

Herzie de regeling specifieke zorgkosten

Een fiscale maatregel om sommige kosten te vergoeden die voortkomen uit een chronische ziekte of handicap is negatief geëvalueerd. Hoe kan deze regeling worden verbeterd?

IN HET KORT

- De specifieke-zorgkostenregeling is ongericht, niet doelmatig en buitengewoon arbeidsintensief.
- Het is verstandig om deze aan te passen en aan te laten sluiten bij de vier stelselwetten in de zorg.
- Een deel van de vergoeding kan ondergebracht worden in al bestaande regelingen.

MARK DE JONG
Commissielid Sociaal
Economische Zaken
bij SGP-jongeren

Chronisch zieken en gehandicapten maken verschillende kosten vanwege hun aandoening. Om hen hierin tegemoet te komen is er de specifieke-zorgkostenregeling, die chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoetkomt zodat zij beter in staat zijn om te participeren in de maatschappij.

De regeling specifieke zorgkosten is als fiscale regeling echter negatief geëvalueerd (Dialogic, 2022). In de begrotingsregels van zowel het kabinet-Rutte IV als het kabinet-Schoof is opgenomen dat fiscale regelingen worden afgeschaft of versoerd wanneer deze negatief worden geëvalueerd. Als uit een evaluatie blijkt dat het beter is om een fiscale regeling naar de uitgavenkant van de begroting te verplaatsen is dit, wanneer er een concreet voorstel is hoe dit zou kunnen, ook mogelijk (MinFin, 2022; HLA, 2024).

Deze regeling is niet de enige die negatief geëvalueerd is: Uit een rapport van het Ministerie van Financiën blijkt dat slechts 11 van de 73 onderzochte fiscale regelingen positief geëvalueerd zijn (MinFin, 2023). Dat slechts een klein deel van de regelingen effectief blijkt is onwenselijk omdat fiscale regelingen leiden tot complexiteit van het belastingstelsel en tot vermindering van de belastinginkomsten van de betreffende belasting (MinFin, 2024).

In dit artikel presenteer ik een voorstel om de specifieke-zorgkostenregeling opnieuw in te richten, zodat de huidige vergoeding op een andere manier wordt uitgekeerd en deze gericht, doelmatiger en minder arbeidsintensief wordt.

Werking huidige regeling

De regeling specifieke zorgkosten bestaat uit twee onder-

delen. Het eerste onderdeel betreft een aftrekpost in box 1 voor bepaalde zorgkosten die voortkomen uit chronische ziekte of invaliditeit, die niet vergoed worden en niet onder het eigen risico vallen. Er zijn acht categorieën kosten die in aanmerking komen (tabel 1). Alleen het gedeelte van de zorgkosten boven een inkomensafhankelijke drempel wordt vergoed. Wanneer het totaal aan inkomsten en aftrekposten (exclusief persoonsgebonden aftrek) lager is dan 9.420 euro per jaar, is deze drempel 163 euro, voor inkomens tot 50.034 euro is het 1,65 procent van het drempelinkomen. Voor inkomens boven de 50.034 euro is het 825 euro plus 5,75 procent van het inkomen boven de 50.034 euro.

In deze aftrekpost zijn ook twee vermenigvuldigingsfactoren opgenomen. Mensen met een inkomen onder de 40.021 euro per jaar mogen hun kosten vermenigvuldigen met 1,4, omdat zij te maken hebben met een lager belastingtarief en zonder vermenigvuldigingsfactor minder compensatie zouden ontvangen. Voor AOW-gerechtigden met een laag inkomen geldt een vermenigvuldigingsfactor van 2,13 omdat zij geen AOW-premie betalen (Dialogic, 2022).

In 2019 waren er ruim 850.000 huishoudens die gebruikmaakten van deze specifieke-zorgkostenregeling (Dialogic, 2022). Dit onderdeel kost de overheid in 2024 ongeveer 303 miljoen euro (Rijksoverheid, 2024).

Het tweede onderdeel van de regeling is de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ). Deze regeling compenseert automatisch de niet-verzilverde heffingskortingen als gevolg van de aftrek van specifieke zorgkosten. In 2019 maakten 230.000 belastingplichtigen gebruik van deze regeling (Dialogic, 2022). In 2024 kost dit onderdeel de overheid zo'n 88 miljoen euro (MinVWS, 2024).

Negatieve evaluatie

De evaluatie van de regeling laat zien dat deze weliswaar beperkt doeltreffend is, maar ongericht, ondoelmatig en zeer arbeidsintensief (MinFin, 2016; Dialogic, 2022). De regeling is doeltreffend omdat de doelgroep voor wie de regeling bedoeld is, ervan afweert of er gebruik van maakt, maar ongericht en daarmee ondoelmatig omdat de regeling ook gebruikt kan worden door personen zonder handicap en ziekte. 27 procent van de belastingplichtigen die gebruikmaakt van de regeling geeft aan dat de opgegeven zorgkosten niet voortkomen uit een chronische ziekte of handicap, en nog eens 25 procent geeft aan dat de zorgkosten slechts deels daaruit voortkomen (Dialogic, 2022).

Daarnaast is er veel onjuist gebruik van de regeling, waarbij kosten onterecht worden opgevoerd. Dit komt

door de complexiteit van de regeling en het gebrek aan kennis bij belastingplichtigen. Het gaat dan om kosten die zijn uitgesloten van aftrek (zoals het eigen risico) of waarvoor al een vergoeding is ontvangen. Naar schatting bedraagt dit 39 procent van het totale bedrag aan opgegeven zorgkosten, wat in 2019 neerkwam op zo'n 346 miljoen euro (Dialogic, 2022).

Ook is de regeling zeer arbeidsintensief, omdat de Belastingdienst niet over contra-informatie beschikt en opgevraagde stukken handmatig moet controleren. Ten slotte is de regeling erg complex door de inkomensafhankelijke drempel, de vermenigvuldigingsfactoren en de vraag welke uitgaven wél en niet onder de regeling vallen.

Uitgangspunten alternatieve regeling

De doelstelling van de huidige regeling is om chronisch zieken en gehandicapten tegemoet te komen vanwege hoge zorgkosten. Het afbakenen van deze groep blijkt echter moeilijk, omdat er geen eenduidige en objectieve definitie is van chronisch zieken (Dialogic, 2022). Bij het voorstel voor een alternatief voor de huidige regeling laten we deze doelstelling daarom los en bekijk ik per categorie zorgkosten of en zo ja op welke manier deze het beste vergoed kunnen worden. Daarbij staan drie uitgangspunten centraal.

Ten eerste zijn er in de zorg vier stelselwetten met elk een eigen afbakening van zorgkosten die daaronder vallen (kader 1). Deze stelselwetten vormen het uitgangspunt; zorgkosten worden via deze route vergoed en niet via een ander instrument. Dit draagt bij aan duidelijkheid voor de burger, omdat vaststaat welke kosten worden vergoed. Daarnaast bevatten deze wetten instrumenten om de doelmatigheid te bevorderen, zoals zorgcontractering.

Ten tweede moet een herziening van de regeling bijdragen aan vereenvoudiging van het belastingstelsel. De afgelopen twee decennia is het belastingstelsel steeds complexer geworden, wat mede wordt veroorzaakt door het grote aantal fiscale regelingen (CPB, 2023; MinFin, 2023; 2024). Daarnaast beschikt de Belastingdienst over onvoldoende medische kennis voor het beoordelen van de zorgkosten (Algemene Rekenkamer, 2021). Uitvoering van de nieuwe regeling door de Belastingdienst ligt daarom niet voor de hand. Dit betekent ook dat burgers niet langer hun zorgkosten hoeven aan te geven bij de Belastingdienst, waardoor de foutgevoeligheid van de nieuwe regeling naar verwachting zal afnemen.

Ten derde moet verzilveringsproblematiek worden voorkomen. Sommigen die recht hebben op de aftrek specifieke zorgkosten kunnen deze op dit moment niet verzilveren, omdat zij geen belasting betalen. Hiervoor is momenteel een aanvullende regeling nodig, namelijk de TSZ. Een nieuwe regeling wordt bij voorkeur zo opgezet dat dit probleem niet meer ontstaat, zodat er niet langer een aparte regeling nodig is om dit te ondervangen. Dit komt de uitvoering verder ten goede.

Uitwerking

De vervolgvraag is op welke manier de zeven categorieën zorgkosten in de toekomst het beste vergoed kunnen worden. Hieronder laat ik per categorie zien dat de vergoedingen ofwel kunnen worden meegenomen in de bestaande

Voorstel toekomstige vormgeving per categorie

TABEL 1

Categorie van de huidige regeling	Maatregel
Uitgaven voor genees- en heelkundige hulp	Afschaffen
Medicijnkosten boven de eigen wettelijke bijdrage	Afschaffen
Reiskosten voor eigen ziekte en ziekenbezoek	Vergoeden via uitgavenkant Rijksbegroting
Dieetkosten	Onderbrengen in de Wmo
Kosten van extra kleding en beddengoed	Onderbrengen in de Wmo
Kosten van extra gezinshulp	Afschaffen
Kosten van bepaalde hulpmiddelen	Onderbrengen in de Wmo

ESB

Vier stelselwetten voor de zorg

KADER 1

De collectieve zorguitgaven in Nederland zijn via vier stelselwetten georganiseerd: de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet (MinVWS, 2016). Niet alle zorguitgaven worden collectief vergoed. Zo geldt voor drie van deze wetten (de Jeugdwet niet) een wettelijk eigen risico of een wettelijke eigen bijdrage. Daarnaast zijn er zorgkosten die buiten deze stelselwetten vallen en dus niet collectief worden vergoed. De reden dat deze kosten niet collectief worden vergoed, is veelal dat mensen de kosten zelf kunnen betalen of dat de kosteneffectiviteit van de betreffende behandeling onvoldoende is. Deze zorgkosten zijn voor eigen rekening en kunnen in sommige gevallen aanvullend verzekerd worden bij een particuliere verzekeraar.

stelselwetten, ofwel afgeschaft kunnen worden. Omdat de voorgestelde behandeling van 'kleding en beddengoed' en 'dieetkosten' hetzelfde is, zijn deze samengevoegd in één categorie.

Genees- en heelkundige hulp

Uitgaven in deze categorie die niet onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen moeten niet vergoed worden in een nieuwe regeling. Deze behandelingen zijn namelijk bewust door de minister niet opgenomen in het basispakket. Hier zijn vaak goede argumenten voor, bijvoorbeeld vanwege een beperkte kosteneffectiviteit van behandelingen. Een dergelijk politiek besluit betekent ook dat deze zorgkosten niet alsnog via de achterdeur van het belastingstelsel vergoed moeten worden. Bovendien kunnen burgers zich, indien gewenst, voor sommige zorgkosten aanvullend verzekeren.

Medicijnen

De vergoeding voor medicijnkosten vervalst. In het basispakket van de Zorgverzekeringswet zijn veel medicijnen opgenomen. Wanneer medicijnen niet vergoed worden, is dat een bewuste keuze van de minister. Vaak zijn hier goede argumenten voor, bijvoorbeeld omdat de kosteneffectiviteit van medicijnen beperkt is. Bovendien komen pakketbeslissingen niet zomaar tot stand: de minister wordt hierover geadviseerd door het Zorginstituut Nederland.

Vervoer

Uitgaven voor vervoer (zowel voor eigen ziekte als voor ziekenbezoek) moeten wel deels vergoed worden, omdat deze kosten aanzienlijk hoger kunnen uitvallen door chronische ziekte, maar de vormgeving moet worden vereenvoudigd. Concreet stellen we een vergoeding voor van 0,23 eurocent

per kilometer voor het bezoek met de auto aan een arts of zorgverlener, waarbij de eerste 500 kilometer voor eigen rekening is. Voor bezoek met het ov of de taxi blijven de werkelijke kosten vergoed worden, met een drempelbedrag van 115 euro (wat equivalent is aan de 500 kilometer met de auto). Deze drempel zorgt ervoor dat mensen die structureel naar het ziekenhuis of een GGZ-instelling moeten, alsnog geholpen worden. De forfaitaire vergoeding voor extra kosten voor het reguliere vervoer van chronisch zieken en gehandicapten, zoals opgenomen in het Belastingplan 2025, blijft bestaan (MinFin, 2024).

Voor een eenvoudigere en effectievere uitvoering kan de uitbetaling van deze reiskosten verlopen via een uitvoeringsorganisatie die wordt bekostigd vanuit de VWS-begroting. Omdat het vervoerskosten zijn, is het namelijk lastig om deze categorie onder te brengen in een van de vier stelselwetten. In aanvulling hierop zou de huidige vergoeding voor vervoerskosten in de Zorgverzekeringswet overgeheveld kunnen worden naar deze nieuwe regeling.

Kosten voor dieet, kleding en beddengoed

Dieetkosten en kosten voor extra kleding en beddengoed moeten onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden gebracht. De forfaitaire bedragen die nu als aftrekpost kunnen worden opgevoerd, kunnen voortaan via de gemeente worden uitgekeerd. Gemeenten ontvangen hiervoor dan extra middelen uit het Gemeentefonds.

Gezinsbulp

De vergoeding van de kosten voor extra gezinsbulp verdwijnt ook. Binnen de Wmo is gezinsbulp beschikbaar en burgers kunnen indien nodig een beroep doen op zorg vanuit de Jeugdwet. Wanneer burgers naast of losstaand van die hulp extra hulp willen, ligt het voor de hand dat zij dit zelf betalen. De regels voor gezinsbulp binnen de Wmo blijven hetzelfde, alleen verdwijnt de mogelijkheid tot het opvoeren van de kosten van extra gezinsbulp bovenop de gekregen gezinsbulp.

Andere hulpmiddelen

De vergoeding voor andere hulpmiddelen moet voornamelijk via de Wmo gaan verlopen. Per hulpmiddel moet er gekeken worden naar de noodzaak van een vergoeding of zorg in natura. Gemeenten (die de Wmo uitvoeren) kunnen beter toetsen of een hulpmiddel medisch noodzakelijk is, vergeleken bij de Belastingdienst die geen medische kennis heeft. Indien gewenst kan de minister enkele hulpmiddelen opnemen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

Tot slot

Uit de evaluatie van de specifieke zorgkostenregeling blijkt dat de huidige regeling op veel punten verbeterd kan worden. Daarom ligt het voor de hand om de regeling aan te passen. Om de doelmatigheid te bevorderen, kan een aantal regelingen ondergebracht worden bij gemeenten via de Wmo. Voor de Wmo geldt namelijk dat gemeenten toetsen (in het geval van maatwerkvoorzieningen) of burgers hiervoor in aanmerking komen. Bovendien is de Wmo onder andere bedoeld voor mensen met een chronische ziekte of

beperking. De doelstellingen van de Wmo en de huidige specifieke-zorgkostenregeling liggen dan ook in elkaars verlengde, namelijk dat deze mensen participeren in de maatschappij.

De doelmatigheid wordt ook verbeterd door een aantal categorieën zorgkosten niet meer te vergoeden, omdat hiervoor op dit moment al een ander instrument bestaat, waarbij het met name gaat om geneeskundige hulp en medicijnen. Bovendien sluit dit aan bij het uitgangspunt dat zorgkosten zo veel mogelijk via de huidige stelselwetten worden vergoed.

De uitvoerbaarheid wordt verbeterd omdat de Belastingdienst niet langer zorgkosten hoeft te beoordelen en de burger zorgkosten niet hoeft mee te nemen in zijn belastingaangifte. Door de zorgkosten onder andere via de Wmo te vergoeden, is het voor zowel burgers als de overheid op voorhand duidelijker welke zorgkosten worden vergoed. Hierdoor zal het onjuiste gebruik waarschijnlijk afnemen en wordt het eenvoudiger om hierop te handhaven.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2021) *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2020; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Algemene Rekenkamer, 19 mei.

CPB (2023) *Een economisch afwegingskader voor belastinginstrumenten*. CPB Publicatie, maart.

Dialogic (2022) *Evaluatie aftrek specifieke zorgkosten*. Dialogic Publicatie, 2021.221-2216. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

HLA (2024) *Budgettaire bijlage hoofdlijnenakkoord*. Te vinden op www.kabinetformatie2023.nl.

MinFin (2016) *Onderzoek naar gebruik aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten*. Ministerie van Financiën, juli. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.

MinFin (2022) *Startnota van het kabinet Rutte-IV*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

MinFin (2023) *Ambtelijk rapport Aanpak fiscale regelingen: Kansen voor lagere belastingtarieven, betere fiscale regelingen en een begrijpelijker een eenvoudiger stelsel*. Rapport, 30 juni. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

MinFin (2024) *Belastingen in maatschappelijk perspectief: Bouwstenen voor een beter en eenvoudiger belastingstelsel*. Publicatie, februari. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

MinFin (2024) *Wetsvoorstel Belastingplan 2025*. September. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

MinVWS (2016) *Het Nederlandse zorgstelsel*. Brochure, januari. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

MinVWS (2024) *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2025*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

Rijksoverheid (2024) *Miljoenennota 2025*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.