

Vergaderjaar 2011–2012

33 000 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012

Nr. 187

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2012

Aanleiding voor deze brief

In de bijlage bij het regeerakkoord-2010 is vermeld dat de introductie van een btw compensatiefonds (hierna: BCF) voor de cure en de care wordt onderzocht. Omdat zorginstellingen en zorgverleners over het algemeen geen btw kunnen verrekenen, is dat in de basis een aansprekende gedachte. Immers: via een compensatiefonds wordt een belemmering om diensten uit te besteden weggenomen en kan potentieel een besparing in kosten worden gerealiseerd. De invoering van een btw compensatiefonds voor de zorg leek daarom een kwestie van «*easy money*»: het zou een probleem oplossen en tot een kostenbesparing leiden.

Uit nader onderzoek – door het ministerie van VWS en Financiën – blijkt echter dat het de vraag is of de btw de doorslaggevende belemmerende factor is bij gewenste uitbestedingen, dat het te behalen voordeel onzeker is, dat er sprake is van budgettaire risico's en dat een BCF bovendien technisch lastig te realiseren is. Het kabinet heeft daarom besloten geen voorstel in te dienen voor invoering van een BCF voor de zorg. Onderstaand licht ik deze beslissing toe.

Lost een BCF een probleem op?

Verondersteld wordt dat de btw van doorslaggevende betekenis is bij de keuze van zorginstellingen om bepaalde diensten uit te besteden. Om te onderzoeken of deze veronderstelling juist is, is een enquête gehouden onder 155 zorginstellingen¹. Uit dit onderzoek is gebleken dat voor 28% van de instellingen btw de belangrijkste reden is om (soms) niet uit te besteden, voor 72% (112 instellingen) is dat dus niet het geval. Over het algemeen is voor zorginstellingen het belangrijkste criterium om wel of niet uit te besteden de (verwachte) kwaliteit van de dienstverlener en de

¹ Onderzoek d.d. 6 februari 2012: «Hoe denkt de zorgsector over een btw-compensatiefonds?», uitgevoerd door Research voor Beleid. Het eindrapport van Research voor Beleid is als bijlage bijgevoegd bij deze brief. Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

mate van controle daarover. De btw vormt dus niet de doorslaggevende factor al speelt deze in de totale afweging uiteraard wel een rol.

Van de ondervraagde instellingen verwacht 60% – ook na invoering van een fonds – niet meer te zullen gaan uitbesteden, 5% weet het nog niet en 35% denkt daadwerkelijk meer te zullen gaan uitbesteden. Uit het onderzoek naar een BCF voor de zorg is niet duidelijk gebleken dat er een generiek probleem is dat om een oplossing vraagt in de vorm van een BCF voor de zorg. In lijn hiermee heeft ook het BCF voor decentrale overheden niet aantoonbaar tot meer uitbesteding of doelmatigheidswinst geleid.

Hoogte voordeel

Of invoering van een BCF leidt tot doelmatigheidswinst is erg onzeker. Er spelen verschillende factoren een rol, waaronder de hoogte van het voordeel ten opzichte van inbesteden, de hoogte van de administratieve lasten en uitvoeringskosten en de omvang van de potentieel uit te besteden diensten. Bij de doorrekening van het regeerakkoord heeft het CPB ook geen te verwachten besparing opgenomen voor een BCF. Dit illustreert dat een betrouwbare inschatting van het voordeel niet of nauwelijks is te maken. Mogelijk ontstaat zelfs een nadeel door de omvang van de administratieve lasten en uitvoeringskosten en de zogenaamde «weglek-effecten» in de BTW inkomsten (zie hierna).

Uitvoeringsaspecten, budgettaire gevolgen en administratieve lasten van een BCF

Wanneer er een BCF wordt ingevoerd komen instellingen in aanmerking voor compensatie van de nu al betaalde btw. Naar schatting betalen zorginstellingen op dit moment een bedrag van rond de € 2 miljard aan btw. Bij invoering van een BCF voor de zorg zal ook deze € 2 miljard vervolgens voor compensatie in aanmerking komen. Om dat budgettair neutraal mogelijk te maken moet dit bedrag eerst aan de sector worden onttrokken.

De manier waarop het fonds gevuld wordt, is verschillend voor de te onderscheiden sectoren binnen de zorg. Algemeen gesproken moet het BCF worden gefinancierd vanuit een korting op tarieven en budgetten. Dergelijke ingrepen op tarieven zijn van ingrijpende omvang, kunnen conflicteren met bestuurlijke afspraken zoals het hoofdlijnenakkoord voor de cure en zijn lastig bij vrije prijzen. Voor zowel de ZVW als de AWBZ geldt dat er herverdeling optreedt van instellingen die minder uitbesteden naar instellingen die meer uitbesteden. Allen krijgen te maken met de lagere tarieven en de instellingen die nu meer btw betalen profiteren het meest van de btw compensatie. Voor nieuw uitbestede diensten hoeft de sector niet af te dragen. Immers tegenover deze compensatie staan nieuwe btw inkomsten. Op dat moment is compensatie voor de overheid budgettair neutraal.

Gegeven het aantal compensatiegerechtigden bij een BCF voor de zorg, zal de uitvoeringslast bij de Belastingdienst toenemen om het risico op weglek in de btw te minimaliseren. Het voorkomen van fiscale structuren wordt wel gezien als reden om een BCF in te voeren, echter het probleem kan verschuiven van de zorgsector naar aanpalende domeinen. In de eerste plaats moet dan worden vastgesteld of er recht bestaat op compensatie en zo ja, voor welk deel. Naast dit praktische probleem, bestaat ook het risico dat getracht wordt projecten zodanig op te zetten dat de compensatiemogelijkheid wordt geoptimaliseerd. Dat kan leiden

tot weglek van btw-inkomsten en tot negatieve budgettaire gevolgen en een hogere uitvoeringslast bij de belastingdienst.

Aangezien een BCF voor de zorg waarschijnlijk complexer wordt dan het compensatiefonds voor decentrale overheden, mede gezien de omvang van het aantal deelnemers in potentie ruim 5 000, is de verwachting dat de administratieve lasten en uitvoeringskosten ook navenant hoger zullen liggen.

Samenvattend: een budgettair neutrale invoering van een BCF is complex en risicovol, er is sprake van een risico op tegenvallers vanwege weglek van btw en uitvoeringskosten en administratieve lasten nemen toe.

Conclusie

Uit bovenstaande blijkt dat invoering van een BCF voor de zorg niet opportuun is. Uit de enquête onder 155 instellingen blijkt dat niet duidelijk is dat sprake is van een generiek probleem dat om een oplossing vraagt in de vorm van een BCF voor de zorg. Verder is het te behalen voordeel onzeker en is een budgettair neutrale vormgeving een technisch lastige exercitie, omdat daarvoor ingrijpende en lastig realiseerbare kortingen op tarieven nodig zijn. Per saldo wegen de mogelijke voordelen niet op tegen de nadelen. Het kabinet ziet daarom af van het doen van een voorstel tot invoering van een BCF voor de zorg.

Mede namens de minister van Financiën, de staatssecretaris van Financiën.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers