

Ministerie van Financiën
T.a.v. de heer E.D. Wiebes
Postbus 20201
2500 EE Den Haag

Onderwerp : Fiscale problematiek samenwerking in de zorg

datum

18 april 2014

Geachte heer Wiebes,

ons kenmerk

LM/14u.0292

Graag vragen wij aandacht voor enkele fiscale problemen die samenhangen met samenwerkingsvormen tussen zorgorganisaties van diverse aard, in de vorm van ketenzorg, coördinatie en afstemming tussen zorgorganisaties. Deze problematiek speelt breed, zowel in de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo 2015), de Jeugdwet, de Wet Langdurige Zorg en de Zorgverzekeringswet. Het heeft in onze ogen nadrukkelijk ook gevolgen voor het succes van de uitvoering van het bestuurlijk akkoord in de geestelijke gezondheidszorg, de hervorming langdurige zorg en de daarmee samenhangende decentralisaties/ overhevelingen, ook omdat veel zorg (onvoorzien) 21% duurder dreigt te worden, waardoor er minder budget overblijft voor zorg zelf.

in behandeling bij

drs. L. Markus

doorkiesnummer

(030) 27 39 394

pagina

1/4

Vanzelfsprekend zijn wij content met de aanpassing van de btw-vrijstelling van zorg onder de WMO, zoals die in goed overleg met de zorgbranches tot stand is gekomen en recent naar de Tweede Kamer is verstuurd. Het onderscheid tussen maatwerkvoorziening en algemene voorziening is nu verdwenen.

De antwoorden met betrekking tot samenwerking, onderaanneming versus uitleen van personeel en multidisciplinaire zorg schieten voor ons evenwel tekort. Gelet op het belang hiervan voor de samenwerking in de praktijk en de prijsvorming in de onderhandelingen vanaf komende zomer is duidelijkheid hierover dringend gewenst.

Als voorbeeld noemen wij de verwijzing in de parlementaire behandeling van het wetsontwerp Wmo 2015 naar het Besluit 14 maart 2007, CPP 2007/347M, Staatscourant 2007, nr. 57: in de Wmo 2015 zal op grote schaal samengewerkt

worden in (sociale) wijkteams. Deze teams bezitten als zodanig geen rechtspersoonlijkheid en worden samengesteld uit uitgeleende medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties, medewerkers van vrijwilligersorganisaties zoals MEE en (beleids)ambtenaren van de gemeenten. Deze teams staan daarbij veelal onder aansturing en regie van die gemeenten, via de genoemde ambtenaren. De sociale wijkteams zijn als zodanig dus geen "zorginstellingen" in de zin van het Besluit 14 maart 2007. Bovendien stelt dit besluit veel voorwaarden, waardoor het niet de ruimte biedt aan de schaal van samenwerking zoals wij die in het veld zien ontstaan.

De zorgsector wordt gevraagd innovatief te zijn en zorg dichtbij de cliënt te leveren. De sector gaat deze uitdaging graag aan. Dit betekent dat nieuwe producten worden ontwikkeld zoals de basis GGZ en sociale wijkteams in hoog tempo worden opgericht en uitgebreid tot brede expertise teams. Ook wordt in rap tempo de zorg geambulanteerd en geëxtramuraliseerd. Ook zullen er nieuwe bekostigingsvormen worden geïntroduceerd, zoals bijv. populatiebekostiging. Om deze grote beweging mogelijk te maken is duidelijkheid over de fiscale vraagstukken die de sector bezighouden op korte termijn noodzakelijk.

In de bijlage vindt u een nadere inhoudelijke omschrijving van de problematiek, antwoorden op kamervragen uit 2012 waarin de fiscale knelpunten worden erkend, aangevuld met een enkele casus. Hieronder lichten we de problematiek kort beleidsmatig toe.

Coördinatie, signalering, consultatie, afstemming en preventieve activiteiten hebben een onduidelijke fiscale positie voor omzetbelasting en vennootschapsbelasting

In toenemende mate wordt – ook vanwege het overheidsbeleid - van zorgaanbieders gevraagd gebruik te maken van elkaars expertise (consultatie), te signaleren en coördineren, zowel incidenteel als structureel samen te werken (onder meer in de sociale wijkteams) en preventieve activiteiten op te zetten (om achteruitgang te voorkomen). Dit alles om de zorg voor de cliënt optimaal te laten zijn en dicht bij de burgers te brengen. Het is de noodzakelijke voorwaarde om behandeling en opname in duurdere voorzieningen te voorkomen

Tegelijk is onduidelijk hoe de fiscale positie van al deze activiteiten is. Wij constateren wel een tendens om de zorgvrijstelling omzetbelasting en vennootschapsbelasting niet (meer) op functieniveau (beroepsniveau) te definiëren, maar op handelingsniveau. Scharnierpunt voor de fiscus lijkt hierbij te zijn of er sprake is van geneeskundige verzorging van de mens. Op functieniveau beschouwen zorgprofessionals preventie, coördinatie, consultatie en afstemming echter als tot normaal bij de functie behorende taken. In toenemende mate zien we dat in de (uitleg van) regelgeving deze activiteiten/ handelingen apart gedefinieerd worden, waardoor twijfels ontstaan over de fiscale positie hiervan.

Dit is onder meer zichtbaar in de positie van preventie door thuiszorgorganisaties (niet vrijgesteld van vennootschapsbelasting) en het inschakelen van praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz en somatiek door de huisarts (al snel als inlening gedefinieerd, zie ook het volgende punt).

Het zal duidelijk zijn dat wij pleiten voor een duidelijke uitspraak van de overheid dat deze taken/activiteiten, als onlosmakelijk verbonden met zorgverlening, vrijgesteld zouden moeten zijn van btw en vennootschapsbelasting.

Samenwerking met één hoofdcontractant leidt ertoe dat de overige partijen als 'uitzendbureau' gekwalificeerd worden door de belastingdienst

Een tweede – nauw met bovenstaand samenhangend – probleem is dat samenwerking tussen zorgaanbieders met in veel gevallen een hoofdcontractant ertoe leidt dat de belastingdienst de onderaannemers die personeel ter beschikking stellen zonder meer als 'uitzendbureau' beschouwt en daarmee btw-plichtig. Dit wordt versterkt door kwaliteitswetgeving van het ministerie van VWS, waarin de hoofdaannemer eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg – ook van de onderaannemer.

Grote delen van de zorg dreigen hierdoor 21% duurder te worden, ook omdat hoofdaannemerschap/ onderaannemerschap door zorginkopende partijen zoals gemeenten en zorgverzekeraars in toenemende mate worden ingezet in de contractering. Mede om ketenzorg te stimuleren of een regionale dekking (24-uurs zorgverlening) te organiseren.

Ook hier wordt ons inziens de btw-problematiek veroorzaakt door een te smal fiscaal oordeel over wat 'zorg' is en de daaruit voortvloeiende zorginhoudelijke noodzaak van onderlinge – vaak ook formeel georganiseerde – afstemming. Het beeld ontstaat bij ons dat een fiscale redenering rond uitleen van personeel te gemakkelijk geprojecteerd wordt op normale samenwerkingsvormen tussen zorgorganisaties. Samenwerkingsvormen die bovendien van overheidswege gestimuleerd worden in de vorm van sociale wijkteams en ketenzorg.

Gelet op het grote belang van samenwerking in de zorg vragen wij dringend op korte termijn (voordat zorgcontractering en Wmo-aanbestedingen met daarin prijsvorming voor 2015 plaatsvindt) met duidelijkheid te komen over de grens tussen samenwerking en inleen/uitleen.

Daarbij vragen we om een werkbare duiding van wat wel tot zorg en wat niet meer tot zorg wordt gerekend, met betrekking tot onder andere preventie, consultatie en coördinatie.

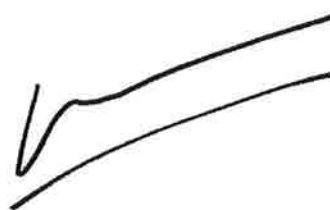
Graag willen de VNG, ActiZ en GGZ Nederland wederom met uw ministerie in overleg treden en de cases uit de praktijk met u delen om tot nadere oplossingen komen. Wij zien uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,



drs. A. Koster
directeur ActiZ
FB

J. Schirmbeck
directeur VGN



ir. P. van Rooij
directeur GGZ-Nederland

Een afschrift van deze brief is verzonden aan:

- Staatssecretaris van VWS, de heer drs. M.J. van Rijn
- Vereniging Nederlandse Gemeenten, mevrouw J. Kriens
- Zorgverzekeraars Nederland, de heer dr. P.F. Hasekamp
- Nederlandse Zorgautoriteit, de heer mr. drs. T.W. Langejan
- Tweede Kamer woordvoerders VWS en Financiën

Bijlage Fiscale problematiek in de Zorg en Wmo in relatie tot stelselherziening en decentralisatie

De stelselherziening en decentralisatie roept een veelheid van fiscale vragen op. Het betreft deels nog niet opgeloste bestaande en deels nieuwe problemen rond BTW en Vennootschapsbelasting. De dreigende BTW en Vpb plicht leidt tot enorme kostenstijgingen in de Zorg (AWBZ/LIZ, Zvw) en de Wmo en Jeugdwet en straft daarmee samenwerking en vernieuwingen financieel af.

I Bestaande casuïstiek

Casus: BTW problematiek nu reeds actueel in sociale wijkteams

Stichting X voert Wmo taken uit voor gemeente Y met een aantal samenwerkende partijen in het sociaal domein, zoals Mee, Jeugdhulpverleningsorganisaties, SMD, RIBW enz. Ook de gemeente zelf heeft medewerkers geplaatst met specifieke expertise, bijv. t.b.v. schuldhulpverlening of uitkeringsaanvragen. De medewerkers binnen het wijkteam zijn door de moederorganisatie gedetacheerd binnen het sociaal wijkteam. Doel van het sociaal wijkteam is om 80% van alle hulpvragen uit de wijk (20.000 inwoners) zelf en met behulp van het steunsysteem van de cliënt (mantelzorger, vrijwilliger, of professional) op te lossen. Met deze werkwijze beoogt de gemeente om aanzienlijk op de kosten te besparen waardoor men in staat is om de veranderingen in het maatschappelijk bestel met de daarbij behorende bezuinigingen op te vangen. Ten aanzien van deze werkwijze is een BTW-probleem opgetreden die, ook na uitvoerig overleg met het Ministerie van Financiën, niet is opgelost. Het beoogde kostenvoordeel is door BTW teniet gedaan.

II Samenwerking/onderaanneming versus uitlenen van personeel

Samenwerking leidt tot BTW belaste ter beschikking stelling van personeel

Samenwerking in de Zorg (LIZ en Zvw) en de Wmo is de dragende pijler van het Kabinet in de stelselherziening en de decentralisatie naar de Wmo en de Jeugdwet. Doel daarvan is betere zorg (dichtbij), kostenbeheersing en meer doelmatigheid. Het leveren van Zorg- en Wmo- diensten is mensenwerk. Samenwerking tussen aanbieders leidt tot nieuwe concepten waarbij aanbieders hun (zorg)professionals ter beschikking stellen aan nieuwe samenwerkingsgremia en organisatorische eenheden, zoals sociale wijkteams, veelal onder regie van gemeenten. Leidende principes daarbij zijn de één loket gedachte en het tegengaan van versnippering en gebrek aan samenwerking tussen verschillende disciplines rond één cliënt. De kernvraag hierbij is: wordt BTW vrijgestelde zorg geleverd of wordt arbeid ter beschikking gesteld onder aansturing van een andere organisatie? Ter beschikking stelling van arbeid is BTW belast.

Deze constatering geldt niet alleen voor zorgaanbieders. Ook gemeenten die bijvoorbeeld eigen personeel ter beschikking stellen aan een gemeenschappelijk Wmo uitvoeringsorgaan, krijgen te maken met de BTW problematiek. De VNG heeft hierover onlangs een brief doen uitgaan. BTW verhoogt de gemeentelijke uitvoeringskosten van de Wmo aanzienlijk en wel met 21%.

BTW op ter beschikking stelling via onderaanneming

Samenwerking in de Zvw, de AWBZ/LIZ en de Wmo kan ook de vorm krijgen van onderaanneming. Gemeenten streven naar tegengaan van versnipperde aanbestedingen per doelgroep. Dit leidt tot gunningen aan een beperkt aantal aanbieders, veelal op basis van populatiebepaling. Deze aanbieders hebben niet op het gehele Wmo domein eigen expertise in huis en zullen een deel van de ondersteuning voor bepaalde specifieke groepen in onderaanneming laten uitvoeren door organisaties die op dat specifieke terrein deskundig zijn. In de AWBZ/LIZ en de Zvw komt onderaanneming ook voor. Hierbij heeft de "hoofdaannemer" voor diens cliënten een contract gesloten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. In opdracht van deze hoofdcontractant wordt door de onderaannemer zorgpersoneel ter beschikking gesteld t.b.v. zorgverlening aan cliënten van de hoofdaannemer.

Toepassing Waadi op ter beschikking stelling van personeel: registratieplicht en forse boetes

Het tegen vergoeding ter beschikking stellen van eigen arbeidskrachten aan een ander voor het onder diens leiding/aansturing verrichten van arbeid, valt bovendien onder de Wet Allocatie arbeidskrachten door intermediairs (Waadi). Voor organisaties die aldus personeel ter beschikking stellen geldt een registratieplicht, zware eisen t.a.v. de vrijwaring van loonbelasting en sociale verzekeringen en een zeer fors boetestelsel bij overtreding door zowel de inlener als de uitlener.

III Coördinatie, afstemming, consultatie en preventie: wel/ geen zorg(vrijstelling)

BTW voor niet zorgtaken, zoals coördinatie, afstemming en preventie?

Samenwerking vergt één geïntegreerd beleid en intensieve coördinatie en afstemming tussen zorgprofessionals. Ook de wijkverpleegkundige krijgt in de samenwerking tussen het Zorg- en Wmo domein een essentiële nieuwe rol, met naast of zelfs (deels) in plaats van verpleegkundige/BIG handelingen, nieuwe taken rond overleg, afstemming en coördinatie. Gaat de BTW vrijstelling integraal gelden voor alle taken van de zorgprofessionals en wijkverpleegkundigen inclusief het signaleren, coördineren en preventie? Of is de BTW vrijstelling beperkt tot specifieke zorghandelingen rond "de gezondheidskundige verzorging van de mens". En mogelijk ook nog beperkt tot een kleine groep (BIG geregistreerden)?

Bestaande problematiek BTW plicht op samenwerking eerstelijns zorg nog niet opgelost

Naar aanleiding van kamervragen in 2012 heeft het Ministerie van VWS geconstateerd dat kosten in de eerstelijns zorg voor multidisciplinair overleg, het voortraject om tot patiëntencontact te komen, het afstemmen over wie welke zorg aan de patiënt levert, kwaliteitszorg, innovatie en de organisatie van de zorg, BTW belaste prestaties zijn.

De Staatsecretaris van VWS vond deze constatering –terecht- onwenselijk en zou hierover in overleg gaan met het Ministerie van Financiën. Graag vernemen wij of de uitkomst van dat overleg leidt tot BTW vrijstelling van deze activiteiten, niet alleen voor de eerste lijns zorg maar voor het gehele Zorg en Wmo domein.

BTW problematiek innovatie via e-health en zorg op afstand

E-health is een belangrijke innovatieve ontwikkeling in de zorg, evenals zorg op afstand. Ook deze activiteiten zijn fiscaal echter al geruime tijd problematisch, zoals blijkt uit antwoorden op kamervragen uit 2012.

Daarnaast is personenalarmering sinds 1 januari 2014 belast met btw. Daarbij wordt personenalarmering in de omzetbelasting niet als één integrale dienst benaderd, maar kunstmatig opgeknipt in drie of vier deelactiviteiten, waarbij enkele activiteiten zijn vrijgesteld en andere niet. In plaats van dat uitgegaan wordt van de oude logica dat het om een integrale dienst gaat die is vrijgesteld, waarbij zorgaanbieders soms op onderdelen gebruiken maken van diensten (zoals het leveren de apparatuur en het voorzien in de alarmcentrale) van commerciële partijen. Nu moeten zorgaanbieders voor het onderdeel alarmcentrale indien zij dit zelf leveren omzetbelasting rekenen. Het gebruik van e-health en andere innovatieve technologieën door zorgaanbieders is kostenbesparend en dient derhalve vrijgesteld te zijn van kostenverhogende BTW.

Toepassing Venootschapsbelasting (Vpb) op preventie en andere thuiszorgactiviteiten

De zorgvrijstelling krachtens de Wet Vpb 1969 sluit niet aan te bij de financieel en inhoudelijke ontwikkelingen van de stelselherziening en de decentralisatie. De Vpb regelgeving dient daarom tijdig te worden aangepast op de situatie 2015 e.v..

De Minister van Financiën heeft in het Besluit Subjectieve vrijstellingen bepaald dat Thuiszorg activiteiten die gericht zijn op preventie van ziekte, niet vallen onder het Vpb vrijgestelde begrip 'genezing en verpleging'. Paragraaf 4.3.2 van bovengenoemd Besluit bevat een groot aantal zgn. "niet-kwalificerende werkzaamheden" van thuiszorginstellingen, zoals preventieprogramma's, maar bijvoorbeeld ook maaltijdverstrekking, die niet Vpb vrijgesteld zijn.