

# Is ook op de gezondheidsmarkt uw gulden een daalder waard?

DRS. W. P. M. M. VAN DE VEN\*

**Bij de fiscale aftrekpost voor buitengewone lasten wegens ziekte, invaliditeit, bevalling, adoptie en overlijden is het in bepaalde gevallen mogelijk dat een verhoging van de ziektekosten met een gulden, meer dan een gulden belasting- en premiebesparing oplevert. In die gevallen is het voordelig de ziektekosten opzettelijk te verhogen door b.v. de duurste ziektekostenverzekering te nemen of bij de arts aan te dringen op een dure behandeling. In dit artikel wordt de mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik van de desbetreffende fiscale aftrekpost besproken. Tevens wordt aangegeven hoe dit oneigenlijke gebruik zou kunnen worden tegengegaan. De auteur schat dat het elimineren van deze systeemfout ettelijke honderden miljoenen gulden extra belasting- en premie-inkomsten zou kunnen opleveren, vooral van de hoogste-inkomensgroepen.**

## 1. Inleiding

In het regeerakkoord van het tweede kabinet-Van Agt is overeengekomen het financieringstekort van de overheid, uitgedrukt in procenten van het nationaal inkomen, in 1982 en 1983 elk jaar met één procentpunt te verminderen. Ingrijpende bezuinigingen zijn hiervoor noodzakelijk. Het eerste kabinet-Van Agt heeft zich genoodzaakt gezien ook voorstellen te doen „die het kabinet in het verleden heeft afgevoerd, maar die thans toch ter realisering worden voorgesteld, omdat de moeilijke situatie ertoe dwingt” 1). De reacties op de voorstellen tot wijziging van de Ziektewet laten zien welke maatschappelijke weerstand dergelijke voorstellen kunnen oproepen. Een van de uitgangspunten van het eerste kabinet-Van Agt bij de invulling van het pakket maatregelen dat de noodzakelijke bezuinigingen en ombuigingen moest opleveren was: „het elimineren van systeemfouten, het kritisch bezien van de wijze waarop regelingen, in het licht van de doelstellingen, functioneren en de bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik” 2).

In dit artikel wordt aandacht gevraagd voor een mogelijk te nemen maatregel die, bij overigens gelijkblijvende omstandigheden, het financieringstekort met enige honderden miljoenen gulden per jaar terugdringt, in overeenstemming is met het bovengenoemde uitgangspunt, snel uitvoerbaar is en maatschappelijk aanvaardbaar lijkt 3). De maatregel is gericht op de opheffing van de mogelijkheid oneigenlijk gebruik te maken van een fiscale aftrekpost, te weten aftrekbare buitengewone lasten wegens ziekte, invaliditeit, bevalling, adoptie en overlijden.

Thans is het zo dat iemand met een hoog marginaal belastingpercentage als gevolg van één gulden extra ziektekosten méér dan een gulden belastingbesparing kan ontvangen. Daarom is het in bepaalde gevallen voordelig de ziektekosten opzettelijk te verhogen door, bij voorbeeld, de duurste ziektekostenverzekering te kopen, een verzekering voor eerste klasse ziekenhuishulp te nemen in plaats van tweede of derde klasse, bij de arts aan te dringen op de duurste behandeling of een dure tandartsverzekering te kopen ook al heeft men een

volledige prothese. In het extreemste geval betaalt men als gevolg van f. 7.700 extra ziektekosten ruim f. 9.700 minder belasting. Kortom, een voordeel van ruim f. 2.000.

De indeling van dit artikel is als volgt. In paragraaf 2 wordt het systeem van buitengewone lasten wegens ziekte enz. besproken en wordt nagegaan hoe de „netto” ziektekosten die men zelf betaalt, toe- of afnemen naarmate de feitelijke ziektekosten toenemen. In paragraaf 3 worden enige discretionaire ziektekosten genoemd waarmee men de aftrekbare buitengewone lasten kan manipuleren. In paragraaf 4 wordt nagegaan welke groepen kunnen profiteren van de buitengewone-lastenregeling. In paragraaf 5 worden maatregelen besproken om de mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik van aftrekbare ziektekosten op te heffen en wordt een ruwe indicatie gegeven van de extra belasting- en premieopbrengst die dit oplevert. Tot slot worden in paragraaf 6 de conclusies kort samengevat.

\* Verbonden aan het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit Leiden. De auteur dankt prof. drs. V. Halberstadt, mr. C. A. de Kam en prof. dr. B. M. S. van Praag voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel. De verantwoordelijkheid voor dit artikel, dat op persoonlijke titel is geschreven, berust geheel bij de auteur.

1) Sociaal-Economisch Raad, *Advies beperking groei uitgaven sociale zekerheid*, Den Haag, 1980, nr. 19.

2) Idem.

3) De beoogde maatregel levert enige honderden miljoenen gulden extra belasting- en premie-inkomsten op. Omdat in het regeerakkoord is afgesproken de totale belasting- en premiedruk niet te laten stijgen, kan de voorgestelde maatregel worden gezien als een compensatie voor nader in te vullen belasting- en premieverlaging.

## „Netto” ziektekosten

Uitgaven ter zake van ziekte, invaliditeit, bevalling, adoptie en overlijden zijn, voor zover zij een bepaalde drempel overschrijden, aftrekbaar als buitengewone lasten voor de loon- en inkomstenbelasting. Als gevolg van deze aftrekpost worden de belastbare som en het premie-inkomen voor de volksverzekeringen verlaagd, hetgeen de belastingplichtige een belasting- en/of premiebesparing kan opleveren 4). In dit artikel zullen wij de uitgaven ter zake van ziekte enz. veelal kortweg aanduiden als „ziektekosten”. Onder de „netto” ziektekosten verstaan wij de feitelijke ziektekosten minus de belasting- en premiebesparing 5). In deze paragraaf wordt nagegaan hoe de „netto” ziektekosten veranderen als gevolg van een wijziging van de feitelijke ziektekosten en welke factoren hierbij een rol spelen.

Nader in de wet 6) omschreven ziektekosten zijn aftrekbaar voor zover zij een bepaald drempelbedrag overschrijden. Voor de bepaling van de aftrekbare buitengewone lasten dient men de ziektekosten te verminderen met het drempelbedrag en vervolgens te vermenigvuldigen met een bepaalde vermenigvuldigingsfactor. Het drempelbedrag voor 1981 bedraagt:

- bij een onzuiver inkomen niet hoger dan f. 95.000: 11% van het onzuivere inkomen met een maximum van f. 4.650;
- bij een onzuiver inkomen hoger dan f. 95.000: een vast bedrag van f. 5.800.

De vermenigvuldigingsfactor bedraagt 7):

- 1,25;
- 1,5 als men:
  - of recht heeft op kinderbijslag ingevolge de Algemene Kinderbijslagwet voor meer dan vier kinderen (een kind mag hierbij niet dubbel of drievoudig worden geteld); of
  - recht heeft op een aftrek wegens buitengewone lasten ter zake van uitgaven tot voorziening in het levensonderhoud voor meer dan vier kinderen die jonger zijn dan 27 jaar; of
  - in het vorige jaar in aanmerking kwam voor aftrek van buitengewone lasten wegens kosten van ziekte, invaliditeit, bevalling, adoptie en overlijden;
- 1,75 als men de in twee voorafgaande jaren uitgaven wegens ziekte enz. als buitengewone last in aanmerking kon nemen.

Toepassing van de vermenigvuldigingsfactor mag echter niet tot gevolg hebben dat een hoger bedrag wordt afgetrokken dan het totale bedrag van de uitgaven ter zake van ziekte, invaliditeit, bevalling, overlijden en adoptie. Bij voorbeeld, bij feitelijke ziektekosten ad f. 20.000, een drempelbedrag van f. 5.800 en een vermenigvuldigingsfactor 1,5 zijn de aftrekbare buitengewone lasten toch gelijk aan f. 20.000 omdat  $1,5 \times (20.000 - 5.800) = f. 21.300$ , hetgeen de feitelijke ziektekosten overschrijdt.

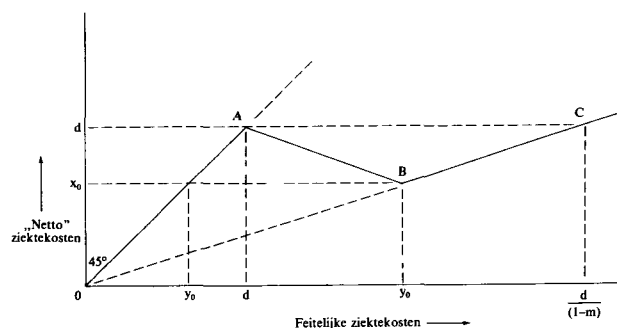
Bij een gegeven bedrag aan aftrekbare buitengewone lasten is de belasting- en premiebesparing afhankelijk van het marginaal belastingpercentage en het marginaal premiepercentage. Onder de *marginale belasting- en premiebesparing* bij een gegeven bedrag aan ziektekosten verstaan wij de belasting- en premiebesparing die één gulden extra aftrekbare lasten zou opleveren. Om wille van de eenvoud nemen wij aan dat de marginale belasting- en premiebesparing voor iedere hoogte van de aftrekpost gelijk is 8). Dit impliceert dat de totale belasting- en premiebesparing gelijk is aan de aftrekpost vermenigvuldigd met de marginale belasting- en premiebesparing.

Door toepassing van de vermenigvuldigingsfactor 1,75 kan f. 1 toename van de ziektekosten in bepaalde gevallen leiden tot f. 1,75 toename van de aftrekpost. Bij een marginale belastingbesparing van 0,72 9) betekent dit een belasting-

besparing van  $0,72 \times f. 1,75 = f. 1,26$ . Indien de vermenigvuldigingsfactor maal de marginale belasting- en premiebesparing groter is dan 1, leidt een gulden extra ziektekosten in bepaalde gevallen tot meer dan een gulden aan belasting- en premiebesparing, ofte wel: *de „netto” ziektekosten dalen als gevolg van een stijging van de feitelijke ziektekosten.*

In figuur 1 geeft de curve OABC het verband weer tussen de „netto” ziektekosten en de feitelijke ziektekosten voor het geval dat de vermenigvuldigingsfactor maal de marginale belasting- en premiebesparing groter is dan 1 ( $mf > 1$ ) 10). Zodra de feitelijke ziektekosten boven de drempel  $d$  komen, leidt een extra gulden ziektekosten tot een belastingbesparing van  $mf$  gulden. Vanaf het punt  $x_0$  11), waar de aftrekpost gelijk is aan de feitelijke ziektekosten, leidt een extra gulden ziektekosten tot een belastingbesparing van  $m$  gulden. Bij feitelijke ziektekosten  $x_0$  zijn de „netto” ziektekosten gelijk aan  $y_0$  12).

Figuur. De „netto” ziektekosten uitgezet tegen feitelijke ziektekosten voor het geval  $mf > 1$



Uit de figuur blijkt dat indien  $mf > 1$  en de feitelijke ziektekosten tussen  $y_0$  en  $x_0$  liggen, de bijbehorende „netto” ziektekosten hoger zijn dan wanneer de feitelijke kosten  $x_0$  zouden bedragen. Met andere woorden, in dit geval is het voordelig om de feitelijke ziektekosten te verhogen tot de *optimale ziektekosten*  $x_0$ . Het hierbij te behalen voordeel is gelijk aan de oude „netto” ziektekosten minus  $y_0$ . Het maximale voordeel is gelijk aan  $d - y_0$  en wordt bereikt als ziektekosten ter grootte van  $d$  worden opgehoogd tot  $x_0$ .

4) De belasting- en premiebesparing kan worden beschouwd als alternatief voor een op de Rijksbegroting verantwoorde uitgavenpost, en wordt om die reden aangeduid als een *belastinguitgave*; zie V. Halberstadt en C. A. de Kam, *Belastinguitgaven nader beschouwd*, *Openbare Uitgaven*, 1977, nr. 9, blz. 73-87.

5) Hierbij is afgezien van het verschil in tijdstip tussen het uitgeven van de ziektekosten en het ontvangen van de belasting- en premiebesparing en de mogelijke geldontwaarding die hiervan het gevolg is.

6) Art. 46, tweede lid, Wet IB 1964.

7) *De belasting en uw buitengewone lasten; inkomstenbelasting 1981*, blz. 16-17 (folder verkrijgbaar op het belastingkantoor).

8) Zie bij de auteur verkrijgbare bijlage voor het geval waarin deze aanname niet geldig is.

9) Het hoogste marginale belastingpercentage (1981) bedraagt 72. In dit geval bedraagt het marginale premiepercentage 0.

10) Een bijlage waarin het verband tussen de „netto” ziektekosten, de feitelijke ziektekosten, de drempel, de vermenigvuldigingsfactor en de marginale belasting- en premiebesparing in wiskundige formules is weergegeven, is verkrijgbaar bij de auteur.

11)  $x_0 = fd / (f - 1)$ .

12) Bij feitelijke ziektekosten  $x_0$  is de belasting- en premiebesparing gelijk aan  $mx_0$ , zodat de „netto”-ziektekosten  $y_0$  gelijk zijn aan  $(1 - m)x_0$ .

Tabel. De effectieve drempel, de optimale ziektekosten en het maximale voordeel voor verschillende waarden van  $d$ ,  $f$  en  $m$ , in gld. (afgerond) a)

f	m	mf	d = 4.650			d = 5.800		
			Effectieve drempel	Optimale ziektekosten	Maximale voordeel	Effectieve drempel	Optimale ziektekosten	Maximale voordeel
			$y_0$	$x_0$	$d-y_0$	$y_0$	$x_0$	$d-y_0$
1,5	0,67	1,005	4.604	13.950	46	5.742	17.400	58
1,5	0,70	1,05	4.185	13.950	465	5.220	17.400	580
1,5	0,72	1,08	3.906	13.950	744	4.872	17.400	928
1,75	0,59	1,0325	4.448	10.850	202	5.549	13.533	251
1,75	0,64	1,12	3.906	10.850	744	4.872	13.533	928
1,75	0,67	1,1725	3.580	10.850	1.070	4.466	13.533	1.334
1,75	0,70	1,225	3.255	10.850	1.395	4.060	13.533	1.740
1,75	0,72	1,26	3.038	10.850	1.612	3.789	13.533	2.011

a) Bij een marginaal percentage belasting- en premiebesparing  $m$ , vermenigvuldigingsfactor  $f$ , drempel  $d$  en ziektekosten tussen de effectieve drempel en de optimale ziektekosten is het voordelig de ziektekosten te verhogen tot het niveau van de optimale ziektekosten. Het maximale voordeel wordt bereikt indien ziektekosten ter grootte van de effectieve drempel worden opgehoogd tot de optimale ziektekosten.

Het is opmerkelijk dat indien de feitelijke ziektekosten onder de drempel  $d$  liggen, doch meer dan  $y_0$  bedragen, het voordelig is de ziektekosten te verhogen tot  $x_0$ . In feite fungeert  $y_0$  derhalve als een *effectieve drempel*.

In de tabel zijn voor enkele waarden van  $d$ ,  $f$  en  $m$  (met  $mf > 1$ ) de waarden berekend voor de effectieve drempel  $y_0$ , de optimale ziektekosten  $x_0$  en het maximale voordeel  $d-y_0$ . Hieruit blijkt dat indien  $d = 5.800$ ,  $f = 1,75$  en  $m = 0,72$ , het voordelig is de ziektekosten te verhogen tot de optimale ziektekosten  $f$ . 13.533 indien de ziektekosten liggen tussen  $f$ . 3.789 en  $f$ . 13.533 gulden. Vanaf  $f$ . 5.800 gulden levert iedere gulden extra ziektekosten 1,26 gulden belastingbesparing op, zodat het voordeel maximaal  $(13.533 - 5.800) \times 0,26 = f$ . 2.010,58 bedraagt.

### 3. Discretionaire uitgaven ter zake van ziekte enz.

Een rationele belastingplichtige zal zich na lezing van de vorige paragraaf afvragen, welke discretionaire (dat wil zeggen, aan het eigen inzicht overgelaten) uitgaven ter zake van ziekte enz. als buitengewone lasten aftrekbaar zijn, ofte wel hoe groot de speelruimte is, indien de uitgaven de effectieve drempel overschrijden, deze uitgaven opzettelijk te verhogen tot het optimale niveau van uitgaven. De mogelijkheden hiertoe blijken in zeer ruime mate aanwezig te zijn.

Hieronder volgt een opsomming van aftrekbare uitgaven waarvan men naar eigen inzicht tot op zekere hoogte de omvang kan bepalen (wij beperken ons hierbij tot ziektekosten):

- degenen die een particuliere ziektekostenverzekering hebben, kunnen overwegen over te gaan op een verzekering voor tweede of eerste klasse ziekenhuisverpleging. Dit kan ca.  $f$ . 2.000 extra ziektekosten per persoon per jaar betekenen;
- de verschillen in premie tussen de diverse ziektekostenverzekeraars kunnen voor ongeveer dezelfde ziektekostenverzekering oplopen tot een factor twee (13), zodat keuze van een „dure” verzekeraar tot aanzienlijke extra ziektekosten kan leiden;
- particulier verzekerden die een nieuwe ziektekostenverzekering sluiten moeten boven een bepaalde leeftijd een zogenaamde leeftijdstoelag betalen. Deze toeslag kan oplopen tot 100 procent. Overgaan op een andere verzekeraar kan zodoende tot aanzienlijke extra ziektekosten leiden;
- het kopen van een verzekering voor huisartshulp en medicijnen kost enige honderden guldens per persoon per jaar;
- idem voor tandartshulp;
- idem voor alternatieve geneeswijzen;
- ziekenfondsverzekerden kunnen voor ziekenhuisverpleging een zogenaamde aanvullende klassenverzekering kopen (ca.  $f$ . 500 per persoon per jaar);

h. er bestaan grote verschillen in prijs (en kwaliteit) van kunst- en hulpmiddelen („middelen die het lichaam in staat stellen tot een normale lichaamsfunctie die het zonder die middelen niet kan vervullen” 14)) zoals prothesen, brillelglazen en -monturen (ook de kosten van een reservebril zijn aftrekbaar), contactlenzen, krukken, invalideagens, gehoorapparaten, steunzolen enz. Naast verschillen in aanschafprijs bestaat er ook een grote variabiliteit in de kosten van reparatie, onderhoud en verzekering van de kunst- en hulpmiddelen;

i. het inroepen van medische hulp is een beslissing van de patiënt. Voor zover de ziektekosten niet door de verzekering worden gedekt (hieronder vallen ook alle eigen bijdragen, eigen risico's enz.), betekent ieder consult, voorgeschreven medicatie, medisch onderzoek, medische behandeling, sportkeuring enz. een verhoging van de uitgaven ter zake van ziekte enz. die in aanmerking komen voor belastingaftrek. (Indien  $mf > 1$  geldt en de ziektekosten tussen de effectieve drempel en de optimale ziektekosten liggen, zal in het geval dat er een keuze bestaat tussen een dure en een goedkope behandelwijze, van de kant van de patiënt weinig medewerking kunnen worden verwacht om de ziektekosten „laag” te houden.);

j. diverse vrijblijvende „kleine” uitgaven, zoals lidmaatschap kruisvereniging, bijdrage aan het personeelsfonds van het ziekenhuis in geval van een opname, ziektekostenverzekering met het oog op vakantie in het buitenland, uitgaven voor een huisapothek, zoals aspirines, verband, pleisters enz.

Ten slotte zij vermeld dat niet de datum van medische behandeling, maar de datum van betaling bepalend is voor het belastingjaar waarin de uitgaven als buitengewone lasten in aanmerking komen. Bepaalde uitgaven kunnen zodoende worden doorgeschoven naar volgend jaar (dit geldt niet voor de premie van ziektekostenverzekeringen). Ook kunnen bepaalde medische behandelingen (bij voorbeeld tandartshulp, bevalling en niet-acute medische hulp) in een bepaald belastingjaar worden „gepland”.

### 4. Welke groepen kunnen profiteren?

Het zal nooit de bedoeling van de wetgever zijn geweest dat men door het opzettelijk verhogen van de ziektekosten, bij voorbeeld zoals aangegeven in de vorige paragraaf, in bepaalde gevallen voor een gulden extra ziektekosten meer

13) De Consumentenbond heeft diverse premie-vergelijkende onderzoeken gedaan; voor het meest recente onderzoek, zie *Consumenten Geldgids*, jg. 1, nr. 1, oktober 1981, blz. 24-33.

14) *De belasting en uw buitengewone lasten*, op. cit., blz. 9.

dan een gulden belastingbesparing ontvangt. Het op deze wijze (opzettelijk) profiteren van belastingaftrek mag dan ook worden berispt als „oneigenlijk gebruik” 15).

In welke mate door welke groepen oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van aftrekbare buitengewone lasten wegens ziekte enz., is niet bekend. Wel zijn enige gegevens bekend over de omvang van de groep inkomens-trekkers die gebruik maakt van de aftrekregeling en over de verdeling van de belasting- en premiebesparingen over de inkomensgroepen. Op basis van de CBS Inkomensstatistiek 1975 concluderen Van Herwaarden en De Kam dat 14% van de inkomens-trekkers in 1975 een belasting- en/of premiebesparing had op grond van buitengewone lasten wegens ziekte enz. In de eerste drie inkomensdecielen liep het percentage inkomens-trekkers met belastingaftrek wegens ziektekosten op tot 12, het vierde tot en met het zevende deciel kenden een lager percentage en in het achtste tot en met het tiende deciel liep het percentage sterk op tot ca. 35. Van alle belasting- en premiebesparing door ziektekosten kwam volgens ruwe schatting ruim 60% terecht bij de 20% hoogste inkomens 16).

De mogelijkheid om op de in dit artikel beschreven wijze oneigenlijk gebruik te maken van buitengewone lasten wegens ziekte enz., doet zich voornamelijk voor bij degenen, met een (zeer) hoog inkomen en een hoog marginaal percentage belastingbesparing 17). Heeft men de vermenigvuldigingsfactor 1,75 nog niet bereikt en liggen de ziektekosten rond het niveau van de effectieve drempel behorende bij  $f = 1,75$ , dan zouden extra ziektekosten in het betreffende jaar als een investering voor belastingbesparing in latere jaren gezien kunnen worden. Alleen al de premie ziektekostenverzekering kan een aardige bijdrage leveren aan het overschrijden van de effectieve drempel behorende bij  $f = 1,75$ . Bij voorbeeld de premie voor een volledige ziektekostenverzekering, laagste tweede klasse (incl. huisarts; zonder hoog eigen risico) voor twee volwassenen en één kind (onder 16 jaar) bedroeg bij de zogenaamde ANPZ-verzekeraars (een groep van 23 verzekeraars die dezelfde premies en voorwaarden hanteren) in 1981 f. 5.139 18). Indien het marginaal percentage belastingbesparing 64 of meer bedraagt, overschrijden deze ziektekosten de effectieve drempel behorende bij  $f = 1,75$  ( $d = 5.800$ ; zie tabel 1).

Een groep die theoretisch de mogelijkheid heeft om op zeer beperkte schaal voor een gulden extra ziektekosten iets meer dan een gulden belasting- en premiebesparing te ontvangen, is de groep zelfstandigen met een inkomen zodanig dat het premie-inkomen net onder de premie-inkomengrens van de volksverzekeringen valt (1981: f. 48.750). Bij een marginaal premiepercentage van ca. 22 19), een marginaal belastingpercentage van 40 en een vermenigvuldigingsfactor 1,75 kan mf een waarde aannemen die iets groter is dan 1 20). De waarde van de marginale belasting- en premiebesparing  $m$  is lager dan  $0,22 + 0,40$  omdat als gevolg van de besparing premie volksverzekeringen de aftrekbare persoonlijke verplichtingen worden verlaagd 21).

In het geval  $mf < 1$  zou men van een „beperkte” volksverzekering tegen ziektekosten kunnen spreken. Zodra de feitelijke ziektekosten de drempel  $d$  overschrijden, heeft men voor extra ziektekosten tot aan  $x_0$  een eigen bijdrage in de vorm van een procentuele bijbetaling (co-insurance) van  $100(1-mf)$ . Bedraagt  $mf$  bijvoorbeeld 0,85, dan moet men 15% van de extra ziektekosten zelf betalen. Uitgaven die men normaal niet zou doen (bij voorbeeld eerste of tweede klasse ziekenhuisverpleging, contactlenzen, kronen en bruggen) worden dan het overwegen waard omdat men slechts een kleine fractie van de kosten zelf hoeft te betalen. Hoe hoger  $m$ , bij vaste  $f$ , des te lager de procentuele bijbetaling.

Eerdere bevindingen wezen uit dat een ziekenfondsverzekerde met een gemiddeld aantal medeverzekerden bij overschrijding van de loongrens in de verplichte ziekenfondsverzekering gemiddeld minder aan ziektekosten gaat betalen 22). De afname in premie, eigen bijdragen en directe betalingen als gevolg van het overschrijden van de loongrens bedroeg in 1979 gemiddeld 15 à 20 procent. In dit

artikel hebben wij laten zien dat bij een nog verdere stijging van het inkomen een gulden extra ziektekosten in bepaalde gevallen circa f. 0,88 23) à f. 1,26 belastingbesparing oplevert, en dat deze belastingbesparing oploopt met de hoogte van het inkomen. De tariefsverschillen voor eerste, tweede en derde klasse ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, die gebaseerd zijn op het principe van betaling naar draagkracht, hebben derhalve een averechtse uitwerking als de marginale belastingbesparing de marginale ziektekosten overschrijdt 24).

## 5. Tegengaan van oneigenlijk gebruik

Op welke wijze is het mogelijk de in dit artikel beschreven mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik van aftrekbare buitengewone lasten wegens ziekte enz. op te heffen? Men zou kunnen overwegen in gevallen waar sprake is van medische kosten die naar eigen inzicht hoog dan wel laag kunnen uitvallen, slechts een basisbedrag voor belastingaftrek in aanmerking te laten komen. Dit zou kunnen betekenen dat bij voorbeeld de méérkosten van eerste en tweede klasse ziekenhuisverpleging (resp. premie ziektekostenverzekering) ten opzichte van derde klasse niet meer aftrekbaar zijn en dat bij kunst- en hulpmiddelen een vast bedrag per hulpmiddel aftrekbaar is in plaats van de werkelijke kosten. Gezien de grote resterende speelruimte in discretionaire ziektekosten (zie paragraaf 3) mag van deze maatregel, die het belastingstelsel nog verder compliceert, niet verwacht worden dat de mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik wordt opgeheven.

Een doeltreffende maatregel is afschaffing of verlaging van de vermenigvuldigingsfactor. Hierbij dient men zich uiteraard af te vragen wat de ratio van invoering van de vermenigvuldigingsfactor indertijd is geweest 25). In 1970 heeft een herziening plaatsgevonden van de wetgeving inzake buitengewone lasten. Tot die tijd waren buitengewone lasten die te zamen meer dan 4 procent van het inkomen uitmaken, volledig aftrekbaar. Hierbij werden de diverse categorieën buitengewone lasten bij elkaar opgeteld. Ziektekosten werden als buitengewone lasten beschouwd voor zover zij hoger waren dan 5 procent van het inkomen of hoger dan f. 500. In de jaren zestig was een situatie ontstaan waarbij een overgrote meerderheid van de inkomens-trekkers aftrekbare

15) Voor een definitie en een uitgebreide beschouwing omtrent het begrip „oneigenlijk gebruik” zie J. M. Verheul, *Oneigenlijk gebruik en misbruik; Nederlands juristenblad*, 8 mei 1982, blz. 569-576.

16) F. G. van Herwaarden en C. A. de Kam, *Om de poen is het te doen*, Kluwer, Deventer, 1981, blz. 80 en 83.

17) Het marginaal belastingpercentage bedroeg in 1981: 50% bij een belastbare som van f. 37.416 tot en met f. 54.162; 59% bij een belastbare som van f. 54.163 tot en met f. 75.660; 64% bij een belastbare som van f. 75.661 tot en met f. 99.694; 67% bij een belastbare som van f. 99.695 tot en met f. 129.773; 70% bij een belastbare som van f. 129.274 tot en met f. 188.478; 72% bij een belastbare som boven f. 188.478.

18) *Consumenten Geldgids*, jg. 1, 1981, nr. 1, blz. 26.

19) Voor werknemers bedraagt het marginaal premiepercentage ca. 12, omdat de premies AWBZ, AKW EN AAW volledig door de werkgever worden betaald.

20) Het feit dat buitengewone lasten wegens ziekte enz., in tegenstelling tot andere buitengewone lasten, boven de drempel met de vermenigvuldigingsfactor mogen worden vermenigvuldigd, kan wellicht het bovenvermelde „piekje” (bij het derde deciel) in het percentage inkomens-trekkers met belastinguitgaven wegens ziekte etc. verklaren; bij andere buitengewone lasten loopt dit percentage op met het inkomen. Zie Van Herwaarden en De Kam, op. cit., blz. 80.

21) Zie Van Herwaarden en De Kam, op. cit., blz. 69.

22) W. P. M. M. van de Ven, *Ziektenfonds-versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg: een vergelijking van de kosten*, *ESB* 3 juni 1981, blz. 524-530.

23) Bij een marginaal percentage belastingbesparing van 50 en  $f = 1,75$  geldt  $mf = 0,875$ .

24) In het geval  $mf < 1$ , geldt hetzelfde als de marginale kosten van de betere hotelfaciliteiten de marginale „netto” ziektekosten overschrijden.

25) De auteur dankt mr. H. Mathies voor het verstrekken van relevante achtergrondinformatie.

buitengewone lasten had, in veel gevallen alleen al wegens ziektekosten 26).

In de nieuwe situatie zijn voor diverse categorieën buitengewone lasten aparte drempels ingevoerd en zijn buitengewone lasten slechts aftrekbaar indien en voor zover zij het drempelbedrag overschrijden. Voor buitengewone lasten wegens ziekte enz. werd een relatief hoge drempel ingevoerd. Ten einde voor degenen met hoge ziektekosten de aftrekpost in de nieuwe situatie niet veel lager te laten zijn dan die in de oude situatie, heeft de regering op aandringen van de Tweede Kamer als gewenningsregeling voorgesteld de vermenigvuldigingsfactor 1,25 in te voeren. Bij amendement is de vermenigvuldigingsfactor voor bepaalde groepen met 0,25 resp. 0,50 verhoogd, vanuit de gedachte dat degenen die jaren achtereenvolgende hoge uitgaven ter zake van ziekte enz. hebben, een grotere belasting- en premiebesparing behoeven dan degenen die „toevallig” eens boven de drempel komen.

Bij het afschaffen of verlagen van de vermenigvuldigingsfactor zullen wij een drietal mogelijkheden beschouwen. Ervan uitgaande dat een gewenningsperiode van ca. tien jaar lang genoeg is geweest, zou een eerste mogelijkheid zijn, de „standaard” vermenigvuldigingsfactor 1,25 te verlagen tot 1, onder handhaving van de verhoging van 0,25 en 0,50 in bepaalde gevallen. Ook in deze situatie blijft het echter mogelijk bij de hoogste vermenigvuldigingsfactor ( $f = 1,5$ ) en bij de hoogste marginale belastingpercentages (vanaf 67) voor een gulden extra ziektekosten méér dan een gulden belastingbesparing te ontvangen. Weliswaar is het maximaal te behalen voordeel bij een marginaal belastingpercentage van 72 gehalveerd tot ruim f. 900, maar daar staat tegenover dat de optimale ziektekosten met ca. f. 4.000 zijn verhoogd (zie tabel 1).

Een tweede mogelijkheid is de vermenigvuldigingsfactor volledig af te schaffen.

Is men echter van mening dat de vermenigvuldigingsfactor in bepaalde gevallen toch dient te worden verhoogd, dan zou een derde mogelijkheid zijn, de „standaard” verhoging van 1,25 te verlagen tot 1, met in bepaalde gevallen een verhoging van bij voorbeeld 0,1 en 0,2. Vindt men deze verhogingen te gering, dan zou de verhoging van de vermenigvuldigingsfactor, net als het drempelbedrag, gekoppeld kunnen worden aan het onzuiver inkomen, zodanig dat de vermenigvuldigingsfactor maal de marginale belasting- en premiebesparing nooit groter is dan 1.

Hoe hoog zullen de extra belasting- en premie-inkomsten zijn als gevolg van afschaffing of verlaging van de vermenigvuldigingsfactor? Onder een aantal veronderstellingen zullen wij voor twee maatregelen een ruwe indicatie geven van deze extra inkomsten voor het jaar 1981. Volgens een ruwe schatting bedroegen de aftrekbare buitengewone lasten wegens ziekte enz. (dat wil zeggen, na de drempel en na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor) in 1981 minimaal f. 2,5 mrd. 27). Van Herwaarden en De Kam 28) hanteren als ruwe benadering dat de belasting- en premiebesparing in 1977 ca. 38,6% vormen van de aftrekbare buitengewone lasten. Toepassing van dit percentage voor 1981 betekent minimaal ca. f. 1,0 mrd. belasting- en premiebesparingen als gevolg van aftrekbare ziektekosten. In 1977 leidde f. 1 ziektekosten boven de drempel gemiddeld tot f. 1,47 aftrekbare buitengewone lasten 29). Toepassing van de gemiddelde vermenigvuldigingsfactor 1,47 voor 1981 zou betekenen dat het verlagen van de vermenigvuldigingsfactor met 0,25 of het afschaffen van de vermenigvuldigingsfactor, onder overigens gelijkblijvende omstandigheden, in 1981 ca. f. 170 mln. resp. f. 320 mln. extra belasting- en premie-inkomsten zou opleveren 30).

Het is echter niet waarschijnlijk dat de „overige omstandigheden” gelijk zullen blijven bij afschaffing of verlaging van de vermenigvuldigingsfactor. Alle uitgaven ter zake van ziekte enz. die zijn gedaan met de bedoeling oneigenlijk gebruik te maken van de aftrekbare ziektekosten zullen komen te vervallen. Bovendien zullen degenen die de belasting-aftrek beschouwen als een „beperkte” volksverzekering met een procentuele bijbetaling van 100 (1-mf) boven het drem-

pelbedrag (zie boven) geconfronteerd worden met een stijging van de procentuele bijbetaling, hetgeen een reductie van ziektekosten tot gevolg zal hebben, zeker waar het zogenaamde discretionaire en minder noodzakelijke („marginale”) uitgaven betreft 31). Welk deel van de resterende belasting- en premiebesparingen van f. 830, resp. f. 680 mln. hierdoor zal komen te vervallen, is moeilijk aan te geven. Indien bij voorbeeld een kwart van de uitgaven ter zake van ziekte enz. boven het drempelbedrag zou komen te vervallen, zouden de kosten van de gezondheidszorg met enige honderden miljoenen guldens per jaar worden verlaagd 32) en zouden de totale extra belasting- en premie-inkomsten als gevolg van afschaffing van de vermenigvuldigingsfactor voor 1981 ca. f. 500 mln. bedragen.

## 6. Samenvatting en conclusie

In dit artikel is de mogelijkheid besproken oneigenlijk gebruik te maken van een fiscale aftrekpost, te weten aftrekbare buitengewone lasten wegens ziekte, invaliditeit, beveling, adoptie en overlijden. In bepaalde gevallen is het mogelijk voor een gulden extra ziektekosten meer dan een gulden belasting- en premiebesparing te ontvangen. In het extreemste geval overschrijdt de belastingbesparing de extra ziektekosten met meer dan f. 2.000.

De hier beschreven mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik kan worden opgeheven door bij voorbeeld het afschaffen van de zogenaamde vermenigvuldigingsfactor. Deze maatregel zou, onder overigens gelijke omstandigheden, in 1981 naar schatting ca. f. 320 mln. extra belasting- en premie-inkomsten opleveren, welke grotendeels worden opgebracht door de hoogste-inkomensgroepen. Het is niet onwaarschijnlijk dat als gevolg van deze maatregel bepaalde (marginale) uitgaven aan gezondheidszorg komen te vervallen, zodat de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen en de extra belasting- en premie-inkomsten nog zullen toenemen.

Wynand van de Ven

26) De regeling van de aftrekbare buitengewone lasten is lange tijd ongewijzigd gebleven en de stijging van de medische kosten was hoger dan de gemiddelde inkomensstijging.

27) Deze schatting is gebaseerd op gegevens van 1977 en het feit dat de drempels waarboven ziektekosten aftrekbaar zijn in 1981 relatief enigszins lager zijn dan die in 1977. Dat wil zeggen, een werknemer wiens onzuiver inkomen in de periode 1977-1981 in gelijke mate is gestegen als „de loonsom in de bedrijven” (25,5%, opgave CPB), overschrijdt bij gelijke medische consumptie in 1981 eerder het drempelbedrag dan in 1977. Hierbij is ervan uitgegaan dat de medische kosten in de periode 1977-1981 in gelijke mate zijn gestegen als de totale kosten van de gezondheidszorg, te weten 37,8%. (Bron: Financieel overzicht van de gezondheidszorg, Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, XVII, nr. 14). De totale uitgaven ter zake van ziekte enz. van inkomensstrekkers die in 1977 aftrekbare uitgaven ter zake van ziekte enz. hadden, bedroeg in 1977 f. 3.726 mln. De aftrekbare uitgaven ter zake van ziekte enz. boven het drempelbedrag bedroegen in 1977: f. 1.243 mln. voor toepassing van de vermenigvuldigingsfactor en f. 1.826 mln. na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor (Bron: opgave CBS, personele inkomensverdeling 1977). Vermenigvuldiging van deze bedragen met 1,378 levert voor 1981 als schattingen minimaal f. 5,1 mrd., f. 1,7 mrd. resp. f. 2,5 mrd. op.

28) Van Herwaarden en De Kam, op. cit., 1981, blz. 82.

29)  $\frac{1.826}{1.243} = 1,47$  (zie voetnoot 27).

30)  $0,25 \times f. 1 \text{ mrd.} = f. 170 \text{ mln. resp. } \frac{0,47}{1,47} \times f. 1 \text{ mrd.} = f. 320 \text{ mln.}$

31) W. P. M. M. van de Ven. Effecten van eigen bijdragen in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, jg. 35, 1980, blz. 155-157, blz. 189-194 en blz. 216-218.

32) Een kwart van de uitgaven ter zake van ziekte, invaliditeit, beveling, adoptie en overlijden boven de drempel bedroeg in 1981 naar schatting ruim f. 400 mln. Welk gedeelte van deze uitgaven gerekend kan worden tot ziektekosten is de auteur niet bekend.