

Naar integratie van buitengewone uitgaven en zorgtoeslag?

1 september 2006

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
2	Buitengewone uitgaven en zorgtoeslag.....	7
2.1	De buitengewone uitgavenregeling in historisch perspectief.....	7
2.1.1	De buitengewone lastenaftrek in het Besluit inkomstenbelasting 1941.....	7
2.1.2	Overgang Wet IB 1964 naar Wet IB 2001.....	8
2.1.3	Wijzigingen na 2001.....	8
2.1.4	De huidige buitengewone uitgavenregeling en de TBU.....	8
2.2	De zorgtoeslag.....	9
2.2.1	Achtergrond.....	9
2.2.2	Werking van de zorgtoeslag.....	10
3	Probleembeschrijving.....	13
3.1	Bereik van de buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag.....	13
3.1.1	Kenmerken optimale regeling.....	13
3.1.2	Rechtmatige toekenning.....	13
3.1.3	Optimaal bereik.....	14
3.1.4	Gerichte compensatie.....	15
3.1.5	Netto zorgkosten.....	17
3.1.6	Ingezette verbeteringstrajecten.....	21
3.2	Knelpunten uitvoering door de Belastingdienst.....	22
3.3	Budgettaire risico's.....	23
3.4	Conclusie.....	25
4	Oplossingsrichtingen.....	27
4.1	Opbouw.....	27
4.2	Afwegingskader.....	27
4.3	Integratie zorgtoeslag en buitengewone uitgavenregeling.....	28
4.3.1	Variant 1: buitengewone uitgavenregeling verwerken in de huidige zorgtoeslag.....	29
4.3.2	Variant 2: buitengewone uitgavenregeling omzetten in een nieuwe toeslag.....	29
4.3.3	Conclusie.....	30
4.4	Bouwstenen voor andere varianten.....	31
4.4.1	Inkomensondersteuning uit de buitengewone uitgavenregeling.....	31
4.4.2	Zorgverzekering en eigen bijdragen uit de buitengewone uitgavenregeling.....	32
4.4.3	Heroriëntatie en vereenvoudiging van de buitengewone uitgavenregeling.....	34
4.4.4	Rol gemeenten bij de buitengewone uitgavenregeling.....	34
4.5	Varianten.....	35
4.5.1	Variant 3: integrale variant.....	35
4.5.2	Variant 4: partiële variant.....	37
4.5.3	Variant 5: gemeentevariant.....	37
4.6	Conclusie.....	38
	Bijlage 1: Veronderstellingen berekeningen netto zorgkosten en inkomenseffecten.....	41
	Bijlage 2: Inkomenseffecten.....	43
	Bijlage 3: Indicatiestelling op basis van het risicovereveningsmodel.....	53
	Bijlage 4: Vereenvoudigingen in de buitengewone uitgavenregeling.....	55
	Bijlage 5: Overheveling buitengewone uitgavenregeling (deels) naar gemeenten.....	57

1 Inleiding

Met de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel begin dit jaar, is de zorgtoeslag als nieuw instrument voor de compensatie van zorgkosten van kracht geworden. In de memorie van toelichting bij de Wet op de zorgtoeslag wordt geconstateerd dat deze regeling gaat gelden naast de fiscale compensatie voor ziektegerelateerde kosten en de in 2004 ingevoerde tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven. De memorie van toelichting merkt hierover op dat zo een complex van compensatieregelingen ontstaat dat in technische zin nader op zijn onderlinge samenhang moet worden bezien.

Tijdens de parlementaire behandeling van diverse 'zorgwetten', hebben zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer verschillende malen aandacht gevraagd voor dit onderwerp. In het debat in de Eerste Kamer over de invoering van de no-claimteruggaveregeling, heeft CDA-senator mevrouw Van Leeuwen aangegeven het onderbrengen van de buitengewone uitgavenregeling in de zorgtoeslag wenselijk te achten. Dit om de toegankelijkheid tot de buitengewone uitgavenregeling te verbeteren, wat de ondersteuning van kwetsbare groepen met lage inkomens, in het bijzonder chronisch zieken en gehandicapten, ten goede zou komen. De Minister van VWS heeft hierop toegezegd samen met de Staatssecretaris van Financiën deze samenvoeging te onderzoeken, overigens met de nadrukkelijke kanttekening dat dit niet eenvoudig zou zijn. Naar aanleiding van een verzoek van de heer Van der Vlies heeft de Minister-President bij de Algemene Politieke Beschouwingen in 2005 in de Tweede Kamer toegezegd het onderzoek te verbreden in die zin dat ook andere mogelijkheden om effectief, efficiënt en gericht inkomensondersteuning te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten in beeld zouden worden gebracht.

Dit rapport geeft invulling aan de hierboven genoemde toezeggingen. Het is opgesteld door een ambtelijke werkgroep van vertegenwoordigers van de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken. Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de historische ontwikkeling en de werking van de buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een inventarisatie van de belangrijkste kenmerken van een optimale inkomensafhankelijke regeling. Bezien wordt in hoeverre deze kenmerken van toepassing zijn op de buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag. Hieruit komen diverse knelpunten bij de buitengewone uitgavenregeling naar voren, zoals het niet-gebruik, de mate van gerichtheid en de budgettaire ontwikkeling van de regeling. Dit hoofdstuk besluit met een overzicht van reeds verrichte inspanningen om gesignaleerde knelpunten op te lossen. Hoofdstuk 4 start met de schets van een toetsingskader voor een nieuwe regeling. Vervolgens wordt in de eerste plaats ingegaan op twee vormen van pure integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling, namelijk integratie van de regelgeving respectievelijk integratie van de uitvoering. Vanwege de conclusie dat deze twee varianten onwenselijk of onuitvoerbaar zijn en de toezegging tot verbreding van het onderzoek, worden vervolgens de bouwstenen beschreven van mogelijke andere oplossingsrichtingen. Deze bouwstenen worden uitgewerkt in een drietal varianten met eveneens een integrerend karakter die laten zien hoe verdergaande hervorming van de regelgeving en de uitvoering mogelijk gestalte zou kunnen krijgen.

Concluderend kan worden gesteld dat er geen simpele of snel te realiseren oplossing is voor de geconstateerde knelpunten bij de buitengewone uitgavenregeling. Alle varianten hebben meer of minder ingrijpende gevolgen voor de wet- en regelgeving en de uitvoering en elke keuze brengt inkomenseffecten mee. Geen van de varianten is daarmee op korte termijn, dat wil zeggen vóór 2008, uitvoerbaar. De winst die kan worden behaald op het punt van de administratieve lasten voor de burger en het bereiken van de doelgroepen, hangt samen met de eenvoud van de regelingen. Eenvoudige regelgeving is echter moeilijk te realiseren zonder een zekere mate van grofmazigheid.

Dit rapport bevat geen keuzes of aanbevelingen voor een bepaalde variant. Wel kan worden vastgesteld dat volledige integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling geen optie is. Het rapport biedt een technische verkenning van enkele mogelijkheden om tot verbetering van de regelgeving rond de compensatie van ziektegerelateerde kosten te komen. Het (politieke) debat dat op basis van dit rapport

gevoerd kan worden, zal duidelijkheid moeten scheppen over de richting waarin hervorming van de regelgeving zich zou moeten bewegen.

2 Buitengewone uitgaven en zorgtoeslag

2.1 De buitengewone uitgavenregeling in historisch perspectief

2.1.1 De buitengewone lastenaftrek in het Besluit inkomstenbelasting 1941

De geschiedenis van de buitengewone uitgavenregeling gaat terug tot 1941 toen de 'aftrek wegens buitengewone lasten' in het Besluit inkomstenbelasting (IB) 1941 werd ingevoerd. Een belastingplichtige mocht de buitengewone lasten die op hem drukten en die van invloed waren op zijn vermogen om belasting te betalen, aftrekken. Buitengewone lasten waren: uitgaven tot voorziening in het levensonderhoud van kinderen, uitgaven wegens ziekte, invaliditeit, sterfgeval en andere dergelijke uitgaven. Uitgaven wegens ziekte, invaliditeit, sterfgeval en andere dergelijke uitgaven werden echter alleen als buitengewoon aangemerkt als de belastingplichtige grotere uitgaven deed dan met hem vergelijkbare belastingplichtigen. Dit werd aan de hand van een vergelijkingsmaatstaf bepaald. Daarnaast was er een inkomensdrempel van toepassing: alleen de belastingplichtige van wie de buitengewone lasten meer bedroegen dan 6% van het inkomen, mocht zijn buitengewone lasten aftrekken. Via deze inkomensdrempel kwam het draagkrachtbeginsel tot uitdrukking.

Sindsdien is de aan de aftrek ten grondslag liggende gedachte in wezen onveranderd gebleven. Desondanks vertoont de huidige regeling aanzienlijke verschillen met de regeling uit het Besluit IB 1941. De eerste belangrijke wijzigingen vonden plaats bij de invoering van de Wet IB 1964. Zo werden bij de omschrijving van de uitgaven die als buitengewone lasten worden aangemerkt *'andere dergelijke uitgaven'* geschrapt, omdat deze omschrijving te vaag was en dus tot een te ruime interpretatie van het begrip buitengewone lasten kon leiden. Daarvoor in de plaats kwam een limitatieve opsomming van de buitengewone lasten. Daarnaast kwam de bij de uitgaven in verband met ziekte, invaliditeit en sterfgeval gehanteerde vergelijkingsmaatstaf te vervallen. Deze vergelijkingsmaatstaf was voor de rechter en de Belastingdienst moeilijk hanteerbaar en leidde tot rechtsongelijkheid voor de belastingplichtigen. Daarvoor in de plaats werd een (extra) drempel geïntroduceerd. Met deze drempel werd op praktische wijze een kwantitatief onderscheid aangebracht tussen 'normale' uitgaven (niet aftrekbaar) en 'buitengewone' uitgaven (wel aftrekbaar). Uitgaven in verband met ziekte, invaliditeit en sterfgeval werden alleen nog als buitengewoon aangemerkt voor zover een bepaalde drempel werd overschreden (van 500 gulden of, indien dit minder was, 2½% van het inkomen; later is het bedrag van 500 gulden verhoogd tot 750 gulden). De algemene drempel werd verlaagd van 6% naar 4%.

In 1971 werd voor elke categorie buitengewone lasten een aparte drempel ingevoerd. Praktisch betekende dit dat ook voor uitgaven tot voorziening in het levensonderhoud van kinderen (en uitgaven wegens studiekosten) een drempel werd ingesteld. Tegelijkertijd verdween de algemene drempel. Hiermee verdween ook de oude regel dat bij overschrijding van de algemene (4%) drempel in beginsel alle buitengewone lasten mochten worden afgetrokken. De drempel voor uitgaven in verband met ziekte, invaliditeit, bevalling en overlijden werd opnieuw vastgesteld (voor inkomens boven 40.000 gulden een vast bedrag van 2.500 gulden, voor lagere inkomens 10% van het inkomen met een maximum van 1.800 gulden). Vanaf de jaren zeventig zijn de drempels zodanig vastgesteld dat de kosten van een normale ziekenfondspremie of ziektekostenverzekering buiten de buitengewone lasten zouden vallen. Dit is gedaan door bij de hoogte van de drempel uit te gaan van de premie voor een normale ziektekostenverzekering als percentage van het inkomen (in de toenmalige regeling 10,2%); de werkelijk betaalde premies en de belaste aanspraken op ziektekostenvoorzieningen konden wel bij de berekening van het aftrekbaar bedrag aan buitengewone lasten worden meegenomen. Aan de andere kant werd de belastingplichtige weer tegemoet gekomen door de introductie van een vermenigvuldigingsfactor. Deze vermenigvuldigingsfactor hield in dat de kosten in verband met ziekte, invaliditeit, bevalling en overlijden mochten worden vermenigvuldigd met 1¼ (in sommige gevallen verhoogd tot 1½ of 1¾) alvorens werd bekeken of ze boven de drempel uitkwamen en dus aftrekbaar waren. Maar

uiteindelijk (na saldering met de drempel) mocht de belastingplichtige niet meer aan buitengewone lasten aftrekken dan hij daadwerkelijk aan kosten had gemaakt.

In 1983 is aan de categorie uitgaven terzake van ziekte, invaliditeit, bevalling en overlijden de mogelijkheid toegevoegd om een vaste aftrek wegens uitgaven in verband met arbeidsongeschiktheid of ouderdom als buitengewone last in mindering te brengen op het inkomen. Deze arbeidsongeschiktheids- en ouderdomsforfaits dienden mede ter compensatie voor het vervallen van de arbeidsongeschiktheids- en bejaardenaftrek. In 1998 is de buitengewone lastenaftrek voor chronisch zieken verruimd door het 'arbeidsongeschiktheidsforfait' automatisch toe te kennen aan belastingplichtigen onder de 65 jaar die in de twee voorafgaande jaren in aanmerking kwamen voor buitengewone lastenaftrek wegens ziektekosten. In feite werd daarmee ook een chronisch ziekenforfait geïntroduceerd.

In de loop van de tijd is de categorie buitengewone lasten uitgebreid met uitgaven wegens studiekosten, kosten van kinderopvang, arbeidsongeschiktheid, chronisch zieke (pleeg)kinderen en adoptie. Ook zijn de drempels en vermenigvuldigingsfactoren verschillende keren gewijzigd. Daarbij hebben onder meer budgettaire overwegingen en een te ruim gebruik van de mogelijkheid ziektekosten af te trekken, een rol gespeeld.

2.1.2 Overgang Wet IB 1964 naar Wet IB 2001

Bij de invoering van de Wet IB 2001 is de aftrek wegens buitengewone lasten omgezet in de aftrek wegens buitengewone uitgaven. Inhoudelijk is de aftrek hetzelfde gebleven. De aftrek beoogt een fiscale tegemoetkoming te bieden aan belastingplichtigen van wie de draagkracht ernstig wordt aangetast door rechtstreeks met ziekte, invaliditeit etc. samenhangende, drukkende buitengewone uitgaven. Dat wil zeggen dat de uitgaven financieel ten laste moeten zijn gekomen van de belastingplichtige. Wordt voor de kosten een vergoeding ontvangen (bijvoorbeeld door een sociale uitkering of een verzekeringsuitkering) dan drukken deze niet. De aftrek voor buitengewone uitgaven is bedoeld als een vangnetregeling. Bovendien moet de belastingplichtige zich niet redelijkerwijs aan deze uitgaven kunnen onttrekken.

De buitengewone uitgavenregeling onderscheidt zich qua reikwijdte van zijn voorganger, waar het betreft het invoeren van een leeftijdsgrens voor kinderen van 27 jaar en het beperken van de kring van verwanten terzake van uitgaven wegens ziekte, invaliditeit en bevalling enerzijds en uitgaven wegens overlijden anderzijds. Voorts onderscheidt de nieuwe regeling zich als gevolg van de individualisering. De uitgaven wegens arbeidsongeschiktheid of ouderdom zien niet meer op uitgaven van de belastingplichtige voor zichzelf en zijn partner, maar alleen op uitgaven van de belastingplichtige voor zichzelf.

2.1.3 Wijzigingen na 2001

Met ingang van 2002 is de buitengewone uitgavenregeling aangepast om tegemoet te komen aan de extra kosten als gevolg van een handicap of chronische ziekte. Hierbij is opnieuw een vermenigvuldigingsfactor ingevoerd, nu voor buitengewone uitgaven voor inkomens tot het einde van de tweede tariefschijf. Deze vermenigvuldigingsfactor bedroeg 1¼ indien de belastingplichtige in het voorafgaande jaar buitengewone uitgaven had afgetrokken en 1½ indien de belastingplichtige in de twee voorafgaande jaren buitengewone uitgaven had afgetrokken. Voorts werden de ziektekosten van inwonende invalide kinderen van 27 jaar en ouder als buitengewone uitgaven aangemerkt.

2.1.4 De huidige buitengewone uitgavenregeling en de TBU

De buitengewone uitgavenregeling biedt nog steeds een fiscaal vangnet voor belastingplichtigen van wie de draagkracht is aangetast door bepaalde, buitengewone uitgaven. Het gaat om uitgaven wegens (chronische)

ziekte, invaliditeit, bevalling en overlijden. De buitengewone uitgaven zijn aftrekbaar voor zover zij meer bedragen dan een inkomensafhankelijke drempel van 11,5% (2006) van het verzamelinkomen.

In 2004 is het forfait voor chronisch zieken (en gehandicapten) aangepast. Vanaf 1998 hadden belastingplichtigen recht op het chronisch ziekenforfait indien zij in de twee voorafgaande jaren in aanmerking kwamen voor buitengewone lastenaftrek wegens ziektekosten. Vanwege de brede werking van deze regeling is ten aanzien van de uitgaven wegens chronische ziekte in 2004 een geheel nieuwe regeling ingevoerd.

Chronisch zieken worden nu in de buitengewone uitgavenregeling extra tegemoet gekomen door:

- het chronisch ziekenforfait en
- de vermenigvuldigingsfactor.

De toegang tot het chronisch ziekenforfait is beperkt tot personen die:

- in het kalenderjaar in totaal meer dan € 314 (2006) aan benoemde specifieke uitgaven hebben;
- jonger zijn dan 65 jaar (dus niet voor het ouderdomsforfait in aanmerking komen) en
- niet voor het arbeidsongeschiktheidsforfait in aanmerking komen.

De genoemde specifieke uitgaven zijn gebaseerd op een door de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad opgestelde lijst. Deze specifieke uitgaven zijn: hulpmiddelen (met inbegrip van farmaceutische hulpmiddelen), vervoerskosten (niet zijnde kosten voor ziekenbezoek), dieetkosten, extra uitgaven voor gezinshulp, extra uitgaven voor kleding en beddengoed, de eigen bijdrage voor verblijf in een AWBZ-instelling en de eigen bijdrage die is verschuldigd voor extramurale AWBZ-zorg. Verondersteld wordt dat deze uitgaven samenhangen met het hebben van een handicap of een chronische ziekte. Deze personen mogen een forfaitair bedrag van € 795 (2006) als buitengewone uitgaven in aanmerking nemen. Voor het totaalbedrag aan buitengewone uitgaven geldt wel weer de drempel van 11,5%.

De vermenigvuldigingsfactor (2,13 in 2006) geeft de buitengewone uitgavenaftrek een hogere waarde voor mensen met een lager tot middeninkomen (tot € 30 631, zijnde de eerste en tweede schijf van box I, IB in 2006) en met buitengewone uitgaven wegens een chronische ziekte of handicap. Door de vermenigvuldigingsfactor komen chronisch zieken en gehandicapten eerder en tot een hoger bedrag in aanmerking voor aftrek van buitengewone uitgaven. Ook hier geldt weer dat voor het totaalbedrag aan buitengewone uitgaven de drempel van 11,5% van toepassing is.

Een chronisch zieke of gehandicapte die meer dan € 314 aan specifieke uitgaven heeft, mag dus het forfait van € 795 aftrekken en de specifieke uitgaven, ongeacht de hoogte ervan, tevens vermenigvuldigen met 2,13, mits hij een inkomen beneden de € 30 631 heeft. Het plafond dat opgenomen was in de algemene drempel is in 2006 vervallen.

Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU)

In 2004 is een tijdelijke tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (TBU) ingevoerd die met ingang van 2006 een permanent karakter heeft gekregen. De TBU geeft een tegemoetkoming voor buitengewone uitgaven die wel in aanmerking zijn genomen in de aangifte inkomstenbelasting, maar niet hebben geleid tot lagere inkomstenbelasting/premie volksverzekeringen. Daarbij wordt volledig aangesloten bij de fiscale systematiek. De fiscale waarde wordt vergoed, hetgeen betekent dat de uitgaven worden verdisconteerd tegen het voor de betrokken belastingplichtige geldende belastingtarief. Uit de systematiek van de TBU volgt dat de hoogte van de tegemoetkoming maximaal de gecombineerde heffingskorting (de heffingskortingen voor de IB en de heffingskortingen voor de premies volksverzekeringen) van de belastingplichtige bedraagt.

2.2 De zorgtoeslag

2.2.1 Achtergrond

Per 1 januari 2006 is een nieuw zorgverzekeringsstelsel van kracht geworden. Dit stelsel vormt de uitwerking van de afspraak in het regeerakkoord van het huidige kabinet om te komen tot een doelmatig werkend stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland, ongeacht leeftijd, gezondheidstoestand of inkomen toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Dit basispakket, in de wettelijke terminologie de zorgverzekering, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. In het daarnaast bestaande systeem van aanvullende verzekeringen zijn geen wijzingen aangebracht. Deze vallen niet onder de zorgverzekeringswet en het hierna beschreven nieuwe systeem is daarop niet van toepassing. De doelmatigheid in het nieuwe stelsel wordt bewerkstelligd doordat zorgverzekeraars onderling concurreren om de gunst van de verzekerden. De zorgverzekeraars worden geprikkeld om die concurrentie zoveel mogelijk tot uiting te laten komen door hun wijze van zorginkoop, waarmee zij een optimale mix van kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor hun verzekerden kunnen bereiken. De verzekerden kunnen jaarlijks wisselen van zorgverzekeraar, die een wettelijke acceptatieplicht heeft. De doelmatigheid van het stelsel wordt verder ondersteund door het kostenbewustzijn en de eigen verantwoordelijkheid van burgers te vergroten. De helft van de totale macropremielast wordt in de vorm van een nominale premie door de burgers gedragen. Deze premie bevordert het inzicht dat burgers hebben in de in de kosten van de zorg(verzekering). In aanvulling daarop geldt voor iedereen een no-claim-teruggaveregeling (€ 255 per persoon). Hiermee bestaat voor burgers een financiële prikkel om hun zorggebruik zo beperkt mogelijk te houden. De noodzakelijke zorg dient niet alleen doelmatig verleend te worden, maar ook voor iedereen toegankelijk te zijn. Dit wordt bereikt door de acceptatieplicht, door het verbod om voor gelijke polissen de premies tussen verzekerden te differentiëren en door een adequaat risicovereveningssysteem. Risicoselectie op gezondheidskenmerken is zodoende voor de zorgverzekering uitgesloten. De tweede pijler onder de toegankelijkheid is van financiële aard. Hiervoor is de zorgtoeslag geïntroduceerd. De zorgtoeslag biedt compensatie voor een premie die in verhouding tot het inkomen als hoog wordt aangemerkt. Zo waarborgt de zorgtoeslag dat niemand een onredelijk groot deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen. Met de zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast. Hiermee heeft de solidariteit een duidelijke en herkenbare plaats in het nieuwe stelsel. Maatgevend voor de premielasten zijn niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar het gemiddelde van de premies zoals die zich in de markt voordoen. Op deze wijze worden burgers gestimuleerd om kritisch te zijn ten aanzien van de prijs van de aangeboden verzekeringspolissen. Als van de werkelijke premie zou worden uitgegaan, zou een hogere dan gemiddelde premie via een hogere zorgtoeslag worden gecompenseerd. Voor de verzekerde zou er dan geen prikkel meer zijn om de verzekeringspolis ook te beoordelen op de prijs. Verzekeraars zouden zelfs gestimuleerd kunnen worden hun premies zo hoog mogelijk vast te stellen, omdat boven een bepaalde grens de premie voor de meeste verzekerden via de zorgtoeslag zou worden gecompenseerd.

Naast een premie zijn verzekerden ook een inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering verschuldigd. De compensatie die de zorgtoeslag biedt ziet alleen op de premie. Zowel de standaardpremie (verminderd met de zorgtoeslag) als de inkomensafhankelijke bijdrage mogen bij de berekening van de buitengewone uitgaven in aanmerking worden genomen.

2.2.2 Werking van de zorgtoeslag

De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming van het Rijk en valt onder de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir). De regeling wordt uitgevoerd door de Belastingdienst/Toeslagen. De zorgtoeslag wordt, mits tijdig aangevraagd, uitbetaald in twaalf termijnen te beginnen in de maand december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt berekend. Deze systematiek brengt mee dat maandelijks een bedrag aan zorgtoeslag wordt ontvangen, over het algemeen iets eerder dan de betaling van de nominale premie aan de verzekeraar plaatsvindt.

Een verzekerde komt in aanmerking voor een zorgtoeslag indien de voor hem geldende genormeerde kosten voor een zorgverzekeringsovereenkomst (normpremie) minder bedragen dan de geraamde gemiddelde premiekosten (standaardpremie). De standaardpremie wordt grosso modo berekend als de gemiddelde nominale premie voor een zorgverzekering, verminderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in het daaropvolgende jaar aan no-claim vergoeding terugkrijgt. De zorgtoeslag

bedraagt het verschil tussen de standaardpremie en de normpremie. De Belastingdienst/Toeslagen controleert of degene die een tegemoetkoming aanvraagt, een zorgverzekering heeft. De hoogte van de zorgtoeslag is verder afhankelijk van inkomen en samenstelling van het huishouden. Op grond van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen wordt ter bepaling van de draagkracht van de belanghebbende het zogeheten toetsingsinkomen (het verzamelinkomen) in aanmerking genomen. Voor de toetsing van de draagkracht van een belanghebbende wordt uitgegaan van zijn inkomen en dat van zijn partner.

De zorgtoeslag wordt op voorschotbasis verstrekt vanaf december voorafgaand aan het berekeningsjaar. Het kabinet heeft besloten om de oorspronkelijke wettelijke systematiek met een mogelijke correctie halverwege het jaar als de werkelijke premie meer dan €25 afwijkt van de eerder geraamde premie, te wijzigen zodat de zorgtoeslag slechts één keer per jaar wordt vastgesteld op basis van informatie over de feitelijk gemiddelde premie in plaats van de geschatte premie. Dit wordt bereikt door de premie voor de zorgtoeslag pas op een later moment in het jaar voorafgaand aan het berekeningsjaar vast te stellen.

Ook een verandering van het inkomen kan leiden tot wijziging van de zorgtoeslag. De Belastingdienst/Toeslagen beoordeelt in het jaar volgend op het berekeningsjaar of het werkelijke toetsingsinkomen overeenkomt met het geschatte toetsingsinkomen. De aanvrager ontvangt dan een definitieve beschikking. In deze beschikking staat het definitieve bedrag aan toeslag(en) waarop de aanvrager in 2006 recht had. Zo nodig vindt een verrekening plaats van te veel of te weinig ontvangen zorgtoeslag.

Voor 2006 gelden voor de vaststelling van de zorgtoeslag de volgende grenswaarden. Een alleenstaande heeft recht op zorgtoeslag tot een inkomen van ruim €25 000 per jaar. Voor een meerpersoonshuishouden ligt deze grens bij een inkomen van ruim €40 000 per jaar. De zorgtoeslag voor een alleenstaande bedraagt in 2006 maximaal ongeveer €400 per jaar en voor meerpersoonshuishoudens €1155 per jaar.

Box 1: Premie definities

De zorgverzekeringswet kent een nominale premie en een inkomensafhankelijke bijdrage. De nominale premie kent vele gedaantes. De rekenpremie is de door de overheid vast te stellen premie op basis van het macro prestatiebedrag. Daarop komt de door de verzekeraar vast te stellen premie voor beheerskosten etc. Daar komt bij de no-claimpremie voor het vooruit betaalde verplichte eigen risico. Een jaar later ontvangt de verzekerde de gemiddelde no-claimteruggaaf van de verzekeraar. Dit is het niet gebruikte deel no-claimpremie. De marktpremie sluit aan bij de zorgpremie die in het (standaard) koopkrachtbeeld is verwerkt. De standaardpremie uit de zorgtoeslag is de naar aantal verzekerden gewogen gemiddelde premie voor individuele polissen (dus geen collectiviteitskortingen) waarbij zowel naar restitutiepolissen als naturapolissen wordt gekeken, maar exclusief korting in verband met vrijwillig eigen risico en jaarbetalingen minus de gemiddelde no-claimteruggaaf. De normpremie uit de zorgtoeslag is de premie die huishoudens geacht worden zelf te betalen (hoogte afhankelijk van het verzamelinkomen).

rekenpremie de rekenpremie is gelijk aan het macro prestatiebedrag¹ minus het bedrag dat verzekeraars ontvangen uit het zorgverzekeringsfonds² en minus de opbrengst netto no-claimpremie gedeeld door het aantal volwassen verzekerden.

opslagpremie de door de verzekeraar vast te stellen premie voor de beheerskosten, exploitatiesaldi, wanbetaling en winst.

no-claimpremie de no-claimpremie is vastgesteld op € 255.

gemiddelde no-claimteruggaaf het bedrag dat verzekerden gemiddeld terug ontvangen van de vooruit betaalde no-claimpremie.

marktpremie de gemiddelde premie in de markt exclusief korting vrijwillig eigen risico en jaarbetalingen, maar inclusief collectiviteitskorting (premie koopkrachtbeeld).

standaardpremie de naar aantal verzekerden gewogen gemiddelde premie voor individuele polissen waarbij naar zowel naturapolissen als naar restitutiepolissen wordt gekeken, maar exclusief korting eigen risico en jaarbetalingen, minus de gemiddelde no-claimteruggaaf.

normpremie premie die huishoudens zelf betalen waarvan de hoogte afhankelijk is van het verzamelinkomen.

¹ Het Macro Prestatiebedrag is daarbij bepaald als alle door VWS geraamde zorguitgaven in het kader van de ZVW minus de rechtstreekse betalingen (aan buitenland en subsidies) van het CVZ.

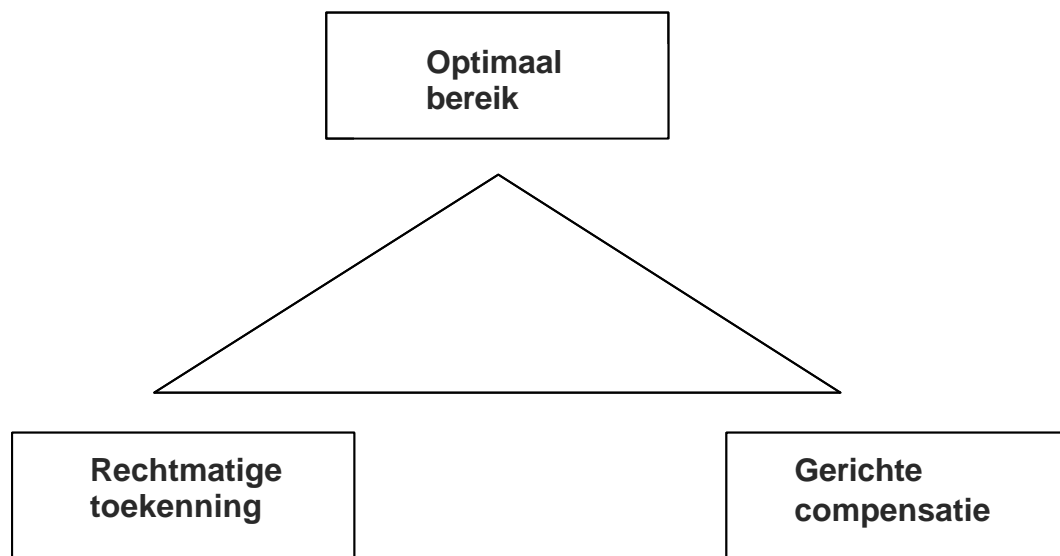
² De bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen uit het zorgverzekeringsfonds is bepaald als 50% van de geraamde macro premielast voor jaar t plus een eventuele correctie op basis van 50/50 uit een vorig jaar plus de rijksbijdrage voor kinderen minus de rechtstreekse betalingen door het CVZ en minus de beheerskostenvergoeding voor kinderen.

3 Probleembeschrijving

3.1 Bereik van de buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag

3.1.1 Kenmerken optimale regeling

De belangrijkste kenmerken van een goed functionerende inkomensafhankelijke regeling ter compensatie van kosten of uitgaven kunnen als volgt worden weergegeven:



- Onder optimaal bereik wordt verstaan dat diegenen die wettelijk gezien recht hebben op de regeling hier ook gebruik van moeten (kunnen) maken (beperkt niet-gebruik onder rechthebbenden).
- Onder rechtmatige toekenning wordt verstaan dat de regeling alleen bij die mensen terecht komt die de regeling beoogt te bereiken.
- De gerichte compensatie betekent dat de regeling alleen of juist die kosten of uitgaven moet vergoeden waarvoor zij bedoeld is.

Naast deze drie kenmerken kan aan een compensatieregeling ook nog de voorwaarde worden verbonden dat deze onnodige afwenteling van kosten op de overheid voorkomt. De regeling dient met andere woorden een prikkel te bevatten die een meer dan strikt noodzakelijk beroep op de regeling tegengaat. De zorgtoeslag is zo vormgegeven dat dit effect optreedt. Zoals hierna nog zal blijken laat de buitengewone uitgavenregeling op dit punt nog te wensen over.

3.1.2 *Rechtmatige toekenning*

De buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag zijn inkomensafhankelijke regelingen. Slechts bij onvoldoende eigen draagkracht wordt een tegemoetkoming verstrekt in de kosten of uitgaven. Om dit laatste te kunnen vaststellen is het noodzakelijk dat er een inkomensstoets plaatsvindt. Deze zogenoemde middelentoets geschiedt op verzoek van de potentieel rechthebbende door het indienen van een aanvraag

zorgtoeslag of het doen van aangifte inkomstenbelasting. Zonder deze aanvraag of aangifte wordt er in beginsel geen tegemoetkoming in de zorggerelateerde kosten geboden.

De verstrekking op aanvraag heeft onder meer te maken met het feit dat de uitvoerende instantie (de Belastingdienst of de Belastingdienst/Toeslagen) niet altijd de beschikking heeft over de gegevens van potentieel rechthebbenden. Dit speelt met name bij de buitengewone uitgavenregeling een rol. Ondanks de verregaande automatisering en gegevensuitwisseling tussen diverse organisaties is het voor de Belastingdienst niet mogelijk om een sluitend inzicht te verkrijgen in de ziektegerelateerde kosten die belastingplichtigen maken. Dit is inherent aan het feit dat de buitengewone uitgavenregeling uitgaat van werkelijk gemaakte kosten. Bij bovengenoemde problematiek van de onbekendheid van de werkelijke kosten bij de Belastingdienst speelt ook de privacy van de rechthebbenden een rol.

De middelentoets die door de Belastingdienst en de Belastingdienst/Toeslagen wordt aangelegd zorgt voor een rechtmatige toekenning. Deze toets leidt tot spanning ten opzichte van het bereik van de regeling. De aanvraag van buitengewone uitgavenaftrek via een aangifte inkomstenbelasting is voor de belastingplichtige lastig. De buitengewone uitgavenregeling staat bovenaan de lijst met regelingen met de meest belastende administratieve handelingen voor de belastingplichtige. Er moet door de belastingplichtige immers per soort buitengewone uitgave allerlei informatie verzameld worden. Vervolgens dient door de belastingplichtige uitgerekend te worden of de drempel in de buitengewone uitgavenregeling wordt gehaald. Als dat niet het geval is, is al het uitzoekwerk voor niets geweest. Omdat alleen achteraf is vast te stellen of sprake is van een recht op belastingteruggave, kan geen duidelijkheid vooraf worden gegeven.

3.1.3 Optimaal bereik

Regelingen die slechts op verzoek worden uitgekeerd dragen het gevaar van niet-gebruik in zich. De regeling komt dan niet volledig ten goede aan de groep voor wie zij bestemd is. Het kan bijvoorbeeld zijn dat men afziet van een claim op een bepaalde regeling omdat men meent teveel inkomen of vermogen te hebben, terwijl dit wellicht niet het geval is. Ook kan het zijn dat men de uitkerende instantie geen persoonlijke gegevens wil verstrekken. De toepassing van een middelentoets zal dus een deel van de potentieel rechthebbenden bij voorbaat afschrikken en op die manier niet-gebruik door rechthebbenden in de hand werken. Andere redenen hiervoor zijn het feit dat regelingen als te ingewikkeld worden beschouwd (men wil wel een aanvraag of aangifte indienen, maar men acht zich daartoe niet in staat) en, ten dele hiermee samenhangend, de administratieve lasten voor de burger die bij de regeling horen.

Optimaal bereik – buitengewone uitgavenregeling

Uit recent onderzoek van het NIVEL¹ blijkt dat slechts 40% van de rechthebbende chronisch zieken en gehandicapten gebruik maakt of heeft gemaakt van de buitengewone uitgavenregeling, hoewel 69% van de chronisch zieken en gehandicapten van de regeling op de hoogte is. De belangrijkste oorzaken van het niet-gebruik onder rechthebbenden zijn het niet in aanmerking komen volgens de rechthebbenden zelf (53%) en het niet doen van aangifte (40%). Een belangrijke reden (89%) om geen aangifte te doen was dat men van mening was dat de ziektekosten niet boven de drempel van de buitengewone uitgaven uitkwamen.

¹ Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005, interim-rapportage door het NIVEL, november 2005.

Om het niet-gebruik onder mensen die wel recht hebben op de buitengewone uitgavenregeling nader te analyseren (onterecht niet-gebruik), zijn de kenmerken van gebruikers en niet-gebruikers vergeleken. In de eerste plaats blijkt dat rechthebbende niet-gebruikers lagere zorgkosten hebben, zowel standaardkosten als specifieke kosten, dan gebruikers. Hieruit kan de conclusie zijn getrokken door de rechthebbenden dat zij mogelijk geen recht zouden hebben op een tegemoetkoming. Daarnaast zijn er zwakke verbanden gevonden tussen niet-gebruik en het opleidingsniveau, de inkomstenbron, de aard van de ziektekostenverzekering en de samenstelling van het huishouden. Kennis en gebruik van de buitengewone uitgavenregeling blijken relatief lager te zijn bij laag opgeleiden en personen met lage zorgkosten en relatief meer voor te komen bij mensen die hoge zorgkosten en inkomen uit AOW, vermogen, pensioen of een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben. Gebruik van de bijzondere bijstand is geen verklaring voor het niet-gebruik van de buitengewone uitgavenregeling en vice versa. De onderzoekers merken op dat de kenmerken van ontvangers van bijzondere bijstand en van gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling verschillend zijn, waardoor van substitutie nauwelijks sprake lijkt te zijn. Ontvangers van bijzondere bijstand in het onderzoekspanel zijn vaak alleenstaanden jonger dan 65 jaar. Bovendien heeft tweederde een netto huishoudinkomen rond het sociaal minimum. Gebruikers van de aftrek voor buitengewone uitgaven zijn vaker paren boven de 65 en zij hebben een (iets) hoger inkomen.

Optimaal bereik zorgtoeslag

De zorgtoeslag wordt uitgekeerd sinds december 2005. Om het niet-gebruik te beperken heeft de Belastingdienst/Toeslagen in 2005 ongeveer 6 miljoen aanvraagformulieren verzonden. In 55% van de gevallen was sprake van een volledig voorgevuld formulier. Aanvragers hoefden alleen de gegevens te controleren en hun handtekening te zetten. In het voorjaar van 2006 zijn er in totaal 5,2 miljoen aanvragen voor zorgtoeslag ingediend. Hiervan zijn 4,2 miljoen huishoudens voor zorgtoeslag in aanmerking gekomen. Een aanvraag voor zorgtoeslag voor 2006 kan tot 1 april 2007 worden gedaan. Een definitief totaaloverzicht van het bereik van de zorgtoeslag in 2006 is daarom pas na deze datum te geven.

3.1.4 Gerichte compensatie

De zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling beogen beide een tegemoetkoming te bieden in ziektegerelateerde kosten. De buitengewone uitgavenregeling ziet daarbij op werkelijk gemaakte ziektegerelateerde kosten, terwijl de zorgtoeslag een tegemoetkoming biedt voor de genormeerde (gemiddelde) nominale premie voor een zorgverzekering. De beide regelingen bestrijken deels dezelfde doelgroep, maar deels ook niet. De zorgtoeslag houdt geen rekening met de feitelijke zorgkosten die door huishoudens worden gemaakt. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, is de keuze voor compensatie van de genormeerde nominale premie bij de zorgtoeslag een bewuste. De gerichtheid van de zorgtoeslag is daarmee overeenkomstig de bedoeling van de regeling. Bij de gerichtheid van de buitengewone uitgavenregeling zijn de nodige kanttekeningen te plaatsen.

In de buitengewone uitgavenregeling zijn verschillende kostenposten opgenomen die voor een standaardbedrag in aanmerking genomen worden wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Dit zijn de forfaits voor zogenoemde verborgen kosten. Dat zijn kosten die wel de draagkracht aantasten maar niet benoembaar zijn en waarvan wordt aangenomen dat bepaalde groepen mensen ermee geconfronteerd worden. De verborgen kosten worden gecompenseerd door middel van het chronisch ziekenforfait, het ouderdomsforfait of het arbeidsongeschiktheidsforfait. Wanneer deze standaardposten samen met de overige posten die de belastingplichtige in aanmerking kan nemen de drempel overschrijden, ontstaat een aftrekpost.

De buitengewone uitgavenregeling is bedoeld als een vangnet dat alleen in werking treedt als andere voorzieningen ziektegerelateerde uitgaven niet compenseren.² Bij andere voorzieningen worden nut en medische noodzaak van de voorziening door deskundigen getoetst. De buitengewone uitgavenregeling is een grofmazig vangnet in die zin dat in concrete gevallen nut en noodzaak van de uitgaven niet door de

² Onder andere ziektekostenverzekeringen, AWBZ, Wvg en bijzondere bijstand.

Belastingdienst getoetst kunnen worden. De Belastingdienst is voor beoordeling van de medische noodzaak van bepaalde uitgaven aangewezen op de beoordeling door derden.³ Dit maakt het instrument van de buitengewone uitgaven minder geschikt voor het leveren van maatwerk.

In de buitengewone uitgavenregeling kan ook geen goed en onomstreden onderscheid gemaakt worden tussen chronisch zieken en gehandicapten en andere personen, omdat objectieve criteria voor toetsing ontbreken. Alle belastingplichtigen die hoge ziektegerelateerde uitgaven hebben kunnen gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling. Dit gebrek aan maatwerk voor chronisch zieken en gehandicapten wordt vaak als een belangrijk nadeel van de huidige buitengewone uitgavenregeling genoemd. De regeling is daar oorspronkelijk echter niet voor bedoeld en mede daarom daarvoor ook niet geschikt.

De vermenigvuldigingsfactor in de buitengewone uitgavenregeling heeft ook gevolgen voor de mate van gerichtheid. De aftrek van buitengewone uitgaven werkt via het verzamelinkomen door naar de inkomensafhankelijke regelingen. In het voorbeeld in onderstaande box is te zien dat deze doorwerking ertoe kan leiden dat een meer dan volledige compensatie voor de gemaakte kosten kan plaatsvinden. Naarmate de vermenigvuldigingsfactor stijgt, neemt deze onbedoelde overcompensatie toe waardoor er in feite sprake is van een omgekeerde prikkelwerking (gebruik, ook als dat misschien niet strikt nodig is, wordt financieel beloond). Voor gezonde mensen jonger dan 65 jaar kan eveneens overcompensatie optreden als gevolg van het chronisch ziekenforfait. Door bijvoorbeeld een bril te kopen van ten minste € 314, kan ook een gezonde persoon zonder verborgen kosten, in aanmerking komen voor de extra aftrek van het chronisch ziekenforfait.

³ Onder andere bij dieetkosten en alternatieve geneesmiddelen geldt wel dat er sprake moet zijn van een medisch voorschrift, maar de Belastingdienst kan dit voorschrift niet toetsen.

Box 2: Effect vermenigvuldigingsfactor op compensatie thuiszorg

Een 65+ echtpaar met AOW-uitkering en een aanvullend pensioen van circa €5 000 heeft in eerste instantie geen thuiszorg maar wel huursubsidie (huur woning €330) en zorgtoeslag. Dit echtpaar neemt nu thuiszorg. De eigen bijdrage thuiszorg kan worden afgetrokken van het verzamelinkomen. In dit geval gaat het om één chronisch zieke in het huishouden en is het aantal uur thuiszorg zodanig hoog dat de maximale bijdrage wordt betaald. Dit heeft de volgende effecten:

	<i>voor thuiszorg</i>	<i>na thuiszorg</i>
inkomen	standaard AOW+5.000	standaard AOW+5.000
bruto inkomen	21 494,09	21 494,09
eigen bijdrage thuiszorg	-	1 161,92
vermenigvuldigingsfactor		2,13
afrek eigen bijdrage	-	2 474,90
verzamelinkomen	21 494,09	19 019,20
huursubsidie	217,20	1 161,24
extra huursubsidie		944,04
extra belastingteruggave		402,17
extra zorgtoeslag		123,74
totale compensatie i.v.m. eigen bijdrage in jaar t		1 469,96
eigen bijdrage na compensatie inkomensafhankelijke regelingen		-308,03
compensatiepercentage		127%

In het fiscale systeem is ook de drempel van de buitengewone uitgavenregeling gerelateerd aan het verzamelinkomen. Dit verzamelinkomen bestaat uit het inkomen uit werk en woning (box 1), inkomen uit aanmerkelijk belang (box 2) en inkomen uit sparen en beleggen (box 3). Het verzamelinkomen, en daarmee de drempel voor buitengewone uitgaven, wordt daardoor neerwaarts beïnvloed door de verschillende aftrekposten. Dit systeem doet afbreuk aan de mate van gerichtheid.

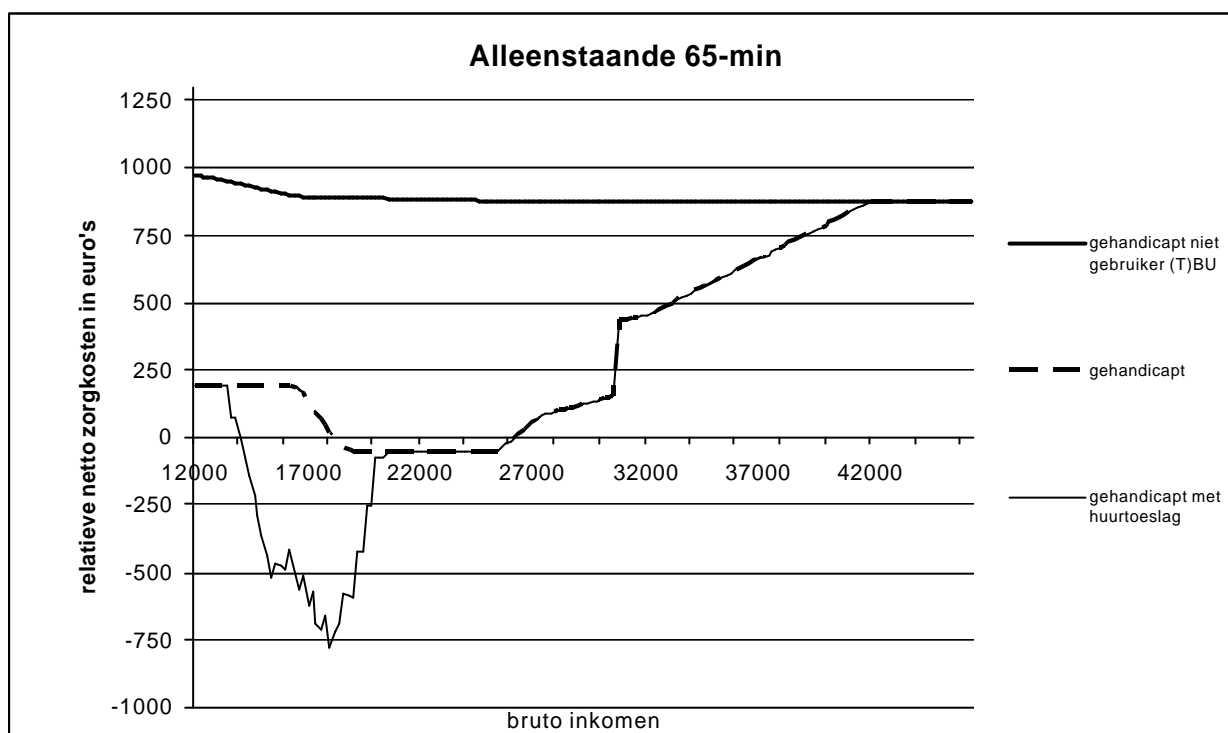
Tot slot kan de tariefcompensatie genoemd worden als knellende factor voor de mate van gerichtheid. Doordat de buitengewone uitgaven een aftrekpost vormen, is de compensatie die wordt verkregen tariefsgebonden. Dit betekent dat bij een gegeven aftrek de compensatie voor belastingplichtigen met een hoger inkomen hoger is dan voor belastingplichtigen met een lager inkomen, terwijl de ziektegerelateerde kosten waarvoor de buitengewone uitgavenregeling compensatie beoogt te bieden, met uitzondering van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen, niet inkomensafhankelijk zijn. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt dat de aftrekpost voor lagere inkomens vanwege een lagere drempel over het algemeen hoger zal zijn dan voor hogere inkomens. Hogere inkomens hebben geen profijt van de vermenigvuldigingsfactor. Het gevolg hiervan is een hoge marginale druk op arbeid rond een modaal inkomen (ruim €30 000). Daarnaast geldt dat mensen die geen of weinig belasting betalen, geen of weinig voordeel zouden hebben van de regeling. Om het verzilveringsprobleem op te lossen is zoals in hoofdstuk 2 is beschreven de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven geïntroduceerd.

3.1.5 Netto zorgkosten

Om de mate van gerichtheid van de compensatie van ziektegerelateerde uitgaven te beoordelen, is het interessant om te kijken naar de hoogte van de netto zorgkosten voor verschillende soorten huishoudens. Met de term netto zorgkosten worden de totale kosten aan zorg minus de tegemoetkomingen voor deze kosten

aangeduid. De figuren 1 en 2 illustreren de netto zorgkosten van een alleenstaande gehandicapte⁴. In de figuren zijn de relatieve kosten opgenomen voor een alleenstaande gehandicapte ten opzichte van de kosten van een alleenstaande zonder bovengemiddelde zorguitgaven. Dat betekent dat wanneer de relatieve netto zorgkosten in de grafiek positief zijn, de gehandicapte per saldo meer betaalt dan een gezonde persoon. Bij een negatieve uitslag is de compensatie voor de extra zorgkosten hoger dan de extra zorgkosten zelf. De gehandicapte betaalt dus per saldo minder dan een gezonde persoon. Zie bijlage 1 voor de veronderstellingen die aan de berekeningen ten grondslag liggen.

Figuur 1: Kosten van gehandicapten ten opzichte van gezonde personen naar hoogte van het bruto inkomen, 65-min



Uit figuur 1 blijkt dat gehandicapten 65-minners die gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling tot een inkomen van ruim € 30 000 financieel nauwelijks bijdragen aan de extra kosten als gevolg van hun ziekte of handicap. In dit traject zijn chronisch zieken en gehandicapten financieel zelfs vaak beter af dan gezonde personen. In bijzondere mate geldt dit voor degenen met huurtoeslag. Het slechtst af is de gehandicapte die de buitengewone uitgavenregeling niet weet te vinden.

Gehandicapte zonder gebruik buitengewone uitgavenregeling versus gezonde persoon

De gehandicapte heeft ten opzichte van de gezonde persoon gemiddeld € 569 meer specifieke zorgkosten en € 217 meer aan overige (niet aftrekbare) uitgaven. Omdat de gezonde persoon, naast de gemiddelde no-claimteruggaaf ook nog een fiscaal voordeel heeft van € 101 via de buitengewone uitgavenaftrek, is het totale verschil bij lage inkomens groter dan de som van de extra zorguitgaven die de gehandicapte maakt. Dit fiscale voordeel neemt af met de hoogte van het inkomen.

⁴ Er is gekozen voor het relatief hoge kostenniveau van gehandicapten omdat dit het effect en de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek goed illustreert. Bij een lager kostenniveau (het gemiddelde kostenniveau van chronisch zieken ligt lager dan dat van gehandicapten) verandert de vorm van de grafiek niet, de uitslagen (de absolute netto kosten) zijn alleen minder groot. Zie bijlage 1 voor de veronderstellingen die aan deze berekeningen ten grondslag liggen.

Gehandicapte met gebruik buitengewone uitgavenregeling versus gezonde persoon

Het verschil tussen de gehandicapte die geen gebruik maakt van de buitengewone uitgavenregeling en de gehandicapte die daar wel gebruik van maakt, weerspiegelt het totale voordeel van de buitengewone uitgavenregeling voor gehandicapten. Voor lage inkomens betreft dit bijna € 800 per jaar.

Bij een inkomen van € 16 400 dalen de relatieve zorgkosten van gehandicapten ten opzichte van die van gezonde personen. Dit heeft twee oorzaken. Allereerst stijgt het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek vanwege het hogere tarief in de tweede belastingschijf waartegen mag worden afgetrokken. Dit voordeel is voor gehandicapten groter omdat de aftrekpost veel groter is. Vervolgens begint bij € 16 800 voor de gezonde persoon het afbouwtraject van de zorgtoeslag. Bij gehandicapten begint het afbouwtraject vanwege het drukkende effect van de buitengewone uitgavenaftrek op het verzamelinkomen pas bij een inkomen van € 19 000.

Bij een inkomen van € 19 000 blijft het relatieve verschil in zorgkosten constant op € 55. Dit komt doordat de zorgtoeslag voor zowel de gezonde persoon als voor gehandicapte met dezelfde snelheid wordt afgebouwd. Tevens blijft het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek constant. De aftrekbare kosten nemen toe met de marginale druk van de zorgtoeslag (5%) en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (6,5%), de drempel neemt toe met 11,5%; per saldo blijft het aftrekbare bedrag via de buitengewone uitgavenregeling dus constant.

De zorgtoeslag voor een gezonde alleenstaande is bij een inkomen van € 25 400 geheel afgebouwd. Bij gehandicapten wordt dit punt bereikt bij € 27 400. Op het inkomenstraject hiertussen nemen de relatieve kosten voor gehandicapten dus toe. Het voordeel van de zorgtoeslag als gevolg van de buitengewone uitgavenaftrek wordt op dit traject afgebouwd.

Op het traject vanaf € 27 400 is de toename van de drempel (11,5%) groter dan de toename van de zorgkosten (alleen nog de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw van 6,5%). Het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek voor de gehandicapte loopt daardoor verder terug.

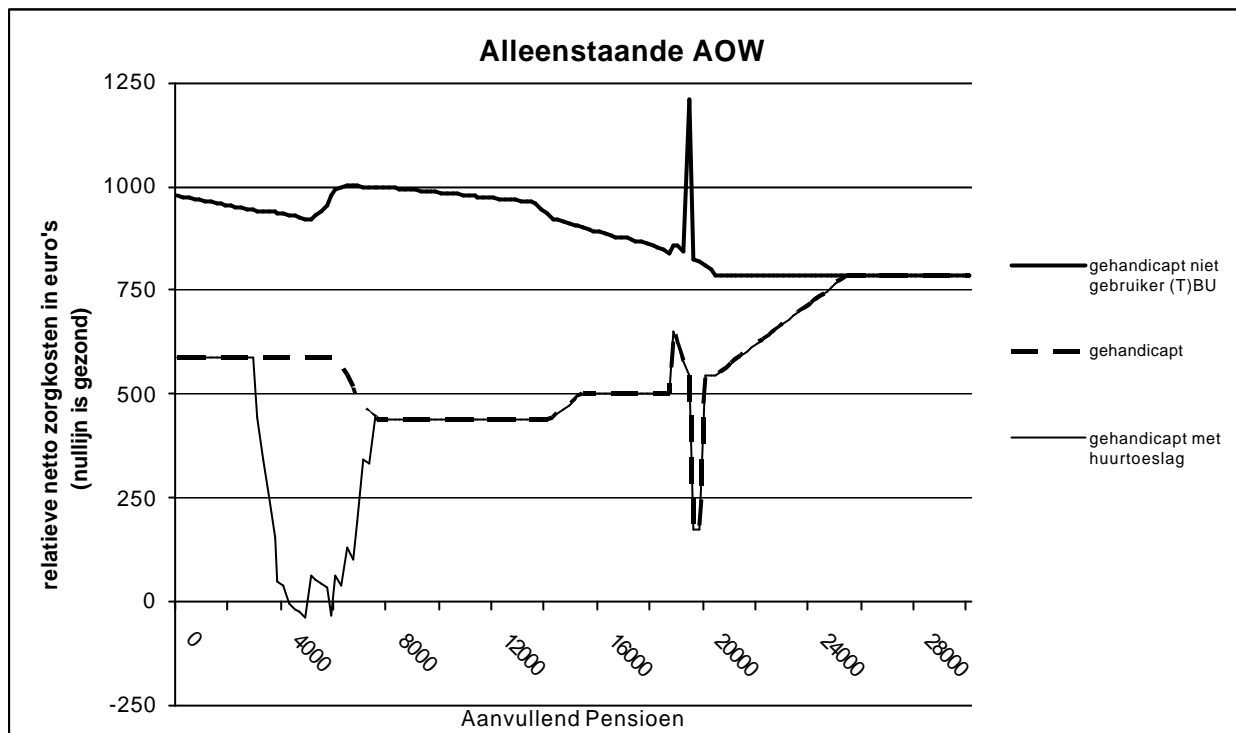
Bij een inkomen van € 30 800 is het verzamelinkomen groter dan de som van de eerste en de tweede belastingschijf. Hierdoor verliest de gehandicapte het recht om de specifieke zorgkosten te vermenigvuldigen met de vermenigvuldigingsfactor van 2,13. Gevolg is een daling van het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek.

Bij een inkomen van € 32 200 is de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw maximaal. Vanaf dit inkomen stijgen de zorgkosten niet verder en neemt het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek af met de stijging van de drempel (11,5%). Bij een inkomen van € 42 000 is de drempel gelijk aan de aftrekbare zorgkosten en het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek is daarmee nihil.

Gehandicapte met huurtoeslag versus gezonde persoon

De netto zorgkosten van de gehandicapte met huurtoeslag zijn aanzienlijk lager dan de netto zorgkosten van de gehandicapte zonder huurtoeslag. Door de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek in het verzamelinkomen wordt het toetsinkomen voor de huurtoeslag lager. Het afbouwtraject van de huurtoeslag begint hierdoor voor gehandicapten later (€ 15 600) dan voor gezonde personen (€ 13 200). Dit leidt tot een extra voordeel van maximaal € 780.

Figuur 2: Kosten van gehandicapten ten opzichte van gezonde personen naar hoogte van het bruto inkomen, 65-plus



Uit figuur 2 blijkt dat het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek voor 65-plussers geringer is dan voor 65-minners. Dit wordt veroorzaakt doordat 65-plussers al voordeel hebben van het lagere marginale tarief in de eerste twee belastingschijven. De daling van de te betalen belasting bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd als gevolg van het verlaagde tarief en de ouderenkortingen, weegt echter ruimschoots op tegen de hogere netto zorgkosten vanaf 65 jaar. Het effect op de doorwerking naar andere inkomensafhankelijke regelingen is vergelijkbaar met 65-minners. Hiervoor is niet het marginale tarief bepalend maar de verlaging van het verzamelinkomen.

Gehandicapte zonder gebruik buitengewone uitgavenaftrek versus gezonde persoon

De dalende lijn van de niet-gebruikers wordt veroorzaakt doordat het voordeel dat ouderen zonder bovengemiddelde kosten hebben van de buitengewone uitgavenaftrek bij een stijging van het inkomen geleidelijk afneemt. Ook de piek bij een aanvullend pensioen van € 19 400 heeft te maken met het voordeel dat gezonde ouderen hebben van de buitengewone uitgavenaftrek. Doordat de buitengewone uitgaven het verzamelinkomen drukken hebben ouderen die buitengewone uitgaven aftrekken tot een hoger inkomen recht op de begrensde ouderenkorting van € 374.

Gehandicapte met gebruik buitengewone uitgavenaftrek versus gezonde persoon

Net als bij de 65-minners begint bij de AOW-er met aftrek van buitengewone uitgaven het afbouwtraject van de zorgtoeslag later dan bij een gezonde persoon. Dit levert een daling op van de relatieve zorgkosten bij een aanvullend pensioen van ongeveer € 8000. Dit voordeel van de hogere zorgtoeslag bij gelijk bruto inkomen wordt weer geleidelijk ongedaan gemaakt wanneer het aanvullende pensioen stijgt tot boven € 14 000. Een duidelijk verschil met de 65-min situatie is het ontbreken van de sprong als gevolg van het verlies van de vermenigvuldigingsfactor. Het verlies van de factor leidt weliswaar tot een lagere aftrekpost maar deze lagere aftrekpost wordt meer waard vanwege het hogere belastingtarief in de derde belastingschijf. De kleine piek in de figuur laat zien dat het hogere tarief niet direct tot volledige compensatie leidt. De scherpe daling van de netto zorgkosten volgend op de piek bij een aanvullend pensioen van ruim € 19 800, wordt veroorzaakt door de hogere buitengewone uitgavenaftrek, waardoor ouderen met een hoge aftrekpost tot een hoger inkomen voordeel hebben van de begrensde ouderenkorting (dit effect is tegengesteld aan dat bij de niet-gebruiker van de buitengewone uitgavenaftrek).

Gehandicapte met huurtoeslag versus gezonde persoon

Wederom zijn de netto zorgkosten van de gehandicapte met huurtoeslag aanzienlijk lager dan de netto zorgkosten van de gehandicapte zonder huurtoeslag. Vanwege de buitengewone uitgavenaftrek wordt het toetsinkomen voor de huurtoeslag lager. Het afbouwtraject van de huurtoeslag begint hierdoor voor gehandicapten later dan voor een gezonde persoon.

3.1.6 Ingezette verbeteringstrajecten

Uit bovenstaande analyse blijkt dat er spanning bestaat tussen de verschillende eisen die aan een compensatieregeling worden gesteld. Zo maakt een gerichtere compensatie een regeling ingewikkelder, met als gevolg mogelijk niet-gebruik. Ditzelfde speelt bij de rechtmatige toekenning en niet-gebruik. Als de toets op de rechtmatigheid van de verstrekking bijvoorbeeld leidt tot meer administratieve rompslomp, zal het niet-gebruik eveneens toenemen. Hieronder wordt een aantal reeds ingezette verbeteringstrajecten beschreven en een aantal mogelijke nieuwe. Deze zien zowel op de mate van gerichtheid als op het terugdringen van niet-gebruik.

Terugdringen niet-gebruik buitengewone uitgavenregeling en zorgtoeslag

De Tweede Kamer heeft naar aanleiding van een eerder rapport van SEO/NIVEL⁵ over de inkomenspositie van chronisch zieken en gehandicapten het kabinet opgedragen het niet-gebruik van de buitengewone uitgavenregeling terug te dringen tot maximaal 10%.⁶ Ondanks alle inspanningen is dit nog niet gelukt. Nu is het niet-gebruik nog 60% van de rechthebbenden in de groep chronisch zieken en gehandicapten. De Belastingdienst heeft in mei 2004 naar 267.000 65-plussers met alleen AOW en 25.000 WAJONG-ers die tot nu toe geen aangifte deden een brief gestuurd om hen te informeren over de mogelijkheid tot teruggaaf via het T-biljet. Dit betrof ouderen en Wajong-ers omdat deze groepen vanwege de hoogte van hun inkomen reeds op basis van de gemiddelde ziektekostenpremies in aanmerking komen voor buitengewone uitgavenaftrek.

In december 2005 heeft de Belastingdienst de TBU-doelgroep benaderd met een voorgevuld aangiftebiljet of een brief. Op basis van de reeds bij de Belastingdienst bekende cijfers is rechthebbenden verzocht een aangifte in te dienen, of de gegevens aan te vullen. In januari 2006 had reeds 50% van de aangeschreven personen gereageerd.

Tevens is de Belastingdienst in samenwerking met VWS en Financiën actief in projecten gericht op de doelgroep en op intermediairs, die ertoe moeten leiden dat meer mensen belastingaangifte doen en gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling. De Belastingdienst heeft intermediairs die hulp bieden bij het invullen van het aangiftebiljet (zoals Unie KBO, ANGO, FNV en CNV) ondersteund met instructiemateriaal. Zo kan dit zogenoemde huba-netwerk proefdraaien met een nieuwe instructie cd-rom over buitengewone uitgavenaftrek en TBU. De Belastingdienst heeft aan ruim 200 vrijwilligers van SeniorWeb een train-de-trainer cursus gegeven om online aangifte te doen. Deze vrijwilligers kunnen vervolgens in buurthuizen en leercentra cursussen geven aan belastingplichtigen.

Getracht wordt de doelgroep op laagdrempelige wijze te bereiken. Daartoe heeft VWS samen met de Belastingdienst een informatiepakket ontwikkeld met praktische handvatten. Dit pakket bestaat uit:

- De herziene brochure "Ik heb wat, krijg ik ook wat?" waarin de verschillende regelingen kort worden uitgelegd.
- "Aangifte loont" cd-rom over regelgeving 2004 met rekenvoorbeelden en aangifteadvies. De cd-rom is bestemd voor intermediairs en voor (mensen in het netwerk van) de doelgroep.
- "Aangifte loont" publieksite. Overzicht van organisaties die hulp bij het invullen van het aangiftebiljet bieden.

⁵ Wijziging van de regeling voor buitengewone uitgaven - Inkomenseffecten bij chronisch zieken, SEO/NIVEL, 2005.

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29800 XV, nr. 78.

- “Aangifte loont” bewaarmpap 2005. De bewaarmpap is een hulpmiddel voor de doelgroep bij het bewaren van documenten die voor de belastingaangifte noodzakelijk zijn. Tevens is de bewaarmpap een praktisch hulpmiddel voor degene die hulp biedt bij het invullen van het aangiftebiljet.

Bij de zorgtoeslag is bij de start veel aandacht geweest voor het zo goed mogelijk bereiken van de doelgroep. Hiertoe zijn ruim 6 miljoen aanvraagformulieren verzonden, waarvan in 55% van de gevallen de benodigde gegevens al waren ingevuld. Dit heeft geleid tot een respons van ruim 85% (voorjaar 2006). De aanspraken op zorgtoeslag voor 2006, zullen volgend jaar automatisch worden gecontinueerd.

Mate van gerichtheid

De afgelopen jaren is op verzoek van de Kamer de buitengewone uitgavenregeling diverse malen gewijzigd om deze beter te laten aansluiten bij de ziektegerelateerde kosten van chronisch zieken en gehandicapten. Recentelijk nog is naar aanleiding van de motie Halsema⁷ de buitengewone uitgavenregeling verder verruimd. Hiermee is een bedrag van €96 miljoen gemoeid. Sinds 1 januari 2006 is de buitengewone uitgavenregeling nog meer gericht op personen met lage inkomens en hoge specifieke uitgaven wegens chronische ziekte of handicap. Hiervoor is de vermenigvuldigingsfactor voor lage inkomens (eerste en tweede schijf box I, IB), die wordt toegepast over de specifieke uitgaven, verhoogd van 65% naar 113%. Tevens is het plafond dat opgenomen was in de algemene drempel vervallen. Hiermee wordt meer rechtgedaan aan de rechtmatige toekenning. Ook voor hogere inkomens blijft zo de toets van ‘buitengewoon’ aanwezig.

3.2 Knelpunten uitvoering door de Belastingdienst

Zoals eerder is aangegeven kunnen nut en noodzaak van uitgaven die in concrete gevallen worden opgevoerd binnen de buitengewone uitgavenregeling niet door de Belastingdienst worden getoetst. De Belastingdienst is niet in staat zelf te toetsen op de medische noodzaak van bepaalde uitgaven en is daarom aangewezen op het oordeel van derden. Ook is het voor de Belastingdienst moeilijk om vast te stellen in hoeverre uitgaven daadwerkelijk samenhangen met ziekte, invaliditeit etc. Hieruit vloeien verschillende praktische knelpunten voort bij de uitvoering van de buitengewone uitgavenregeling door de Belastingdienst.

In de praktijk loopt de Belastingdienst bij de uitvoering van de buitengewone uitgavenregeling, zoals die per 1 januari 2006 luidt, tegen de volgende problemen op:

- controleren van bonnetjes;
- nagaan of dieetkosten terecht zijn opgevoerd (opvragen van doktersadvies);
- bepalen wat extra vervoerskosten zijn ten opzichte van anderen die overigens in gelijke omstandigheden verkeren;
- vaststellen of kosten van woningaanpassingen aftrekbaar zijn en tot welk bedrag;
- controleren of de gemaakte kosten inderdaad kosten wegens ziekte zijn.

De Belastingdienst is in de uitvoering belast met het vaststellen van het juiste bedrag dat aftrekbaar is als buitengewone uitgaven. Een aantal kosten is zonder veel afbakeningsproblemen vast te stellen, zoals de zorgpremie, het ouderdomsforfait en de huisapothek. Bij andere kosten moet een advies of verklaring van een arts of een rekening overgelegd worden, op grond waarvan de Belastingdienst kan constateren dat er inderdaad kosten wegens ziekte zijn gemaakt, zoals bij een dieet of een eigen bijdrage in bepaalde zorgkosten.

De lastigste component voor de Belastingdienst is de vaststelling van de extra kosten wegens ziekte, invaliditeit etc., als er gerefereerd wordt aan de kosten die andere personen maken die overigens in dezelfde omstandigheden verkeren, maar niet ziek of gehandicapt zijn. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als er extra reiskosten worden opgevoerd in verband met invaliditeit of als er andere of meer kosten worden opgevoerd

⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30300 nr. 19.

die samenhangen met de ziekte of invaliditeit. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om aanpassingen van de woning, van de auto, van de computer, of van de telefoon.

Tevens is het voor de Belastingdienst niet altijd gemakkelijk om te controleren of er sprake is van *drukkende* kosten. Vaak is het enige middel de vraag aan betrokkene of er een vergoeding van een zorgverzekeraar is ontvangen of nog zal worden ontvangen. Het is veelal lastig om het antwoord van betrokkene te controleren. Dit geldt vooral voor de kosten die niet via de verzekering maar op andere wijze voor vergoeding in aanmerking zouden kunnen komen. De Belastingdienst kijkt daarbij niet of men voor een goedkoper alternatief had kunnen kiezen.

Naast de inhoudelijke afhandeling is het proces van controle op de buitengewone uitgaven door de Belastingdienst een volledig handmatig proces. Per aangifte moet een onderbouwing aan de belastingplichtige opgevraagd worden. De belastingplichtige moet dan alle betreffende bonnen en rekeningen overleggen aan de Belastingdienst.

3.3 Budgettaire risico's

Het budgettaire beslag van de zorgtoeslag bedraagt in 2006 €2,7 miljard. Bij de introductie van de zorgtoeslag heeft het kabinet aangegeven dat de mate waarin de zorgkosten de komende jaren kunnen worden beheerst, tevens aangeeft in hoeverre de zorgtoeslag stabiel kan worden gehouden. Een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten draagt bij aan een zorgtoeslag naar draagkracht die afhankelijk is van de premieontwikkeling. Daarbij dient steeds een evenwicht gezocht te worden tussen het meebetalen door alle betrokkenen aan de zorgkosten en het borgen van het draagkrachtprincipe. Gegeven de onzekerheden over de ontwikkelingen in de zorg en rond de inkomensontwikkeling, betekent dit dat de berekening van de zorgtoeslag jaarlijks wordt betrokken bij het budgettaire beeld en het inkomensbeeld.

Het budgettaire beslag van de buitengewone uitgavenregeling is in de afgelopen jaren fors gestegen. Deze stijging is deels het gevolg van een toenemend aantal mensen dat gebruik maakt van de buitengewone uitgavenregeling. Daarnaast wordt de stijging veroorzaakt door een stijgende gemiddelde aftrek voor buitengewone uitgaven. In tabel 1 is het verloop van het budgettaire beslag van de buitengewone uitgavenregeling weergegeven. Voor de jaren 1990 tot en met 2003 betreft dit realisatiecijfers en voor de jaren 2004 tot en met 2006 ramingen. De tabel laat zien dat het aantal huishoudens dat een beroep doet op de buitengewone uitgavenaftrek in de periode 1990-2006 is gestegen van 479.000 tot ruim 2,9 miljoen en de totale aftrek van € 424 miljoen tot €5,5 miljard.

Het is zeer waarschijnlijk dat het budgettaire beslag van de buitengewone uitgavenregeling in de toekomst verder zal stijgen. Hoewel het niet-gebruik van de buitengewone uitgavenregeling de afgelopen jaren is afgenomen, is zoals hiervoor is uiteengezet nog steeds sprake van een substantieel niet-gebruik bij de buitengewone uitgavenregeling. Een verdere beperking van het niet-gebruik leidt tot een verdere stijging van het aantal mensen dat gebruik maakt van de buitengewone uitgavenregeling. Door de toenemende welvaart, die ook aandoeningen meebrengt die samenhangen met de levensstijl, de stijging van de gemiddelde leeftijd en de technologische vernieuwingen in de gezondheidszorg zullen ook de zorgkosten als percentage van het BBP naar verwachting verder toenemen. Dit zou betekenen dat de gemiddelde aftrek binnen de buitengewone uitgavenregeling zal stijgen. Bij een stijgend aantal mensen dat gebruik maakt van de buitengewone uitgavenregeling en een stijgende gemiddelde aftrek zal de buitengewone uitgavenregeling tot een steeds grotere budgettaire belasting leiden.

Tabel 1: Langjarig verloop aftrek buitengewone uitgaven (BU)⁸

⁸ 1990-2003 cijfers CBS, 2004-2006 raming op basis van aangifte inkomstenbelasting 2004 en 2005.

	Aantal huishoudens (* 1000)	Aftrek BU (€ mln)	Budgettair (€ mln)
1990	479	424	128
1995	339	431	125
2000	801	1.162	301
2001	1.040	1.484	344
2002	1.410	2.259	514
2003	2.031	3.634	953
2004	2.490	4.567	1.291
2005	2.917	5.342	1.536
2006	2.947	5.501	1.621

Tabel 2 laat de verwachte samenstelling van de buitengewone uitgavenaftrek in 2006 zien. Vooral de premies voor de zorgverzekering (de genormeerde nominale zorgpremie minus de zorgtoeslag, en de inkomensafhankelijke bijdrage) leiden binnen de buitengewone uitgavenregeling tot een fors budgettair beslag. In verband met de aftrekbaarheid van het verschil tussen de genormeerde nominale premie Zvw en de zorgtoeslag wordt circa €2,8 miljard aan kosten opgevoerd binnen de buitengewone uitgavenregeling en in verband met de inkomensafhankelijke bijdrage circa €7,5 miljard. In totaal wordt ruim €17,8 miljard aan kosten opgevoerd binnen de buitengewone uitgavenregeling. Uit de verhouding tussen de aftrek die samenhangt met de zorgverzekering en de totale aftrek van buitengewone uitgaven, komt een zekere spanning naar voren met het uitgangspunt dat vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw in de buitengewone uitgavenregeling is gehanteerd, namelijk dat de drempel zo wordt vastgesteld dat de kosten van een normale ziektekostenverzekering buiten de buitengewone uitgaven vallen. Onder de huidige regeling komen bepaalde inkomensgroepen, bijvoorbeeld 65-plussers met een laag inkomen, louter vanwege de kosten van hun zorgverzekering reeds in aanmerking voor aftrek van buitengewone uitgaven.

Tabel 2: Opbouw aftrek buitengewone uitgaven 2006 in €mln

Algemene uitgaven	
Inkomensafhankelijke bijdrage Zw	7.521
Nominale premie Zw	4.684
Zorgtoeslag (minus)	-1.873
Aanvullende verzekering	1.546
Vaste aftrek 65+	1.229
Vaste aftrek voor arbeidsongeschiktheid	490
Totaal algemene uitgaven	13.596
Specifieke uitgaven	1.723
Vermenigvuldigingsfactor	757
Totaal specifieke uitgaven	2.480
Vaste aftrek voor uitgaven wegens chronische ziekte	330
Totaal van de overige uitgaven	1.424
Totaal van de ziektekosten of andere buitengewone uitgaven	17.829
Drempel	12.532
Aftrekbedrag	5.501
Kosten buitengewone uitgaven, inclusief TBU	1.621
Aantal huishoudens	2.947.414

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op een aantal kenmerken waaraan een inkomensafhankelijke regeling ter compensatie van kosten of uitgaven zou moeten voldoen. Er is gekeken naar niet-gebruik onder rechthebbenden (optimaal bereik), toekenning aan personen voor wie de regeling is bedoeld (rechtmatige toekenning) en vergoeding van de kosten of uitgaven waarvoor de regeling is bedoeld (gerichte compensatie). De buitengewone uitgavenregeling vertoont ten aanzien van deze kenmerken verschillende gebreken. Zo doet zich, ondanks tal van inspanningen om het bereik van de regeling te vergroten, nog steeds een substantieel niet-gebruik voor. Ook veroorzaakt de noodzakelijke controle in verband met de rechtmatige toekenning de nodige uitvoeringslasten, zowel voor de Belastingdienst als voor de rechthebbenden. Verder is het lastig om via de buitengewone uitgavenregeling gerichte compensatie te bieden. Dit heeft mede te maken met de fiscale systematiek waardoor compensatie via de buitengewone uitgavenregeling beïnvloed wordt door belastingtarieven en aftrekposten. Tegelijkertijd leidt de regeling in bepaalde situaties tot overcompensatie van kosten waardoor een omgekeerde prikkelwerking optreedt. Ten slotte is geconstateerd dat het budgettaire beslag van de buitengewone uitgavenregeling de afgelopen jaren sterk is gestegen en dat deze stijging zich bij ongewijzigd beleid zal voortzetten.

4 Oplossingsrichtingen

4.1 Opbouw

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de buitengewone uitgavenregeling, de TBU en de zorgtoeslag en zijn knelpunten in kaart gebracht. In dit hoofdstuk wordt voortbordurend daarop een afwegingskader geschetst voor mogelijke oplossingsrichtingen. Daarna zal eerst een tweetal varianten worden gepresenteerd waarbij de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling worden geïntegreerd, in de regelgeving of in de uitvoering. Vervolgens worden in bredere zin verschillende bouwstenen voor aanpassing van de regelingen geschetst. Deze bouwstenen vormen de basis voor de uitwerking van nog drie varianten. Alle varianten worden aan de hand van het afwegingskader beoordeeld. Uitwerking van de gedachten die in dit hoofdstuk worden ontvouwd, impliceert een grote wijziging in (het denken over) de tegemoetkoming in ziektegerelateerde uitgaven. Geen van de varianten is daarmee op korte termijn, dat wil zeggen vóór 2008, uitvoerbaar.

4.2 Afwegingskader

De knelpunten die zich thans bij de buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag voordoen, kunnen via diverse ingrepen worden aangepakt. Om de effecten van deze ingrepen helder in kaart te brengen, zullen de varianten die in dit hoofdstuk worden uitgewerkt worden getoetst aan een aantal criteria. Voor zover mogelijk zal een kwantitatieve toetsing plaatsvinden. Daar waar dat niet mogelijk is, zal de toetsing kwalitatief van aard zijn. De criteria die onderdeel uitmaken van het afwegingskader zijn:

A. Kwantitatief getoetste criteria

1. Budgettaire effecten

Hoewel bij de varianten van elk gewenst budgettair effect kan worden uitgegaan, wordt in dit rapport budgetneutraliteit als technisch uitgangspunt genomen. Door voor alle varianten uit te gaan van budgetneutraliteit zijn de varianten onderling vergelijkbaar.⁹

2. Inkomenseffecten

De inkomenseffecten van de varianten zullen in kaart worden gebracht. Daarbij zal worden gekeken naar verschillende groepen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de beschreven varianten slechts indicatief zijn voor de richting waarin de compensatie van ziektegerelateerde kosten zich zou kunnen ontwikkelen. Hierdoor zijn ook de inkomenseffecten indicatief. Zij hangen sterk samen met de gekozen parameters en de wijze van compensatie. Er zal daarom geen waardeoordeel over de inkomenseffecten worden gegeven. De veronderstellingen die bij de berekening van de inkomenseffecten zijn gehanteerd, zijn toegelicht in bijlage 1. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de inkomenseffecten van de varianten die in dit rapport worden gepresenteerd.

B. Kwalitatief getoetste criteria

3. Bereik

Er zal een kwalitatieve beschrijving worden gegeven van het bereik van de varianten. Een groot bereik weerspiegelt een beperkt niet-gebruik. Het bereik zal toenemen naarmate het systeem eenvoudiger is.

⁹ Een moeilijk kwantificeerbaar criterium, bijvoorbeeld terugdringing van niet-gebruik, is minder geschikt als vergelijkingsmaatstaf.

4. Mate van gerichtheid

Ook zal een omschrijving worden gegeven van de mate waarin bij varianten sprake is van een gerichte compensatie. Een grotere gerichtheid betekent dat op efficiënte wijze inkomensondersteuning kan worden geboden aan specifieke groepen (bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten).

5. Uitvoeringsaspecten

De uitvoeringsaspecten van de varianten zullen worden beschreven. Daarbij geldt dat de uitvoerbaarheid van een regeling (en de rechtmatigheid van de toekenning) verbetert als de benodigde informatie bij de uitvoeringsinstantie aanwezig is en de vormgeving van de regeling bij deze informatie aansluit.

6. Administratieve lasten

De administratieve lasten van de varianten voor de burger zullen kwalitatief in kaart worden gebracht.

7. Gedragseffecten

Ten slotte zullen de mogelijke gedragseffecten worden beschreven. Een aanpassing van de bestaande regelingen kan ertoe leiden dat burgers andere beslissingen nemen bij de consumptie van zorg.

4.3 Integratie zorgtoeslag en buitengewone uitgavenregeling

Zoals hiervoor is aangegeven beogen de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling beide een tegemoetkoming te bieden in ziektegerelateerde kosten, maar is er één belangrijk verschil tussen beide regelingen. De zorgtoeslag biedt compensatie voor de *genormeerde* gemiddelde premie voor een zorgverzekering en maakt *geen* onderscheid naar specifieke groepen. De buitengewone uitgavenregeling biedt compensatie voor *feitelijk* gemaakte zorgkosten en maakt *wel* onderscheid tussen chronisch zieken en gehandicapten en andere groepen met naar verhouding tot het inkomen hoge ziektegerelateerde kosten. Dit verschil tussen de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling leidt ertoe dat bij integratie van beide regelingen een keuze moeten worden gemaakt tussen specifieke compensatie op basis van feitelijke kosten en generieke compensatie op basis van genormeerde kosten.

Ongeacht deze keuze zou de buitengewone uitgavenregeling kunnen worden omgezet in een toeslag. Als generieke compensatie voor genormeerde kosten het uitgangspunt is, zou volledige integratie met de huidige zorgtoeslag kunnen plaatsvinden. Als specifieke compensatie voor feitelijk gemaakte kosten als uitgangspunt wordt genomen, ligt het meer voor de hand een nieuwe toeslag te introduceren die kan worden beschouwd als een aanvulling op de huidige zorgtoeslag. In dat geval is vooral sprake van uitvoeringstechnische integratie. In beide gevallen zal de Algemene Wet Inkomensafhankelijke Regelingen (AWIR) van toepassing zijn. Uitvoering vindt plaats door de Belastingdienst/Toeslagen. Door de omzetting van de buitengewone uitgavenregeling in een toeslag verdwijnt de doorwerking (via het verzamelinkomen) naar andere toeslagen, is de hoogte van de tegemoetkoming niet meer afhankelijk van het marginale tarief en krijgen meer mensen nog maar met één instantie te maken: de Belastingdienst/Toeslagen. Tevens zijn toeslagen die onder de AWIR vallen niet meer vatbaar voor beslag. Voor zover mensen alleen in verband met de buitengewone uitgavenregeling aangifte doen, is aparte aangifte bij de Belastingdienst niet meer noodzakelijk.

4.3.1 Variant 1: buitengewone uitgavenregeling verwerken in de huidige zorgtoeslag

Om maximaal te profiteren van het grote bereik dat met de eenvoudige systematiek van de huidige zorgtoeslag wordt behaald, zou volledig bij de vormgeving van de huidige zorgtoeslag kunnen worden aangesloten. Integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling zou dan feitelijk betekenen dat de buitengewone uitgavenregeling wordt omgezet in een hogere zorgtoeslag. De buitengewone uitgaven worden daarmee volledig genormeerd, dat wil zeggen volledig onafhankelijk van feitelijke kosten, en het aparte regime voor chronisch zieken en gehandicapten komt te vervallen. De zorgtoeslag zou niet meer alleen compensatie bieden voor de genormeerde nominale premie voor een zorgverzekering, maar ook voor genormeerde andere ziektegerelateerde uitgaven. Voor zover nu wel een beroep wordt gedaan op de buitengewone uitgavenregeling en er geen aanspraak bestaat op zorgtoeslag, komt de compensatie voor ziektegerelateerde uitgaven te vervallen.

Toetsing afwegingskader

Door de omzetting van de buitengewone uitgavenaftrek in een hogere zorgtoeslag zal het bereik van de tegemoetkoming in ziektegerelateerde kosten toenemen. Vanwege het generieke en genormeerde karakter, is het niet-gebruik van de zorgtoeslag beperkt. Wel zullen mensen met hogere inkomens die thans aanspraak maken op buitengewone uitgavenaftrek maar geen recht hebben op zorgtoeslag, de compensatie voor ziektegerelateerde uitgaven verliezen. Tegenover een toename van het bereik, staat een afname van de gerichtheid. Doordat de zorgtoeslag geen rekening houdt met de feitelijk gemaakte kosten en tot de inkomensgrens van de zorgtoeslag aan iedereen wordt toegekend is de zorgtoeslag niet specifiek gericht op mensen met relatief hoge ziektegerelateerde uitgaven. De zorgtoeslag is wel meer dan de buitengewone uitgavenregeling gericht op lagere inkomens. Omzetting van de buitengewone uitgavenregeling in een hogere zorgtoeslag leidt tot een forse vereenvoudiging in de uitvoering voor de Belastingdienst. Daar staat een beperkte toename van de uitvoeringslast voor de Belastingdienst/Toeslagen tegenover. De administratieve lasten voor burgers dalen. Er hoeft immers geen aangifte inkomstenbelasting meer te worden gedaan om buitengewone uitgaven op te voeren, terwijl de aanvraag zorgtoeslag al wordt gedaan. Doordat alleen nog compensatie wordt geboden voor genormeerde kosten, zal de prikkel om kostenbewust met zorg om te gaan worden versterkt.

De inkomenseffecten zijn fors (indicatief: -7% tot +2%). Een relatief grote groep profiteert van de verhoging van de zorgtoeslag. Gehandicapten en chronisch zieken en gezonde mensen die geen gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling, maar wel recht hebben op zorgtoeslag gaan er per saldo op vooruit. Gehandicapten en chronisch zieken die wel gebruik maken van de buitengewone uitgavenaftrek gaan er per saldo fors op achteruit doordat het voordeel van de buitengewone uitgavenaftrek vervalt en de verhoging van de zorgtoeslag daarvoor geen volledige compensatie biedt. Door het vervallen van de buitengewone uitgavenaftrek, vervalt ook de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek naar de huurtoeslag waardoor gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met huurtoeslag er extra op achteruit gaan.

4.3.2 Variant 2: buitengewone uitgavenregeling omzetten in een nieuwe toeslag

Door aan te sluiten bij de vormgeving van de huidige buitengewone uitgavenregeling zou de compensatie voor ziektegerelateerde uitgaven specifiek kunnen worden gericht op mensen met in verhouding tot het inkomen hoge ziektekosten. Integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling zou dan feitelijk betekenen dat de buitengewone uitgavenregeling één op één wordt omgezet in een nieuwe toeslag: de ziektekostentoeslag. Deze toeslag is net als de huidige buitengewone uitgavenaftrek afhankelijk van feitelijk gemaakte kosten en maakt onderscheid tussen chronisch zieken en gehandicapten en andere groepen met relatief hoge ziektegerelateerde kosten. De huidige zorgtoeslag blijft geheel intact. De ziektekostentoeslag komt in aanvulling op de zorgtoeslag.

Toetsing afwegingskader

Deze variant is niet uitvoerbaar en niet handhaafbaar. De voorgestelde toeslag valt niet in te bouwen in het toeslagsysteem. Dit systeem wordt namelijk gekenmerkt door snelle en massale verwerking van eenvoudige en uniforme gegevens. De ziektekostentoeslag gaat uit van feitelijk gemaakte kosten. De beoordeling en verwerking is een handmatig proces. Dit is een jaarlijks terugkerend arbeidsintensief proces door de grote diversiteit in gemaakte kosten en kostensoorten. Rekening houdend met de te verwachten grote volumes ontstaan hierdoor onacceptabel lange doorlooptijden. Los hiervan blijft fraude eenvoudig mogelijk door het vervalsen van betalingsbewijzen of het ten onrechte claimen van bedragen. Toezicht is beperkt mogelijk. Betalingsbewijzen kunnen immers uit een oogpunt van doelmatigheid niet allemaal worden opgevraagd en worden getoetst. Bovendien geven betalingsbewijzen de papieren werkelijkheid weer en niet de daar achterliggende materiële werkelijkheid. Naast de onmogelijkheid om een goed werkproces in te richten is het in deze variant dus praktisch en juridisch onmogelijk effectieve controles uit te voeren op de uitgaven en om na te gaan of de uitgaven voldoen aan de daaraan te stellen eisen.

Door de buitengewone uitgavenregeling één op één om te zetten in een nieuwe toeslag zal het bereik van de tegemoetkoming in ziektegerelateerde kosten nauwelijks toenemen. Een aanvraag zal moeten worden ingediend op basis van feitelijk gemaakte ziektegerelateerde uitgaven. Deze aanvraag zal alleen niet bij de Belastingdienst maar bij de Belastingdienst/Toeslagen moeten worden ingediend. Daarnaast moeten degenen die recht hebben op huur- of zorgtoeslag een aparte aanvraag indienen. Belastingplichtigen kunnen bovendien ook nog reden hebben om aangifte inkomstenbelasting te moeten doen. Voor hen zullen de administratieve lasten stijgen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de grote groep ouderen met meer pensioenen die geraakt kunnen worden door al deze regelingen: huur-, zorg- en ziektekosten toeslag en de aangifte inkomstenbelasting. Vanwege de rechtmatige eisen van dit nieuwe afzonderlijke proces zullen de administratieve lasten voor burgers eerder stijgen omdat de Belastingdienst/Toeslagen zal verlangen dat de betalingsbescheiden worden opgestuurd. Ook de mate van gerichtheid zal niet veel veranderen. De compensatie blijft in sterke mate gericht op mensen met naar verhouding tot het inkomen hoge ziektegerelateerde uitgaven. Er zal evenmin als nu een prikkel zijn om kostenbewust met zorg om te gaan.

De inkomenseffecten zijn relatief beperkt (indicatief: -2% tot +1%) omdat de tegemoetkoming in ziektegerelateerde kosten grotendeels hetzelfde blijft. Er treden beperkte effecten op door het vervallen van een aftrek tegen het schijventarief. Bij aftrek tegen een vast (gemiddeld) tarief gaan de laagste inkomens er iets op vooruit en de hogere inkomens iets op achteruit. Ook bij deze variant vervalt de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek naar de huurtoeslag waardoor gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met huurtoeslag extra nadeel (of minder voordeel) ondervinden.

4.3.3 Conclusie

Volledige integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling is onwenselijk of onuitvoerbaar. Op basis van de twee beschreven varianten waarin zo veel mogelijk is aangesloten bij de wens van de Kamer om tot integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling te komen, kan worden geconcludeerd dat spanning bestaat tussen de gerichtheid en het bereik van de tegemoetkoming in ziektegerelateerde kosten. Als bij integratie meer wordt aangesloten bij de huidige systematiek van de zorgtoeslag waarbij compensatie wordt geboden voor genormeerde kosten, zal het bereik van de compensatie groot zijn maar de gerichtheid op de groep met (naar verhouding tot het inkomen) hoge ziektegerelateerde uitgaven beperkt. Als wordt aangesloten bij de systematiek van de buitengewone uitgavenregeling waarbij compensatie wordt gegeven voor feitelijk gemaakte kosten, is de compensatie gericht maar zal het bereik beperkt zijn. Dat de verstrekking van de compensatie in de vorm van een toeslag plaatsvindt door de Belastingdienst/Toeslagen heeft voordelen, maar neemt deze spanning niet weg.

4.4 Bouwstenen voor andere varianten

4.4.1 *Inkomensondersteuning uit de buitengewone uitgavenregeling*

Zoals is gebleken heeft de buitengewone uitgavenregeling in de loop van de tijd een duaal karakter gekregen. Daar waar de buitengewone uitgavenregeling van oorsprong is bedoeld om op generieke wijze compensatie te bieden voor uitgaven die financieel ten laste zijn gekomen van belastingplichtige en daarmee de draagkracht aantasten, is de buitengewone uitgavenregeling ook steeds meer ingezet als een instrument ter ondersteuning van de koopkracht voor specifieke groepen. Zo zijn de forfaits in de buitengewone uitgavenregeling (ouderdomsforfait, arbeidsongeschiktheidsforfait en chronisch ziekenforfait) die compensatie bieden voor verborgen kosten niet herleidbaar tot feitelijk gemaakte kosten. Daarnaast wordt in de buitengewone uitgavenregeling een speciale behandeling gegeven aan chronisch zieken en gehandicapten via de toepassing van vermenigvuldigingsfactoren voor bepaalde, specifieke, uitgavenposten (zoals hulpmiddelen, dieetkosten en extra gezinshulp). Door deze vermenigvuldigingsfactoren kunnen door chronisch zieken en gehandicapten kosten in aftrek worden gebracht die hoger liggen dan de feitelijk gemaakte kosten. Ook hier wordt dus de relatie met de feitelijk gemaakte kosten gedeeltelijk doorbroken. Deze breuk met de feitelijk gemaakte kosten wordt versterkt doordat de hoogte van de tegemoetkoming uiteindelijk ook nog afhangt van het marginale tarief en de doorwerking naar andere toeslagen. Zowel de forfaits als de vermenigvuldigingsfactoren in de buitengewone uitgavenregeling hebben op deze wijze een inkomenspolitiek karakter.

In het vorige hoofdstuk is uiteengezet is bij de buitengewone uitgavenregeling sprake van een relatief groot niet-gebruik onder de groep chronisch zieken en gehandicapten. Het bereik van (een deel van) de tegemoetkoming in de ziektekosten die door de buitengewone uitgavenregeling wordt geboden zou kunnen worden vergroot door de inkomenspolitieke elementen van de buitengewone uitgavenregeling zo veel mogelijk te integreren met bestaande koopkrachtinstrumenten. Dit zou betekenen dat de inkomensondersteuning via de forfaits en de vermenigvuldigingsfactor uit de buitengewone uitgavenregeling worden gehaald. Omdat de zorgtoeslag evenals de buitengewone uitgavenregeling is bedoeld ter compensatie van zorgkosten (de zorgtoeslag is in principe geen inkomenspolitiek instrument), ligt integratie van de inkomenspolitieke elementen van de buitengewone uitgavenregeling met de zorgtoeslag niet voor de hand. Bovendien is de zorgtoeslag een regeling die generiek is opgezet; er wordt geen onderscheid gemaakt naar specifieke groepen. Dit past bij een zorgstelsel waarin de gemiddelde nominale zorgpremie voor een zorgverzekering voor iedereen hetzelfde is (risicosolidariteit). Om koopkrachtondersteuning te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten zou daarom beter een aparte regeling kunnen worden gecreëerd die samen met de zorgtoeslag wordt uitgekeerd. Gezamenlijke uitbetaling van een dergelijke chronisch zieken- en gehandicaptenregeling en de zorgtoeslag betekent wel dat de doelgroep van beide regelingen overeen moet komen.

Ook degenen die thans aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsforfait of ouderdomsforfait kunnen voor de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling in aanmerking komen. Op deze wijze zou echter slechts een deel van de arbeidsongeschikten en ouderen worden gecompenseerd voor het vervallen het arbeidsongeschiktheidsforfait en het ouderdomsforfait. Als alternatief zou daarom overwogen kunnen worden om de relevante sociale uitkeringen (WAO, WIA, Wajong, AOW) te verhogen. In dat geval zouden alle arbeidsongeschikten en ouderen worden gecompenseerd voor het vervallen van het arbeidsongeschiktheidsforfait en het ouderdomsforfait. Om dubbele compensatie te voorkomen zouden arbeidsongeschikten en ouderen moeten worden uitgesloten van de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling. Dit betekent dat de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling niet meer geldt bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd of bij arbeidsongeschiktheid. Bij een eventuele verhoging van de relevante sociale uitkeringen zijn er diverse aandachtspunten. Zo zijn alle uitkeringen via de koppelingssystematiek aan het wettelijk minimumloon gekoppeld. Het is daarom niet eenvoudig om een uitkering te verhogen. Bovendien is een verhoging van de relevante uitkeringen kostbaar omdat een grotere groep wordt bereikt dan thans via de forfaits in de buitengewone uitgavenregeling (niet alle arbeidsongeschikten en ouderen hebben immers

recht op buitengewone uitgavenaftrek). Verder vallen alle uitkeringen onder de sociale zekerheidsrichtlijn, waardoor ze exporteerbaar zijn. Dit heeft budgettaire en uitvoeringsrisico's.

Voor de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling is een goede indicatiestelling cruciaal. Als het niet mogelijk blijkt om op basis van indicatie de mensen met een chronische ziekte of handicap af te bakenen, biedt een regeling voor chronisch zieken en gehandicapten geen werkbaar perspectief. Er bestaat thans geen indicatiestelling voor chronisch zieken en gehandicapten. Indicatiestelling zou bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden door het Ministerie van VWS op basis van (kosten)informatie die wordt ingewonnen ten behoeve van het risicovereveningsmodel van de zorgverzekering. De informatie die uit dit model voortvloeit heeft echter een wezenlijk ander karakter en gaat gepaard met gevoeligheden op het punt van privacy (zie bijlage 3). Daarom zou ook nog kunnen worden bezien welke mogelijkheden er buiten het vereveningsmodel bestaan voor een indicatiestelling voor chronisch zieken en gehandicapten. Bij elke vorm van indicatiestelling zal aandacht moeten worden besteed aan de aansluiting van deze indicatiestelling bij de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten binnen de buitengewone uitgavenregeling. Tot dusver is een accurate indicatiestelling voor chronisch zieken en gehandicapten problematisch gebleken, zo is ook geconcludeerd in het rapport '*Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven*' van het NIVEL uit 2003.¹⁰

Keuze-elementen:

- Vermenigvuldigingsfactor uit de buitengewone uitgavenregeling halen
- Forfaits uit de buitengewone uitgavenregeling halen
- Aparte chronisch zieken- en gehandicaptenregeling
- Indicatiestelling op basis van informatie vereveningsmodel
- Verhoging van de uitkeringen (WAO, WIA, Wajong, en AOW)

4.4.2 Zorgverzekering en eigen bijdragen uit de buitengewone uitgavenregeling

De buitengewone uitgavenregeling is bedoeld als een vangnet. Uitgaven kunnen alleen in aanmerking worden genomen voor zover hierin niet op andere wijze wordt tegemoetgekomen. De buitengewone uitgavenregeling biedt op deze wijze aanvullende compensatie bovenop compensatie via andere instrumenten. Doordat de buitengewone uitgavenregeling compensatie biedt voor ziektegerelateerde uitgaven in brede zin, houdt de buitengewone uitgavenregeling rekening met cumulatie van kosten waar afzonderlijke compensatie-instrumenten doorgaans geen rekening mee houden. Ook de premie en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering zijn in beginsel aftrekbaar voor zover daar geen compensatie tegenover staat. De gemiddelde nominale premie wordt gecompenseerd door de zorgtoeslag. Voor zover de gemiddelde nominale premie hoger is dan de ontvangen zorgtoeslag kan deze premie als kostenpost binnen de buitengewone uitgavenregeling worden opgevoerd¹¹. Voor de inkomensafhankelijke bijdrage wordt in het geval van het bestaan van een inhoudingsplichtige (werkgever of uitkeringsinstantie) een volledige tegemoetkoming ontvangen waarover door verzekerden belasting moet worden betaald. In afwezigheid van een inhoudingsplichtige wordt de inkomensafhankelijke bijdrage zelf gedragen, maar is een verlaagd tarief van toepassing. De inkomensafhankelijke bijdrage kan altijd volledig worden opgevoerd binnen de buitengewone uitgavenregeling, ook als een tegemoetkoming wordt ontvangen van een inhoudingsplichtige.¹² Overigens wordt via het inkomensafhankelijke karakter van de bijdrage al rekening gehouden met draagkracht. Men zou dus kunnen stellen dat de compensatie in de bijdrage verdisconteerd zit.

¹⁰ Patiëntenpanel Chronisch Zieken, *Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven*, NIVEL, februari 2003.

¹¹ Hierbij is verondersteld dat de Kamer akkoord gaat met de technische wijziging van de BU uit het wetsvoorstel 'Paarse krokodil'.

¹² Omdat de tegemoetkoming voor de inkomensafhankelijke bijdrage als (belastbaar) fiscaal loon wordt aangemerkt, is de bijdrage nog steeds een 'drukkende' last.

Bij de drempelstructuur in de buitengewone uitgavenregeling is vanaf de jaren zeventig als uitgangspunt genomen dat de kosten voor een normale ziektekostenverzekering buiten de buitengewone lasten vallen. Wel konden de werkelijk betaalde zorgpremies bij de bepaling van een eventueel aftrekbaar bedrag in aanmerking worden genomen. Per saldo werd dus aftrek verleend voor bovengemiddelde zorgkosten. Zoals eerder is aangegeven was de gedachte hierachter dat iedereen een bepaald bedrag aan ziektekosten maakt en dat iedereen werd geacht de kosten van een 'normale' ziektekostenverzekering te kunnen dragen. Om voor buitengewone uitgavenaftrek in aanmerking te komen moesten de uitgaven daarom in elk geval boven dit niveau uitstijgen. Rehabilitatie van dit uitgangspunt zou kunnen betekenen dat de premie voor de zorgverzekering buiten de buitengewone uitgavenregeling wordt gehouden. De zorgverzekering is immers een verplichte verzekering voor iedereen, die vanwege het met deze verzekering samenhangende compensatie-instrumentarium voor iedereen betaalbaar zou moeten zijn. Bovendien beoogt de buitengewone uitgavenregeling ook geen compensatie meer te bieden voor de feitelijke maar voor de gemiddelde premie voor een zorgverzekering, om burgers te stimuleren kritisch te zijn ten aanzien van de prijs van verzekeringspolissen. Omdat de buitengewone uitgavenregeling wel compensatie biedt voor de werkelijk betaalde inkomensafhankelijke bijdrage, zou de zorgtoeslag kunnen worden verhoogd ter compensatie voor het vervallen van de aftrek van deze bijdrage als buitengewone uitgave. Daarbij moet wel worden bedacht dat de zorgtoeslag in principe geen inkomenspolitiek instrument is.

Het uit de buitengewone uitgavenregeling halen van de inkomensafhankelijke bijdrage in combinatie met het verhogen van de zorgtoeslag zou feitelijk een grote mate van integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling betekenen. Een fors deel van het huidige budgettaire beslag van de buitengewone uitgavenaftrek zou worden geïntegreerd met de zorgtoeslag. Door gedeeltelijke integratie van de buitengewone uitgavenregeling met de zorgtoeslag, zou het bereik van de tegemoetkoming in de ziektekosten verder kunnen worden vergroot en het niet-gebruik worden teruggedrongen. Bovendien zou het met de zorgtoeslag geïntegreerde deel van de tegemoetkoming in de ziektekosten onafhankelijk worden van het marginale tarief en niet langer doorwerken naar andere toeslagen. Daarmee zou de gerichtheid van de tegemoetkoming worden vergroot. De buitengewone uitgavenregeling zou alleen nog compensatie bieden voor samenloop van andere ziektegerelateerde uitgaven bovenop de kosten voor de zorgverzekering. Verdere stroomlijning kan worden bereikt door naast de zorgverzekering ook de - inkomensafhankelijke - eigen bijdrage AWBZ (en straks ook de Wmo) te integreren met de zorgtoeslag. Hierdoor zou de buitengewone uitgavenregeling alleen nog compensatie bieden voor samenloop van ziektegerelateerde kosten waarvoor de overheid buiten de buitengewone uitgavenregeling om geen compensatie biedt.

Keuze-elementen:

- Premie zorgverzekering uit de buitengewone uitgavenregeling halen
- Inkomensafhankelijke bijdrage uit de buitengewone uitgavenregeling halen
- Eigen bijdragen AWBZ/Wmo uit de buitengewone uitgavenregeling halen
- Hoogte zorgtoeslag opnieuw bezien

4.4.3 Heroriëntatie en vereenvoudiging van de buitengewone uitgavenregeling

Indien de inkomenspolitieke elementen, de zorgverzekering en de eigen bijdragen AWBZ/Wmo uit de buitengewone uitgavenregeling worden gehaald, blijft een beperktere generieke buitengewone uitgavenregeling over die compensatie biedt voor cumulatie van feitelijk gemaakte ziektekosten waarvoor de overheid geen afzonderlijke compensatie biedt. Iedereen kan in gelijke mate aanspraak maken op deze regeling voor zover de kosten hoger zijn dan de drempel, ook chronisch zieken en gehandicapten. Aangezien het aantal uitgavenposten dat onder de buitengewone uitgavenregeling valt kleiner is, ligt het voor de hand om de drempel van de buitengewone uitgavenregeling te verlagen. De drempel in de buitengewone uitgavenregeling moet, evenmin als de zorgtoeslag, worden gezien als een inkomenspolitek instrument. Jaarlijkse bijstelling op basis van het koopkrachtbeeld ligt daarom niet voor de hand. Met het oog op de budgettaire beheersbaarheid van de buitengewone uitgavenregeling en om de relatie met het 'buitengewoon' zijn van uitgaven te behouden, zou wel kunnen worden overwogen de drempel van de buitengewone uitgavenregeling te indexeren (voor zover de groei van de zorguitgaven de inkomensstijging overtreft).

Om het aantal regelingen dat een tegemoetkoming biedt voor zorguitgaven te beperken, zou ook kunnen worden overwogen om de (beperkte) buitengewone uitgavenregeling geheel af te schaffen. Een overweging bij het schrappen van de buitengewone uitgavenregeling kan zijn dat ook andere (veelal verzekerbare) kosten, zoals de kosten als gevolg van brand, diefstal of vernieling, niet fiscaal gecompenseerd worden. Ook de premies van verzekeringen voor deze kosten zijn niet aftrekbaar. Verzekerbare ziektegerelateerde kosten en premies voor (aanvullende) ziektekostenverzekeringen zouden daarom ook niet fiscaal gecompenseerd te hoeven worden. Schrappen van de buitengewone uitgavenregeling betekent wel dat er geen instrument meer bestaat dat compensatie biedt voor cumulatie van ziektegerelateerde uitgaven en dat ook kosten die niet verzekeraar zijn volledig op de belastingplichtige blijven drukken. Kwetsbare groepen zouden bij de gemeente een beroep kunnen doen op de bijzondere bijstand.

Als een beperktere buitengewone uitgavenregeling in stand wordt gehouden, zouden nog een aantal vereenvoudigingen kunnen worden aangebracht om bestaande knelpunten in de uitvoering van de regeling weg te nemen. De vereenvoudigingen hebben betrekking op de uitgaven voor extra gezinshulp, dieetkosten en reiskosten (zie bijlage 4).

Keuze-elementen:

- Heroverwegen buitengewone uitgavenregeling
- Herijken drempel buitengewone uitgavenregeling
- Indexeren drempel buitengewone uitgavenregeling
- Vereenvoudigen buitengewone uitgavenregeling

4.4.4 Rol gemeenten bij de buitengewone uitgavenregeling

Omdat gemeenten vanuit de (bijzondere) bijstand ervaring hebben met compensatie van kosten en inkomensondersteuning, en uit hoofde van de Wmo straks een groot deel van de cliëntèle de in aanmerking komt voor een voorziening of tegemoetkoming in de ziektekosten al kent of kan kennen, is uitvoering van ten minste een deel van de buitengewone uitgavenregeling door gemeenten een reële mogelijkheid. Doordat het aantal loketten voor de burger daarmee zou worden beperkt, zou het bereik van de tegemoetkoming in de ziektekosten worden vergroot. Ook zijn gemeenten – afhankelijk van de gekozen vormgeving - beter in staat om de hoogte van de kosten te reguleren waardoor de prikkelwerking wordt bevorderd. Wel is het van belang om vast te stellen dat overheveling van bevoegdheden van rijksniveau naar decentraal niveau betekent dat er – wederom afhankelijk van de vormgeving - minder of geen mogelijkheden tot sturing door het Rijk zijn. Dat laatste is het geval bij vormgeving via bijzondere bijstand. Voorts kan er differentiatie in het voorzieningenniveau ontstaan tussen gemeenten. Overheveling van (een deel van) de buitengewone uitgavenregeling naar gemeenten kan op verschillende manieren worden vormgegeven: via de categoriale bijzondere bijstand, de individuele bijzondere bijstand, de Wmo en een nieuwe (specifieke) regeling (zie

bijlage 5). Indien voor de overheveling van de buitengewone uitgavenregeling wordt aangesloten bij de categoriale bijstand wordt de facto gekozen voor een chronisch zieken- en gehandicaptenregeling die door gemeenten wordt uitgevoerd. Vanuit de bevoegdheid om categoriale bijzondere bijstand te verstrekken aan chronisch zieken en gehandicapten kunnen gemeenten hiermee al ervaring hebben opgedaan. Aansluiten bij de individuele bijzondere bijstand versterkt het uitgangspunt dat compensatie van ziektekosten een vangnetregeling moet zijn. Hierbij wordt verondersteld dat gemeenten vanuit hun kennis en ervaring met algemene bijstandsverstrekking beter in staat zijn om de toets van feitelijkheid en noodzaak van kosten te toetsen. Het onderbrengen van de buitengewone uitgavenregeling in de Wmo zorgt voor deze groep mensen dat er een stroomlijning van regelingen en handelingen plaatsvindt waarmee een reductie van de administratieve lasten kan worden behaald. Vanwege het feit dat gemeenten straks waarschijnlijk een groot deel van de doelgroep vanuit de Wmo al (kunnen) kennen, kan het niet-gebruik worden teruggedrongen. Dit bevordert een beter bereik. Eveneens kan worden verwacht dat het directe contact dat gemeenten met cliënten hebben een rechtmatige tegemoetkoming ten goede komt. Keerzijde hiervan is wel dat direct contact cliënten kan afschrikken en daarmee het niet-gebruik nadelig beïnvloedt. De persoonlijke benadering door gemeenten kan eveneens de mate van gerichtheid bevorderen. Een nieuwe specifieke regeling waarbinnen gemeenten de buitengewone uitgavenregeling gaan uitvoeren creëert de mogelijkheid van de rijksoverheid om sturing aan gemeenten te geven, en een gelijk voorzieningenniveau tussen gemeenten te waarborgen. De precieze vormgeving kan worden afgestemd op de keuzes die bij de hiervoor beschreven bouwstenen zijn gemaakt.

Bij het overhevelen van (delen van de) buitengewone uitgavenaftrek dient bedacht te worden dat dit – ongeacht de vormgeving van de resterende buitengewone uitgavenregeling - uitvoeringsrisico's met zich meebrengt. Een majeur risico vormt de opeenstapeling van invoeringstrajecten van nieuw rijksbeleid waarmee gemeenten de afgelopen jaren geconfronteerd zijn, en in de toekomst worden: Wmo, Wet inburgering, wijzigingen sociale werkvoorziening, invoering burgerservicenummer en aanpassing van GBA, doorwerking nieuwe Wet op de Jeugdzorg en de doorontwikkeling van de uitvoering van de Wet Werk en Bijstand. De cumulatie van invoeringstrajecten en wijzigend beleid heeft een grote druk op gemeenten gelegd. Overheveling van de buitengewone uitgavenregeling naar gemeenten zou derhalve op een zeer behoedzame wijze, en in overleg met de VNG dienen te geschieden om een correcte uitvoering van de regeling mogelijk te maken. Het is de vraag of gemeenten op korte termijn een extra, voor hen nieuwe, regeling op een correcte wijze kunnen uit- c.q. invoeren.

Keuze-elementen:

- buitengewone uitgavenregeling (deels) overhevelen naar gemeenten

4.5 Varianten

In deze paragraaf worden op basis van de beschreven bouwstenen verschillende varianten gepresenteerd voor de wijze waarop in de toekomst met de buitengewone uitgavenregeling kan worden omgegaan. Deze varianten geven slechts enkele mogelijkheden weer. Op basis van de geschetste bouwstenen kunnen ook andere varianten worden samengesteld. Met de gepresenteerde varianten worden enkele uitersten weergegeven om de afwegingen die kunnen worden gemaakt scherp in beeld te brengen. De geschetste varianten zullen, net als de in paragraaf 4.3 geschetste varianten worden getoetst op basis van het afwegingskader.

4.5.1 Variant 3: integrale variant

Bij deze variant wordt de gerichte inkomensondersteuning voor de specifieke groep chronisch zieken en gehandicapten gescheiden van de compensatie voor feitelijk gemaakte kosten door een aparte regeling te

introduceren voor chronisch zieken en gehandicapten op basis van een indicatiestelling aan de hand van het vereveningsmodel.¹³ Deze chronisch zieken- en gehandicaptenregeling heeft een forfaitair karakter en heeft de omvang van het huidige chronisch ziekenforfait. De vermenigvuldigingsfactor in de buitengewone uitgavenregeling komt te vervallen, evenals het arbeidsongeschiktheidsforfait en het ouderdomsforfait. De relevante uitkeringen worden niet verhoogd. Voor zover iemand die thans aanspraak maakt op een arbeidsongeschiktheidsforfait of ouderdomsforfait volgens de indicatiestelling als chronisch zieke of gehandicapte wordt aangemerkt, komt deze persoon voor de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling in aanmerking. De chronisch zieken- en gehandicaptenregeling wordt in een aparte toeslag samen met de zorgtoeslag uitgekeerd. Voor de doelgroep van deze nieuwe toeslag wordt aangesloten bij de doelgroep van de zorgtoeslag. Dat betekent dat alleen ontvangers van zorgtoeslag in aanmerking kunnen komen voor de nieuwe toeslag. Daarnaast worden de gemiddelde nominale premie voor een zorgverzekering, de inkomensafhankelijke bijdrage en de eigen bijdrage AWBZ/Wmo uit de buitengewone uitgavenregeling gehaald. Tegenover het schrappen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de eigen bijdragen AWBZ/Wmo uit de buitengewone uitgavenregeling, staat een verhoging van de zorgtoeslag. Nadat de inkomensondersteuning via een aparte chronisch zieken- en gehandicaptenregeling is gescheiden van de compensatie voor feitelijk gemaakte kosten en de premie en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering uit de buitengewone uitgavenregeling zijn gehaald, zou een beperkte buitengewone uitgavenregeling (en TBU) over kunnen blijven. Deze beperkte buitengewone uitgavenregeling wordt geschrapt. In individuele gevallen kan een beroep worden gedaan op de (huidige) individuele bijzondere bijstand.

Toetsing afwegingskader

Deze variant beoogt het stelsel dat compensatie biedt voor ziektegerelateerde kosten eenvoudiger te maken en daarmee het bereik te vergroten. Het niet-gebruik kan door de gezamenlijk met de zorgtoeslag uit te keren chronisch zieken- en gehandicaptenoetoeslag worden teruggedrongen. De indicatiestelling is daarbij cruciaal. Bij een goede indicatiestelling is deze variant sterker dan de huidige buitengewone uitgavenregeling gericht op groepen met jaarlijks hoge zorgkosten. Bijvoorbeeld een gezonde 65-minner met een bril (van meer dan € 314) kan dan niet meer in aanmerking komen voor het chronisch ziekenforfait. Daar staat tegenover dat de variant vanwege het forfaitaire karakter van de chronisch zieken- en gehandicaptenoetoeslag geen rekening houdt met feitelijke kosten. Omdat de buitengewone uitgavenregeling vervalt, vervallen ook alle bijbehorende uitvoeringsproblemen voor de Belastingdienst. Uitkering van de nieuwe toeslag door de Belastingdienst/Toeslagen leidt tot een beperkte stijging van de uitvoeringslasten. Zoals bij elke nieuwe regeling kunnen discussies en procedures met belanghebbenden ontstaan die tot extra uitvoeringskosten leiden. Door de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling en de introductie van een nieuwe toeslag die gezamenlijk met de zorgtoeslag wordt uitgekeerd dalen de administratieve lasten voor burgers. Daar zou afhankelijk van de precieze vormgeving van de indicatiestelling en de informatie die bij zorgverzekeraars wordt uitgevraagd een administratieve lastenverzwaring voor bedrijven tegenover kunnen staan. De administratieve lasten voor burgers die aanspraak op buitengewone uitgavenaftrek verliezen en een beroep zullen doen op de bijzondere bijstand zijn afhankelijk van de inrichting van het gemeentelijke proces en daarmee moeilijk in te schatten. Door het forfaitaire karakter van de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling worden de prikkels om kostenbewust met zorg om te gaan versterkt.

De inkomenseffecten bij deze variant zijn fors (indicatief: -5% tot +8%). Gehandicapten en chronisch zieken die geen gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling maar door de indicatiestelling wel een toeslag op de zorgtoeslag ontvangen gaan er fors op vooruit. Gehandicapten en chronisch zieken die al wel gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling worden voor het verlies aan buitengewone uitgavenaftrek gecompenseerd door de nieuwe toeslag. Hogere inkomens met buitengewone uitgavenaftrek worden niet gecompenseerd aangezien zij geen recht hebben op zorgtoeslag. Binnen de groep gehandicapten en chronisch zieken met zorgtoeslag gaat de 65-plusser erop vooruit en de 65-minner erop achteruit. Degenen die niet als gehandicapt of chronisch ziek worden geïndiceerd maar in de huidige situatie wel profiteren van

¹³ Aan een dergelijke indicatiestelling is wel een aantal aandachtspunten verbonden (zie bijlage 2).

de buitengewone uitgavenregeling gaan erop achteruit. Tot slot vervalt ook bij deze variant de doorwerking naar de huurtoeslag.

4.5.2 Variant 4: partiële variant

Deze variant verschilt van variant 3 doordat de gerichte inkomensondersteuning aan chronisch zieken en gehandicapten en de compensatie voor feitelijk gemaakte kosten niet van elkaar worden gescheiden. De buitengewone uitgavenregeling blijft daardoor een regeling met een dual karakter. Dit betekent dat de vermenigvuldigingsfactor en de forfaits in de buitengewone uitgavenregeling blijven. Er komt geen aparte regeling voor chronisch zieken en gehandicapten op basis van indicatiestelling en de relevante uitkeringen worden niet aangepast. Wel worden de premie voor de zorgverzekering en de inkomensafhankelijke bijdrage uit de buitengewone uitgavenregeling gehaald en wordt de zorgtoeslag verhoogd. De eigen bijdragen AWBZ/Wmo blijven bij deze variant, anders dan bij variant 3, wel aftrekbaar binnen de buitengewone uitgavenregeling. Het laatste verschil met variant 3 is dat een (beperkte) buitengewone uitgavenregeling blijft bestaan. Ook blijft de TBU in tact. De drempel in deze buitengewone uitgavenregeling wordt neerwaarts bijgesteld en zal worden geïndexeerd. Ten slotte zullen diverse vereenvoudigingen worden aangebracht in de buitengewone uitgavenregeling. Bij deze variant worden geen taken overgeheveld naar gemeenten.

Toetsing afwegingskader

Deze variant leidt tot een sterke verbetering van de budgettaire beheersbaarheid van de buitengewone uitgavenregeling. De beperkte buitengewone uitgavenregeling blijft door zijn duale karakter wel een complexe regeling waarvoor aangifte inkomstenbelasting noodzakelijk blijft. Het bereik zal daardoor waarschijnlijk niet worden vergroot. Doordat de gerichte inkomensondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten ongewijzigd blijft, verandert er ten opzichte van de huidige buitengewone uitgavenregeling ook niets in de mate van gerichtheid. Vanwege de vereenvoudigingen die in de buitengewone uitgavenregeling zijn aangebracht, wordt de uitvoering van de regeling wel iets gemakkelijker. De Belastingdienst blijft belast met een (beperkte) buitengewone uitgavenregeling. Voor mensen die hun aanspraak op buitengewone uitgavenaftrek behouden, zullen de administratieve lasten nauwelijks verminderen. Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de buitengewone uitgavenregeling zal echter wel afnemen. Doordat de buitengewone uitgavenregeling nog steeds compensatie biedt op basis van feitelijke kosten, wordt geen prikkel gegeven om kostenbewust met zorg om te gaan. Ook blijft de tegemoetkoming in ziektegerelateerde kosten bij deze variant (deels) afhankelijk van het marginale tarief en de doorwerking naar andere toeslagen.

De inkomenseffecten zijn relatief beperkt (indicatief: -2% tot +1%) doordat de specifieke elementen van de buitengewone uitgavenregeling behouden blijven. De omzetting van generieke elementen van de buitengewone uitgavenregeling naar de zorgtoeslag zorgt voor een klein positief effect voor de niet-gebruiker van de buitengewone uitgavenregeling en een klein negatief effect voor degenen die de regeling wel gebruiken. Anders dan bij de andere varianten behouden degenen met huurtoeslag een voordeel ten opzichte van degenen zonder huurtoeslag, zij het dat dit voordeel afneemt.

4.5.3 Variant 5: gemeentevariant

Bij deze variant wordt de huidige buitengewone uitgavenregeling (inclusief de TBU) geheel overgeheveld naar de gemeenten door integratie met de Wmo. Er wordt een taakveld aan de Wmo toegevoegd waarvoor compensatieplicht geldt. Op deze wijze kunnen door gemeenten voorzieningen worden aangeboden waarvoor de doelgroep nu kosten maakt. Omdat de Wmo een wettelijk kader kent, wordt gewaarborgd dat er geen grote verschillen tussen gemeenten ontstaan met betrekking tot het aanbod en de compensatie van voorzieningen. De Wmo biedt maatwerk voor iedereen die gebruik gemaakt van bepaalde voorzieningen. Dit in tegenstelling tot de bijzondere bijstand die alleen maatwerk biedt voor lagere inkomens. Omdat de Wmo een toereikende en passende voorliggende voorziening is op de bijzondere bijstand, wordt de bestaande keuze tussen bijzondere bijstand en de buitengewone uitgavenregeling verlaten. Deze variant wordt slechts in kwalitatieve

zin gepresenteerd omdat het decentrale karakter van de variant en de daarbijbehorende individuele beleidsvrijheid van gemeenten het moeilijk maken om kwantitatieve gegevens te presenteren.

Toetsing afwegingskader

Door de buitengewone uitgavenregeling te integreren met de Wmo kan het bereik van de compensatie voor ziektegerelateerde kosten worden vergroot en het niet-gebruik worden teruggedrongen. Daarnaast kan deze integratie leiden tot een betere gerichtheid op een specifieke groep met een bepaalde zorgbehoefte. De integratie van de buitengewone uitgavenregeling en de Wmo vergt nog wel nadere uitwerking. De gemeenten zullen bij deze uitwerking betrokken moeten worden. Deze uitwerking is bepalend voor de uitvoeringslasten voor de gemeenten. Omdat de buitengewone uitgavenregeling vervalt, zullen de uitvoeringslasten voor de Belastingdienst fors dalen. Doordat de buitengewone uitgavenregeling wordt geïntegreerd met een bestaande regeling zullen de administratieve lasten voor burgers dalen. Er hoeft geen aangifte inkomstenbelasting meer te worden gedaan. Voor burgers resteert één loket. Door een betere gerichtheid op een specifieke groep met een bepaalde zorgbehoefte zullen minder nadelige gedragseffecten optreden in de sfeer van een kostenbewuste zorgconsumptie. De inkomenseffecten van deze variant zijn afhankelijk van de precieze uitwerking van de integratie van de buitengewone uitgavenregeling en de Wmo.

De inkomenseffecten van deze variant zijn afhankelijk van de precieze uitwerking van de integratie van de buitengewone uitgavenregeling en de Wmo. Indien de gemeenten er beter dan bij de huidige buitengewone uitgavenregeling in slagen maatwerk te leveren, zullen chronisch zieken en gehandicapten die nu via de buitengewone uitgavenregeling onvoldoende bereikt worden, erop vooruit gaan. Degenen die via de buitengewone uitgavenregeling gelet op hun kosten nu juist ruim worden bedeed, zouden erop achteruit gaan.

4.6 Conclusie

De in dit hoofdstuk gepresenteerde varianten verschillen van elkaar in een aantal opzichten. In de eerste plaats verschillen de varianten in de mate waarin integratie wordt bereikt van instrumenten die een tegemoetkoming bieden in ziektegerelateerde kosten. Naarmate een grotere integratie wordt bereikt, is sprake van een grotere toename van het bereik van de tegemoetkoming in de ziektegerelateerde uitgaven en is het niet-gebruik geringer. Het bereik van de tegemoetkoming in de ziektegerelateerde uitgaven neemt ook toe naarmate deze tegemoetkoming eenvoudiger is vormgegeven. De eenvoud van de tegemoetkoming hangt onder meer samen met de mate waarin de compensatie voor feitelijke kosten (zoals nu wordt geboden via de buitengewone uitgavenregeling) behouden blijft. Bij compensatie op basis van feitelijke kosten is veelal sprake van een grotere complexiteit en zal het bereik beperkter zijn. Daar staat tegenover dat de tegemoetkoming in de ziektegerelateerde uitgaven beter gericht is op groepen die (in verhouding tot het inkomen) hogere kosten hebben en dat de inkomenseffecten geringer zijn. De administratieve lasten voor de burger zullen over het algemeen beperkter zijn als een grotere mate van integratie van compensatie-instrumenten wordt bereikt en de (geïntegreerde) compensatie minder afhankelijk is van feitelijke kosten. Ten slotte verschillen de varianten in de wijze waarop de integratie wordt gerealiseerd. Afhankelijk van de wijze van integratie wordt bij de gepresenteerde varianten de uitvoering van de tegemoetkoming in de ziektegerelateerde kosten ondergebracht bij de Belastingdienst, de Belastingdienst/Toeslagen (al dan niet in samenwerking met VWS) of bij de gemeenten. Door de uitvoering onder te brengen bij gemeenten kan de spanning tussen bereik en gerichtheid worden verminderd. In tabel 3 wordt een schematisch overzicht gegeven van de in dit hoofdstuk gepresenteerde varianten en de belangrijkste kenmerken.

Tabel 3: overzicht varianten met bijbehorende kenmerken^{14 15}

¹⁴ Zoals in het voorgaande is aangegeven, zijn de varianten 1 en 2 onwenselijk of onuitvoerbaar. Volledige integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling is daarom geen optie.

¹⁵ De score (+ of -) is indicatief en bedoeld om de varianten onderling te vergelijken. Er wordt geen waardering ten opzichte van de huidige situatie mee aangegeven.

Variant	Integratie	Compensatie feitelijke kosten	Uitvoering	Bereik	Gerichtheid	Inkomens -effecten	Administratieve lasten burgers
1	volledig met zorgtoeslag	nee	Belastingdienst/ Toeslagen	+	-	-	+
2	volledig met nieuwe toeslag	volledig via ziektekosten- toeslag	Belastingdienst/ Toeslagen	-	+	+	-
3	deels met zorgtoeslag, deels met bijzondere bijstand	deels via bijzondere bijstand	VWS en Belastingdienst/ Toeslagen, gemeenten	+	-	-	+
4	deels met zorgtoeslag	deels via buitengewone uitgavenaftrek	Belastingdienst, Belastingdienst/ Toeslagen	-	+	+	-
5	volledig met Wmo	volledig via Wmo	gemeenten	+	+ ¹⁶	+	+ ¹⁷

¹⁶ Binnen bepaalde marges is een verschillende behandeling van individuen in verschillende gemeenten mogelijk.

¹⁷ Afhankelijk van invulling door gemeenten.

Bijlage 1: Veronderstellingen berekeningen netto zorgkosten en inkomenseffecten

Zowel bij de berekening van de netto zorgkosten als bij de berekening van de inkomenseffecten van de varianten zijn de volgende veronderstellingen gehanteerd:

- Tenzij anders vermeld, is aangesloten bij de parameters van het CPB die gebruikt worden voor de standaardkoopkrachtberekeningen.
- De basis voor de berekeningen is 2006 (stand april 2006).
- Zowel voor gezonde personen als voor chronisch zieken en gehandicapten is uitgegaan van een beperkt aanvullend pakket met een (aftrekbare) premie van € 324 per jaar. De hoogte van de premie voor de aanvullende zorgpolis betreft een aanname van het NIBUD uit het rapport "Koopkrachtberekeningen voor huishoudens met chronisch zieken en gehandicapten 2005-2006".
- Bij varianten waar het voordeel van de hogere huurtoeslag als gevolg van de aftrek van buitengewone uitgaven vervalt, is uitgegaan van een overgangsregeling voor bestaande gevallen van 5 jaar. De indirecte besparing bij de huurtoeslag bedraagt structureel circa €60 miljoen.
- Er is verondersteld dat gehandicapten en 65-plussers geen aanspraak maken op no claim teruggaaf. Bij gezonde 65-minners is een gemiddeld zorggebruik verondersteld, dat leidt tot een teruggaaf van € 92.

Bij de berekening van de netto zorgkosten is rekening gehouden met specifieke uitgaven en met overige (niet aftrekbare) uitgaven van gehandicapten. Voor de hoogte van deze uitgaven is aangesloten bij het rapport "Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005" en is geïndexeerd met de inflatie tot 2006. Bij de hoogte van de kosten is gerekend met het gemiddelde niveau over de gehele populatie gehandicapten. Dit leidt tot het volgende overzicht.

	Gezond	Chronisch ziek¹⁸	Gehandicapt
Specifieke uitgaven	€0	€ 305	€569
Standaard ziektekosten	€0	€ 0	€0
Aanvullende premie	€324	€ 324	€324
Overige uitgaven	€0	€ 132	€217

¹⁸ Niet gebruikt in berekening; hier opgenomen om aan te geven in welke mate de berekening voor chronisch zieken vergelijkbaar is met die voor gehandicapten.

Bij de berekening van de inkomenseffecten is rekening gehouden met specifieke uitgaven, de standaard ziektekosten en met overige uitgaven van gehandicapten (zowel aftrekbaar als niet aftrekbaar). Voor de hoogte van deze uitgaven is wederom aangesloten bij het rapport "Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005" en is geïndexeerd met de inflatie tot 2006. Bij de hoogte van de kosten is gerekend met het gemiddelde niveau voor gehandicapten die deze kosten maken. Dit leidt tot het volgende overzicht.

	Gezond¹⁹	Chronisch ziek²⁰	Gehandicapt
Specifieke uitgaven	Niet bekend	€ 469	€ 711
Standaard ziektekosten	Niet bekend	€ 269	€ 288
Aanvullende premie	€ 324	€ 324	€ 324
Overige uitgaven	Niet bekend	€ 377	€ 394

Opmerkingen:

- Er is bewust gekozen voor het verschil tussen de aannamen bij de berekening van de netto zorgkosten en bij de inkomenseffecten. De berekening van de netto zorgkosten van gehandicapten is bedoeld om een beeld te geven van het verschil in netto zorgkosten tussen gezonde personen en gehandicapten als groep. Bij de berekening van inkomenseffecten is juist onderzocht hoe groot de effecten van de verschillende varianten zijn voor gehandicapten die nu daadwerkelijk (volop) voordeel hebben van de buitengewone uitgavenregeling. Dit verklaart het hogere kostenniveau van chronisch zieken en gehandicapten bij de berekening van de inkomenseffecten.
- Een belangrijke hindernis bij de berekening is het ontbreken van informatie over de gemiddelde specifieke en overige zorguitgaven van gezonde mensen.
- De specifieke uitgaven van gezonde personen zijn op nul gesteld. Bekend is echter dat ook gezonde mensen kosten hebben (bijvoorbeeld geneesmiddelen en brillen).
- Ook de overige uitgaven van gezonde personen zijn op nul gesteld. Dit zijn uitgaven die niet als buitengewone uitgaven mogen worden afgetrokken, zoals de kosten van psychosociale zorg, alternatieve behandelaars, extra energiekosten, de kosten van maaltijdvoorziening 'Tafeltje dekje', attentiekosten (voorbeeld: bloemen voor de mantelzorger), en overige kosten (voorbeeld: een laserbehandeling van de ogen). Ook gezonde mensen hebben dergelijke kosten; de mate waarin is echter onbekend.
- Het voorgaande leidt ertoe dat de netto kosten van gehandicapten en chronisch zieken ten opzichte van gezonde personen enigszins worden overschat.

¹⁹ Niet gebruikt in berekening; hier opgenomen om verschil in aannames bij netto zorgkosten en inkomenseffecten te illustreren.

²⁰ Niet gebruikt in berekening; hier opgenomen om aan te geven in welke mate de berekening voor chronisch zieken vergelijkbaar is met die voor gehandicapten.

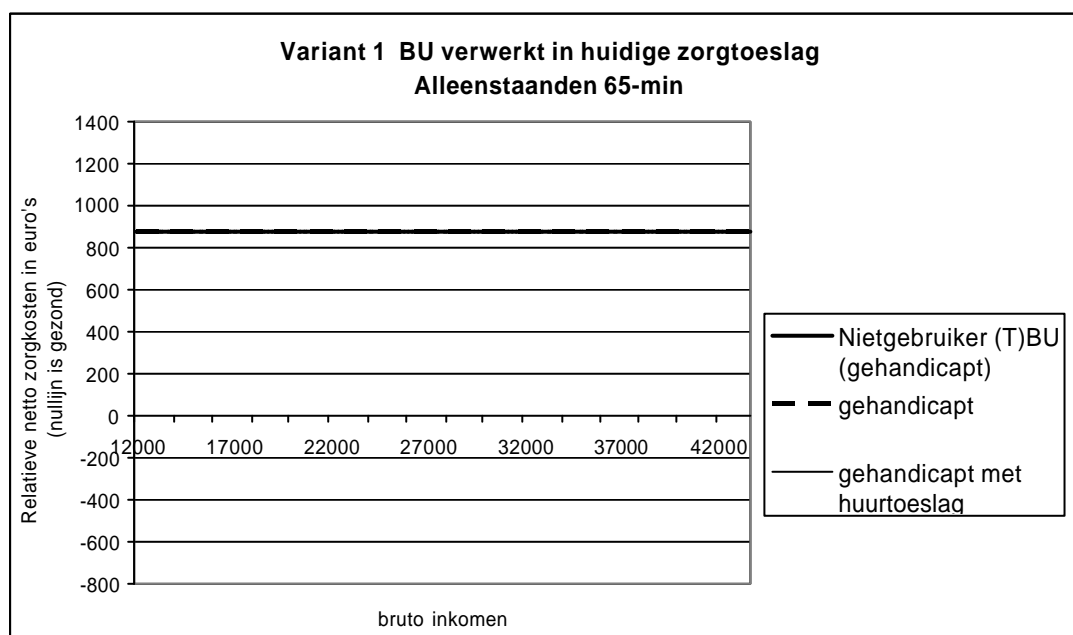
Bijlage 2: Inkomenseffecten

In deze bijlage wordt een beeld geschetst van de inkomenseffecten van de varianten 1 tot en met 4²¹. De effecten zijn weergegeven in grafieken met, voor een aantal kenmerkende situaties, de inkomenseffecten naar de hoogte van het huishoudinkomen. Daarnaast is berekend in welke mate de kosten voor alleenstaande gehandicapten bij de verschillende varianten verschillen van de kosten voor alleenstaanden zonder bovengemiddelde zorguitgaven. Vanwege het effect op het verzamelinkomen, is ook de hoogte van de huurtoeslag van belang voor het uiteindelijke inkomenseffect. Bij de berekening van de inkomenseffecten is gebruik gemaakt van de gemiddelde kosten van gehandicapten met extra zorgkosten; in werkelijkheid vertonen deze kosten een grote spreiding. Het gepresenteerde beeld dient ter illustratie van de effecten en is niet representatief voor alle gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling (hierna ook BU). De veronderstellingen die bij de berekening van de inkomenseffecten zijn gehanteerd, zijn toegelicht in bijlage 1.

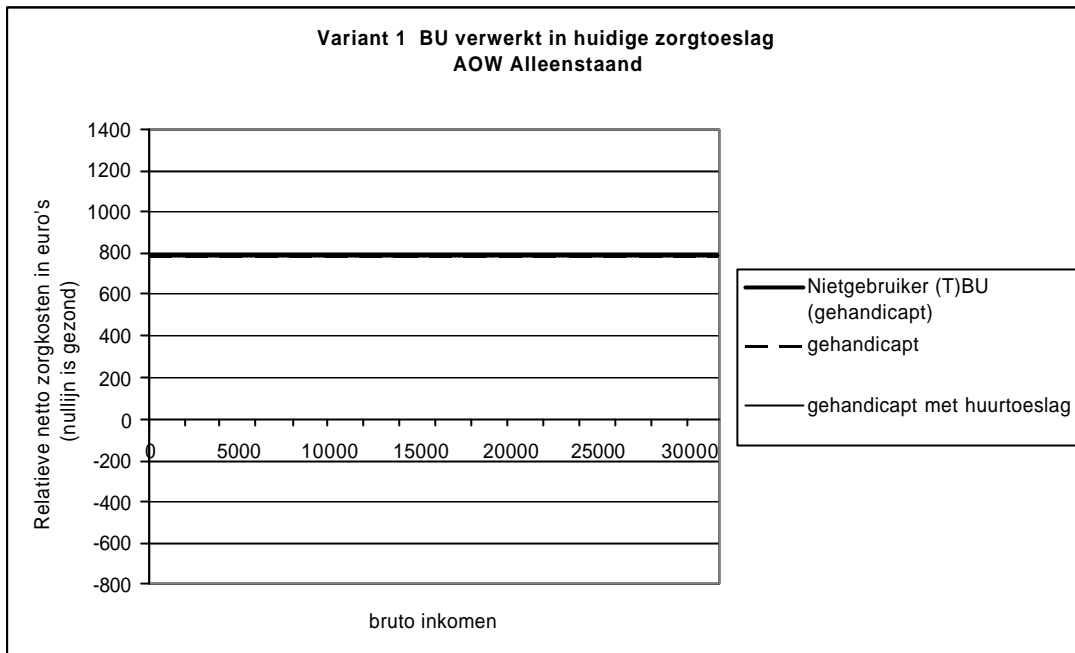
Variant 1: buitengewone uitgavenregeling verwerken in de huidige zorgtoeslag

In deze variant wordt het gehele budget van de buitengewone uitgavenregeling gebruikt voor een verhoging van de zorgtoeslag met € 184.

In onderstaande figuren wordt geschetst hoe na toepassing van variant 1 de netto zorgkosten van alleenstaande gehandicapten zich verhouden tot de kosten van gezonde alleenstaanden (zie ook de figuren 1 en 2 in paragraaf 3.1.5).

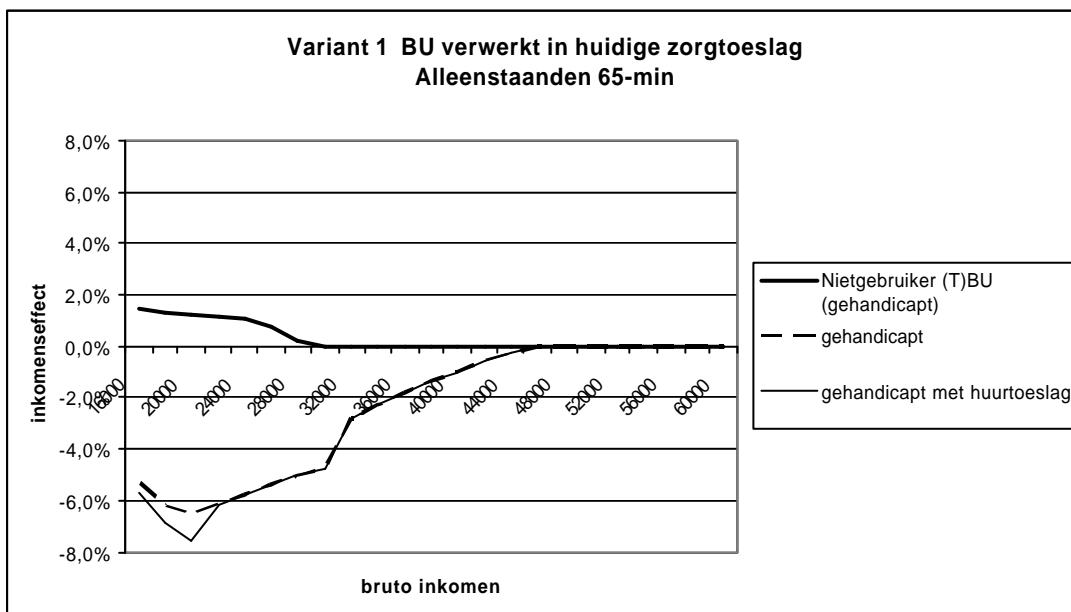


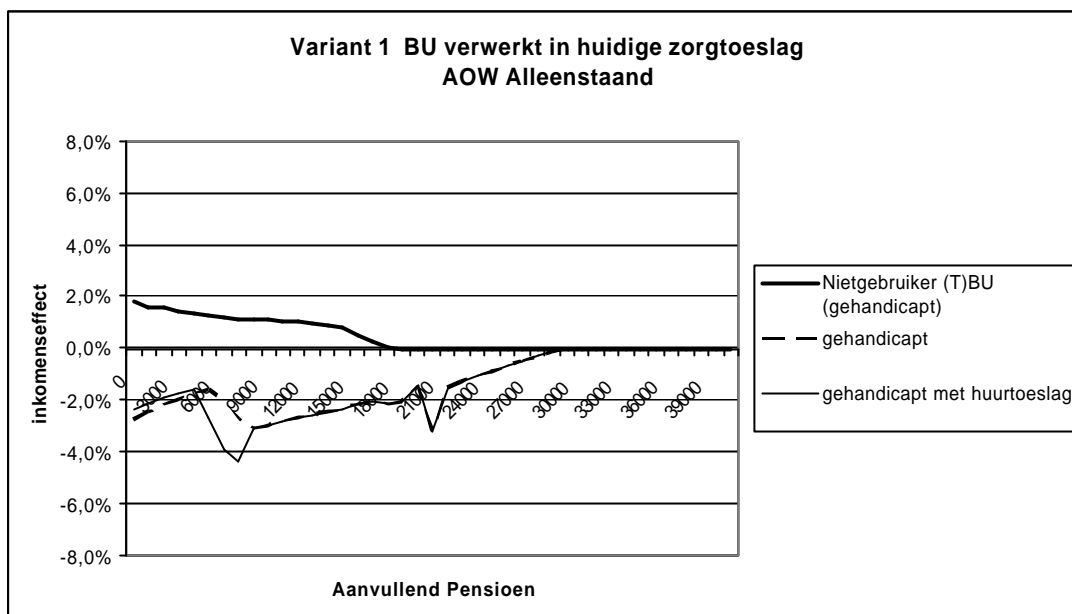
²¹ Voor variant 5 zijn geen netto zorgkosten en inkomenseffecten berekend. Deze zijn te sterk afhankelijk van de precieze uitwerking van de integratie van de buitengewone uitgavenregeling en de Wmo.



Na toepassing van deze variant is er geen verschil meer tussen gebruikers en niet-gebruikers van de BU (verondersteld is dat de niet gebruiker van de BU wel gebruik maakt van de zorgtoeslag). Beiden zijn bij alle inkomensniveaus ruim € 800 meer aan zorgkosten kwijt dan de gezonde persoon.

Variant 1 leidt tot de volgende inkomenseffecten.





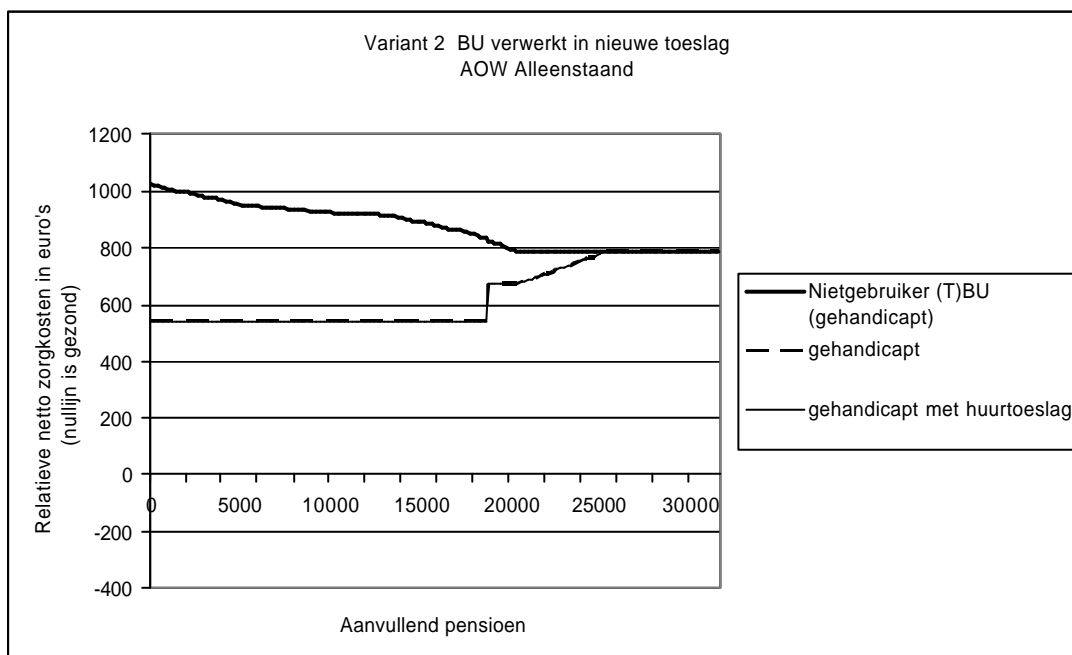
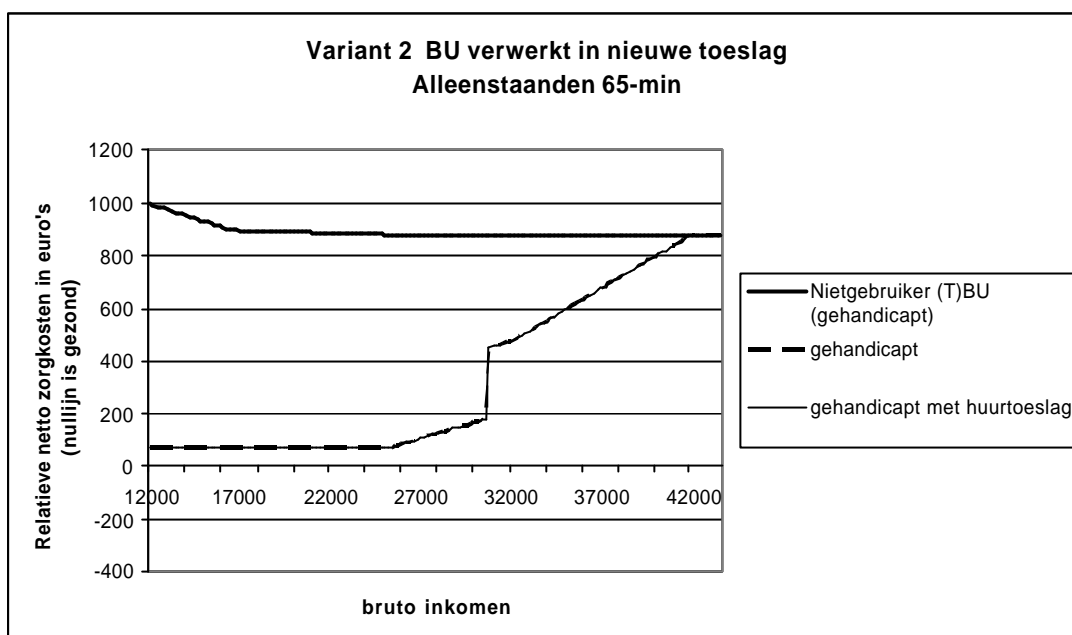
Voor de gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling treden de volgende effecten op:

- De verhoging van de zorgtoeslag heeft een positief inkomenseffect. Chronisch zieken en gehandicapten die recht hebben op de zorgtoeslag maar nooit gebruik maakten van de buitengewone uitgavenaftrek gaan er € 184 op vooruit (€ 368 voor meerpersoonshuishoudens).
- Gehandicapten met specifieke aftrekposten verliezen het voordeel van deze aftrekpost, de vermenigvuldigingsfactor en het chronisch zieken- of arbeidsongeschiktheidsforfait. Dit voordeel is afhankelijk van de omvang van de aftrekpost en de hoogte van het inkomen (drempel en vermenigvuldigingsfactor tot einde 2^e schijf).
- Doordat de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek naar andere inkomensafhankelijke regelingen vervalt (lager verzamelinkomen) gaan gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met huurtoeslag er extra op achteruit. Het betreft huishoudens met een inkomen tot circa € 24 000. Er is een overgangsregeling verondersteld van 5 jaar. Dat betekent dat slecht 1/5 deel van het totale effect van de huurtoeslag in de inkomenseffecten zichtbaar is.
- Ouderen en arbeidsongeschikten met een laag inkomen, komen door het ouderen- en arbeidsongeschiktheidsforfait ook zonder specifieke uitgaven in aanmerking voor de buitengewone uitgavenregeling. Dit voordeel vervalt.

Variant 2: Buitengewone uitgavenregeling omvormen in een nieuwe toeslag

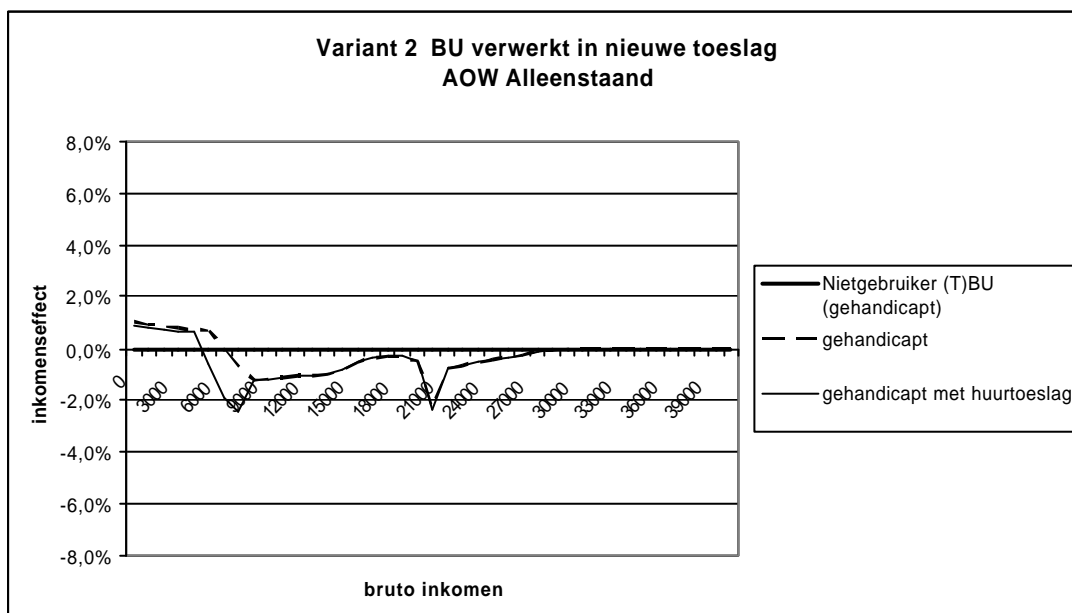
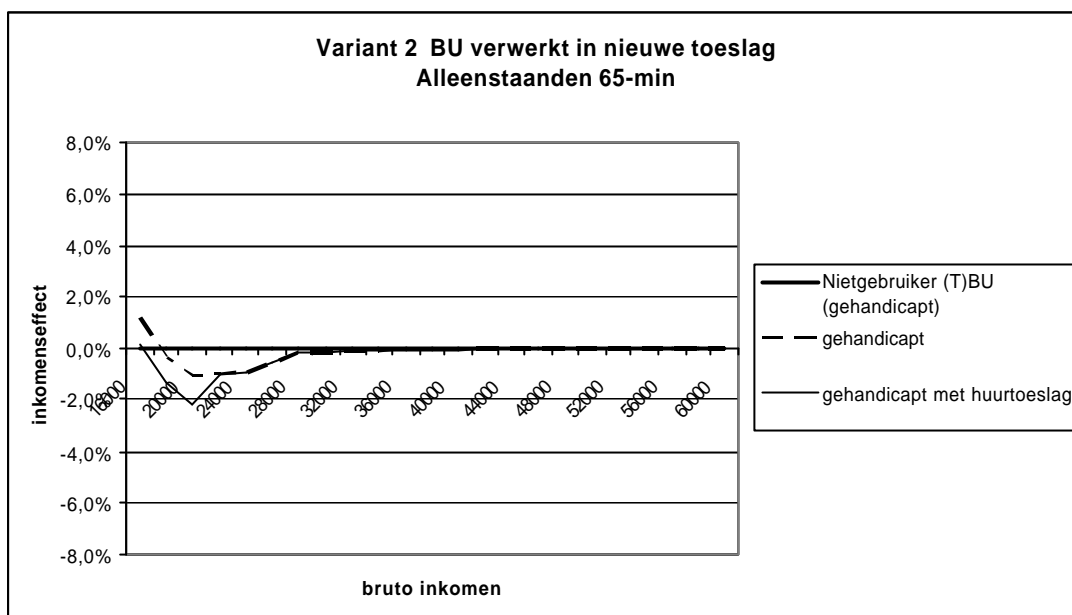
In variant 2 wordt de buitengewone uitgavenregeling omgevormd van een aftrekpost in een toeslag. De inhoud van de regeling blijft verder ongewijzigd. De buitengewone uitgaven worden in deze variant, voor zover zij de drempel overschrijden, niet meer afgetrokken van het verzamelinkomen maar vermenigvuldigd met het gemiddelde marginale tarief en als toeslag uitgekeerd. Voor 65-minners is uitgegaan van een tarief van 40%; voor 65-plussers is uitgegaan van een tarief van 20%.

De onderstaande figuren geven de relatieve netto zorgkosten weer na toepassing van variant 2. Verondersteld is dat wanneer geen gebruik werd gemaakt van de buitengewone uitgavenregeling, men ook geen aanvraag doet voor de nieuwe toeslag.



Omdat het voordeel van buitengewone uitgavenaftrek niet meer afhankelijk is van het marginale belastingtarief en het verzamelinkomen en de doorwerking naar andere inkomensafhankelijke regelingen is opgelost, is het verloop van de relatieve netto zorgkosten geleidelijker dan in de oorspronkelijke situatie. Voor huishoudens met zorgtoeslag is het verloop van de grafiek vlak. Het vervallen van de vermenigvuldigingsfactor zorgt, net zoals bij de huidige buitengewone uitgavenregeling, voor een abrupte vermindering van het voordeel van de toeslag.

Variant 2 leidt tot de volgende inkomenseffecten.



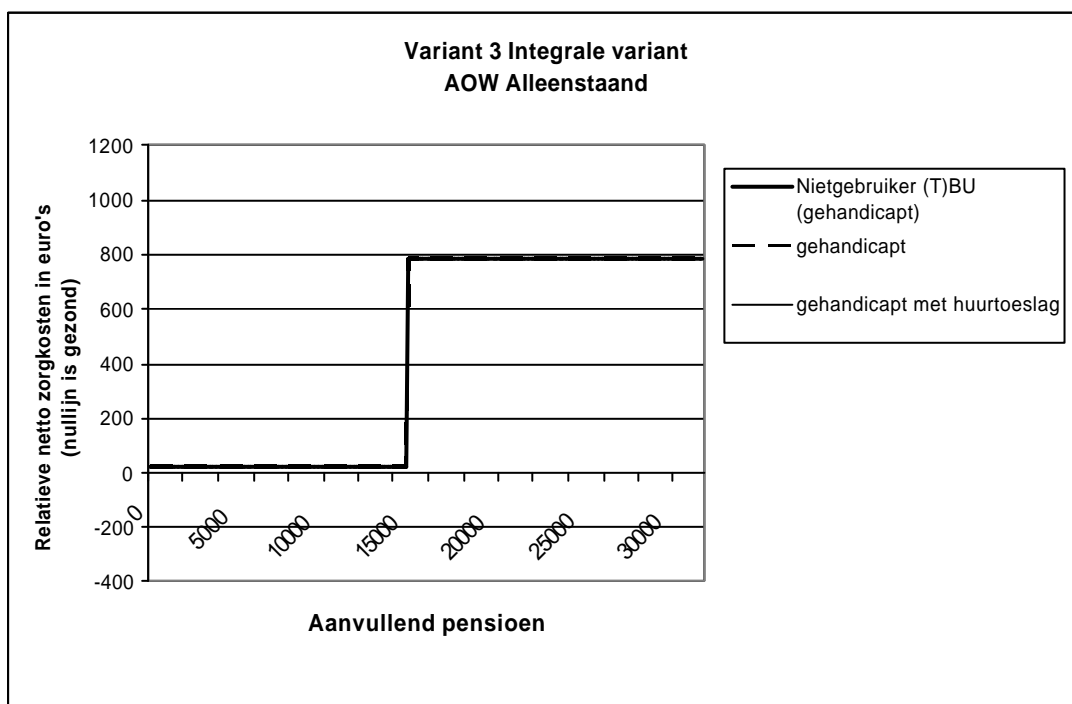
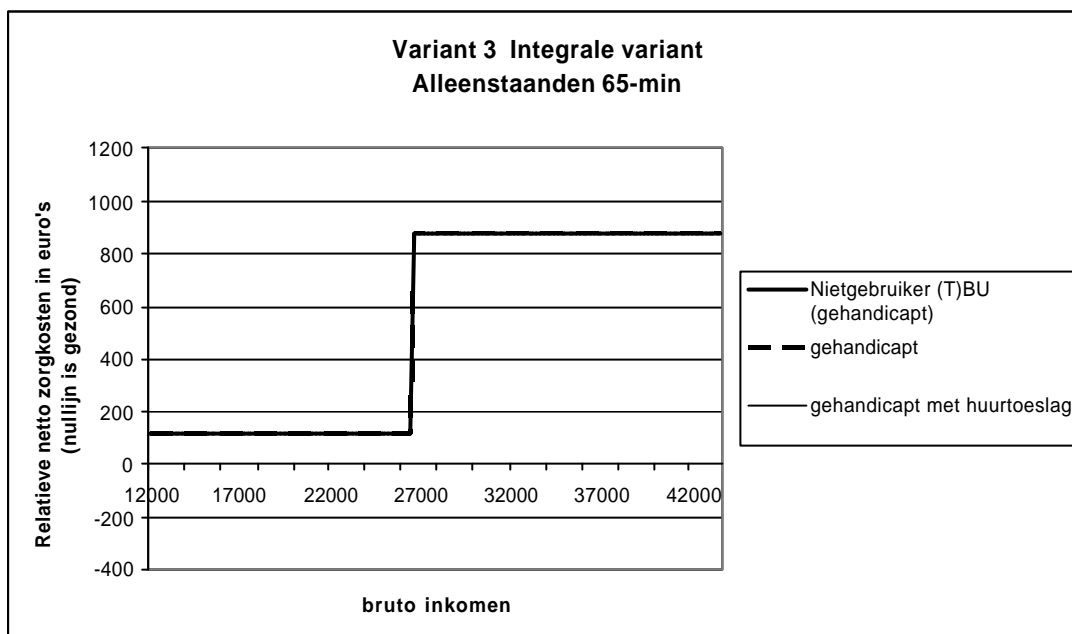
De inkomenseffecten van deze variant worden bepaald door twee factoren:

- Doordat de buitengewone uitgaven voortaan worden afgerekend tegen een vast tarief gaan huishoudens met een hoger marginaal tarief er op achteruit. Dit geldt vooral voor ouderen met een inkomen vanaf modaal (aanvullend pensioen van €20 000). Gebruikers die op dit moment een lager marginaal tarief hebben gaan er juist op vooruit.
- Doordat de doorwerking van de buitengewone uitgavenaftrek naar andere inkomensafhankelijke regelingen vervalt, gaan ontvangers van de zorg- en huurtoeslag erop achteruit. Het effect van de huurtoeslag is evenals in variant 1 verspreid over 5 jaar.

Variante 3: Integrale variant

In deze variant vervalt de aftrekpost voor buitengewone uitgaven. Huishoudens met een indicatiestelling voor de chronisch zieken- en gehandicaptenregeling ontvangen ter compensatie hiervan een toeslag van € 765 bovenop de zorgtoeslag. Het resterende bedrag aan compensatie wordt besteed aan een generieke verhoging van de zorgtoeslag met € 60 voor een alleenstaande en het dubbele voor meerpersoonshuishoudens²².

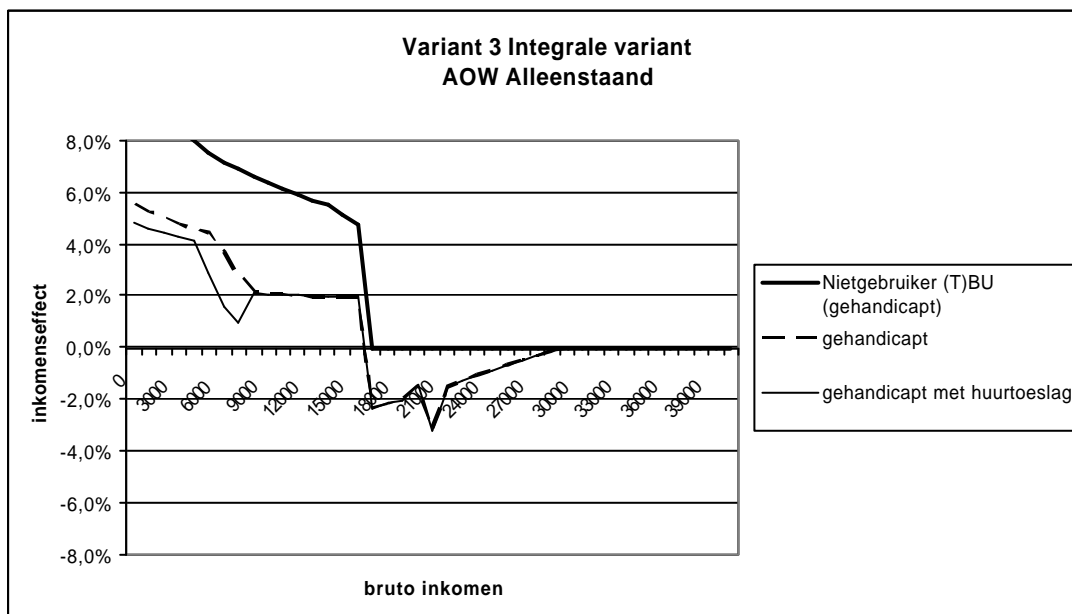
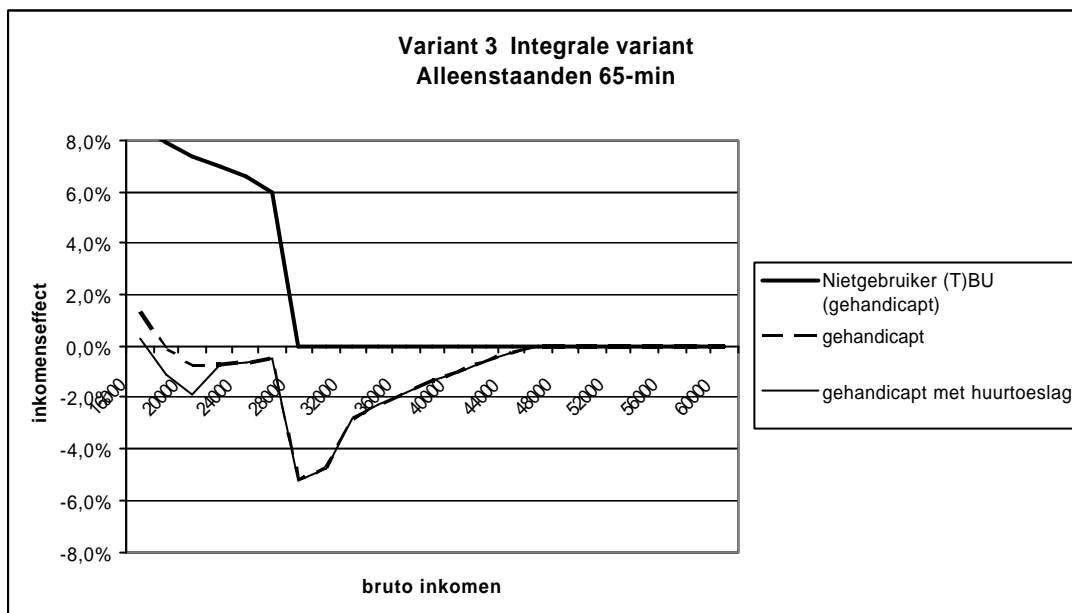
Onderstaande figuren geven de relatieve netto zorgkosten weer na toepassing van de variant.



²² Verondersteld is dat 1,5 miljoen gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling in aanmerking komen voor de indicatiestelling. Het gaat om alle gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met meer dan € 314 aan specifieke kosten.

Chronisch zieken en gehandicapten met recht op zorgtoeslag vallen onder de nieuwe regeling. Huishoudens met een inkomen waarbij geen aanspraak meer kan worden gemaakt op zorgtoeslag worden niet gecompenseerd voor extra zorgkosten.

De inkomenseffecten van variant 3 zijn in onderstaande grafieken weergegeven.



De inkomenseffecten van deze variant ontstaan enerzijds doordat de zorgtoeslag wordt verhoogd wegens de vervallen aftrek van premies zorgverzekeringen. Anderzijds ontstaan inkomenseffecten door het verschil in feitelijke aftrekposten en het al dan niet recht hebben op een forfaitaire tegemoetkoming.

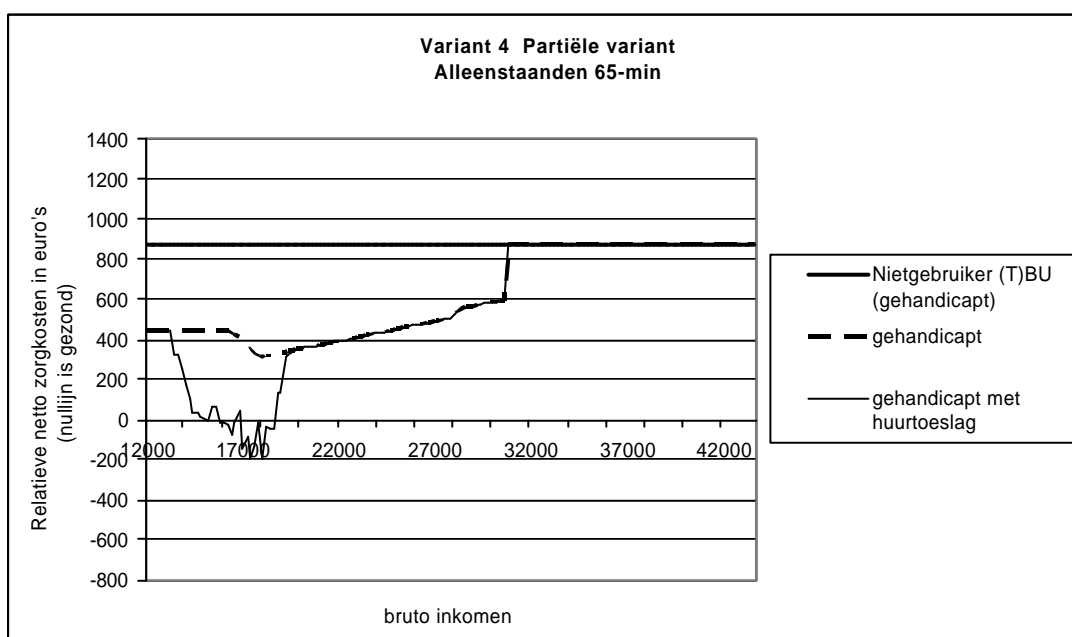
- o Gehandicapten en chronisch zieken die geen gebruik maken van de buitengewone uitgavenregeling, maar wel van de toegankelijker zorgtoeslag, gaan er door de toeslag op basis van indicatie fors op vooruit.
- o Gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling ontvangen een compensatie voor het vervallen van de aftrek van premies zorgverzekeringen door de hogere zorgtoeslag. Gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling die geen recht hebben op zorgtoeslag ontvangen geen compensatie.

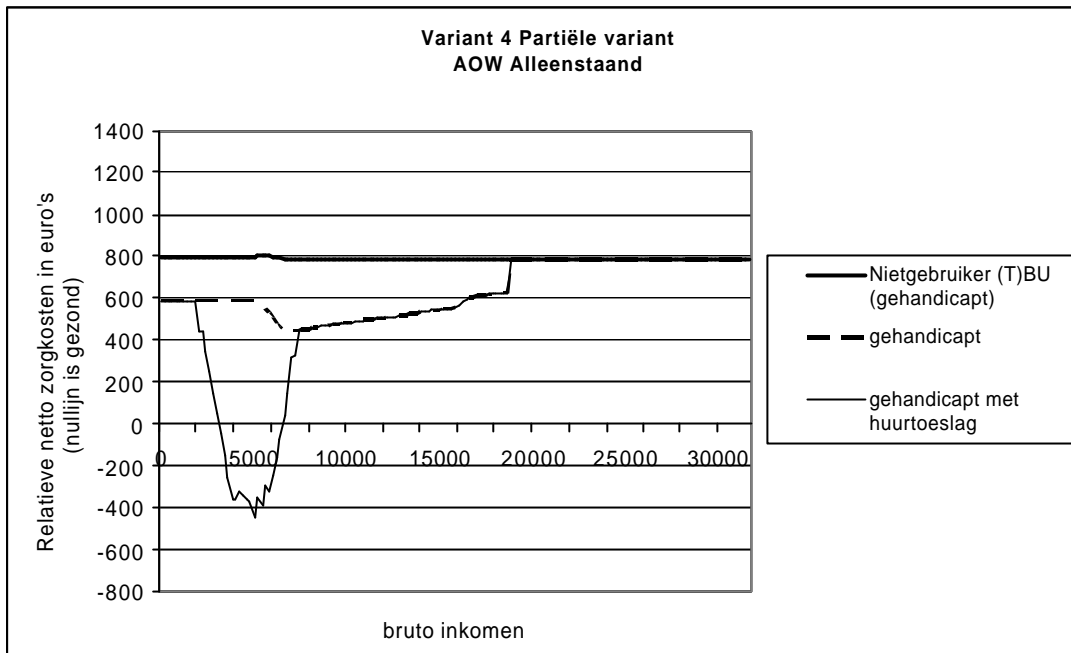
- Chronisch zieken en gehandicapten verliezen het voordeel van de aftrekpost maar degenen met een indicatie en recht op de zorgtoeslag krijgen daar de extra toeslag voor terug.
- Ouderen en arbeidsongeschikten met een laag inkomen komen door het ouderen- en arbeidsongeschiktheidsforfait ook zonder specifieke uitgaven in aanmerking voor buitengewone uitgavenaftrek. Dit voordeel vervalt.
- Hier staat voor degenen die recht hebben op de zorgtoeslag in een aantal gevallen het recht op de extra toeslag tegenover.
- Doordat de doorwerking van de buitengewone uitgavenregeling naar andere inkomensafhankelijke regelingen vervalt (lager verzamelinkomen) gaan gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met huurtoeslag erop achteruit. Dit effect is over 5 jaar verspreid.

Variant 4 Partiële variant

De nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering zijn in deze variant niet langer aftrekbaar als buitengewone uitgaven. De buitengewone uitgavenregeling wordt als het ware geschoond voor uitgaven die in feite niet als buitengewoon kunnen worden aangemerkt. De besparing die dit oplevert binnen de buitengewone uitgavenregeling wordt ingezet voor verlaging van de drempel met 7%-punt tot 4,5% van het verzamelinkomen vóór aftrekposten. Daarnaast worden de normkosten binnen de zorgtoeslag verhoogd met € 111.

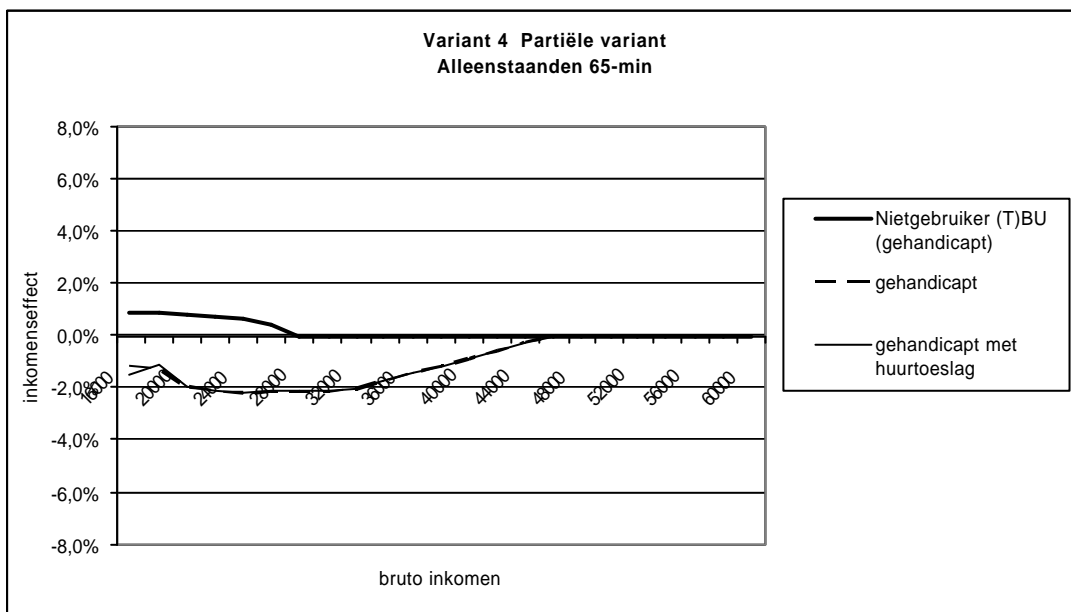
Onderstaande figuren geven de relatieve netto zorgkosten weer na toepassing van de variant.

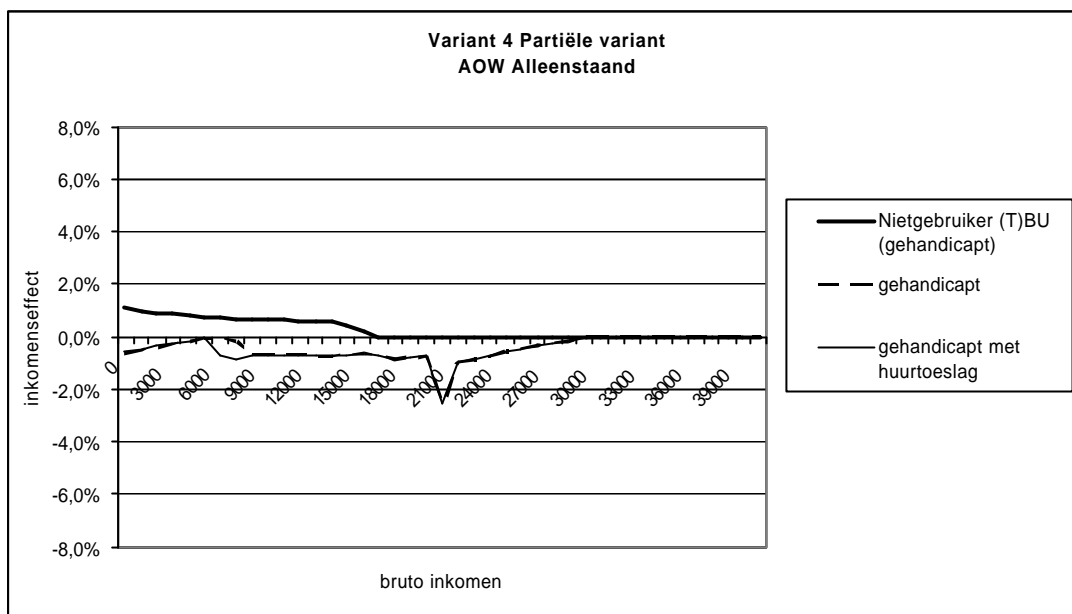




In deze variant nemen de relatieve kosten van gehandicapten die gebruik maakten van de buitengewone uitgavenaftrek toe omdat een deel van de middelen uit de buitengewone uitgavenregeling wordt gebruikt voor een generieke verhoging van de zorgtoeslag.

Onderstaande figuren geven de inkomenseffecten voor alleenstaanden weer.





De inkomenseffecten van deze variant ontstaan doordat de verlaging van de drempel en de hogere zorgtoeslag de vereenvoudiging van de buitengewone uitgavenregeling niet één op één kunnen opvangen. De middelen die worden ingezet voor verhoging van de zorgtoeslag werken generiek uit terwijl de buitengewone uitgavenregeling relatief specifiek uitwerkt.

- Gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling ontvangen een compensatie voor het vervallen van de aftrek van premies zorgverzekeringen door de hogere zorgtoeslag. Gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling die geen recht hebben op zorgtoeslag ontvangen geen compensatie.
- De verlaging van de inkomensafhankelijke drempel binnen de buitengewone uitgavenregeling met 7% compenseert het verlies van de aftrekbaarheid van de premie slechts ten dele.
- Doordat de doorwerking van de buitengewone uitgavenregeling naar andere inkomensafhankelijke regelingen verandert (lager verzamelinkomen) gaan gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling met huurtoeslag erop achteruit.

Bijlage 3: Indicatiestelling op basis van het risicovereveningsmodel

Algemeen

Via de risicoverevening worden zorgverzekeraars (onder andere) gecompenseerd voor hoge kosten van chronisch zieke verzekerden. Deze verzekerden met hoge kosten worden geïdentificeerd door geneesmiddelengebruik en ziekenhuisopnamen in het verleden en vervolgens ingedeeld in farmaciekostengroepen (FKG's) en/of diagnosekostengroepen (DKG's). In 2006 worden 17 chronische ziekten onderscheiden op basis van FKG's en zo'n 140 combinaties van (chronische) aandoeningen en behandelend specialisme op basis van DKG's. Verzekerden in deze groepen hebben significante meerkosten, waarvoor een zorgverzekeraar wordt gecompenseerd.

FKG's

De FKG's zijn afgeleid uit het extramurale medicijngebruik van specifieke, op aanwezigheid van bepaalde chronische aandoeningen wijzende, geneesmiddelen (ATC-codes). De indeling in een FKG geschiedt op basis van voorgeschreven medicijnrecepten in een jaar met meer dan 180 dagdoseringen waarbij een verzekerde in maximaal één FKG kan worden ingedeeld (de hoogstgeplaatste (duurste) FKG). Hiertoe is een volgorde van FKG's bepaald op basis van de gemiddelde meerkosten (in het volgende jaar) ten opzichte van de op grond van leeftijd en geslacht verwachte kosten van degenen die niet in een FKG vallen. Bij de toelating van de FKG's tot de vereveningssystematiek wordt in de eerste plaats gekeken naar de volgende vier medisch-inhoudelijke criteria:

- (a) Is de aandoening chronisch?
- (b) Is de diagnose voor de aandoening eenduidig?
- (c) Wordt het medische protocol voor de aandoening nageleefd?
- (d) Zijn de geneesmiddelen discriminerend voor de betreffende aandoening?

Hiernaast wordt gekeken naar de mate van voorkomen van FKG's in combinatie met de hoogte van de meerkosten (ten opzichte van de op grond van leeftijd en geslacht verwachte kosten) per FKG. Circa 2 miljoen verzekerden hebben een FKG.

Voor welke verzekerden een verzekeraar in jaar t een FKG-vergoeding krijgt, wordt bepaald op basis van farmaciegegevens uit jaar t-1. Bij de FKG-systematiek gaat het er namelijk om welke verzekerden een voorspelbare verliespost vormen. Omdat deze farmaciegegevens over jaar t-1 nog niet beschikbaar zijn bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage in najaar t-1, wordt in eerste instantie uitgegaan van gegevens uit jaar t-2, die dan worden geëxtrapoleerd.

DKG's

Wat betreft DKG's is er in 2006 sprake van 13 clusters van zo'n 140 combinaties van aandoeningengroepen en behandelend specialisme. Het onderscheid naar behandelend specialisme is hierbij toegevoegd, omdat voor de uitvoering DKG's worden bepaald aan de hand van gegevens over DBC's, en deze DBC's per specialisme zijn opgesteld. De aandoeningengroepen per specialisme zijn klinisch homogeen, waarna vervolgens samenvoeging heeft plaatsgevonden op basis van kostenhomogeniteit. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-criterium betrokken waarvan door een groep van medisch deskundigen is vastgesteld dat sprake is van eenduidig bepaalde ernstige, chronische aandoeningen. Hiernaast zijn alleen aandoeningen meegenomen waarbij binnen de DBC-systematiek redelijk eenduidig de diagnose(categorie) bekend is. Net als bij de FKG's kan een verzekerde slechts bij één DKG (de duurste) worden ingedeeld.

Voor de uitvoering geldt hetzelfde stramien als bij de FKG's, met dien verstande dat in het najaar van t-1 ook nog niet alle ziekenhuisgegevens over t-2 beschikbaar zijn (ook omdat DBC's maximaal een jaar open kunnen staan), zodat voor de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage wordt teruggevallen op gegevens uit t-3.

Aandachtspunten

Bedacht moet worden dat eigenlijk slechts een beperkt aantal chronische aandoeningen in het risicovereveningssysteem wordt meegenomen. Dit zijn aandoeningen die in ieder geval meer dan gemiddelde (vervolg)kosten (onder de zorgverzekering) met zich meebrengen. De vraag is of nu juist deze verzekerden naast hun aanspraken ook nog extra niet-verzekerde zorgkosten maken of dat dit net een andere groep verzekerden is (bijvoorbeeld verzekerden die veel eigen bijdragen moeten betalen voor gebruik AWBZ-voorzieningen, of verzekerden die zorg gebruiken buiten het reguliere pakket).

In de risicoverevening weten we niet wie precies wie is, omdat we moeten voldoen aan strikte privacy-voorwaarden. Echter, in technische zin kunnen naam en adresgegevens waarschijnlijk wel worden achterhaald door een koppeling met andere bestanden, bijvoorbeeld van de Belastingdienst. Het is op dit moment niet te overzien of dit wel is toegestaan op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP).

Vanwege de relatief late, volledige beschikbaarheid van gegevens en het feit dat de FKG's en DKG's gebaseerd zijn op geneesmiddelengebruik en ziekenhuisopnamen in een vorig jaar, worden in de uitvoering met enige jaren vertraging verzekerden geïdentificeerd als FKG-er of DKG-er. Er is dus geen up-to-date informatie beschikbaar.

Op dit moment lopen er onderzoeken om de systematiek van de FKG's aan te passen door bijvoorbeeld meerdere FKG's per verzekerde toe te staan. Hiernaast is een uitbreiding van het aantal FKG's voorzien. Voor de DKG's geldt een overgangsfase vanwege de invoering van de DBC-financiering per 1 januari 2005.

Bijlage 4: Vereenvoudigingen in de buitengewone uitgavenregeling

Uitgaven voor extra gezinshulp (artikel 6.17, eerste lid, onderdeel b)

In de Wet IB 2001 is, voor de bepaling of sprake is van *extra* gezinshulp, een drempel opgenomen die afhankelijk is van het verzamelinkomen van de belastingplichtige. Deze drempel zou kunnen worden geforfaiteerd. Bij de bepaling van de hoogte van de drempel zou rekening kunnen worden gehouden met een eigen bijdrage om aan te sluiten bij de thuiszorg in de AWBZ.

Dieetkosten (artikel 6.17, eerste lid, onderdeel c)

De dieetkosten-regeling is zeer ingewikkeld en detaillistisch, met op diverse ziekten toegesneden diëten. Gedacht kan worden aan een algemene dieetkostenaf trek voor alle mogelijke diëten die in het algemeen horen bij bepaalde (ernstige) ziekten. Ook kan gedacht worden aan een hoge en een lage dieetkostenaf trek: een laag bedrag voor diëten waar relatief weinig extra uitgaven tegenover staan en een hoge af trek voor diëten met hoge extra uitgaven.

Reiskosten (artikel 6.17, eerste lid, onderdeel e)

Er zijn drie soorten reiskosten aftrekbaar binnen de buitengewone uitgavenregeling: 1) reiskosten in verband met ziekenbezoek, 2) reiskosten in verband met doktersbezoek of behandeling in het ziekenhuis, 3) reiskosten in verband met leefkilometers die vanwege ziekte of handicap hoger liggen dan bij anderen. Voor reiskosten in verband met ziekenbezoek bestaat een forfaitaire vergoeding. Voor de overige reiskosten is sprake van een vergoeding op basis van feitelijke kosten. De vergoeding voor leefkilometers functioneert als een communicerend vat met de WVG. Ter vereenvoudiging zou de vergoeding voor leefkilometers kunnen worden geïntegreerd met de WVG (Wmo per 1 januari 2007). Voor reiskosten in verband met doktersbezoek of behandeling in het ziekenhuis zou een forfaitaire vergoeding kunnen worden ingesteld in de vorm van een vastgestelde kilometerprijs.

Bijlage 5: Overheveling buitengewone uitgavenregeling (deels) naar gemeenten

Categoriale bijzondere bijstand

De bevoegdheid voor gemeenten om generieke categoriale bijzondere bijstand te verstrekken, is afgeschaft met ingang van 1 januari 2004. Voor chronisch zieken en gehandicapten kunnen gemeenten nog wel categoriale bijzondere bijstand verstrekken. Gemeenten hebben bij de categoriale bijzondere bijstand voor chronisch zieken en gehandicapten een grote beleidsvrijheid om categorieën chronisch zieken en gehandicapten aan te wijzen en voor deze groep een bedrag aan bijstand te bepalen. De enige beperkende voorwaarde is dat bij de vaststelling van de doelgroep geen onderscheid gemaakt mag worden naar inkomstenbron en dat gemeenten aannemelijk maken dat er voor deze groep bijzondere omstandigheden zijn die leiden tot noodzakelijke kosten. Uit een onderzoek eind 2004 bleek ongeveer 35% van de gemeenten een regeling voor chronisch zieken en gehandicapten te hebben.²³ Eerder in dit rapport is geconstateerd dat een duidelijke indicatiestelling cruciaal is om chronisch zieken en gehandicapten te identificeren en naar behoren te compenseren voor gemaakte kosten. Voor gemeenten is dit niet anders. Over de wijze waarop gemeenten nu de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten voor de categoriale bijzondere bijstand bepalen is echter weinig bekend vanwege de decentrale bevoegdheid. Een korte rondgang leert dat op papier de meeste gemeenten die een categoriale bijzondere bijstand verstrekken zich voor de afbakening van de doelgroep voegen naar de *'Handreiking voor de verlening van bijzondere bijstand aan chronisch zieken en gehandicapten en ouderen'* uit februari 2004 van het ministerie van SZW. Het merendeel van de gemeenten die deze regeling kent hanteert een striktere inkomensgrens dan de buitengewone uitgavenregeling (veelal maximaal 120% WML). Voor categoriale bijzondere bijstand is het niet noodzakelijk dat gemeenten vaststellen dat op individueel niveau de kosten noodzakelijk en daadwerkelijk gemaakt zijn. Hier verschilt de categoriale bijzondere bijstand dus van de kern van de buitengewone uitgavenregeling. De categoriale bijstand is meer vergelijkbaar met de forfaits die in de buitengewone uitgavenregeling worden toegekend en hij heeft op deze wijze een meer inkomenspolitiek karakter. De aparte chronisch zieken- en gehandicaptenregeling uit de bouwsteen beschreven in paragraaf 4.4.1 zou daarom kunnen worden geïntegreerd met de categoriale bijzondere bijstand. Dit zou vanwege de striktere inkomensgrens wel kunnen betekenen dat alleen chronisch zieken en gehandicapten met lagere inkomens voor een tegemoetkoming in aanmerking komen.

Individuele bijzondere bijstand

De buitengewone uitgavenregeling is een vangnetregeling. Hier loopt een parallel met de individuele bijzondere bijstand die dezelfde functie heeft. Ook de individuele bijzondere bijstand is een vangnet voor kosten, met als verschil dat de inkomensgrens veelal strikter is dan welke geldt voor de buitengewone uitgavenregeling en dat gemeenten van geval tot geval bepalen of bijstandsverlening aan de orde is aan de hand van de noodzaak en feitelijkheid van kosten. Dat kan leiden tot verschillen tussen burgers en gemeenten. Een samenloop tussen de buitengewone uitgavenregeling en de individuele bijzondere bijstand is er niet; er is een soort 'anticumulatie' ingebouwd. Kosten die door de bijzondere bijstand zijn vergoed kunnen niet meer in aftrek worden gebracht als buitengewone uitgave. Andersom geldt hetzelfde. Kosten die in aftrek zijn gebracht als buitengewone uitgave komen niet meer voor compensatie via de bijzondere bijstand in aanmerking. Controle en handhaving hiervan is zeker voor de Belastingdienst lastig. De keuze is aan de burger op welke regeling hij als eerste een beroep doet. Om de keuzemogelijkheid te beperken en daarmee de regelingen te stroomlijnen kan gedacht worden aan het volledig schrappen van de buitengewone uitgavenregeling. Indien de buitengewone uitgavenregeling in zijn geheel geschrapt wordt komen groepen die vanwege hun inkomen behoefte hebben aan een ondersteuning in de kosten automatisch terecht bij de individuele bijzondere bijstand. Er is immers geen voorliggende voorziening meer. Deze mogelijkheid zorgt voor een vereenvoudiging van de regelgeving (nog maar één loket) en voor individueel maatwerk. Aandacht verdient wel de wijze waarop gemeenten deze regeling dan gaan uitvoeren. De huidige bijzondere bijstand is veelal strenger qua inkomenseisen dan de buitengewone uitgavenregeling. Het schrappen van de

²³ Cebeon, Terugdringing niet-gebruik bijzondere bijstand chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met zorgbehoefte', 11 oktober 2004.

buitengewone uitgavenregeling met het oog op de compensatie die reeds door de individuele bijzondere bijstand wordt geboden past bij bouwsteen zoals omschreven in paragraaf 4.4.3. Er zou ook een combinatie kunnen worden gemaakt met een aparte chronisch zieken- en gehandicaptenregeling via de categoriale bijzondere bijstand.

Wmo

Een andere mogelijkheid om de buitengewone uitgavenregeling voor chronisch zieken en gehandicapten over te hevelen naar gemeenten is door middel van integratie met de Wmo. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) die per 1 januari 2007 van kracht wordt legt een grotere bevoegdheid en vrijheid ten aanzien van de ondersteunende taken bij gemeenten. Een groot deel van de gebruikers van de buitengewone uitgavenregeling (met name chronisch zieken en gehandicapten) maakt eveneens gebruik van de AWBZ of WVG die straks in de Wmo opgaan. Het onderbrengen van de buitengewone uitgavenregeling in de Wmo zorgt voor deze groep mensen dat er een stroomlijning van regelingen en handelingen plaatsvindt waarmee een reductie van de administratieve lasten kan worden behaald. Vanwege het feit dat gemeenten straks waarschijnlijk een groot deel van de doelgroep vanuit de Wmo al (kunnen) kennen kan het niet-gebruik worden teruggedrongen. Dit bevordert een beter bereik. Eveneens kan worden verwacht dat het directe contact dat gemeenten met cliënten hebben een rechtmatige tegemoetkoming ten goede komt. Keerzijde hiervan is wel dat direct contact cliënten kan afschrikken en daarmee het niet-gebruik nadelig beïnvloedt. De persoonlijke benadering door gemeenten kan eveneens de mate van gerichtheid bevorderen. Bij integratie dient beseft te worden dat de Wmo en de buitengewone uitgavenregeling een verschillend doel hebben. De Wmo biedt voorzieningen, terwijl de buitengewone uitgavenregeling boogt kostencompensatie te bieden. Integratie lijkt op het eerste gezicht daarom niet voor de hand te liggen. Integratie met de Wmo kan worden vormgegeven door aan de Wmo een taakveld in verband met kosten voor chronisch zieken en gehandicapten toe te voegen waar een compensatieplicht voor geldt (cf. de regeling die mensen met een beperking in staat stelt om zich op maatschappelijk gebied te verplaatsen). Onder die titel kunnen gemeenten voorzieningen aanbieden waar de doelgroep nu kosten voor maakt (kosten die nu voor buitengewone uitgavenaftrek in aanmerking komen). Hiervoor lijkt het echter wel noodzakelijk om de buitengewone uitgavenregeling eerst te vereenvoudigen en op te schonen. De aparte chronisch zieken- en gehandicaptenregeling zou op deze wijze ook kunnen worden geïntegreerd met de Wmo.

Nieuwe gemeentelijke regeling

Ten slotte kan de buitengewone uitgavenregeling integraal worden omgezet in een nieuwe regeling los van bestaande gemeentelijke regelingen. Om te zorgen dat er recht wordt gedaan aan een optimaal bereik en gerichte compensatie zal het noodzakelijk zijn om de uitvoering van deze regeling tot een wettelijke taak van gemeenten te maken met de nodige randvoorwaarden waarbinnen de regeling moet worden uitgevoerd. Dit staat haaks op de wijze waarop nu bevoegdheden worden overgeheveld aan gemeenten (ruime beleidsvrijheid en eigen budgettaire verantwoordelijkheid). Gemeenten krijgen dan een extra taak. Naast de uitvoering van de bijstand (inkomensondersteuning als vangnet), de bijzondere bijstand (gerichte kostencompensatie als vangnet) komt hierbij de bijzondere zorgbijstand (gerichte compensatie van zorgkosten die niet meer in verhouding staan tot het inkomen). De hierbij behorende financieringsystematiek zal nader moeten worden bezien. In eerste instantie lijkt het verstandig om dit op basis van kostendeclaratie door gemeenten te doen om een goede uitvoering van de regeling te waarborgen. In het verlengde van een bijzondere zorgbijstand kan ook gedacht worden aan het omvormen van de buitengewone uitgavenregeling tot een specifieke regeling. Dit wordt dan een voorliggende voorziening op de bijzondere bijstand. Vooral in de financieringswijze verschilt deze variant van de mogelijkheid tot bijzondere zorgbijstand. Een nieuwe regeling op gemeentelijk niveau zou kunnen passen binnen alle geschetste bouwstenen.