



Evaluatie aftrek specifieke zorgkosten

In opdracht van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ministerie van Financiën

Project:

2021.221

Publicatienummer:

2021.221-2216

Datum:

Utrecht, 3 augustus 2022

Auteurs:

Jasper Veldman
Maarten Batterink
Maartje Gielen
Melvin Hanswijk
Victor Hoornweg
Adriaan Smeitink

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 Inleiding	15
1.1 Introductie regelingen	15
1.2 Aanleiding onderzoek	15
1.3 Doel van het onderzoek	15
1.4 Onderzoeksvragen	16
1.5 Onderzoeksaanpak	19
1.6 Uitvoering onderzoek	22
1.7 Leeswijzer	22
2 Achtergrond en inhoud van de regelingen.....	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Beschrijving van de regelingen	23
2.3 De plaats van de regelingen in het Nederlandse zorgstelsel.....	26
2.4 Overzicht beleidsgeschiedenis	29
2.5 Beleidsdoelstellingen	31
2.6 Conclusie	36
3 Doelgroepbereik	39
3.1 Inleiding	39
3.2 Gebruik van de regeling.....	39
3.3 Gebruik door de doelgroep.....	43
3.4 Ervaringen van de gebruikers.....	54
3.5 Conclusie.....	57
4 Doeltreffendheid	61
4.1 Inleiding	61
4.2 Specifieke zorgkosten-regeling	61
4.3 TSZ-regeling	63
4.4 Vermenigvuldigingsfactoren	64
4.5 Drempel	66
4.6 Conclusie.....	68
5 Uitvoering van de regelingen	71
5.1 Inleiding	71
5.2 Uitvoeringskosten	71
5.3 Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid	72
5.4 Conclusie.....	74
6 Doelmatigheid.....	77
6.1 Inleiding	77
6.2 Budgettair belang	77
6.3 Onbedoeld en onjuist gebruik	82

6.4	Mate waarin kosten voortvloeien uit chronische ziekten of beperking	85
6.5	Conclusie	89
7	Toekomstgerichte analyse	93
7.1	Inleiding	93
7.2	Belangrijkste knelpunten huidige vormgeving	93
7.3	Beoordelingskader	99
7.4	Aanpassingen en alternatieven	101
7.5	Conclusies	112
Bijlage 1.	Toetsingskader Fiscale regelingen	115
Bijlage 2.	Beschrijving vragenlijst enquête	119
Bijlage 3.	Achtergrondinformatie resultaten enquête	125
Bijlage 4.	Interviewprotocol	127

Managementsamenvatting

Dit onderzoek gaat over de fiscale aftrek specifieke zorgkosten (in het vervolg 'specifieke zorgkosten-regeling') en de regeling 'Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten' (in het vervolg 'TSZ-regeling'). Middels de specifieke zorgkosten-regeling is het mogelijk om onder bepaalde voorwaarden specifieke zorgkosten af te trekken in de belastingaangifte. Kosten voor medicijnen en hulpmiddelen komen onder meer in aanmerking. In 2019 waren er ruim 850.000 huishoudens die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling en bedroeg het budgettair belang bijna €270 miljoen. De TSZ-regeling compenseert diegenen die door de aftrek van specifieke zorgkosten minder heffingskorting ontvangen. In 2019 waren er bijna 230.000 belastingplichtigen die gebruik maakten van de TSZ-regeling en bedroeg het budgettair belang ruim €65 miljoen.

In een kamerbrief¹ van 28 september 2021 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met de staatsecretaris van Financiën aangekondigd om de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling te laten evalueren conform de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE). Er moest daarbij ook onderzoek worden gedaan naar mogelijke alternatieven die bijdragen aan een hogere doeltreffendheid als het gaat om het tegemoetkomen in de meerkosten die mensen met een chronische ziekte of beperking hebben.

Het onderzoek is in de eerste helft van 2022 uitgevoerd door Dialogic Innovatie & Interactie en Significant Public in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Financiën. In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken naar de specifieke zorgkosten-regeling, interviews met cliëntorganisaties, analyse van data van Belastingaangiftes, een enquête onder de Nederlandse bevolking en informatie van de Belastingdienst over de uitvoering van de regeling.

Achtergrond specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling

Om een goed beeld te krijgen van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling zijn eerst de achterliggende probleemstelling en doelstelling van de regelingen in kaart gebracht.

Probleemstelling

Er is sprake van een heldere probleemstelling; mensen met een chronische ziekte of beperking worden geconfronteerd met hogere kosten in vergelijking met andere groepen. Zij krijgen deze kosten niet, of slechts deels, vergoed uit andere regelingen. Na toepassing van andere regelingen hebben zij dus nog steeds hogere kosten dan andere groepen. Achterliggende gedachte bij de wens om hen hierin tegemoet te komen is dat de meerkosten ertoe kunnen leiden dat zij minder goed maatschappelijk kunnen participeren.

Doelstelling

Het te bereiken doel van de fiscale aftrek is niet (meer) helder en eenduidig geformuleerd. Op basis van de beleidsstukken concluderen we dat het doel van de specifieke zorgkosten-regeling is om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in de meerkosten die zij vanwege hun aandoening maken. Een achterliggend doel is dat zij hierdoor beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Uit de toelichting bij de wet wordt niet duidelijk of dit laatste moet worden gezien als doel van de wet of eerder als beoogde impact.

¹ Kamerstuk 35 925-XVI-7, Kenmerk brief: 3247023-1014493-MEVA

Bij het compenseren van kosten moet het gaan om kosten die niet elders vergoed worden. Ook is het niet de bedoeling om *alle* meerkosten te vergoeden. Het volgende blijft dan echter onduidelijk:

- Uit de toelichting bij de wet wordt duidelijk dat het doel niet is om *volledige* compensatie van meerkosten te bieden. Ook wordt daar gesteld dat de regering de doelgroep tegemoet wil komen zodat deze beter in staat is om maatschappelijk te participeren. Hieruit kan echter niet worden opgemaakt welk niveau van compensatie wordt beoogd. Puur naar de tekst kijkend bereikt de regeling haar doel als de doelgroep ook maar enigszins geholpen wordt, hoe klein dit effect ook is. Dit lijkt ons geen wenselijke uitleg.
- De fiscale aftrek zou samen met de rest van de Wtcg in 2014 worden afgeschaft. Uiteindelijk is kort van tevoren besloten de fiscale aftrek als landelijke voorziening te behouden, maar tegelijkertijd werd daarbij wel gesteld dat de fiscale aftrek toe was aan herziening omdat er de nodige nadelen aan kleven. Gesteld werd dat de aftrekregeling beter gericht zou moeten worden op de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten, en eenvoudiger, begrijpelijker en fraudebestendiger zou moeten worden gemaakt. Er zijn sindsdien echter geen fundamentele wijzigingen meer doorgevoerd. Er is destijds eveneens niet helder vastgelegd waarom de fiscale aftrek is behouden en wat het precieze doel van de aftrek is binnen het sterk gewijzigde stelsel van ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten. We gaan er daarom van uit dat het doel ongewijzigd is gebleven.

Het doel van de TSZ-regeling is wel helder. Dit is simpelweg om de mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten (een deel van) hun heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren. Via de TSZ-regeling krijgen zij alsnog de voordelen van zowel de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten als hun heffingskortingen.

Drempel

In de voorganger van de huidige fiscale aftrek, de Buitengewone Uitgavenregeling uit 2001, is er een drempel ingevoerd als operationalisering van het criterium dat de draagkracht van een belastingplichtige ernstig moest worden aangetast (door de buitengewone uitgaven) voordat deze recht had op een tegemoetkoming. Het oorspronkelijke doel van de drempel was dus om de mensen die wel buitengewone uitgaven hadden, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming te bieden. Hoewel de huidige regeling dit 'draagkrachtcriterium' niet meer bevat (zie de beleidsdoelstelling van de fiscale aftrek hierboven), lijkt de drempel simpelweg te zijn overgenomen uit de vorige regeling. In de toelichting bij de regeling wordt niet ingegaan op het doel van de drempel. Wij concluderen daaruit dus dat er geen expliciete motivering is voor de drempel en dat niet is uitgelegd hoe deze bijdraagt aan het doel van de regeling. Het is natuurlijk goed mogelijk dat ook bij de huidige aftrek de gedachte was dat de overheid pas bij wil springen wanneer de draagkracht ernstig wordt aangetast. Dit zou men ook kunnen afleiden uit de gedachte dat de tegemoetkoming zou moeten leiden tot betere maatschappelijke participatie, maar het is niet expliciet vastgelegd.²

Vermenigvuldigingsfactoren

Belastingplichtigen met een drempelinkomen lager dan een bepaald bedrag hebben recht op de verhoging specifieke zorgkosten. Zij mogen dan meer aftrekken dan daadwerkelijk is

² Andere mogelijke redenen voor een drempel zijn bijvoorbeeld het verminderen van administratieve lasten of het budgettair beslag, of simpelweg de opvatting dat men voor een bepaalde hoeveelheid kosten zelf op dient te draaien en daarna hulp verdient (ongeacht de draagkracht van de persoon).

betaald voor de zorgkosten. Om dit te realiseren kent de specifieke zorgkosten-regeling twee vermenigvuldigingsfactoren (een voor AOW'ers en één voor niet-AOW'ers). Voor belastingplichtigen met een drempelinkomen lager dan het vastgestelde bedrag worden de zorgkosten vermenigvuldigt met deze factor. Het doel hiervan is om de aftrek van mensen met een laag inkomen meer waard te laten worden. Voor AOW'ers bedraagt de vermenigvuldigingsfactor 2,13, voor niet-AOW'ers bedraagt de vermenigvuldigingsfactor 1,4.

De vermenigvuldigingsfactor van 2,13 voor AOW'ers met een laag inkomen is er omdat deze groep een lager marginaal belastingtarief heeft dan vergelijkbare personen die geen AOW ontvangen en daardoor minder voordeel heeft van de belastingaftrek. Door de vermenigvuldigingsfactor kunnen zij een groter bedrag aan kosten aftrekken en hebben zij meer aan de regeling. Hoewel de redenering duidelijk is vastgelegd, is er geen concreet meetbaar doel geformuleerd voor de aard en omvang van het beoogde voordeel.

De noodzaak van een vermenigvuldigingsfactor van 1,4 voor niet-AOW'ers met een laag inkomen is niet duidelijk beargumenteerd. Het ligt voor de hand dat men wilde dat mensen onder deze inkomensgrens meer aan de regeling zouden hebben dan zonder de factor het geval zou zijn. Echter, een concrete (puur fiscaal gerelateerde) reden, zoals voor de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers geldt, is er niet meer. Er is hier (tegenwoordig) geen sprake van een verschil in belastingtarieven (met personen boven het drempelinkomen) waarvoor gecompenseerd dient te worden.

Doelgroep

De doelgroep is 'chronisch zieken en gehandicapten'. Of nader gespecificeerd, gelet op de doelstelling van de regeling: chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten van zorg die niet elders worden gecompenseerd. Door de aanwezigheid van een vermenigvuldigingsfactor en drempel is de regeling wel gericht op de personen met een lager inkomen (maar niet uitsluitend deze groep).

Doelgroepbereik

Gebruik van de regeling

Er waren in 2019 858.000 huishoudens die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling, waarvan 229.000 belastingplichtigen ook gebruik maakten van de TSZ-regeling. De gemiddelde compensatie van de gebruikers van de specifieke zorgkosten-regeling bedroeg €311. Voor de TSZ-regeling ging het om een bedrag van €284.

Doorschuiven van de specifieke zorgkosten

In 2015 waren er ca. 11.400 belastingplichtigen met door te schuiven specifieke zorgkosten. Zij konden hun fiscale aftrek niet verzilveren en niet of slechts deels gebruik maken van de TSZ-regeling. Het gaat voor hen om een aftrekbaar bedrag van € 22 miljoen dat verrekenbaar is in latere jaren. Van dit bedrag lijkt € 8 miljoen (39% van zowel het bedrag als het aantal belastingplichtigen) in de aangifte 2016 niet in beeld te zijn en ook in latere jaren niet verrekend te worden. Na 1 jaar is € 6 miljoen geheel verrekend, na 2 jaar € 9 miljoen en na 3 jaar € 11 miljoen (48% van het bedrag en 58% van het aantal belastingplichtigen). In het geval van de resterende € 3 miljoen is het inkomen tot en met 2018 onvoldoende om alle persoonsgebonden aftrekposten uit 2015 en de jaren erna te verrekenen.

Gebruik door de doelgroep

De mate waarin mensen met een chronisch ziekte of beperking met meerkosten in de zorg gebruik maken van de regeling is beperkt (ca. 16%). Dat heeft er met name mee te maken dat de zorgkosten die zij maken niet altijd in aanmerking komen voor de specifieke zorgkosten-regeling of omdat zij niet boven het drempelbedrag uitkomen. De specifieke zorgkosten-regeling *lijkt* in ieder geval goed bekend te zijn bij de doelgroep. Volgens de uitkomsten van

de enquêtes kent ruim 90% van de mensen de regeling. Echter, wij haalden hier in het onderzoek wel wisselende signalen over op.

Van de mensen uit onze enquête die geen aangifte hebben gedaan over 2020 en 2021 en het ook niet van plan waren om het over 2021 te doen (n = 199), bleek dat 11% (n = 22) te maken had met zorgkosten. Het ging hierbij om dusdanig kleine aantallen dat het niet goed mogelijk is om harde conclusies te trekken over het niet-doen van belastingaangifte door de doelgroep.

Voorliggende voorzieningen

Voor de mensen met een chronische ziekte of beperking die meerkosten in de zorg hebben zijn er op papier nog andere voorliggende voorzieningen beschikbaar. Het gaat dan om de aanvullende verzekering en gemeentelijke voorzieningen. Gezamenlijk *kunnen* zij een compensatie bieden voor een groot deel van de kostenposten. Er moet dan wel een aanvullende verzekering (kunnen) worden afgesloten (die ook geld kost) en de gemeente moet dan wel voorzieningen aanbieden. Uit het onderzoek komt naar voren dat niet alle gemeenten ook aanvullende voorzieningen aanbieden. Bovendien stellen gemeenten nog vaak aanvullende eisen waardoor gemeentelijke voorzieningen vaak alleen bereikbaar zijn voor mensen met een laag inkomen. Een voorbeeld hiervan is de regeling tegemoetkoming meerkosten van de gemeente Amsterdam. Die regeling is alleen beschikbaar voor huishoudens met een inkomen van maximaal €19.765 tot €27.087 (het exacte bedrag is afhankelijk van de persoonlijke situatie). Daar komt dan ook nog bovenop dat de gemeentelijke voorzieningen ook niet altijd aansluiten op de behoeften van de mensen met een chronische ziekte of beperking. Een voorbeeld dat werd gegeven in de interviews is dat mensen in aanmerking kunnen komen voor vervoer vanuit de Wmo (zoals naar het ziekenhuis), maar dat daar dusdanige haken en ogen aan zitten zoals beperkingen met betrekking tot de tijden om te kunnen reizen, de omrijd kilometers/tijd of het aantal kilometers die beschikbaar zijn, waardoor ze het uiteindelijk zelf gaan regelen en betalen. Vervolgens worden deze kosten, waar mogelijk, via de specifieke zorgkosten-regeling in aftrek gebracht.

Afhankelijkheid van adviseurs en tussenpersonen

Er is geen duidelijk beeld naar voren gekomen over de rol van adviseurs en tussenpersonen bij het (goed) toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling. Een deel van de gebruikers maakt gebruik van een belastingadviseur, of voor het doen van aangifte of voor het verkrijgen van advies. Of dit leidt tot het vaker toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling of het beter toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling is niet bekend. In de gesprekken met de cliëntenorganisaties hoorden we wel verschillende keren dat zelfs belastingadviseurs niet weten welke kosten precies afgetrokken mogen worden. Ook maatschappelijk werkers die patiënten ondersteunen vragen vaak om hulp bij de belangenorganisaties.

Ervaringen van de doelgroep

Uit het onderzoek komt een gemengd beeld naar voren over de ervaringen van de gebruikers. In de enquêtes onder de gebruikers van de regeling komt een enigszins positief beeld naar voren. Respondenten begrijpen de specifieke zorgkosten-regeling over het algemeen goed maar hij kost wel veel tijd. Het is voor de respondenten uit de enquête redelijk duidelijk welke kosten mogen worden opgegeven. Tegelijkertijd blijkt dat er bij 28% van de belastingaangiften waarin zorgkosten worden opgegeven sprake is van een foutief ingevulde aangifte waar een correctie kan plaatsvinden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat gebruikers denken dat zij de regeling begrijpen terwijl dat in werkelijkheid niet het geval is. In de gesprekken met de cliëntorganisaties kwam ook een negatiever beeld naar voren. Zo gaven zij aan dat er veel onduidelijkheid is over welke kosten precies aftrekbaar zijn en wordt de taal waarin de regeling wordt uitgelegd als complex ervaren.

Doeltreffendheid

Specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling

Onze conclusie is dat als er *sec* naar de specifieke zorgkosten-regeling zelf wordt gekeken er sprake *lijkt* te zijn van een doeltreffend instrument. De doelgroep waarvoor de regeling bedoeld is maakt gebruik van de regeling en/of weet van het bestaan af. Echter, als er wordt gekeken naar het bredere doel van de regeling (het bieden van een compensatie voor meerkosten) dan is de regeling beperkt doeltreffend. Dit komt onder andere doordat bepaalde zorgkosten zijn uitgezonderd en er sprake is van een drempel. Hierdoor valt een deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking die meerkosten in de zorg hebben buiten de boot.

Voor de TSZ-regeling kan gesteld worden dat het instrument zelf per definitie doeltreffend is. Indien een gebruiker er blijkens de belastingaangifte recht op heeft wordt dit automatisch berekend door de Belastingdienst. Echter, een persoon dient dan wel belastingaangifte te doen en dat gebeurt niet altijd. Het is alleen niet mogelijk om aan te geven hoe vaak dit gebeurt. Voor de TSZ-regeling geldt dat er twee factoren van invloed zijn op het recht op TSZ. Het gaat dan om de hoogte van de heffingskorting en de hoogte van het belastingtarief. Hoe hoger de heffingskorting, hoe eerder mensen recht op de TSZ hebben. Voor het belastingtarief geldt juist het omgekeerde, hoe hoger het belastingtarief, hoe minder snel mensen er recht op hebben. Doordat de TSZ-regeling automatisch wordt berekend hebben beide factoren geen invloed op de doeltreffendheid (mits er belastingaangifte wordt gedaan).

Vermenigvuldigingsfactoren

Vanuit de doelstelling bezien ('het meer waard laten worden van de zorgkosten van personen met een laag inkomen') zijn de vermenigvuldigingsfactoren doeltreffend, zowel de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers met een laag inkomen als voor niet-AOW'ers met een laag inkomen. Hun aftrek wordt meer waard door de vermenigvuldigingsfactor. Bij AOW'ers met een laag inkomen is dit ook een logisch element in de regeling omdat zij een lager marginaal belastingtarief kennen dan een niet-AOW'er met een identiek inkomen en identieke zorgkosten. Zonder vermenigvuldigingsfactor zouden zij nadeel ondervinden ten opzichte van niet-AOW'ers. Voor de niet-AOW'ers met een laag inkomen is de vermenigvuldigingsfactor vanuit fiscaaltechnisch oogpunt minder logisch omdat er geen verschil meer is in het marginale belastingtarief rond het drempelinkomen van de vermenigvuldigingsfactor. Voor de niet-AOW'ers wordt daarbij wel het argument gegeven dat afschaffing van de vermenigvuldigingsfactor zou leiden tot een negatief inkomenseffect. Hoewel deze argumentatie klopt blijft voor ons onduidelijk hoe dit argument zich verhoudt tot het *oorspronkelijke* doel van de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers.

Drempel

Bij het bepalen van de doeltreffendheid van de drempel is het probleem dat er geen formele rechtvaardiging wordt gegeven voor de drempel. Het is vanuit die hoedanigheid ook niet mogelijk om vast te stellen of de drempel doeltreffend is. Er kan tegelijkertijd ook gesteld worden dat aangezien de drempel is gehandhaafd, de oorspronkelijke argumentatie voor de drempel als uitgangspunt kan worden genomen. Oftewel het doel van de drempel is om ervoor te zorgen dat de mensen die wel meerkosten hebben, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming krijgen.

De drempel vormt hierbij de operationalisering van het draagkrachtcriterium. De aanname hierbij is dat de personen waarvan de zorgkosten boven het drempelbedrag uitkomen ernstig zijn aangetast in hun draagkracht en dus een tegemoetkoming dienen te krijgen. De hoogte van de drempel is daarbij afhankelijk van het inkomen. Het is echter de vraag in hoeverre alleen het inkomen iets zegt over de draagkracht van een persoon. De daadwerkelijke impact

op de draagkracht hangt namelijk af van de persoonlijke situatie van een belastingplichtige (zoals de overige niet-vergoede zorgkosten die worden gemaakt en de huishoudenssamenstelling). Om een goed beeld te vormen van de aantasting van de draagkracht zou er daarom per individu (of eventueel huishouden) een analyse gemaakt moeten worden waarbij het totale pakket aan zorgkosten en de huishoudenssamenstelling in ogenschouw wordt genomen. Binnen de scope van dit onderzoek was dat niet mogelijk. Wij kunnen daardoor geen oordeel geven over de doeltreffendheid van de drempel.

Uitvoering van de regelingen

Uitvoeringskosten

Onze inschatting is dat de uitvoeringskosten voor de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling ca. 90 fte bedragen. De meeste uitvoeringskosten zitten bij de specifieke zorgkosten-regeling (ruim 85 fte). Het betreft hier wel een ruwe schatting die niet alle uitvoeringsposten omvat. Zo ontbreken onder meer de uitvoeringskosten voor de bezwaar- en beroepsprocedures van de specifieke zorgkosten-regeling.

Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid

Wij hebben zorgen rondom de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de specifieke zorgkosten-regeling. De regeling is complex vormgegeven en de Belastingdienst geeft aan dat er bij veel van de kostenposten onduidelijkheden (kunnen) zijn voor belastingplichtigen waardoor er fouten (kunnen) ontstaan. Bij 28% van de belastingaangiftes waarin zorgkosten worden opgevoerd is er sprake van een foutief ingevulde aangifte waar een correctie kan plaatsvinden. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten).

De Belastingdienst controleert slechts een fractie van de aangiften. Nu geldt daarbij dat de Belastingdienst nooit alle aangiften wil en kan controleren. De te controleren aangiften worden door de Belastingdienst geselecteerd door middel van het toepassen van criteria op de door de belastingplichtige ingevulde velden in de aangifte. Deze criteria worden aangepast aan de beschikbare toezichtcapaciteit. Er is geen capaciteit om alle aangiften die mogelijk een fiscaal risico bevatten te behandelen.

Ook bij de TSZ-regeling hebben wij zorgen rondom de uitvoerbaarheid. Het systeem voldoet volgens de Belastingdienst zelf niet aan de bestaande kaders voor adres- en rekenbestanden en scoort volgens hen zowel qua bedrijfswaarde als technische waarde matig. Door onjuiste bouw of synchronisatie van rekenregels kunnen fouten ontstaan in de berekening van de tegemoetkoming.

Doelmatigheid

Budgettair belang

Het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling bedroeg in 2019 € 267 miljoen. Voor de TSZ-regeling ging het om een bedrag van € 65 miljoen in 2019.

De aanwezigheid van de vermenigvuldigingsfactoren zorgt er voor dat het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling €64 miljoen hoger ligt dan wanneer de vermenigvuldigingsfactoren er niet waren geweest. Er zouden ongeveer 90.000 minder huishoudens zijn geweest die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling zijn als de vermenigvuldigingsfactoren er niet waren geweest. Deze mensen met een relatief laag inkomen hebben wel meerkosten, maar krijgen bij afwezigheid van de vermenigvuldigingsfactoren geen tegemoetkoming meer omdat hun zorgkosten niet meer boven de drempel uitkomen. Als de vermenigvuldigingsfactoren er niet meer zouden zijn, dan is er ook nog groep mensen die nog wel een tegemoetkoming krijgt maar waarbij de tegemoetkoming lager is dan eerst. Dit

kan als effect hebben dat minder mensen gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling, omdat de administratieve last niet opweegt tegen de uiteindelijke compensatie. Het is lastig in te schatten hoe groot dit gedragseffect is.

De aanwezigheid van de drempel zorgt er voor dat het budgettaire belang van de specifieke zorgkosten-regeling minimaal €151 miljoen lager ligt dan wanneer er geen drempel was geweest. Het afschaffen van de drempel zou ook tot gedragseffecten leiden. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat er mensen zijn die wel zorgkosten hebben maar ze nu niet opvoeren omdat ze niet boven de drempel uitkomen. Het is niet goed mogelijk om aan te geven tot hoeveel extra gebruikers (of kosten) de afschaffing van de drempel zou leiden.

Onbedoeld en onjuist gebruik

Uit het onderzoek komt naar voren dat er sprake is van onbedoeld gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling. Het is alleen niet mogelijk iets te zeggen over de mate waarin het voorkomt. Een van de voorbeelden van onbedoeld gebruik die wij tegenkwamen in het onderzoek was het vervoer naar het ziekenhuis. Er was daarvoor een vergoeding vanuit de Wmo beschikbaar maar die werd niet passend geacht waardoor men het vervoer zelf regelde en teruggreep op de specifieke zorgkosten-regeling.

Er is daarnaast ook sprake van onjuist gebruik van de regeling waardoor tegemoetkomingen deels terecht komen bij mensen voor wie ze niet of in mindere mate zijn bedoeld. Uit informatie van de Belastingdienst blijkt dat er in 2018 bij 28% van de gebruikers van de aftrekpost (in de belastingaangifte) sprake is van een correctiepotentieel. Hiermee wordt bedoeld op foutief ingevulde aangiften waar een correctie kan plaatsvinden. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). Het gaat dan zowel om onbewust als bewust verkeerd gebruik. Het onjuiste gebruik van de regeling kan meerdere oorzaken hebben, zoals een gebrek aan kennis over de voorwaarden van de regeling bij belastingplichtigen en gewoontegedrag (elk jaar dezelfde kostenposten opvoeren). Daarnaast kan een gebrek aan correctie van de aangifte door het systeem leiden tot schijnfeedback over de juistheid van de aangifte door het ontbreken van contra-informatie bij de Belastingdienst over de gemaakte meerkosten van de belastingplichtigen.

Mate waarin kosten voortvloeien uit chronische ziekten of beperking

De opgevoerde zorgkosten bij de specifieke zorgkosten-regeling komen naar schatting voor de helft volledig voort uit een chronische ziekte of beperking. Bij een kwart is dit deels het geval en bij iets meer dan een kwart is überhaupt niet het geval. Een aanzienlijk deel van het budgettaire beslag komt dus niet ten goede aan mensen met een chronische ziekte of beperking.

Doelmatigheid

Afgaande op alle informatie die in dit onderzoek is verzameld, is onze ogen de doelmatigheid van de specifieke zorgkosten-regeling beperkt te noemen. Zo blijkt uit informatie van de Belastingdienst dat er sprake is van substantieel onjuist gebruik van de regeling (naar schatting 39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). In onze eigen enquête zagen wij verder dat bij meer dan een kwart van de personen de zorgkosten niet voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking en bij een kwart maar deels. Dit valt niet onder het onjuiste gebruik (althoewel het te verwachten is dat er binnen deze groep ook onjuist gebruik is) maar geeft wel aan dat de specifieke zorgkosten-regeling niet doelgericht is.

De doelmatigheid van de vermenigvuldigingsfactoren is lastig vast te stellen. De vermenigvuldigingsfactoren zijn weliswaar doeltreffend, ze laten tenslotte de zorgkosten van lage inkomens meer waard worden, maar bij de niet-AOW'ers is niet duidelijk wat hiervan het oorspronkelijk doel is. Voor de AOW'ers is dit wel duidelijk; zij kennen namelijk een lager

belastingtarief dan niet-AOW'ers in een vergelijkbare situatie en profiteren daardoor minder van de aftrek. De vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers zorgt er daarnaast voor dat de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers nu 113% bedraagt. De vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers zou maar 39,4% hoeven te bedragen om hen dezelfde teruggave te geven als vergelijkbare niet-AOW'ers (wanneer die geen vermenigvuldigingsfactor kennen).

De doelmatigheid van de drempel is niet vast te stellen. Wij kunnen namelijk niet inschatten of de drempel doeltreffend is. Op het moment dat de doeltreffendheid van het beleid niet is vast te stellen is het ook niet mogelijk om de doelmatigheid te bepalen.

Alternatieven

De toekomstgerichte analyse is een lastige exercitie omdat de huidige doelstelling van de regeling niet geheel duidelijk is uitgewerkt. Wat wordt bijvoorbeeld bedoeld met maatschappelijk participeren? En welke tegemoetkoming zouden personen met een chronische ziekte of beperking moeten krijgen? Of anders gezegd: wat zouden personen met een chronische ziekte of beperking moeten overhouden als besteedbaar inkomen na het betalen van de zorgkosten en na het ontvangen van de tegemoetkoming om maatschappelijk te kunnen participeren? Onze eerste aanbeveling is dan ook om dit scherper te formuleren en ook vast te stellen in hoeverre de overheid bereid is om de doelgroep te compenseren om dit ook te bewerkstelligen.

Onze volgende aanbeveling is om de huidige specifieke zorgkosten-regeling gericht in te zetten en daarnaast gemeentelijke regelingen te verbeteren. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de specifieke zorgkosten-regeling voor veel mensen uit de doelgroep een belangrijke regeling is omdat het een vangnet biedt voor als zij hun kosten niet elders terug kunnen krijgen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als personen uit de doelgroep niet bij hun gemeente terecht kunnen of willen voor vergoeding van specifieke zorgkosten. Het bestaan van een vangnet kan (samen met financiële tekorten bij gemeenten) er echter ook toe leiden dat gemeenten geen tegemoetkoming bieden omdat personen kunnen terugvallen op de specifieke zorgkosten-regeling. Financiële tekorten bij gemeenten kunnen ook een doorwerking hebben in de mate waarin zij voorzieningen in stand kunnen en willen houden dan wel uitbreiden. Tegelijkertijd zien we dat de huidige specifieke zorgkosten-regeling niet altijd aansluit bij de beoogde doelgroep. De Belastingdienst kan bijvoorbeeld niet toetsen of de belastingplichtige wel een chronische aandoening of beperking heeft. Hierdoor maken er ook mensen gebruik van de regeling die niet direct tot de beoogde doelgroep behoren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden opgelost door een verklaring van een onafhankelijke arts in te voeren waarin is vastgesteld of er sprake is van een chronische ziekte of beperking. Door de specifieke zorgkosten-regeling gericht in te zetten komt er meer financiële ruimte om de gemeentelijke regelingen uit te breiden.

Er is daarnaast nog een heel aantal andere relatief kleine en minder ingrijpende verbeterpunten voor de vormgeving van de specifieke zorgkosten-regeling geïdentificeerd, zoals het vergroten van de bekendheid van de regeling en het uitbreiden van de kostenposten die mogen worden opgevoerd. Een grotere bekendheid kan leiden tot meer gebruik van de regeling en dus een hogere doeltreffendheid. Een uitbreiding van het aantal kostenposten dat mag worden opgevoerd zorgt er voor dat het bredere doel van de regeling (het bieden van een compensatie voor meerkosten) beter wordt gerealiseerd. Onze aanbeveling is om deze verbeterpunten waar nodig verder te onderzoeken en op korte termijn door te voeren.

Er zijn ook alternatieven voor de specifieke zorgkosten-regeling denkbaar maar het is de vraag of deze alternatieven beter zijn dan de huidige regeling. We hebben naar varianten gekeken waarbij forfaits worden toegepast (de kop-romp-constructie): binnen de huidige specifieke zorgkosten-regeling, in een gemeentelijke regeling of in een niet-fiscale landelijke

regeling. Het grote voordeel van de kop-romp-constructie is dat het eenvoudiger en voor-
spelbaarder is voor zowel de personen met een chronische ziekte of beperking als de
uitvoerders van de regeling. Echter, afhankelijk van de ziekte of aandoeningen kunnen deze
kosten van persoon tot persoon veel uiteen lopen. Hierdoor kunnen de forfaits en de werke-
lijke kosten van elkaar verschillen. Het is dus de vraag of dit alternatief wel beter door de
doelgroep wordt ontvangen. Mogelijk is er een grote kop (het maatwerk) nodig en dan wordt
het voordeel van een eenvoudigere uitvoering weer minder groot of kan het zelfs verdwijnen.

Tot slot is het voor alle bestaande regelingen, zowel de specifieke zorgkosten-regeling, de
TSZ-regeling als de gemeentelijke regelingen, belangrijk om ervoor te zorgen dat de perso-
nen uit de doelgroep hiermee bekend zijn en ze ook begrijpen. Hier is nog ruimte voor
verbetering en dit is een expliciete toekomstgerichte aanbeveling aan het Rijk en gemeenten
om de bekendheid en het begrip te verbeteren.

1 Inleiding

1.1 Introductie regelingen

Dit onderzoek gaat over de fiscale aftrek specifieke zorgkosten (in het vervolg 'specifieke zorgkosten-regeling') en de regeling 'Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten' (in het vervolg 'TSZ-regeling'). Middels de specifieke zorgkosten-regeling is het mogelijk om onder bepaalde voorwaarden specifieke zorgkosten af te trekken in de belastingaangifte. Kosten voor medicijnen en hulpmiddelen komen onder meer in aanmerking. In 2019 waren er ruim 850.000 huishoudens die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling en bedroeg het budgettair belang bijna €270 miljoen. De TSZ-regeling compenseert diegenen die door de aftrek van specifieke zorgkosten minder heffingskorting ontvangen. In 2019 waren er bijna 230.000 belastingplichtigen die gebruik maakten van de TSZ-regeling en bedroeg het budgettair belang ruim €65 miljoen. Het totale beslag is dus €335 miljoen. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op beide regelingen.

1.2 Aanleiding onderzoek

In een kamerbrief³ van 28 september 2021 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met de staatsecretaris van Financiën aangekondigd om de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling te laten evalueren conform de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE). Er moest daarbij ook onderzoek worden gedaan naar mogelijke alternatieven die bijdragen aan een hogere doeltreffendheid als het gaat om het tegemoetkomen in de meerkosten die mensen met een chronische ziekte of beperking hebben.

De evaluatie van de regeling specifieke zorgkosten en de verkenning van mogelijke alternatieven geven uitvoering aan verschillende aanbevelingen. De Algemene Rekenkamer stelt dit onderzoek voor in haar eigen verantwoordingsonderzoek.⁴ Daarnaast hebben Kamerleden Van den Berg en Paulusma een motie ingediend met de vraag om de doeltreffendheid van de fiscale regeling in kaart te brengen.

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek kan worden uitgesplitst in twee onderdelen:

- Deel 1: het eerste deel van het onderzoek is het uitvoeren van een evaluatie van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de regeling 'Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten' conform de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE). Hierbij wordt ook het Toetsingskader fiscale regelingen doorlopen, dat volgens de Rijksbegrotingsvoorschriften bij evaluaties van fiscale regelingen moet worden gehanteerd.
- Deel 2: het tweede deel van het onderzoek beoogt onderzoek te doen naar welke alternatieven denkbaar zijn om mensen met een chronische ziekte en beperking tegemoet te komen in de meerkosten van de zorg.

³ Kamerstuk 35 925-XVI-7, Kenmerk brief: 3247023-1014493-MEVA

⁴ Algemene Rekenkamer (2021). *Verantwoordingsonderzoek Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Rapport bij het Jaarverslag 2020.*

1.4 Onderzoeksvragen

In deze paragraaf geven we een overzicht van de onderzoeksvragen uitgesplitst naar de twee delen van het onderzoek.

1.4.1 Deel 1: Evaluatie

Centrale onderzoeksvraag

In hoeverre zijn de uitgaven voor de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling doeltreffend en doelmatig?

Deelvragen: Doelstelling

1. Is er sprake van een heldere probleemstelling?
2. Is het te bereiken doel helder en eenduidig geformuleerd? Is de beleidsdoelstelling gewijzigd sinds de introductie in 2009?
 - a. NB: zoals hierna bij de afbakening van de opdracht wordt aangegeven dient het onderzoek zich vervolgens te richten op de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ zoals die (op hoofdlijnen) sinds 2014 gelden.
3. Wat is - gezien de beleidsdoelstelling - de doelgroep? Is deze doelgroep in subgroepen te onderscheiden, bijv. hoogte van het inkomen, wel/niet chronisch ziek of gehandicapt(levenslang c.q. levensbreed behorend tot de doelgroep)?

Deelvragen: Vangnet

4. Is het voor de doelgroep helder of, en zo ja, welke tegemoetkomingen er voor zorgkosten zijn, wanneer zij bij voorliggende voorzieningen terecht kan en wanneer bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
5. In hoeverre biedt de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling respectievelijk de TSZ-regeling (in relatie tot de hoogte van het inkomen) al dan niet een vangnet voor niet via een andere weg (deels) gecompenseerde zorgkosten? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.
6. Zijn vanuit de doelstelling gezien, de uitsluitingen van aftrek (uitgaven specifieke zorgkosten die niet worden aangemerkt, artikel 6:18 Wet IB) doelmatig?

Deelvragen: Per kostensoort

7. Beantwoord de centrale onderzoeksvraag ook per kostensoort. Specificeer daarbij zo mogelijk welke tegemoetkoming in meerkosten het fiscale vangnet precies biedt:
 - a. De enige tegemoetkoming in meerkosten, omdat
 - i. Deze kosten niet worden gedekt door voorliggende voorzieningen ;
 - ii. Deze kosten wel worden gedekt, maar men kiest voor fiscale aftrek.
 - b. Gedeelde tegemoetkoming in meerkosten, omdat deze kosten maar gedeeltelijk worden gedekt door de voorliggende voorzieningen.
8. In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van onbedoeld gebruik gezien de doelstelling van de regelingen? Met onbedoeld gebruik wordt bedoeld dat de in aftrek gebrachte kosten ook vallen onder een voorliggende voorziening maar daar geen gebruik van wordt gemaakt. Om welke soort kosten gaat het hierbij?
9. In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van verkeerd gebruik van de regeling door gebrek aan kennis of ervaren complexiteit ('kennen')? Met verkeerd gebruik wordt bedoeld onjuist gebruik, bijv. omdat de in aftrek gebrachte kosten van aftrek zijn uitgesloten of niet drukken omdat er een

vergoeding is ontvangen. In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van bewust verkeerd gebruik (oneigenlijk, misbruik of fraude)?

Deelvragen: Vormgeving

10. Is de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend en doelmatig?
11. Zijn de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doelmatig en doeltreffend?
12. Hoeveel belastingplichtigen hebben, na toepassing van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling, een negatief box 1 inkomen, waardoor zij hun fiscale aftrek niet kunnen verzilveren en niet of slechts deels gebruik kunnen maken van de TSZ-regeling? Om welk bedrag gaat het? En in hoeverre kunnen deze belastingplichtigen in latere jaren alsnog de aftrek verzilveren na het doorschuiven van de aftrek naar het volgende jaar?
13. Hoeveel belastingplichtigen komen in aanmerking voor de TSZ en in welke mate worden zij gecompenseerd voor het niet kunnen verzilveren van de fiscale aftrek? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.
14. Welke factoren in de inkomstenbelasting zijn van invloed op het recht op TSZ, bijvoorbeeld door verhoging heffingskorting meer TSZ? Wat is de rol van deze factoren op de doeltreffendheid respectievelijk doelmatigheid?

Deelvragen: Doelgroepbereik en gedragsfactoren

15. In welke mate is onder de doelgroep zoals die voortvloeit uit de beantwoording van de onderzoeksvraag onder "doelstelling, vraag 2" sprake van niet-gebruik van de regelingen terwijl wel-gebruik tot een belastingteruggaaf of ontvangst van de tegemoetkoming zou leiden? Wat zijn de oorzaken daarvan? Spelen gedragsfactoren daarbij een rol? Zo ja, op welke manier? Met niet-gebruik wordt bedoeld dat in het geheel geen aangifte inkomstenbelasting wordt gedaan of wel aangifte inkomstenbelasting wordt gedaan maar geen specifieke zorgkosten worden afgetrokken (waardoor ook de TSZ-regeling niet benut wordt).
16. Op welke wijze spelen gedragsfactoren een rol bij bedoeld, onbedoeld en niet-gebruik van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling? Zijn de regelingen wat dat betreft voldoende toegespitst op de doelgroep?
17. Worden er door de doelgroep barrières ervaren bij het gebruik van de regelingen?
18. In welke mate is de doelgroep voor een goede toepassing van de regelingen afhankelijk van adviseurs of tussenpersonen? Welke invloed heeft dit op het bereiken van de doelstelling van de regelingen?

Deelvragen: Uitvoering

19. In hoeverre zijn de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling (inclusief de faciliteit om niet in voorafgaande jaren in aanmerking genomen aftrek alsnog als persoonsgebonden aftrek in aanmerking te nemen) en de TSZ uitvoerbaar en handhaafbaar voor de Belastingdienst?
20. Wat zijn de uitvoeringskosten voor de Belastingdienst?

Voor het onderzoek is nog een aantal aanvullende vragen opgesteld. Het betreffen aanvullende vragen om beter inzicht te bieden in het gebruik van de specifieke zorgkosten-regelingen en de doelmatigheid van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling.

Aanvullende vragen

21. Hoeveel personen maken gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?

22. In welke mate maken mensen met een chronische ziekte of beperking met meerkosten in de zorg gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?
23. Wat is het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling?
24. In welke mate vloeien de kosten voor gebruikers van de specifieke zorgkosten-regeling voortuit uit een chronische ziekte of beperking?
25. Wat is het budgettair belang van de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
26. In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de vermenigvuldigingsfactoren?
27. Wat is het budgettair belang van de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
28. In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de drempel?

1.4.2 Deel 2: Toekomstgerichte analyse

In 2016 heeft het ministerie van Financiën onderzoek gedaan naar het gebruik van de regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten. Als reactie op de uitkomsten van dit onderzoek heeft de staatssecretaris van Financiën in een brief van 20 september 2016 aangegeven dat de regeling als zodanig niet houdbaar is en dat dit aanleiding is om samen met de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een verkenning te starten naar mogelijkheden die gericht, eenvoudiger, minder fraudegevoelig en beter te handhaven zijn. Deze verkenning is nooit afgerond en dat is – samen met de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer op dit punt - de reden om door een externe partij onderzoek te laten doen naar alternatieven. Daarbij hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd.

29. Aan welke vereisten moet een regeling (minimaal) voldoen om effectief en doelmatig chronisch zieken en gehandicapten tegemoet te komen in meerkosten?
30. Welke aanpassingen zijn binnen de huidige regelingen (voorliggende voorzieningen, fiscaal vangnet, ingrepen in de doenlijkheid van de regelingen) denkbaar om deze doeltreffender respectievelijk doelmatiger te maken?
31. Zijn er fiscale of (gedeeltelijk) niet-fiscale alternatieven regelingen en/of alternatieve uitvoeringswijzen denkbaar die zoveel mogelijk voldoen aan de hierna genoemde criteria? Zo ja welke zijn dit?
 - a. Vergelijkbaar of beter doelgroep bereik.
 - b. Goede toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.
 - c. Eenvoudiger in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid.
 - d. Heldere afbakening van de doelgroep die van de regeling gebruik kan maken.
 - e. Houdt rekening met positie gemoedsbezwaarden.

Oprachtnemer wordt gevraagd een inschatting te maken van de budgettaire consequenties van potentiële alternatieven. Wanneer alternatieven (financiële) gevolgen kunnen hebben (ook/ met name voor anderen dan de Rijksoverheid, zoals bijvoorbeeld gemeenten), wordt gevraagd die (mogelijke) gevolgen te benoemen en zo veel mogelijk te kwantificeren.

32. Zorgen de bij onderzoeksvraag 3 gevonden alternatieven voor een hogere doeltreffendheid (wordt een groter deel van de extra kosten van chronisch zieken en gehandicapten gecompenseerd) respectievelijk doelmatigheid dan onder de huidige regelingen?

1.5 Onderzoeksaanpak

In deze paragraaf geven we een beschrijving van de onderzoeksaanpak. Voor het onderzoek hebben wij de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

1. Deskstudie;
2. Enquête onder de Nederlandse bevolking;
3. Interviewronde onder cliëntorganisaties;
4. Data-analyse belastingaangiften;
5. Analyse uitvoeringsinformatie Belastingdienst;
6. Analyse van de alternatieven;

Hieronder worden deze onderzoeksmethoden verder uitgewerkt.

1.5.1 Deskstudie

De deskstudie is ingezet vanwege meerdere redenen. In eerste instantie zijn met behulp van de deskstudie de beleidsgeschiedenis en beleidsdoelstellingen van de specifieke zorgkostenregeling en de TSZ-regeling in kaart gebracht. Hierbij is ook expliciet gekeken naar de drempel en vermenigvuldigingsfactor. Om deze informatie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van diverse beleidsstukken zoals Memories van Toelichting en Kamerbrieven.

Daarnaast is ook inzicht verkregen in het gebruik van de regeling onder chronisch zieken en gehandicapten. Hiervoor hebben wij gebruik kunnen maken van de resultaten van de enquête die de Algemene Rekenkamer onder het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het Nivel heeft uitgezet ten behoeve van hun Verantwoordingsonderzoek. Wij zijn de Algemene Rekenkamer hier zeer erkentelijk voor.

Tenslotte is de deskstudie ook nog gebruikt voor de beantwoording van een aantal specifieke onderzoeksvragen. Zo is een studie van de Belastingdienst gebruikt om meer inzicht te bieden in het onjuiste gebruik van de regelingen.

1.5.2 Enquête onder de Nederlandse bevolking

De enquête onder de Nederlandse bevolking is ingezet om een beter beeld te krijgen van het gebruik van de regeling. Het gaat dan zowel om de vraag *wie* er precies gebruik maakt van de regeling (Zijn de opgevoerde kosten het gevolg van een chronische ziekte of beperking?) maar ook of er nog mensen zijn die geen gebruik maken van de regeling (Zo ja: waarom maken ze er geen gebruik van?). In Bijlage 2 is de volledige vragenlijst die gebruikt is voor dit onderzoek terug te vinden.

Voor het uitzetten van de enquête onder de Nederlandse bevolking hebben wij samengewerkt met marktonderzoeksbureau Motivaction. Zij zijn voor dit onderzoek verantwoordelijk geweest voor de veldwerkverzameling. Dialogic en Significant Public zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de vragenlijst en de analyse van de resultaten.

Het is in ieder geval belangrijk om aan te geven dat er geen weging heeft plaatsgevonden van de enquêteresultaten. Hiervoor is bewust gekozen omdat wij namelijk maar beperkt zicht hebben op de achtergrondgegevens van de gebruikers van de regeling én de personen die zorgkosten hebben vanwege een chronische ziekte of beperking. In het rapport geven we duidelijk aan wanneer wij de resultaten bespreken van onze eigen enquête. Voor de volledigheid wordt in Bijlage 3 nog achtergrondinformatie gegeven bij de resultaten van de enquête.

1.5.3 Interviews met cliëntorganisaties

De interviews zijn verricht om van diverse betrokken organisaties te horen hoe hun achterban de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling ervaart en wat voor verbeterpunten zij zien. Wij hebben ons daarbij initieel gericht op de organisaties wiens leden (mogelijk) veelvuldig zorgkosten hebben en daarbij (mogelijk) ook veelvuldig gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling. In eerste instantie hebben wij daarvoor twintig organisaties benaderd waarvan er acht bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. In onderstaande tabel zijn deze organisaties terug te vinden.

Tabel 1 Organisaties die gesproken zijn voor het onderzoek

#	Organisatie	Doelgroep
1.	Diabetesvereniging Nederland	Diabetespatiënten
2.	Nederlandse Coeliakie Vereniging	Coeliakiepatiënten
3.	Nederlandse Phenylketonurie Vereniging	PKU-patiënten
4.	Nierpatiënten Vereniging Nederland	Nierpatiënten
5.	Sien	Mensen met een verstandelijke beperking
6.	ANBO	Ouderen
7.	Ieder(in)	Mensen met een beperking of chronische ziekte
8.	Patiëntenfederatie Nederland	Mensen die zorg nodig hebben (nu of in de toekomst)

De eerste vijf organisaties in Tabel 1 richten zich op een specifieke chronische ziekte of beperking, terwijl andere organisaties, zoals Ieder(in), zich juist richten op de gehele groep mensen met een chronische ziekte of beperking. De interviews zijn digitaal afgenomen. De interviews duurden 60 tot 90 minuten. Ruim voor aanvang van de interviews hebben we een topiclijst opgestuurd waarmee de geïnterviewden zich gedegen konden voorbereiden. In Bijlage 4 is het gebruikte interviewprotocol terug te vinden.

Bij de analyse en de presentatie van de interviews hebben wij in ons achterhoofd gehouden dat de input van de gesprekspartners is geleverd vanuit hun eigen perspectief. In het rapport geven wij expliciet aan als er uitspraken worden gedaan op basis van de interviews. Dit betekent dus dat de inhoud van het rapport de verantwoordelijkheid is van de onderzoekers en niet van de interviewrespondenten.

In aanvulling op bovenstaande organisaties is ook nog gesproken met het Register Belastingadviseurs (RB). In dit gesprek is de uitvoerbaarheid van de regeling aan bod gekomen. We hebben voor het gesprek met de RB een apart interviewprotocol opgesteld met daarin voor hen relevante vragen.

1.5.4 Data-analyse belastingaangiften

De data-analyse van de belastingaangiften is initieel uitgevoerd om inzicht te bieden in het daadwerkelijke gebruik van de regeling. Het gaat dan om vragen als: hoeveel belastingplichtigen maken gebruik van de aftrekpost en wat is het budgettaire belang van de regelingen? Als inspiratie voor relevante figuren hebben wij gebruik gemaakt van eerder onderzoek van het ministerie van Financiën uit 2016 getiteld "Onderzoek naar gebruik aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten". In dat onderzoek zijn uitgebreide data-analyses verricht naar het gebruik en het budgettaire beslag van de regeling. De dataset bestond onder meer uit alle belastingaangiften van de Nederlandse bevolking in de jaren 2009 t/m 2014. Voor het

huidige onderzoek hebben we een deel van die figuren geactualiseerd met de meest recente data.

Aanvullende data-analyses zijn vooral gericht op het beantwoorden van de vragen over de vormgeving van de regeling (zie paragraaf 1.4). Zo hebben we bijvoorbeeld op basis van de belastingaangiften onderzocht wat de budgettaire gevolgen zijn van een (gedeeltelijke) afschaffing van de vermenigvuldigingsfactor. Ook hebben we verder in kaart proberen te brengen hoeveel van de opgegeven zorgkosten daadwerkelijk gecompenseerd worden als gevolg van de aftrek specifieke zorgkostenregeling.

Voor de uitvoering van de belastingaangifte-analyse geldt dat wij de gewenste analyses hebben opgesteld, waarna het ministerie van Financiën, die de beschikking heeft over de achterliggende data, de analyses heeft uitgevoerd. Wij hebben voor ons onderzoek alleen geaggregeerde gegevens ontvangen zodat de anonimiteit van individuen gewaarborgd blijft.

1.5.5 Analyse uitvoeringsinformatie Belastingdienst

De analyse van de uitvoeringsinformatie van de Belastingdienst had als doel om inzicht te krijgen in de uitvoeringskosten van de regelingen en de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de regelingen.

Binnen deze stap is in eerste instantie een gesprek gevoerd met de Belastingdienst om het onderzoek en onze informatiebehoefte toe te lichten. Onze informatiebehoefte is ook nog schriftelijk toegelicht. Wij hebben de volgende informatie opgevraagd:

1. De uitvoeringskosten per regeling (in fte);
2. De uitvoerbaarheid van de regelingen voor de Belastingdienst (per regeling);
3. De handhaafbaarheid van de regelingen voor de Belastingdienst (per regeling);

De Belastingdienst heeft uiteindelijk een document met achtergrondinformatie opgeleverd. Aan de hand van dit document, en aanvullende e-mails, is uiteindelijk door ons een hoofdstuk geschreven over de uitvoering van de regeling. De plausibiliteit van de informatie in hoofdstuk 5 is echter wel uitgebreid getoetst in de contacten met medewerkers van de Belastingdienst en van het ministerie van Financiën.

1.5.6 Analyse van de alternatieven

Voor de analyse van de alternatieven hebben wij aan de hand van de antwoorden op de eerste set onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.4.1) de verschillende knelpunten rondom de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling in kaart gebracht. Vervolgens hebben we per knelpunt in kaart gebracht welke alternatieven er mogelijk zijn. Dit hebben we gedaan aan de hand van de inzichten uit het eerste deel van het onderzoek aangevuld met onze eigen expertise. Voor de beoordeling van de alternatieven is een beoordelingskader opgesteld aan de hand van de input van de opdrachtgever aangevuld met onze eigen expertise.

De uitkomsten hiervan zijn opgesteld in een notitie die in een aparte sessie is besproken met vertegenwoordigers van Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland en de VNG. Zij hebben daar hun reactie gegeven op de notitie. Wij hebben waar relevant en gepast hun feedback verwerkt in het onderzoek. De inhoud van het hoofdstuk over de alternatieven is en blijft de verantwoordelijkheid van de onderzoekers en niet van de eerder genoemde vertegenwoordigers.

1.6 Uitvoering onderzoek

Het onderzoek is in de eerste helft van 2022 uitgevoerd door Dialogic Innovatie & Interactie (hierna: Dialogic) en Significant Public (hierna: Significant). Dialogic was binnen het onderzoek verantwoordelijk voor de deskstudie, enquête en de analyse van de uitvoeringsinformatie van de Belastingdienst. Significant was verantwoordelijk voor de interviews met de cliëntorganisaties, de data-analyse van de belastingaangiften en de analyse van de alternatieven. Dialogic was hoofdaannemer binnen het project en verantwoordelijk voor het opstellen van de rapportage.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven wij een beschrijving van de achtergrond en inhoud van de regelingen. In hoofdstuk 3 gaan wij nader in op het doelgroepbereik. Wij bespreken in dat hoofdstuk het gebruik van de regeling en het gebruik door de doelgroep. In hoofdstuk 4 gaan wij in op de doeltreffendheid van de regelingen. Daarbij bespreken wij ook de doeltreffendheid van de drempel en vermenigvuldigingsfactor. Hoofdstuk 5 biedt inzicht in de uitvoering van de regeling. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 6 in op de doelmatigheid van de regeling. Dan komen zowel het budgettaire belang van de regelingen als het onbedoelde en onjuiste gebruik aan bod. In hoofdstuk 7 wordt vervolgens ingegaan op de alternatieven.

2 Achtergrond en inhoud van de regelingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk behandelen we de achtergrond en inhoud van de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ. Daarvoor geven we eerst een beschrijving van zowel de specifieke zorgkosten-regeling als de TSZ-regeling. Vervolgens beschrijven we de plaats van de regelingen in het Nederlandse zorgstelsel. Daarna geven we een beschrijving van de beleidsgeschiedenis en de beleidsdoelstellingen van de regeling. Dit hoofdstuk biedt de feitelijke basis waar de rest van het onderzoek op voortbouwt.

2.2 Beschrijving van de regelingen

De aftrek van specifieke zorgkosten bestaat uit twee regelingen: (1) de specifieke zorgkosten-regeling en (2) TSZ-regeling. In deze paragraaf geven wij een toelichting op de regelingen.

2.2.1 Specifieke zorgkosten-regeling

De specifieke zorgkosten-regeling maakt het mogelijk om bepaalde zorgkosten af te trekken van het belastbare inkomen. Er moet daarbij wel aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Op de website⁵ van de Belastingdienst staan de voorwaarden als volgt omschreven:

- U mag zorgkosten niet aftrekken als die onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico vallen.
- U mag alleen noodzakelijke kosten aftrekken die u maakt in verband met ziekte of invaliditeit.
- U mag de kosten alleen aftrekken in het jaar waarin u die kosten hebt betaald.
- U mag alleen het deel van de kosten aftrekken waarvoor u geen vergoeding kunt krijgen van bijvoorbeeld de (aanvullende) zorgverzekering of waarvoor u bijzondere bijstand hebt gekregen.
- Als u de kosten eerst zelf betaalt en later een vergoeding krijgt van bijvoorbeeld uw zorgverzekeraar, mag u (dat deel van) de kosten niet aftrekken.
- Hebt u zorg nodig die onder het basispakket valt en kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan moet u misschien betalen voor de zorg. Deze kosten kunt u niet aftrekken.
- De Belastingdienst kan u vragen uw kosten aan te tonen. Bewaar dus uw rekeningen, de overzichten van uw zorgverzekeraar en uw bankafschriften.

De zorgkosten mogen conform artikel 6.16 van de Wet IB 2001 worden opgevoerd indien de uitgaven zijn gedaan voor de belastingplichtige, zijn partner, zijn kinderen jonger dan 27 jaar, tot zijn huishouden behorende ernstig gehandicapte personen van 27 jaar of ouder en bij de belastingplichtige inwonende zorgafhankelijke ouders, broers of zusters.

⁵ Belastingdienst (2022) *Voorwaarden aftrek zorgkosten*. https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privere relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/voorwaarden_aftrek_zorgkosten. Geraadpleegd op 28 april 2022.

De typen zorgkosten die mogen worden opgevoerd zijn daarbij de volgende:

- Geneeskundige hulp (bijvoorbeeld verpleging in een ziekenhuis of een andere instelling, kosten voor de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of specialist, behandeling onder begeleiding van een bevoegd arts, een Ivf-behandeling);
- Reiskosten voor ziekenbezoek;
- (Hogere) Reiskosten door ziekte of invaliditeit (hieronder vallen alleen uitgaven voor vervoer naar een arts of ziekenhuis of extra vervoerskosten door ziekte of invaliditeit);
- Medicijnen op doktersvoorschrift;
- Medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunzolen, gehoorapparaat, kunstgebit en/of andere prothesen, blindengeleidehond/hulphond, onderhoud, reparatie en verzekering van hulpmiddelen, vingerprik voor bloedwaarden, alarmsysteem voor ziekte, stomadouche);
- Extra uitgaven voor kleding en beddengoed;
- Extra gezinshulp;
- Kosten voor dieet op voorschrift van een dokter of diëtist;

Voor ieder type zorgkosten kunnen nog specifieke voorwaarden gelden. Voor bijvoorbeeld de dieetkosten geldt dat het een vast aftrekbaar bedrag is, dat afhankelijk is van het ziektebeeld en aandoening en de typering van het dieet. Op de website⁶ van de Belastingdienst is ook een aparte tabel terug te vinden waarin het vaste aftrekbare bedrag is terug te vinden.

De specifieke zorgkosten-regeling is een aftrekregeling. Dit houdt in dat de opgevoerde zorgkosten worden afgetrokken van je inkomen. Hierdoor wordt het bedrag dat je aan inkomstenbelasting moet betalen ook lager. Het gevolg hiervan is wel dat je slechts een deel van de opgevoerde zorgkosten gecompenseerd krijgt. Dit bedrag is gelijk aan de opgevoerde zorgkosten maal het aftrektarief.⁷ Dit betekent dat wijzigingen in de belastingtarieven ook van invloed zijn op de daadwerkelijke aftrek die belastingplichtigen genieten. Voor de specifieke zorgkosten-regeling geldt daarnaast dat er sprake is van een drempel en vermenigvuldigingsfactor die invloed hebben op de hoogte van de aftrek. In de volgende paragrafen gaan we daar nader op in.

Drempel

Voor de specifieke zorgkosten-regeling geldt dat alleen het bedrag wordt afgetrokken dat boven de drempel uitkomt. De hoogte van deze drempel is afhankelijk van het drempelinkomen en of iemand wel of geen fiscaal partner heeft. In Tabel 2 en Tabel 3 zijn de drempelbedragen voor 2021 terug te vinden.

Tabel 2 Drempelbedrag specifieke zorgkosten 2021: niet heel 2021 fiscaal partner

Drempelinkomen	Drempel
€ 0 tot € 7.989	€ 139

⁶ Belastingdienst (2022) *Dieetlijst 2021*. https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/overzicht_zorgkosten/dieetkosten/dieetlijsten/dieetlijst-2021. Geraadpleegd op 28 april 2022.

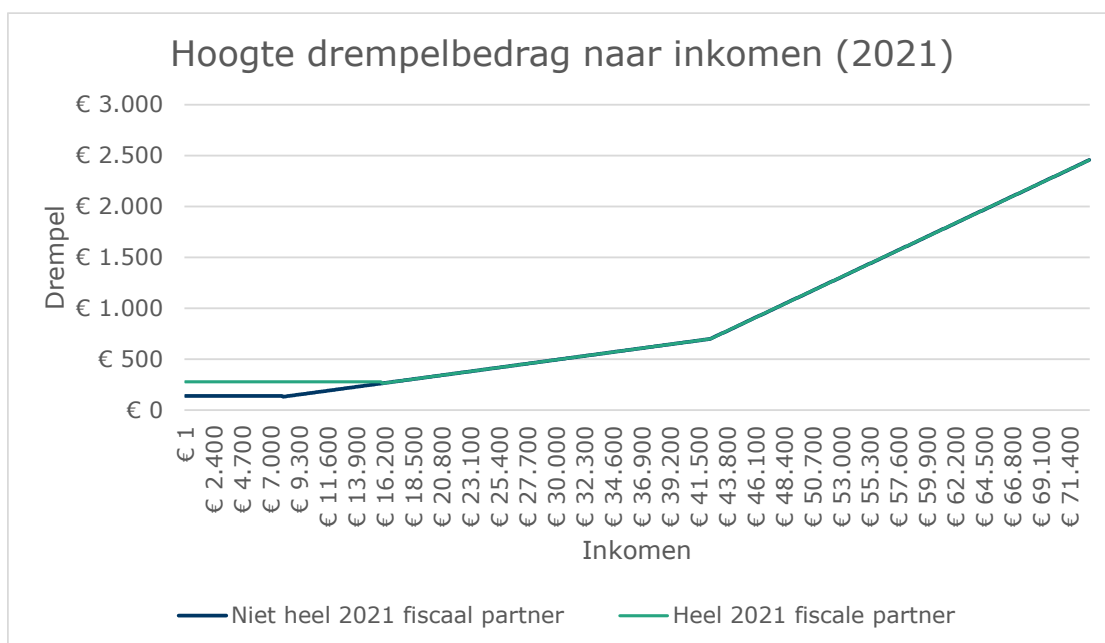
⁷ Het aftrektarief is in principe het marginale belastingtarief dat een persoon betaalt, maar is tegenwoordig gemaximeerd. Sinds 2020 wordt het aftrektarief voor inkomens in de hoogste belastingsschijf stapsgewijs afgebouwd tot het tarief van de belastingsschijf daaronder. In 2023 is het aftrektarief voor inkomens boven de € 69.398 daardoor 37,05%, waar dat zonder deze maximering 49,5% zou zijn. In 2022 is het maximale aftrektarief 40%. Zie ook <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/aftrek-en-kortingen/content/afbouw-tarief-aftrekposten-bij-hoog-inkomen>.

Drempelinkomen	Drempel
€ 7.989 tot € 42.434	1,65% van het drempelinkomen
€ 42.434 en meer	€ 700 + 5,75% van het bedrag boven € 42.434

Tabel 3 Drempelbedrag specifieke zorgkosten 2021: heel 2021 fiscaal partner

Drempelinkomen	Drempel
€ 0 tot € 15.978	€ 278
€ 15.978 tot € 42.434	1,65% van het drempelinkomen
€ 42.434 en meer	€ 700 + 5,75% van het bedrag boven € 42.434

In Figuur 1 is weergegeven voor beide groepen hoe het drempelbedrag zich ontwikkelt naar gelang het inkomen. Hierbij zijn duidelijke 'knikken' rondom de €7.989, €15.987 en €42.434 terug te zien.



Figuur 1 Hoogte drempelbedrag naar inkomen in 2021

Vermenigvuldigingsfactor

Gebruikers met een drempelinkomen lager dan een bepaald bedrag hebben recht op de verhoging specifieke zorgkosten. Zij mogen dan meer aftrekken dan daadwerkelijk is betaald voor de zorgkosten. Tabel 4 toont de hoogte van de verhoging en welk drempelinkomen daarvoor nodig is. De vermenigvuldigingsfactor is niet van toepassing op de kosten voor geneeskundige hulp en de reiskosten voor ziekenbezoek.

Tabel 4 Verhoging specifieke zorgkosten in 2021

Verhoging specifieke zorgkosten in 2021	U hebt op 1 januari nog niet de AOW-leeftijd	U hebt op 1 januari de AOW-leeftijd
Uw gezamenlijke drempelinkomen is niet hoger dan €35.941	40%	113%

Bij belastingpartners kan het voorkomen dat slechts één van de partners de AOW-leeftijd heeft bereikt. In dat geval geldt het hoge vermenigvuldigingspercentage voor beide personen.

2.2.2 TSZ-regeling

Het kan gebeuren dat een belastingplichtige die zorgkosten mag aftrekken uiteindelijk geen of minder voordeel van de fiscale aftrek heeft, doordat de heffingskortingen waar men recht op heeft niet meer (volledig) verzilverd kunnen worden na aftrek van de specifieke zorgkosten. In zo'n situatie krijgt de persoon feitelijk geen (of minder) compensatie voor de gemaakte zorgkosten. De Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) corrigeert dit. Er wordt berekend hoeveel heffingskorting ongebruikt blijft vanwege de aftrek van specifieke zorgkosten, vervolgens wordt dit bedrag uitbetaald als tegemoetkoming. Zie Box 1 voor een rekenvoorbeeld van de Belastingdienst.

Box 1. Rekenvoorbeeld TSZ (Bron: Belastingdienst)⁸

Rekenvoorbeeld TSZ

Mevrouw Leenders is 70 jaar. Zij heeft in 2020 een inkomen van € 12.500. Bij de uitbetaling hiervan wordt belasting ingehouden. Mevrouw Leenders heeft specifieke zorgkosten. Het bedrag dat zij daarvoor mag aftrekken, is € 2.500. Het inkomen waarover zij belasting moet betalen, wordt hierdoor lager, namelijk € 10.000.

Mevrouw Leenders zou aan belasting $19,45\% \times € 10.000 = € 1.945$ moeten betalen. Maar zij heeft ook recht op heffingskortingen. Dat zijn kortingen op de belasting die zij moet betalen, afhankelijk van haar persoonlijke situatie. In totaal heeft mevrouw Leenders recht op een korting van € 2.770.

De korting is meer dan mevrouw Leenders aan belasting moet betalen. Het bedrag aan heffingskortingen dat zij gebruikt, is € 1.945. De belasting die al is ingehouden bij de uitbetaling van haar inkomen krijgt zij terug.

Mevrouw Leenders heeft uitgaven voor specifieke zorgkosten afgetrokken in haar aangifte en geen belasting betaald door haar recht op heffingskortingen. Daarom maakt de Belastingdienst een nieuwe berekening van de verschuldigde belasting. Dit keer zonder aftrek van de specifieke zorgkosten.

Als mevrouw Leenders geen uitgaven voor specifieke zorgkosten had gehad, zou het inkomen waarover zij belasting moet betalen geen € 10.000 zijn, maar € 12.500. Zij zou dan aan belasting $19,45\% \times € 12.500 = € 2.431$ moeten betalen. Hier gaat € 2.770 aan heffingskortingen van af.

Ook nu is de korting meer dan mevrouw Leenders aan belasting moet betalen. Het bedrag aan heffingskortingen dat zij nu gebruikt, is € 2.431. Zij maakt dus meer gebruik van de heffingskortingen als geen rekening wordt gehouden met de aftrek van specifieke zorgkosten. Dit scheelt haar $€ 2.431 - € 1.945 = € 486$. De Belastingdienst betaalt dat verschil uit als tegemoetkoming in de specifieke zorgkosten.

2.3 De plaats van de regelingen in het Nederlandse zorgstelsel

In deze paragraaf geven we een korte beschrijving van de plaats van de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling in het Nederlandse zorgstelsel. Daarvoor geven we eerst

⁸ https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privere relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/tegemoetkoming_specifieke_zorgkosten/voorbeeld_berekening_tegemoetkoming

een overzicht van het Nederlandse zorgstelsel. Vervolgens bespreken we ook nog de diverse compensatieregelingen die er zijn.

Overzicht Nederlands zorgstelsel

Er zijn in Nederland vier stelselwetten die samen de basis vormen van het zorgstelsel:⁹

- De Zorgverzekeringswet (Zvw)
 - Een landelijke regeling die verplicht dat iedere Nederlander verzekerd is voor een breed basispakket aan zorg. De Rijksoverheid is eindverantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het basispakket, maar is niet direct betrokken bij de uitvoering. De uitvoering is een kwestie van (gereguleerde) marktwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden.
- De Wet langdurige zorg (Wlz)
 - De Wlz is bedoeld voor mensen die vanwege een ernstige aandoening permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. De uitvoering gebeurt op landelijk niveau door Wlz-uitvoerders, in opdracht van de Rijksoverheid. Enkele andere landelijke organisaties zijn ook betrokken bij de uitvoering, zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Centraal AdministratieKantoor (CAK).
- De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)
 - De Wmo regelt de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang. De uitvoering ligt bij de gemeenten. Gemeenten kunnen de ondersteuning zelf aanbieden, maar ook met inzet van een zorgaanbieder.
- De Jeugdwet
 - De Jeugdwet regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

Voor dit onderzoek voert het te ver om elk van deze stelselwetten te behandelen. Het is wel belangrijk om kort in te gaan op de kosten (voor gebruikers) die gemoeid zijn bij deze wetten.

De Zvw kent een verplicht en vrijwillig eigen risico en wettelijke eigen bijdragen¹⁰ voor het basispakket. Dat betekent dat verzekerden in bepaalde gevallen ook nog zelf moeten betalen voor de zorg die zij krijgen (naast de zorgpremie). De verplichte component van het eigen risico bedraagt €385 per jaar. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de zorg die wordt afgenomen. Voor bijvoorbeeld een hoortoestel is deze eigen bijdrage voor mensen van 18 jaar en ouder 25% van de kosten. Mensen kunnen ervoor kiezen om een aanvullende verzekering af te sluiten. De aanvullende zorgverzekering vergoedt zorg die niet in het basispakket zit. Welke zorg wordt vergoed, verschilt per aanvullende zorgverzekering (en per zorgverzekeraar). Aanvullende verzekeringen vergoeden bijvoorbeeld (een deel van) de kosten van (extra) fysiotherapie en brillen en lezen.

Voor de Wlz en Wmo gelden ook een eigen bijdrage. De Wlz kent twee eigen bijdrage systemen, de hoge eigen bijdrage (HEB) en de lage eigen bijdrage (LEB). Bij de berekening wordt rekening gehouden met de draagkracht. Voor de Wmo geldt dat de mensen voor de meeste Wmo-hulp € 19 per maand betalen voor de Wmo-ondersteuning voor

⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016) Het Nederlandse zorgstelsel.

¹⁰ Er zijn verschillende eigen bijdragen voor onder meer geneesmiddelen en hulpmiddelen die naast elkaar bestaan.

maatwerkvoorzieningen. Dit wordt het abonnementstarief genoemd. Het abonnementstarief is een maximumtarief. Gemeenten mogen een lagere eigen bijdrage vaststellen, bijvoorbeeld voor huishoudens met een minimuminkomen. De gemeente mag een aparte bijdrage vragen voor Wmo-hulp die niet onder het abonnementstarief valt. Er geldt geen eigen bijdrage voor voorzieningen op grond van de Jeugdwet.

Voor de specifieke zorgkosten-regeling geldt dat zowel het eigen risico als de eigen bijdrage(n) voor de verschillende regelingen niet aftrekbaar zijn. Hierbij is nog wel onduidelijkheid rondom de situatie waarin sprake is van een *maximale vergoeding*. Een voorbeeld hiervan zijn pruiken en haarwerken bij kaalheid als gevolg van een medische aandoening of medische behandeling. Binnen de Zvw geldt hiervoor een maximale vergoeding van €452 in 2021. Het kan voorkomen dat een pruik of haarwerk duurder is dan €452 waardoor een patiënt een deel van de kosten zelf moet betalen. Op de website Meerkosten.nl¹¹ wordt aangegeven dat eventuele meerkosten aftrekbaar zijn. Echter, in de Zvw¹² worden de meerkosten boven de maximale vergoeding aangemerkt als eigen bijdrage waardoor deze dus niet aftrekbaar zouden zijn. De Belastingdienst heeft aan ons bevestigd dat het niet mogelijk is om de eigen bijdrage voor de pruik (of het haarwerk) af te trekken.

Compensatieregelingen

Er bestaan diverse landelijke en gemeentelijke compensatieregelingen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn of haar zorgkosten betaalt (naast de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling) en die helpen om zorgmijding te voorkomen:

- Huishoudens met een laag inkomen ontvangen zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de zorgpremie én het eigen risico van de Zvw;
- Verschillende zorgvormen (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging, zorg voor 18-minners, kraamzorg, verloskundige zorg en zorg bij bepaalde chronische ziekten) zijn uitgezonderd van het eigen risico;

Daarnaast hebben gemeenten de beschikking over instrumenten en de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de client. De gemeenten zijn daarbij vrij om te bepalen op hoe zij deze middelen inzetten. Voorbeelden van maatregelen zijn:

- Een gemeentepolis: de Gemeentepolis¹³ is een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen en mensen met een chronische ziekte of beperking. De Gemeentepolis bestaat uit een basisverzekering en een aanvullende verzekering. Een zorgverzekering met vergelijkbare dekking afsluiten via de zorgverzekeraar is over het algemeen, maar niet altijd¹⁴, duurder omdat bij de Gemeentepolis de gemeenten meebetalen. Hierbij geldt wel dat een reguliere zorgverzekering goedkoper kan zijn omdat de gemeentepolis een uitgebreider pakket heeft. Gemeenten stellen zonder uitzondering inkomensgrenzen aan de gemeentepolis waardoor deze niet voor alle mensen met een chronische ziekte of beperking beschikbaar zijn.

¹¹ Meerkosten.nl (2022) *Hulpmiddelen*. <https://meerkosten.nl/belastingvoordeel/aftrek-zorgkosten/hulpmiddelen/>. Geraadpleegd op 27 mei 2022.

¹² Regeling Zorgverzekering artikel 2.33 eerste lid

¹³ Gezondverzekerd.nl (2022) *Wat is de Gemeentepolis?* <https://www.gezondverzekerd.nl/over-de-gemeentepolis/wat-is-de-gemeentepolis/>. Geraadpleegd op 28 april 2022.

¹⁴ Dit is bijvoorbeeld het geval indien iemand via een andere weg een hoge korting kan krijgen op de aanvullende verzekering.

- Bijzondere bijstand: deze bijzondere bijstand¹⁵ is een uitkering waarmee extra en bijzondere kosten kunnen worden betaald. De gemeente bepaalt of iemand er recht op heeft. Er is wel een aantal voorwaarden aan verbonden, zoals dat de kosten aantoonbaar, onvoorzien en noodzakelijk zijn, maar ook dat de kosten niet op een andere manier worden vergoed.

2.4 Overzicht beleidsgeschiedenis

In deze paragraaf gaan we in op de beleidsgeschiedenis van de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling. De huidige fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten en de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) zijn de opvolgers van de Buitengewone uitgavenregeling (ook een fiscale aftrek) en de Tegemoetkoming voor Buitengewone Uitgaven (TBU). Deze waren op hun beurt de opvolgers van de Buitengewone lastenregeling, die vóór 2001 gold. Hieronder bespreken we de meest relevante punten van de beleidsgeschiedenis per periode.

2001-2009

Geldende regeling: Buitengewone uitgavenregeling (fiscaal) + Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (TBU, niet fiscaal).

- In 2001 werd de Buitengewone uitgavenregeling ingevoerd.
- De regeling bevatte vermenigvuldigingsfactoren om de aftrek voor lagere inkomens meer waard te laten worden, omdat mensen met een hoger inkomen anders beter bediend werden dan mensen met een lager inkomen.¹⁶
- In 2004 is de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven ingevoerd, ten behoeve van mensen die hun aftrek voor buitengewone uitgaven niet (volledig) konden verzilveren vanwege een combinatie van een laag inkomen en persoonlijke heffingskortingen.¹⁷
- In deze periode is met diverse maatregelen getracht om de buitengewone uitgavenregeling toe te spitsen op chronisch zieken en gehandicapten.¹⁸
- Het aantal huishoudens dat gebruik maakte van de regeling steeg fors, evenals het budgettaire beslag. In de MvT bij de Wtcg (zie hierna) wordt gesteld dat dit vooral kwam door een stijging van het gebruik door anderen dan chronisch zieken en gehandicapten.¹⁹
- Vanwege deze groei, evenals andere gebreken, is besloten om per 2009 de regeling te vervangen door een nieuwe regeling, de Wtcg.²⁰

2009-2014

Geldende regeling: Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg, bestaande uit een algemene tegemoetkoming en een fiscale aftrek) + Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) + Compensatie voor het verplicht eigen risico (CER-uitkering).

¹⁵ Rijksoverheid (2022) *Wanneer ik recht op bijzondere bijstand?* <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijzondere-bijstand>. Geraadpleegd op 28 april 2022

¹⁶ Kamerstukken II, 2001/02, 28 013, nr. 3, p. 14-15.

¹⁷ Stb. 2004, 152.

¹⁸ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3, p. 2.

¹⁹ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3, p. 3.

²⁰ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3, p. 4.

De reden dat vóór 2009 gebruik werd gemaakt van een *fiscale* regeling om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen, is dat het niet lukte om deze doelgroep goed af te bakenen. Het ontbrak namelijk aan eenduidige, objectieve criteria. De doelgroep kon daardoor niet gericht financieel worden ondersteund en daarom werd gekozen voor de fiscale route. Met de Wtcg kwam verandering in deze aanpak. Op basis van data van (onder meer) zorgverzekeraars werd het zorggebruik van mensen in kaart gebracht.

Het zorggebruik diende vervolgens als indicator om te bepalen of een individu naar verwachting structurele meerkosten maakte vanwege een chronische ziekte of handicap en/of naar verwachting structureel het verplicht eigen risico volmaakte.²¹ Op grond hiervan kregen mensen een financiële tegemoetkoming uit de Wtcg respectievelijk een compensatie voor het verplicht eigen risico in de vorm van de CER-uitkering. Daarnaast bevatte de Wtcg óók een fiscale regeling, namelijk de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten zoals we die in de kern nu nog steeds kennen.

In de Wtcg werd dus gebruik gemaakt van een algemene tegemoetkoming op basis van zorggebruik (niet fiscaal) en een nieuwe fiscale regeling voor specifieke medische kosten (de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten). Dit werd aangevuld met de TSZ, net zoals voorheen de Buitengewone uitgavenregeling werd aangevuld met de TBU.

De afbakening op basis van zorggebruik bleek niet goed genoeg te werken en in 2014 werden de CER-uitkering en de Wtcg grotendeels afgeschaft vanwege deze afbakeningsproblematiek en vanwege budgettaire onbeheersbaarheid.²² De ondersteuning van burgers die beperkt kunnen participeren werd per 2015 grotendeels de verantwoordelijkheid van gemeenten, die maatwerk zouden kunnen bieden "door het compenseren van beperkingen met voorzieningen via de Wmo of het geven van directe inkomenssteun via de individuele bijzondere bijstand."²³ De circa € 700 miljoen per jaar die met het afschaffen van de regelingen vrij zou komen, zou hiervoor worden overgeheveld naar het gemeentefonds.

Uiteindelijk zijn de fiscale aftrek en de TSZ echter toch behouden, vanwege "een breed levende wens om, naast een maatwerkvoorziening op gemeentelijk niveau, een landelijke voorziening voor inkomensondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten, in aangepaste vorm, te behouden."²⁴ Belangrijke argumenten hierbij waren "dat inkomensbeleid, ook voor chronisch zieken en gehandicapten, primair voorbehouden wordt geacht aan het Rijk en dat de bestaande wettelijke kaders gemeenten ook slechts beperkte mogelijkheden bieden tot inkomensondersteuning."²⁵ Hierdoor kwam geen € 700 miljoen maar € 268 miljoen per jaar vrij, die aan het sociaal domein van het gemeentefonds werd toegevoegd. Het overige budget bleef beschikbaar voor de fiscale aftrek en TSZ.

2014-heden

Toen besloten werd om in 2014 de fiscale aftrek (specifieke zorgkosten-regeling) en de TSZ te handhaven, terwijl de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten

²¹ Het voert te ver om hier uitgebreid op in te gaan. De kern is dat werd bekeken welk zorggebruik past bij chronische ziekten en handicaps, zodat aan de hand van (o.a.) de zorgkosten die iemand declareert bij zijn of haar verzekeraar, kan worden bepaald dat diegene vermoedelijk een chronische ziekte of handicap heeft waarvoor kosten worden gemaakt.

²² Kamerstukken II, 2012/13, 33 726, nr. 3, p. 3-5.

²³ Kamerstukken II, 2012/13, 33 726, nr. 3, p. 2.

²⁴ Kamerstukken II, 2013/14, 33 752, nr. 13.

²⁵ Kamerstukken II, 2013/14, 33 752, nr. 13.

(op basis van zorggebruik) werd afgeschaft, werd ook gesteld dat de regelingen wel toe waren aan een fundamentele herziening:

*"Het kabinet is voornemens de fiscale aftrek specifieke zorgkosten in 2015 fundamenteel te herzien. De fiscale regeling dient beter aan te sluiten op het nieuwe gemeentelijke maatwerk en andere zorgregelingen om de fiscale regeling daarmee ook beter te richten op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten. Aan de bestaande fiscale regeling kleven zoals bekend, ook met de thans voorgestelde aanpassingen, de nodige bezwaren. De regeling blijft op onderdelen nog steeds te ongericht en er worden te veel mensen voor zorgkosten gecompenseerd die dat niet nodig hebben. Voor een fundamentele herziening van de fiscale regeling is de tijd tot 1 januari 2014 evenwel te kort, ook in verband met de uitvoering. Om die reden is tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen toegezegd dat in de loop van volgend jaar nadere voorstellen zullen worden gedaan om de fiscale regeling voor chronisch zieken en gehandicapten beter op de doelgroep te richten. Daarbij zal er ook naar worden gestreefd om de huidige aftrekregeling eenvoudiger, begrijpelijker en fraudebestendiger te maken."*²⁶

Sindsdien hebben echter geen fundamentele wijzigingen plaatsgevonden. Wel zijn per 2014 de aftrek voor scootmobielen, rolstoelen en woningaanpassingen afgeschaft.²⁷ Het ministerie van Financiën geeft aan dat de genoemde toezegging (om nadere voorstellen te doen om de fiscale regeling beter op de doelgroep te richten) nog steeds open staat.

2.5 Beleidsdoelstellingen

In deze paragraaf gaan we in op de beleidsdoelstellingen van de van de verschillende regelingen.

Specifieke zorgkosten-regeling

Doelstelling

Het doel van de specifieke zorgkosten-regeling wordt in de toelichting bij het wetsvoorstel niet expliciet gemaakt. Het doel van de gehele Wtcg ook niet, maar deze kan wel worden afgeleid uit de toelichting bij de wet (accenten in alle citaten in dit hoofdstuk zijn door de onderzoekers aangebracht):

"In het «Actieplan gelijke behandeling» is verwoord dat het zogeheten «inclusief beleid» het uitgangspunt is van al het overheidsbeleid. Dit betekent dat alle departementen verantwoordelijk zijn voor goed beleid en dat bij alle maatregelen of voorstellen rekening dient te worden gehouden met de positie van mensen met een handicap. Het doel van inclusief beleid is dat deze mensen evengoed [sic] als anderen kunnen participeren in de samenleving. Hiervoor is het van belang dat de maatschappij geen onnodige drempels opwerpt.

Dit neemt niet weg dat de regering chronisch zieken en gehandicapten ook financieel tegemoet wil komen, zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Zij worden immers geconfronteerd met extra kosten in vergelijking met andere groepen. Voorbeelden daarvan zijn extra stookkosten, vervoerskosten voor geneeskundige hulp of extra uitgaven voor kleding. De overheid

²⁶ Kamerstukken II, 2013/14, 33 752, nr. 13.

²⁷ Stb. 2013, 565.

kan niet alle meerkosten vergoeden, maar kan wel voorzien in een tegemoetkoming.²⁸

Hieruit leiden wij af dat het doel van de Wtcg is om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in hun meerkosten (zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren). Hoewel gevoelsmatig duidelijk is wat er wordt bedoeld, is dit niet heel concreet. Wel blijkt uit bovenstaande dat het doel niet is om deze mensen *volledig* te compenseren voor hun meerkosten.

Wij merken hierbij op dat het in de eerste paragraaf van de quote genoemde doel van inclusief beleid, dat deze doelgroep *even goed als anderen* kan participeren, volgens ons niet moet worden gezien als een doel van de Wtcg, maar enkel wordt genoemd als een doel voor de som van al het overheidsbeleid. Het *beter* kunnen participeren (vergeleken met de situatie zonder tegemoetkoming), kan op basis van de tweede paragraaf wel als onderdeel van de doelstelling worden gezien. Een andere interpretatie is echter dat het doel van de wet slechts is om de doelgroep tegemoet te komen in hun meerkosten, terwijl het beter maatschappelijk participeren een achterliggend doel of beoogde impact is. Het verschil ligt in het antwoord op de vraag of de wet zijn doel al heeft bereikt wanneer de doelgroep gecompenseerd wordt in de meerkosten, of pas wanneer de doelgroep ook beter maatschappelijk weet te participeren. De wet en de toelichting geven hier geen duidelijk antwoord op.

Voor het toetsen van de doeltreffendheid en doelmatigheid kiezen wij er bij het eerste gedeelte (de evaluatie) voor om het beter maatschappelijk participeren niet als onderdeel van de doelstelling te beschouwen. We onderzoeken voor de evaluatie dus in hoeverre de regeling erin slaagt om de doelgroep te compenseren in hun meerkosten, zonder te beoordelen of de doelgroep dankzij deze regeling ook echt beter maatschappelijk kan participeren. Een belangrijke overweging hierbij is dat 'beter maatschappelijk participeren' niet helder geoperationaliseerd is en dus niet goed te toetsen is. Bij het inventariseren en beoordelen van alternatieven houden we de maatschappelijke participatie wel goed in het oog als achterliggend doel. Daar kijken we immers niet enkel binnen de kaders van de huidige regeling, maar kijken we met een bredere blik naar het probleem en de beleidsdoelstellingen.

Tot slot is voor het doel van de regeling van belang dat er een causaal verband tussen de aandoening en de kosten moet zijn en dat de kosten niet door een voorliggende voorziening worden vergoed:

*"Uitgangspunt is dat het bij de regeling moet gaan om de kosten die enerzijds daadwerkelijk voortvloeien uit het hebben van een aandoening of een beperking en anderzijds om kosten die niet vergoed worden door een andere voorliggende voorziening."*²⁹

Het gaat in bovenstaande over de Wtcg in zijn geheel. In de toelichting wordt wat betreft doelstellingen geen onderscheid gemaakt tussen de financiële tegemoetkoming op basis van zorggebruik enerzijds en de fiscale aftrek anderzijds. Een aantal jaar later, bij het voorstel om de Wtcg, inclusief fiscale aftrek, af te schaffen vanwege de afbakeningsproblematiek, wordt wel expliciet iets gezegd over het doel van de fiscale aftrek:

²⁸ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3

²⁹ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3

*"[...] wordt het doel van de fiscale regeling, **die slechts als vangnet zou moeten dienen voor elders niet gecompenseerde meerkosten van zorg**, steeds verder opgerekt."³⁰*

Dit is in lijn met het geformuleerde doel van de Wtcg zoals zojuist besproken, waarin betere maatschappelijke participatie geen onderdeel van het doel is, maar brengt daar geen verdere specificatie in aan.

Zoals in de vorige paragraaf vermeld is de Wtcg in 2014 grotendeels afgeschaft, maar is de fiscale aftrek behouden. Hoewel hierbij de 'breed levende wens' wordt genoemd om naast een gemeentelijke maatwerkvoorziening een landelijke voorziening te behouden, lijkt er in de beleidsstukken geen expliciete doelstelling te zijn genoemd (of herhaald) bij het behouden van de aftrek. Wel kan uit de uitspraak dat "de bestaande wettelijke kaders gemeenten ook slechts beperkte mogelijkheden bieden tot inkomensondersteuning"³¹ worden afgeleid dat aan inkomensondersteuning blijkbaar nog behoefte was.

Doelgroep

Uit de doelstelling van de Wtcg blijkt ook de doelgroep: chronisch zieken en gehandicapten. Bij de toelichting op de fiscale aftrek wordt dit nog eens expliciet gemaakt:

"In de nieuwe regeling is ervoor gekozen de regeling scherper te richten op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten."³²

TSZ-regeling

Het doel van de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten is simpelweg om de mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten (een deel van) hun heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren.³³ Doordat deze mensen een relatief laag inkomen in combinatie met relatief hoge zorgkosten en andere heffingskortingen hebben, betalen zij namelijk niet genoeg belasting om al hun kortingen te verzilveren. De TSZ compenseert hen hiervoor. Ten tijde van de Buitengewone Uitgavenregeling (de voorganger van de huidige fiscale aftrek) was er een vergelijkbare regeling: de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU), met hetzelfde doel.³⁴ Doordat het verschil berekend wordt en wordt uitgekeerd, is er sprake van volledige compensatie.

Drempel

Een reden voor, of doelstelling van, de inkomensafhankelijke drempel wordt in de toelichting bij de Wtcg niet gegeven. De drempel bestond al in de voorganger van de wet, de Buitengewone uitgavenregeling (BUR), en het bestaan ervan wordt bij invoering van de Wtcg schijnbaar als gegeven beschouwd. Om de reden voor de drempel in de beleidsstukken te vinden moeten we dan ook terug naar de toelichting bij de invoering van de BUR:

*"Met hoofdstuk 6, afdeling 5 [de Buitengewone uitgavenregeling], wordt beoogd een fiscale tegemoetkoming te bieden aan belastingplichtigen van wie de draagkracht ernstig wordt aangetast door drukkende buitengewone uitgaven. [...] **De***

³⁰ Kamerstukken II, 2012/13, 33 726, nr. 3, p. 6.

³¹ Kamerstukken II, 2013/14, 33 752, nr. 13.

³² Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3, p. 15.

³³ Stb. 2010, 261, p. 7.

³⁴ Stb. 2004, 152. Overigens worden de invoering van vermenigvuldigingsfactoren en verlaging van de drempel hier genoemd als enkele redenen waarom destijds steeds meer mensen in deze situatie kwamen.

draagkracht van belastingplichtigen wordt geacht ernstig te zijn aangetast als de buitengewone uitgaven hoger zijn dan een inkomensafhankelijke drempel.³⁵

De inkomensafhankelijke drempel was dus een operationalisering van het criterium dat de draagkracht van de belastingplichtige ernstig moest worden aangetast (door de buitengewone uitgaven) voordat deze recht had op een tegemoetkoming. Met andere woorden: het doel van de drempel was om ervoor te zorgen dat de mensen die wel buitengewone kosten hadden, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming kregen. Dit is een interessante bevinding, want ernstige aantasting van de draagkracht is voor de huidige specifieke zorgkosten-regeling niet opgenomen als criterium. In de Wtcg is het doel immers om 'chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in hun meerkosten (zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren).' De drempel bestaat echter nog steeds.

Nu het criterium van ernstige aantasting van de draagkracht geen onderdeel meer is van de doelgroep/doelstelling, lijkt er geen formele rechtvaardiging meer te zijn voor de drempel. Sec naar de tekst kijkend is de vraag of ook de chronisch zieken en gehandicapten waarvan de kosten niet boven de drempel uitkomen, beter in staat zouden zijn om maatschappelijk te participeren indien zij een tegemoetkoming krijgen. Als het antwoord 'ja' is, is er formeel geen verantwoording voor de drempel. Hier lopen we er dus tegenaan dat 'beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren' een vrij abstract criterium is, waardoor deze vraag niet goed te beantwoorden is.

Dit alles neemt uiteraard niet weg dat hetzelfde argument nog steeds gemaakt kan worden ('pas vanaf een bepaalde ernst wil de maatschappij bijspringen'), maar het strookt niet met de formele doelstelling van de Wtcg. Tegelijkertijd zou men kunnen zeggen dat het feit dat de drempel is gehandhaafd er juist op wijst dat het nog steeds de bedoeling is om pas bij te springen als iemands draagkracht ernstig wordt aangetast, ook al is dat niet meer expliciet opgeschreven. Voor een beleidsevaluatie is dat echter een gevaarlijk argument, want als we de doelen van de regeling uit de maatregelen gaan afleiden, zijn die maatregelen bijna per definitie doeltreffend.

Ten aanzien van de drempel is verder relevant dat in 2009, met de nieuwe regeling, de 'knik' in de inkomensafhankelijke drempel is veranderd, zodat mensen met een middeninkomen meer aan de regeling hebben:³⁶

*"Het hogere drempelpercentage wordt niet berekend over het deel van het inkomen dat meer bedraagt dan € 31 231, maar over het deel van het inkomen dat meer bedraagt dan € 40 000. Deze maatregel verbetert de toegang van mensen met een middeninkomen tot de nieuwe fiscale regeling voor uitgaven voor specifieke zorgkosten."*³⁷

Vermenigvuldigingsfactoren

Toen in 2009 de Wtcg (inclusief de aftrek voor specifieke zorgkosten) werd ingevoerd, is besloten een vermenigvuldigingsfactor van 2,13 (een verhoging van 113%) te (blijven) hanteren voor mensen die de AOW-leeftijd hebben bereikt. Bij hen zou een

³⁵ Kamerstukken II, 1998/99, 26 727, nr. 3, p. 255.

³⁶ Overigens wordt dit drempelinkomen van €40.000 niet verdubbeld in het geval van partners met een verzamelinkomen, iets wat voor het lage drempelinkomen wel gebeurt. Dit is met name relevant voor partners met beide een middeninkomen die ook beide meerkosten hebben.

³⁷ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3

vermenigvuldigingsfactor op zijn plaats zijn "vanwege het relatief lage marginale tarief dat op hun inkomen van toepassing is" (doordat zij geen AOW-premie betalen).³⁸ Doordat het belastingtarief lager is, is namelijk ook de aftrek voor deze mensen minder waard. Zij hebben daardoor minder aan de regeling. Door een vermenigvuldigingsfactor toe te passen kunnen zij een groter bedrag aftrekken, zodat zij meer voordeel van de regeling ondervinden.

Naast de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers is er ook een factor voor mensen die de AOW-leeftijd nog niet hebben bereikt, maar wel een inkomen van minder dan € 35.941 (2021) hebben. Dit is een factor van 1,4 (een verhoging van 40%). Deze factor is (tegenwoordig) niet terug te voeren op een verschil in belastingtarieven. Voor niet-AOW'ers zijn er immers nog maar twee schijven in box 1 en de grens daartussen ligt op € 68.508. Het is aannemelijk dat deze factor, die ook een overblijfsel is uit de voorgaande regeling, van oorsprong wel diende als een compensatie voor verschillen in belastingtarieven. De exacte reden is echter niet helder vastgelegd, zie Box 2.

De factor voor niet-AOW'ers was oorspronkelijk ook 2,13. In de toelichting bij de Wtcg werd het plan aangekondigd om deze factor in twee jaar af te bouwen tot 1 (dus geen verhoging).³⁹ Minder dan twee maanden later werd dit echter via een nota van wijziging aangepast naar een afbouw tot 1,4.⁴⁰ Hoewel in deze nota goed wordt beargumenteerd dat een factor van 2,13 voor deze groep onredelijk zou zijn, wordt niet beargumenteerd dat een vermenigvuldigingsfactor hier überhaupt op zijn plaats is, behalve met de stelling dat het afschaffen tot grote inkomenseffecten zou leiden.

Box 2 Geschiedenis vermenigvuldigingsfactor

Geschiedenis vermenigvuldigingsfactor

Net als de drempel zijn ook de vermenigvuldigingsfactoren al ingevoerd in de Buitengewone Uitgavenregeling. In de Buitengewone Uitgavenregeling was er een vermenigvuldigingsfactor voor 65-plussers en voor 65-minners met een laag inkomen. Beide waren 2,13 (een verhoging van 113%). De argumentatie voor de invoering was als volgt:

"In de motie Melkert wordt geconstateerd dat het chronisch ziekenforfait mensen met een hoog inkomen beter bedient dan mensen met een laag inkomen. Het invoeren van vermenigvuldigingsfactoren komt hieraan tegemoet omdat de aftrekpost buitengewone uitgaven (en het daarin verdisconteerde chronisch ziekenforfait) voor lagere en middeninkomens door het invoeren van inkomensafhankelijke vermenigvuldigingsfactoren voor die inkomens meer waard wordt."⁴¹

Het chronisch ziekenforfait was een vast bedrag aan fiscale aftrek dat mensen kregen indien hun zorgkosten boven een bepaald bedrag uitkwamen, waarvan dus werd gesteld dat mensen met een hoog inkomen hierdoor beter bedient werden dan mensen met een laag inkomen. Hoewel het niet expliciet wordt gemaakt, ook niet in de motie Melkert waarnaar wordt verwezen, is aannemelijk dat werd bedoeld op het feit dat de aftrek voor mensen met een hoger inkomen meer waard is, omdat zij een hoger belastingtarief hebben.

Het is opvallend dat het argument voor de vermenigvuldigingsfactoren was gebaseerd op het chronisch ziekenforfait, maar dat de factoren nog bestaan terwijl het forfait al in 2009 is afgeschaft. Tegelijkertijd gaat het gemaakte argument, namelijk dat hoge inkomens er meer aan hebben vanwege hun hogere tarief, niet alleen op voor het forfait maar ook voor de aftrek als geheel. Bij invoering

³⁸ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3

³⁹ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3

⁴⁰ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 14.

⁴¹ Kamerstukken II, 2001/02, 28 013, nr. 3, p. 14.

van de Wtcg werd dan ook hetzelfde argument gebruikt om de vermenigvuldigingsfactor te rechtvaardigen, ook al was er geen ziekenforfait meer.

Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.1 zijn geneeskundige hulp en reiskosten voor ziekenbezoek uitgezonderd van de vermenigvuldigingsfactor. In de wetgeschiedenis wordt de reden hiervoor niet duidelijk.

2.6 Conclusie

Relevante onderzoeksvragen

- Is er sprake van een heldere probleemstelling?
- Is het te bereiken doel helder en eenduidig geformuleerd? Is de beleidsdoelstelling gewijzigd sinds introductie in 2009?
- Wat is - gezien de beleidsdoelstelling - de doelgroep? Is deze doelgroep in subgroepen te onderscheiden, bijv. hoogte van het inkomen, wel/niet chronisch ziek of gehandicapt (levenslang cq levensbreed behorend tot de doelgroep)?

Probleemstelling

Er is sprake van een heldere probleemstelling; mensen met een chronische ziekte of beperking worden geconfronteerd met hogere kosten in vergelijking met andere groepen. Zij krijgen deze kosten niet, of slechts deels, vergoed uit andere regelingen. Na toepassing van andere regelingen hebben zij dus nog steeds hogere kosten dan andere groepen. Achterliggende gedachte bij de wens om hen hierin tegemoet te komen is dat de meerkosten ertoe kunnen leiden dat zij minder goed maatschappelijk kunnen participeren.

Doelstelling

Het te bereiken doel van de fiscale aftrek is niet (meer) helder en eenduidig geformuleerd. Op basis van de beleidsstukken concluderen we dat het doel van de specifieke zorgkostenregeling is om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in de meerkosten die zij vanwege hun aandoening maken. Een achterliggend doel is dat zij hierdoor beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Uit de toelichting bij de wet wordt niet duidelijk of dit laatste moet worden gezien als doel van de wet of eerder als beoogde impact.

Bij het compenseren van kosten moet het gaan om kosten die niet elders vergoed worden. Ook is het niet de bedoeling om *alle* meerkosten te vergoeden. Het volgende blijft dan echter onduidelijk:

- Uit de toelichting bij de wet wordt duidelijk dat het doel niet is om *volledige* compensatie van meerkosten te bieden. Ook wordt daar gesteld dat de regering de doelgroep tegemoet wil komen zodat deze beter in staat is om maatschappelijk te participeren. Hieruit kan echter niet worden opgemaakt welk niveau van compensatie wordt beoogd. Puur naar de tekst kijkend bereikt de regeling haar doel als de doelgroep ook maar enigszins geholpen wordt, hoe klein dit effect ook is. Dit lijkt ons geen wenselijke uitleg.
- De fiscale aftrek zou samen met de rest van de Wtcg in 2014 worden afgeschaft. Uiteindelijk is kort van tevoren besloten de fiscale aftrek als landelijke voorziening te behouden, maar tegelijkertijd werd daarbij wel gesteld dat de fiscale aftrek toe was aan herziening omdat er de nodige nadelen aan kleven. Gesteld werd dat de aftrekregeling beter gericht zou moeten worden op de doelgroep chronisch zieken

en gehandicapten, en eenvoudiger, begrijpelijker en fraudebestendiger zou moeten worden gemaakt. Er zijn sindsdien echter geen fundamentele wijzigingen meer doorgevoerd. Er is destijds eveneens niet helder vastgelegd waarom de fiscale aftrek is behouden en wat het precieze doel van de aftrek is binnen het sterk gewijzigde stelsel van ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten. We gaan er daarom van uit dat het doel ongewijzigd is gebleven.

Het doel van de TSZ-regeling is wel helder. Dit is simpelweg om de mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten (een deel van) hun heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren. Via de TSZ-regeling krijgen zij alsnog de voordelen van zowel de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten als hun heffingskortingen.

Drempel

In de voorganger van de huidige fiscale aftrek, de Buitengewone Uitgavenregeling uit 2001, is er een drempel ingevoerd als operationalisering van het criterium dat de draagkracht van een belastingplichtige ernstig moest worden aangetast (door de buitengewone uitgaven) voordat deze recht had op een tegemoetkoming. Het oorspronkelijke doel van de drempel was dus om de mensen die wel buitengewone uitgaven hadden, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming te bieden. Hoewel de huidige regeling dit 'draagkrachtcriterium' niet meer bevat (zie de beleidsdoelstelling van de fiscale aftrek hierboven), lijkt de drempel simpelweg te zijn overgenomen uit de vorige regeling. In de toelichting bij de regeling wordt niet ingegaan op het doel van de drempel. Wij concluderen daaruit dus dat er geen expliciete motivering is voor de drempel en dat niet is uitgelegd hoe deze bijdraagt aan het doel van de regeling. Het is natuurlijk goed mogelijk dat ook bij de huidige aftrek de gedachte was dat de overheid pas bij wil springen wanneer de draagkracht ernstig wordt aangetast. Dit zou men ook kunnen afleiden uit de gedachte dat de tegemoetkoming zou moeten leiden tot betere maatschappelijke participatie, maar het is niet expliciet vastgelegd.⁴²

Vermenigvuldigingsfactoren

Belastingplichtigen met een drempelinkomen lager dan een bepaald bedrag hebben recht op de verhoging specifieke zorgkosten. Zij mogen dan meer aftrekken dan daadwerkelijk is betaald voor de zorgkosten. Om dit te realiseren kent de specifieke zorgkosten-regeling twee vermenigvuldigingsfactoren (een voor AOW'ers en één voor niet-AOW'ers). Voor belastingplichtigen met een drempelinkomen lager dan het vastgestelde bedrag worden de zorgkosten vermenigvuldigt met deze factor. Het doel hiervan is om de aftrek van mensen met een laag inkomen meer waard te laten worden. Voor AOW'ers bedraagt de vermenigvuldigingsfactor 2,13, voor niet-AOW'ers bedraagt de vermenigvuldigingsfactor 1,4.

De vermenigvuldigingsfactor van 2,13 voor AOW'ers met een laag inkomen is er omdat deze groep een lager marginaal belastingtarief heeft dan vergelijkbare personen die geen AOW ontvangen en daardoor minder voordeel heeft van de belastingaftrek. Door de vermenigvuldigingsfactor kunnen zij een groter bedrag aan kosten aftrekken en hebben zij meer aan de regeling. Hoewel de redenering duidelijk is vastgelegd, is er geen concreet meetbaar doel geformuleerd voor de aard en omvang van het beoogde voordeel.

De noodzaak van een vermenigvuldigingsfactor van 1,4 voor niet-AOW'ers met een laag inkomen is niet duidelijk beargumenteerd. Het ligt voor de hand dat men wilde dat mensen onder deze inkomensgrens meer aan de regeling zouden hebben dan zonder de factor het

⁴² Andere mogelijke redenen voor een drempel zijn bijvoorbeeld het verminderen van administratieve lasten of het budgettair beslag, of simpelweg de opvatting dat men voor een bepaalde hoeveelheid kosten zelf op dient te draaien en daarna hulp verdient (ongeacht de draagkracht van de persoon).

geval zou zijn. Echter, een concrete (puur fiscaal gerelateerde) reden, zoals voor de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers geldt, is er niet meer. Er is hier (tegenwoordig) geen sprake van een verschil in belastingtarieven (met personen boven het drempelinkomen) waarvoor gecompenseerd dient te worden.

Doelgroep

De doelgroep is 'chronisch zieken en gehandicapten'. Of nader gespecificeerd, gelet op de doelstelling van de regeling: chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten van zorg die niet elders worden gecompenseerd. Door de aanwezigheid van een vermenigvuldigingsfactor en drempel is de regeling wel gericht op de personen met een lager inkomen (maar niet uitsluitend deze groep).

3 Doelgroepbereik

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we het doelgroepbereik. We kijken initieel naar de gebruikers van de regeling. Vervolgens zoomen we in op het gebruik door de doelgroep. Daarbij kijken we ook naar het niet-gebruik, de mate waarin er andere voorzieningen zijn waar men gebruik van kan maken en mate waarin men afhankelijk is van adviseurs en tussenpersonen voor het gebruik van de regeling. Tenslotte bespreken we nog de ervaringen van de gebruikers.

3.2 Gebruik van de regeling

Relevante onderzoeksvragen

- Hoeveel personen maken gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?
- Hoeveel belastingplichtigen komen in aanmerking voor de TSZ en in welke mate worden zij gecompenseerd voor het niet kunnen verzilveren van de fiscale aftrek? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap
- Hoeveel belastingplichtigen hebben, na toepassing van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling, een negatief box 1 inkomen, waardoor zij hun fiscale aftrek niet kunnen verzilveren en niet of slechts deels gebruik kunnen maken van de TSZ-regeling? Om welk bedrag gaat het? En in hoeverre kunnen deze belastingplichtigen in latere jaren alsnog de aftrek verzilveren na het doorschuiven van de aftrek naar het volgende jaar?

Bij het gebruik van de regeling is het wel van belang om in het achterhoofd te houden wat de *unit of analysis* is. Het kan namelijk gaan om zowel gaan om *belastingplichtigen* als om *huishoudens*. Dit wordt veroorzaakt doordat de aftrek gezamenlijk is maar de compensatie individueel bepaald wordt. Bij elk van de tabellen en figuren in deze paragraaf hebben we duidelijk aangegeven of het gaat om *belastingplichtigen* of *huishoudens*.

In Tabel 5 wordt het aantal huishoudens dat gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling getoond naar type zorgkosten voor de jaren 2015, 2018 en 2019. Dit zijn de jaren waarvoor wij de data aangeleverd hebben gekregen van het ministerie van Financiën.

Tabel 5 Aantal huishoudens dat gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling uitgesplitst naar type kostenpost (afgerond op duizendtallen) en belastingjaar

Kostenpost	2015	2018	2019
Voorgescreven medicijnen	438.000	432.000	421.000
Hulpmiddelen	302.000	310.000	300.000
Afschrijving over uitgaven woning-aanpassing vóór 2014	12.000	8.000	6.000
Vervoer	418.000	416.000	396.000
Dieet op doktersvoorschrift	174.000	171.000	170.000
Extra gezinshulp	38.000	33.000	30.000
Extra uitgaven voor kleding en beddengoed	310.000	320.000	315.000
Verhoging	612.000	591.000	573.000

Kostenpost	2015	2018	2019
Genees- en heelkundige hulp	535.000	547.000	547.000
Reiskosten ziekenbezoek	99.000	110.000	107.000
Totaal specifieke zorgkosten	868.000	872.000	858.000

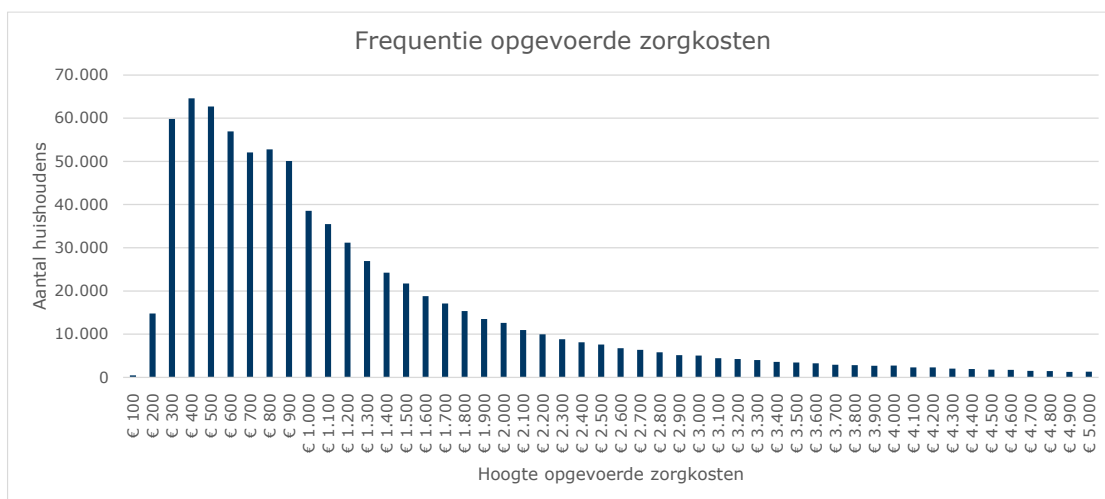
Er waren in 2019 ruim 850.000 huishoudens die de specifieke zorgkosten-regeling gebruikten. Veruit het vaakst werd genees- en heelkundige hulp opgegeven; door bijna 550.000 huishoudens. De minst⁴³ opgegeven post is de extra gezinshulp, deze werd door net iets meer dan 30.000 huishoudens opgegeven. De gemiddelde compensatie per huishouden bedroeg ca. €300 in 2019.

Tabel 6 laat zien dat het aantal belastingplichtigen dat gebruik maakt van de TSZ-regeling sinds 2015 met meer dan 50% is gestegen. In diezelfde periode is de gemiddelde tegemoetkoming van de TSZ-regeling met 7% licht gestegen.

Tabel 6 Jaarlijkse ontwikkeling aantal belastingplichtigen TSZ-regeling (afgerond op duizendtallen) en gemiddelde tegemoetkoming uitgesplitst naar belastingjaar

Belastingjaar	Aantal belastingplichtigen	Gemiddelde tegemoetkoming
2015	148.000	€ 264
2016	167.000	€ 272
2017	181.000	€ 277
2018	201.000	€ 280
2019	229.000	€ 284

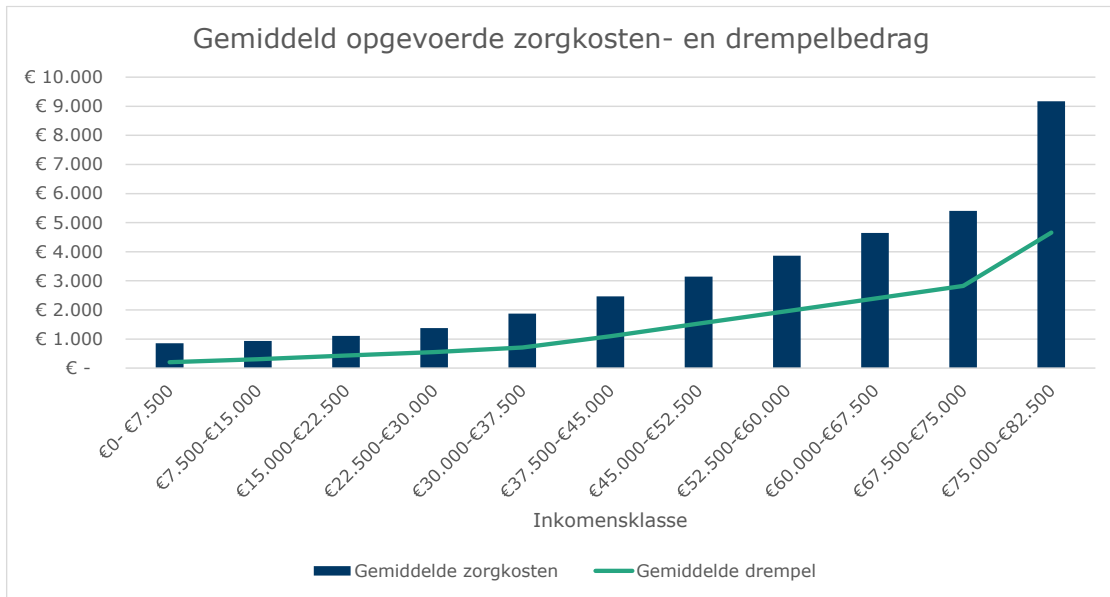
Figuur 2 geeft weer hoe vaak het voorkomt dat een huishouden een bepaald bedrag aan zorgkosten opgeeft.



Figuur 2 Aantal huishoudens naar hoogte van de opgevoerde zorgkosten 2019

⁴³ Strikt gezien is dit de afschrijving over uitgaven woningaanpassing voor 2014, maar deze kostenpost kan inmiddels niet meer worden opgegeven. Hetgeen hier wordt genoemd komt door een afschrijving uit het verleden.

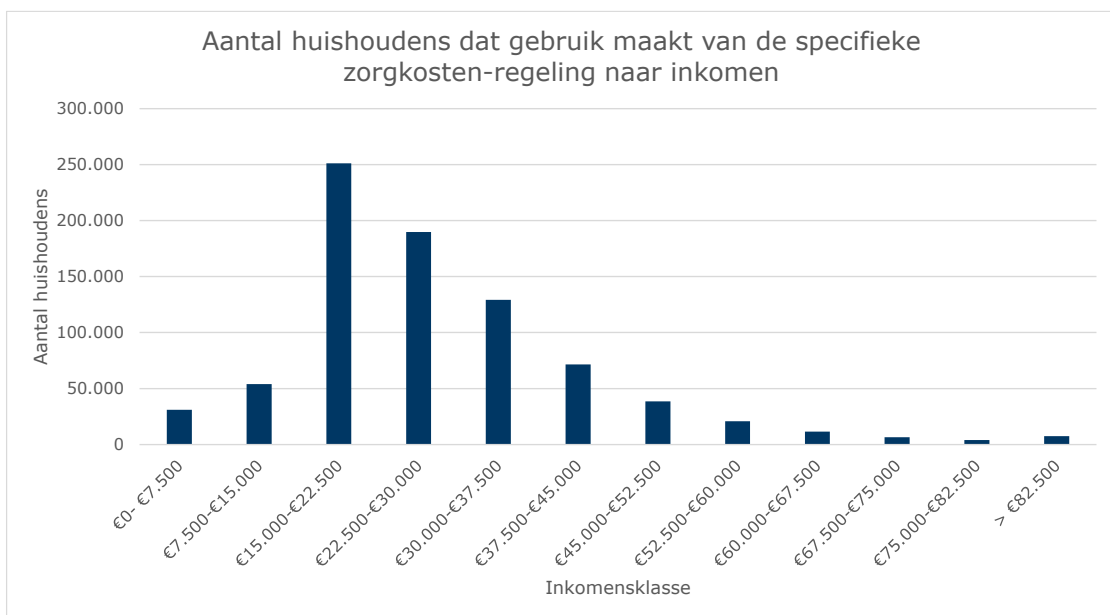
Ongeveer de helft van de huishoudens die gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling geeft minder dan €900 aan zorgkosten op.



Figuur 3 Gemiddeld opgevoerde zorgkosten- en drempelbedrag 2019 per huishouden

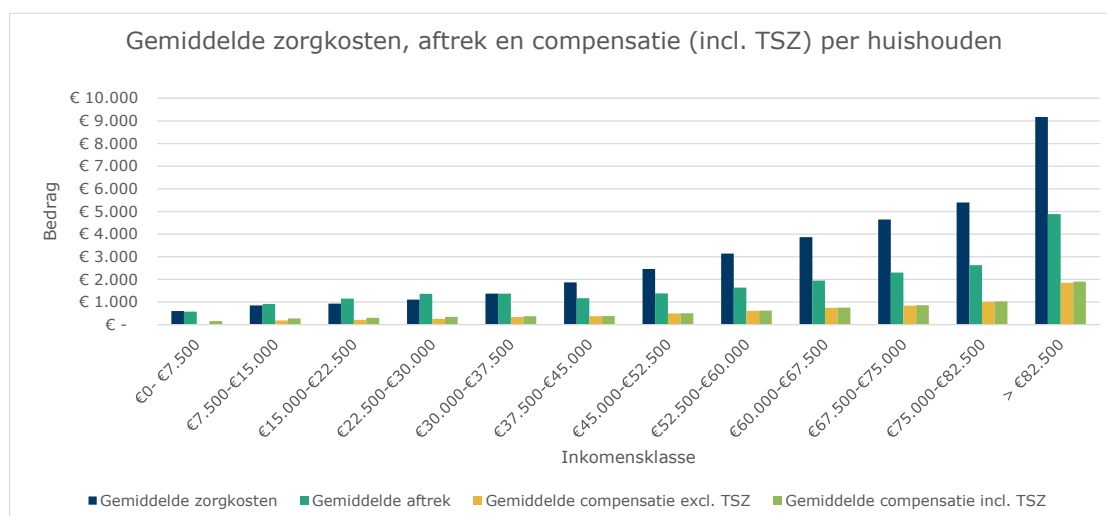
Figuur 3 toont per inkomensklasse de gemiddelde zorgkosten die bij de belastingaangifte zijn opgevoerd. De drempel stijgt op basis van het inkomen. Huishoudens met hogere inkomens moeten daardoor meer zorgkosten opgeven voordat zij aanspraak kunnen maken op de regeling.

Figuur 4 laat het aantal huishoudens dat gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling per inkomensklasse zien. Uit de figuur komt naar voren dat meer dan de helft van de huishoudens een inkomen lager dan €30.000 heeft.



Figuur 4 Aantal huishoudens dat gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling naar inkomen

Figuur 5 laat zien hoeveel van de opgevoerde zorgkosten daadwerkelijk vergoed worden via de specifieke zorgkosten-regeling.



Figuur 5 Gemiddelde zorgkosten, aftrek en compensatie (incl. TSZ) per huishouden

De huishoudens die gebruik maken van de regeling en die een inkomen hebben tussen de €7.500 en €15.000 voeren gemiddeld €854 aan zorgkosten op. Na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor en drempel krijgen deze huishoudens gemiddeld €192 compensatie vanuit de specifieke zorgkosten-regeling. Dit is 22,5% van de opgegeven zorgkosten. Het gemiddelde over alle inkomensklassen is 21,7%. Er zijn daarbij geen grote verschillen tussen de inkomensklassen.

Om een indruk te krijgen van hoe vaak er structureel gebruik wordt gemaakt van de aftrek specifieke zorgkostenregeling, toont Tabel 7 hoe vaak huishoudens zorgkosten hebben opgegeven in de jaren 2015-2019. Zo'n 900.000 huishoudens hebben in die periode van vijf jaar drie keer of vaker zorgkosten opgegeven. Eén miljoen huishoudens hebben slechts éénmaal gebruik gemaakt van de specifieke zorgkosten-regeling.⁴⁴

Tabel 7 Hoe vaak huishoudens zorgkosten hebben afgetrokken tussen 2015-2019

Aantal keer aftrek	Aantal huishoudens
5	409.000
4	228.000
3	283.000
2	452.000
1	1.095.000

⁴⁴ Het is niet mogelijk om hier eenduidige conclusies uit te trekken. Een aanname kan zijn dat bij huishoudens die structureel gebruik maken van de regeling er sprake is van een chronische ziekte of beperking. Vanwege hun chronische ziekte of beperking hebben zij namelijk kosten die ieder jaar terugkeren. Echter, het biedt geen volledig zicht. Er kunnen ook huishoudens zijn die jaarlijks kosten maken maar dat die kosten niet hoog genoeg zijn om boven de drempel uit te komen waardoor zij geen compensatie krijgen. Daarnaast kan het ook voorkomen dat er éénmalig een grote investering gedaan dient te worden (i.v.m. de chronische ziekte of beperking) en dat iemand in de jaren daarna geen gebruik hoeft te maken van de specifieke zorgkosten-regeling.

Niet kunnen verzilveren van de aftrek specifieke zorgkosten

Voor het onderzoek is ook getracht inzichtelijk te maken hoeveel mensen er zijn die de aftrek niet kunnen verzilveren doordat er sprake is van een negatief inkomen. Het ministerie van Financiën heeft hiervoor gekeken naar de personen waarvan het box1-inkomen (na aftrek van andere persoonsgebodenafrekkosten [PGA]) lager was dan het bedrag aan aftrek specifieke zorgkosten. Vervolgens is ook nog gekeken of er nog box3- en box2-inkomen was waarmee verzilverd kon worden.

De analyse is voor het jaar 2015 uitgevoerd omdat voor dat jaar in latere jaren gekeken kan worden of de aftrek uiteindelijk verzilverd wordt. In 2015 waren er ca. 11.400 belastingplichtigen met door te schuiven specifieke zorgkosten. Het gaat voor hen om een bedrag van € 22 miljoen dat verrekenbaar is in latere jaren. Van dit bedrag lijkt € 8 miljoen (39% van zowel het bedrag als het aantal belastingplichtigen) in de aangifte 2016 niet in beeld te zijn en ook in latere jaren niet verrekend te worden. Na 1 jaar is € 6 miljoen geheel verrekend, na 2 jaar € 9 miljoen en na 3 jaar € 11 miljoen (48% van het bedrag en 58% van het aantal belastingplichtigen). In het geval van de resterende € 3 miljoen is het inkomen tot en met 2018 onvoldoende om alle PGA uit 2015 en de jaren erna te verrekenen.

Voor oudere jaren werd het nog te verrekenen bedrag aan PGA niet vooraf ingevuld en moesten de belastingplichtigen zelf deze niet-verrekenende PGA in latere jaren opvoeren. Dat dit niet altijd werd gedaan blijkt uit de € 8 miljoen die in 2016 (en ook latere jaren) niet in beeld lijkt te zijn. Sinds kort wordt niet-verrekenende PGA uit vorige jaren wel standaard vooraf ingevuld. Hierdoor is de verwachting dat het overgrote deel van de aftrek specifieke zorgkosten, die in een bepaald jaar niet met inkomen uit box1-, box3- of box2-inkomen verrekend kan worden, na drie jaar verrekend is.

3.3 Gebruik door de doelgroep

Relevante onderzoeksvragen

- In welke mate maken mensen met een chronische ziekte of beperking met meerkosten in de zorg gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?

De voorgaande paragraaf ging over het gebruik van de regeling. Dit zegt nog niets over de mate waarin er door de doelgroep (mensen met een chronische ziekte of beperking met meerkosten in de zorg) gebruik wordt gemaakt door de regeling.

Voordat we het gebruik door de doelgroep bespreken, zullen we eerst ingaan op de doelgroep zelf. In het jaar 2021 had de helft van de AOW'ers en in totaal 30% van de Nederlanders te maken met één of meer langdurige aandoeningen, blijkt uit cijfers van het CBS.⁴⁵ Allergie, hoge bloeddruk, migraine en gewrichtspijn komen ieder bij zo'n 15% van de Nederlanders voor. Eén op de tien Nederlanders had een langdurige depressie en één op de tien Nederlanders had rug-, nek-, of schouderklachten. Meer dan één miljoen Nederlanders had in 2021 suikerziekte, en een vergelijkbaar aantal had een longaandoening, incontinentie, eczeem, of een hart- en vaatziekte. Tenslotte hadden enkele honderdduizenden Nederlanders in 2021 een geconstateerde nieraandoening, kanker, of een herseninfarct.

Zeer veel Nederlanders hebben dus een chronische ziekte of beperkingen. Toch zijn er "slechts" zo'n 900.000 huishoudens die gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling. De regeling is tenslotte gericht op chronisch zieken en gehandicapten met *meerkosten in de zorg*. Wat daarbij speelt is dat een aantal zorgkosten ook bewust is uitgezonderd van

⁴⁵ [StatLine - Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/gezondheid-en-zorggebruik/persoonskenmerken)

de aftrek omdat het voor zoveel personen geldt. Dit geldt onder meer voor brillen, contactlenzen en overige hulpmiddelen ter ondersteuning van het gezichtsvermogen. In de Memorie van Toelichting⁴⁶ staat daarover het volgende: *het dragen van een bril of contactlenzen een zo veel voorkomend verschijnsel in onze samenleving is dat de kosten die met de aanschaf en het gebruik hiervan samenhangen niet als voldoende specifiek en naar hun aard als meer-kosten in vergelijking met doorgaans gezonde personen beoordeeld zijn, om voor aftrek in aanmerking te komen.*

Tijdens de interviews is meermalen benadrukt dat mensen met een chronische ziekte of beperking ook kosten hebben die door geen enkele regeling gedekt worden. Chronisch zieke patiënten zijn bijvoorbeeld vaker thuis en hebben daardoor hogere energiekosten die zij nergens kunnen opvoeren als zorgkosten. Als gevolg van hun ziekte of beperking heeft de doelgroep ook minder kans om inkomsten te vergaren. Daarnaast moeten de mensen met een chronische ziekte of beperking ieder jaar weer hun eigen risico opmaken.

Voor het bepalen van het bereik van de doelgroep maken wij in eerste instantie gebruik van de resultaten van een enquête die de Algemene Rekenkamer onder het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van Nivel heeft gehouden. Het NPCG⁴⁷ bestaat uit ongeveer 3.500 personen met een (medisch vastgestelde) chronische ziekte en/of lichamelijke beperking. Het gaat hierbij om personen die vijftien jaar of ouder zijn en zelfstandig wonen. Het panel vormt een afspiegeling van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland. Personen blijven maximaal vier jaar lid van het panel. Het werven van nieuwe panelleden gebeurt via landelijke steekproeven bij huisartsenpraktijken (voor personen met een chronische ziekte) en via bevolkingsonderzoeken van het CBS (voor personen met een lichamelijke beperking).

Voor het onderzoek van de Algemene Rekenkamer zijn alleen de panelleden benaderd die hebben aangegeven digitaal vragenlijsten te willen invullen (een deel wil/kan dit alleen schriftelijk per post doen). De enquête is uitgezet onder 1.193 panelleden waarvan 67% de enquête heeft ingevuld, waardoor het totaal aantal respondenten op 819 uitkomt.

Wij hebben voor dit onderzoek een nadere analyse gemaakt van de resultaten van de enquête. Het aantal respondenten dat de voor ons relevante vragen heeft ingevuld, ligt met 812 net iets lager dan het totale aantal respondenten. Dit komt doordat er in een aantal gevallen sprake is van ontbrekende waarden. De belangrijkste uitkomsten wat betreft bereik die naar voren komen uit de enquête zijn als volgt (zie ook Figuur 6):

- **71%** van de respondenten maakte in 2019 kosten vanwege ziekte of een (lichamelijke) beperking. Dat betekent dus dat **29%** van de respondenten *geen* zorgkosten had vanwege ziekte of een (lichamelijke) beperking.
- Van de groep respondenten met kosten kreeg **5%** alles vergoed en **95%** slechts deels of helemaal niet.
- Aan de groep respondenten die hun kosten (of een deel daarvan) niet vergoed kregen is gevraagd waarom dit het geval was, hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk. Ruim 80% moest een eigen risico betalen voor de zorgverzekering en bijna 8% een eigen bijdrage voor langdurige zorg of ondersteuning. Daarnaast had ruim **40%** van de respondenten nog niet-vergoede kosten die niet onder het eigen risico of eigen bijdrage vielen.
- Aan deze groep van circa 40% is vervolgens gevraagd of zij belastingaangifte hebben gedaan over 2019. Ruim **90%** van de respondenten antwoordde daar ja op, het

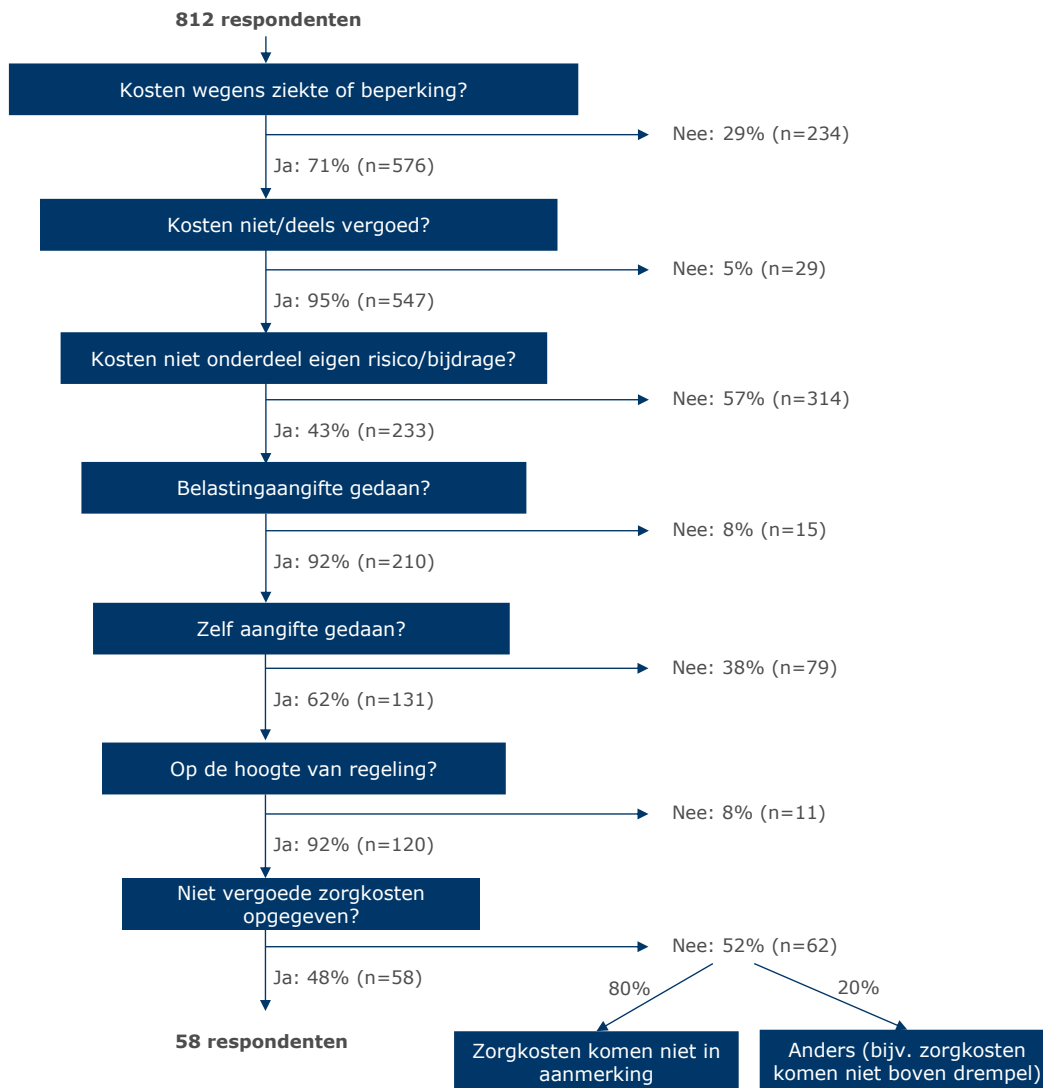
⁴⁶ Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3, p. 47.

⁴⁷ Zie: <https://www.nivel.nl/nl/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten/over-het-panel>

overige gedeelte deed geen aangifte of wist het niet. Onder de groep die ja heeft geantwoord vallen ook degene die de belastingaangifte door iemand anders hebben laten doen.

- Bij de groep die zelf aangifte heeft gedaan bleek dat 28% advies heeft ingewonnen over het doen van belastingaangifte. Bij dit advies is in ca. **90%** van de gevallen ingegaan op de optie om niet-vergoede zorgkosten op te geven. Van de groep die geen advies heeft ingewonnen of die wel advies heeft ingewonnen maar waarbij de specifieke zorgkosten-regeling niet ter sprake kwam weet **ca. 90%** dat niet-vergoede zorgkosten soms kunnen worden opgegeven in de belastingaangifte.
- Van de respondenten die zelf aangifte doen én kennis hebben van de optie om niet-vergoede zorgkosten op te geven (al dan niet na advies) geeft ca. **48%** aan dat ze gebruik maken van de mogelijkheid om niet-vergoede zorgkosten op te geven. Voor de mensen die niet zelf aangifte hebben gedaan is het percentage met **47%**⁴⁸ vrijwel vergelijkbaar.
- Aan de respondenten die zelf aangifte hebben gedaan en niet-gebruik maken van de regeling is ook gevraagd waarom dat het geval is. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk. **80%** van de respondenten geeft aan dat hun extra zorgkosten hiervoor niet in aanmerking komen. Slechts een paar respondenten vonden het ingewikkeld, of te veel gedoe of wisten niet zeker of de zorgkosten in aanmerking kwamen. Verder had nog bijna **20%** aangeven dat er een andere reden was om het niet op te geven. De belangrijkste reden voor deze groep was dat de zorgkosten niet boven de drempel uitkwamen.
- Van de groep die meerkosten heeft in de zorg (n = 547) maakt uiteindelijk slechts **16%** (n = 89) gebruik van de regeling.

⁴⁸ In deze berekening is de groep 'Weet niet' niet meegenomen.



Figuur 6 Uitkomsten bereik van de regeling bij respondenten

De Algemene Rekenkamer heeft ook nog een aantal specifieke uitsplitsingen gemaakt. Mensen met lage inkomens maakten gemiddeld ongeveer evenveel specifieke zorgkosten als mensen met een hoog inkomen. De regeling wordt relatief veel gebruikt door respondenten met een inkomen onder modaal en minimaal €500 aan specifieke zorgkosten. Respondenten met hoge specifieke zorgkosten in verhouding tot hun inkomen, maken relatief meer gebruik van de aftrekpost. Dit is ook een logisch gevolg van de vormgeving van de specifieke zorgkosten-regeling waarbij de meerkosten pas in aanmerking komen boven een bepaald drempelbedrag, dat weer afhankelijk is van de hoogte van het inkomen.

3.3.1 Niet-gebruik

Onderzoeksvragen

- In welke mate is onder de doelgroep zoals die voortvloeit uit de beantwoording van de onderzoeksvraag onder "doelstelling, vraag 2" sprake van niet-gebruik van de regelingen terwijl wel-gebruik tot een belastingteruggaaf of ontvangst van de tegemoetkoming zou leiden? Wat zijn de oorzaken daarvan? Spelen gedragsfactoren daarbij een rol? Zo ja, op welke manier? Met niet-gebruik wordt bedoeld dat in het geheel geen aangifte inkomstenbelasting wordt gedaan of wel aangifte

inkomstenbelasting wordt gedaan maar geen specifieke zorgkosten worden afgetrokken (waardoor ook de TSZ-regeling niet benut wordt).

- Op welke wijze spelen gedragsfactoren een rol bij niet-gebruik van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling? Zijn de regelingen wat dat betreft voldoende toegespitst op de doelgroep?

Om gebruik te kunnen maken van de aftrek specifieke zorgkosten en de TSZ moet een burger wel aangifte inkomstenbelasting indienen. De Belastingdienst geeft aan dat dit bij een aantal belastingplichtigen onvoldoende bekend is of dat zij onvoldoende doenvermogen hebben om aangifte te doen. Om deze groep zich bewust te maken van de mogelijkheden wordt ingezet op communicatie om burgers bewust te maken van de mogelijkheid en op het bieden van hulp bij aangifte. Desondanks is er sprake van niet-gebruik van de faciliteiten. Binnen de groep niet-gebruik is nog onderscheid te maken tussen verschillende groepen: (1) de mensen die wel belastingaangifte doen, die de specifieke zorgkosten-regeling wel kennen én wel zorgkosten, maar er toch geen gebruik van maken, (2) de mensen die wel belastingaangifte doen maar die de specifieke zorgkosten-regeling niet kennen en (3) de mensen die geen belastingaangifte doen.

Het doen van belastingaangifte en het kennen van de regeling

Voor het bepalen van deze groep biedt onze eigen enquête nog inzichten. Met de aanname dat de mensen die gebruik maken van de regeling ook daadwerkelijk relevante zorgkosten hadden, kunnen wij stellen dat er 1.271⁴⁹ respondenten waren met zorgkosten. Van deze groep maakt **68%** gebruik van de aftrek specifieke zorgkosten. Aan de niet-gebruikers⁵⁰ is ook nog gevraagd waarom dit het geval is (meerdere antwoorden mogelijk). De resultaten daarvan staan in Figuur 7.



Figuur 7 Redenen voor niet-gebruik aftrek specifieke zorgkosten (n = 388)

⁴⁹ Er zijn 861 respondenten die aangaven gebruik te maken van de aftrek specifieke zorgkosten en 410 respondenten die aangaven geen gebruik te maken van de aftrek specifieke zorgkosten maar wel zorgkosten hadden.

⁵⁰ Het gaat hier om de groep niet-gebruikers die wel zorgkosten heeft én een belastingaangifte heeft gedaan.

De belangrijkste reden om geen gebruik te maken van de aftrekpost is omdat men van tevoren weet dat ze niet boven het drempelbedrag uitkomen (**63%**). Verder blijkt dat ook nog bijna een kwart (**23%**) niet wist dat het mogelijk was om zorgkosten op te geven in de belastingaangifte. Voor een kleiner deel van de respondenten was de complexiteit van de regeling (zoals teveel gedoe om het bewijsmateriaal te verzamelen) reden om geen gebruik te maken van de aftrekpost.

Ten opzichte van de resultaten uit de enquête van de Algemene Rekenkamer valt op dat het percentage niet-gebruik als gevolg van de drempel in onze eigen enquête beduidend hoger is (63% versus 20%). Dit kan te maken hebben met de insteek van de enquête. Wij hebben een enquête uitgezet onder de gehele Nederlandse bevolking, terwijl de enquête van de Algemene Rekenkamer is uitgezet onder personen met een (medisch vastgestelde) chronische ziekte en/of lichamelijke beperking. Voor die eerste groep kan gelden dat zij relatief lage zorgkosten hebben ten opzichte van hun inkomen omdat zij geen chronische ziekte of beperking hebben.

Het wel doen van de belastingaangifte maar het niet kennen van de regeling

In de enquête van de Algemene Rekenkamer is gevraagd of mensen *weten* dat ze niet-vergoede zorgkosten in bepaalde gevallen mogen aangeven. Dit is gevraagd aan de mensen die zelf aangifte doen en niet-vergoede zorgkosten hebben en die geen advies hebben ingewonnen over het doen van een aangifte.⁵¹ Uit de resultaten blijkt dat **ca. 90%** van het bestaan van de regeling afweet. Dit percentage is vergelijkbaar met de resultaten uit onze eigen enquête. Van de 1.271⁵² respondenten met zorgkosten hebben er 90 aangegeven dat ze de zorgkosten niet hebben opgegeven omdat ze niet wisten dat het mogelijk was om de zorgkosten op te geven in de aangifte. Omgerekend betekent dat ca. **93%**⁵³ van de respondenten van het bestaan van de regeling weet.

Ook in de interviews is ingegaan op de bekendheid van de regeling. De organisaties die wij gesproken hebben informeren jaarlijks hun achterban over de aftrek specifieke zorgkosten-regeling, vooral omdat er steeds nieuwe mensen in de doelgroep bijkomen die voorheen niet of minder met structurele zorgkosten te maken hebben gehad. Deze organisaties hebben het gevoel dat de regeling buiten hun leden (die zij periodiek hierover informeren) minder goed bekend is. Over het algemeen bestaat het beeld dat de regeling onvoldoende bekend is bij de achterban en dat daar vanuit het Rijk (te) weinig aandacht aan wordt besteed. Bepaalde specifieke onderdelen van de regeling zijn helemaal niet goed bekend, zoals de vermenigvuldigingsfactoren en de TSZ-regeling. Veel mensen met lage inkomens weten niet dat ze voor de TSZ in aanmerking komen, die moeten daar apart op gewezen worden. Totaal onbekend bij de gesprekspartners was de mogelijkheid om in latere jaren eerder opgegeven zorgkosten te kunnen verzilveren.

Het is voor ons lastig om de beelden uit de interviews en de enquêtes met elkaar te rijmen. Een van de mogelijkheden is dat in de beide enquêtes toch een *bias* zit doordat alleen de personen worden bereikt die digitaal- en taalvaardig zijn en die ook meer kennis hebben van de belastingaangifte (en dus de specifieke zorgkosten-regeling kennen). Wij gaan er voor nu vanuit dat de regeling goed bekend *lijkt te zijn* bij de doelgroep.

⁵¹ Of die wel advies hebben ingewonnen over het doen van aangifte maar waarbij de specifieke zorgkosten-regeling niet ter sprake is gekomen. Dit betrof een zeer kleine groep.

⁵² Er zijn 861 respondenten die aangaven gebruik te maken van de aftrek specifieke zorgkosten en 410 respondenten die aangaven geen gebruik te maken van de aftrek specifieke zorgkosten maar wel zorgkosten hadden.

⁵³ $(1 - 90/1.271) \approx 93\%$

Het niet-doen van belastingaangifte

In onze eigen enquête hebben wij getracht te achterhalen hoe vaak er sprake is van het niet doen van belastingaangifte. Er kwam naar voren dat er 199 respondenten⁵⁴ waren die geen aangifte hebben gedaan over 2020 en 2021 en het ook niet van plan waren om het over 2021 te doen. Van deze groep gaf 11% aan dat zij zorgkosten hadden (n = 22). Aan deze groep is ook gevraagd waarom zij geen aangifte hebben gedaan. De antwoorden daarop waren wisselend, maar de antwoorden die het vaakst werden genoemd (meerdere antwoorden mogelijk) waren dat mensen het ingewikkeld vonden om belastingaangifte te doen (41%, n = 9) en dat mensen niet wisten dat ze mogelijk recht hadden op een belastingteruggave (36%, n = 8).

Vanwege de kleine aantallen is het wel lastig om hier duidelijke conclusies aan te verbinden. Bovendien bleek uit de antwoorden bij de optie *Anders, namelijk* dat een deel van de respondenten de vraag over het doen van belastingaangifte ook had geïnterpreteerd of ze zelf aangifte hadden gedaan. Zo gaven twee respondenten nog aan dat de belastingaangifte door iemand anders wordt gedaan.

3.3.2 Voorliggende voorzieningen per kostensoort

Relevante onderzoeksvragen

- Specificeer (zo mogelijk) welke tegemoetkoming in meerkosten het fiscale vangnet precies biedt:
 - De enige tegemoetkoming in meerkosten, omdat
Deze kosten niet worden gedekt door voorliggende voorzieningen
;
 - Deze kosten wel worden gedekt, maar men kiest voor fiscale aftrek.
 - Gedeelde tegemoetkoming in meerkosten, omdat deze kosten maar gedeeltelijk worden gedekt door de voorliggende voorzieningen.”

Een aspect dat sterk samenhangt met het gebruik door de doelgroep is de mate waarin de meerkosten die voor aftrek in aanmerking komen ook gedekt (kunnen) worden door voorliggende voorzieningen. Indien er (voldoende) voorliggende voorzieningen zijn dan zou de doelgroep beperkter gebruik hoeven te maken van de specifieke zorgkosten-regeling.

Uit onze inventarisatie komt naar voren dat het niet mogelijk is om (binnen dit onderzoek) een uniform overzicht van de voorliggende voorzieningen te maken. Dit komt met name doordat de invulling en beschikbaarheid van de voorliggende voorzieningen verschillen per gemeente. Hieronder gaan we hier nader op in en bespreken we de dekking door voorliggende voorzieningen in algemene zin. Het gaat daarbij om dekking door de aanvullende verzekering en dekking door de gemeentelijke regelingen.

Middels de aanvullende verzekering kunnen mensen zich vrijwillig verzekeren voor een aantal van de voor aftrek in aanmerking komende kostenposten. Hierbij geldt wel dat de exacte dekking verschilt per zorgverzekering én dat er kosten zijn verbonden aan de aanvullende

⁵⁴ Dit is 6% van de groep die wel aangifte heeft gedaan in de afgelopen twee jaar of die geen aangifte gaat doen over 2021. De groep die nog aangifte gaat doen is buiten beschouwing gelaten.

verzekering. Uit een korte inventarisatie⁵⁵ zien wij in ieder geval dat het mogelijk is voor de volgende kostenposten een aanvullende verzekering af te sluiten:

- Fysiotherapie;
- Tandartskosten;
- Alternatieve geneesmiddelen (waaronder homeopathische medicijnen);
- Reiskosten ziekenbezoek en verblijfkosten;
- Hoortoestellen
- Steunzolen;

Bij de aanvullende verzekering gelden vaak nog wel voorwaarden. Zo is het niet ongebruikelijk om een limiet te stellen aan het aantal behandelingen (bijvoorbeeld ten aanzien van fysiotherapie). Ook het bedrag dat wordt vergoed kent voorwaarden. Het gaat dan niet alleen om een maximaal totaalbedrag dat wordt vergoed (bijvoorbeeld maximaal € 500 per jaar voor alternatieve zorg) maar ook dat niet altijd alle kosten van een behandeling worden vergoed (bijvoorbeeld 75% vergoeding voor een behandeling). Een voorbeeld is de tandartsverzekering van CZ⁵⁶ waarbij de eenvoudige verzekering € 450 per jaar vergoed met daarbij 100% voor controles en 75% voor andere tand- en mondzorg.

Middels de aanvullende verzekering kan dus een deel van de aftrekbare kostensoorten worden verzekerd. Tegelijkertijd zijn hier wel extra kosten aan verbonden en gelden er ook nog voorwaarden aan de tegemoetkoming. De kans is groot dat daardoor niet alle zorgkosten worden vergoed maar slechts een deel. Hoe groot dat deel is, is lastig te zeggen. Bovendien mogen zorgverzekeraars voor de aanvullende zorgverzekering een toelatingsbeleid voeren. Zij mogen daardoor beslissen om iemand die veel zorg nodig heeft uit de aanvullende verzekering niet toe te laten.⁵⁷ Uit onderzoek⁵⁸ van de Consumentenbond blijkt dat dit beperkt voorkomt. Het ging in 2022 om negen aanvullende verzekeringen en twintig tandartsverzekeringen. Overigens is op voorhand bekend of verzekeraars een toelatingsbeleid hanteren of niet.

Naast de aanvullende verzekeringen zijn er ook nog gemeentelijke regelingen die een tegemoetkoming bieden, in paragraaf 2.3 hebben we hier al een aantal voorbeelden van gegeven. In 2021 is uitgebreid onderzoek⁵⁹ gedaan naar gemeentelijke regelingen rond financieel maatwerk voor zorgkosten, daar kwam men tot de volgende regelingen:

1. Collectieve zorgverzekering;
2. Individuele bijzondere bijstand;
3. Individuele financiële tegemoetkoming;
4. Verlaging eigen Wmo-bijdrage;

⁵⁵ Zie: (1) <https://www.vgz.nl/zorgverzekering/aanvullende-zorgverzekering/aanvullend-best>, (2) <https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/aanvullende-verzekering/av-optimaal>, (3) <https://zorgverzekeringskaart.nl/zilverenkruis/aanvullend-tand-4-sterren>, (4) <https://www.cz.nl/zorgverzekering/tandartsverzekering>, (5) <https://www.cz.nl/zorgverzekering/aanvullende-verzekering/top>

⁵⁶ Zie: <https://www.cz.nl/zorgverzekering/tandartsverzekering>

⁵⁷ Gebaseerd op: <https://www.patientenfederatie.nl/extra/zorgverzekering/chronisch-ziek-zijn-en-verzekeren>

⁵⁸ Sandra Mul (2021) *Medische acceptatie bij aanvullende verzekeringen*. <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/medische-acceptatie-bij-aanvullende-verzekeringen>, geraadpleegd op 5 juli 2022.

⁵⁹ Badou, M., Kwakernaak, M., Leegater, M., Jansen Lorkeers, L., Mesic, A., Telder, K., Vos, W. & Wits, E. (2021) *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten*.

5. Andere collectieve financiële tegemoetkomingen;
6. Speciaal gemeentelijke fonds;

Voorgaande regelingen zeggen nog niet direct iets over de kostensoorten waarvoor een tegemoetkoming wordt geboden. Dit komt onder meer omdat per gemeente verschilt welke kosten worden gedekt. In eerder onderzoek⁶⁰ kwamen de volgende kostenposten naar voren waarvoor een vergoeding kan worden verkregen:

- Vervoerskosten (bijvoorbeeld een regiotaxi of openbaarvervoer)
- Extra energiekosten;
- Medicatie;
- Woningaanpassingen;
- Slijtage van kleding;
- Persoonlijke verzorging;
- Huishoudelijke hulp;
- Hulpmiddelen;
- Dieetkosten;
- Alarmering.

Ook is er een samenhang met de aanvullende verzekering. Middels de collectieve zorgverzekering (ook wel Gemeentepolis genoemd) is het in bepaalde gemeenten namelijk mogelijk om ook een aanvullende verzekering af te sluiten.

Op basis van het voorgaande wordt duidelijk dat via gemeentelijke regelingen voor veel van de kosten die als aftrekpost kunnen worden opgevoerd ook een tegemoetkoming kan worden gerealiseerd. Er moeten hierbij wel een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo verschilt het sterk per gemeente waarvoor een vergoeding kan worden verkregen én hoe hoog de vergoeding is die wordt toegekend. Voor inwoners van de gemeente Utrecht met een beperking of chronische ziekte is het bijvoorbeeld mogelijk om een jaarlijkse tegemoetkoming van €200 te krijgen voor zorgkosten,⁶¹ terwijl er in de gemeente Amsterdam een specifieke regeling tegemoetkoming meerkosten is waarbij inwoners €91,25 per maand kunnen krijgen (zie Box 1).

Box 4 Extra geld als u chronisch ziek of gehandicapt bent in de gemeente Amsterdam

De gemeente Amsterdam heeft voor haar inwoners de regeling tegemoetkoming meerkosten (Rtm).⁶² Middels deze regeling krijgen chronisch zieken of gehandicapten extra geld. De maximale vergoeding is €91,25 per maand. Afhankelijk van de ziekte krijgt een persoon:

1. €13,- per maand voor extra kledingslijtage omdat uw kleding sneller slijt door uw prothese of door uw rolstoel.
2. €10,- per maand voor extra bewassing omdat u vaker uw kleren of beddengoed moet wassen dan een gezond persoon.
3. €20,- per maand voor extra energiekosten omdat u meer gas en stroom gebruikt dan een gezond persoon.
4. €15,- per maand voor maaltijden omdat u niet in staat bent om zelf een warme maaltijd te koken.

⁶⁰ Badou, M., Kwakernaak, M., Leegater, M., Jansen Lorkeers, L., Mesic, A., Telder, K., Vos, W. & Wits, E. (2021) *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten.*

⁶¹ Gebaseerd op <https://pki.utrecht.nl/Loket/product/bfddb3eb62fc34a4dda66ee3b44293d1>

⁶² Gebaseerd op <https://www.amsterdam.nl/werk-inkomen/hulp-bij-laag-inkomen/regelingen-alfabet/extra-geld-chronisch-ziek-gehandicapt/>

Mensen die voor een van deze vier in aanmerking komen krijgen ook nog:

- Basiscompensatie € 25,- per maand
- Compensatie verplicht eigen risico zorgverzekering € 8,25 per maand (als u 18 jaar of ouder bent)

Met het aanvraagformulier kunnen inwoners ook een vergoeding voor dieetkosten aanvragen. De dieetkosten worden niet vergoed vanuit de Rtm maar vanuit de bijzondere bijstand.

Voor de Rtm geldt wel een aantal voorwaarden. Zo moet er sprake zijn van een chronisch ziekte of een handicap en moet er sprake zijn van een laag inkomen (afhankelijk van de huishoudenssamenstelling tussen de €19.765 en €27.087⁶³) en weinig vermogen. Verder moet er worden meegewerkt met een bezoek aan het medisch spreekuur van de GGD.

Een tweede kanttekening zijn de eisen die worden gesteld aan de gemeentelijke regelingen. Bij het grootste gedeelte van de gemeentes wordt er een maximumnorm gesteld aan het inkomen van de aanvragers (c.q. inwoners). Verder kan ook de voorwaarde gelden dat er sprake is van een chronische ziekte of beperking of een maximum eigen vermogen.⁶⁴ Deze regelingen lijken dus alleen bereikbaar te zijn voor mensen met een laag inkomen.

Vanuit het perspectief van de gemeentelijke regelingen kunnen wij stellen dat er voor de lage inkomens voorzieningen kunnen zijn waarmee hun meerkosten voor de zorg worden gedekt. Uit de inventarisatie blijkt dat voor praktisch alle kostensoorten (in meer of mindere mate) voorzieningen zijn bij gemeenten. Echter, de aanwezigheid en vormgeving van dergelijke regelingen verschilt sterk per gemeente waardoor er geen uniform beeld geschetst kan worden. Wat daarbij meespeelt is dat de gemeentelijke regelingen vaak niet voor iedereen toegankelijk zijn doordat er sprake is van een inkomens- en vermogensnorm. Het kan daardoor zijn dat bepaalde groepen alsnog buiten de boot vallen.

In de gesprekken met de cliëntorganisaties is ook gevraagd naar de gemeentelijke voorzieningen met betrekking tot zorgkosten. Het grootste probleem dat telkens in gesprekken met cliëntorganisaties naar voren komt is dat de basisvoorzieningen sterk verschillen tussen de gemeenten. Maar ook dat binnen een gemeente er van het ene op het andere jaar verschillende keuzes gemaakt kunnen worden. Daarnaast ervaren mensen de gemeentelijke regelingen als complex en moet men aan specifieke voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen. Ook sluiten de voorzieningen van de gemeenten geregeld niet goed (genoeg) aan bij de behoeften van de chronische zieken en beperkten. Van gemeentelijke zorgpolis (minimapolis) wordt gezegd dat deze ook voor mensen die er qua inkomen voor in aanmerking kunnen komen toch geen goede oplossing is, omdat ze (al dan niet bang zijn om te) moeten overstappen en hun reeds (goed) ingeregelde zorg kan veranderen.

Verder geven verschillende organisaties aan dat hun achterban ervaart een lang proces te moeten doorlopen voordat ze daadwerkelijk gebruik kunnen maken van een voorziening en dat de voorzieningen die ze kunnen gebruiken niet altijd goed aansluit bij hun specifieke situatie. Een voorbeeld dat werd gegeven is dat mensen in aanmerking kunnen komen voor vervoer vanuit de Wmo (zoals naar het ziekenhuis), maar dat daar dusdanige haken en ogen aan zitten zoals beperkingen met betrekking tot de tijden om te kunnen reizen, de omrijd

⁶³ Gebaseerd op <https://www.amsterdam.nl/werk-inkomen/hulp-bij-laag-inkomen/wat-is-een-laag-inkomen-en-weinig/>

⁶⁴ Voor een uitgebreider overzicht zie pagina 16 en 17 van dit onderzoek: Badou, M., Kwakernaak, M., Leegater, M., Jansen Lorkeers, L., Mesic, A., Telder, K., Vos, W. & Wits, E. (2021) *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten*.

kilometers/tijd of het aantal kilometers die beschikbaar zijn, waardoor ze het uiteindelijk zelf gaan regelen en betalen.

3.3.3 Afhankelijkheid van adviseurs en tussenpersonen

- In welke mate is de doelgroep voor een goede toepassing van de regelingen afhankelijk van adviseurs of tussenpersonen? Welke invloed heeft dit op het bereiken van de doelstelling van de regelingen?

Een laatste onderdeel van het gebruik door de doelgroep gaat over de mate waarin zij afhankelijk zijn van (belasting)adviseurs of tussenpersonen voor een goede toepassing van de regeling.

Uit de enquête van de Algemene Rekenkamer blijkt dat onder de bevroegde chronisch zieken en gehandicapten (met niet-vergoede zorgkosten) die belastingaangifte hebben gedaan bijna twee derde dit zelf deed. De overige respondenten lieten de belastingaangifte doen door iemand anders, vaak een belastingadviseur (ruim 75% van de gevallen).⁶⁵ Bij de groep die belastingaangifte door een ander heeft laten doen is bij 47%⁶⁶ niet-vergoede zorgkosten opgevoerd. Het percentage van 47% is vergelijkbaar met de mensen die zelf aangifte hebben gedaan, van die groep heeft 48% niet-vergoede zorgkosten opgevoerd. Het feit dat de percentages vergelijkbaar zijn betekent niet dat adviseurs of tussenpersonen niet nodig zijn voor een goede (of zelfs vakere) toepassing van de regeling. Het is namelijk niet goed vast te stellen of bij beide groepen gebruikers de regeling ook goed is toegepast.

In de enquête van de Algemene Rekenkamer is ook gevraagd of degene die zelf aangifte hebben gedaan nog advies hebben ingewonnen. Ruim een kwart van de respondenten heeft advies ingewonnen. Dit was voornamelijk bij het eigen netwerk en de belastingadviseurs. In dit advies is bij 89% ingegaan op de optie om niet-vergoede zorgkosten op te geven in de belastingaangifte. Dit betekent overigens niet dat 89% vervolgens gebruik maakt van de regeling; in ca. 40% van de adviezen is namelijk aangegeven dat de respondent er geen gebruik van kon maken.

Voor zowel de groep die de belastingaangifte door iemand anders heeft laten doen als de groep die advies heeft gevraagd is niet duidelijk of die ondersteuning heeft geleid tot een *goede* toepassing van de specifieke zorgkosten-regeling. Uit een onderzoek⁶⁷ van de Belastingdienst blijkt dat er naar schatting bij 28% van de aangiften van de gebruikers van de aftrekpost (in de belastingaangifte) sprake is van een correctiepotentieel⁶⁸. De regeling wordt dus niet altijd goed toegepast, maar het is onduidelijk waardoor dat komt en of het betrekken van (belasting)adviseurs en tussenpersonen zou leiden tot een lager correctiepotentieel.

Vanuit de gesprekken met de cliëntenorganisaties hoorden we verschillende keren dat zelfs belastingadviseurs niet weten welke kosten precies afgetrokken mogen worden. Ook maatschappelijk werkers die patiënten ondersteunen vragen vaak om hulp bij de belangenorganisaties. Dit lijkt te impliceren dat zelfs (belasting)adviseurs en tussenpersonen de regeling als complex ervaren.

⁶⁵ ARK (2022). Nota van Bevindingen Fiscale regeling uitgaven specifieke zorgkosten.

⁶⁶ Bij de berekening van dit percentage is de groep die niet weet of er aftrekbare zorgkosten zijn opgevoerd buiten beschouwing gelaten.

⁶⁷ Belastingdienst (2021). Oorzaakanalyse Nalevingstekort Specifieke Zorgkosten.

⁶⁸ Hiermee wordt bedoeld op foutief ingevulde aangiften waar een correctie kan plaatsvinden.

3.4 Ervaringen van de gebruikers

- Worden er door de doelgroep barrières ervaren bij het gebruik van de regelingen?
- Is het voor de doelgroep helder of, en zo ja, welke tegemoetkomingen er voor zorgkosten zijn, wanneer zij bij voorliggende voorzieningen terecht kan en wanneer bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?

Als laatste gaan we in dit hoofdstuk op de ervaringen van de gebruikers van de regeling. Als startpunt hiervoor dienen de resultaten van de enquête Algemene Rekenkamer waarbij aan gebruikers is gevraagd hoe zij de regeling ervaren. Er is daarbij onderscheid gemaakt naar een aantal elementen zoals complexiteit, tijdsbesteding en duidelijkheid. In Figuur 8 zijn daarvan de resultaten te zien.



Figuur 8 Ervaringen met de regeling op basis van de enquête van de Algemene Rekenkamer (n = 57)

Uit de enquête komt naar voren dat respondenten de regeling over het algemeen goed begrijpen, maar wel dat hij veel tijd kost. Het is voor de respondenten ook wel redelijk duidelijk welke kosten mogen worden opgegeven. Wat hierbij mee kan spelen is dat deze vragen zijn voorgelegd aan de respondenten die daadwerkelijk gebruik maken van de regeling. De groep die geen gebruik maakt van de regeling is deze vragen niet voorgelegd. Aan die groep is wel gevraagd waarom ze er geen gebruik van maken (zie eerder in deze paragraaf). Slechts een klein deel van de respondenten (meerdere antwoorden mogelijk) maakt geen gebruik van de regeling omdat zij het te ingewikkeld vinden (3%) of te veel gedoe om bewijsmateriaal te verzamelen (5%) of omdat zij niet weten of de zorgkosten in aanmerking komen (5%).

In onze eigen enquête hebben we ook gevraagd hoe de regeling wordt ervaren door de gebruikers. We hebben daarbij dezelfde vraagstelling voorgelegd als in de enquête van de Algemene Rekenkamer. De resultaten zijn grotendeels vergelijkbaar, zie daarvoor ook Figuur

9. De respondenten in onze enquête vonden de regeling (iets) minder makkelijk te begrijpen dan de respondenten uit het panel van de Algemene Rekenkamer. Echter, onze respondenten vonden minder vaak dat de regeling veel tijd in beslag nam. Bij de duidelijkheid over de kosten die mochten worden opgegeven was het beeld op hoofdlijnen hetzelfde.



Figuur 9 Ervaringen met de regeling op basis van de eigen enquête (n = 861)

Een mogelijke verklaring voor de verschillen bij de eerste twee punten kan zijn dat het panel van de Algemene Rekenkamer bestond uit mensen met een chronische ziekte of beperking en dat die regeling goed kennen omdat ze er ieder jaar gebruik van maken. Onze enquête was gericht op alle gebruikers van de regeling, los van of hun kosten voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking (zie ook paragraaf 6.4). Die mensen maken mogelijk incidenteel gebruik van de regeling, waardoor de regeling voor hen lastiger te begrijpen is dan voor de mensen met een chronische ziekte of beperking die er (waarschijnlijk) ieder jaar gebruik van maken. Het verschil bij de tijdsbesteding kan komen doordat de mensen uit het panel van de Algemene Rekenkamer *vaker* kosten maken omdat zij te maken hebben met een chronische ziekte of beperking. Het kan dan meer tijd kosten om het bij te houden dan wanneer je er mogelijk incidenteel van gebruik maakt.

Het opvallende bij voorgaande analyse is dat uit een onderzoek⁶⁹ van de Belastingdienst blijkt dat er naar schatting bij 28% van de aangiften van de gebruikers van de aftrekpost (in de belastingaangifte) sprake is van een correctiepotentieel⁷⁰. Het gaat daarbij om een correctiebaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). In paragraaf 6.3.2 gaan we er dieper op in, maar het is wel opvallend dat veel gebruikers het een makkelijke en relatief duidelijke regeling vinden en dat er toch een hoog correctiepotentieel is. De schatting van de Belastingdienst is daarbij gebaseerd op een willekeurige

⁶⁹ Belastingdienst (2021). Oorzaakanalyse Nalevingstekort Specifieke Zorgkosten.

⁷⁰ Hiermee wordt bedoeld op foutief ingevulde aangiften waar een correctie kan plaatsvinden.

steekproef en betekent dat er bij ca. 215.000 personen⁷¹ sprake is van fouten. Een verklaring van het hoge correctiepotentieel kan zijn dat gebruikers denken dat zij de regeling begrijpen terwijl dat in werkelijkheid niet het geval is. Wat daarbij meespeelt is dat jaarlijks slechts 3% à 4% van de aangiften met opgegeven zorgkosten worden behandeld. De kans dat gebruikers gecorrigeerd worden is dus beperkt, ook als zij zich niet bewust zijn van verkeerd gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling.

Ook in de interviews is er ingegaan op de ervaringen van de gebruikers. Daaruit kwam naar voren dat er onduidelijkheid is over welke kosten precies aftrekbaar zijn. Denk aan medicijnen die niet meer vergoed worden door de zorgverzekeraar of waar de patiënt geen indicatie meer voor heeft. Elk type zorgkosten dat binnen de regeling valt, heeft eigen rekenregels, wat de regeling complex maakt voor gebruikers. Ook verwarrend zijn het feit dat je door de vermenigvuldigingsfactor andere bedragen te zien krijgt dan wat je hebt ingevuld en dat je niet ziet welk bedrag je ontvangt als compensatie vanuit de TSZ regeling. Men ervaart ook dat de taal waarin de regeling wordt uitgelegd complex is. Vooral de dieettabel is berucht met woorden als "metabole ziekte", "insulineresistentie" en "sterk koolhydraatbeperkt". Verder blijkt uit ook dat gemeentelijke regelingen niet altijd goed bekend zijn. Dit komt mede doordat iedere gemeente andere voorzieningen levert en verschillende criteria toepast voor toegang tot die voorzieningen.

De online aangifte als systeem werkt relatief goed, vooral doordat alles automatisch doorrekent. Het zijn vooral de regels die gaan over het goed toepassen die het ingewikkeld maken. Het is in de praktijk soms moeilijk om de grens te bepalen tussen wat 'reguliere' zorgkosten zijn en wat 'meerkosten' zijn. Daarvoor moet je de situatie van de chronisch zieke vergelijken met een niet-chronisch zieke die (verder) in een vergelijkbare situatie verkeert. Dat is soms erg ingewikkeld zo kwam uit de gesprekken naar voren. Mensen met chronische dieetkosten zijn daarnaast soms afhankelijk van de (interpretatie) van diëtisten en kunnen soms wel, soms geen dieetkosten (meer) opgeven. Er bestaat bij de cliëntorganisaties ook het beeld dat de inschatting van de hoogte van de dieetkosten niet op een correcte manier gebeurt en dat de forfaits niet altijd goed aansluiten bij de daadwerkelijke dieetkosten. Zij vragen de overheid om betrokkenheid bij het bepalen/inschatten van deze bedragen.

In de eerdere evaluatie⁷² van het ministerie van Financiën wordt ook inzicht geboden in de ervaringen met de regeling door de doelgroep. Voor die evaluatie is specifiek gekeken naar het aantal vragen dat wordt gesteld aan de Belastingdienst over deze regeling. Over de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is er 30.000 keer gebeld in 2015 met de Belastingtelefoon, een aanzienlijk gedeelte van de in totaal 75.000 oproepen over de persoonsgebonden aftrekposten. Vragen die werden gesteld betroffen de inhoud van de regeling en welke kosten aftrekbaar zijn. Uit aanvullende informatie die voor dit onderzoek is opgevraagd bij de Belastingdienst bleek dat er in 2020 fors minder oproepen (17.349) waren met betrekking tot de aftrek specifieke zorgkosten dan in 2015, in 2021 lag het aantal dan weer hoger (36.769). Het is onduidelijk waarom het aantal oproepen in 2020 zoveel lager lag.

Een meer praktische ervaring met de regeling is het beslis- en uitbetaalmoment. De systematiek leidt er eveneens toe dat de faciliteit pas wordt verleend nadat een aanslag is vastgesteld (dit is doorgaans ruim een jaar nadat de kosten zijn gemaakt, maar kan ook langer zijn). Voor de aftrek zorgkosten kan de burger een voorlopige teruggaaf aanvragen zodat de faciliteit al eerder in het belastingjaar zelf voorlopig wordt verleend. Als de

⁷¹ Binnen de steekproef zijn ondernemers niet meegenomen. Het aantal foutief ingevulde aangiften ligt waarschijnlijk hoger.

⁷² Ministerie van Financiën (2016). Onderzoek naar gebruik aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten.

aangiftebehandeling vertraging oplevert (bijvoorbeeld door toezicht) wordt een voorlopige aanslag naar aanleiding van de aangifte verleend. De TSZ wordt echter pas verleend nadat de aanslag definitief is vastgesteld. De Belastingtelefoon meldt dat hierover klantsignalen komen van schrijnende situaties waarbij mensen de teruggaaf (TSZ) eerder nodig hebben om zorgkosten te kunnen betalen. Er is hierbij niet aangegeven om hoeveel gevallen dit gaat.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld:

Bereik van de regeling

- Hoeveel personen maken gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?
- Hoeveel belastingplichtigen komen in aanmerking voor de TSZ en in welke mate worden zij gecompenseerd voor het niet kunnen verzilveren van de fiscale aftrek? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Hoeveel belastingplichtigen hebben, na toepassing van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling, een negatief box 1 inkomen, waardoor zij hun fiscale aftrek niet kunnen verzilveren en niet of slechts deels gebruik kunnen maken van de TSZ-regeling? Om welk bedrag gaat het? En in hoeverre kunnen deze belastingplichtigen in latere jaren alsnog de aftrek verzilveren na het doorschuiven van de aftrek naar het volgende jaar?

Gebruik van de regeling

- In welke mate maken mensen met een chronische ziekte of beperking met meerkosten in de zorg gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?
- In welke mate is onder de doelgroep zoals die voortvloeit uit de beantwoording van de onderzoeksvraag onder "doelstelling, vraag 2" sprake van niet-gebruik van de regelingen terwijl wel-gebruik tot een belastingteruggaaf of ontvangst van de tegemoetkoming zou leiden? Wat zijn de oorzaken daarvan? Spelen gedragsfactoren daarbij een rol? Zo ja, op welke manier? Met niet-gebruik wordt bedoeld dat in het geheel geen aangifte inkomstenbelasting wordt gedaan of wel aangifte inkomstenbelasting wordt gedaan maar geen specifieke zorgkosten worden afgetrokken (waardoor ook de TSZ-regeling niet benut wordt).
- Op welke wijze spelen gedragsfactoren een rol bij niet-gebruik van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling? Zijn de regelingen wat dat betreft voldoende toegespitst op de doelgroep?

Voorliggende voorzieningen

- "Beantwoord de centrale onderzoeksvraag ook per kostensoort. Specificeer daarbij zo mogelijk welke tegemoetkoming in meerkosten het fiscale vangnet precies biedt:
 - De enige tegemoetkoming in meerkosten, omdat
Deze kosten niet worden gedekt door voorliggende voorzieningen
;
▪ Deze kosten wel worden gedekt, maar men kiest voor fiscale aftrek.
 - Gedeelde tegemoetkoming in meerkosten, omdat deze kosten maar gedeeltelijk worden gedekt door de voorliggende voorzieningen."

Afhankelijkheid van adviseurs of tussenpersonen

- In welke mate is de doelgroep voor een goede toepassing van de regelingen afhankelijk van adviseurs of tussenpersonen? Welke invloed heeft dit op het bereiken van de doelstelling van de regelingen?

Ervaringen van de gebruikers

- Worden er door de doelgroep barrières ervaren bij het gebruik van de regelingen?
- Is het voor de doelgroep helder of, en zo ja, welke tegemoetkomingen er voor zorgkosten zijn, wanneer zij bij voorliggende voorzieningen terecht kan en wanneer bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?

Gebruik van de regeling

Er waren in 2019 858.000 huishoudens die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling, waarvan 229.000 belastingplichtigen ook gebruik maakten van de TSZ-regeling. De gemiddelde compensatie van de gebruikers van de specifieke zorgkosten-regeling bedroeg €311. Voor de TSZ-regeling ging het om een bedrag van €284.

Doorschuiven van de specifieke zorgkosten

In 2015 waren er ca. 11.400 belastingplichtigen met door te schuiven specifieke zorgkosten. Zij konden hun fiscale aftrek niet verzilveren en niet of slechts deels gebruik maken van de TSZ-regeling. Het gaat voor hen om een aftrekbaar bedrag van € 22 miljoen dat verrekenbaar is in latere jaren. Van dit bedrag lijkt € 8 miljoen (39% van zowel het bedrag als het aantal belastingplichtigen) in de aangifte 2016 niet in beeld te zijn en ook in latere jaren niet verrekend te worden. Na 1 jaar is € 6 miljoen geheel verrekend, na 2 jaar € 9 miljoen en na 3 jaar € 11 miljoen (48% van het bedrag en 58% van het aantal belastingplichtigen). In het geval van de resterende € 3 miljoen is het inkomen tot en met 2018 onvoldoende om alle persoonsgebonden aftrekposten uit 2015 en de jaren erna te verrekenen.

Gebruik door de doelgroep

De mate waarin mensen met een chronisch ziekte of beperking met meerkosten in de zorg gebruik maken van de regeling is beperkt (ca. 16%). Dat heeft er met name mee te maken dat de zorgkosten die zij maken niet altijd in aanmerking komen voor de specifieke zorgkosten-regeling of omdat zij niet boven het drempelbedrag uitkomen. De specifieke zorgkosten-regeling *lijkt* in ieder geval goed bekend te zijn bij de doelgroep. Volgens de uitkomsten van de enquêtes kent ruim 90% van de mensen de regeling. Echter, wij haalden hier in het onderzoek wel wisselende signalen over op.

Van de mensen uit onze enquête die geen aangifte hebben gedaan over 2020 en 2021 en het ook niet van plan waren om het over 2021 te doen (n = 199), bleek dat 11% (n = 22) te maken had met zorgkosten. Het ging hierbij om dusdanig kleine aantallen dat het niet goed mogelijk is om harde conclusies te trekken over het niet-doen van belastingaangifte door de doelgroep.

Voorliggende voorzieningen

Voor de mensen met een chronische ziekte of beperking die meerkosten in de zorg hebben zijn er op papier nog andere voorliggende voorzieningen beschikbaar. Het gaat dan om de aanvullende verzekering en gemeentelijke voorzieningen. Gezamenlijk *kunnen* zij een compensatie bieden voor een groot deel van de kostenposten. Er moet dan wel een aanvullende verzekering (kunnen) worden afgesloten (die ook geld kost) en de gemeente moet dan wel voorzieningen aanbieden. Uit het onderzoek komt naar voren dat niet alle gemeenten ook aanvullende voorzieningen aanbieden. Bovendien stellen gemeenten nog vaak aanvullende

eisen waardoor gemeentelijke voorzieningen vaak alleen bereikbaar zijn voor mensen met een laag inkomen. Een voorbeeld hiervan is de regeling tegemoetkoming meerkosten van de gemeente Amsterdam. Die regeling is alleen beschikbaar voor huishoudens met een inkomen van maximaal €19.765 tot €27.087 (het exacte bedrag is afhankelijk van de persoonlijke situatie). Daar komt dan ook nog bovenop dat de gemeentelijke voorzieningen ook niet altijd aansluiten op de behoeften van de mensen met een chronische ziekte of beperking. Een voorbeeld dat werd gegeven in de interviews is dat mensen in aanmerking kunnen komen voor vervoer vanuit de Wmo (zoals naar het ziekenhuis), maar dat daar dusdanige haken en ogen aan zitten zoals beperkingen met betrekking tot de tijden om te kunnen reizen, de omrijd kilometers/tijd of het aantal kilometers die beschikbaar zijn, waardoor ze het uiteindelijk zelf gaan regelen en betalen. Vervolgens worden deze kosten, waar mogelijk, via de specifieke zorgkosten-regeling in aftrek gebracht.

Afhankelijkheid van adviseurs en tussenpersonen

Er is geen duidelijk beeld naar voren gekomen over de rol van adviseurs en tussenpersonen bij het (goed) toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling. Een deel van de gebruikers maakt gebruik van een belastingadviseur, of voor het doen van aangifte of voor het verkrijgen van advies. Of dit leidt tot het vaker toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling of het beter toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling is niet bekend. In de gesprekken met de cliëntenorganisaties hoorden we wel verschillende keren dat zelfs belastingadviseurs niet weten welke kosten precies afgetrokken mogen worden. Ook maatschappelijk werkers die patiënten ondersteunen vragen vaak om hulp bij de belangenorganisaties.

Ervaringen van de doelgroep

Uit het onderzoek komt een gemengd beeld naar voren over de ervaringen van de gebruikers. In de enquêtes onder de gebruikers van de regeling komt een enigszins positief beeld naar voren. Respondenten begrijpen de specifieke zorgkosten-regeling over het algemeen goed maar hij kost wel veel tijd. Het is voor de respondenten uit de enquête redelijk duidelijk welke kosten mogen worden opgegeven. Tegelijkertijd blijkt dat er bij 28% van de belastingaangiften waarin zorgkosten worden opgegeven sprake is van een foutief ingevulde aangifte waar een correctie kan plaatsvinden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat gebruikers denken dat zij de regeling begrijpen terwijl dat in werkelijkheid niet het geval is. In de gesprekken met de cliëntorganisaties kwam ook een negatiever beeld naar voren. Zo gaven zij aan dat er veel onduidelijkheid is over welke kosten precies aftrekbaar zijn en wordt de taal waarin de regeling wordt uitgelegd als complex ervaren.

4 Doeltreffendheid

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de doeltreffendheid van de regelingen. De doeltreffendheid gaat over de mate waarin het beoogde doel (zie ook paragraaf 2.5) wordt bereikt dankzij de inzet van specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling. Binnen dit hoofdstuk wordt ook nog specifiek gekeken naar de doeltreffendheid van de vermenigvuldigingsfactor en drempel. Als input voor dit hoofdstuk dient de input die wij uit het vorige hoofdstuk hebben opgehaald, meer specifiek de beleidsdoelstellingen uit paragraaf 2.5 en informatie over het gebruik door de doelgroep uit paragraaf 3.3. Wij realiseren ons daarbij dat het beleid niet altijd even duidelijk is geformuleerd en zullen daar bij de betreffende onderdelen ook op terugkomen.

4.2 Specifieke zorgkosten-regeling

Relevante onderzoeksvragen

- In hoeverre zijn de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend?
- In hoeverre biedt de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling (in relatie tot de hoogte van het inkomen) al dan niet een vangnet voor niet via een andere weg (deels) gecompenseerde zorgkosten? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.

Aan de hand van de informatie uit paragraaf 3.3 kan ook inzicht geboden kunnen worden in de doeltreffendheid van de specifieke zorgkosten-regeling. Uit paragraaf 2.5 bleek dat het doel van de specifieke zorgkosten-regeling is om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in hun meerkosten, zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Daarbij bleek dat het doel niet is om deze mensen *volledig* te compenseren voor hun meerkosten. Tot slot is voor het doel van de regeling van belang dat er een causaal verband tussen de aandoening en de kosten moet zijn en dat de kosten niet door een voorliggende voorziening worden vergoed.

Voor het bepalen van de doeltreffendheid geldt dat het "beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren" niet duidelijk is geoperationaliseerd. Bovendien heeft de chronische ziekte of beperking van zichzelf ook al invloed op de maatschappelijke participatie. Zo blijkt dat de participatie van mensen met een lichamelijke beperking op alle gebieden lager is dan in de algemene bevolking, vooral als het aankomt op betaald werk.⁷³ Ook uit cijfers van het CBS blijkt dat mensen met een beperking minder vaak betaald werk hebben en ook minder uren per week werken.⁷⁴

Gegeven de complexiteit van de doelstelling en de beperkte operationalisering kijken wij voor de doeltreffendheid in eerste instantie naar de mate waarin er gebruik wordt gemaakt van de aftrekpost. Wij doen daarbij de aanname dat wanneer er sprake is van gebruik van de aftrekpost dat er ook sprake is van een tegemoetkoming.

⁷³ Nivel (2021) *Meedoen in de samenleving 2009-2019*. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004004.pdf>

⁷⁴ CBS (2022) *Voor al 45-plussers met chronische aandoening werken minder*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/09/vooral-45-plussers-met-chronische-aandoening-werken-minder>

Bij het bepalen van het gebruik is nog wel de vraag welke groep we daarbij als uitgangspunt moeten nemen. Er is daar een aantal mogelijkheden voor. In onderstaande overzicht zetten wij die mogelijkheden uiteen. Dit overzicht is gebaseerd op de uitkomsten van de enquête van de Algemene Rekenkamer (zie ook paragraaf 3.3, en meer specifiek Figuur 6).

- Van de respondenten die meerkosten in de zorg hadden én waarvan de kosten niet vielen onder het eigen risico of eigen bijdrage én die zelf aangifte doen én kennis hebben van de regeling maakte **48%** gebruik van de regeling. Echter, als er in meer detail gekeken wordt waarom er geen gebruik wordt gemaakt van de aftrekpost dan blijkt dat te zijn omdat de respondenten verwachten dat hun extra zorgkosten er niet voor in aanmerking komen of omdat ze verwachten niet boven de drempel uit te komen. In dat kader is het ook logisch dat zij geen gebruik maken van de aftrekpost. Indien wij bij deze laatste groep deze respondenten buiten beschouwing laten⁷⁵ dan maakt **87%**⁷⁶ van de geselecteerde respondenten gebruik van de regeling. Hiermee zou dus gesteld kunnen worden dat de regeling doeltreffend is.
- Een andere mogelijkheid is om te kijken welk deel van de respondenten met meerkosten in de zorg⁷⁷ gebruik maakt van de regeling. De regeling richt zich in brede zin namelijk op personen met meerkosten in de zorg. Uit de enquête van de Algemene Rekenkamer blijkt **16%** van de groep met niet-vergoede zorgkosten gebruik te maken van de regeling. Echter, deze niet-vergoede zorgkosten omvatten ook het eigen risico en de eigen bijdrage(n). Deze twee elementen zijn uitgezonderd van de specifieke zorgkosten-regeling. Indien deze twee elementen niet worden meegenomen dan maakt **38%** van de geselecteerde respondenten gebruik van de regeling. Het wel/niet meenemen van het eigen risico en de eigen bijdrage is wel een punt van discussie. Het is voorstelbaar dat personen met een chronische ziekte of beperking jaarlijks de kosten voor het eigen risico en/of eigen bijdrage maken. Voor deze groep kan er sprake zijn *meerkosten* ten opzichte van doorgaans gezonde personen (die niet jaarlijks het eigen risico en/of eigen bijdrage hoeven te betalen). Het is alleen lastig te zeggen in welke mate dit het geval is. Onze conclusie is ieder geval dat zelfs wanneer het eigen risico en eigen bijdrage niet worden meegenomen in de analyse, de regeling toch een stuk beperkter doeltreffend is.

Bij voorgaande analyse ging het over het *gebruik* van de regeling. In de enquête van de Algemene Rekenkamer is ook gevraagd of mensen *weten* dat ze niet-vergoede zorgkosten in bepaalde gevallen mogen opgeven. Dit is gevraagd aan de mensen die zelf aangifte doen en niet-vergoede zorgkosten hebben en die geen advies hebben ingewonnen over het doen van een aangifte.⁷⁸ Uit de resultaten blijkt dat **ca. 90%** van het bestaan van de regeling afweet. Dit zou eveneens een indicatie kunnen zijn van de doeltreffendheid van de regeling. De aanname daarbij is dat als mensen kennis hebben van (het bestaan van) de regeling ze er ook gebruik maken van indien ze er voor in aanmerking komen.

⁷⁵ De aanname hierbij is wel dat de respondenten de regeling ook goed kennen en zeker weten dat hun niet-vergoede zorgkosten niet in aanmerking komen en/of zeker weten dat zij niet boven het drempelbedrag uitkomen.

⁷⁶ Hiervoor gaan wij uit van 58 respondenten die 'Ja' hebben geantwoord en 9 respondenten die hebben aangegeven dat ze niet zeker weten of hun zorgkosten in aanmerking komen, die het ingewikkeld vonden om het op te geven, te veel gedoe om het bewijsmateriaal te verzamelen of die bang waren iets verkeerd in te vullen waardoor ze terug moesten betalen. Het kan een zijn dat het minder dan 9 respondenten zijn omdat meerdere antwoorden mogelijk waren.

⁷⁷ Het gaat dan om de groep die zorgkosten hebben gemaakt die niet volledig werden vergoed.

⁷⁸ Of die wel advies hebben ingewonnen over het doen van aangifte maar waarbij de specifieke zorgkosten-regeling niet ter sprake is gekomen. Dit betrof een zeer kleine groep.

Voorgaande analyse laat zien dat er meerdere manieren zijn om naar de doeltreffendheid te kijken en dat dit ook bepaald hoe doeltreffend de regeling is. Onze conclusie is dat als er sec naar de specifieke zorgkosten-regeling zelf wordt gekeken er sprake *lijkt* te zijn van een doeltreffend instrument. De doelgroep waarvoor de regeling bedoeld is maakt gebruik van de regeling en weet van het bestaan af. Echter, als er wordt gekeken naar het bredere doel van de regeling (het bieden van een compensatie voor meerkosten) dan is de regeling beperkt doeltreffend. Dit komt onder andere doordat bepaalde zorgkosten zijn uitgezonderd en er sprake is van een drempel. Hierdoor valt een deel van de doelgroep ook buiten de boot.

4.3 TSZ-regeling

Relevante onderzoeksvragen

- In hoeverre zijn de uitgaven voor de TSZ-regeling doeltreffend?
- In hoeverre biedt de uitgaven voor de TSZ-regeling (in relatie tot de hoogte van het inkomen) al dan niet een vangnet voor niet via een andere weg (deels) gecompenseerde zorgkosten? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Welke factoren in de inkomstenbelasting zijn van invloed op het recht op TSZ, bijvoorbeeld door verhoging heffingskorting meer TSZ? Wat is de rol van deze factoren op de doeltreffendheid?

Zoals aangegeven in paragraaf 2.5 is het doel van de TSZ om de mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten hun andere heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren. Dit wordt automatisch door de Belastingdienst berekend na het indienen van de belastingaangifte. Op het eerste gezicht lijkt dat te betekenen dat per definitie sprake is van volledige doeltreffendheid. Indien een belastingplichtige recht heeft op de TSZ dan wordt dat ook toegekend. Dit is echter niet het geval. Om gebruik te kunnen maken van de TSZ is namelijk vereist dat de persoon belastingaangifte doet. Juist de mensen in deze doelgroep doen dit echter niet altijd, omdat zij dusdanig weinig verdienen dat zij, na hun heffingskortingen en aftrek voor zorgkosten, toch geen inkomstenbelasting verschuldigd zijn.

In paragraaf 3.3 hebben we getracht inzicht te bieden in de omvang van deze groep. Hieruit kwam naar voren dat van de groep die geen aangifte doet (ca. 6%) ca. 11% wel zorgkosten had die opgegeven hadden mogen worden in de belastingaangifte. We kunnen aan de hand van die informatie alleen niet achterhalen of het dan ook gaat om de groep die voor de TSZ-regeling in aanmerking komt.

De Belastingdienst heeft de afgelopen jaren in ieder geval diverse communicatiemiddelen ingezet om belastingplichtigen te attenderen op de TSZ. Zo is in de Online Aangifte Voorziening (OLAV) 2021 een melding opgenomen over de TSZ. Iedereen met inkomen onder de €10.000 die geen zorgkosten heeft ingevuld, krijgt een pop-up tekst te zien met de strekking: *misschien had u wel zorgkosten. Vul die dan wel in, want u komt misschien in aanmerking voor TSZ.*

Box 5 Invloed factoren inkomstenbelasting op recht TSZ en invloed doeltreffendheid

Invloed factoren in de inkomstenbelasting

Er is nog gevraagd om te bepalen welke factoren binnen de inkomstenbelasting van invloed zijn op het recht op TSZ en wat de rol van deze factoren is op de doeltreffendheid. Als startpunt dient hiervoor de beschrijving van de TSZ-regeling in 2.2.2.

In die paragraaf werd het voorbeeld gegeven van mevrouw Leenders die €12.500 aan inkomsten heeft en €2.500 aan zorgkosten die ze mag aftrekken (na toepassing van de drempel en vermenigvuldigingsfactor). Zij heeft daarnaast recht op een heffingskorting van €2.770. Na aftrek van zorgkosten moest zij $19,45\% \times €10.000 = €1.945$ aan belasting betalen. Dit is lager dan de heffingskorting van €2.770. De belasting die al is ingehouden bij de uitbetaling van haar inkomen krijgt zij terug.

Als mevrouw Leenders geen uitgaven voor specifieke zorgkosten had gehad, zou het inkomen waarover zij belasting moet betalen geen € 10.000 zijn, maar € 12.500. Zij zou dan aan belasting $19,45\% \times € 12.500 = € 2.431$ moeten betalen. Hier gaat € 2.770 aan heffingskortingen van af. Ook nu is de korting meer dan mevrouw Leenders aan belasting moet betalen. Het bedrag aan heffingskortingen dat zij nu gebruikt, is € 2.431. Zij maakt dus meer gebruik van de heffingskortingen als geen rekening wordt gehouden met de aftrek van specifieke zorgkosten. Dit scheelt haar $€ 2.431 - € 1.945 = € 486$. De Belastingdienst betaalt dat verschil uit als tegemoetkoming in de specifieke zorgkosten.

Er zijn twee factoren binnen de inkomstenbelasting die van invloed zijn op het recht op TSZ. De eerste factor is de hoogte van de heffingskorting. Hoe hoger de heffingskorting, hoe eerder mensen er recht op hebben. In het voorbeeld hierboven is dat ook terug te zien. Stel dat de heffingskorting maar €1.500 zou bedragen. Het bedrag dat mevrouw Leenders aan belasting moet betalen (€1.945 na aftrek van de zorgkosten) is dan hoger dan de heffingskorting (€1.500). Zij hoeft door de aftrek van zorgkosten wel minder belasting te betalen (€445 [$€1.945 - €1.500$] versus €941 [$€2.431 - €1.500$]) dan eerst. Dit verschil is net als bij de TSZ €486 maar loopt nu via de aftrek specifieke zorgkosten.

De tweede factor is de hoogte van het belastingtarief. Hoe hoger het belastingtarief, hoe minder snel mensen er recht op hebben. Stel dat het belastingtarief 30% bedraagt in plaats van 19,45%. Mevrouw Leenders dient dan na aftrek van de zorgkosten €3.000 aan belasting te betalen (30% van €10.000), voor aftrek van de zorgkosten gaat het om €3.750 (30% van €12.500). In beide gevallen is het bedrag hoger dan de heffingskorting van €2.770. Het bedrag aan compensatie dat mevrouw Leenders in deze situatie ontvangt is €750.⁷⁹

Deze factoren lijken geen invloed te hebben op de doeltreffendheid. Zoals hierboven al is aangegeven wordt het recht op TSZ automatisch berekend door de Belastingdienst, mits personen belastingaangifte doen.

4.4 Vermenigvuldigingsfactoren

Relevante onderzoeksvragen

- Zijn de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend?

De doelen van de vermenigvuldigingsfactoren zijn niet altijd even duidelijk omschreven (zie ook paragraaf 2.5). Als uitgangspunt voor het bepalen van de effectiviteit van de vermenigvuldigingsfactor gaan we in eerste instantie uit van de volgende twee doelen:

1. Het meer waard laten worden van de zorgkosten voor de AOW'ers met een laag inkomen;
2. Het meer waard laten worden van de zorgkosten voor niet-AOW'ers met een laag inkomen.

⁷⁹ Zij moet voor aftrek van specifieke zorgkosten €950 (€3.750 betaling - €2.770 heffingskorting) aan belasting betalen. Na aftrek van specifieke zorgkosten is het nog maar €230 (€3.000 belasting - €2.770 heffingskorting)

Bij de doeltreffendheid is een aantal scenario's mogelijk. Voor beide groepen geven we eerst wat de consequenties zijn als er geen vermenigvuldigingsfactor is. We gaan hierbij uit van een inkomen van €35.000 en zorgkosten van €1.000. We maken daarbij onderscheid naar AOW'ers en niet-AOW'ers.

Tabel 8 Bepaling doeltreffendheid vermenigvuldigingsfactor op basis van uitgangspunten in 2021

AOW-leeftijd	Inkomen	Drempel	Zorgkosten	Aftrek	Belasting-tarief	Teruggave
Ja	€35.000	€577,5	€2.130 (incl. verhoging)	€1.553	19,2%	€298,18
Nee	€35.000	€577,5	€1.400 (incl. verhoging)	€823	37,1%	€305,33
Ja	€35.000	€577,5	€1.000 (excl. verhoging)	€422,50	19,2%	€81,12
Nee	€35.000	€577,5	€1.000 (excl. verhoging)	€422,50	37,1%	€156,75

Door rij 1 (AOW'ers met verhoging) te vergelijken met rij 3 (AOW'ers zonder verhoging) en rij 2 (niet-AOW'ers met verhoging) te vergelijken met rij 4 (niet-AOW'ers zonder verhoging) is te zien dat de verhoging ervoor zorgt dat de aftrek voor zowel AOW'ers als niet-AOW'ers meer waard wordt. In dat opzicht kan er gesteld worden dat de vermenigvuldigingsfactoren voor zowel de AOW'ers als niet-AOW'ers doeltreffend is.

Echter, in deze redenering wordt er wel van uitgegaan van dat het doel van de vermenigvuldigingsfactor is om de aftrek meer waard te laten worden. De vraag *waarom* die meer waard moet worden is ook relevant om mee te nemen. Bij de AOW'ers is de reden voor de vermenigvuldigingsfactor dat zij een lager marginaal belastingtarief hebben. In bovenstaande tabel is dat ook terug te zien in rij 3 en rij 4. Als er überhaupt geen vermenigvuldigingsfactor zou zijn, zou een AOW'er €75,63 (€156,75 - €81,12) minder terugkrijgen dan een niet-AOW'er met een vergelijkbaar inkomen en vergelijkbare zorgkosten. De huidige vermenigvuldigingsfactor van 113% voor AOW'ers zorgt er voor dat in de hierboven geschetste situatie AOW'ers €298,18 terugkrijgen (rij 1). Dit bedrag is substantieel hoger dan de eerder genoemde €156,75 die niet-AOW'ers terugkrijgen. De reden hiervoor is dat de niet-AOW'ers ook een vermenigvuldigingsfactor kennen (van 40%) waardoor hun aftrek ook meer waard wordt en zij €305,33 terugkrijgen (zie rij 2).

Zoals bleek uit paragraaf 2.5 is het echter onduidelijk wat het precieze doel is van de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers (buiten het meer waard laten worden van de aftrek en het voorkomen van een inkomenseffect indien de vermenigvuldigingsfactor afgeschaft zou worden). Het inkomenseffect wordt in ieder geval ook duidelijk uit de tabel. Als er geen vermenigvuldigingsfactor is voor niet-AOW'ers, dan scheelt dit €148,58 (€305,33 [rij 2] - €156,75 [rij 4]).

Er is bij niet-AOW'ers ook sprake van een inkomenseffect rond het drempelinkomen (€35.941 in 2021). In Tabel 9 vergelijken wij de situatie van een niet-AOW'er met een inkomen van €35.000 met die van een niet-AOW'er met €37.000 inkomen (en €1.000 aan zorgkosten).

Tabel 9 Bepaling inkomenseffect vermenigvuldigingsfactor niet-AOW'ers op basis van uitgangspunten in 2021

AOW-leeftijd	Inkomen	Drempel	Zorgkosten	Aftrek	Belasting-tarief	Teruggave
Nee	€35.000	€577,5	€1.400 (incl. verhoging)	€823	37,1%	€305
Nee	€37.000	€610,5	€1.000 (excl. verhoging)	€389,5	37,1%	€144,5

Doordat de niet-AOW'er met een inkomen van €37.000 net boven het drempelinkomen uitkomt, is er op haar of zijn zorgkosten geen vermenigvuldigingsfactor van toepassing. Deze persoon krijgt daardoor €160,50 minder (€305 -€144,50) terug dan de niet-AOW'er met een inkomen van €35.000. Dit verschil wordt voor slechts een klein deel (€33) verklaard door de hogere drempel die een persoon met een inkomen van €37.000 heeft.

Het blijft voor ons onduidelijk waarom er sprake is van een vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers. De aftrek wordt meer waard gemaakt, maar er lijkt naast het effect op het inkomen geen duidelijk doel te zijn. Het is daarbij ook niet duidelijk waarom er voor een drempelinkomen van €35.941 (in 2021) is gekozen. Bij de AOW'ers is het wel duidelijk waarom er sprake is van een vermenigvuldigingsfactor, zij hebben namelijk te maken met een lager marginaal belastingtarief. Indien besloten zou worden om de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers af te schaffen, dan kan dit ook invloed hebben op de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers. Die kennen nu een vermenigvuldigingsfactor van 113% waardoor zij vrijwel dezelfde teruggave krijgen met vergelijkbare niet-AOW'ers (die een vermenigvuldigingsfactor hebben van 40%). In Tabel 10 is terug te zien wat de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers zou moeten zijn indien die voor niet-AOW'ers wordt afgeschaft.

Tabel 10 Bepaling vermenigvuldigingsfactor AOW'ers op basis van uitgangspunten in 2021

AOW-leeftijd	Inkomen	Drempel	Zorgkosten	Aftrek	Belastingtarief	Teruggave
Ja	€35.000	€577,5	€1.394 (incl. verhoging)	€816,50	19,2%	€156,77
Ja	€35.000	€577,5	€1.000 (excl. verhoging)	€422,50	19,2%	€81,12
Nee	€35.000	€577,5	€1.000 (excl. verhoging)	€422,50	37,1% ⁸⁰	€156,75

Uit de tabel komt naar voren dat AOW'ers met een vermenigvuldigingsfactor van 39,4% dezelfde teruggave krijgen als vergelijkbare niet-AOW'ers (wanneer die geen vermenigvuldigingsfactor kennen). Ten opzichte van de huidige situatie betekent dit wel een terugval in inkomen van €148,58 (€305,33 - €156,75). Het punt is alleen dat wanneer de vermenigvuldigingsfactor 113% zou blijven, de AOW'ers €148,58 meer zouden terugkrijgen dan niet-AOW'ers met een vergelijkbaar inkomen en vergelijkbare zorgkosten.

4.5 Drempel

Relevante onderzoeksvragen

- Is de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend?

Bij het bepalen van de doeltreffendheid van de drempel is het probleem dat er geen formele rechtvaardiging is voor de drempel. Het is vanuit die hoedanigheid ook niet mogelijk om vast te stellen of de drempel doeltreffend is. Er kan tegelijkertijd ook gesteld worden dat

⁸⁰ Er is geen rekening gehouden met het effect op de hoogte van de algemene heffingskorting en de ouderenkorting.

aangezien de drempel is gehandhaafd, de oorspronkelijke argumentatie voor de drempel als uitgangspunt kan worden genomen.

*"Met hoofdstuk 6, afdeling 5 [de Buitengewone uitgavenregeling], wordt beoogd een fiscale tegemoetkoming te bieden aan belastingplichtigen van wie de draagkracht ernstig wordt aangetast door drukkende buitengewone uitgaven. [...] **De draagkracht van belastingplichtigen wordt geacht ernstig te zijn aangetast als de buitengewone uitgaven hoger zijn dan een inkomensafhankelijke drempel.**"⁸¹*

Oftewel, het doel van de drempel was om ervoor te zorgen dat de mensen die wel buitengewone kosten hadden, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming kregen. De drempel is hierbij de operationalisering van het criterium 'ernstige aantasting van de draagkracht'.

Bij het bepalen van de doeltreffendheid wil je weten of je iedereen van de doelgroep bereikt (worden er mensen buitengesloten die je eigenlijk wel had willen bereiken?) en of je niet mensen bereikt die niet tot de doelgroep behoren. In het geval van de drempel geldt dat dan dat degene wiens zorgkosten boven het drempelbedrag uitkomen ernstig zijn aangetast in hun draagkracht en daaronder niet. Echter, het is de vraag of dit geheel gerechtvaardigd is. De hoogte van de drempel is namelijk afhankelijk van het inkomen en het is de vraag of het inkomen iets zegt over de draagkracht van een persoon. Neem bijvoorbeeld belastingplichtige A en belastingplichtige B die allebei een drempelinkomen van €25.000 per jaar hebben. Voor hen geldt allebei een drempel van €412,50. Ze hebben beiden €1.000 aan zorgkosten die in aanmerking komen voor aftrek. Echter, er zijn diverse omstandigheden die bepalen of zij beiden ernstig worden aangetast in hun draagkracht.

- Overige zorgkosten: van beide personen weten wij niet of zij nog kosten hebben voor een eigen risico (maximaal €385 per jaar) en eigen bijdrage (€228 abonnementstarief per jaar). Beide kostenposten komen niet in aanmerking voor aftrek. Daarnaast geldt het ook nog dat de één additionele niet-vergoede zorgkosten kan hebben (die niet in aanmerking komen voor aftrek) terwijl de ander die niet hoeft te hebben.
- Persoonlijke situatie: de huishoudenssamenstelling bepaalt ook hoeveel geld iemand nodig heeft en wanneer er dus sprake is van een ernstige aantasting van de draagkracht. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek⁸² van het Sociaal Cultureel Planbureau naar de armoedegrens. Uit dit onderzoek blijkt dat een alleenstaande zonder kinderen minimaal €1.039 - €1.135 per maand (netto) nodig heeft. Een alleenstaande met drie kinderen heeft met €1.797 - €1.964 per maand (netto) fors meer nodig.

Om een goed beeld te vormen van de doeltreffendheid van de drempel zou er daarom per individu een analyse gemaakt moet worden waarbij het totale pakket aan niet-vergoede zorgkosten en de huishoudenssamenstelling in ogenschouw worden genomen. Binnen de scope van dit onderzoek is dat niet goed mogelijk.

Wij hebben nog gekeken of wij de enquête van de Algemene Rekenkamer en onze eigen enquête kunnen gebruiken om de doeltreffendheid van de drempel te bepalen maar dat is niet goed mogelijk. Wij weten dat een deel van de niet-gebruikers van de specifieke

⁸¹ Kamerstukken II, 1998/99, 26 727, nr. 3, p. 255.

⁸² Goderis, B., Van Hulst, B. & Hoff, S. (2019) *Waar ligt de armoedegrens?* <https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2019/waar-ligt-de-armoedegrens/>

zorgkosten-regeling er geen gebruik van maakt omdat ze niet boven de drempel uitkomen. In de enquête van de Algemene Rekenkamer ging het om maximaal 20% van de personen met zorgkosten die niet gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling en bij onze eigen enquête ging het zelfs om 63% van de personen met zorgkosten die niet gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling. Echter, wij weten niet of het hierbij ging om personen die ernstig waren aangetast of hun in draagkracht of juist niet. Wij weten daarbij ook niet of de personen die wel compensatie hebben gekregen (waarvan de zorgkosten boven de drempel uitkwamen) wel ernstig waren aangetast in hun draagkracht.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld:

- In welke mate zijn de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling doeltreffend?
- In hoeverre biedt de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling respectievelijk de TSZ-regeling (in relatie tot de hoogte van het inkomen) al dan niet een vangnet voor niet via een andere weg (deels) gecompenseerde zorgkosten? Ook specifiek ten aanzien van de mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Welke factoren in de inkomstenbelasting zijn van invloed op het recht op TSZ, bijvoorbeeld door verhoging heffingskorting meer TSZ? Wat is de rol van deze factoren op de doeltreffendheid?
- Zijn de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend?
- Is de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doeltreffend?

Specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling

Onze conclusie is dat als er *sec* naar de specifieke zorgkosten-regeling zelf wordt gekeken er sprake *lijkt* te zijn van een doeltreffend instrument. De doelgroep waarvoor de regeling bedoeld is maakt gebruik van de regeling en/of weet van het bestaan af. Echter, als er wordt gekeken naar het bredere doel van de regeling (het bieden van een compensatie voor meerkosten) dan is de regeling beperkt doeltreffend. Dit komt onder andere doordat bepaalde zorgkosten zijn uitgezonderd en er sprake is van een drempel. Hierdoor valt een deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking die meerkosten in de zorg hebben buiten de boot.

Voor de TSZ-regeling kan gesteld worden dat het instrument zelf per definitie doeltreffend is. Indien een gebruiker er blijkens de belastingaangifte recht op heeft wordt dit automatisch berekend door de Belastingdienst. Echter, een persoon dient dan wel belastingaangifte te doen en dat gebeurt niet altijd. Het is alleen niet mogelijk om aan te geven hoe vaak dit gebeurt. Voor de TSZ-regeling geldt dat er twee factoren van invloed zijn op het recht op TSZ. Het gaat dan om de hoogte van de heffingskorting en de hoogte van het belastingtarief. Hoe hoger de heffingskorting, hoe eerder mensen recht op de TSZ hebben. Voor het belastingtarief geldt juist het omgekeerde, hoe hoger het belastingtarief, hoe minder snel mensen er recht op hebben. Doordat de TSZ-regeling automatisch wordt berekend hebben beide factoren geen invloed op de doeltreffendheid (mits er belastingaangifte wordt gedaan).

Vermenigvuldigingsfactoren

Vanuit de doelstelling bezien ('het meer waard laten worden van de zorgkosten van personen met een laag inkomen') zijn de vermenigvuldigingsfactoren doeltreffend, zowel de

vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers met een laag inkomen als voor niet-AOW'ers met een laag inkomen. Hun aftrek wordt meer waard door de vermenigvuldigingsfactor. Bij AOW'ers met een laag inkomen is dit ook een logisch element in de regeling omdat zij een lager marginaal belastingtarief kennen dan een niet-AOW'er met een identiek inkomen en identieke zorgkosten. Zonder vermenigvuldigingsfactor zouden zij nadeel ondervinden ten opzichte van niet-AOW'ers. Voor de niet-AOW'ers met een laag inkomen is de vermenigvuldigingsfactor vanuit fiscaaltechnisch oogpunt minder logisch omdat er geen verschil meer is in het marginale belastingtarief rond het drempelinkomen van de vermenigvuldigingsfactor. Voor de niet-AOW'ers wordt daarbij wel het argument gegeven dat afschaffing van de vermenigvuldigingsfactor zou leiden tot een negatief inkomenseffect. Hoewel deze argumentatie klopt blijft voor ons onduidelijk hoe dit argument zich verhoudt tot het *oorspronkelijke* doel van de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers.

Drempel

Bij het bepalen van de doeltreffendheid van de drempel is het probleem dat er geen formele rechtvaardiging wordt gegeven voor de drempel. Het is vanuit die hoedanigheid ook niet mogelijk om vast te stellen of de drempel doeltreffend is. Er kan tegelijkertijd ook gesteld worden dat aangezien de drempel is gehandhaafd, de oorspronkelijke argumentatie voor de drempel als uitgangspunt kan worden genomen. Oftewel het doel van de drempel is om ervoor te zorgen dat de mensen die wel meerkosten hebben, maar hierdoor niet ernstig werden aangetast in hun draagkracht, geen tegemoetkoming krijgen.

De drempel vormt hierbij de operationalisering van het draagkrachtcriterium. De aanname hierbij is dat de personen waarvan de zorgkosten boven het drempelbedrag uitkomen ernstig zijn aangetast in hun draagkracht en dus een tegemoetkoming dienen te krijgen. De hoogte van de drempel is daarbij afhankelijk van het inkomen. Het is echter de vraag in hoeverre alleen het inkomen iets zegt over de draagkracht van een persoon. De daadwerkelijke impact op de draagkracht hangt namelijk af van de persoonlijke situatie van een belastingplichtige (zoals de overige niet-vergoede zorgkosten die worden gemaakt en de huishoudenssamenstelling). Om een goed beeld te vormen van de aantasting van de draagkracht zou er daarom per individu (of eventueel huishouden) een analyse gemaakt moeten worden waarbij het totale pakket aan zorgkosten en de huishoudenssamenstelling in ogenschouw wordt genomen. Binnen de scope van dit onderzoek was dat niet mogelijk. Wij kunnen daardoor geen oordeel geven over de doeltreffendheid van de drempel.

5 Uitvoering van de regelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk behandelen we de uitvoering van de regelingen. We gaan daarvoor eerst in op de uitvoeringskosten van de regelingen voor de Belastingdienst. Daarna bespreken we de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de regelingen. Voor deze stap is in eerste instantie een gesprek gevoerd met de Belastingdienst om het onderzoek en onze informatiebehoefte toe te lichten. Onze informatiebehoefte is daarna nog schriftelijk toegelicht. De Belastingdienst heeft uiteindelijk een document met achtergrondinformatie opgeleverd. Aan de hand van dit document, en aanvullende e-mails, is uiteindelijk dit hoofdstuk tot stand gekomen. De plausibiliteit van de informatie in dit hoofdstuk is uitgebreid getoetst in de contacten met medewerkers van de Belastingdienst en medewerkers van het ministerie van Financiën.

5.2 Uitvoeringskosten

Relevante onderzoeksvragen

- Wat zijn de uitvoeringskosten voor de Belastingdienst?

Uit een Kamerstuk van 2017 blijkt dat leden van de fractie van de VVD de vraag stelden wat de uitvoeringskosten van de regeling zijn en dat leden van de fractie van de PVV de vraag stelden hoeveel fte's benodigd zijn om de regeling te continueren.⁸³ Ook werd er gevraagd of er budget is voor handhaving van de regeling en wat het correct handhaven kost. Als antwoord hierop werd gesteld dat de Belastingdienst risicogericht toezicht houdt op particulieren. Hierdoor varieert de toezichtsportfolio ieder jaar en is het niet op voorhand duidelijk hoeveel capaciteit ingezet wordt op de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten. Het aantal posten dat jaarlijks wordt behandeld is afhankelijk van de beschikbare capaciteit. Door deze factoren bleek het niet mogelijk te zijn om aan te geven hoeveel fte's er specifiek bij de controle van deze fiscale regeling betrokken zijn.

Om toch een beeld te krijgen van de uitvoeringskosten van zowel de specifieke zorgkosten-regeling als de TSZ-regeling is voor dit onderzoek intensief contact geweest met de Belastingdienst. Uiteindelijk kunnen wij hierdoor toch enig inzicht bieden in de uitvoeringskosten van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling.

5.2.1 Specifieke zorgkosten-regeling

Voor dit onderzoek is getracht aanvullende informatie op te halen bij de Belastingdienst. Uiteindelijk heeft dat geresulteerd tot de volgende informatie:

- Behandelen belastingaangiften: de Belastingdienst heeft aangegeven dat zij in 2018 bij 35.676 aangiften de aftrek specifieke zorgkosten hebben behandeld. Vanuit de Belastingdienst is aangegeven dat de gemiddelde behandeltijd van een aangifte 3 uur⁸⁴ bedraagt. Voor de behandelingen van de aangiften met aftrek

⁸³ Kamerstukken II, 2016/17, 34550-IX, nr. 27.

⁸⁴ De Belastingdienst geeft daarbij wel het volgende aan: Het gaat hier om een gemiddelde van alle behandelde aangiften. Het betreft dus niet alleen aangiften met een uitworp specifieke zorgkosten.

specifieke zorgkosten waren dus ca. 107.000 uren nodig. Uitgaande van 1300 uur per fte komen wij uit op **82 fte**. Het gaat hierbij alleen om de fte die gemoeid is met de specifieke zorgkosten-regeling.

- Behandelen gesprekken Belastingtelefoon: een ander onderdeel is het verwerken van de gesprekken die bij de Belastingtelefoon worden gevoerd over de regelingen.
 - Voor de specifieke zorgkosten-regeling geldt dat het aantal gesprekken sterk wisselt. In 2020 zijn er 17.349 gesprekken gelogd met betrekking tot de specifieke zorgkosten, in 2021 waren dit er 36.769. Het gaat hierbij om ca. 2.900 tot 6.100 uur oftewel **2,2 tot 4,7 fte**.
 - Voor de TSZ-regeling geldt dat er op jaarbasis 5.000 gesprekken worden gevoerd. Het gaat dan met name om mensen die willen weten wanneer zij hun definitieve aanslag zouden krijgen. Uitgaande van 10 minuten per gesprek, komt dit uit op ca. 830 uur, oftewel **0,6 fte**.

Afgaande op voorgaande informatie komen wij dus op minimaal **ca. 85 fte** voor de uitvoering van de regeling. Daarbij dient te worden aangetekend dat de hiervoor genoemde uren (specifiek voor de behandeling van Belastingaangifte) alleen toezien op de aangiften met specifieke zorgkosten die gecontroleerd worden. Daar komen de uren die gemoeid zijn met aanvullingen (een nieuwe gewijzigde aangifte) en bezwaar- en beroepsprocedures nog boven op. Tijdens het onderzoek bleek dat het echter niet mogelijk was om cijfers hierover boven tafel te krijgen.

5.2.2 TSZ-regeling

Voor de TSZ-regeling geldt dat de uitvoeringskosten beperkt lijken te zijn. Voor de massale verwerking⁸⁵ is beperkte tijd nodig van 1 procescoördinator en 1 functioneel beheerder. Hoeveel tijd zij daaraan kwijt zijn wordt niet afzonderlijk bijgehouden. Voor de uitvalbehandeling/handmatige behandelprocessen worden op jaarbasis **2 tot 2,5 fte** ingezet.

5.3 Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid

Relevante onderzoeksvragen

- In hoeverre zijn de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling (inclusief de faciliteit om niet in voorafgaande jaren in aanmerking genomen aftrek alsnog als persoonsgebonden aftrek in aanmerking te nemen) en de TSZ uitvoerbaar en handhaafbaar voor de Belastingdienst?

In deze paragraaf gaan we in op de uitvoerbaarheid van zowel de specifieke zorgkosten-regeling als de TSZ-regeling.

5.3.1 Specifieke zorgkosten-regeling

Voor de uitvoering van een fiscale regeling is het belangrijk voor de Belastingdienst dat gegevens zo mogelijk vooraf kunnen worden ingevuld (zowel voor de handhaving als ook

Het zou zo maar kunnen dat de gemiddelde behandeltijd van aangiften met specifieke zorgkosten nog wat hoger ligt.

⁸⁵ Begeleiden en uitvoeren van het massale proces om met enige regelmaat na te gaan welke aanslagen inkomensheffing onherroepelijk vaststaan, waarbij in de aangifte zorgkosten in aftrek zijn gebracht, en die mogelijk in aanmerking komen voor een TSZ.

voor de dienstverlening richting de belastingplichtigen). De Belastingdienst kan echter de aftrek van uitgaven voor zorgkosten niet vooraf invullen op basis van betrouwbare bronnen, waardoor de uitvoering wordt belemmerd.⁸⁶ Het betreft hier ook zeer privacygevoelige informatie die niet eenvoudig gedeeld kan worden. In de digitale aangifte wordt vooraf alleen de drempel berekend (en getoond). Bij de papieren aangifte moet de belastingplichtige de drempel zelf berekenen.

Uit de belastingaangifte kan de Belastingdienst niet opmaken of de afgetrokken specifieke zorgkosten daadwerkelijk gemaakt zijn en of deze onder de voorwaarden voor aftrek vallen.⁸⁷ De Belastingdienst kan niet geautomatiseerd controleren of bijvoorbeeld kosten voor medicijnen echt zijn gemaakt, of deze door een arts zijn voorgeschreven en of ze al door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Deze controle moet dan handmatig plaatsvinden, door o.a. betalingsbewijzen op te vragen.

De Belastingdienst heeft ook aangegeven dat er diverse complexiteiten zijn bij de regeling. Hieronder wordt een aantal voorbeelden van die aangedragen complexiteiten toegelicht:

- **Samenhang tussen uitgaven en ziekte of invaliditeit:** hiervoor geldt dat niet altijd duidelijk is of de opgevoerde kosten voortvloeien uit ziekte of invaliditeit. Als voorbeelden worden onder meer de tandartskosten, extra kleding en beddengoed en de hulpmiddelen aangevoerd. Met name bij deze laatste post zijn hier regelmatig discussies over met belastingplichtigen.
- **Preventieve behandelingen:** Preventieve behandelingen zoals bijvoorbeeld de bodyscan zijn niet aftrekbaar. Vaccinaties zijn daarentegen wel aftrekbaar en ook de (preventieve) controle bij de tandarts.
- **Alternatieve geneeswijzen:** een belastinginspecteur is niet de aangewezen persoon om te beoordelen of een alternatieve geneeswijze voldoet als genees- en heelkundige hulp. Dit zorgt voor onnodige discussies met belastingplichtigen.
- **Vervoerskosten:** bij de vervoerskosten spelen verschillende zaken. Wij lichten hier een van de complexiteiten uit. Voor de vervoerskosten geldt dat de werkelijke kosten aftrekbaar zijn. Dit zorgt in de praktijk voor onduidelijkheid en een enorme administratieve last. Op andere onderdelen is € 0,19 per km het uitgangspunt.
- **Hulpmiddelen:** het grootste struikelblok bij de hulpmiddelen is het hoofdzakelijkheids criterium. Hulpmiddelen zijn alleen aftrekbaar als ze voor 70% of meer worden gebruikt door zieke en invalide mensen. Doordat de markt op het gebied van hulpmiddelen voor zieke en invalide mensen zich steeds verder ontwikkelt en meer toegankelijker wordt voor de gehele populatie, is het voor de belastingplichtige niet goed mogelijk om aan te tonen en voor de inspecteur niet te toetsen of aan de 70% wordt voldaan.
- **Ouderdom:** de Belastingdienst geeft aan dat ouderdom niet als ziekte wordt beschouwd. De vraag is daarbij wel wanneer incontinentie bij ouderen het gevolg is van ouderdom of ziekte. Dit leidt tot onduidelijkheid over de aftrekbaarheid van hulpmiddelen.

Bij de regeling is er ook sprake van onjuist gebruik door belastingplichtigen. Dit blijkt uit het aantal fouten dat wordt gemaakt in de belastingaangiftes. Bij de jaarlijkse steekproef van belastingaangiften uitgevoerd door de Belastingdienst in 2018 kwam naar voren dat er bij

⁸⁶ Ministerie van Financiën (2016). Onderzoek naar gebruik aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten.

⁸⁷ Algemene Rekenkamer (2021). *Verantwoordingsonderzoek Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Rapport bij het Jaarverslag 2020.*

28%⁸⁸ van de gebruikers van de aftrekpost (in de belastingaangifte) sprake is van een correctiepotentieel⁸⁹. Dit komt overeen met ongeveer 215.000 aangiften⁹⁰ waarbij er sprake is van foutief ingevulde informatie bij de aftrek specifieke zorgkosten. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). Van de rubrieken die voor het grootste deel bijdragen aan het nalevingstekort bij particulieren, staat de regeling voor specifieke zorgkosten op de eerste plek.⁹¹

De aangeleverde informatie van de Belastingdienst biedt inzicht in daadwerkelijke controles. De Belastingdienst behandelde in 2018 35.676 aangiften (ca. 3% tot 4% van het totaal) waarvan er 16.076 zijn gecorrigeerd (45%). De te controleren aangiften worden door de Belastingdienst geselecteerd door middel van het toepassen van criteria op de door de belastingplichtige ingevulde velden in de aangifte. Deze criteria worden aangepast aan de beschikbare toezichtcapaciteit. Er is geen capaciteit om alle aangiften die mogelijk een fiscaal risico bevatten te behandelen.

5.3.2 TSZ-regeling

De Belastingdienst heeft aangegeven dat het automatiseringssysteem waarmee ze de TSZ-regeling uitvoeren *end-of-life* is. Het systeem is in essentie nog hetzelfde als het systeem dat bijna 20 jaar geleden werd ontwikkeld voor de uitvoering van de TBU, de voorganger van de TSZ-regeling. Het systeem wordt jaarlijks met minimale aanpassingen geschikt gemaakt voor het verwerken van de TSZ-regeling-beschikkingen van het nieuwe belastingjaar.

Het systeem voldoet volgens de Belastingdienst zelf niet aan de bestaande kaders voor adres- en rekenbestanden en scoort zowel qua bedrijfswaarde als technische waarde matig. Door onjuiste bouw of synchronisatie van rekenregels kunnen fouten ontstaan in de berekening van de tegemoetkoming.

In de afgelopen jaren heeft de Belastingdienst een aantal wijzigingsvoorstellen geformuleerd om het TSZ-proces beter beheersbaar te maken. Deze zijn echter nog niet uitgevoerd, vanwege onvoldoende prioriteit binnen het overvolle IV-portfolio van de Belastingdienst en onduidelijkheid bij de Belastingdienst over de vraag of de TSZ-regeling nog langere tijd zal blijven bestaan, gezien de discussie over de toekomst van de specifieke zorgkosten-regeling.

Indien de TSZ wordt gecontinueerd zal de Belastingdienst groot onderhoud van de geautomatiseerde ondersteuning moeten uitvoeren, zo geeft de organisatie zelf aan. Als de regeling in meer of mindere mate wordt gewijzigd, is het waarschijnlijk niet mogelijk om zonder grote risico's het huidige systeem aan te passen en is er nieuwbouw nodig. De omvang van de kosten van onderhoud of nieuwbouw zijn niet bekend.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld:

- Wat zijn de uitvoeringskosten voor de Belastingdienst?

⁸⁸ Belastingdienst (2021). Oorzaakanalyse Nalevingstekort Specifieke Zorgkosten.

⁸⁹ Hiermee wordt bedoeld op foutief ingevulde aangiften waar een correctie kan plaatsvinden.

⁹⁰ Het gaat hier om particulieren. Binnen de steekproef zijn ondernemers niet meegenomen. Het aantal foutief ingevulde aangiften ligt waarschijnlijk hoger.

⁹¹ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/01/31/rapport-analyse-niveau-toezicht-achteraf>

- In hoeverre zijn de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling (inclusief de faciliteit om niet in voorafgaande jaren in aanmerking genomen aftrek alsnog als persoonsgebonden aftrek in aanmerking te nemen) en de TSZ uitvoerbaar en handhaafbaar voor de Belastingdienst?

Uitvoeringskosten

Onze inschatting is dat de uitvoeringskosten voor de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling ca. 90 fte bedragen. De meeste uitvoeringskosten zitten bij de specifieke zorgkosten-regeling (ruim 85 fte). Het betreft hier wel een ruwe schatting die niet alle uitvoeringsposten omvat. Zo ontbreken onder meer de uitvoeringskosten voor de bezwaaren beroepsprocedures van de specifieke zorgkosten-regeling.

Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid

Wij hebben zorgen rondom de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de specifieke zorgkosten-regeling. De regeling is complex vormgegeven en de Belastingdienst geeft aan dat er bij veel van de kostenposten onduidelijkheden (kunnen) zijn voor belastingplichtigen waardoor er fouten (kunnen) ontstaan. Bij 28% van de belastingaangiftes waarin zorgkosten worden opgevoerd is er sprake van een foutief ingevulde aangifte waar een correctie kan plaatsvinden. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten).

De Belastingdienst controleert slechts een fractie van de aangiften. Nu geldt daarbij dat de Belastingdienst nooit alle aangiften wil en kan controleren. De te controleren aangiften worden door de Belastingdienst geselecteerd door middel van het toepassen van criteria op de door de belastingplichtige ingevulde velden in de aangifte. Deze criteria worden aangepast aan de beschikbare toezichtcapaciteit. Er is geen capaciteit om alle aangiften die mogelijk een fiscaal risico bevatten te behandelen.

Ook bij de TSZ-regeling hebben wij zorgen rondom de uitvoerbaarheid. Het systeem voldoet volgens de Belastingdienst zelf niet aan de bestaande kaders voor adres- en rekenbestanden en scoort volgens hen zowel qua bedrijfswaarde als technische waarde matig. Door onjuiste bouw of synchronisatie van rekenregels kunnen fouten ontstaan in de berekening van de tegemoetkoming.

6 Doelmatigheid

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de doelmatigheid van de regelingen. Voor de doelmatigheid gaan we eerst in op het budgettair belang van de regelingen. Vervolgens gaan we in op het onbedoelde en onjuiste gebruik van de regelingen. Tenslotte behandelen we de mate waarin de opgevoerde zorgkosten voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking. Hiermee krijgen we ook zicht op de vraag of alleen de doelgroep gebruik maakt van de regeling, of ook andere personen.

6.2 Budgettair belang

Relevante onderzoeksvragen

- Wat is het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling?

Een van de aspecten van doelmatigheid is het budgettair belang van de regeling. In deze paragraaf gaan we in op het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling, de TSZ-regeling, de vermenigvuldigingsfactor en de drempel.

6.2.1 Specifieke zorgkosten regeling

Tabel 11 geeft een overzicht van de zorgkosten die bij de digitale belastingaangiften zijn ingediend in de jaren 2015, 2018 en 2019.⁹²

Tabel 11. Overzicht van ingediende zorgkosten (mln €)

	2015	2018	2019
Voorgescreven medicijnen	€ 93	€ 96	€ 97
Hulpmiddelen	€ 131	€ 171	€ 173
Aanpassingen aan woning	€ 8	€ 6	€ 4
Andere aanpassingen	€ 0	€ 0	€ 0
Vervoer	€ 144	€ 159	€ 154
Dieet op doktersvoorschrift	€ 123	€ 131	€ 135
Extra gezinshulp	€ 51	€ 43	€ 40
Extra uitgaven voor kleding en beddengoed	€ 122	€ 124	€ 122
Verhoging met vermenigvuldigingsfactor ⁹³	€ 377	€ 385	€ 374
Genees- en heelkundige hulp	€ 391	€ 430	€ 453
Reiskosten ziekenbezoek	€ 37	€ 41	€ 40
Totaal specifieke zorgkosten	€ 1.477	€ 1.586	€ 1.592
Drempel	€ -436	€ -469	€ -480

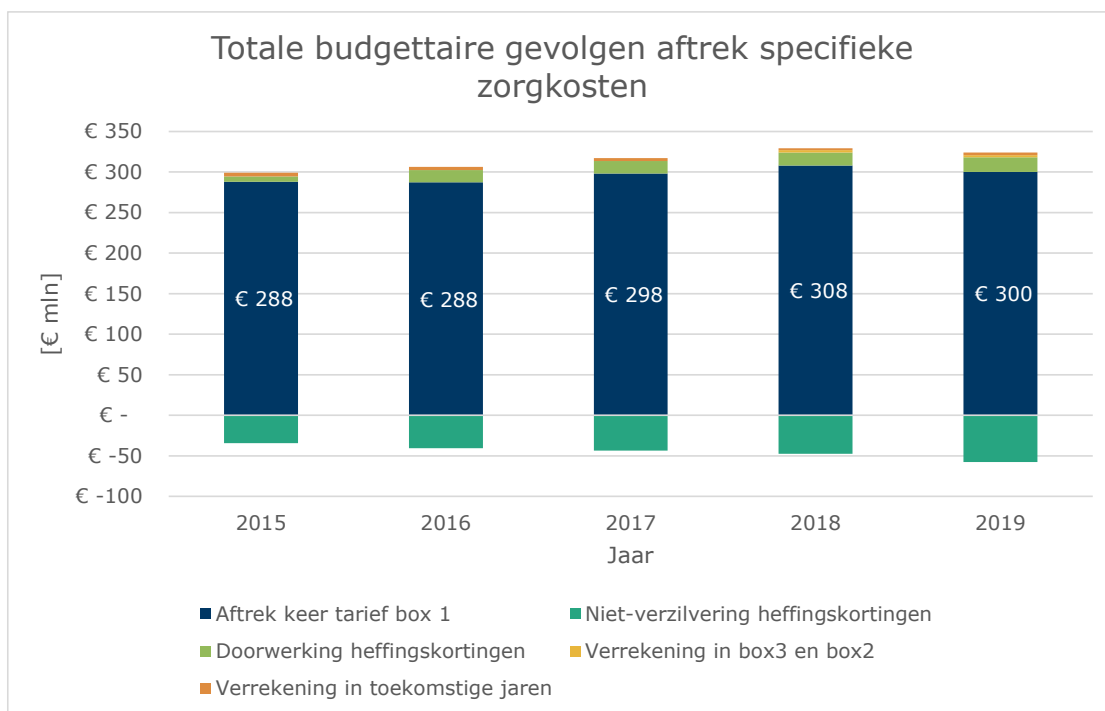
⁹² Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor de jaren 2016 en 2017.

⁹³ De verhoging met de vermenigvuldigingsfactor geldt niet voor genees- en heelkundige hulp en reiskosten ziekenbezoek.

	2015	2018	2019
Aftrekbedrag specifieke zorgkosten	€ 1.041	€ 1.118	€ 1.117
Uiteindelijke compensatie⁹⁴	€ 288	€ 312	€ 267

De genees- en heelkundige hulp was veruit de grootste kostenpost. Het ging hier om een bedrag van €453 miljoen. Genees- en heelkundige hulp en de reiskosten voor ziekenbezoek worden niet verhoogd met een vermenigvuldigingsfactor. De overige zorgkosten worden wel verhoogd voor huishoudens onder het drempelinkomen (dit drempelinkomen was in 2019 €34.817). Het totaal van de opgegeven zorgkosten, inclusief verhoging, komt in 2019 uit op een bedrag van €1.592 miljoen. Dat totale bedrag aan specifieke zorgkosten wordt vervolgens verminderd met de drempelwaarde. Zo komen we op een aftrekbedrag van €1.117 miljoen dat bij de opgegeven inkomsten in mindering wordt gebracht. Deze aftrek leidt uiteindelijk tot €267 miljoen dat in 2019 niet aan belasting werd betaald als gevolg van de aftrek specifieke zorgkosten-regeling.

Dit totale bedrag van €267 miljoen aan kosten wordt in Figuur 10 verder uitgesplitst. De grootste budgettaire gevolgen van de regeling specifieke zorgkosten bestaat uit de aftrek die in box 1 plaatsvindt. In 2019 leidde deze aftrek tot zo'n €300 miljoen aan kosten voor de staat. De aftrek kan ook doorwerken via de heffingskortingen. Door de aftrek van zorgkosten daalt tenslotte het inkomen en dit kan als gevolg hebben dat de belastingplichtige een hoger tarief aan algemene heffingskorting ontvangt. Een klein deel van de kosten bestaat uit de verrekening in box 3 en box 2 en de verrekening in toekomstige jaren. In 2019 worden de totale budgettaire gevolgen van de regeling specifieke zorgkosten verlaagd met een bedrag van €60 miljoen aan heffingskortingen die niet verzilverd konden worden.



Figuur 10 Totale budgettaire gevolgen aftrek specifieke zorgkosten

⁹⁴ N.B. de uiteindelijke compensatie in deze tabel bevat niet de tegemoetkoming uit de TSZ-regeling.

Wij hebben ook nog een aanvullende analyse waarbij is gekeken welk deel van de compensatie terecht komt bij welke inkomensklasse. In Tabel 12 is deze informatie terug te vinden.

Tabel 12 Verdeling compensatie naar inkomensklassen van huishoudens⁹⁵

Inkomensklassen	Aandeel compensatie	Cumulatief	Aantal in inkomensklasse (afgerond op duizendtallen)
€0- €7.500	0,1%	0,1%	31.000
€7.500-€15.000	4,2%	4,2%	54.000
€15.000-€22.500	21,6%	25,8%	251.000
€22.500-€30.000	20,0%	45,8%	190.000
€30.000-€37.500	17,8%	63,6%	129.000
€37.500-€45.000	10,7%	74,3%	72.000
€45.000-€52.500	7,7%	82,0%	39.000
€52.500-€60.000	5,1%	87,1%	21.000
€60.000-€67.500	3,5%	90,5%	12.000
€67.500-€75.000	2,2%	92,8%	7.000
€75.000-€82.500	1,6%	94,4%	4.000
> €82.500	5,6%	100,0%	8.000

6.2.2 TSZ-regeling

De TSZ-regeling compenseert diegenen die door de aftrek van specifieke zorgkosten minder heffingskorting ontvangen. Tabel 13 laat zien dat de kosten van de TSZ-regeling in vier jaar tijd met bijna 60% zijn gestegen naar zo'n €65 miljoen in 2019. In diezelfde periode is het aantal belastingplichtigen dat gebruikmaakt van de TSZ-regeling ook flink gestegen. De oorzaak hiervan is hoofdzakelijk de verhoging van de heffingskortingen over de jaren, met name de ouderenkorting en de algemene heffingskorting.

Tabel 13 Kosten TSZ-regeling

Belastingjaar	Aantal belastingplichtigen (afgerond op duizendtallen)	Totale bedrag (€ mln)
2015	148.000	€ 38,9
2016	167.000	€ 45,4
2017	181.000	€ 50,0
2018	201.000	€ 56,3
2019	229.000	€ 65,1

6.2.3 Vermenigvuldigingsfactor

Relevante onderzoeksvragen

- Wat is het budgettair belang van de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?

⁹⁵ Het gaat hier om de feitelijke compensatie. De resultaten zijn alleen gebaseerd op digitale aangiften en niet opgehoogd voor papieren biljetten.

- In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de vermenigvuldigingsfactoren?

Voor het bepalen van de doelmatigheid van de vermenigvuldigingsfactoren zijn verschillende elementen relevant. Wij kijken initieel naar het budgettair belang van de vermenigvuldigingsfactoren en daarnaast naar mogelijke gedragseffecten.

In Tabel 14 is terug te zien wat de uiteindelijke compensatie van de regeling zou zijn als er geen vermenigvuldigingsfactor toegepast wordt. Het aftrekbare bedrag aan specifieke zorgkosten stond in 2019 gelijk aan €1.117 miljoen. Vermenigvuldigd met het marginale tarief heeft dit geleid tot een uiteindelijke compensatie van €267 miljoen. Als de vermenigvuldigingsfactor niet zou worden toegepast dan zou de uiteindelijke compensatie dalen met zo'n €64 miljoen euro terwijl zo'n negentigduizend belastingplichtigen met de laagste inkomens geen gebruik meer zouden kunnen maken van de regeling. Als alleen de vermenigvuldigingsfactor van niet-AOW'ers afgeschaft zou worden, dan bespaart dit €27 miljoen.

Tabel 14. Geschatte gevolgen voor belastingplichtigen van het weglaten de vermenigvuldigingsfactor

	Uiteindelijke compensatie		Aantal huishoudens (afgerond op duizendtallen)	
	Wel verm.fact.	Geen verm.fact.	Wel verm.fact.	Geen verm.fact.
AOW	€107 mln	€68 mln	479.000	411.000
Niet-AOW	€162 mln	€135 mln	425.000	405.000
Totaal	€267 mln	€203 mln	904.000	816.000

Gedragseffecten zouden van invloed kunnen zijn op deze resultaten. Met het wegvallen van de vermenigvuldigingsfactor daalt namelijk voor veel belastingplichtigen de uiteindelijke compensatie die volgt uit de regeling. Dit kan als effect hebben dat minder mensen de specifieke ziektekosten opvoeren, omdat de administratieve last niet opweegt tegen de uiteindelijke vergoeding. Het gaat hier dus om de groep die na afschaffing nog wel recht heeft op een compensatie maar waarbij die compensatie (fors) minder is dan voor de afschaffing. Het is niet goed in te schatten hoe groot deze groep is; het zal per individu verschillen of men de administratieve lasten vindt opwegen tegen de uiteindelijke compensatie.

6.2.4 Drempel

Relevante onderzoeksvragen

- Wat is het budgettair belang van de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
- In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de drempel?

Voor het bepalen van de doelmatigheid van de drempel zijn verschillende elementen relevant. Wij kijken initieel naar het budgettair belang van de drempel en daarnaast naar mogelijke gedragseffecten.

In Tabel 15 maken wij het budgettair belang van de drempel inzichtelijk. Hierbij geven wij aan wat voor de belastingplichtigen die gebruik maken van de specifieke zorgkostenregeling

de compensatie zou zijn indien er geen drempel was. Als er voor deze groep geen drempel zou zijn geweest zou de compensatie €151 miljoen hoger zijn geweest dan nu het geval is.

Tabel 15. Schattingen voor belastingplichtigen ten aanzien van het weglaten van de drempel

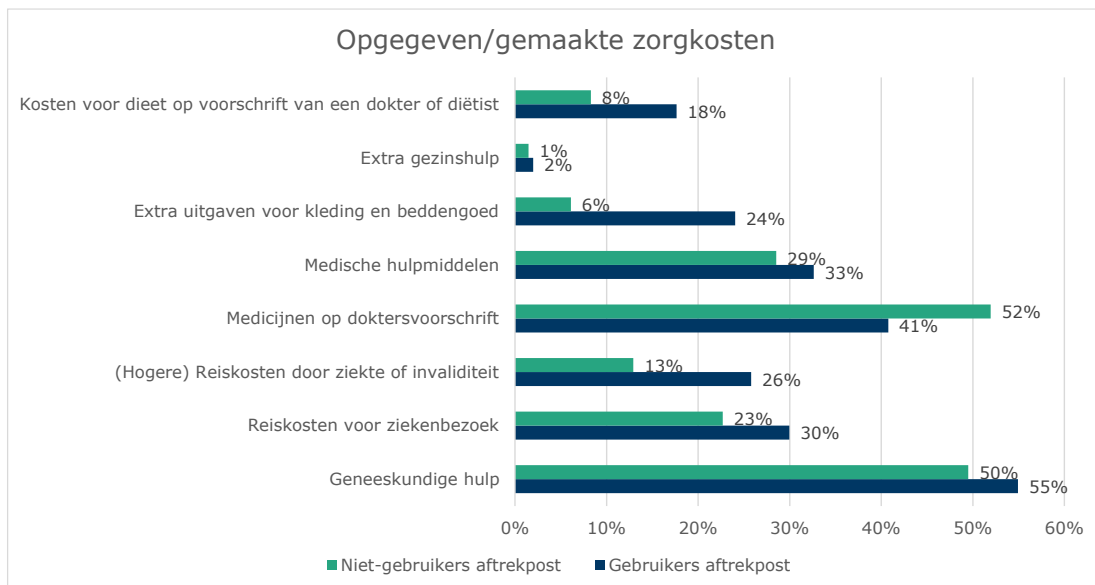
	Uiteindelijke compensatie	
	Wel drempel	Geen drempel
AOW	€107 mln	€164 mln
Niet-AOW	€162 mln	€254 mln
Totaal	€267 mln	€418 mln

Er zijn wel gedragseffecten te verwachten indien de drempel wordt afgeschaft. Veel meer mensen zouden hun zorgkosten namelijk opgevoerd hebben als er geen drempel zou zijn en die mensen zitten nu niet in de dataset. Als er geen drempel zou worden toegepast, dan zouden de kosten van de regeling dus veel hoger uitvallen dan de €418 miljoen die in de bovenstaande tabel wordt geraamd.

Uit onze eigen enquête en die van de Algemene Rekenkamer blijkt dat er diverse mensen zijn die wel zorgkosten hebben maar ze nu niet opgeven omdat ze op voorhand weten dat ze niet boven de drempel uitkomen. In onze enquête was dat voor **63%** van de respondenten een reden om hun zorgkosten die ze hadden niet op te geven. Hierbij kan nog wel onderscheid gemaakt worden naar verschillende inkomensgroepen. Voor de groep beneden modaal was het niet uitkomen boven de drempel voor 45% van de respondenten (n = 44) reden om zorgkosten niet op te geven. Voor de groep modaal was dit het geval voor 71% van de respondenten (n = 36) en voor de groep boven modaal voor 74% van de respondenten (n = 115). Bij de hogere inkomensklassen speelt de drempel dus vaker een rol.

Het is lastig om het effect op het budgettair belang beter te kwantificeren. Een eerste grove schatting is dat het aantal gebruikers van de regeling met 30%⁹⁶ toeneemt als de drempel verdwijnt. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het budgettair belang met 30% toeneemt. Dit komt onder meer omdat we niet weten of de zorgkosten van de niet-gebruikers van de aftrekpost ook overeenkomen met die van de gebruikers van de aftrekpost. In de resultaten van onze enquête zien wij in ieder geval dat de gebruikers van de aftrekpost gemiddeld meer verschillende posten aan zorgkosten hebben (2,3) dan degene die niet gebruik maken van de aftrekpost (1,84). In Figuur 11 is ook nog weergegeven welk typen zorgkosten zijn opgegeven door de gebruikers en niet-gebruikers van de aftrekpost.

⁹⁶ Uit de enquête blijkt dat 861 van de 1.271 respondenten met zorgkosten gebruik maken van de aftrekpost, oftewel 68%. 246 van de respondenten met zorgkosten die geen gebruik maken van de aftrek geven aan dat de drempel hiervan de reden is (of een van de redenen). Indien de drempel verdwijnt kunnen 1.107 (861 + 246) van de respondenten gebruik maken van de regeling, oftewel 87% van de mensen met zorgkosten. Dit betekent een stijging van $(87/68-1) \approx 30\%$



Figuur 11 Type gemaakte/opgegeven zorgkosten voor zowel gebruikers van de aftrekpost (n = 861) als niet-gebruikers van de aftrekpost (n = 410)

Hierbij valt op dat de gebruikers van de aftrekpost een aantal posten beduidend vaker gebruiken dan de niet-gebruikers van de aftrekpost. Dit valt met name op bij de dieetkosten en de extra uitgaven voor kleding en beddengoed. Een ander punt is dat wij ook niet het marginale belastingtarief weten van de personen die nu nog niet gebruikmaken van de aftrek maar wel zorgkosten hebben. Zoals eerder aangegeven geeft een deel van deze groep de zorgkosten niet op omdat zij niet boven de drempel uitkomen. Een van de redenen hiervoor kan zijn dat zij een dusdanig hoog inkomen en dus hoge drempel hebben waar hun zorgkosten niet bovenuit komen.

6.3 Onbedoeld en onjuist gebruik

Relevante onderzoeksvragen

- In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van onbedoeld gebruik gezien de doelstelling van de regelingen? Met onbedoeld gebruik wordt bedoeld dat de in aftrek gebrachte kosten ook vallen onder een voorliggende voorziening maar daar geen gebruik van wordt gemaakt. Om welke soort kosten gaat het hierbij?
- In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van verkeerd gebruik van de regeling door gebrek aan kennis of ervaren complexiteit ('kennen')? Met verkeerd gebruik wordt bedoeld onjuist gebruik, bijv. omdat de in aftrek gebrachte kosten van aftrek zijn uitgesloten of niet drukken omdat er een vergoeding is ontvangen. In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van bewust verkeerd gebruik (oneigenlijk, misbruik of fraude)?
- Op welke wijze spelen gedragsfactoren een rol bij onbedoeld gebruik van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling? Zijn de regelingen wat dat betreft voldoende toegespitst op de doelgroep?

Een ander aspect van doelmatigheid is of de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling wordt gebruikt waarvoor hij bedoeld is. Binnen dit onderzoek hebben wij verschillende typen gebruik onderscheiden die inzicht bieden in de *ondoelmatigheid* van de regeling:

- **Onbedoeld gebruik:** Met onbedoeld gebruik wordt bedoeld dat de in aftrek gebrachte kosten ook vallen onder een voorliggende voorziening, waar geen gebruik van wordt gemaakt. De kosten komen echter wel in aanmerking voor de aftrek.
- **Onjuist gebruik:** Met onjuist gebruik wordt bedoeld dat de in aftrek gebrachte kosten niet hadden mogen worden opgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten die zijn uitgesloten van de aftrek en/of kosten waarvoor reeds een vergoeding is ontvangen.

In deze paragraaf gaan we in op beide typen gebruik.

6.3.1 Onbedoeld gebruik van de regeling

Het in kaart brengen van het onbedoelde gebruik is complex. Welke voorliggende voorzieningen er zijn is namelijk afhankelijk van de persoonlijke situatie van een belastingplichtige, zo bleek uit paragraaf 3.3.2. Zo verschillen de beschikbare voorzieningen per gemeente en is het maar de vraag of en welke aanvullende verzekering een persoon heeft afgesloten. Uit diezelfde paragraaf wordt ook duidelijk dat er situaties zijn waar personen wel gebruik *kunnen* maken van een voorliggende voorziening maar dat om bepaalde redenen niet doen.

Zo bleek uit de gesprekken met de cliëntorganisaties dat mensen wel kunnen overstappen naar een gemeentelijke zorgpolis (met eventueel een aanvullende verzekering) maar dat het niet altijd een goede oplossing is omdat mensen (al dan niet bang zijn om te) moeten overstappen en hun reeds (goed) ingeregelde zorg kan veranderen. Verder werd ook aangegeven dat voor andere voorzieningen het lang kan duren voordat mensen er gebruik van kunnen maken en dat de voorzieningen die ze kunnen gebruiken niet altijd goed aansluiten bij hun specifieke situatie. Hierdoor gaan mensen uiteindelijk dingen zelf regelen en betalen. Een voorbeeld dat in die paragraaf werd gegeven was het vervoer naar het ziekenhuis vanuit de Wmo.

Gegeven de diversiteit aan voorzieningen is het niet mogelijk aan te geven in welke mate er sprake is van onbedoeld gebruik.

6.3.2 Onjuist gebruik van de regeling

In paragraaf 5.3.1 is ook al aangegeven dat er bij 28% van de aangiften sprake is van onjuist gebruik van de regeling. Het percentage van 28% is gebaseerd op een steekproef van de Belastingdienst in. Dit komt overeen met ongeveer 215.000 aangiften waarbij er sprake is van foutief ingevulde informatie bij de aftrek specifieke zorgkosten.⁹⁷ Uit diezelfde informatie van de Belastingdienst blijkt dat de meeste correcties in 2018 plaatsvonden binnen de uitgaven voor extra gezinshulp en de uitgaven voor woningaanpassingen (die in 2018 nog aftrekbaar waren). Deze moeten ook overtuigend aangetoond worden met rekening of kwitanties. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de uitgaven voor kleding en beddengoed, waar in de regel⁹⁸ een vast bedrag van €300 voor geldt.

⁹⁷ Belastingdienst (2021). Oorzaakanalyse Nalevingstekort Specifieke Zorgkosten.

⁹⁸ De voorwaarden zijn wel dat de kosten een rechtstreeks gevolg waren van ziekte of invaliditeit en dat de ziekte minimaal 1 jaar duurde of waarschijnlijk minimaal 1 jaar gaat duren. Verder dat indien een

In de eerdere evaluatie van het ministerie van Financiën is ook aangegeven dat *mogelijk* een deel van de mensen het eigen risico opvoert.⁹⁹ Men zag toen namelijk in de opgegeven bedragen een piek bij €220, het bedrag dat destijds (2012) ook de hoogte van het eigen risico was.

In onze eigen enquête hebben we niet expliciet gevraagd of mensen hun eigen risico/bijdrage hebben opgevoerd. Dit is een bewuste keuze geweest omdat wij wilden voorkomen dat mensen sociaal wenselijke antwoorden zouden geven of dat wij de indruk zouden wekken dat het wel was toegestaan. Wij hebben in de enquête wel gevraagd aan de gebruikers van de aftrek of zij buiten de genoemde categorieën (nog) andere zorgkosten hebben opgegeven. Uiteindelijk hebben 165 respondenten deze vraag beantwoord. Voor een zeer groot deel worden daarbij zorgkosten genoemd die aftrekbaar (lijken te) zijn. Er worden diverse kostenposten opgevoerd die aftrekbaar zijn als ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zo wordt bijvoorbeeld een aantal keer 'Uitgaven voor voedingssupplementen en vitaminepreparaten' genoemd, die aftrekbaar zijn mits een arts ze heeft voorgeschreven. Voor ons is alleen niet te controleren of aan die voorwaarden wordt voldaan. Er wordt in ieder geval niet aangegeven dat het eigen risico of de eigen bijdrage wordt opgevoerd. Wel wordt door een beperkt aantal respondenten zorgkosten opgegeven die duidelijk niet in aanmerking komen. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten voor water/energie en (zelf)testen voor corona. Hoewel deze kosten niet in aanmerking kunnen komen het wel *meerkosten* zijn. Uit paragraaf 3.3.2 kwam naar voren dat de gemeente Amsterdam bijvoorbeeld wel een tegemoetkoming biedt voor stookkosten aan mensen met een chronische ziekte of beperking. Zij gebruiken volgens de gemeente meer gas en stroom dan een gezond persoon.

Het verkeerde gebruik van de regeling kan meerdere oorzaken hebben, die terug te voeren zijn tot drie categorieën, zo blijkt uit een Oorzaakanalyse¹⁰⁰ van de Belastingdienst:

- *Kennis en vaardigheden*: de mate waarin de belastingplichtige de benodigde kennis en vaardigheden heeft. Het invullen van de zorgkosten vergt kennis, vaardigheden en tijd (zeker in het geval van verschillende kosten). Er kan sprake zijn van een gebrek aan kennis en begrip van de voorwaarden van de regeling, wat leidt tot fouten in de aangifte inkomstenbelasting. Ook over de algemene voorwaarden is verwarring bij de burger, met name wat betreft de eigen bijdrage en in mindere mate het eigen risico. Daarnaast blijkt dat het aangifteprogramma niet altijd aandachtig wordt doorgelezen en dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de webpagina over de voorwaarden aftrek specifieke zorgkosten van de Belastingdienst (in maart 2021 waren er 65.000 unieke paginaweergaven, terwijl er een veelvoud aan gebruikers van de aftrekpost zijn). Verder heeft niet elke belastingplichtige een goede administratie van zijn of haar zorgkosten. Tot slot zien sommigen af van het recht op aftrek door de gepercipieerde complexiteit en zijn anderen juist te sterk overtuigd van hun recht op aftrek van bepaalde kosten.
- *Gelegenheid*: de omstandigheden die buiten de persoon liggen die bepaald gedrag bevorderen of belemmeren. Hierbij zijn er een aantal gerelateerde oorzaken. Sommige voorwaarden zijn te ingewikkeld en blijken ook voor experts bewerkelijk te zijn, waarbij de huidige opzet van de voorwaarden ruimte biedt voor grijs gebied en verschillende interpretaties. Ook is er ruimte voor

belastingplichtige kan aantonen dat de kosten meer dan €600 per jaar bedragen er een bedrag van €750 mag worden afgetrokken.

⁹⁹ Ministerie van Financiën (2016). Onderzoek naar gebruik aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten.

¹⁰⁰ Belastingdienst (2021). Oorzaakanalyse Nalevingstekort Specifieke Zorgkosten.

verbetering wat betreft de informatievoorziening (zowel aangifteprogramma als website) en kan een gebrek aan correctie van de aangifte door het systeem leiden tot schijnfeedback over de juistheid van de aangifte.

- *Motivatie*: hierbij gaat het om de motieven die belastingplichtigen hebben om een keuze te maken (bewust of onbewust) voor een bepaald bedrag. Mensen lijken gemaakte zorgkosten te snel te associëren met een recht op zorgaf trek. De sociale omgeving wijst mensen op de mogelijkheid tot aftrek, waardoor belastingplichtigen wellicht niet kritisch genoeg zijn over de rechtmatigheid van de aftrek. Ook vertoont een deel van de mensen die aangifte doet kopieer- en gewoontegedrag (door bijvoorbeeld elk jaar exact hetzelfde bedrag in te vullen). Tot slot blijkt uit het onderzoek van de Belastingdienst dat een deel ook bewust de grens opzoekt en ruimhartig met de regels omgaat. Een voorbeeld hiervan kwam in juni 2022 ook in het nieuws. Toen werd bekend dat het Openbaar Ministerie acht maanden onvoorwaardelijke celstraf eiste tegen een 47-jarige man uit Den Haag die zich schuldig zou hebben gemaakt aan het op grote schaal valselijke opmaken en opzettelijk onjuist indienen van aangiften inkomstenbelasting voor zijn cliënten en ook voor zichzelf. Hij zou daarbij in een derde van de 1.350 aangiften die had hij ingediend, (te hoge) zorgkosten hebben opgevoerd.¹⁰¹

6.4 Mate waarin kosten voortvloeien uit chronische ziekten of beperking

Relevante onderzoeksvraag:

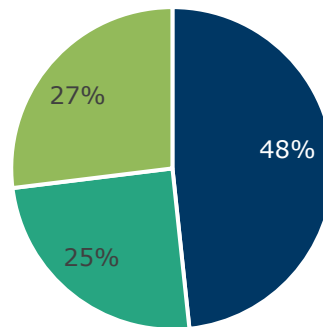
- In welke mate vloeien de kosten voor gebruikers van de specifieke zorgkosten-regeling voortuit uit een chronische ziekte of beperking?

Voor de doelmatigheid van de regeling is het ook nog van belang om te kijken in welke mate de in aftrek gebrachte kosten voortvloeien uit een *chronische* ziekte of beperking. Het gaat hier niet om onjuist gebruik want het is geen voorwaarde van een regeling dat de kosten moeten voortvloeien uit een *chronische* ziekte of beperking. De voorwaarde is dat de kosten voortvloeien uit ziekte of invaliditeit. Het is voorstelbaar dat er relevante kosten worden gemaakt die het gevolg zijn van ziekte, maar die niet het gevolg zijn van een chronische ziekte. Bijvoorbeeld een gezond persoon (of zelfs een persoon met een chronische ziekte) die een blessure oploopt bij het sporten en daarvoor behandelingen nodig heeft van een fysiotherapeut (en waarvoor deze persoon niet verzekerd is).

Uit de beschikbare informatie is nu niet te achterhalen in welke mate de zorgkosten die nu worden opgevoerd voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking. Om dat te achterhalen hebben wij voor dit onderzoek een enquête uit laten zetten onder de Nederlandse bevolking. In deze enquête hebben wij gevraagd of mensen gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling én of de gemaakte kosten voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking. In Figuur 12 zijn de resultaten daarvan te zien.

¹⁰¹ Openbaar Ministerie (2022) *Op grote schaal onjuiste aangiften inkomstenbelasting*. <https://www.om.nl/actueel/nieuws/2022/06/02/op-grote-schaal-onjuiste-aangiften-inkomstenbelasting>

Zijn de zorgkosten die zijn opgegeven, gemaakt als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking?

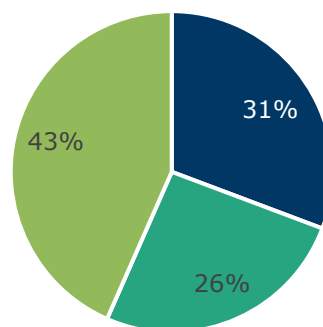


■ Ja, volledig ■ Ja, deels ■ Nee

Figuur 12 Gebruikers van de aftrek: zorgkosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking (n = 861)

Uit de enquête komt naar voren dat in bijna de helft van de gevallen de gemaakte zorgkosten volledig voortvloeien uit een chronisch ziekte of beperking. Bij een kwart is dit deels het geval en bij iets meer dan een kwart is überhaupt niet het geval. Wij hebben de dezelfde vraag gesteld aan de respondenten die geen gebruik maken van de aftrek specifieke zorgkosten maar wel te maken hebben met zorgkosten. In Figuur 13 zijn daarvan de resultaten te zien.

Zijn de zorgkosten die zijn opgegeven, gemaakt als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking?



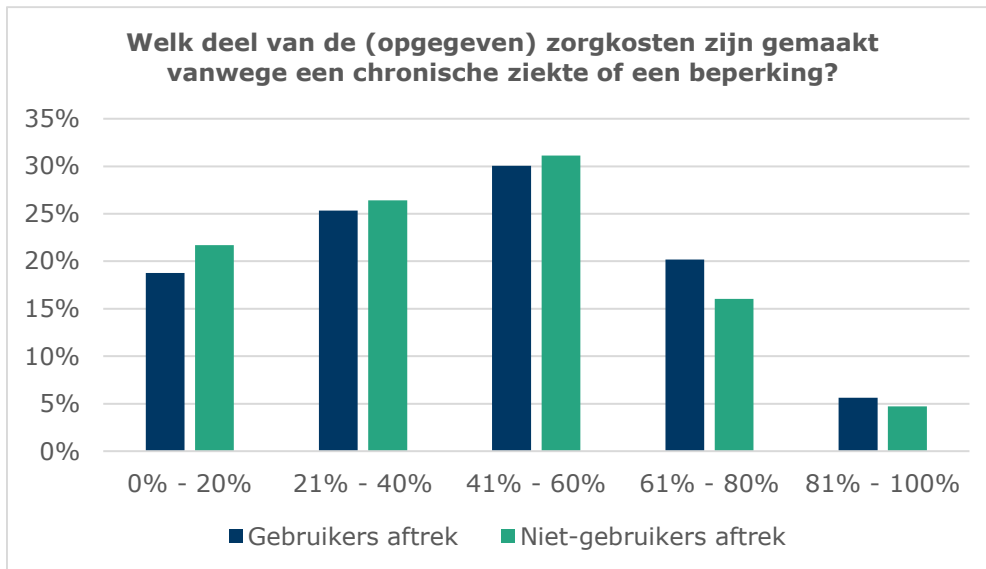
■ Ja, volledig ■ Ja, deels ■ Nee

Figuur 13 Niet-gebruikers van de aftrek die wel zorgkosten hebben: zorgkosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking? (n = 410)

Wat opvalt bij bovenstaande figuur is dat bij de groep die niet gebruik maakt van de aftrek maar wel zorgkosten heeft, een beduidend kleiner deel van de respondenten aangeeft dat de zorgkosten volledig toe te schrijven zijn aan een chronische ziekte of beperking (31%

versus 47%). Bij deze groep geeft een groter deel (43% versus 27%) juist aan dat de zorgkosten helemaal niet het gevolg zijn van een chronische ziekte of beperking.

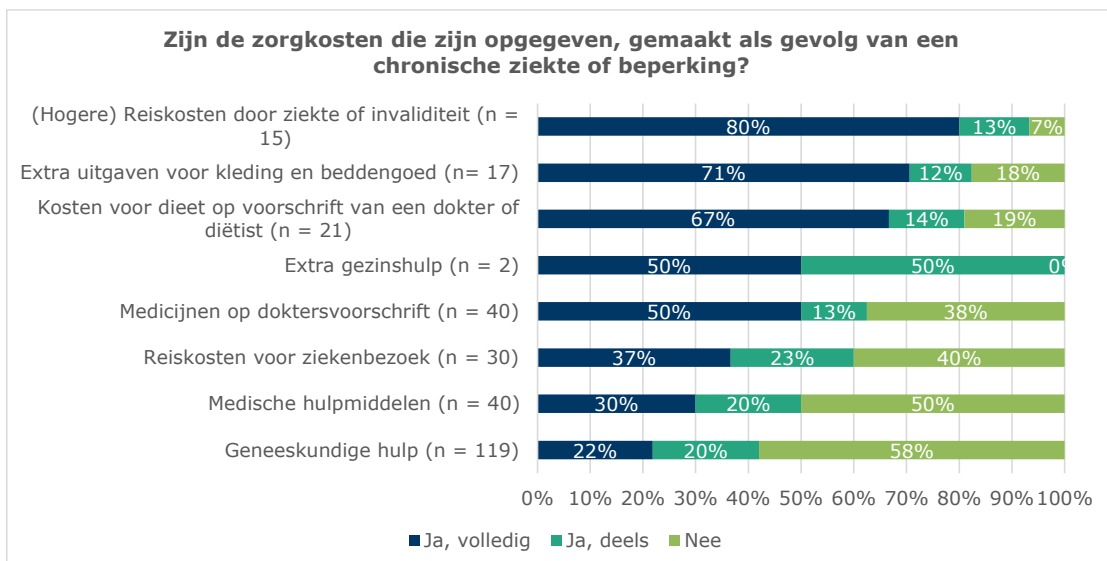
Aan zowel de gebruikers als de niet-gebruikers is ook nog gevraagd welk deel van de opgegeven zorgkosten zijn gemaakt vanwege een chronische ziekte of beperking. In Figuur 14 zijn daarvan de resultaten terug te zien.



Figuur 14 Deel van de (opgegeven) zorgkosten die zijn gemaakt als gevolg van chronische ziekte of beperking. Zowel onder gebruikers (n = 213) als niet-gebruikers van de aftrekpost (n = 106)

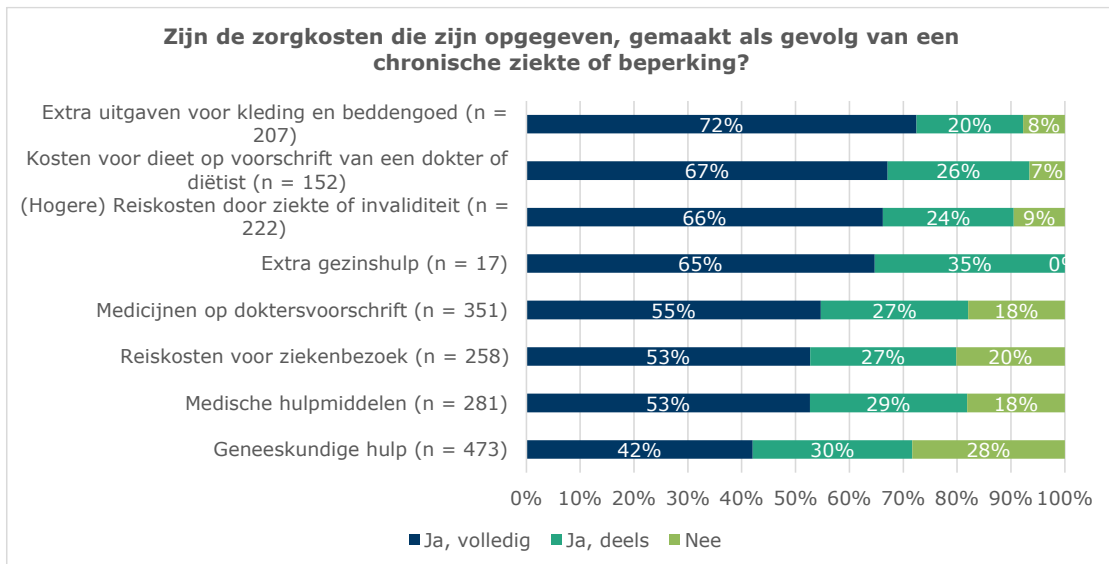
Het eerste dat opvalt is dat de resultaten voor zowel de gebruikers van de aftrek als de niet-gebruikers van de aftrek vrijwel hetzelfde zijn. Verder valt op dat het grootste gedeelte van de respondenten aangeeft dat 60% of minder van de kosten het gevolg zijn van een chronische ziekte of beperking (ca. 75% voor de gebruikers van de aftrek en ca. 80% voor de niet-gebruikers van de aftrek).

Wij hebben ook een analyse uitgevoerd per kostensoort, zie daarvoor Figuur 15.



Figuur 15 Zorgkosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking per kostensoort voor de groep met één opgegeven kostensoort (n = 284)

Voor deze analyse hebben wij gekeken naar de groep personen die in de enquête gebruik maakt van de specifieke zorgkosten-regeling én maar één kostensoort heeft opgegeven. Binnen deze groep hebben wij gekeken wat hun antwoord was op de vraag of de zorgkosten die zijn opgegeven, gemaakt zijn als gevolg van een chronische ziekte of beperking. In Figuur 16 is het resultaat te zien voor de groep die twee of meer kostensoorten heeft opgegeven.



Figuur 16 Zorgkosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking per kostensoort voor de groep met twee of meer opgegeven kostensoorten (n = 544)

Beide groepen kennen overigens een andere context. Voor de groep die maar één kostensoort hebben opgegeven weten wij zeker dat de kostensoort voortvloeit uit chronische ziekte of beperking. Bij de groep die meerdere kostensoorten hebben opgegeven is het lastiger te bepalen. Het kan namelijk zo zijn dat iemand die twee kostensoorten heeft opgegeven de ene maakt als gevolg van een chronische ziekte of beperking en die ander niet. De kans bestaat dat die persoon dan *Ja, deels* antwoord op de vraag of de opgegeven kosten voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking. Dit antwoord komt dan terug bij beide kostensoorten; mensen hebben namelijk meerdere kostensoorten aangegeven maar slechts één keer de vraag beantwoord of de kosten gemaakt zijn als gevolg van een chronische ziekte of beperking. Tegelijkertijd kan er gesteld worden dat de personen die meerdere kostensoorten opgeven representatiever zijn omdat een persoon met een chronische ziekte of beperking meerdere kosten maakt en minder snel incidentele kosten heeft (wat wel het geval kan zijn bij een persoon die maar één kostensoort opgeeft).

Gegeven de lage aantallen respondenten kunnen wij geen harde conclusies te trekken uit de resultaten maar wat opvalt uit Figuur 16 is dat bij *Geneeskundige hulp* relatief weinig wordt aangegeven dat dit het gevolg is van een chronische ziekte of beperking. Ook binnen de groep die meerdere kostensoorten opgeeft staat *Geneeskundige hulp onderaan* (wel met een hoger percentage). Gezien de aard van de kostensoort (o.a. fysiotherapie en tandartskosten vallen er onder) is het in onze ogen niet onlogisch dat bij deze kostensoort het minst vaak wordt aangegeven dat deze volledig voortvloeit uit een chronische ziekte of beperking.

Verder valt op dat degene die meerdere kostensoorten opgeven vaker aangeven dat de kosten deels voortvloeien uit chronische ziekte of beperking, wat ook niet geheel onlogisch is gezien het voorbeeld uit voorgaande alinea. Desalniettemin geeft de groep die twee of meer kostensoorten opvoeren vaker aan dat de kosten volledig voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking en minder vaak aan dat de kosten niet voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking dan de groep die maar één kostensoort opvoert.

6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld:

Budgettair belang

- Wat is het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling?
- Wat is het budgettair belang van de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
- In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de vermenigvuldigingsfactoren?
- Wat is het budgettair belang van de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling?
- In welke mate zijn er gedragseffecten te verwachten bij een eventuele afschaffing van de drempel?

Onbedoeld en onjuist gebruik

- In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van onbedoeld gebruik gezien de doelstelling van de regelingen? Met onbedoeld gebruik wordt bedoeld dat de in aftrek gebrachte kosten ook vallen onder een voorliggende voorziening maar daar geen gebruik van wordt gemaakt. Om welke soort kosten gaat het hierbij?
- In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van verkeerd gebruik van de regeling door gebrek aan kennis of ervaren complexiteit ('kennen')? Met verkeerd gebruik wordt bedoeld onjuist gebruik, bijv. omdat de in aftrek gebrachte kosten van aftrek zijn uitgesloten of niet drukken omdat er een vergoeding is ontvangen. In hoeverre is er bij de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling sprake van bewust verkeerd gebruik (oneigenlijk, misbruik of fraude)?
- Op welke wijze spelen gedragsfactoren een rol bij onbedoeld gebruik van de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling? Zijn de regelingen wat dat betreft voldoende toegespitst op de doelgroep?
- In welke mate vloeien de kosten voor gebruikers van de specifieke zorgkosten-regeling voortuit uit een chronische ziekte of beperking?

Doelmatigheid

- In hoeverre zijn de uitgaven voor de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling doelmatig?
- Zijn de gehanteerde vermenigvuldigingsfactoren in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doelmatig?
- Is de gehanteerde drempel in de uitgaven voor specifieke zorgkosten-regeling doelmatig?

Budgettair belang

Het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling bedroeg in 2019 € 267 miljoen. Voor de TSZ-regeling ging het om een bedrag van € 65 miljoen in 2019.

De aanwezigheid van de vermenigvuldigingsfactoren zorgt er voor dat het budgettair belang van de specifieke zorgkosten-regeling €64 miljoen hoger ligt dan wanneer de vermenigvuldigingsfactoren er niet waren geweest. Er zouden ongeveer 90.000 minder huishoudens zijn geweest die gebruik maakten van de specifieke zorgkosten-regeling zijn als de

vermenigvuldigingsfactoren er niet waren geweest. Deze mensen met een relatief laag inkomen hebben wel meerkosten, maar krijgen bij afwezigheid van de vermenigvuldigingsfactoren geen tegemoetkoming meer omdat hun zorgkosten niet meer boven de drempel uitkomen. Als de vermenigvuldigingsfactoren er niet meer zouden zijn, dan is er ook nog groep mensen die nog wel een tegemoetkoming krijgt maar waarbij de tegemoetkoming lager is dan eerst. Dit kan als effect hebben dat minder mensen gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling, omdat de administratieve last niet opweegt tegen de uiteindelijke compensatie. Het is lastig in te schatten hoe groot dit gedragseffect is.

De aanwezigheid van de drempel zorgt er voor dat het budgettaire belang van de specifieke zorgkosten-regeling minimaal €151 miljoen lager ligt dan wanneer er geen drempel was geweest. Het afschaffen van de drempel zou ook tot gedragseffecten leiden. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat er mensen zijn die wel zorgkosten hebben maar ze nu niet opvoeren omdat ze niet boven de drempel uitkomen. Het is niet goed mogelijk om aan te geven tot hoeveel extra gebruikers (of kosten) de afschaffing van de drempel zou leiden.

Onbedoeld en onjuist gebruik

Uit het onderzoek komt naar voren dat er sprake is van onbedoeld gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling. Het is alleen niet mogelijk iets te zeggen over de mate waarin het voorkomt. Een van de voorbeelden van onbedoeld gebruik die wij tegenkwamen in het onderzoek was het vervoer naar het ziekenhuis. Er was daarvoor een vergoeding vanuit de Wmo beschikbaar maar die werd niet passend geacht waardoor men het vervoer zelf regelde en teruggreep op de specifieke zorgkosten-regeling.

Er is daarnaast ook sprake van onjuist gebruik van de regeling waardoor tegemoetkomingen deels terecht komen bij mensen voor wie ze niet of in mindere mate zijn bedoeld. Uit informatie van de Belastingdienst blijkt dat er in 2018 bij 28% van de gebruikers van de aftrekpost (in de belastingaangifte) sprake is van een correctiepotentieel. Hiermee wordt bedoeld op foutief ingevulde aangiften waar een correctie kan plaatsvinden. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van €346 miljoen (39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). Het gaat dan zowel om onbewust als bewust verkeerd gebruik. Het onjuiste gebruik van de regeling kan meerdere oorzaken hebben, zoals een gebrek aan kennis over de voorwaarden van de regeling bij belastingplichtigen en gewoontegedrag (elk jaar dezelfde kostenposten opvoeren). Daarnaast kan een gebrek aan correctie van de aangifte door het systeem leiden tot schijnfeedback over de juistheid van de aangifte door het ontbreken van contra-informatie bij de Belastingdienst over de gemaakte meerkosten van de belastingplichtigen.

Mate waarin kosten voortvloeien uit chronische ziekten of beperking

De opgevoerde zorgkosten bij de specifieke zorgkosten-regeling komen naar schatting voor de helft volledig voort uit een chronische ziekte of beperking. Bij een kwart is dit deels het geval en bij iets meer dan een kwart is überhaupt niet het geval. Een aanzienlijk deel van het budgettaire beslag komt dus niet ten goede aan mensen met een chronische ziekte of beperking.

Doelmatigheid

Afgaande op alle informatie die in dit onderzoek is verzameld, is onze ogen de doelmatigheid van de specifieke zorgkosten-regeling beperkt te noemen. Zo blijkt uit informatie van de Belastingdienst dat er sprake is van substantieel onjuist gebruik van de regeling (naar schatting 39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten). In onze eigen enquête zagen wij verder dat bij meer dan een kwart van de personen de zorgkosten niet voortvloeien uit een

chronische ziekte of beperking en bij een kwart maar deels. Dit valt niet onder het onjuiste gebruik (alhoewel het te verwachten is dat er binnen deze groep ook onjuist gebruik is) maar geeft wel aan dat de specifieke zorgkosten-regeling niet doelgericht is.

De doelmatigheid van de vermenigvuldigingsfactoren is lastig vast te stellen. De vermenigvuldigingsfactoren zijn weliswaar doeltreffend, ze laten tenslotte de zorgkosten van lage inkomens meer waard worden, maar bij de niet-AOW'ers is niet duidelijk wat hiervan het oorspronkelijk doel is. Voor de AOW'ers is dit wel duidelijk; zij kennen namelijk een lager belastingtarief dan niet-AOW'ers in een vergelijkbare situatie en profiteren daardoor minder van de aftrek. De vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers zorgt er daarnaast voor dat de vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers nu 113% bedraagt. De vermenigvuldigingsfactor voor AOW'ers zou maar 39,4% hoeven te bedragen om hen dezelfde teruggave te geven als vergelijkbare niet-AOW'ers (wanneer die geen vermenigvuldigingsfactor kennen).

De doelmatigheid van de drempel is niet vast te stellen. Wij kunnen namelijk niet inschatten of de drempel doeltreffend is. Op het moment dat de doeltreffendheid van het beleid niet is vast te stellen is het ook niet mogelijk om de doelmatigheid te bepalen.

7 Toekomstgerichte analyse

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de toekomst. De aanpak voor de toekomstgerichte analyse staat beschreven in paragraaf 1.5.6. In deze toekomstgerichte analyse vinden wij het belangrijk om de personen om wie het gaat centraal te stellen. Hierbij sluiten we aan bij het VN-verdrag Handicap en het inclusief beleid van de overheid. Dit houdt in dat iedereen in Nederland de mogelijkheid moet hebben om volwaardig te participeren in onze samenleving, dus ook mensen die beperkingen ondervinden door problemen met hun gezondheid. Deze mensen moeten evengoed als anderen kunnen participeren in de samenleving.

De specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling dragen hieraan bij en zijn belangrijk voor de doelgroep. Het zijn landelijke regelingen die voor personen met een chronische ziekte of aandoening fungeren als een vangnet bij meerkosten in de zorg. Er is echter ruimte voor verbetering. In dit hoofdstuk onderzoeken we hoe een gerichtere compensatie van de meerkosten voor personen met een chronische aandoening of beperking plaats kan vinden. Dit betekent dat we niet alleen naar de verbetering van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling kijken maar ook naar andere regelingen en de samenhang daartussen.

We vatten in de volgende paragraaf eerst samen wat de belangrijkste knelpunten zijn van de huidige regelingen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Dit geeft aanleiding om te kijken naar aanpassingen en alternatieven. Om de aanpassingen en alternatieven systematisch te onderzoeken stellen we een beoordelingskader op. De aanpassingen en alternatieven beschrijven we vervolgens en die worden beoordeeld op de verschillende criteria door middel van het beoordelingskader. Op basis hiervan trekken we conclusies en doen we aanbevelingen.

7.2 Belangrijkste knelpunten huidige vormgeving

We vatten hierna de knelpunten van de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling samen die wij tegenkwamen in dit onderzoek. We maken hierbij onderscheid naar knelpunten ten aanzien van de inhoud (kosten die worden vergoed), vormgeving, het gebruik, uitvoeringsaspecten en de samenloop met andere domeinen: gemeentelijk domein en de zorgverzekeraars.

A. *Knelpunten ten aanzien van de inhoud (kosten die vergoed worden):*

- 1. Ouderdom wordt door de Belastingdienst niet gezien als ziekte.** Bijna alle ouderen hebben te maken met relevante kosten als gevolg van ziekte of beperkingen. Ouderdom komt met gebreken. Slechts een klein deel blijft helemaal gezond. De Belastingdienst geeft aan dat ouderdom niet als ziekte wordt beschouwd. Het is echter moeilijk om een grens te trekken wanneer iets moet worden gezien als ouderdom, of als een ziekte. De vraag is bijvoorbeeld wanneer incontinentie bij ouderen het gevolg is van ouderdom of ziekte. Dit leidt tot onduidelijkheid over de aftrekbaarheid van hulpmiddelen (zie paragraaf 5.3). Daarnaast is er in het kader van de doelstelling van de specifieke zorgkosten-regeling, die er voor moet zorgen dat chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren, geen goede onderbouwing om ouderdom uit te sluiten.
- 2. Niet alle relevante (zorg)kosten worden vergoed en tegelijkertijd wordt soms juist niet noodzakelijke zorg wel vergoed.** Voor veel mensen met een

chronische ziekte of beperking blijven er soms veel kosten over die door geen enkele regeling worden gedekt. Mensen met een chronische ziekte of beperking blijven bijvoorbeeld vaker thuis, hebben soms nadelige gevolgen van een te lage temperatuur en hebben daardoor meer stookkosten. Ook heeft deze groep vaak, vanwege hun ziekte of beperking, minder mogelijkheden om inkomen te vergaren. En dan zijn er nog specifieke kosten waar sommige patiënten zelf voor moeten opdraaien. Zo moeten sommige personen met een nieraandoening drie keer per week naar het ziekenhuis voor dialyse. De dialyse zelf en de reiskosten vallen onder de verzekerde zorg, maar de parkeerkosten bij het ziekenhuis worden niet vergoed. Verschillende voor de doelgroepen essentiële zorgkosten worden niet gedekt door de zorgverzekering. Vooral kapitaalkrachtige diabetespatiënten schaffen bijvoorbeeld zelf een real-time insulinepomp aan om hun kwaliteit van leven te verbeteren, omdat deze niet binnen de verzekerde zorg valt. Het gaat echter ook om bepaalde medicijnen.¹⁰² Er zijn weliswaar gemeentelijke regelingen die als doel hebben om een tegemoetkoming te bieden aan mensen met een chronische ziekte of beperking. De gemeente Amsterdam vergoedt bijvoorbeeld stookkosten en maaltijdkosten (kosten die hoger liggen voor mensen met een chronische ziekte of beperking), zie ook paragraaf 3.3.2. Personen die niet in een gemeente wonen waar dit vergoed wordt krijgen echter ook geen vergoeding voor deze kosten via de specifieke zorgkosten-regeling. Aan de andere kant worden luxere zorgkosten soms juist wel vergoed, zoals luxe gehoortoestellen, of geneeskundige hulp die niet per se noodzakelijk is.

- 3. Slechts gedeeltelijke vergoeding.** De aftrek van specifieke zorgkosten resulteert slechts in een gedeeltelijke vergoeding van de kosten. Naast dat niet alle meerkosten worden vergoed is de specifieke zorgkosten-regeling een aftrek van de belastingwaardoor de persoon nooit het gehele bedrag terugkrijgt. Gesteld zou kunnen worden dat wanneer de zorg voor een individu noodzakelijk en effectief is de kosten volledig vergoed zouden moeten worden.

B. Knelpunten in de vormgeving:

- 1. Werking vermenigvuldigingsfactor niet-AOW'ers arbitrair.** De vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers is vanuit de regeling bezien doeltreffend; hun aftrek wordt namelijk meer waard. Echter, het is niet duidelijk waarom de aftrek voor de niet-AOW'ers meer waard moet worden. Bij de AOW'ers is het wel duidelijk waarom er sprake is van een vermenigvuldigingsfactor; zij kennen namelijk een lager marginaal belastingtarief (zie ook het rekenvoorbeeld in paragraaf 4.4). Bij de niet-AOW'ers is hier geen sprake van.
- 2. Geen tegemoetkoming voor mensen met weinig of geen inkomen.** Om in aanmerking te komen voor de specifieke zorgkosten-regeling of de TSZ-regeling dient een persoon belastingaangifte te doen. Juist de mensen in deze doelgroep doen dit echter niet altijd, omdat zij dusdanig weinig verdienen (of zelfs niets) dat zij, na hun heffingskortingen en aftrek voor zorgkosten, toch geen inkomstenbelasting verschuldigd zijn. Daarnaast blijkt uit de interviews dat een deel van de doelgroep (nog) nooit zorgkosten heeft opgegeven bij de belastingaangifte omdat ze bang zijn om fouten te maken. Dit betekent eigenlijk dat een fiscale maatregel voor deze groep per definitie niet doeltreffend is (zie ook paragraaf 4.3) Een deel van deze mensen kan gebruik maken van individuele financiële tegemoetkomingen of een individuele bijzondere bijstand die een deel van de gemeenten bieden (zie ook eerder

¹⁰² Dit punt kwam naar voren in de interviews met de cliëntorganisaties.

onderzoek¹⁰³). Alleen niet alle gemeenten hebben dergelijke voorzieningen. De gemeenten die de voorzieningen wel hebben, hanteren daarnaast verschillende toelatingscriteria waardoor niet iedereen in aanmerking komt.

- 3. De drempel zorgt ervoor dat zorgkosten niet altijd kunnen worden afgetrokken.** Dit kan met name voor personen en huishoudens met een laag inkomen problematisch zijn. Echter, ook voor personen met een hoger inkomen die wel structureel de rest van hun leven, vanwege een chronische ziekte of beperking, extra zorgkosten moeten betalen is de drempel nadelig. De forfaits van de dieetkosten zijn bijvoorbeeld op een dusdanig laag bedrag vastgesteld, dat feitelijk alleen mensen met een laag inkomen én extra dieetkosten gebruik kunnen maken van de regeling.¹⁰⁴ In het kader van de opgegeven doelstelling van de regeling is het voor personen en huishoudens met hogere inkomens wel de vraag of hun maatschappelijk participeren wordt belemmerd door de (hoge) drempel.
- 4. De specifieke zorgkosten-regeling is bedoeld als vangnet maar werkt in de praktijk niet zo.** Bij kostensoorten die juridisch zowel onder voorliggende voorzieningen vallen als onder de specifieke zorgkosten-regeling is er onduidelijkheid in de huidige vormgeving van de specifieke zorgkosten-regeling. In deze gevallen is immers niet bepaald of mensen eerst naar de voorliggende voorzieningen moeten om daar een vergoeding te krijgen en pas als dat niet zo is zij gebruik kunnen maken van de specifieke zorgkosten-regeling.

C. *Knelpunten ten aanzien van het gebruik:*

- 1. De bekendheid van de specifieke zorgkosten-regeling is niet eenduidig.** De organisaties die wij gesproken hebben informeren jaarlijks hun achterban over de specifieke zorgkosten-regeling, vooral omdat er steeds nieuwe mensen in de doelgroep bijkomen die voorheen niet of minder met structurele zorgkosten te maken hebben gehad. Deze organisaties hebben het gevoel dat de regeling buiten hun leden (die zij periodiek hierover informeren) minder goed bekend is. Over het algemeen bestaat vanuit de interviews het beeld dat de regeling onvoldoende bekend is bij de achterban en dat daar vanuit het Rijk (te) weinig aandacht aan wordt besteed. De uitkomsten van de enquêtes laten zien dat de mensen over het algemeen wel bekend lijken te zijn met de regeling.
- 2. Bepaalde specifieke onderdelen van de regelingen zijn helemaal niet goed bekend, zoals de vermenigvuldigingsfactoren en de TSZ-regeling zelf.** Veel mensen met lage inkomens weten niet dat ze voor de TSZ-regeling in aanmerking komen, die moeten daar apart op gewezen worden. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen vaak niet eens de oproep om hun belasting aan te geven. Totaal onbekend bij de gesprekspartners is de mogelijkheid om in latere jaren, eerder opgegeven zorgkosten te kunnen verzilveren.
- 3. Naast de algemene bekendheid is er onduidelijkheid over welke kosten precies aftrekbaar zijn.** Hoewel uit de enquête blijkt dat het voor de respondenten redelijk duidelijk is welke kosten mogen worden opgevoerd, komt er uit de interviews een ander beeld naar voren. Daaruit blijkt dat er juist veel onduidelijkheid is. Denk aan medicijnen die niet meer vergoed worden door de zorgverzekeraar of waar de patiënt geen indicatie meer voor heeft. Tijdens de interviews hoorden we verschillende keren dat zelfs belastingadviseurs niet weten welke kosten precies afgetrokken

¹⁰³ Badou, M., Kwakernaak, M., Leegater, M., Jansen Lorkeers, L., Mesic, A., Telder, K., Vos, W. & Wits, E. (2021) *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten*.

¹⁰⁴ Dit punt kwam naar voren in de interviews met de cliëntorganisaties.

mogen worden. Ook maatschappelijk werkers die patiënten ondersteunen vragen vaak om hulp bij de belangenorganisaties. Elk type zorgkosten dat binnen de regeling valt, heeft eigen regels, wat de regeling complex maakt voor gebruikers. Gebruikers worden soms ook in verwarring gebracht door de vermenigvuldigingsfactor, omdat ze niet snappen waarom de zorgkosten ineens hoger uitvallen dan wat ze hebben opgegeven. Ook zou het helpen als de gebruiker tijdens het doen van de aangifte direct kan zien welk bedrag hij of zij ontvangt vanuit de TSZ-regeling.

4. **De taal waarin de regeling wordt uitgelegd wordt als zeer complex ervaren.** Vooral de dieettabel is berucht, met woorden als "metabole ziekte", "insulineresistentie" en "sterk koolhydraatbeperkt".
5. **De regels die gaan over het goed toepassen maken het ingewikkeld.** Het is in de praktijk soms moeilijk om de grens te bepalen tussen wat 'reguliere' zorgkosten zijn en wat 'meerkosten'. Daarvoor moet je de situatie van een persoon met een chronische aandoening vergelijken met de situatie van een persoon zonder chronisch aandoening die (verder) in een vergelijkbare situatie verkeert. Dat is soms erg ingewikkeld.
6. **Mensen met chronische dieetkosten zijn soms afhankelijk van de (interpretatie) van diëtisten en kunnen soms wel, soms geen dieetkosten (meer) opgeven.** Er bestaat bij de cliëntorganisaties ook het beeld dat de inschatting van de hoogte van de dieetkosten niet op een weloverwogen manier gebeurt en dat de forfaits niet altijd goed aansluiten bij de daadwerkelijke dieetkosten. Daarnaast is de hoogte van een forfait soms op onnavolgbare wijze verlaagd en het jaar daarna weer verhoogd. Ook is de definitie van een 'eiwitrijk dieet' plotseling aangepast waardoor diëtisten aangeven dat ze geen verklaring meer kunnen afgeven.
7. **De regeling is complex en fout- en interpretatiegevoelig.** Hoewel uit de enquêteresultaten blijkt dat gebruikers de regeling goed lijken te begrijpen en het voor hen redelijk duidelijk is welke kosten opgevoerd mogen worden hebben wij daar twijfels over. Uit de cijfers van de Belastingdienst blijkt namelijk dat er naar schatting bij 28% van de aangiften met zorgkosten fouten worden gemaakt. Uit een nadere analyse van de uitvoerbaarheid (zie paragraaf 5.3) blijkt dat de regeling ook veel complexiteiten kent. Ook worden er (mogelijk daardoor) fouten gemaakt bij het indienen van de belastingaangifte. Zo werd in het verleden bijvoorbeeld geregeld het eigen risico en/of de eigen bijdrage opgevoerd (zie onder andere paragraaf 6.3.2.) De angst is groot om een fout te maken en daarvoor gestraft te worden door de Belastingdienst. Deze angst wordt versterkt doordat de regeling als zeer complex wordt ervaren.
8. **Personen met een laag besteedbaar inkomen maken niet altijd gebruik van zorg omdat ze het niet kunnen betalen.**¹⁰⁵ Deze personen kunnen de specifieke zorgkosten-regeling niet gebruiken, omdat ze geen zorgkosten *kunnen* maken.

D. *Knelpunten in de uitvoering:*

1. **Moeilijk te controleren.** De Belastingdienst kan niet geautomatiseerd controleren of de opgegeven zorgkosten daadwerkelijk zijn gemaakt, of medicijnen door een arts zijn voorgeschreven en of de zorgkosten al door een zorgverzekeraar zijn vergoed. Deze controle moet dan handmatig plaatsvinden, door o.a. betalingsbewijzen op te vragen. Dit is zeer arbeidsintensief.

¹⁰⁵ Dit punt kwam naar voren in de interviews met de cliëntorganisaties.

2. **De opgevoerde kosten zijn lang niet altijd het gevolg van chronische ziekte of aandoening.**¹⁰⁶ De enquêteresultaten van het onderzoek laten zien dat er aanwijzingen zijn dat de opgevoerde zorgkosten lang niet altijd voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking (zie paragraaf 6.4). De regeling richt zich wel expliciet op personen met een chronische ziekte of beperking en de kosten als gevolg van die ziekte of beperking. Dit is ook niet te operationaliseren zonder medische verklaring.
3. **De inkoop vanuit de persoon met een chronische aandoening is mogelijk niet doelmatig.** Bij de huidige specifieke zorgkosten-regeling kan iemand bijvoorbeeld zelf een auto laten aanpassen en vervolgens de kosten hiervoor opvoeren. Een individueel persoon heeft echter een minder goede onderhandelingspositie dan wanneer de aanpassing van auto's collectief zou worden ingekocht. Hier staat tegenover dat de prikkel wel doelmatigheid in de hand werkt, omdat slechts een gedeelte van de kosten via de inkomstenbelasting vergoed wordt.

E. *Knelpunten in de samenloop met het gemeentelijk domein:*

1. **Geen tegemoetkoming voor structureel betalen abonnementstarief Wmo.** Het is aannemelijk dat juist mensen met een chronische aandoening structureel het abonnementstarief (de vaste eigen bijdrage) voor de Wmo moeten betalen. De eigen bijdrage is uitgezonderd van de specifieke zorgkosten-regeling.
2. **Gemeentelijke regelingen variëren sterk en veranderen.** Een deel van de mensen met een chronische ziekte en/of beperking maakt gebruik van voorzieningen van de gemeenten. Het kan bijvoorbeeld gaan om woningaanpassingen, hulpmiddelen, vervoer of hulp bij het huishouden (vallend onder de Wmo). Er zijn ook andere voorzieningen die afhankelijk van de gemeente beschikbaar zijn, zoals een gemeentepolis/minimapolis¹⁰⁷ (met een doorgaans iets lagere maandpremie en met soms de mogelijkheid om via een aanvullende verzekering bepaalde zorgkosten vergoed te krijgen) en er bestaat in sommige gemeenten een regeling voor de tegemoetkoming in de (extra) zorgkosten. Of gemeenten dergelijke voorzieningen hebben en welke voorwaarden daarbij worden gehanteerd kan sterk verschillen tussen gemeenten. Maar ook binnen een gemeente kunnen er van het ene op het andere jaar verschillende keuzes gemaakt worden.
3. **Gemeentelijke regelingen kennen vaak aanvullende voorwaarden en zijn vaak alleen beschikbaar voor lage inkomens.** Personen die (net) een hoger inkomen hebben, maar door hoge zorgkosten wel worden belemmerd in het maatschappelijk participeren vallen hierdoor buiten de boot.
4. **Gemeentelijke regelingen worden als complex ervaren.** Cliëntorganisaties geven aan dat de toegang tot verschillende regelingen vaak ingewikkeld is en dat het voor gebruikers moeilijk te begrijpen is (hoe of) wanneer ze aan de voorwaarden (kunnen) voldoen.
5. **De gemeentelijke zorgpolis (minimapolis) wordt niet door elke zorgverzekeraar aangeboden.** Personen met een chronische aandoeningen moeten daardoor overstappen, waarbij ze bang zijn dat hun reeds (goed) ingeregelde zorg kan veranderen.

¹⁰⁶ De Memorie van Toelichting spreekt over chronische ziekte. De wet noemt enkel ziekte. Het is met het oog op de uitvoering bewust ziekte geworden, en niet chronische ziekte, zodat de Belastingdienst geen onderscheid hoeft te maken.

¹⁰⁷ De gemeentepolis is een zorgverzekering (basis en/of aanvullend) voor inwoners met een laag inkomen, waarvan de gemeente een deel van de premie vergoedt.

6. **Om gemeentelijke voorzieningen te kunnen gebruiken moet vaak een lang proces worden doorlopen voordat er daadwerkelijk gebruik van kan worden gemaakt.** Dit blijkt uit gesprekken met patiëntorganisaties.
7. **Gemeentelijke voorzieningen sluiten niet altijd goed aan bij de specifieke situatie van personen met een chronische aandoening.** Hierdoor moeten zij het uiteindelijk zelf regelen en betalen. Een voorbeeld is dat mensen in aanmerking kunnen komen voor vervoer vanuit de Wmo (zoals naar het ziekenhuis), maar dat daar dusdanige haken en ogen aan zitten zoals beperkingen met betrekking tot de tijden om te kunnen reizen, de omrijd kilometers/tijd of het aantal kilometers die beschikbaar zijn.
8. **De specifieke zorgkosten-regeling geeft mogelijk verkeerde prikkel voor gemeenten.** Personen die nu niet bij hun gemeente terecht kunnen voor vergoeding van specifieke zorgkosten kunnen gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling. Dit kan (samen met financiële tekorten bij gemeenten) ertoe leiden dat gemeenten geen tegemoetkoming bieden omdat personen kunnen terugvallen op de specifieke zorgkosten-regeling. Naast de nadelige gevolgen voor de chronisch zieke of beperkte, is dit 'oneerlijk' tegenover gemeenten die wel of betere vergoedingen bieden.
9. **Mogelijk hebben de gemeenten te weinig budget.** Er is een budget overgeheveld naar gemeenten voor voorzieningen gericht op de zorgkosten van chronisch zieken. Het is onbekend in hoeverre deze budgetten door gemeenten worden ingezet voor dit doel, of dat gemeenten op deze voorzieningen budget tekort komen. Hier hebben wij geen onderzoek naar gedaan dus hier kunnen wij geen uitspraken over doen. Financiële tekorten bij gemeenten kunnen een doorwerking hebben in de mate waarin zij voorzieningen in stand kunnen en willen houden dan wel uitbreiden.
10. **De afwijzingsgrond van de gemeente kan relevant zijn voor de specifieke zorgkosten-regeling.** Tot voor kort was de lijn dat als de gemeente beoordeelt dat iemand de kosten zelf moet kunnen dragen dat de fiscale aftrek dat niet "ongedaan" moet maken. De gemeente beoordeelt gegeven haar kaders. Door haar dubbelrol als indicator en budgethouder komt hier niet een zuivere beoordeling uit voort om op voort te bouwen in de specifieke zorgkosten-regeling. Het kan voorkomen dat de kosten wel vergoed zouden moeten worden, maar dat vanwege budgetrestricties de gemeente een vergoeding toch afwijst. In dat geval zou de specifieke zorgkosten-regeling juist wel als vangnet moeten dienen.

F. *Knelpunten in de samenloop met de vergoeding van verzekerde zorg (basispakket en aanvullende verzekeringen):*

1. **Geen tegemoetkoming voor structureel betalen eigen risico en eigen bijdrages Zvw.** Een verzekering is bedoeld om het risico op (hoge) kosten voor de verzekerde weg te nemen. Daarnaast moet een verzekerde voor sommige zorgkosten uit het basispakket een eigen bijdrage betalen.¹⁰⁸ Bij een chronische aandoening is vaak geen sprake van een risico op (hoge) kosten maar is dit op voorhand al vrijwel zeker. Het is daardoor aannemelijk dat juist mensen met een chronische aandoening vaak jaarlijks het eigen risico en vaak eigen bijdragen moeten betalen. Het eigen risico en eigen bijdragen zijn uitgezonderd van de specifieke zorgkosten-regeling. In sommige gemeente kunnen mensen met een laag inkomen en een chronische

¹⁰⁸ Zorginstituut Nederland (2022) *Eigen bijdrage (Zvw)* <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>, Geraadpleegd op 16 juni 2022.

aandoening een vergoeding krijgen voor het eigen risico, maar dit is niet in elke gemeente het geval.¹⁰⁹

2. **Geen tegemoetkoming eigen bijdrage Wlz.** Als een persoon langdurige zorg vanuit de Wlz ontvangt, moet diegene vaak een deel van de kosten zelf betalen. Dit is de eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt voor iedereen die 18 jaar of ouder is. De eigen bijdrage moet worden betaald bij zowel zorg thuis als zorg in een instelling. Hier is geen vergoeding voor vanuit de regeling aftrek specifieke zorgkosten. Binnen de Zvw en met name binnen de Wlz is medefinanciering door de persoon zelf echter wel één van de doelstellingen van de eigen betalingen. Het is dus bewust beleid dat zorggebruikers een deel (en in de Wlz een aanzienlijk deel) van de kosten zelf betalen. Echter het kan er voor sommige personen (in combinatie met andere kosten) toe leiden dat maatschappelijke participatie wordt ingeperkt.
3. **Geen volledige vergoeding doelmatige zorg op individuniveau.** Bepaalde medicatie of andere vormen van zorg zijn op macroniveau niet doelmatig, en daarom geen onderdeel van de basisverzekering, terwijl deze voor bepaalde individuen wel doelmatig kunnen zijn. Bepaalde medicijnen worden bijvoorbeeld niet vergoed, omdat er een goedkoper alternatief bestaat. Maar dat goedkoper alternatief werkt niet goed genoeg of niet voor bepaalde individuen, of met ongewenste bijwerkingen die er niet zijn met het duurdere alternatief. Het feit dat de cliënt ervoor kiest om die kosten (al dan niet deels) zelf te betalen, laat eigenlijk al zien dat de vormen van zorg op individueel niveau wel voldoende doelmatig is. De specifieke zorgkostenregeling biedt hier een mooi vangnet voor waarbij een deel van deze kosten wel worden vergoed. Het is echter de vraag of doelmatige zorg niet volledig vergoed zou moeten worden.
4. **Aanvullende verzekeringen zijn niet altijd even uitgebreid en de kosten worden niet altijd volledig vergoed, bijvoorbeeld tandartskosten en fysiotherapie.** De maximale vergoeding is qua orde van grootte vaak vergelijkbaar met de betaalde premie (zeker bij tandartskosten). Het gaat dan veel meer om een spaarpotje dan om een verzekering.
5. **Voor aanvullende verzekeringen geldt in tegenstelling tot de basisverzekering geen acceptatieplicht.** Dit betekent dat zorgverzekeraars personen mogen weigeren voor de aanvullende verzekering. De verzekeraar mag ook een extra hoge premie vragen. Dit doen zorgverzekeraars alleen nog bij zeer uitgebreide aanvullende verzekeringen (zie ook paragraaf 3.3.2). Hoe hier precies mee wordt omgegaan, verschilt per verzekeraar.¹¹⁰ Er zijn geen aanwijzingen dat dit in de praktijk vaak voorkomt.

7.3 Beoordelingskader

Voor het beoordelen van zowel de huidige regeling als de alternatieven gaan we uit van de Rijksbrede **doelstelling** zoals omschreven in paragraaf 2.5: "**...dat de regering chronisch zieken en gehandicapten ook financieel tegemoet wil komen, zodat zij beter in**

¹⁰⁹ Hiervoor bestond de Compensatieregeling Eigen Risico (CER). Burgers waarvan verwacht werd dat zij als gevolg van hun chronische aandoening jaar in jaar uit hun eigen risico vol maken ontvingen een CER. Door de CER kregen burgers een geldbedrag ter gedeeltelijke compensatie van het verplicht eigen risico. De CER 2013 was door het ministerie van VWS wettelijk en uniform vastgesteld op € 99. De CER staat los van de algemene tegemoetkoming vanuit de Wtcg en is niet inkomensafhankelijk. Zie Transitiebureau Wmo (2014). *Handreiking gemeentelijk maatwerk voor personen met ene chronische aandoening en /of beperking*. Per 1 januari 2014 is deze regeling afgeschaft. Zie Kamerstuk 33726 nr. 3. (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33726-3.html>)

¹¹⁰ <https://www.patientenfederatie.nl/extra/zorgverzekering/chronisch-ziek-zijn-en-verzekeren>.

staat zijn om maatschappelijk te participeren." Expliciet over het doel van de fiscale aftrek wordt geschreven: "...**die slechts als vangnet zou moeten dienen voor elders niet gecompenseerde meerkosten van zorg...**"¹¹¹

De Rijksbrede doelstelling betekent dat personen met een chronische aandoening na betaling van de zorgkosten voldoende besteedbaar inkomen (en vermogen) moet overhouden om maatschappelijk te kunnen participeren. Dit betekent ook dat de specifieke zorgkosten-regeling geen tegemoetkoming hoeft te bieden voor personen met een chronische aandoening die na het betalen van de zorgkosten een voldoende hoog inkomen overhouden zodat zij maatschappelijk kunnen participeren. De exacte definitie van maatschappelijk participeren is echter niet duidelijk uitgewerkt in de specifieke zorgkosten-regeling. Ook is het heel contextafhankelijk, bijvoorbeeld in welke gemeente woont iemand en hoe de huishoudenssamenstelling er uit ziet. Dit nemen we mee in de uitwerking van de beoordelingscriteria.

Samen met de begeleidingscommissie zijn vooraf beoordelingscriteria opgesteld om de alternatieven te beoordeling. Deze criteria hebben wij verder uitgewerkt om de alternatieven te kunnen toetsen:

- 1. Heldere afbakening van de doelgroep.** De doelgroep van de regeling bestaat uit personen met een chronische aandoening of beperking die te maken hebben met meerkosten in de zorg en worden belemmerd in het maatschappelijk participeren. Bij de beoordeling van dit criterium kijken we daarom of helder kan worden afgebakend of er sprake is van een chronische aandoening of beperking en of er de mogelijkheid is om te beoordelen of dit het maatschappelijk participeren belemmerd. Wij wegen hierin ook mee in welke mate er ruimte is om rekening te houden met contextfactoren.
- 2. Doelgroepbereik.** Om te bepalen of de doelgroep bereikt wordt is een goede score op beoordelingscriterium 1 een voorwaarde. Vervolgens gaat het bij de alternatieven om het verwachte doelgroepbereik. Hierbij is het bijvoorbeeld belangrijk of de tegemoetkoming daadwerkelijk toepasbaar en bovendien toegankelijk is voor de doelgroep.
- 3. Doeltreffendheid.** Bij dit criterium kijken we in hoeverre er een gerichte compensatie van de meerkosten plaatsvindt bij mensen met een chronische ziekte of beperking. Hierbij wordt gekeken naar de mate waarin de doelgroep wordt gecompenseerd dusdanig is en in welke mate zij hierdoor in staat zijn om maatschappelijk te participeren.
- 4. Doelmatigheid.** Hierbij wordt gekeken naar de kosten van de regeling en hoe deze zich verhouden tot de doeltreffendheid. Als bijvoorbeeld personen die geen tegemoetkoming nodig hebben om maatschappelijk te participeren, wel een vergoeding krijgen dan gaat dit ten koste van de doelmatigheid. Hoge uitvoeringskosten (door veel benodigde fte's) gaan ook ten koste van de doelmatigheid. Ook administratieve lasten voor de personen in de doelgroep worden in dit criterium meegewogen. Eén regeling en één uitvoeringsinstantie voor dezelfde doelgroep en doelstelling (kosten compenseren) kan wenselijk zijn in het kader van doelmatigheid. Regelingen kunnen wel aanvullend of aansluitend werken (vangnet), maar dan moet de samenhang en rolverdeling wel echt scherp zijn. Dit betekent dat elke regeling een eigen doelstelling heeft.
- 5. Toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.** Dit criterium hangt samen met het (verwachte) doelgroepbereik. Zie

¹¹¹ Kamerstukken II, 2012/13, 33 726, nr. 3, p. 6.

criterium 2. Daarbovenop komt in dit criterium de mate waarin de doelgroep van te voren weet of zij een tegemoetkoming krijgen, wat de hoogte hiervan is en wanneer zij deze krijgen: de voorspelbaarheid.

6. **Eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid.** Belangrijke aspecten van dit criterium zijn of er voldoende capaciteit (zowel in omvang als kwalitatief: zijn de uitvoerders in staat om de regeling goed uit te voeren?) beschikbaar is om de regeling uit te voeren, te controleren en te handhaven maar ook of er voldoende informatie beschikbaar is om dit goed te doen en de wettelijke aspecten die het mogelijk maken om te handhaven.
7. **Passend binnen het zorgstelsel (Zvw, Wmo, Wlz).** In dit criterium wordt gekeken naar de kaders van bestaande wetten in de zorg:
 - a. **Zvw:** Besluiten over het basispakket van verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden genomen door de minister. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) adviseert de minister welke zorg er wel of niet in de basisverzekering thuishoort. Het zorginstituut hanteert hierbij de volgende pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid. Er kan dus geen zorg in het basispakket worden toegevoegd die hier niet aan voldoet.
 - b. **Wmo:** De Wmo is een decentrale wet. Dat betekent dat het Rijk het kader vaststelt en de gemeenten binnen dat kader zelf de wet uitwerken in lokale regels.
 - c. **Wlz:** De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).¹¹²
8. **Houdt rekening met positie gemoedsbezwaarden.** Gemoedsbezwaarden zijn personen die op grond van hun levensovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekeringen. Zij betalen geen premies voor de verzekeringen. Specifiek voor de Zvw en Wlz geldt dat zij wel een bijdragevervangende belasting betalen. De bijdragevervangende belasting die de gemoedsbezwaarde betaalt, wordt door het CAK per huishouden beheerd. Indien er sprake is van zorgkosten hebben gemoedsbezwaarden recht op vergoeding van zorgkosten uit de door hen betaalde bedragen aan bijdragevervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven het saldo van de rekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Indien de zorgkosten niet vergoed worden dan mogen gemoedsbezwaarden de kosten aftrekken. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als voor personen die niet gemoedsbezwaard zijn.¹¹³

7.4 Aanpassingen en alternatieven

We gaan hierna in op: aanpassingen van de huidige regeling, het verbeteren van andere bestaande regelingen en een alternatief met forfaits per chronische aandoening. Deze laatste variant kan toegepast worden binnen de huidige regeling waarbij de Belastingdienst

¹¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>

¹¹³ In 2019 waren er 1.327 huishoudens met aftrek specifieke zorgkosten waarbij minimaal één van beide partners gemoedsbezwaarde is. De huishoudens waarvan detailinformatie bekend is, hebben een gemiddelde aftrek van € 4.651. Dit is veel hoger dan bij alle huishoudens. De totale aftrek voor de 1.327 huishoudens is waarschijnlijk afgerond ongeveer € 7 miljoen.

uitvoerder is. Een andere variant is dat deze forfaits worden uitgekeerd door de gemeente. Ook een landelijke niet fiscale regeling is een mogelijke variant.

7.4.1 Aanpassing van de huidige regeling

Wij doen hierna aanbevelingen om de huidige regeling aan te passen. Hierbij geven we ook aan voor welke knelpunten de aanpassing een oplossing biedt. We geven daarnaast aan op welke punten uit het beoordelingskader er een verbetering (of verslechtering) plaatsvindt ten opzichte van de huidige regeling.

Aanpassing 1: Uitbreiden met energiekosten en reiskosten

Personen met een chronische aandoening krijgen met meer kosten te maken dan alleen hogere zorgkosten. Ook andere kosten zoals energiekosten en reiskosten zouden in de regeling aftrek specifieke zorgkosten kunnen worden opgenomen. Mits deze kosten voortvloeien uit de chronische aandoening en niet al door de gemeente worden vergoed. *Dit is een oplossing voor knelpunt A2.* (Voorwaarde is dat er een check plaatsvindt of deze meerkosten voortkomen uit de chronische aandoening.)

Deze aanpassing zou de doeltreffendheid van de regeling verhogen, omdat de doelgroep hiermee beter tegemoet wordt gekomen in de meerkosten.

Aanpassing 2: Bekijk de vermenigvuldigingfactor voor niet-AOW'ers opnieuw

Er is geen duidelijke onderbouwing voor de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers. Hier zou nog goed naar gekeken moeten worden. Er kan daarbij voor gekozen om de vermenigvuldigingfactor voor niet-AOW'ers af te schaffen of juist te verhogen voor bepaalde inkomensgroepen. *Dit is een oplossing voor knelpunt B1.*

Afschaffen van deze vermenigvuldigingsfactor vergroot de doelmatigheid van de regeling. Een verhoging van de vermenigvuldigingsfactor verkleint de doelmatigheid van de regeling.

Aanpassing 3: Verlaag de drempel voor iedereen of voor iedereen onder een bepaalde inkomensgrens

Na deze aanpassing worden de zorgkosten (zowel incidenteel als structureel) beter gecompenseerd. Een lage drempel helpt voor de vergoeding van relatief lage structurele zorgkosten als gevolg van chronische ziekte. Bij sommige chronische aandoeningen is er juist sprake van incidentele kosten. Na verlaging van de drempel worden ook deze kosten meer vergoed. In plaats van de drempel tot nul te verlagen, kan men ook kiezen om een drempelbedrag van 15 Euro toe te passen.¹¹⁴ Het nadeel van deze aanpassing is dat de incidentele zorgkosten van niet-chronisch zieken ook worden vergoed mits er geen controle plaatsvindt op het hebben van een chronische aandoening. *Dit is een oplossing voor knelpunt B3.*

Deze aanpassing zorgt ervoor dat de doeltreffendheid van de regeling wordt vergroot. Echter het heeft ook consequenties voor het budgettair belang. Het budgettair belang zal minimaal €151 miljoen hoger zijn als er geen drempel zou zijn. Het afschaffen van de drempel zou ook tot gedragseffecten leiden. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat er mensen zijn die wel zorgkosten hebben maar ze nu niet opvoeren omdat ze niet boven de drempel uitkomen. Het is niet goed mogelijk om aan te geven tot hoeveel extra gebruikers (of kosten) de afschaffing van de drempel zou leiden (zie ook paragraaf 6.2.4).

¹¹⁴ Dit bedrag komt overeen met het bedrag dat wordt gehanteerd voor de TSZ. Het bedrag van de tegemoetkoming in de specifieke zorgkosten moet hoger zijn dan € 15 anders wordt deze niet uitgekeerd.

Aanpassing 4: Verlaag de drempel voor huishoudens die zeer frequent hoge zorgkosten opgeven.

Zo'n 900.000 gebruikers van de regeling hebben in een periode van vijf jaar tenminste drie keer zorgkosten afgetrokken. Ongeveer de helft daarvan, zo'n 400.000 gebruikers, heeft van 2014 tot en met 2019 ieder jaar gebruik gemaakt van de regeling (zie ook paragraaf 3.3). Zeker van deze laatste groep is het de verwachting dat dit om mensen met een chronische ziekte of beperking gaat. Voor de groep met structurele zorgkosten zou de drempel substantieel verlaagd kunnen worden. Een regel zou als volgt geformuleerd kunnen worden: als de zorgkosten van een gebruiker in de afgelopen vier jaar tenminste drie keer boven de initiële drempel is uitgestegen, dan wordt de initiële drempel met drie kwart verlaagd. *Dit is een oplossing voor knelpunt B3.*

Dit is een betrekkelijk eenvoudige maatregel die sterk kan bijdragen aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de regeling. Na deze aanpassing is er tenslotte een betere compensatie van structurele meerkosten van chronisch zieken. Personen die als gevolg van hun chronische aandoeningen incidentele meerkosten hebben profiteren niet van deze aanpassing. Deze aanpassing kan dan ook gecombineerd worden met de algehele verlaging van de initiële drempel, zoals voorgesteld in aanpassing 3. Kanttekening hierbij is dat het ook kan gaan om foutief opgegeven zorgkosten. Personen die structureel verkeerde zorgkosten invullen worden hierdoor beloond. Dit zou de doelmatigheid juist verlagen.

De uitvoerbaarheid zou verder onderzocht moeten worden.

Aanpassing 5: Vergroot de bekendheid van de regeling door voorlichting

De voorlichting vanuit het Rijk of de Belastingdienst kan beter, nu hangt de bekendheid van de regeling vooral af van de inzet van cliëntorganisaties (die deze regeling structureel onder de aandacht brengen van hun leden) en van tussenpersonen. Een brochure van de Belastingdienst in begrijpelijk Nederlands (B1, zonder jargon, korte zinnen, etc.) wordt genoemd als een mogelijkheid. Ook de gemeenten kunnen hier een rol in spelen. Zij kunnen de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling onder de aandacht brengen bij hun inwoners en bij specifieke doelgroepen, zoals personen die gebruik maken van de Wmo of bijzondere bijstand. *Dit is een oplossing voor knelpunt C1 en C4.*

Een grotere bekendheid van de regeling heeft naar verwachting als gevolg dat meer mensen uit de doelgroep worden bereikt en dat zij ook gebruik gaan maken van de regeling. Dit betekent dat zowel het doelgroepbereik als de doeltreffendheid (waar het doelgroepbereik onderdeel van is) toeneemt. Ook het budgettair belang zal dan toenemen.

Aanpassing 6: Gebruik begrijpelijke taal (B1) bij de uitleg van de regeling en in het aangifteprogramma en geef duidelijke uitleg en toelichtingen.

In het aangifteprogramma kan bijvoorbeeld duidelijker worden aangegeven dat indien er sprake is van de TSZ-regeling dat de persoon geld ontvangt en welk bedrag dat dan is. *Dit is een oplossing voor knelpunt C4.*

Dit zal een positief effect hebben op het doelgroep bereik, de doeltreffendheid en de toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.

Aanpassing 7: Standaardiseer zoveel mogelijk en bewaak continuïteit

De totstandkoming van dieetforfaits kan meer gestructureerd plaatsvinden. Betrek daarin patiëntenverenigingen en ervaringsdeskundigen. *Dit is een oplossing voor knelpunt C6.*

Dit zal vooral een positief effect hebben op de toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep. Daarnaast kan het de eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid verbeteren.

Aanpassing 8: Verkort de tijd tussen het maken van de kosten en de teruggave

Personen met een laag besteedbaar inkomen maken niet altijd gebruik van zorg omdat ze het niet kunnen betalen. Voor hen zou het ook helpen als de tijd tussen het maken en het declareren van de kosten verkort zou kunnen worden (bijvoorbeeld een maandelijkse tegemoetkoming als er sprake is van maandelijks te maken zorgkosten). Het is bij deze aanpassing belangrijk dat de drempel wordt afgeschaft of heel laag is. *Dit is een oplossing voor knelpunt C8.*

Dit zal een positief effect hebben op het doelgroepbereik en de doeltreffendheid. Hierdoor kunnen immers deze personen ook gebruik maken van zorg en de regeling aftrek specifieke zorgkosten. Daarnaast zal het de toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep verbeteren. De doelgroep weet immers eerder wat zij terugkrijgen. Het zou een negatief effect kunnen hebben op de eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid en daarmee op de doelmatigheid omdat er vaker uitbetaald moet worden door de Belastingdienst, Echter dit zou beperkt moeten zijn. Er is nu bijvoorbeeld immers ook de mogelijkheid om maandelijks hypotheekrenteaf trek te krijgen. Een kanttekening hierbij is dat de rentekosten van een hypotheek (afhankelijk van de rentevastperiode) van maand tot maand weinig schommelen. Bij de zorgkosten ligt dit heel anders. De vraag is dus of er in de uitvoering van de voorlopige hypotheekrenteaf trek als precedent geldt voor de uitvoerbaarheid van deze voorgestelde aanpassing.

Aanpassing 9: Verbeter de informatievoorzieningen over de gemaakte zorgkosten

Het gaat hierbij zowel om kosten die vergoed worden vanuit bijvoorbeeld het basispakket en gemeentelijke voorzieningen als om kosten die niet vergoed worden. Zo zou het prettig zijn als de persoon een overzicht kan krijgen van de kosten die vanuit het basispakket en gemeentelijke voorzieningen zijn vergoed en welke niet. Bij de niet-vergoede zorgkosten is het dan ook wenselijk om aan te geven of ze in aanmerking komen voor de specifieke zorgkosten-regeling. De personen die belastingaangifte doen kunnen hierdoor gemakkelijker hun aangifte doen en voor de Belastingdienst is het hierdoor makkelijker om te controleren. (Een directe informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars en gemeenten naar de Belastingdienst is naar verwachting niet haalbaar en wenselijk in het kader van de AVG.) De specifieke zorgkostenregeling kan dan ook functioneren zoals deze bedoeld is, namelijk als vangnetregeling voor kosten die niet via andere voorzieningen worden vergoed. *Dit draagt bij aan het verminderen van knelpunt D1.*

Dit zal naar verwachting een verbetering opleveren van de toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep en de eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid door de Belastingdienst. Dit kan weer een hoger doelgroepbereik tot gevolg hebben en de kans is groter dat de juiste kosten worden opgevoerd wat zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid verbeterd. Er staan wel hogere uitvoeringskosten voor verzekeraars en gemeenten tegenover omdat zij de gevraagde overzichten moeten verstrekken.

Aanpassing 10: Extra voorwaarde voor afbakening: kosten moeten voortvloeien uit chronische aandoening.

Dit kan bijvoorbeeld door een verklaring van een onafhankelijke arts als voorwaarde te stellen. Dit is bijvoorbeeld relevant bij tandartskosten die veel mensen maken. Personen met een verstandelijke handicap of diabetes maken vaak hogere tandartskosten. Het is

voorstelbaar dat tandartskosten ook worden opgevoerd al ze niet voortvloeien uit een (chronische) ziekte (of beperking). Onze aanbeveling is om nader te onderzoeken hoe vaak tandartskosten worden opgevoerd en tegen welk bedrag om dit beter in kaart te brengen. Mocht het inderdaad erop lijken dat tandartskosten niet altijd voortvloeien uit de chronische aandoening dan is onze aanbeveling om een extra check in te voeren op het bestaan van een chronische aandoening door een onafhankelijke arts. Voor personen met een verstandelijke handicap hoeft deze check maar één keer plaats te vinden en door te worden gegeven aan de Belastingdienst (door de persoon zelf of met toestemming van de persoon om wie het gaat), omdat een persoon het gehele leven de verstandelijke handicap zal behouden. Vervolgens kan voor de tandartskosten eventueel ook een forfait worden gehanteerd als de kosten niet te ver uiteen lopen om het eenvoudig te houden. Dit is ook voor andere kosten (bijvoorbeeld fysiotherapie) een oplossing. *Dit is een oplossing voor knelpunt D2.*

Een belangrijk voordeel van deze aanpassing is dat het de doelmatigheid naar verwachting verhoogd omdat de regeling specifiekere wordt ingezet. Aan de andere kant zorgt de verklaring van een onafhankelijke arts voor aanvullende uitvoeringslasten / administratieve lasten.

Met de voorgestelde aanpassingen aan de specifieke-zorgkosten regeling wordt een heel aantal knelpunten weggenomen, maar er blijft ook nog een heel aantal knelpunten over. Daarom brengen we hierna ook alternatieven voor de specifieke zorgkosten-regeling in kaart.

7.4.2 Andere bestaande regelingen verbeteren

In paragraaf 3.3.2 staat per kostensoort beschreven in welke mate er nu een tegemoetkoming (mogelijk) is vanuit zorgverzekeraars en gemeenten. De specifieke zorgkosten-regeling is in feite een vangnet voor de zorgkosten die niet door zorgverzekeraars en/of vanuit voorzieningen van gemeenten worden vergoed. We zien tegelijkertijd dat alle kostensoorten gedeeltelijk vergoed kunnen worden via de zorgverzekeraar en/of gemeenten. Wij werken hierna uit wat mogelijke oplossingen zijn voor niet vergoede zorgkosten via de zorgverzekeraar en de gemeenten binnen bestaande andere regelingen. Hierbij is ons startpunt de knelpunten die er zijn bij de gemeenten (E) en zorgverzekeraars (F).

Uitbreiding van het basispakket zou een goede oplossing kunnen bieden voor de doelgroep. Deze optie is echter niet haalbaar binnen de wettelijke kaders van de Zvw. Besluiten over het basispakket van verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden genomen door de minister. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) adviseert de minister welke zorg er wel of niet in de basisverzekering thuishoort. Het zorginstituut hanteert hierbij de volgende pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid. Er kan dus geen zorg in het basispakket worden toegevoegd die hier niet aan voldoet. Uitbreiden van de Zvw zou vragen om ingrijpende aanpassing van de Zvw. Bovendien zou bij uitbreiden van het basispakket, de extra zorg in het basispakket voor iedereen vergoed worden onder dezelfde voorwaarden. Deze voorwaarden zijn ruimer dan de voorwaarden van de aftrek, terwijl de aftrek (in elk geval qua doelstelling) gericht is op de doelgroep. Dit zorgt dus voor een grote stijging in de zorgkosten en een lagere doelmatigheid.

Het is daarnaast logisch om de tegemoetkoming via de gemeente te laten verlopen gezien de doelstelling dat de zorgkosten het maatschappelijk participeren van de chronisch zieke niet in de weg mogen staan. Er kunnen bijvoorbeeld grote verschillen zijn in de leefkosten, zoals de kosten voor huisvesting. In dit alternatief kijken we daarom naar het uitbreiden en beter verankeren van bestaande gemeentelijke regelingen. Het gaat dan om:

- Invoering van een landelijk kader voor de individuele financiële tegemoetkoming en de bijzondere bijstand van gemeenten (gericht op de minima / lage inkomens) waar gemeenten aan gebonden zijn;
- Aanpassing van de Wmo. Dit houdt in:
 - Meer nadruk op toegang voor personen met een chronische ziekte of beperking;
 - Betere aansluiting van voorzieningen op de behoeften van verschillend doelgroepen;
 - Beter maatwerk voor de verschillende doelgroepen.
- Uitbreiden en verankeren van de gemeentepolis door invoering van een landelijk kader waar gemeenten aan gebonden zijn. Deze optie is juridisch niet mogelijk binnen de huidige wettelijke kaders. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht een dergelijke polis aan te bieden en gemeenten hebben hun beleidsvrijheid. Een alternatief is om te promoten / het aantrekkelijk te maken voor gemeenten en zorgverzekeraars om een gemeentepolis aan te bieden. Hierin moet aandacht zijn voor:
 - Het vaststellen van de chronische aandoening (en de ernst daarvan). De gemeente kan een extern medisch advies aanvragen en daarvoor betalen (of de cliënt daarvoor laten betalen), zoals dat ook met een rijbewijs gebeurt. De GGD geeft bijvoorbeeld extern advies in Amsterdam bij de regeling tegemoetkoming meerkosten.
 - Opnemen van aanvullende verzekeringen / vergoedingen die eventueel gekoppeld zijn aan de specifieke chronische ziekte;
 - Beschikbaarheid van de gemeentepolis voor iedereen met een chronische ziekte (acceptatieplicht) eventueel met differentiatie naar besteedbaar inkomen (inclusief vermogen); Of beschikbaarheid van de gemeentepolis voor iedereen met een chronische ziekte onder een bepaald inkomen;
 - Mogelijkheid tot meeverzekeren of maximeren van het eigen risico en/of de eigen bijdrage Wmo en Wlz;
 - Compensatie vanuit de gemeente waardoor de gemeentepolis goed te betalen is.

Deze aanpassingen gaan gepaard met een aantal noodzakelijke randvoorwaarden:

- Landelijke afspraken over welke kosten (minimaal) vergoed moeten worden tegen welke voorwaarden.
- Er moet voldoende budget zijn voor de gemeenten om de uitbreiding van de regelingen te kunnen financieren waarbij rekening wordt gehouden met verschillen tussen gemeenten. Gemeenten betalen (net als nu) mee aan de gemeentepolis, zodat het voor de zorgverzekeraars uitvoerbaar is.
- Er moet voldoende capaciteit en budget beschikbaar zijn bij de gemeenten voor de uitvoering.
- In Nederland heeft iedereen recht op dezelfde zorg uit het basispakket tegen dezelfde prijs. Zorgverzekeraars mogen verzekerden niet weigeren en mogen ook geen hogere premie vragen aan verzekerden met een slechtere gezondheid of een hogere leeftijd. Een goed functionerende risicoverevening is daarom een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt er namelijk voor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. En daardoor kan iedereen zich voor een basisverzekering verzekeren tegen dezelfde premie. Een goede risicoverevening zorgt dus voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg en zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten op doelmatige zorginkoop. Elk jaar worden onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening te verbeteren. De risicoverevening is een wiskundig-statistisch model en dat

betekent dat niet iedere individuele verzekerde perfect uit het model kan komen. Het is belangrijk om middels deze onderzoeken voorspelbare verliezen en winsten van verzekeraars te minimaliseren om zo een gelijk speelveld te creëren en de prikkel tot risico-selectie te verminderen. Er zou nader onderzoek kunnen plaatsvinden waarbij bijvoorbeeld wordt gekeken naar een kenmerk waarbij informatie over chronische ziekte, de gemeente en het inkomen wordt gecombineerd of waarbij een kenmerk wordt onderzocht gebaseerd op of een verzekerde een gemeentepolis heeft. Dit resulteert er naar verwachting in dat verzekeraars beter worden gecompenseerd voor personen die gebaat zijn bij een gemeentepolis. Dit kan een positief effect hebben op de kans dat een zorgverzekeraar een gemeentepolis aanbiedt.

Belangrijke voordelen van dit alternatief zijn (mits aan de randvoorwaarden wordt voldaan):

- Er kan rekening worden gehouden met gemeentelijke verschillen in kosten.
- Ook personen zonder inkomen of met een laag inkomen krijgen een vergoeding (mits zij weten van het bestaan van de regelingen).
- Als groot voordeel van uitvoering door gemeenten wordt gezien dat zij dichterbij (of beter: minder ver van) de mensen met een chronische ziekte of beperking staan (dan de Belastingdienst). Hierdoor kunnen ze meer maatwerk leveren en kan de angst worden weggenomen die de Belastingdienst bij sommige personen inboezemt. Voor mensen die deze angst niet hebben is de Belastingdienst daarentegen laagdrempeliger dan de gemeente.

De specifieke zorgkosten-regeling dient nu als vangnet voor personen met een chronische aandoening. Als dit alternatief goed wordt uitgewerkt en als aan de randvoorwaarden wordt voldaan dan zou gesteld kunnen worden dat de specifieke zorgkosten-regeling kan worden afgeschaft. Echter in de praktijk bestaat het risico dat er toch gemeenten zijn die niet voldoende bieden voor alle personen met een chronische aandoening zodanig dat zij niet in het maatschappelijk participeren wordt belemmerd. De specifieke zorgkosten-regeling kan pas worden afgeschaft als in de praktijk blijkt dat de uitbreiding van de gemeentelijke regelingen wel voor de gehele doelgroep voldoende werkt. Naar verwachting is dit in de praktijk niet haalbaar en is het een optie om een kleine vangnetregeling te behouden. Daarnaast is een mogelijke voordeel van de specifieke zorgkosten-regeling de (relatieve) anonimiteit vanuit het oogpunt van privacy: niet iedereen heeft er behoefte aan om met een chronische aandoening te koop te lopen en dan is de fiscale aftrek een goede manier om toch een tegemoetkoming te krijgen. Dit kwam echter niet terug in de interviews. In de interviews werd gezien de angst voor de Belastingdienst het gebrek aan anonimiteit van gemeenten juist als iets positief ervaren. Het persoonlijke contact met een gemeente kan leiden tot minder angst om fouten te maken.

Beoordeling bestaande regelingen verbeteren

Wij geven hierna aan hoe wij hetgeen dat uitgewerkt is in deze paragraaf beoordelen ten opzichte van de huidige situatie aan de hand van het beoordelingskader. Hierbij gaan we er ook vanuit dat aan alle genoemde randvoorwaarden wordt voldaan.

- 1. Heldere afbakening van de doelgroep.** Gemeenten staan dichterbij de inwoners. Zij hebben de mogelijkheid om via een externe partij na te gaan of er sprake is van een chronische aandoening. (Dit kan de Belastingdienst overigens ook doen binnen de huidige regeling aftrek specifieke zorgkosten, zie aanpassing 10.) Ook kan een gemeente contextfactoren meewegen en beter beoordelen of door de chronische aandoening of beperking er sprake is van een belemmering in het maatschappelijk participeren.

2. **Doelgroepbereik.** Potentieel kan de gemeente een groot doelgroepbereik realiseren. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen (zonder of met een laag inkomen) die nu geen belastingaangifte doen en dus ook geen compensatie krijgen.
3. **Doeltreffendheid.** Doordat de gemeente de persoonlijke situatie goed kan meewegen kan er een gerichte compensatie van de meerkosten plaatsvinden voor de mensen met een chronische ziekte of beperking die meerkosten hebben.
4. **Doelmatigheid.** Door gerichtere tegemoetkoming van de juiste doelgroep neemt de doelmatigheid toe. Daarnaast zijn de uitvoeringskosten van belang in het bepalen van de doelmatigheid. Als er meer personen bij de gemeente terechtkomen vraagt dat om meer capaciteit vanuit de gemeente. Decentrale regelingen hebben meer uitvoeringskosten dan centrale regelingen omdat elke gemeente de tegemoetkoming op zijn eigen manier kan inrichten en elke gemeente zijn eigen uitvoeringsapparaat moet inrichten. Daarnaast zorgt de verklaring van een onafhankelijke arts voor aanvullende uitvoeringslasten / administratieve lasten. Er is sprake van een afruil die zowel positief (gerichtere tegemoetkoming) als negatief (hogere uitvoeringskosten) uit kan pakken. Het hoge nalevingstekort en de ongerichtheid van de huidige regeling maken het echter aannemelijk dat zelfs bij hogere uitvoeringskosten de doeltreffendheid en doelmatigheid toenemen bij een decentralisatie.
5. **Toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.** Door landelijke kaders te stellen weet de doelgroep beter van tevoren wat zij krijgen.
6. **Eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid.** Fundamenteel verandert er niet zoveel in de uitvoering en de administratie als het een individuele regeling blijft op basis van werkelijke kosten. Er verandert vooral iets in waar de uitvoeringslast wordt belegd: van de Belastingdienst naar gemeenten. Een aandachtspunt hierbij is dat er voldoende capaciteit moet zijn bij de gemeente. Als dit niet zo is dan kan de regeling ook niet goed uitgevoerd worden. Een ander voordeel zou zijn dat de doelgroep ook veel minder zelf hoeft te doen (als in bijhouden welke kosten ze maken, belastingaangifte doen etc.) waardoor de regeling beter te controleren en handhaven is.
7. **Passend binnen het zorgstelsel (Zvw, Wmo, Wlz).** Een landelijk kader voor de individuele financiële tegemoetkoming en de bijzondere bijstand van gemeenten (gericht op de minima / lage inkomens) waar gemeenten aan gebonden zijn gaat in tergen de beleidsvrijheid van gemeenten. De vraag is dus of dit mogelijk is. De Wmo is een decentrale wet. Dat betekent dat het Rijk het kader vaststelt en de gemeenten binnen dat kader zelf de wet uitwerken in lokale regels. De gemeentepolis bestaat nu ook al. Uitbreiden en verankeren past niet binnen het huidige zorgstelsel, omdat gemeenten beleidsvrijheid hebben en de zorgverzekeraars geen acceptatieplicht hebben. Het is wel mogelijk om een te promoten / het aantrekkelijk te maken voor gemeenten en zorgverzekeraars om een gemeentepolis aan te bieden.
8. **Houdt rekening met positie gemoedsbezwaarden.** Dit speelt bij de gemeentepolis. Voor gemoedsbezwaarden is de gemeentepolis geen optie omdat dit een verzekering is. Mocht er toch nog een landelijke specifieke zorgkosten-regeling worden behouden dan is die regeling voor deze groep ook nog (deels) een optie.

7.4.3 Vaste bedragen (forfaits) per chronische aandoening

Wij zien ook een alternatief waarbij er per chronische aandoening vaste bedragen (forfaits) worden verstrekt met daarnaast ruimte voor aanvullende meerkosten. Of met andere woorden een romp (vast bedrag) - kop (maatwerk) constructie. De romp betreft kosten waar de gehele doelgroep met een bepaalde chronische aandoening vrijwel altijd mee te maken krijgt; De kop betreft kosten die niet iedereen met een bepaalde chronische aandoening

maakt. In het geval van comorbiditeit kunnen meerdere forfaits verstrekt worden. Bij het vaststellen van de bedragen is het belangrijk om patiëntenverenigingen te betrekken. Zie ook knelpunt C6.

Het vaststellen van de chronische aandoening kan via een onafhankelijke arts. Het is hierbij belangrijk om breder te kijken dan zorggebruik via bijvoorbeeld farmaceutische kostengroepen (FKG) en diagnosekostengroepen (DKG) zoals bij de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg) gebeurde. Personen met een chronische aandoeningen kunnen bijvoorbeeld ook alleen gebruik maken van hulpmiddelen of bijvoorbeeld juist door een goed dieet minder of geen medicijnen nodig hebben.

Dit alternatief heeft als belangrijk voordeel dat het eenvoudig in het gebruik en de voorspelbaarheid toeneemt.

Er zijn echter ook een aantal belangrijke nadelen/uitdagingen:

- Binnen een groep personen met een bepaalde chronische aandoening is er wellicht al te veel variatie om met vaste bedragen te kunnen werken. Wanneer het via de huisarts verloopt is het wel mogelijk om hier nog verder onderscheid naar te maken.
- Het risico bestaat dat personen compensatie ontvangen voor kosten die zij niet hebben gemaakt en andersom dat personen kosten maken waarvoor ze niet gecompenseerd worden.¹¹⁵

De vergoeding kan eventueel afhankelijk worden gemaakt van het inkomen van de persoon of het huishouden waar de persoon met een chronische aandoening toe behoort. Dit maakt de regeling wel weer ingewikkelder omdat er dan inkomensinformatie nodig is. Ook kan het ingewikkeld worden wanneer meerdere personen in het huishouden een chronische aandoening hebben.

Er zijn verschillende varianten van deze romp-kop-constructie mogelijk. Een belangrijk verschil zit in de uitvoerder. De romp-kop constructie kan worden toegepast binnen de huidige specifieke zorgkosten-regeling (via de Belastingdienst) of het kan bij de gemeente worden belegd. Ook een nieuwe landelijke regeling is mogelijk.

Belastingdienst als uitvoerder binnen de huidige specifieke zorgkosten-regeling

Een optie is om de huidige specifieke zorgkosten-regeling aan te passen en met de romp-kop constructie te gaan werken. In deze variant worden de forfaitaire bedragen dus toegepast in plaats van de zelf opgegeven bedragen zoals dat nu gebeurt in de huidige specifieke zorgkosten-regeling. Het blijft dus een fiscale aftrek, waarbij dus rekening wordt gehouden met het inkomen. Hierbij moet informatie over de gestelde aandoening door een onafhankelijke arts die de basis biedt voor de romp-kop-constructie bij de Belastingdienst terecht komen. Waarschijnlijk is het vanwege de AVG alleen mogelijk dat de persoon deze informatie zelf bij de Belastingdienst aanlevert. *Deze variant is een oplossing voor de knelpunten C3, C5, C7, D1 en D2..*

¹¹⁵ Dit was ook één van de knelpunten bij De Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg), zie Badou, M., Kwakernaak, M., Leegater, M., Jansen Lorkeers, L., Mesic, A., Telder, K., Vos, W. & Wits, E. (2021) *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten*. Via de Wtcg kregen mensen met een chronische ziekte of een handicap een algemene tegemoetkoming voor extra kosten die gerelateerd zijn aan hun aandoening. Het CAK beoordeelt aan de hand van inkomen, leeftijd en zorggebruik of de burger recht heeft op de tegemoetkoming en betaalt deze automatisch uit. Zie TransitieBureau Wmo (2014). *Handreiking gemeentelijk maatwerk voor personen met ene chronische aandoening en /of beperking*.

Hierna volgt de beoordeling van deze variant ten opzichte van de huidige specifieke zorgkosten-regeling.

- 1. Heldere afbakening van de doelgroep.** Door de beoordeling van een onafhankelijke arts vindt de afbakening van de doelgroep beter plaats.
- 2. Doelgroepbereik.** Dit kan verslechteren als personen geen beoordeling van een onafhankelijke arts willen om vast te stellen dat er sprake is van een chronische aandoening of een beperking.
- 3. Doeltreffendheid.** Door gebruik te maken van forfaits wordt er minder goed aangesloten bij de werkelijke meerkosten. De doeltreffendheid zal hierdoor afnemen.
- 4. Doelmatigheid.** Door de toets of er daadwerkelijk sprake is van een chronische ziekte of aandoening neemt de groep (onjuiste) gebruikers naar verwachting af. Dit verhoogt de doelmatigheid. De verklaring van een onafhankelijke arts zorgt wel voor aanvullende uitvoeringslasten / administratieve lasten. Dit verlaagt juist de doelmatigheid. Voor de Belastingdienst wordt het wel eenvoudiger om te controleren. Hierdoor zal de doelmatigheid omhoog gaan. Het nadeel kan nog wel zijn dat personen meer compensatie krijgen dan dat ze kosten maken.
- 5. Toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.** De doelgroep kan bij het hanteren van vaste bedragen veel beter van tevoren inschatten hoeveel tegemoetkoming zij krijgen. Randvoorwaarde hierbij is wel dat de forfaitbedragen niet ieder jaar (veel) worden aangepast.
- 6. Eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid.** Deze regeling leidt tot een betere uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid. Er wordt een vast bedrag per aandoening opgevoerd en er wordt informatie aangeleverd of een persoon tot de doelgroep behoort. De Belastingdienst hoeft dus niet (of minder) te varen op informatie van de belastingplichtige zelf.
- 7. Passend binnen het zorgstelsel (Zvw, Wmo, Wlz).** Het past binnen het huidige zorgstelsel. Wel wordt er niet langer rekening gehouden met of kosten van een persoon al zijn vergoed via een ander wettelijk kader.
- 8. Houdt rekening met positie gemoedsbezwaarden.** De gemoedsbezwaarden kunnen via de huidige specifieke zorgkosten-regeling hun gemaakte zorgkosten opvoeren. Voor gemoedsbezwaarden gelden hierbij dezelfde voorwaarden als voor niet gemoedsbezwaarden.¹¹⁶ Zij betalen alleen een soort belasting i.p.v. een premie en ze krijgen hun vergoeding voor zorgkosten die in het basispakket vallen van het CAK i.p.v. van de zorgverzekeraar.¹¹⁷ In deze variant wordt dus net zoveel rekening gehouden met de positie van gemoedsbezwaarden als in de huidige specifieke zorgkosten-regeling.

Gemeente als uitvoerder

In een tweede variant is de gemeente uitvoerder. Ook hierbij moet de informatie over de door een onafhankelijke arts gestelde chronische aandoening of beperking bij de uitvoerder, in dit geval de gemeente, terechtkomen.

Hierna volgt de beoordeling van deze variant ten opzichte van de huidige regeling aftrek specifieke zorgkosten. Dit komt deels overeen met de beoordeling van de variant waarbij de kop-romp-constructie wordt toegepast binnen de huidige specifieke zorgkosten-regeling.

¹¹⁶ https://www.belastingdienst.nl/bibliotheek/handboeken/html/boeken/FISIN2021/fiscale_informatie_2021-aftrek_specifieke_zorgkosten.html. Geraadpleegd op: 21-7-2022.

¹¹⁷ CAK - Regeling gemoedsbezwaarden (hetcak.nl). Geraadpleegd op: 21-7-2022.

1. **Heldere afbakening van de doelgroep.** Door de beoordeling van een onafhankelijke arts vindt de afbakening van de doelgroep beter plaats.
2. **Doelgroepbereik.** Dit kan zowel verslechteren als verbeteren. Het doelgroepbereik kan verslechteren als personen geen beoordeling van een onafhankelijke arts willen om vast te stellen dat er sprake is van een chronische aandoening of beperking. Het doelgroepbereik kan verbeteren doordat de gemeente in plaats van de belastingdienst uitvoerder is. Zoals eerder is beschreven bij knelpunt C7 is de angst namelijk groot om een fout te maken en daarvoor gestraft te worden door de Belastingdienst. Hierdoor maken personen uit de doelgroep nu soms geen gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling.
3. **Doeltreffendheid.** Door gebruik te maken van forfaits wordt er minder goed aangesloten bij de werkelijke meerkosten. De doeltreffendheid zal hierdoor afnemen.
4. **Doelmatigheid.** Door de toets of er daadwerkelijk sprake is van een chronische ziekte of aandoening neemt de groep (onjuiste) gebruikers naar verwachting af. Dit verhoogt de doelmatigheid. De verklaring van een onafhankelijke arts zorgt wel voor aanvullende uitvoeringslasten / administratieve lasten. Dit verlaagt juist de doelmatigheid. Daarnaast verschuift de uitvoering van de Belastingdienst naar gemeenten. Wat dit doet met de doelmatigheid hangt af van hoe efficiënt de gemeente en de Belastingdienst werken. Het nadeel kan nog wel zijn dat personen meer compensatie krijgen dan dat ze kosten maken.
5. **Toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep.** De doelgroep kan bij het hanteren van vaste bedragen veel beter van tevoren inschatten hoeveel tegemoetkoming zij krijgen. Randvoorwaarde hierbij is wel dat de forfaitbedragen niet jaarlijks veel worden aangepast.
6. **Eenvoud in uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid.** Deze regeling leidt tot een betere uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid. Er wordt een vast bedrag per aandoening opgevoerd en er wordt informatie aangeleverd of een persoon tot de doelgroep behoort. De gemeente hoeft dus niet (of minder) te varen op informatie van de belastingplichtige zelf.
7. **Passend binnen het zorgstelsel (Zvw, Wmo, Wlz).** De kop-romp-constructie kan worden toegepast in de bestaande regelingen zoals de Wmo of in een aparte regeling.
9. **Houdt rekening met positie gemoedsbezwaarden.** Hier geldt hetzelfde als bij de variant van de kop-romp-constructie waarbij de belastingdienst uitvoerder is. De gemoedsbezwaarden kunnen via de huidige specifieke zorgkosten-regeling hun gemaakte zorgkosten opvoeren. Voor gemoedsbezwaarden gelden hierbij dezelfde voorwaarden als voor niet gemoedsbezwaarden.¹¹⁸ Zij betalen alleen een soort belasting i.p.v. een premie en ze krijgen hun vergoeding voor zorgkosten die in het basispakket vallen van het CAK i.p.v. van de zorgverzekeraar.¹¹⁹ In deze variant wordt dus net zoveel rekening gehouden met de positie van gemoedsbezwaarden als in de huidige specifieke zorgkosten-regeling.

In de gemeente Amsterdam wordt al iets soortgelijks toegepast. Onze aanbeveling is om te onderzoeken of dit er ook in resulteert dat personen die in Amsterdam wonen in verhouding uiteindelijk ook minder (vaak) kosten opvoeren voor de specifieke zorgkosten-regeling. Als dat zo is betekent dat dat het budgettaire belang van de specifieke zorgkosten-regeling afneemt bij invoering van deze constructie.

¹¹⁸ https://www.belastingdienst.nl/bibliotheek/handboeken/html/boeken/FISIN2021/fiscale_informatie_2021-afrek_specifieke_zorgkosten.html. Geraadpleegd op: 21-7-2022.

¹¹⁹ CAK - Regeling gemoedsbezwaarden (hetcak.nl). Geraadpleegd op: 21-7-2022.

Landelijke regeling

Tot slot zou het ook mogelijk zijn om de kop-romp-constructie in een landelijke regeling vorm te geven. Het verschil ten opzichte van uitvoering door de Belastingdienst is dat het geen fiscale maatregel meer betreft. Het voordeel hiervan ten opzichte van uitvoering door de gemeente is dat het vaststellen van of er sprake is van een chronische aandoening kan plaatsvinden door dezelfde organisatie of dat dit in ieder geval landelijk kan worden ingekocht in plaats van dat elke gemeente hier een organisatie voor inhuurt. Nadeel kan zijn dat het moeilijker is om lokale contextfactoren goed mee te wegen in de hoogte van de tegemoetkoming.

7.5 Conclusies

De toekomstgerichte analyse is een lastige exercitie omdat de huidige doelstelling van de regeling niet geheel duidelijk is uitgewerkt. Wat wordt bijvoorbeeld bedoeld met maatschappelijk participeren? En welke tegemoetkoming zouden personen met een chronische ziekte of beperking moeten krijgen? Of anders gezegd: wat zouden personen met een chronische ziekte of beperking moeten overhouden als besteedbaar inkomen na het betalen van de zorgkosten en na het ontvangen van de tegemoetkoming om maatschappelijk te kunnen participeren? Onze eerste aanbeveling is dan ook om dit scherper te formuleren en ook vast te stellen in hoeverre de overheid bereid is om de doelgroep te compenseren om dit ook te bewerkstelligen.

Onze volgende aanbeveling is om de huidige specifieke zorgkosten-regeling gericht in te zetten en daarnaast gemeentelijke regelingen te verbeteren. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de specifieke zorgkosten-regeling voor veel mensen uit de doelgroep een belangrijke regeling is omdat het een vangnet biedt voor als zij hun kosten niet elders terug kunnen krijgen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als personen uit de doelgroep niet bij hun gemeente terecht kunnen of willen voor vergoeding van specifieke zorgkosten. Het bestaan van een vangnet kan (samen met financiële tekorten bij gemeenten) er echter ook toe leiden dat gemeenten geen tegemoetkoming bieden omdat personen kunnen terugvallen op de specifieke zorgkosten-regeling. Financiële tekorten bij gemeenten kunnen ook een doorwerking hebben in de mate waarin zij voorzieningen in stand kunnen en willen houden dan wel uitbreiden. Tegelijkertijd zien we dat de huidige specifieke zorgkosten-regeling niet altijd aansluit bij de beoogde doelgroep. De Belastingdienst kan bijvoorbeeld niet toetsen of de belastingplichtige wel een chronische aandoening of beperking heeft. Hierdoor maken er ook mensen gebruik van de regeling die niet direct tot de beoogde doelgroep behoren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden opgelost door een verklaring van een onafhankelijke arts in te voeren waarin is vastgesteld of er sprake is van een chronische ziekte of beperking. Door de specifieke zorgkosten-regeling gericht in te zetten komt er meer financiële ruimte om de gemeentelijke regelingen uit te breiden.

Er is daarnaast nog een heel aantal andere relatief kleine en minder ingrijpende verbeterpunten voor de vormgeving van de specifieke zorgkosten-regeling geïdentificeerd, zoals het vergroten van de bekendheid van de regeling en het uitbreiden van de kostenposten die mogen worden opgevoerd. Een grotere bekendheid kan leiden tot meer gebruik van de regeling en dus een hogere doeltreffendheid. Een uitbreiding van het aantal kostenposten dat mag worden opgevoerd zorgt er voor dat het bredere doel van de regeling (het bieden van een compensatie voor meerkosten) beter wordt gerealiseerd. Onze aanbeveling is om deze verbeterpunten waar nodig verder te onderzoeken en op korte termijn door te voeren.

Er zijn ook alternatieven voor de specifieke zorgkosten-regeling denkbaar maar het is de vraag of deze alternatieven beter zijn dan de huidige regeling. We hebben naar varianten gekeken waarbij forfaits worden toegepast (de kop-romp-constructie): binnen de huidige

specifieke zorgkosten-regeling, in een gemeentelijke regeling of in een niet-fiscale landelijke regeling. Het grote voordeel van de kop-romp-constructie is dat het eenvoudiger en voor-spelbaarder is voor zowel de personen met een chronische ziekte of beperking als de uitvoerders van de regeling. Echter, afhankelijk van de ziekte of aandoeningen kunnen deze kosten van persoon tot persoon veel uiteen lopen. Hierdoor kunnen de forfaits en de werkelijke kosten van elkaar verschillen. Het is dus de vraag of dit alternatief wel beter door de doelgroep wordt ontvangen. Mogelijk is er een grote kop (het maatwerk) nodig en dan wordt het voordeel van een eenvoudigere uitvoering weer minder groot of kan het zelfs verdwijnen.

Tot slot is het voor alle bestaande regelingen, zowel de specifieke zorgkosten-regeling, de TSZ-regeling als de gemeentelijke regelingen, belangrijk om ervoor te zorgen dat de personen uit de doelgroep hiermee bekend zijn en ze ook begrijpen. Hier is nog ruimte voor verbetering en dit is een expliciete toekomstgerichte aanbeveling aan het Rijk en gemeenten om de bekendheid en het begrip te verbeteren.

Bijlage 1. Toetsingskader Fiscale regelingen

In deze bijlage doorlopen wij het Toetsingskader Fiscale regelingen. Dit toetsingskaders fungeert als een trechter voor de haalbaarheid en wenselijkheid van fiscale regelingen. Wij lopen daarvoor de volgende vragen af:

1. Is sprake van een heldere probleemstelling?
2. Is het te bereiken doel helder en eenduidig geformuleerd?
3. Kan worden aangetoond waarom financiële interventie noodzakelijk is?
4. Kan worden aangetoond waarom een subsidie de voorkeur verdient boven een heffing?
5. Kan worden aangetoond waarom een fiscale subsidie de voorkeur verdient boven een directe subsidie?
6. Is evaluatie van de maatregel voldoende gewaarborgd?
7. Is een horizonbepaling aan de orde?

Is er sprake van een heldere probleemstelling?

Er is sprake van een heldere probleemstelling; mensen met een chronische ziekte of beperking worden geconfronteerd met hogere kosten in vergelijking met andere groepen. Zij krijgen deze kosten niet, of slechts deels, vergoed uit andere regelingen. Na toepassing van andere regelingen hebben zij dus nog steeds hogere kosten dan andere groepen. Achterliggende gedachte bij de wens om hen hierin tegemoet te komen is dat de meerkosten ertoe kunnen leiden dat zij minder goed maatschappelijk kunnen participeren. Dit wordt vanuit inkomenspolitiek en maatschappelijk oogpunt als ongewenst beschouwd. Aangezien het gaat om inkomenseffecten en risico's op verminderde maatschappelijke participatie die voortvloeien uit beperkte financiële middelen, is de overheid de aangewezen partij deze problemen te reduceren door het bieden van een tegemoetkoming. Het ministerie van VWS is beleidsmatig verantwoordelijk voor de ondersteuning van het maatschappelijk participeren van burgers.

Is het te bereiken doel helder en eenduidig geformuleerd?

Het te bereiken doel van de fiscale aftrek is niet (meer) helder en eenduidig geformuleerd. Op basis van de beleidsstukken concluderen we dat het doel van de specifieke zorgkostenregeling is om chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet te komen in de meerkosten die zij vanwege hun aandoening maken. Een achterliggend doel is dat zij hierdoor beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Uit de toelichting bij de wet wordt niet duidelijk of dit laatste moet worden gezien als doel van de wet of eerder als beoogde impact.

Bij het compenseren van kosten moet het gaan om kosten die niet elders vergoed worden. Ook is het niet de bedoeling om *alle* meerkosten te vergoeden. Het volgende blijft dan echter onduidelijk:

- Uit de toelichting bij de wet wordt duidelijk dat het doel niet is om *volledige* compensatie van meerkosten te bieden. Ook wordt daar gesteld dat de regering de doelgroep tegemoet wil komen zodat deze beter in staat is om maatschappelijk te participeren. Hieruit kan echter niet worden opgemaakt welk niveau van compensatie wordt beoogd. Puur naar de tekst kijkend bereikt de regeling haar doel als de

doelgroep ook maar enigszins geholpen wordt, hoe klein dit effect ook is. Dit lijkt ons geen wenselijke uitleg.

- De fiscale aftrek zou samen met de rest van de Wtcg in 2014 worden afgeschaft. Uiteindelijk is kort van tevoren besloten de fiscale aftrek als landelijke voorziening te behouden, maar tegelijkertijd werd daarbij wel gesteld dat de fiscale aftrek toe was aan herziening omdat er de nodige nadelen aan kleven. Gesteld werd dat de aftrekregeling beter gericht zou moeten worden op de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten, en eenvoudiger, begrijpelijker en fraudebestendiger zou moeten worden gemaakt. Er zijn sindsdien echter geen fundamentele wijzigingen meer doorgevoerd. Er is destijds eveneens niet helder vastgelegd waarom de fiscale aftrek is behouden en wat het precieze doel van de aftrek is binnen het sterk gewijzigde stelsel van ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten. We gaan er daarom van uit dat het doel ongewijzigd is gebleven.

Het doel van de TSZ-regeling is wel helder. Dit is simpelweg om de mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten (een deel van) hun heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren. Via de TSZ-regeling krijgen zij alsnog de voordelen van zowel de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten als hun heffingskortingen.

Kan worden aangetoond waarom financiële interventie noodzakelijk is?

De doelgroep van de regelingen (chronisch zieken en gehandicapten) heeft te maken met meerkosten in de zorg ten opzichte van vergelijkbare, doorgaans gezonde personen en geniet dus een lager besteedbaar inkomen. Bij deze groep burgers bestaat het risico van verminderde maatschappelijke participatie doordat zij beschikken over (te) weinig financiële middelen. Om het verschil in besteedbaar inkomen en dit risico te reduceren ligt een financiële interventie dan ook voor de hand. De specifieke zorgkosten-regeling biedt een vorm van financiële compensatie.

Kan worden aangetoond waarom een subsidie de voorkeur verdient boven een heffing?

Niet van toepassing

Kan worden aangetoond waarom een fiscale subsidie de voorkeur verdient boven een directe subsidie?

Het is in zijn algemeenheid erg lastig om aan te geven of een fiscale subsidie een betere optie is dan een directe subsidie, omdat het oordeel daarover afhangt van de precieze vormgeving van zowel de directe subsidie als de fiscale regeling. Voor de vergelijking van fiscale subsidie en directe subsidie worden onderstaande punten afgelopen:

- **Doelgroepbereik:** een fiscale subsidie lijkt niet het meest geschikte instrument om de doelgroep te bereiken. Voor het verkrijgen van een compensatie middels de specifieke zorgkosten-regeling (en indien nodig de TSZ-regeling) is het noodzakelijk dat er belastingaangifte wordt gedaan. De verwachting is dat een deel van de mensen geen belastingaangifte doet. Het is niet mogelijk om uitspraken te doen over de omvang van de doelgroep. Overigens is dit probleem er naar verwachting ook met een directe subsidie. Ook dan moet de doelgroep weten van het bestaan van de subsidie. De drempel is mogelijk wel lager bij een directe subsidie dan bij een fiscale subsidie. Een tweede punt is dat bij de specifieke zorgkosten-regeling niet wordt gekeken of de kosten voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking, maar naar kosten van ziekte of beperking in het algemeen. De Belastingdienst is namelijk niet in staat om vast te stellen of zorgkosten wel of niet voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking. Uit het onderzoek kwam naar voren dat naar schatting een kwart

van de opgegeven zorgkosten niet voortvloeien uit een chronische ziekte of beperking, en nog eens een kwart slechts deels. Het is denkbaar dat een subsidie beter kan worden gericht op kosten die samenhangen met een chronische ziekte of beperking. Het onderzoek noemt in dit verband de ondersteuningsregeling van de gemeente Amsterdam.

- **Uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid:** uit het onderzoek komt naar voren dat in de huidige situatie er bij zowel de specifieke zorgkostenregeling als de TSZ-regeling (grote) twijfels zijn over de uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid. Het is een complexe regeling en de Belastingdienst beschikt niet over contra-informatie om de opgegeven zorgkosten geautomatiseerd te controleren.
- **Kosteneffectiviteit:** de kosteneffectiviteit van de specifieke zorgkostenregeling en de TSZ-regeling is niet eenvoudig te bepalen. Al was het maar omdat het doel van de specifieke zorgkostenregeling niet duidelijk is geoperationaliseerd. Echter, er zijn concrete aanwijzingen voor twijfels over de (kosten)effectiviteit van de specifieke zorgkostenregeling en de TSZ-regeling. Zo kennen deze regelingen substantiële uitvoeringskosten en een fors gebruik door personen die geen meerkosten vanwege een chronisch ziekte of beperking hebben. Ook het feit dat in 28% van de gevallen de aftrek van zorgkosten foutief plaatsvindt (voor 39% van het bedrag aan opgegeven zorgkosten), wijst erop dat een aanzienlijk deel van het geld niet op de goede plek terecht komt. Het is niet eenvoudig om daar één getal op te plakken en om aan te geven of een directe subsidie dan een betere optie is. Bij de directe subsidie hangt het er ook vanaf hoe de regeling wordt vormgegeven.
- **Eenvoud:** de specifieke zorgkostenregeling *lijkt* niet eenvoudig te zijn, gezien foutieve toepassing van de aftrek in 28% van de gevallen. Er is ten eerste sprake van een complex stelsel met binnen de specifieke zorgkostenregeling een vermenigvuldigingsfactor en een drempel en aanvullend een TSZ-regeling. Bovendien gelden bij de verschillende kostenposten diverse voorwaarden die niet direct duidelijk zijn voor de gebruikers.
- **Inpasbaarheid in fiscale structuur:** de specifieke zorgkostenregeling kent een beperkte inpasbaarheid in de fiscale structuur. De regeling is namelijk gericht op mensen met een chronische ziekte of beperking, maar dat element wordt niet meegenomen om te bepalen of iemand er recht op heeft. Dat kan ook niet omdat de Belastingdienst geen informatie heeft over de gezondheidsstatus van de persoon. Daarnaast laat de (aanwezigheid van de) TSZ-regeling al zien dat de specifieke zorgkostenregeling geen goede toepassing kent in de fiscale structuur. De TSZ-regeling moest namelijk worden toegevoegd omdat er door de specifieke zorgkostenregeling sprake kon zijn van niet-verzilverde heffingskortingen.
- **Budgettaire beheersbaarheid:** de specifieke zorgkostenregeling lijkt relatief goed budgettair beheersbaar te zijn. Het totale compensatiebedrag bedraagt de afgelopen jaren ca. €300 miljoen per jaar. Het budgettaire belang van de TSZ-regeling is de afgelopen jaren wel substantieel toegenomen van €39 miljoen in 2015 naar meer dan €65 miljoen in 2019. Het is onduidelijk in welke mate een directe subsidie beter of slechter budgettair beheersbaar zal zijn. In het verleden was er (deels) een directe subsidie maar die is afgeschaft in verband met budgettaire onbeheersbaarheid.

Is evaluatie van de maatregel voldoende gewaarborgd?

Voorafgaand aan de evaluatie is een uitgebreide lijst met onderzoeksvragen wordt opgesteld door de opdrachtgever. De evaluatie wordt daarbij uitgevoerd conform de Regeling periodiek evaluatieonderzoek (RPE). Dit is ook terug te zien in de centrale onderzoeksvraag waarin wordt gevraagd om aan te geven of de regelingen doeltreffend en doelmatig zijn.

De evaluatie is uitgevoerd door Dialogic Innovatie & Interactie en Significant Public. Binnen deze evaluatie hebben wij getracht om een goed onderbouwd antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Hierbij is ook duidelijk aangegeven wat de beperkingen zijn van het onderzoek. Wij hebben ons onderzoek onafhankelijk uitgevoerd.

Het is voor ons niet mogelijk iets te zeggen over de uitvoering van toekomstige evaluaties van de regelingen. Dat is namelijk mede afhankelijk van de uitkomsten van deze evaluatie én de toekomstgerichte analyse waarmee alternatieven worden geboden voor de voortzetting van de regelingen.

Is een horizonbepaling aan de orde?

Voor de regeling is op dit moment geen horizonbepaling aan de orde.

Bijlage 2. Beschrijving vragenlijst enquête

In deze bijlage wordt een beschrijving gegeven van de vragenlijst die wij hebben ingezet voor onze eigen enquête. Bij deze vragenlijst hebben wij het volgende op te merken:

- Elke respondent kreeg minimaal de eerste drie vragen voorgelegd. Afhankelijk van het antwoord (of de antwoorden) daarop is een respondent doorgeleid naar de andere vragen of is de enquête beëindigd.
- In de enquête staat een aantal keer [JAAR] aangegeven. Op de plek van [JAAR] wordt een jaartal ingevuld dat afhankelijk is van de antwoorden op de eerste drie vragen.

Inleiding

Deze vragenlijst gaat over de zorgkosten die je hebt gemaakt en of je die hebt afgetrokken bij jouw belastingaangifte. Jouw antwoorden worden zonder persoonsgegevens verwerkt en worden niet doorgegeven aan andere organisaties, zoals de gemeente of de Belastingdienst. Om het invullen van de vragenlijst makkelijk te maken kan het raadzaam zijn om je meest recente belastingaangifte er bij te pakken.

Blok 0: Het doen van belastingaangifte

1. Heb jij of heeft jouw fiscaal partner¹²⁰ over het jaar 2021 belastingaangifte gedaan?
Dit is de aangifte inkomstenbelasting die in 2022 tussen 1 maart en 1 mei ingediend kan worden
 - a. Ja; → Blok 1
 - b. Nee; → Vraag 2
 - c. Weet ik niet → Vraag 2
2. Heb jij of heeft jouw fiscaal partner¹²¹ over het jaar 2020 belastingaangifte gedaan?
Dit is de aangifte inkomstenbelasting die in 2021 tussen 1 maart en 1 mei ingediend kon worden
 - a. Ja; → Blok 1
 - b. Nee; → Vraag 3
 - c. Weet ik niet → Einde;

¹²⁰ Je bent fiscaal partner als je getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als je niet samenwoont. Als je samenwoont met iemand waarmee je niet getrouwd bent, ben je fiscaal partner wanneer je: *samen een minderjarig kind verzorgd op jouw adres *je een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *je samen eigenaar bent van de woning

¹²¹ U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

3. Ben jij of is jouw fiscaal partner¹²² voornemens van plan over het jaar 2021 belastingaangifte te doen?

Dit is de aangifte inkomstenbelasting die in 2022 tussen 1 maart en 1 mei ingediend kan worden

- a. Ja; → Einde
- b. Nee; → Blok 5
- c. Weet ik niet → Einde;

Blok 1: Wel/niet gebruik niet-vergoede zorgkosten

Bepaalde zorgkosten die je gemaakt hebt en die **niet zijn vergoed** mag je aftrekken bij je belastingaangifte. Dit worden aftrekbare zorgkosten genoemd. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten voor hulpmiddelen maar ook extra kosten voor vervoer voor ziekenbezoek. Als deze kosten hoger zijn dan een bepaald bedrag (de drempel), hoef je hierdoor minder belasting te betalen.

4. Heb jij of heeft jouw fiscaal partner¹²³ in de belastingaangifte over [JAAR] aftrekbare zorgkosten opgegeven?
- a. Ja → Blok 2:
 - b. Nee → Blok 5
 - c. Weet ik niet¹²⁴ → Einde

Blok 2: Wel-gebruik

Je hebt of jouw fiscaal partner heeft in de belastingaangifte aftrekbare zorgkosten opgegeven. De volgende vragen gaan over deze aftrekbare zorgkosten die zijn opgegeven.

5. Welk van onderstaande zorgkosten zijn opgegeven in de belastingaangifte? (Meerdere antwoorden mogelijk) → Vraag 6 (m.u.v. laatste antwoord mogelijkheid)
- a. Geneeskundige hulp (bijvoorbeeld verpleging in een ziekenhuis of een andere instelling, **niet-vergoede** kosten voor de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of specialist, behandeling onder begeleiding van een bevoegd arts, een Ivf-behandeling);
 - b. Reiskosten voor ziekenbezoek ;
 - c. (Hogere) Reiskosten door ziekte of invaliditeit (hieronder vallen alleen uitgaven voor vervoer naar een arts of ziekenhuis of extra vervoerskosten door ziekte of invaliditeit);
 - d. Medicijnen op doktersvoorschrift;
 - e. Medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunzolen, gehoorapparaat, kunstgebitt en/of andere prothesen, blindengeleidehond/hulphond, onderhoud, reparatie en verzekering van hulpmiddelen, vingerprik voor bloedwaarden, alarmsysteem voor ziekte, stomadouche);
 - f. Extra uitgaven voor kleding en beddengoed;

¹²² U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

¹²³ U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

¹²⁴ Om de groep 'Weet ik niet' zo klein mogelijk te houden werd in de geprogrammeerde enquête een afbeelding getoond van het aangifteformulier waarin werd getoond om welke aftrekpost het ging.

- g. Extra gezinshulp;
 - h. Kosten voor dieet op voorschrift van een dokter of diëtist;
 - i. Geen van bovenstaande → Vraag 7;
6. Zijn er nog andere zorgkosten die zijn opgegeven in de belastingaangifte?
 - a. Ja; → Vraag 7
 - b. Nee; → Vraag 8
 7. Welke zorgkosten zijn (nog meer) opgegeven in de belastingaangifte? (Je hoeft geen bedragen te noemen alleen de soort kosten.)
 - a. (Open vraag) → Vraag 8
 8. Zijn de zorgkosten die zijn opgegeven, gemaakt als gevolg van een chronische ziekte¹²⁵ en/of beperking bij jou, je fiscale partner¹²⁶ of één van je gezinsleden?
 - a. Ja, volledig; → Blok 3
 - b. Ja, deels; → Vraag 9
 - c. Nee; → Blok 3
 9. Welk deel van de opgegeven zorgkosten zijn gemaakt vanwege een chronische ziekte of een beperking bij jou, je fiscale partner¹²⁷ of één van je gezinsleden? Het gaat hier om een inschatting. → Blok 3
 - a. 0% - 20%
 - b. 21% - 40%
 - c. 41% - 60%;
 - d. 61% - 80%;
 - e. 81% - 100%;

Blok 3: Ervaringen met regeling

10. Hoe ervaar je de mogelijkheid om bepaalde zorgkosten af te trekken bij de belastingaangifte? → Vraag 11

Ingewikkeld				Makkelijk te begrijpen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kost weinig tijd				Kost veel tijd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het is duidelijk welke kosten ik mag opgeven'				Het is niet duidelijk welke kosten ik mag opgeven'
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Kan je jouw antwoorden toelichten? [Optionele vraag] → Blok 4
 - a. (Open vraag)

¹²⁵ Een chronische ziekte is een aandoening die nooit meer helemaal overgaat.

¹²⁶ U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

¹²⁷ U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

Blok 4: Verbeteringen

12. Kan de regeling voor aftrekbare zorgkosten volgens jou verbeterd worden?
 - a. Ja; → Vraag 13
 - b. Nee; → Einde

13. Wat kan er volgens jou verbeterd worden aan de regeling voor aftrekbare zorgkosten? → Einde
 - a. (Open vraag)

Blok 5: Niet-gebruik

1. *Indien antwoord op vraag 4 is Nee:* Je hebt aangegeven dat in de belastingaangifte geen aftrekbare zorgkosten zijn opgegeven. Het kan echter wel zo zijn dat jij, of je fiscale partner, in [JAAR] wel zorgkosten hebt gemaakt die je had mogen opgeven in de belastingaangifte. Het gaat dan om zorgkosten die je zelf hebt betaald. **Wat hier niet onder vallen zijn: zorgpremies, eigen risico en eigen bijdrages (voor bijvoorbeeld de Wmo).** De categorieën die wel onder aftrekbare zorgkosten vallen zijn:
2. *Indien antwoord op vraag 3 is Nee:* Je hebt aangegeven dat je over 2020 geen belastingaangifte hebt gedaan en dat je niet voornemens van plan bent om dit over 2021 te doen. Het kan echter wel zo zijn dat jij, of je fiscale partner, in 2021 wel zorgkosten hebt gemaakt. Indien je deze zorgkosten zou opgeven kan dit mogelijk leiden tot een belastingteruggave. Het gaat hier om zorgkosten die je zelf hebt betaald. **Wat hier niet onder vallen zijn: zorgpremies, eigen risico en eigen bijdrages (voor bijvoorbeeld de Wmo).** De categorieën die wel onder aftrekbare zorgkosten vallen zijn:
 - Geneeskundige hulp (bijvoorbeeld verpleging in een ziekenhuis of een andere instelling, **niet-vergoede** kosten voor de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of specialist, behandeling onder begeleiding van een bevoegd arts, een Ivf-behandeling);
 - Reiskosten voor ziekenbezoek;
 - (Hogere) Reiskosten door ziekte of invaliditeit (hieronder vallen alleen uitgaven voor vervoer naar een arts of ziekenhuis of extra vervoerskosten door ziekte of invaliditeit);
 - Medicijnen op doktersvoorschrift;
 - Medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunzolen, gehoorapparaat, kunstgebit en/of andere prothesen, blindengeleidehond/hulphond, onderhoud, reparatie en verzekering van hulpmiddelen, vingerprik voor bloedwaarden, alarmsysteem voor ziekte, stomadouche)
 - Extra uitgaven voor kleding en beddengoed;
 - Extra gezinshulp;
 - Kosten voor dieet op voorschrift van een dokter of diëtist.

14. Heb jij of heeft jouw fiscale partner¹²⁸ in [JAAR] voor jezelf/zichzelf, of voor één van de gezinsleden, wel zorgkosten gemaakt die in aanmerking kwamen voor aftrek bij de belastingaangifte?
 - a. Ja; → Vraag 15

¹²⁸ U bent fiscaal partner als u getrouwd bent of een geregistreerd partnerschap hebt, zelfs als u niet samenwoont. Als u samenwoont met iemand waarmee u niet getrouwd bent, bent u fiscaal partner wanneer u: *samen een minderjarig kind verzorgd op uw adres *u een samenlevingscontract hebt afgesloten bij een notaris *u samen eigenaar bent van de woning

- b. Nee; → Einde
 - c. Weet ik niet → Einde
15. Zijn deze zorgkosten gemaakt vanwege een chronische ziekte of een beperking¹²⁹ bij jou, jouw fiscale partner of één van jouw gezinsleden?
- a. Ja, volledig; → Vraag 17
 - b. Ja, deels; → Vraag 16
 - c. Nee; → Vraag 17
16. Welk deel van de zorgkosten zijn gemaakt vanwege een chronische ziekte of een beperking bij jou, jouw fiscale partner of één van jouw gezinsleden? Het gaat hier om een inschatting. → Vraag 17
- a. 0% - 20%
 - b. 21% - 40%
 - c. 41% - 60%;
 - d. 61% - 80%;
 - e. 81% - 100%;
17. Welke zorgkosten zijn gemaakt door jou, je fiscaal partner of één van jouw gezinsleden? (Meerdere antwoorden mogelijk) → Vraag 18 of 19
- a. Geneeskundige hulp (bijvoorbeeld verpleging in een ziekenhuis of een andere instelling, kosten voor de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of specialist, behandeling onder begeleiding van een bevoegd arts, een Ivf-behandeling);
 - b. Reiskosten voor ziekenbezoek;
 - c. (Hogere) Reiskosten door ziekte of invaliditeit (hieronder vallen alleen uitgaven voor vervoer naar een arts of ziekenhuis of extra vervoerskosten door ziekte of invaliditeit);
 - d. Medicijnen op doktersvoorschrift;
 - e. Medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunzolen, gehoorapparaat, kunstgebit en/of andere prothesen, blindengeleidehond/hulphond, onderhoud, reparatie en verzekering van hulpmiddelen, vingerprik voor bloedwaarden, alarmsysteem voor ziekte, stomadouche);
 - f. Extra uitgaven voor kleding en beddengoed;
 - g. Extra gezinshulp;
 - h. Kosten voor dieet op voorschrift van een dokter of diëtist;
 - i. Anders, namelijk ...

Reden niet-gebruik

Onderstaande vraag wordt gesteld aan de groep die vraag 17 heeft beantwoord (en de vragen die daar aan voorafgingen) én die bij vraag 4 nee heeft ingevuld.

18. Jij of jouw fiscale partner hebt/heeft in [JAAR] zorgkosten gemaakt die in aanmerking kwamen voor aftrek bij de belastingaangifte. Je hebt dit echter toch niet opgegeven in de belastingaangifte. Wat was hier de reden voor? (Meerdere antwoorden mogelijk) → Einde
- a. Ik vind het te ingewikkeld om dit op te geven;
 - b. Ik weet van tevoren dat ik niet boven het drempelbedrag uitkom;
 - c. Ik vind het te veel gedoe om het bewijsmateriaal te verzamelen (aankoopbewijzen enzovoort);

¹²⁹ Een chronische ziekte is een aandoening die nooit meer helemaal overgaat.

- d. Ik ben bang dat ik iets verkeerd invul en dan het bedrag moet terugbetalen;
- e. Ik wist niet dat het mogelijk was om zorgkosten op te geven in de belastingaangifte;
- f. Anders, namelijk ...

Onderstaande vraag wordt gesteld aan de groep die vraag 17 heeft beantwoord (en de vragen die daar aan voorafgingen) én die bij vraag 3 nee heeft ingevuld.

19. Je hebt aangegeven dat jij, of jouw fiscale partner, over 2020 geen belastingaangifte hebt/heeft gedaan en dat je niet voornemens van plan bent om dit over 2021 te doen. In de vorige vragen heb je aangegeven dat er wel aftrekbare zorgkosten zijn gemaakt in 2021. Als je belastingaangifte doet en deze zorgkosten opvoert, dan kan het leiden tot een belastingteruggave. Wat is de reden dat je geen belastingaangifte hebt gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Ik vind het te ingewikkeld om belastingaangifte te doen;
- b. Ik vind het teveel tijd kosten om belastingaangifte doen;
- c. Ik wist niet dat ik mogelijk recht had op een belastingteruggave;
- d. Anders, namelijk ...

Bijlage 3. Achtergrondinformatie resultaten enquête

In deze bijlage geven we achtergrondinformatie bij de resultaten van de enquête. Een van de opvallende uitkomsten is dat in onze enquête relatief veel respondenten (27%) aangaven dat zij aftrekbare zorgkosten hebben opgegeven in hun belastingaangifte. Dit percentage van 27% is hoger dan het aandeel gebruikers van de aftrekpost binnen de belastingaangifte. Dat gaat naar schatting om 12% tot 14% van de belastingplichtigen. Er is getracht om een oorzaak te vinden voor dit grote verschil.

Er is onder meer gekeken naar een aantal achtergrondvariabelen in de steekproef en die zijn ook vergeleken met het ijkbestand. In onderstaande tabellen zijn daar de resultaten van te zien.

Tabel 16 Leeftijd in steekproef versus ijkbestand

Leeftijd	Steekproef	IJKbestand
18 t/m 24	5,8%	11,2%
25 t/m 34	11,7%	16,2%
35 t/m 44	17,9%	17,1%
45 t/m 54	16,2%	19,7%
55 t/m 64	19,5%	16,9%
65 t/m 80	28,8%	19,0%

Tabel 17 Opleidingsniveau in steekproef versus ijkbestand

Opleidingsniveau	Steekproef	IJKbestand
Hoog	30,9%	25,4%
Midden	45,8%	51,3%
Laag	23,3%	23,3%

Tabel 18 Geslacht in steekproef versus ijkbestand

Geslacht	Steekproef	IJKbestand
Man	44,9%	49,4%
Vrouw	55,1%	50,6%

Uit voorgaande valt op dat in de steekproef relatief veel ouderen, hoogopgeleiden en vrouwen zaten. Met name het hoge aandeel ouderen zou een (deel van de) verklaring kunnen zijn aangezien zij naar verwachting vaker gebruik maken van de specifieke zorgkosten-regeling. Het opvallende is echter dat het aandeel respondenten dat zegt aftrekbare zorgkosten te hebben opgegeven hoger is binnen de groep 18 tot en met 24 (35%) dan binnen de groep 65 tot en met 80 (33%). Het is dus de vraag of dat een verklaring is voor het verschil.

Een andere verklaring die nog ter sprake kwam is dat een groot aandeel van de mensen wel zorgkosten heeft opgegeven maar dat het niet heeft geresulteerd in een aftrek omdat ze niet

boven de drempel uitkwamen. Het is lastig om dit te verifiëren omdat (1) er bij het ministerie van Financiën geen data beschikbaar is over het aantal mensen dat wel aftrekbare zorgkosten heeft opgegeven maar niet boven de drempel uitkomt en (2) in onze enquête niet is gevraagd aan respondenten of de opgegeven zorgkosten boven de drempel uitkwamen.

Een andere verklaring kan liggen in de opzet van de enquête. In de enquête vragen wij eerst aan respondenten of zij over 2021 aangifte hebben gedaan, zo niet dan wordt gevraagd of zij over 2020 aangifte hebben gedaan. Mocht dat ook niet het geval zijn dan wordt nog wel gevraagd of zij van plan zijn om aangifte over 2021 te doen. Als mensen dat nog gaan doen wordt de vragenlijst beëindigd, zo niet dan krijgen ze nog een aantal vragen voorgelegd. De reden hiervoor is dat het veldwerk voor de enquête in de eerste helft van april 2022 heeft plaatsgevonden, midden in de aangifteperiode. Door deze opzet hoefden wij deze mensen die nog geen aangifte hadden gedaan niet uit te sluiten van onze enquête en konden wij de respons vergroten.

In onderstaande tabel is voor zowel de groep die over 2021 aangifte heeft gedaan versus de groep die over 2020 aangifte heeft gedaan weergegeven of aftrekbare zorgkosten zijn opgegeven.

Tabel 19 Opgeven aftrekbare zorgkosten naar aangiftejaar

Aftrekbare zorgkosten opgegeven?	Aangifte over 2021	Aangiften over 2020
Ja	28,2%	16,5%
Nee	67,2%	74,1%
Weet niet	4,6%	9,4%

Wat opvalt is dat bij de groep die aangifte over 2021 heeft gedaan vaker aangeeft dat ze aftrekbare zorgkosten hebben opgegeven dan de groep die aangifte over 2020 heeft gedaan. Daarbij geldt wel de kanttekening dat de groep die over 2021 aangifte heeft gedaan in absolute zin groter is ($n = 2.896$) dan de groep die over 2020 aangifte heeft gedaan ($n = 266$).

Concluderend blijft het lastig te stellen waardoor wij een groot aandeel respondenten dat heeft aangegeven dat zij aftrekbare zorgkosten hebben opgegeven. Voor de daadwerkelijke uitkomsten van de enquête maakt het beperkt uit. Het belangrijkste doel van de enquête was namelijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de kosten voortvloeien uit chronische ziekte of beperking (zie paragraaf 6.4). Voor de beantwoording van die vraag maakt het niet uit dat wij op een ander aandeel respondenten dat aftrekbare zorgkosten heeft opgegeven uitkomen. Wij zijn daarvoor op zoek naar de mensen die überhaupt aftrekbare zorgkosten hebben opgegeven.

Bijlage 4. Interviewprotocol

In deze bijlage wordt het interviewprotocol dat gebruikt is in het onderzoek beschreven. Het gaat dan specifiek om de interviews die met de patiëntenorganisaties zijn gehouden.

Inleiding

Dialogic en Significant Public voeren samen in opdracht van het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën een evaluatie uit van de fiscale aftrek specifieke zorgkosten (hierna: specifieke zorgkosten-regeling) en de regeling tegemoetkoming specifieke zorgkosten (hierna: TSZ-regeling). Deze regelingen maken het mogelijk voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking om meerkosten aan zorg bij de belastingaangifte op te voeren als aftrekpost, wat kan leiden tot een tegemoetkoming in deze zorgkosten.

De evaluatie betreft een onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid van de regelingen, maar ook een verkenning van alternatieven voor deze regelingen. De centrale onderzoeksvraag voor de evaluatie luidt: **In hoeverre zijn de uitgaven voor de specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling doeltreffend en doelmatig?**

Daarnaast voeren wij binnen de evaluatie ook een toekomstgerichte analyse uit waarbinnen gekeken wordt naar alternatieven voor de huidige regelingen.

De evaluatie bestaat onder andere uit een kwantitatieve analyse van belastinggegevens, een enquête onder gebruikers van de regeling, en interviews met belanghebbende partijen (zoals cliëntorganisaties). We houden interviews met ongeveer 10, al dan niet overkoepelende, (patiënt)organisaties. Deze interviews worden digitaal afgenomen. Wij gaan per interview uit van een gespreksduur van ca. 60-90 minuten. Dit document kan worden gezien als een leidraad voor de interviews en beschrijft de onderwerpen en belangrijkste vragen die wij aan bod willen laten komen. We sturen dit document voorafgaand aan het interview, zodat elke organisatie zich erop kan voorbereiden.

Aandachtspunten vooraf

- Het gespreksverslag wordt teruggekoppeld aan de gesprekspartners. Zo bestaat er voor gesprekspartners nog de mogelijkheid om het verslag aan te vullen, te corrigeren en te valideren.
- Het verslag wordt niet gedeeld met derden, alleen gebruikt voor dit onderzoek en er worden in het eindrapport geen direct herleidbare quotes opgenomen (tenzij de respondent daar expliciet toestemming voor heeft gegeven).
- In het eindrapport nemen wij op met welke personen en organisaties wij gesproken hebben.
- Graag vragen wij of u akkoord gaat met bovenstaande voorwaarden.

Gespreksonderwerpen en vragen

Onderwerpen met voorbeeldvragen

- Zorgkosten voor doelgroep
 - In welke mate heeft uw doelgroep te maken met zorgkosten?
 - Waar bestaan deze kosten (voornamelijk) uit?
 - Om welke categorieën gaat het?
 - Waar zijn deze zorgkosten van afhankelijk?
 - Voor welk deel van de doelgroep zijn deze kosten relevant

- Wat zijn de belangrijkste categorieën structurele zorgkosten voor de doelgroep (in omvang)?
- Er zijn diverse regelingen en voorzieningen met een tegemoetkoming voor zorgkosten, zoals de Zvw, Wlz, Wmo, gemeentelijke regelingen en de fiscale aftrek specifieke zorgkosten.
 - In hoeverre is de doelgroep bekend met de verschillende voorzieningen/regelingen?
 - In hoeverre zijn dergelijke voorzieningen/regelingen relevant voor uw doelgroep?
 - In hoeverre is voor uw doelgroep duidelijk wanneer zij bij die verschillende voorzieningen terecht kan?
- Bekendheid met en gebruik van specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ-regeling
 - In hoeverre is de doelgroep bekend met de mogelijkheid voor aftrek van specifieke zorgkosten bij de belastingaangifte?
 - Is voor uw doelgroep duidelijk wanneer zij de aftrek van specifieke zorgkosten kan gebruiken?
 - In welke mate maakt uw doelgroep gebruik van de aftrek van specifieke zorgkosten?
 - Welke (type) zorgkosten voert uw doelgroep voornamelijk op bij deze regeling?
 - Wat zijn volgens u redenen voor uw doelgroep om geen gebruik te maken van de specifieke zorgkosten regeling?
 - In hoeverre is uw doelgroep bekend met de TSZ-regeling?
- Ervaringen met de specifieke zorgkosten-regeling en TSZ-regeling
 - Wat zijn de ervaringen van uw doelgroep met het praktisch toepassen van de specifieke zorgkosten-regeling (als onderdeel van de belastingaangifte)?
 - Hoe goed wordt de regeling begrepen door uw doelgroep?
 - Hoeveel tijd / inspanningen is uw doelgroep kwijt met deze regeling?
 - Tegen welke barrières en/of problemen loopt uw doelgroep aan bij het gebruik van de specifieke zorgkosten-regeling?
 - In welke mate is de doelgroep voor een goede toepassing van de regelingen afhankelijk van adviseurs of tussenpersonen?
 - In hoeverre voorzien deze regelingen in een tegemoetkoming van de zorgkosten bij uw doelgroep?
 - Hoe verhouden de inspanningen om tot een aangifte met aftrek van specifieke zorgkosten te komen zich tot de uiteindelijke tegemoetkoming?
- Toekomst: mogelijke aanpassingen en alternatieven
 - Welke aanpassingen zijn binnen andere bestaande regelingen en voorzieningen denkbaar om de tegemoetkoming in de zorgkosten voor uw doelgroep te verbeteren?
 - Welke aanpassingen zijn binnen de huidige specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ denkbaar om de tegemoetkoming in de zorgkosten voor uw doelgroep te verbeteren?
 - Is er een alternatief voor de huidige specifieke zorgkosten-regeling en de TSZ denkbaar?
 - Indien dat laatste het geval is, hoe zou een aangepaste/vernieuwde regeling er uit moeten zien?
 - In hoeverre en op welke manier sluit de aangepaste/vernieuwde regeling beter aan op de situatie van uw doelgroep?



Contact:

Dialogic innovatie & interactie
Hooghiemstraplein 33-36
3514 AX Utrecht
Tel. +31 (0)30 215 05 80
www.dialogic.nl

