgdraagt voor ter beschikking stelling van de tools voor de uitvoering van de overeenkomst draagt Opdrachtgever zorg voor de juiste licentierechten voor de Opdrachtnemer ter uitvoering van de overeenkomst."*

Hoewel opdrachtgevers in dit model dus kunnen kiezen voor overdracht van het intellectuele eigendom, waarborgt dat toch nog niet optimaal de positie van de opdrachtnemer. Immers, indien de zzp'er inderdaad min of meer vrijgelaten wordt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren, dan zal de opdrachtgever er verstandig aan doen om naast overdracht van alle rechten (op de software, de bron- en objectcode en daarmee samenhangend materiaal) te eisen dat de maker afstand doet van diens persoonlijkheidsrechten. Daarnaast doen opdrachtgevers er goed aan in de overeenkomst op te nemen dat de zzp'er de opdrachtgever vrijwaart tegen claims inhoudende dat de software of de exploitatie ervan inbreuk maakt op (intellectuele eigendoms)rechten van derden, en dat zij ook volledig schadeloos gesteld worden voor alle kosten en schade als gevolg van dergelijke claims wordt geleden. De modelovereenkomsten van de Belastingdienst spreken niet over een dergelijke vrijwarings- en schadeloosstellingsregeling.

Het is gissen waarom de Belastingdienst deze regelingen zo heeft opgenomen in de verschillende modelovereenkomsten. Ze lijken ten eerste niet verplicht omdat het niet gaat om zogenoemde 'gemarkeerde tekst'. Ten tweede: de verdeling van IE-rechten op software lijkt niet per se doorslaggevend of van belang om te bepalen of er wel of geen loonheffing moet plaatsvinden. Ten derde zijn regelingen omtrent IE-rechten niet opgenomen in de Handreiking DBA, dus kennelijk ook niet van belang voor de bepaling of er wel of geen gezagsverhouding is. Ten vierde impliceert het verlangen van de opdrachtnemer dat de IE-rechten worden overgedragen mijns inziens juist dat er geen gezagsverhouding is. Anders is overdracht niet nodig. Immers, ware dat anders, en ware degene die de software heeft gemaakt wel 'in dienst' op grond van een arbeidsovereenkomst, dan kan geprofiteerd worden van artikel 7 Auteurswet. Daarin staat – kort gezegd – dat de auteursrechten aan de werkgever toekomen. Ten slotte zijn de contractuele



bepalingen verschillend; in de Modelovereenkomst voor softwareontwikkelaars blijft het auteursrecht achter bij de zzp'er, terwijl de Modelovereenkomst ICT professionals de keuze geeft voor overdracht of licentie.

### **Advies: Gewijzigde (model)overeenkomst gebruiken**

De conclusie is dus dat opdrachtgevers goed dienen op te letten bij het gebruik van de modelovereenkomsten van de Belastingdienst. Het advies aan opdrachtgevers die intellectuele eigendomsrechten voor zichzelf willen zekerstellen is om de bepalingen omtrent het intellectueel eigendom conform hun wensen aan te passen, desgewenst in overleg met de opdrachtnemer. Dit advies geldt niet alleen voor nieuwe opdrachten, maar ook voor lopende projecten waarbij zzp'ers betrokken zijn.

De belastingdienst biedt opdrachtgevers expliciet de mogelijkheid om in plaats van de modelovereenkomst een eigen of aangepaste (model)overeenkomst ter goedkeuring voor te leggen. Opdrachtgevers die willen dat alle IE-rechten aan hen worden overgedragen doen er goed aan van deze mogelijkheid gebruik te maken.

De advocaten van de sectie IE-IT van Dirkzwager staan opdrachtgevers en opdrachtnemers graag bij om – tegen een vaste prijs – de benodigde aanpassingen daartoe in de (model)overeenkomst aan te brengen.

Joost Becker, advocaat intellectuele eigendom

#### **Joost Becker**

T: +31 (0)26 353 83 77

E: [becker@dirkzwager.nl](mailto:becker@dirkzwager.nl)

# Wetsvoorstel voor overheveling zorgspecifieke fusietoets en het toezicht op aanmerkelijke marktmacht in de zorg

Momenteel worden de zorgspecifieke aspecten van een voorgenomen fusie of overname (ook wel: concentratie) in de zorgsector – na een melding van de betrokken partijen – getoetst door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ook is de NZa bevoegd om verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders en –verzekeraars die de beschikken over Aanmerkelijke Marktmacht (AMM). Als het aan minister Schippers ligt gaat daarin per 1 januari 2017 verandering komen. Zij stelt voor deze taken door een wetwijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg over te hevelen naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Naast de overheveling bevat het wetsvoorstel enkele inhoudelijke wijzigingen, waaronder de introductie van omzetsdrempels voor de zorgspecifieke concentratietoets.

## Introductie omzetsdrempels

Nu is de situatie zo dat een concentratie bij de NZa moet worden gemeld als daarbij ten minste één zorgaanbieder is betrokken die zorg doet verlenen met behulp van minimaal 50 personen. Een concentratie in de zorgsector moet daarna (ook) bij de ACM worden gemeld als daarbij:

- minimaal twee ondernemingen zijn betrokken met een gezamenlijke omzet van EUR 55 miljoen of meer, en
- ten minste twee ondernemingen betrokken zijn die een omzet behalen van minimaal EUR 10 miljoen waarvan minsten EUR 5.5 miljoen is behaald met het verlenen van zorg.

De NZa geeft na melding in een zorgspecifieke concentratietoets uitsluitend goedkeuring als het fusietraject zorgvuldig is verlopen, terwijl de ACM goedkeuring geeft als zij geen reden heeft om aan te nemen dat de concurrentie door de voorgenomen concentratie wordt beperkt. Als de overheveling doorgaat, zal de ACM dus beide toetsten gaan uitvoeren. Daarmee beoogt het Wetsvoorstel (onder meer) de regeldruk voor zorgaanbieders te verminderen.

Op grond van het wetsvoorstel zal bovendien de aanmeldingsdrempel voor de zorgspecifieke concentratietoets worden aangepast. Het criterium van 50 werkzame personen wordt vervangen door omzetsdrempels. Na de overheveling zal een zorgspecifieke concentratie bij de ACM moeten worden gemeld als daarbij:

- een onderneming is betrokken die in het voorafgaande kalenderjaar direct of indirect met het verlenen van zorg ten minste een omzet heeft behaald van EUR7.000.000,-; en
- ten minste een andere onderneming is betrokken die in het voorafgaande kalenderjaar in Nederland ten minste een omzet heeft behaald van EUR500000,-.

De omzetsdrempels voor de beoordeling van de concurrentiegevolgen van concentraties blijven ongewijzigd.

### **Toezicht op AMM**

Ook het toezicht op AMM wordt op grond van het wetsvoorstel overgeheveld van de NZa naar de ACM omdat de ACM nu al het verbod op misbruik van een economische machtspositie (het misbruikverbod) handhaaft. Het toezicht op AMM onderscheidt zich van de handhaving van het misbruikverbod. Bij het toezicht op AMM heeft de toezichthouder (nu nog de NZa) de bevoegdheid om ter voorkoming van (dreigend) misbruik (preventieve) verplichtingen op te leggen aan een zorgaanbieder –of verzekeraar met AMM (bijvoorbeeld een contracteerplicht). Het misbruikverbod kan daarentegen pas worden gehandhaafd (met een boete) op het moment dat de toezichthouder (ACM) daadwerkelijk misbruik heeft vastgesteld.

### **Commentaar**

Door de lage aanmelddrempels voor (met name) de zorgspecifieke fusietoets moet vrijwel iedere concentratie sector ter goedkeuring worden aangemeld, zelfs als de zorgfunctie erdoor niet of nauwelijks zal worden beïnvloed. Dat lijkt niet de bedoeling te zijn geweest van de wetgever bij invoering van de zorgspecifieke concentratietoets. De wetgever ging er namelijk van uit dat jaarlijks 25 aanvragen zouden worden ingediend. De praktijk blijkt weerbarstiger. In twee jaar heeft de NZa ruim 170 meldingen moeten beoordelen.

Voor zorgaanbieders zal het prettig zijn dat zij ten behoeve van de concentratiecontrole alleen nog maar met de ACM te maken krijgen. Na de overheveling moeten zij echter nog steeds twee verschillende meldingen

verrichten. De kritiek uit de sector dat de zorgspecifieke concentratietoets een nodeloze administratieve belasting oplevert die onnodig geld onttrekt aan de zorg, wordt door de overheveling in ieder geval niet weggenomen.

De ACM staat onder Europese (mededingings)toezichthouders bekend vanwege het feit dat zij vrijwel nooit handhavend optreedt tegen (vermeende) overtreding van het misbruikverbod. De ACM geeft meer prioriteit aan de handhaving van het kartelverbod. Ook het aantal besluiten van de NZa op het gebied van AMM, is op de vingers van twee handen te tellen. Het is zorgaanbieders met name een doorn in het oog dat de NZa nog nooit heeft opgetreden tegen de (breed gepercipieerde) marktmacht van zorgverzekeraars. De overheveling van het toezicht op AMM naar de ACM zal pas effect hebben als de ACM meer prioriteit gaat geven aan de handhaving van het misbruikverbod en het toezicht op AMM. Daarvoor zullen financiële middelen vrijgemaakt moeten worden. Mogelijk dat een recent rapport aanleiding is voor gewijzigde prioriteiten. Uit dit rapport blijkt namelijk dat concurrentie onder zorgverzekeraars beperkt is (hetgeen een aanwijzing kan zijn van AMM).

**Sjaak van der Heul**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: [vanderheul@dirkzwager.nl](mailto:vanderheul@dirkzwager.nl)

# Maatwerk Bij Organisatie Meekijkconsult

**In de zorg is in toenemende mate aandacht voor beheersing van de kosten en doelmatige inzet van beschikbare middelen. Sinds enkele jaren wordt daarbij ook gebruik gemaakt van het zogenaamde ‘meekijkconsult’. Van een meekijkconsult is, kort samengevat, sprake wanneer de huisarts de mogelijkheid heeft tot consultatie van een gespecialiseerde zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) zonder daartoe over te hoeven gaan tot verwijzing, of indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. Bekostiging van dit consult vindt plaats op grond van de beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’.**

In de praktijk blijken veel vragen te bestaan over de organisatie van een meekijkconsult. Zo is het de vraag wie (huisarts, medisch specialist of zorggroep) de geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt, wat dit betekent voor de aansprakelijkheid van partijen, welke klachtenprocedure van toepassing is en welke verplichtingen partijen hebben met betrekking tot de dossiervorming. Het antwoord op de meeste van dergelijke vragen is dat het partijen in beginsel vrijstaat om dit te organiseren op de wijze die hen het meeste aanspreekt.

Partijen kunnen bijvoorbeeld afspraken met elkaar maken over de vraag welke partij een geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt. Is het de huisarts of zorggroep die een geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt en bij de uitvoering daarvan gebruik maakt van de diensten van een in consult geroepen medisch specialist? Of sluiten zowel de huisarts of zorggroep als de medisch specialist een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt? Partijen dienen hierover in ieder geval heldere afspraken te maken. Ook in de relatie met de patiënt dient duidelijk te zijn welke partij een geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt. Tussen welke partijen een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt, hangt namelijk primair af van hetgeen hierover met de patiënt is afgesproken. Indien hierover geen concrete afspraken gemaakt worden, zal bepalend zijn waar de patiënt onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs van uit mocht gaan.

Het antwoord op de vraag welke partij een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt sluit, is uiteraard ook van belang voor de aansprakelijkheid van de betrokken partijen. Indien aangenomen dient te worden dat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt tussen de patiënt en de in consult geroepen medisch specialist betekent dit dat de patiënt de medisch specialist rechtstreeks aansprakelijk zal kunnen stellen in geval van een medische fout. Of de betreffende handeling die plaatsvindt ter uitvoering van een meekijkconsult onder de dekking van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de betreffende medisch specialist valt, zal beoordeeld moeten worden aan de hand van de polisvoorwaarden. Het is uiteraard van groot belang dat te allen tijde zorg gedragen wordt voor voldoende dekking.

Verder dient duidelijk afgesproken te worden wie in welke situatie de klachtafhandeling voor zijn rekening neemt. De Wet kwaliteit en klachten en geschillen zorg (Wkkgz) biedt partijen voldoende ruimte om dit te organiseren op de wijze die hen het meest wenselijk voorkomt. Ook hier geldt weer dat het van groot belang is dat de patiënt weet waar hij zijn klacht moet neerleggen. Aangezien de mogelijkheid bestaat dat een patiënt een klacht neerlegt bij de verkeerde zorgaanbieder is het aan te bevelen contractueel af te spreken hoe in dat geval omgegaan wordt met de klacht. Het verdient aanbeveling ervoor te zorgen dat partijen in dit soort gevallen de klacht onverwijld doorsturen naar degene die de klacht moet afhandelen onder gelijktijdige mededeling aan de klager. Op die manier kan ervoor worden gezorgd dat degene op wiens handelen de klacht betrekking heeft zoveel mogelijk tijd van de maximaal zes weken overhoudt waarbinnen een zorgaanbieder een oordeel moet hebben geveld over de ingediende klacht.

Verder dienen ook duidelijke afspraken gemaakt te worden omtrent de dossiervorming. Indien de zorgverlening door de specialist plaatsvindt als onderdeel van de zorgverlening door de huisarts of zorggroep, zoals de NZa dat in ieder geval heeft beoogd in haar beleidsregels, dan betekent dit dat de huisarts of zorggroep ook degene is die verantwoordelijk is voor de dossiervorming in het kader van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst die hij met de patiënt heeft gesloten. Als van een dergelijke situatie sprake is, kan de medisch specialist zonder meer de gegevens die betrekking hebben op het meekijkconsult uitwisselen met de huisarts of zorggroep. Bovendien kan de specialist dan de medische gegevens van de patiënt die berusten bij de huisarts of zorggroep inzien voor zover die relevant zijn voor de zorgverlening door de specialist. Indien

de specialist een afzonderlijke behandelingsovereenkomst met de patiënt sluit, is het niet zonder meer toegestaan dat de specialist en de huisarts of zorggroep over en weer informatie uitwisselen over de patiënt en inzage krijgen in (delen van het) dossier van de andere zorgverlener. In dat geval kan uitwisseling van informatie slechts plaatsvinden op basis van de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Ook hierover dienen partijen goede afspraken te maken.

Dit zijn slechts enkele onderwerpen waarover partijen (huisarts of zorggroep en medisch specialist of ziekenhuis) afspraken moeten maken. Uiteindelijk is het vooral van belang dat bij de organisatie van een meekijkconsult goede afspraken gemaakt worden over de verdeling van rechten, verplichtingen en daarmee ook verantwoordelijkheden. De wet biedt ruim voldoende mogelijkheden om dit zodanig in te richten dat zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de belangen van de betrokken partijen. Maatwerk dus.

Vragen? Neem contact op met Koen Mous of Lieske de Jongh

**Koen Mous**

T: +31 (0)24 381 31 53

E: [mous@dirkzwager.nl](mailto:mous@dirkzwager.nl)

# Cbb: NZa moet tariefbeschikking herzien

**De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt jaarlijks vele tariefbeschikkingen vast. In een tariefbeschikking zijn per vorm van zorg de tarieven opgenomen die voor verschillende behandelingen (prestaties) in rekening gebracht mogen worden. Voor kaakchirurgie golden in 2014 maximumtarieven voor zowel het honorariumdeel als het kostendeel. Het kostendeel ziet op alle kosten die gemoeid zijn met het uitvoeren van een specifieke behandeling met uitzondering van het honorarium van de specialist. Dit betekent dat onder andere de materiaalkosten, de kosten van ondersteunend personeel, de kosten van het gebouw en het inventaris gedekt moeten worden vanuit het kostendeel. Per 1 januari 2015 geldt voor kaakchirurgische verrichtingen een integraal maximumtarief. Een tarief dus waarin zowel het honorarium als het kostendeel zijn verdisconteerd.**

In 2003 is er door (de voorganger van) de NZa een kostprijsonderzoek uitgevoerd. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek heeft de NZa indertijd maximumtarieven vastgesteld. Voor de vaststelling van de tarieven voor 2014 heeft de NZa wederom kostprijsonderzoek uitgevoerd. Hiervoor moesten alle algemene ziekenhuizen en universitaire medisch centra hun kostprijzen aanleveren voor (onder andere) de kaakchirurgische verrichtingen. Het betrof de kostprijzen van verrichtingen uitgevoerd in 2012.

Op basis van de aangeleverde gegevens heeft de NZa het maximumtarief voor onder andere de prestaties 234041 (operatieve verwijdering gebitselement, onder andere verwijderen verstandkiezen) en 234050 (apexresectie oftewel wortelpuntoperatie) vastgesteld. De tarieven voor de kostendelen van deze twee prestaties zijn ten opzichte van de tarieven uit 2013 met respectievelijk 50,7% en 63% gedaald naar € 89,67 en € 67,31.

Tegen deze sterke daling van de tarieven is bezwaar ingediend door een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zich onder andere op deze twee verrichtingen toelegt. De NZa heeft dit bezwaar ongegrond verklaard. Volgens haar is de nieuwe kostprijs gebaseerd op gedegen kostprijsonderzoek. De gegevens zijn volgens de NZa door de accountant van de aanleverende instellingen beoordeeld waardoor volgens de NZa is gewaarborgd dat de



kostprijzen goed tot stand zijn gekomen. Vervolgens is een mediaan (middelste waarneming) gebruikt om het maximumtarief op te baseren. Het gebruik van een mediaan was volgens de NZa in dit geval gepast.

Het ZBC heeft zich op het standpunt gesteld dat veel van de kostprijzen die de NZa bij de berekening van het tarief heeft gebruikt niet juist kunnen zijn. Met alleen de kosten van het noodzakelijke verbruiksmateriaal en de kosten voor de assistenten die op grond van de richtlijnen bij de behandeling aanwezig moeten zijn, is namelijk al € 60 gemoeid. Voor zover instellingen kostprijzen hebben aangeleverd die lager liggen dan € 60 kunnen deze dus niet juist zijn. Naast deze kosten dienen immers ook de kosten voor apparatuur en huisvesting in de kostprijs verdisconteerd te worden.

### **Oordeel van het College van beroep voor het bedrijfsleven (CBb)**

Het CBb volgt in zijn uitspraak van 19 april 2016 ([ECLI:NL:CBB:2016:101](#)) het betoog van het ZBC. Allereerst stelt het CBb vast dat de werkelijke kostprijzen die door de instellingen zijn aangeleverd sterk uiteenlopen van een paar cent tot honderden euro's. Toch zijn alle bedragen als 'serieuze' kostprijzen door de NZa meegenomen bij de berekening van het maximumtarief. Het ZBC heeft aangevoerd dat veel van deze kostprijzen niet reëel kunnen zijn. Nog los van het feit dat met de behandeling in ieder geval minimaal € 60 is gemoeid, hebben de aangeleverde kostprijzen betrekking op behandelingen die zijn uitgevoerd in 2012. In dat jaar is de bekostigingssystematiek ingrijpend gewijzigd. Bovendien bestond er onduidelijkheid over de inrichting van de onderliggende systemen, zijn door de aanleverende instellingen verschillende methoden gebruikt voor berekening van de kostprijs en zijn de gegevens onder grote tijdsdruk aangeleverd. Het CBb acht deze stelling van het ZBC juist. De combinatie van deze omstandigheden had voor de NZa aanleiding moeten zijn om kritisch naar de aangeleverde gegevens te kijken, zeker op het moment dat deze ertoe leiden dat er veel lagere tarieven worden vastgesteld.

Het CBb voegt hieraan toe dat hij niet inziet hoe met bedragen van bijvoorbeeld 2 cent of € 35 de volledige kosten (exclusief honorarium) van de behandelingen "*kúnnen zijn gedekt*". Toch heeft de NZa deze bedragen gebruikt voor de vaststelling van de tarieven. Daarnaast doet het feit dat "*deze onrealistisch lage bedragen door accountants zijn gecontroleerd en in orde bevonden (...) hieraan niet af, omdat daarmee alleen is gewaarborgd dat de bedoelde bedragen daadwerkelijk uit de boekhoudingen van de betrokken ziekenhuizen zijn af te leiden, maar niet dat daarmee ook daadwerkelijk de kosten van de betrokken zorgprestatie worden gedekt*".

Het CBb concludeert op basis van het voorgaande dat ernstig getwijfeld moet worden aan de juistheid van de aangeleverde bedragen. Daarbij komt dat de NZa geen verklaring heeft kunnen geven voor de sterke kostprijzdaling die voor het jaar 2014 uit de gebruikte gegevens is voortgevloeid. Van enige technologische vooruitgang die de NZa noemt als verklaring voor de daling van de kostprijs blijkt geen sprake bij beide behandelingen.

Tot slot merkt het CBb nog op dat de tarieven in 2015 weer sterk zijn gestegen. Ook daaraan kan niet zonder meer voorbij worden gegaan. De NZa wordt opgedragen een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen met inachtneming van hetgeen het CBb heeft opgemerkt.

### **Gevolgen**

Uit deze uitspraak is op te maken dat de NZa voor vaststelling van maximumtarieven niet zonder meer kan uitgaan van de 'kostprijsgegevens' die door instellingen zijn aangeleverd. Ook het feit dat een accountant deze gegevens heeft gecontroleerd, is onvoldoende om ervan uit te gaan dat aangeleverde kostprijzen reëel zijn. De NZa moet, om te voldoen aan onder andere de vereiste zorgvuldigheid, deze aangeleverde gegevens altijd *kritisch* bekijken. Dit brengt mee dat kostprijzen van een paar cent (of afhankelijk van de behandeling wellicht zelfs honderden euro's) in veel gevallen niet kostendekkend en derhalve dus niet reëel *kunnen* zijn. Deze bedragen kunnen, zo lijkt het CBb te oordelen, daarom ook *niet* bij de berekening van een maximumtarief betrokken worden. Ook moet de NZa kritisch kijken naar de nieuw berekende tarieven, zeker als deze (significant) lager zijn dan de eerdere tarieven. Voor een sterke verlaging van een tarief zal de NZa een verklaring moeten hebben. Is die er niet, dan behoort dat aanleiding te zijn om de aangeleverde gegevens en gebruikte berekeningsmethoden aan een nader onderzoek te onderwerpen.

### **Conclusie**

Het kan zeker de moeite waard zijn om bezwaar in te dienen tegen nieuwe tariefbeschikkingen van de NZa als de tarieven (op onderdelen) (sterk) dalen en/of niet kostendekkend zijn. Let daarbij wel op dat bezwaar altijd binnen zes weken na vaststelling van de beschikking moet worden ingediend. Eventueel kan eerst een pro-formabezwaar ingediend worden.

Vragen? Neem contact op met Lieske de Jongh

### **Lieske De Jongh**

T: +31 (0)24 381 31 09

E: [dejongh@dirkzwager.nl](mailto:dejongh@dirkzwager.nl)

# Gezamenlijke inkoop in de zorgsector en het kartelverbod

Kostbare medicijnen leggen een steeds groter beslag op het totale zorgbudget. In Amerika is Turing Pharmaceuticals onder druk komen te staan omdat het de prijs per pil van het medicijn Deraprim van de ene op de andere dag heeft verhoogd van \$13,76 naar \$750,-. Ook in Nederland zijn hoge medicijnprijzen een doorn in het oog van de politiek. De minister van Volksgezondheid voert al ongeveer drie jaar rechtstreekse (en vertrouwelijke) onderhandelingen met medicijnproducenten met lagere medicijnprijzen als inzet. Een van de redenen die de minister geeft voor haar interventie is de beperkte inkoopmacht van ziekenhuizen. Op 21 april 2016 heeft de Autoriteit Consument & Markt in concept de Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg (de Leidraad). In de Leidraad geeft de ACM vuistregels op basis waarvan zorgverzekeraars en ziekenhuizen gezamenlijk mogen optrekken richting de farmaceutische industrie zonder het kartelverbod te overtreden.

## De Leidraad

Op grond van de leidraad mogen medicijnen voor medisch specialistische zorg gezamenlijk worden ingekocht door (combinaties van) ziekenhuizen en zorgverzekeraars als aan drie vuistregels wordt voldaan.

- De kosten van gezamenlijk ingekochte geneesmiddelen omvatten niet méér dan een beperkt deel van de totale kosten. De ACM gaat ervan uit dat als de kosten van de gezamenlijk ingekochte geneesmiddelen voor ieder van de betrokken ziekenhuizen minder dan 15 procent van de omzet uitmaken, het niet waarschijnlijk is dat gezamenlijke inkoop negatieve gevolgen voor de concurrentie heeft. Voor zorgverzekeraars geldt een grens van 5 procent van de totale schadelast uit hoofde van de basisverzekering.
- Toetreding tot het inkoopverband is voldoende gewaarborgd. Toegang tot de gezamenlijke inkoop moet kunnen plaatsvinden op grond van vooraf kenbare, objectieve en non-discriminatoire criteria. Door deze vuistregel wordt voorkomen dat ziekenhuizen of zorgverzekeraars concurrentienadeel ondervinden omdat zij worden uitgesloten van een inkoopverband (en dus duurdere medicijnen moeten gebruiken).

- De flexibiliteit van het inkoopverband is voldoende gewaarborgd. De voorwaarden die aan deelnemers van het inkoopverband worden gesteld, mogen niet verder gaan dan nodig voor de goede werking van het inkoopverband. Dit betekent bijvoorbeeld dat een minimumafnameverplichting en een verbod om buiten het inkoopverband in te kopen zijn toegestaan voor zover zij noodzakelijk zijn voor de effectiviteit van het inkoopverband (bijvoorbeeld om voldoende inkoopmassa te creëren om de inkooprijzen te kunnen drukken). Met betrekking tot de looptijd gaat de ACM ervan uit dat een maximale contractduur tussen één en drie jaar redelijk is, afhankelijk van het geneesmiddel waar het contract betrekking op heeft.

De ACM benadrukt dat de inkoopsamenwerking geen concurrentiebeperkend doel mag hebben. Er mag slechts concurrentiegevoelige informatie worden uitgewisseld voor zover dat noodzakelijk is voor de inkoopsamenwerking. Bovendien mag de samenwerking er niet toe leiden dat (ook) afspraken over de volgende schakel in de keten worden gemaakt, bijvoorbeeld de mate waarin de lagere kosten worden doorgegeven aan verzekerden/patiënten. Als een inkoopsamenwerking aan de vuistregels uit de Leidraad voldoet, bevindt deze zich in een veilige haven. Een inkoopsamenwerking buiten de veilige haven is niet per definitie verboden. Wel is in dat geval een uitvoerige individuele analyse van de mogelijke gevolgen op de relevante markten noodzakelijk.

## **Commentaar**

Inkoopsamenwerkingen hebben doorgaans de totstandbrenging van kopersmacht ten doel, hetgeen kan leiden tot lagere prijzen of een betere kwaliteit van producten of diensten voor de consument/verzekerden. Het door de ACM in de Leidraad geschetste kader is nieuw noch uitsluitend toepasbaar in de zorgsector. In de richtsnoeren voor horizontale samenwerking heeft de Europese Commissie ook al benadrukt dat inkoopsamenwerkingen met een marktaandeel van 15% of lager in de regel de concurrentie niet beperken.

ACM heeft echter opgemerkt dat er in de zorgsector enige terughoudendheid bestaat om samen te werken, ook als dat in het belang van patiënten en verzekerden is. Niet kan worden uitgesloten dat die terughoudendheid mede een gevolg is van het feit dat de zorgsector al een aantal jaar hoog op de agenda van de ACM staat. In het verleden heeft die prioritering geleid tot beboeting vanwege vermeende kartelafspraken van zorgaanbieders. Recent lijkt een kanteling in het prioriteringsbeleid van de ACM waarneembaar. In september 2015 bevestigde

de ACM al de ruimte voor samenwerking in de eerstelijnszorg. Onder bepaalde omstandigheden staat de ACM bovendien open voor alternatieven voor het opleggen van een boete als een samenwerking onverhoopt toch een kartelrisico oplevert. Zorgaanbieders zullen echter rekening moeten blijven houden met de mededingingswet. Het optimisme over compenserende inkoopmacht bij verzekeraars neemt af waardoor de ACM kritisch lijkt te staan tegenover fusies van ziekenhuizen en specialisatieafspraken.

Geïnteresseerden hebben tot en met 27 mei 2016 de tijd om hun suggesties voor de Leidraad bij de ACM in te dienen. Op basis van die suggesties organiseert ACM twee rondetafelgesprekken om te toetsen of de Leidraad inkopers voldoende handvatten biedt om samenwerking vorm te geven. Met de reacties kan ACM het de Leidraad aanpassen.

**Sjaak van der Heul**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: [vanderheul@dirkzwager.nl](mailto:vanderheul@dirkzwager.nl)

## Wkkgz: contouren nieuwe geschillencommissie bekend

**Op 1 januari van dit jaar is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden. Deze wet bevat diverse verplichtingen voor zorgaanbieders. Zo staat in de wet dat iedere zorgaanbieder een schriftelijke klachtenregeling moet hebben (artikel 13) en dat iedere zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een onafhankelijke geschillencommissie (artikel 18). Met name deze laatste verplichting is nieuw. Zorgaanbieders moeten op 1 januari 2017 aan deze verplichtingen voldoen.**

### **Over de geschillencommissie**

Op grond van de Wkkgz rust op de zorgaanbieder de plicht om een klacht van een patiënt, vertegenwoordiger van de patiënt of nabestaande van de patiënt zorgvuldig te onderzoeken. Na afronding van het onderzoek moet de zorgaanbieder aan de klager laten weten wat zijn oordeel is. In beginsel moet het onderzoek binnen zes weken na het indienen van de klacht zijn afgerond.

De geschillencommissie komt, uitzonderingen daargelaten, in beeld als de klager van mening is dat zijn klacht niet naar tevredenheid is behandeld. De geschillencommissie doet bij wijze van bindend advies uitspraak. Het meest in het oog springende verschil ten opzichte van de huidige klachtencommissies van zorgaanbieders is dat de onafhankelijke geschillencommissie ook een schadevergoeding aan de klager kan toekennen (in beginsel tot 25.000 euro). Op dit moment kan de patiënt met een vordering tot schadevergoeding alleen bij de civiele rechter terecht. De geschillencommissie moet een toegankelijk en laagdrempelige instantie worden die in één procedure zowel een inhoudelijke uitspraak over het handelen van de zorginstelling kan doen als schadevergoeding kan toekennen.

De Wkkgz bevat de eis dat een geschillencommissie wordt opgericht door *“een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders”* (artikel 19 lid 2). Deze eis moet voorkomen dat een grote zorgaanbieder besluit om een eigen geschillencommissie op te richten waarvan de onafhankelijkheid in het geding zou kunnen komen.

## **Geschillencommissie ziekenhuizen**

Vorige week maakte de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) bekend dat zij met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, cliëntenraden en aansprakelijkheidsverzekeraars in overleg is over de instelling van een geschilleninstantie voor alle ziekenhuizen.

Samen hebben deze partijen een 'Programma van Eisen' opgesteld. Dit Programma bevat (minimum)standaarden voor de inrichting van de geschillencommissie. Het doel hiervan is om de landelijke uniformiteit en kwaliteit van geschilbeslechting op grond van de Wkkgz te bevorderen. Het Programma bevat zowel eisen die zien op de *inrichting* van de geschillencommissie, eisen die verband houden met de *behandeling van geschillen* en eisen die betrekking hebben op de *kosten* van een procedure bij de geschillencommissie.

Uit het Programma blijkt ook dat de betrokken partijen het erover eens zijn dat het aantal geschillencommissies niet te groot moet worden. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing én uniformiteit is het niet wenselijk is dat er een lappendeken aan geschillencommissie(tjes) gaat komen. Serieuze opties zijn wat mij betreft één landelijk werkende geschillencommissie waarbij alle zorgaanbieders zijn aangesloten, een geschillencommissie per regio of een geschillencommissie per sector. Het grote voordeel van deze laatste optie is dat de samenstelling van de geschillencommissie op de sector kan worden afgestemd. Het lijkt erop dat de brancheverenigingen van ziekenhuizen bezig zijn met de oprichting van een geschillencommissie waarbij alle ziekenhuizen zich kunnen aansluiten. Mogelijk ontstaan deze initiatieven ook binnen andere sectoren. In ieder geval is het zaak om niet te lang te wachten met het treffen van de noodzakelijke voorbereidingen. 1 januari 2017 is het immers zo.

### **Steef Verheijen**

T: +31 (0)24 381 31 09

E: [verheijen@dirkzwager.nl](mailto:verheijen@dirkzwager.nl)

# Mes en technology partnership contracten

De financiële druk op ziekenhuizen neemt toe. Zorgverzekeraars worden steeds kritischer over de uitgaven van ziekenhuizen en willen ook steeds meer te zeggen krijgen over de inhoud en kwaliteit van zorgverlening. Ziekenhuizen willen goede zorg blijven bieden en daarvoor hebben zij toegang nodig tot *state of the art* technologie, terwijl ze vaak niet over de financiële middelen beschikken om hoge investeringspieken op te vangen. In dit krachtenveld worden steeds vaker kapitaalintensieve beeldvormende apparatuur of laboratoriumsystemen door leveranciers aangeboden op basis van een maandelijkse all-in prijs, in de vorm van een MES of Technology Partnership contract. Wat zijn dit voor contracten en welke juridische aandachtspunten gelden daarbij? Een korte introductie.

Dit artikel is verschenen in HEADline, april 2016

Recent hebben de kranten volgestaan met enorme “medical-techdeals”. Zo viel enige tijd geleden te lezen dat Siemens een “contract for medical technology in Spain” is aangegaan ter waarde van 132 miljoen euro. Philips is technology partner geworden van Karolinska University Hospital in Zweden. GE Healthcare en Toshiba sluiten ook dergelijke contracten. Maar ook dichterbij huis zien we steeds meer ziekenhuizen die kiezen voor een dergelijke partnerships. Denk aan Haga ziekenhuis in Den Haag of het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft waar recent langjarige MES-contracten zijn gesloten.

## **MES contracten en Technology Partnerships: wat is het eigenlijk?**

MES staat voor *Managed Equipment Services*. Er is geen duidelijke definitie van wat dit precies inhoudt, maar als je kijkt naar de huidige definities van de aanbieders van dit soort contracten (zoals Siemens, Philips, GE Healthcare en Toshiba) dan is er wel een rode draad te ontdekken. Bij dit soort contracten staat ontzorging van het ziekenhuis door de leverancier centraal en worden kapitaalintensieve apparatuur zoals beeldvormende apparatuur voor lange tijd (doorgaans 10-15 jaar) aan het ziekenhuis ter beschikking gesteld. Steeds vaker wordt daarbij gekozen voor lease in plaats van koop. Die leasevergoeding omvat dan niet alleen gebruik, installatie en onderhoud, maar ook vervanging door nieuwe (*state of the art*) apparatuur van de partner of van derden. Deze



dienstverlening wordt vaak aangevuld met diensten zoals consultancy (zoals procesoptimalisatie) en/of samenwerking op het gebied van R&D. Van Technology Partnership contracten ("TP-contracten") bestaat ook geen vaste definitie. Deze term wordt doorgaans gebruikt voor MES-achtige contracten, waarbij bijvoorbeeld geen *all-in* prijs geldt of zonder de volledige ontzorging. Vaak staan in dit soort contracten samenwerkingen als het gaat om gebruik en doorontwikkeling van systemen en R&D meer centraal.

### **Hoezo een partnership?**

Is dit niet gewoon een slimme manier van het langjarig binden van een afnemer aan een leverancier? Partnership betekent toch geven en nemen? Zonder meer terechte vragen. Een partnership veronderstelt afstemming van elkaars belangen. Het belang van de afnemer is in de basis het verkrijgen van zekerheid om te kunnen blijven beschikken over *passende* technologie tegen voorzienbare kosten. Het belang van de leverancier is langjarige *commitment* en omzetzekerheid, zodat hij de noodzakelijke investeringen kan plegen om de technologie door te ontwikkelen. Ik hoor u denken: in welk opzicht is dit anders dan een leveringscontract met een onderhoudsverplichting? Bij MES contracten gaat het verder dan dat. Een goed MES contract is gericht op het blijvend laten aansluiten van de techniek en ondersteuning op de behoeften van het ziekenhuis en dat veronderstelt een grote mate van samenwerking, afstemming en flexibiliteit.

### **Flexibiliteit essentieel**

De nadruk ligt op het woord "passend". Het gaat er niet per se om dat afnemer beschikt over het nieuwste van het nieuwste, maar vooral over *passende* technologie die aan blijft sluiten op zijn behoeften. Niemand kan in de toekomst kijken. Een commitment aangaan voor 10 tot 15 jaar is een hele lange tijd, zeker als het gaat om hoog technologische producten. Wat voor technologische ontwikkelingen zullen er gedurende die periode op ons afkomen? Wat gebeurt er met de zorgvraag in de toekomst? Welke behoeften zullen gaan ontstaan in het ziekenhuis? Allemaal vragen die vereisen dat je op allerlei terreinen voldoende flexibiliteit zult moeten inbouwen zonder afbreuk te doen aan de belangen van de leverancier en van de afnemer. Daar ligt de uitdaging bij dit soort deals. Het heeft geen zin om voor alle mogelijke risico's contractuele voorzieningen te bedenken. Dat is simpelweg ondoenlijk. Uiteraard zul je duidelijk voorzienbare veranderingen of risico's zo goed en concreet mogelijk moeten adresseren, telkens met het oog op de onderlinge belangen. In onderstaand kader treft u een aantal voorbeelden aan van risico's en hoe die te adresseren zijn. Het is in ieder geval essentieel om te werken met een goede governance structuur waarbij partijen elkaar periodiek

op de hoogte houden van de uitvoering van de overeenkomst alsook over ontwikkelingen op korte en langere termijn (bijvoorbeeld roadmaps), zodat de afspraken tussentijds aangepast kunnen worden indien dat nodig is.

### **Nieuwe ontwikkelingen**

Ook bij dit soort contracten zijn weer trends te onderscheiden. Waar een aantal jaren geleden dit soort contracten begonnen als koop op afroepcontracten, wordt de laatste tijd steeds vaker met gefinancierde modellen gewerkt (lease). Daarnaast lijkt er ook een steeds groter wordende drang te zijn om R&D onder de reikwijdte van dit soort contracten te brengen. Dit past ook wel bij de partnershipgedachte om als leverancier profijt te trekken uit de kennis uit het ziekenhuis. Andere interessante ontwikkelingen hebben betrekking op financiering van vastgoed door dit soort tech-leveranciers (zie bijvoorbeeld Siemens inzake Ommelander Groep in Groningen). *Last but certainly not least*, door leveranciers wordt steeds meer aandacht besteed aan *big data* toepassingen om systemen te ontwikkelen die de dokter steeds verder kunnen ondersteunen, wat weer allerlei uitdagingen met zich meebrengt als het gaat om privacy (verwerking van persoonsgegevens).

### **Tot slot**

Het moge duidelijk zijn dat het opstellen, uitwerken, uitonderhandelen en uitvoeren van dit soort contracten geen sinecure is. MES en TP-contracten zijn nu eenmaal complexe contracten waar heel veel verschillende onderwerpen en disciplines bij elkaar komen. Het is zeker niet iets waar te lichtzinnig over gedacht moet worden en het is essentieel dat het ziekenhuis een duidelijk meerjarenplan moet hebben waar MES of TP een invulling aan kan geven. Niettemin voorzien dit soort contracten wel in een duidelijke behoefte van ziekenhuizen. In de afgelopen jaren is een duidelijke trend te ontwaren als het gaat om de groter wordende mogelijkheden en bereidheid van leveranciers en ziekenhuizen om met elkaar samen te werken voor een betere en efficiëntere gezondheidszorg. Wat wordt de volgende stap? Genoeg stof om over na te denken.

Belangrijke aandachtspunten bij MES en TP contracten:

- Wat is *state of the art*? Een goede definitie is onontbeerlijk omdat er verschillende definities rondgaan zoals *state of need* en *state of innovation*. Wil je het nieuwste van het nieuwste (inclusief prototypes) of juist bewezen werkpaarden? Vaak wordt voor een combinatie gekozen waarbij aansluiting wordt gezocht bij de geldende behoeften (speerpunten) van het ziekenhuis.

- Flexibel vervangingsplan: Het is van belang om niet gevangen te zitten in een vervangingsplan dat bij het sluiten van het contract wordt vastgesteld en mogelijk al snel niet meer aansluit op de behoeften. Wat bijvoorbeeld als het aantal verrichtingen plots enorm afneemt of toeneemt? Dergelijke marktontwikkelingen moeten opgevangen kunnen worden. Het is daarom heel gebruikelijk om afspraken te maken over het eerder/later/meer/minder/wel/niet afnemen van eerder beoogde systemen.
- Kiezen voor systemen van derden: Wat nu als een concurrerende leverancier opeens een veel beter systeem op de markt brengt? Het is heel gebruikelijk om in dit soort contracten (tot een bepaalde hoogte) vrij te zijn om dat concurrerende systeem af te nemen (*Clinical Freedom of Choice*) en dat dit systeem door de partner-leverancier wordt onderhouden (*Multi Vendor Maintenance*).
- Lease steeds meer in trek: De laatste tijd wordt meer en meer gekozen voor leaseconstructies waarbij een maandelijkse vaste all-in prijs wordt afgesproken. Let er op dat vanaf 2019 de duiding van de lease (operational of financial) voor wat betreft de activatie op de balans niet meer uitmaakt, op basis van nieuwe internationale accounting principes (IFRS) dienen dan alle leaseverplichtingen op de balans te worden geactiveerd. Let er ook op dat een overstap van eigendom op lease van invloed kan zijn op bestaande financieringslijnen met de bank omdat het onderpand komt te vervallen of heeft dit effect op bestaande financieringsratio's.
- Prijsontwikkelingen: Wat gebeurt er met prijsdalingen en -stijgingen? Hardware heeft de neiging om snel in waarde te dalen. Heeft dat gevolgen voor de maandelijkse *all-in* prijs? En hoe bepaal je over een paar jaar wat de prijs van een apparaat is? Hiervoor zullen allerlei afspraken en veiligheidskleppen ingebouwd moeten worden.
- Maak praktische afspraken: Niemand zit te wachten op juridische acrobatiek. Bedenk dat degenen die aan de onderhandelingstafel hebben gezeten doorgaans niet betrokken zullen zijn bij de uitvoering van die afspraken. Hun opvolgers moeten met de afspraken uit de voeten kunnen. Voor hen moet het contract geschreven worden.

**Ernst-Jan van de Pas**

T: +31 (0)26 353 83 23

E: [vandepas@dirkzwager.nl](mailto:vandepas@dirkzwager.nl)

# Ziekenhuizen niet gekort voor overschrijding macrobudget 2013

**De Nederlandse ziekenhuizen hebben in 2013 hun gezamenlijke productiebudget met 29 miljoen euro overschreden. De Minister van VWS heeft eind april aan de NZa en de Tweede Kamer laten weten dat de ziekenhuizen deze overschrijding niet terug hoeven te betalen. De Minister maakt geen gebruik van het zogenaamde macrobeheersingsinstrument (mbi).**

Macrobeheersingsinstrument Ieder jaar stelt de Minister van VWS een productiebudget vast. Het doel is om grip te houden op de (stijging van de) zorgkosten. In 2013 bedroeg het gezamenlijke productieplafond voor de Nederlandse ziekenhuizen ongeveer 18 miljard euro.

Uitgangspunt is dat ziekenhuizen een overschrijding van het budget terug moeten betalen. Het totaalbedrag aan overschrijding wordt naar rato van het marktaandeel over alle ziekenhuizen verdeeld. Het gaat daarbij dus om een generieke korting. Ieder ziekenhuis moet terugbetalen ongeacht de vraag hoe groot de overschrijding van een ziekenhuis in een bepaald jaar was.

Lange tijd was de verwachting dat de ziekenhuizen het budget voor 2013 met 242 miljoen euro zouden overschrijden. Uit de definitieve cijfers blijkt dat deze overschrijding lager uitvalt en uitkomt op 29 miljoen euro. In 2014 en 2015 zijn de ziekenhuizen onder hun budget gebleven. De Minister heeft daarom besloten de overschrijding van 29 euro te korten op het budget voor 2017 in plaats van tot directe terugvordering met behulp van het mbi over te gaan.

## **Kritische geluiden**

Er bestaat veel kritiek op het mbi. De kritiek richt zich vooral op de generieke toepassing van het instrument. Ziekenhuizen die binnen hun omzetplafond blijven worden gestraft voor overschrijdingen waarvoor andere ziekenhuizen verantwoordelijk zijn. Critici wijzen er verder op dat een generieke toepassing van het mbi ziekenhuizen ertoe kan aanzetten juist extra veel productie te draaien. De totale overschrijding wordt immers naar rato van het marktaandeel verdeeld over alle ziekenhuizen. De hoogte van het terugvorderingsbedrag is niet gekoppeld aan de hoogte van de overschrijding van een individueel ziekenhuis.

In 2012 heeft de commissie Baarsma onderzoek gedaan naar de werking van het mbi. Volgens de commissie verdient het aanbeveling om een overschrijding enkel te verhalen op de veroorzakers hiervan ('de vervuiler betaalt') en daarom te onderzoeken of het mogelijk is om te komen tot een gedifferentieerd mbi.

De Minister van VWS is voornemens om de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) te wijzigen. Zij heeft het wetsvoorstel op 12 april 2016 bij de Tweede Kamer ingediend. Het wetsvoorstel bevat een aparte bepaling voor het mbi: artikel 56c Wmg. De Raad van State heeft in zijn advies opgemerkt dat de wettekst ruimte laat voor zowel een generieke als een gedifferentieerde toepassing van het mbi. Volgens de Raad zou uit de Memorie van Toelichting echter blijken dat het niet de bedoeling van de Minister is om het mbi gedifferentieerd toe te passen. Vanwege deze discrepantie tussen de wettekst en de toelichting heeft de Raad de Minister geadviseerd om in de wettekst te verduidelijken wat de bedoeling van de Minister is.

Naar aanleiding van het advies van de Raad heeft de Minister in de definitieve Memorie van Toelichting expliciet opgenomen dat de macrobeheersheffing zowel in generieke als in gedifferentieerde vorm kan worden toegepast. We moeten afwachten of in de praktijk ook vaker van de gedifferentieerde vorm gebruikgemaakt zal gaan worden.

Via deze Kennispagina houden wij u op de hoogte van het verloop van de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel dat strekt tot wijziging van de Wmg.

**Steef Verheijen**

T: +31 (0)24 381 31 09

E: [verheijen@dirkzwager.nl](mailto:verheijen@dirkzwager.nl)

## Deel 2 uit de serie 'Het medisch specialistisch bedrijf als werkgever'

### **Wat houdt gebondenheid aan de cao Ziekenhuizen in voor het MSB?**

Met de komst van het MSB werd menig MSB-bestuurder geconfronteerd met een tot dusverre onbekende rol; die van werkgever. Waar vroeger alle zorgen en dilemma's rond het werkgeverschap veelal werden ondervangen door het ziekenhuis, is het MSB nu zelf ten volle verantwoordelijk voor deze vaak lastige materie.

In een serie artikelen belichten wij allerlei aspecten die met deze werkgeversrol samenhangen. In ons vorige artikel '*is het MSB gebonden aan de cao Ziekenhuizen*' kwam naar voren dat het MSB in de regel gebonden is aan de cao Ziekenhuizen. Dat doet de vervolgvraag reizen wat die gebondenheid eigenlijk inhoudt. Wat betekent gebondenheid aan de cao Ziekenhuizen voor het MSB? Op die vraag gaan we in deze aflevering in.

Ter beantwoording van die vraag moet allereerst worden stilgestaan bij het karakter van cao Ziekenhuizen.

### **Karakter cao**

Grosso modo zijn er twee soorten cao's, zogenaamde minimumcao's en zogenaamde standaardcao's. Bij een minimumcao gelden de arbeidsvoorwaarden zoals daarin vervat als minimum en mag daarvan in de individuele arbeidsovereenkomsten worden afgeweken voor zover dit ten gunste van de medewerker is.

Bij een standaardcao gelden de arbeidsvoorwaarden zoals daarin vervat als standaard, wat betekent dat daarvan in de individuele arbeidsovereenkomsten niet mag worden afgeweken. Zowel niet in negatieve als in positieve zin.

### **Cao Ziekenhuizen**

De meeste cao's in Nederland hebben het karakter van een minimumcao, maar dit geldt niet voor de cao Ziekenhuizen. De cao Ziekenhuizen is een standaardcao wat tot gevolg heeft dat het MSB in de individuele arbeidsovereenkomsten die het met zijn medewerkers sluit, niet van de arbeidsvoorwaarden uit de cao mag afwijken, negatief noch positief. Zo mag het MSB bijvoorbeeld niet met zijn medewerkers

afspreken dat zij in plaats van een eindejaaruitkering van 8,33% conform de cao, een eindejaaruitkering van 10% ontvangen.

Afwijking van de cao is alleen mogelijk in die gevallen waarin de cao dit nadrukkelijk vermeldt. Een voorbeeld hiervan is te vinden in artikel 11.0.1 van de cao, aangaande de reiskostenregeling. Dit artikel bepaalt dat in overleg met de Ondernemingsraad een van de cao afwijkende reiskostenregeling mag worden getroffen. Dergelijke artikelen zijn echter uitzondering in de cao Ziekenhuizen.

### **Vast arbeidsvoorwaardenpakket**

Hoe zit het met arbeidsvoorwaarden waarover de cao Ziekenhuizen zwijgt? Zoals een leaseautoregeling of een bonusregeling. Mogen deze arbeidsvoorwaarden overeengekomen worden door het MSB?

Nee, in principe niet. De cao Ziekenhuizen vermeldt namelijk tevens dat het niet is toegestaan om individuele arbeidsvoorwaarden overeen te komen die niet in de cao geregeld zijn. De cao Ziekenhuizen bevat het complete arbeidsvoorwaardenpakket en aan dat pakket dient iedere gebonden werkgever zich te houden. Gebonden werkgevers dienen bij het aangaan van een arbeidsovereenkomst ook gebruik te maken van de standaardarbeidsovereenkomst die onderdeel uitmaakt van de cao Ziekenhuizen.

Door met een vast arbeidsvoorwaardenpakket te werken wordt beoogd onderlinge concurrentie in de branche tegen te gaan. Maakt het MSB desalniettemin een afspraak die afwijkt van de arbeidsvoorwaarden uit de cao, dan is deze afspraak nietig. Daarvoor in de plaats gelden de bepalingen uit de cao.

### **Keurslijf of toch niet?**

Hoewel de cao Ziekenhuizen vaak als keurslijf wordt ervaren, biedt de cao tegelijkertijd ook mogelijkheden. Mogelijkheden die ruimer zijn dan de wet aan werkgevers biedt. Neem als voorbeeld de opzegtermijn die een werkgever ingeval van een ontslag in aanmerking moet nemen.

Ingevolge de wet mag een werkgever zijn medewerker aan een opzegtermijn van twee maanden of langer binden, maar dan geldt voor hem de dubbele opzegtermijn. Dus als een werkgever zijn medewerker aan een opzegtermijn van drie maanden wil binden, dan mag dat maar dan geldt voor hem een opzegtermijn van zes maanden. Wil hij de medewerker aan een opzegtermijn van zes maanden binden, dan geldt voor hem een opzegtermijn van twaalf maanden.

In de cao Ziekenhuizen is van deze wettelijke bepaling ten gunste van de werkgever afgeweken. De werkgever die gebonden is aan de cao Ziekenhuizen mag zijn medewerkers aan een opzegtermijn van twee of drie maanden binden zonder dat voor hem de dubbele termijn geldt. Pas zodra hij zijn medewerkers aan een opzegtermijn van vier maanden of langer wil binden, geldt voor hem de dubbele termijn. Dit houdt in dat het MSB zijn arts-assistent aan een opzegtermijn van drie maanden kan binden, zonder zelf meteen aan een opzegtermijn van zes maanden vast te zitten. Ook voor het MSB geldt alsdan een opzegtermijn van drie maanden. Tot en met drie maanden mag de opzegtermijn voor de werkgever ingevolge de cao namelijk gelijk zijn aan de opzegtermijn voor de medewerker.

Ook op andere terreinen bevat de cao Ziekenhuizen arbeidsvoorwaarden die in gunstige zin van de wet afwijken.

### **Tip**

Raadpleeg bij het aangaan van een arbeidsovereenkomst goed de cao. Vaak staan daarin voorwaarden opgenomen die afwijken van de wettelijke regeling. Dat kunnen afwijkingen in negatieve zin zijn, maar ook in positieve zin zoals bij de geldende opzegtermijnen.

### **Anique Sauvé**

T: +31 (0)26 353 84 85

E: [sauve@dirkzwager.nl](mailto:sauve@dirkzwager.nl)



# De Klokkenuidersregeling: een must have voor de zorgaanbieder

**Als bestuurder van een zorginstelling wilt u graag weten wat er speelt binnen uw organisatie. Natuurlijk is het prettig om te horen wat er goed gaat, maar het is nog belangrijker om signalen te krijgen van de dingen die niet goed gaan. Alleen met de juiste informatie kunt u immers tijdig maatregelen nemen om bij te sturen.**

Een klokkenuidersregeling is een goed instrument om ervoor te zorgen dat vermeende misstanden zo snel mogelijk op de juiste plek gemeld worden. Dat is dus in de eerste plaats in uw eigen belang. De Zorgbrede Governancecode 2010 stelt het hebben van een klokkenuidersregeling bovendien verplicht (art. 3.1.5 ZGC 2010).

Wat houdt een klokkenuidersregeling in? Inhoudelijk gaat het erom dat uw medewerkers zich veilig voelen om hun mond open te doen als ze zien dat er iets niet goed gaat binnen de organisatie. Medewerkers hebben een legitieme behoefte aan een zekere bescherming, bijvoorbeeld als ze het disfunctioneren van hun eigen leidinggevende willen melden. Een medewerker kan dan bang zijn dat een melding negatieve gevolgen heeft voor zijn of haar beoordeling. De governancecode bepaalt daarom dat werknemers vermeende onregelmatigheden moeten kunnen rapporteren 'zonder gevaar voor hun rechtspositie'.

Onlangs heeft de Governancecommissie Gezondheidszorg uitspraak gedaan in een zaak waarin het de vraag was of een zorgaanbieder voldaan had aan de voorschriften die de governancecode stelt aan de klokkenuidersregeling. Aanleiding was een werknemster met een uitstekende staat van dienst die binnen haar organisatie een vermeende misstand aan de kaak had gesteld. Dit leidde tot een verstoorde arbeidsverhouding waardoor ze uiteindelijk het veld moest ruimen.

De Governancecommissie Gezondheidszorg oordeelt dat de governancecode op twee punten geschonden is. Ten eerste was de klokkenuidersregeling niet algemeen bekend gemaakt. Het is inderdaad essentieel om niet alleen een klokkenuidersregeling op te stellen, maar er ook voor te zorgen dat de medewerkers weten dat die regeling er is.

In de tweede plaats was de zorgaanbieder tekortgeschoten in zijn plicht om ervoor te zorgen dat 'werknemers zonder gevaar voor hun rechtspositie de mogelijkheid hebben op de voorgeschreven interne wijze te rapporteren over vermeende onregelmatigheden van de daarin omschreven aard.' Alleen een klokkenluidersregeling op papier zetten is dus niet voldoende: er moet ook in de praktijk daadwerkelijk zonder vrees gemeld kunnen worden.

Deze uitspraak van de Governancecommissie Gezondheidszorg illustreert dat het hebben van een klokkenluidersregeling geen vrijblijvende zaak is. Maar ook los van de formeel-juridische kant, blijkt uit deze uitspraak dat met een goed functionerende klokkenluidersregeling veel ellende voorkomen kan worden. In dit geval raakte de zorgaanbieder uiteindelijk een goed functionerende en betrokken medewerkster kwijt. Bovendien: doordat de vermeende misstand niet tijdig werd aangepakt, kwam de zaak in de media terecht (overigens niet door toedoen van de klokkenluider). Deze negatieve media-aandacht had wellicht voorkomen kunnen worden als de interne signalen tijdig waren opgepikt. Kortom, een klokkenluidersregeling is ook in het belang van de zorginstelling een echte must have!

**Fabian Keijzer**

T: +31 (0)24-381 31 28

E: [keijzer@dirkzwager.nl](mailto:keijzer@dirkzwager.nl)

## Vergewisplicht: navraag bij de inspectie voor de gezondheidszorg

Sinds 1 januari 2016 is de Wet klachten kwaliteit en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden. Nieuw is de vergewisplicht, waarover wij eerder een artikel hebben geschreven. Een zorgaanbieder behoort zich te vergewissen van het arbeidsverleden van de zorgverlener die solliciteert. Navraag doen bij de Inspectie is één van de manieren om als zorgaanbieder aan de vergewisplicht te voldoen. De wettelijke (indirecte) grondslag hiervoor is artikel 25 lid 2 onder c Wkkgz. Uit dit artikel volgt dat *“bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld omtrent de wijze waarop het Staatstoezicht op de volksgezondheid de zorgaanbieder op zijn verzoek informeert of is vastgesteld dat er sprake is van een situatie bedoeld in het eerste lid.”*

In het eerste lid van artikel 25 Wkkgz komt kort gezegd naar voren dat de Inspectie meldingen van zorgaanbieders en zorgverleners en andere meldingen moet onderzoeken om vast te stellen of sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen of met het oog op het belang van een goede zorg anderszins noodzaakt tot nader onderzoek. Zorgaanbieders zijn op grond van artikel 11 Wkkgz verplicht om melding te doen van calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een arbeidsovereenkomst van een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren. De Inspectie stelt naar aanleiding van zo'n melding een rapport vast over het onderzoek van de betreffende melding. In een rapport zijn de relevante feiten, conclusies van de Inspectie en de te nemen maatregelen uitgewerkt.

Artikel 25 lid 2 onder c Wkkgz wordt nader uitgewerkt in artikel 8.28 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Als de inspectie over een zorgverlener in een rapport heeft vastgesteld dat sprake is geweest van een situatie die een ernstige bedreiging kan betekenen voor de veiligheid van cliënten of de zorg, behoort de Inspectie daarvan aantekening te maken. Deze aantekening mag enkel gegevens bevatten die de zorgverlener identificeren en de datum waarop het rapport van de Inspectie is vastgesteld. Is dit meer dan vijf jaar geleden, dan wordt de aantekening uit het bestand van de Inspectie verwijderd. Daarnaast gaat het enkel om vaststellingen van de Inspectie die zijn gedaan na inwerkingtreding van de Wkkgz, (dus) na 1 januari 2016. Op het moment dat de zorgaanbieder navraag

doet bij de Inspectie en de Inspectie overgaat tot het verstrekken van informatie aan de zorgaanbieder, mag zij uitsluitend mededelen of er ten aanzien van de sollicitant (nog) een aantekening bestaat en indien dat het geval is, wat de datum van deze aantekening is. Uiteraard mag de zorgaanbieder de verkregen informatie uitsluitend gebruiken met het oog op zijn vergewisplicht. Daarnaast dient de Inspectie aan de sollicitant mededeling te doen van de informatieverstrekking over de sollicitant aan de zorgaanbieder.

De Inspectie heeft inmiddels uitvoering gegeven aan de impliciete – de taak van de Inspectie is immers niet nadrukkelijk in de Wkkgz vastgelegd – grondslag uit artikel 25 Wkkgz door op haar website een 'aanvraagformulier vergewisplicht' op te nemen. De zorgaanbieder kan door middel van het invullen van het aanvraagformulier een verzoek tot navraag doen bij de Inspectie.

Overigens volgt uit de toelichting van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz dat de zorgaanbieder enkel van de mogelijkheid van navraag bij de Inspectie gebruik mag maken, indien de zorgaanbieder van oordeel is dat daartoe aanleiding bestaat. De vraag doet zich hierbij voor in welke gevallen er sprake is van zo'n aanleiding tot navraag en op welke wijze de Inspectie hiermee zal omgaan.

Door Joanne Houwers en Luuk Arends

**Joanne Houwers**

T: +31 (0)24 381 31 35

E: [houwers@dirkzwager.nl](mailto:houwers@dirkzwager.nl)

# Geschilleninstantie zorgcontractering geïnstalleerd

**Op 2 juni 2016 is, met steun van ZN en vele brancheorganisaties, de ‘Geschilleninstantie zorgcontractering’ in het leven geroepen door middel van ondertekening van een convenant. Daarmee is voor het eerst sprake van een aparte geschillenregeling voor de beslechting van geschillen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over zorgcontractering.**

De instantie kan geschillen beslechten die zien op precontractuele en contractuele geschillen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er zijn procedures ontwikkeld voor mediation, bindend advies en arbitrage. De installatie van de geschillencommissie heeft ten doel een snel, laagdrempelig en effectief alternatief te bieden voor een gang naar de civiele rechter. De uitvoering van de geschilleninstantie wordt ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI).

Uitgangspunt is dat de kosten van de NAI-procedure voor rekening komen van de in het ongelijk gestelde partij. Dit laatste kan in de praktijk betekenen dat de drempel om naar de geschilleninstantie te gaan als hoog wordt ervaren. Een procedure bij de geschilleninstantie zal namelijk al snel duurder zijn dan een procedure bij de civiele rechter. Overigens wordt voor wat de kostentoedeling wel een uitzondering gemaakt voor kleine zorgaanbieders. Daar zullen grote zorgaanbieders echter geen beroep op kunnen doen. Zij lopen het risico opgescheept te worden met forse kosten. Mogelijk betekent dit deze aanbieders enkel geschillen met een fors financieel belang zullen voorleggen aan de geschilleninstantie. Daar staat tegenover dat de geschilleninstantie, als het goed is, gespecialiseerde mediators, bindend adviseurs en arbiters inzet ter beslechting van geschillen en hopelijk ook sterk probleemoplossend te werk zal gaan. In zoverre valt de installatie van deze geschilleninstantie vooral toe te juichen.

De toekomst zal moeten uitwijzen of deze geschilleninstantie daadwerkelijk een volwaardig alternatief vormt voor de civiele rechter.

## **Koen Mous**

T: +31 (0)24 381 31 53

E: [mous@dirkzwager.nl](mailto:mous@dirkzwager.nl)

# Veegwet

**Na de inwerkingtreding van de Herzieningswet en het BTIV op 1 juli 2015 is gebleken dat een aantal technische wijzigingen noodzakelijk is met betrekking tot de uitvoering van de nieuwe wetgeving. Deze wijzigingen zijn door het ministerie van BKZ neergelegd in Ontwerpbesluit BTIV ('Veeg-BTIV') en de Veegwet Wonen. De Veegwet Wonen is inmiddels aangeboden aan de Tweede Kamer. De verwachting is dat de Veegwet Wonen per 1 januari 2017 ingaat. De Veeg-BTIV ligt momenteel voor advies bij de Raad van State en zal naar verwachting op 1 juli a.s. van kracht worden.**

Naast redactionele aanpassingen, technische wijzigingen en wijzigingen die worden aangebracht in andere wetten op het gebied van wonen, zoals de Huisvestingswet en de Wet op de huurtoeslag, bevat de Veegwet Wonen ook wijzigingen met betrekking tot interne organisatie. Zo wordt voorgesteld om het toezichthoudend orgaan van toegelaten instellingen aan te duiden met de – eveneens in het Burgerlijk Wetboek gehanteerde – term 'raad van commissarissen' in plaats van 'raad van toezicht'. Ook wordt voorgesteld om te verduidelijken dat slechts natuurlijke personen bestuurder kunnen zijn van een toegelaten instelling en dat de Ondernemingskamer te Amsterdam exclusief bevoegd is om de raad van toezicht respectievelijk een lid van de raad van toezicht te ontslaan. De overige voorgestelde wijzigingen die betrekking hebben op de interne organisatie van woningcorporaties zien onder meer op de gegevensverstrekking door de rijksbelastingdienst aan de minister in het kader van de 'fit-and-proper'-test van bestuurders en commissarissen en het recht van de huurdersorganisaties om een bindende voordracht te doen voor twee of meer commissarissen, indien de raad van commissarissen uit vier of meer commissarissen bestaat (in plaats van vijf of meer). Over deze twee voorgestelde wijzigingen is eerder al een artikel geplaatst op de kennispagina.

## **Marieke Van Dongen**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: vandongen@dirkzwager.nl

# Aanpassing statuten en reglementen woningcorporaties

**Als gevolg van de invoering van de Herzieningswet toegelaten instellingen volkshuisvesting per 1 juli 2015 voldoen de statuten van de meeste woningcorporaties niet meer aan de thans geldende wet- en regelgeving. Hetzelfde geldt voor de reglementen van de raad van toezicht en het bestuur van woningcorporaties.**

De Herzieningswet schrijft voor dat woningcorporaties uiterlijk op 1 januari 2017 hun statuten en reglementen in overeenstemming moeten brengen met de nieuwe Woningwet. De statuten en reglementen zullen onder meer moeten worden aangepast aan de nieuwe regels rondom de benoeming, schorsing en ontslag van bestuurders en commissarissen, de nieuwe onverenigbaarheden voor de benoeming tot bestuurder of commissaris en de nieuwe regeling rondom de afwikkeling van het liquidatiesaldo.

Gelet op het feit dat de statutenwijziging de voorafgaande goedkeuring behoeft van de Autoriteit woningcorporaties is het van belang dat het proces van statutenwijziging en wijziging van de reglementen tijdig in gang wordt gezet.

Wij hebben ruime ervaring met het doorvoeren van de noodzakelijke aanpassingen in de statuten en reglementen en zijn u terzake graag van dienst.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met mr. Peter Jan Hopmans (024-3812735, [hopmans@dirkzwager.nl](mailto:hopmans@dirkzwager.nl)) of met Marieke van Dongen (024 -3813153, [vandongen@dirkzwager.nl](mailto:vandongen@dirkzwager.nl)).

**Marieke Van Dongen**

T: +31 (0)24 381 31 27

E: [vandongen@dirkzwager.nl](mailto:vandongen@dirkzwager.nl)

# CAREsector laat kansen liggen

Artikel over de invloed van extramuralisering en NHC op bestaande huurcontracten

**In zijn artikel over de invloed van extramuralisering en NHC op bestaande huurcontracten laat Frank Delissen, advocaat-partner bij Dirkzwager Advocaten & Notarissen, zien hoe deze in het voordeel van de hurende zorginstelling kunnen worden opengebroken. In veel gevallen betalen zorginstellingen torenhoge huren voor verouderd zorgvastgoed terwijl de betreffende huurcontracten lange looptijden hebben.**

## **List**

Omdat deze contracten geen tussentijdse beëindigingsmogelijkheid kennen zal Tom Poes een list moeten verzinnen. Deze "list" bestaat uit het (te) weinig gebruikte wettelijk stelsel waarin onvoorziene omstandigheden kunnen leiden tot aanpassing of beëindiging van bestaande contracten. In dit geval bestaan de onvoorziene omstandigheden uit de extramuralisering en de invoering NHC. Deze verstoren enerzijds de balans in de verhouding verhuurder-huurder in het nadeel van de huurder maar blijken tegelijkertijd het wapen om de balans te herstellen. Gelet op de grote bedragen gemoeid met deze materie dient elke hurende zorginstelling zich de vraag te stellen of hier actie moet worden ondernomen. Het artikel bevat daartoe de handvatten.

Bron: Dit artikel is verschenen op de website van HEAD; de beroepsvereniging voor financieel managers en hoger opgeleiden in financiële functies in de zorg.



## Over Dirkzwager

Met kantoren in Nijmegen en Arnhem en ruim 260 medewerkers heeft Dirkzwager advocaten & notarissen op bijna ieder terrein specialistische juridische kennis in huis. Actuele kennis van wet- en regelgeving en jurisprudentie, natuurlijk, maar ook mensenkennis en kennis van de markten waarin onze cliënten opereren. Die kennis zetten we in voor onze cliënten. En die delen we. Dat maakt ons bijzonder. En dat zorgt ervoor dat onze cliënten in het voordeel zijn.

**© 2016, Dirkzwager advocaten & notarissen N.V.**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande toestemming van de auteur worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt. Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave grote zorg is besteed, aanvaarden de auteur en Dirkzwager advocaten & notarissen N.V. geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten en onvolkomenheden, noch voor de gevolgen hiervan.

Maak kennis met **Dirkzwager**  
advocaten & notarissen

**Vestiging Arnhem**

Postbus 111  
6800 AC Arnhem  
Velperweg 1  
6824 BZ Arnhem

**Vestiging Nijmegen**

Postbus 55  
6500 AB Nijmegen  
Van Schaeck Mathonsingel 4  
6512 AN Nijmegen

T +31 (0)88 24 24 100

F +31 (0)88 24 24 111

E [info@dirkzwager.nl](mailto:info@dirkzwager.nl)

I [www.dirkzwager.nl](http://www.dirkzwager.nl)