



Eindrapport aftrek specifieke zorgkosten

Verkenning naar aanpassingen en alternatieven voor
een gerichtere ondersteuning

Datum

4 juli 2025

Status

Definitief

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Managementsamenvatting	5
1. Doelstelling en uitgangspunt rapport	9
1.1 Centrale doelstelling	9
1.2 VN-verdrag Handicap	9
1.3 Aanpalende voorzieningen en ondersteunende regelingen	10
2. Historie, werking en gebruik van de regeling	11
2.1 Historie	11
2.2 Werking fiscale regeling	11
2.2.1 Doorwerking op het verzamelinkomen en op eigen bijdragen en toeslagen	12
2.2.2 Verbeteringen in de ASZ naar aanleiding van de negatieve evaluatie	13
2.2.3 Aanpassingen in het Belastingplan 2025	14
2.3 Huidig gebruik fiscale regeling	14
2.4 Conclusie	18
3. Knelpuntenanalyse van de fiscale regeling	20
3.1 Knelpunten voor mensen met een chronische ziekte of beperking	20
3.2 Knelpunten voor de overheid	22
3.3 Knelpunten voor de uitvoering	23
3.4 Conclusies over de fundamentele problematiek	24
4. Aanscherpingsopties voor de doelstelling van de tegemoetkoming	26
5. Mogelijke definities en afbakeningen van de doelgroep	28
5.1 Achtergrond bij knelpunten rondom het vaststellen van de doelgroep	28
5.2 Afbakening	28
5.3 Definitie VN-verdrag Handicap	29
5.3.1 Op basis van een doktersverklaring	29
5.3.2 Op basis van een lijst met chronische ziektes en beperkingen	29
5.3.3 Op basis van de toekenning uit ander regelingen	30
5.3.4 Op basis van het hebben van de European Disability Card	30
5.3.5 Op basis van het zorggebruik	31
5.4 Combineren van varianten	31
5.5 Aanvullende mogelijkheden voor afbakening	32
6. Herijking van de kostenposten waar tegemoetkoming voor wordt geboden	33
6.1 Kostenposten aftrekbaar onder de huidige fiscale regeling	33

6.2	Overzicht medische en niet-medische meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking	35
6.3	Toetsingskader kostenposten	37
7.	Afruilen in de vormgeving van een tegemoetkoming	39
7.1	Afruilen richting een nieuwe fiscale regeling en/of alternatieve regeling	39
7.1.1	Maatwerk versus uniformiteit	39
7.1.2	Gerichtheid versus eenvoud	40
7.1.3	Lokaal versus landelijk	40
7.2	Afruilen en keuzes in de vormgeving van compensatie	41
7.2.1	Volledig versus gedeeltelijke tegemoetkoming	41
7.2.2	Daadwerkelijke kosten versus forfaitaire bedragen	42
7.2.3	Vooraf versus achterafbetaling van de tegemoetkoming	42
8.	Lange termijnvarianten voor het bieden van een tegemoetkoming	43
8.1	Analysecriteria voorliggend uitgewerkte varianten	43
8.2	Beschrijving en beoordeling van een gerichtere fiscale faciliteit	44
8.2.1	Beschrijving	44
8.2.2	Beoordeling	46
8.3	Beschrijving en beoordeling van de gemeentelijke varianten	48
8.3.1	Het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds	48
8.3.2	Beoordeling van het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds	55
8.3.3	Het overhevelen van de middelen naar de gemeente via een SPUK	58
8.4	Het uitbreiden van het basispakket aan verzekerde zorg in de Zvw	60
8.5	Het uitkeren van vaste bedragen per chronische ziekte en/of beperking	61
8.6	Een landelijke subsidieregeling	63
8.7	Een heffingskorting	64
9.	Vervolgstappen voor uitwerking van de voorliggende varianten	66
10.	Conclusies en reflectie	70
10.1	Conclusies	70
10.2	Reflectie	73
	Bijlagen	75
	Bijlage 1 – Overzicht meerkosten	76
	Bijlage 2 – Uitkomsten consultatie	91
	Bijlage 3 – Reactie VNG	94

Inleiding

Via de aangifte inkomstenbelasting kunnen Nederlandse belastingplichtigen gebruik maken van de aftrekpost 'uitgaven voor specifieke zorgkosten'. Onder deze aftrekpost kunnen bepaalde uitgaven als gevolg van ziekte en/of een beperking onder voorwaarden van het belastbaar inkomen worden afgetrokken. Deze fiscale regeling is in 2022 negatief geëvalueerd¹. De onderzoekers concluderen dat het doel en de doelgroep onvoldoende duidelijk zijn en er daardoor niet goed vastgesteld kan worden of de regeling doelmatig is. Ook bestaan er zorgen over het gebruiksgemak voor de aanvragers en de uitvoerbaarheid voor de Belastingdienst. De beschikbare middelen worden dus niet zo gericht en effectief mogelijk ingezet om mensen met een chronische ziekte en/of beperking financieel te ondersteunen. De evaluatie laat echter ook zien dat de huidige fiscale regeling in een behoefte van de doelgroep voorziet.

In de kabinetsreactie op het evaluatierapport heeft het kabinet aangegeven *'een noodzaak te zien om de aftrek en tegemoetkoming van specifieke zorgkosten doeltreffender en doelmatiger te maken door deze beter te richten op de doelgroep van mensen met een beperking en/of een chronische ziekte. Tegelijkertijd dient de regeling indien ze behouden wordt, te worden vereenvoudigd.'* In deze kabinetsreactie heeft het kabinet aangekondigd dat een ambtelijke verkenning naar mogelijke aanpassingen van en alternatieven voor de fiscale regeling op de langere termijn zou worden uitgevoerd.

Het voorliggende rapport omvat de resultaten van deze ambtelijke verkenning die in gezamenlijkheid is uitgevoerd door de ministeries van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport in afstemming met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Gedurende het traject van het schrijven van dit rapport zijn al verbetermaatregelen uitgewerkt en in praktijk gebracht om ook op korte termijn de gevonden problematiek te verlichten.

¹ Dialogic, *Evaluatie aftrek specifieke zorgkosten, 2022*

Managementsamenvatting

De Aftrek Specifieke Zorgkosten (hierna: ASZ) heeft als doel een financiële tegemoetkoming te bieden in de meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee te maken krijgen. Het is vormgegeven als een fiscale regeling waarmee bepaalde kosten in mindering worden gebracht op het belastbare inkomen, mits de kosten hoger zijn dan de inkomensafhankelijke drempel. In 2023 maakten circa 900.000 huishoudens gebruik van de ASZ en het budgettaire beslag van de regeling en de bijbehorende tegemoetkomingsregeling was circa € 405 miljoen.

Onderzoeksbureau Dialogic heeft de ASZ in 2022 negatief geëvalueerd. Het doel van de regeling is onvoldoende duidelijk en de doelgroep is niet eenduidig gedefinieerd, waardoor de doeltreffendheid en doelmatigheid niet kunnen worden vastgesteld. Gebruikers ervaren de regeling als complex en de kostenposten sluiten niet altijd goed aan bij de meerkosten van de doelgroep. Daarnaast kent de regeling hoge administratieve lasten, hoog niet-gebruik en veel onjuist gebruik. Ook wordt de regeling gebruikt door mensen die niet tot de doelgroep lijken te behoren, al blijkt het ingewikkeld harde grenzen of kaders te maken wie precies wel en wie niet tot de doelgroep behoren. De Belastingdienst is niet in staat om medische gegevens te controleren en de beoordeling van kostenposten is in sommige gevallen zeer casuïstisch. Een ander knelpunt is dat er grote heterogeniteit in type (en hoogte) meerkosten bestaat, waardoor de regeling al snel complexer en minder uniform wordt. Naar aanleiding van deze evaluatie zijn per 1 januari 2025 enkele kleine aanpassingen gedaan in de fiscale regeling, zoals de vereenvoudiging van de aftrek van vervoerskosten.

De huidige fiscale regeling is negatief geëvalueerd en daarom dient volgens de begrotingsregels aanpassing te worden onderzocht. De centrale doelstelling in dit rapport is het uitwerken van toekomstbestendige varianten om de middelen van de fiscale regeling gericht en op eenvoudigere wijze in te zetten voor het bieden van een tegemoetkoming voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Uit participatiebijeenkomsten met ervaringsdeskundigen en belangenorganisaties volgt dat de doelgroep behoefte heeft aan een simpele, landelijke regeling met weinig bewijslast. Dit staat echter op gespannen voet met de heterogeniteit van de doelgroep qua (hoogte en) type meerkosten.

Bij het bieden van inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking spelen daardoor meerdere afruilen. Zo gaat maatwerk waarbij de tegemoetkoming aansluit bij de daadwerkelijk gemaakte kosten gepaard met hogere administratieve lasten en maakt een hoge mate van gerichtheid een regeling complexer omdat hier meer bewijslast bij komt kijken. Een tegemoetkoming kan zowel op landelijk niveau worden georganiseerd, waarbij iedereen dezelfde gelijke rechten heeft in gelijke situaties, als op lokaal niveau, waarbij rekening kan worden gehouden met de lokale context maar regionale verschillen ontstaan. Ook in de specifieke vormgeving spelen afruilen en keuzes rondom de vorm van de compensatie: een gedeeltelijke tegemoetkoming of een volledige vergoeding, daadwerkelijke kosten of forfaitaire bedragen, en tegemoetkoming voor of nadat de kosten daadwerkelijk zijn gemaakt.

Op basis van de knelpunten in de huidige regeling, gesprekken met stakeholders en eigen onderzoek zijn zes alternatieven voor de huidige regeling geïdentificeerd. Vier opties zijn beknopt uitgewerkt, omdat deze als niet haalbaar of niet kansrijk zijn beoordeeld: (1) meer zorgvormen in het verzekerde pakket, (2) uitkering van een vast bedrag per persoon met een chronisch ziekte en/of beperking, (3) een landelijke subsidieregeling en (4) een heffingskorting. Twee varianten die als meest kansrijk worden geacht zijn uitgebreider uitgewerkt: een gerichtere fiscale variant of een gemeentelijke variant, in de vorm van overheveling van middelen naar het gemeentefonds.

Een gerichtere fiscale variant

De inkomstenbelasting biedt met een landelijk bereik een mogelijkheid voor een uniforme regeling in de financiële ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. In deze gerichtere fiscale variant wordt de huidige ASZ aangepast om de middelen gericht in te zetten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking en om de knelpunten in de huidige regeling te verminderen. Deze knelpunten kunnen echter niet geheel worden verholpen.

Een landelijke fiscale regeling is toegankelijk voor elke persoon die in Nederland woont. De fiscale regeling kan gericht worden gemaakt door voorwaarden te stellen aan degene die gebruik kan maken van de regeling. In theorie kan de regeling exclusief toegankelijk worden gemaakt voor een beoogde doelgroep, zoals mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten. Dit staat of valt met het kunnen afbakenen en definiëren van de doelgroep. Een andere mogelijkheid om de beoogde doelgroep beter te bereiken is om alleen bepaalde meerkosten in aftrek toe te staan die voornamelijk worden gemaakt door mensen uit de beoogde doelgroep.

Een landelijke fiscale regeling biedt geen mogelijkheid tot maatwerk. De voorwaarden en tegemoetkoming zijn voor iedereen gelijk en de ondersteuning kan niet worden aangepast op individuele behoeften.

Binnen deze variant zijn de volgende aanpassingen mogelijk om de middelen gericht in te zetten voor de ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking:

- a) Heroverweeg de kostenposten die onder de regeling vallen
- b) Aanpassing van de drempelbedragen voor bepaalde groepen
- c) Heroverweeg de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers
- d) Verbetering van voorlichting en informatievoorziening
- e) Toevoeging van extra voorwaarden ter afbakening van de doelgroep

Bij de fiscale regeling moeten burgers (jaarlijks) de aangifte inkomstenbelasting indienen om aanspraak te maken op de tegemoetkoming. Burgers moeten afhankelijk van de gevraagde bewijslast en vormgeving facturen en betaalbewijzen bijhouden van de kosten om ze op te kunnen voeren in de aangifte en om als bewijsstukken aan te leveren bij een controle door de Belastingdienst. De Belastingdienst beschikt niet over gegevens om de aftrekpost vooraf in te vullen. De aanvrager dient dus zelf te beoordelen of hij of zij recht heeft op vergoeding van een specifieke kostenpost en welke kosten daarbij kunnen worden afgetrokken.

Bij de aftrekpost wordt een deel van de zorgkosten vergoed, als gevolg van de drempel en het belastingtarief in box 1 waartegen de aftrekpost kan worden afgezet. In een landelijke fiscale regeling wordt de tegemoetkoming achteraf uitbetaald nadat de aangifte inkomstenbelasting over het voorafgaande jaar is ingediend en vervolgens door de Belastingdienst is afgehandeld via het opleggen van een aanslag. Hierdoor moeten burgers de meerkosten eerst zelf voorfinancieren.

Gemeentelijke variant

De gemeentelijke variant betreft het overhevelen van de middelen die gemoeid gaan met de ASZ naar het gemeentefonds. Momenteel gebruiken gemeenten vooral de gemeentepolis, meerkostenregelingen (onderdeel van de Wmo) en de individuele bijzondere bijstand (voor noodzakelijke, onvoorziene kosten) om een deel van de doelgroep aanvullend te ondersteunen. Gemeenten hebben de beleids- en bestedingsvrijheid om de overgehevelde middelen naar eigen inzicht voor hun inwoners in te zetten. Het is voorstelbaar dat gemeenten dezelfde instrumenten als nu zouden inzetten. Gemeenten richten zich in hun inkomensondersteuning in principe alleen op minimagroepen. Hierdoor zouden midden- en hoge inkomens die momenteel gebruik maken van de ASZ geen tegemoetkoming meer ontvangen, en kan dit een significante daling van het reëel besteedbaar inkomen veroorzaken.

Binnen de gemeentelijke variant is er een aantal routes mogelijk die verschillen in de mate waarin het Rijk sturing geeft op hoe gemeenten de middelen zouden inzetten, zoals via een handreiking, bestuurlijk convenant of wetswijziging. Gemeenten hebben echter grotendeels de beleidsruimte en bestedingsvrijheid om zelf in te vullen hoe ze het geld besteden. Dit betekent ook dat er significante verschillen zullen zijn tussen de tegemoetkoming die mensen met een chronische ziekte en/of beperking ontvangen, afhankelijk van waar ze wonen. Dit gaat in tegen de aanbevelingen van het VN-comité (VN-verdrag Handicap) die Nederland in 2024 heeft ontvangen. De gevolgen voor burgers zijn daarom erg afhankelijk van hoe gemeenten invulling zouden geven aan het overgehevelde budget.

De gemeentelijke route biedt ruimte voor maatwerk. Over het algemeen geldt dat meer maatwerk dat goed aansluit op de daadwerkelijke kosten die een persoon maakt, gelijk staat aan hogere uitvoeringskosten voor gemeenten en hogere bewijslast voor inwoners. In de praktijk bieden gemeenten overigens alleen maatwerk voor zover dit uitvoeringstechnisch voor hen haal- en betaalbaar is. Uit de uitvoeringscan, uitgevoerd door VNG, blijkt dat gemeenten niet over de capaciteit beschikken om maatwerk uit te voeren indien de doelgroep van bestaande regelingen zou worden uitgebreid naar midden- en hoge inkomens.

Ongeacht de mate van maatwerk kunnen de uitvoeringskosten aanzienlijk stijgen omdat elke gemeente zelf invulling moet geven aan de regeling. Deze hoger uitvoeringskosten zorgen ervoor dat er minder geld overblijft om uit te keren aan de doelgroep. Daarnaast gaat het met significante transitiekosten gemoeid, omdat 342 gemeenten invulling moeten geven aan het budget. Indien wordt gekozen voor een gemeentelijke variant en de fiscale variant wordt afgeschaft, zullen mensen minder af kunnen trekken en gaat hun verzamelinkomen omhoog. Als gevolg daarvan zullen mensen minder toeslagen ontvangen en hogere eigen bijdragen voor zorg moeten gaan betalen.

Bij gemeenten speelt dezelfde afbakeningsproblematiek als bij de huidige fiscale variant; er is geen landelijke definitie, die zich hiervoor leent. Er zit dan ook veel variatie in de manier waarop gemeenten momenteel de doelgroep afbakenen.

In het voorjaar van 2025 is het conceptrapport ter consultatie voorgelegd aan betrokkenen. Er zijn negen reacties ontvangen. In de reacties is teruggekomen dat de "analyses grosso modo volledig en zorgvuldig" worden gevonden. Wel is er kritiek dat er na jaren beleid op dit terrein geen (politieke) besluiten zijn genomen over de afkadering van de doelgroep en de precieze doelstelling van de regeling. Ten aanzien van de kostenposten wordt aangegeven dat de belangrijkste kostenpost voor een groot deel van de doelgroep is dat hun verdienvermogen lager is door hun beperking of chronische ziekte. Een andere belangrijke kostenpost is de extra energiekosten als gevolg van de beperking of chronische ziekte. Ten aanzien van de afruilen wordt meegegeven om niet voor uitersten te gaan, 'keep it simple' en 'ga uit van vertrouwen'. Ten aanzien van de genoemde varianten is niet iedereen tevreden over de twee hoofdrichtingen. Ten aanzien van de fiscale variant loopt men vooral aan tegen de voorfinanciering, onzekerheid over teruggave en doenvermogen, waardoor de regeling mogelijk juist niet terecht komt waar de nood het hoogt is. Ten aanzien van de gemeentelijke variant is er geen vertrouwen dat de gemeente maatwerk kan leveren, wordt gewezen op ongelijkheid die daardoor ontstaat, de hoge uitvoeringskosten en hoge bewijslast. Daarnaast is er ook geen vertrouwen dat doelgroepen die niet onder de minima vallen bereikt zullen worden met een gemeentelijke variant. In den brede wordt teruggegeven dat men vindt dat de overheveling naar gemeenten te veel geromantiseerd wordt. Van de andere varianten wordt alleen een breder pakket in de Zvw zorg als een zinvol alternatief genoemd. Gemist werden een variant die uitkeringen zoals WIA en WAJONG verhoogt of een compensatie van het eigen risico. De reden dat deze varianten niet in het rapport waren opgenomen, is omdat deze variant zich richt op de minima, terwijl de fiscale aftrek zich ook richt op de groep die daar net boven zit, maar wel uitdagingen kent door de hoge meerkosten als gevolg van hun chronische ziekte of beperking. Ook werd het 'stand still beginsel' van het VN-verdrag handicap gemist, wat inhoudt dat de inkomenspositie van de doelgroep niet achteruit mag gaan.

De belangrijkste conclusie uit de VNG-uitvoeringstoets is dat de gemeentelijke varianten niet uitvoerbaar zijn. Om de regeling uitvoerbaar te houden is een simpele, landelijke regeling nodig. Het is niet voor de hand liggend om de uitvoering als extra taak bij gemeenten neer te leggen. VNG verzoekt het kabinet daarom om te kijken naar andere varianten om de doelgroep goed te bedienen.

1. Doelstelling en uitgangspunt rapport

1.1 Centrale doelstelling

De centrale doelstelling in dit rapport is het uitwerken van toekomstbestendige varianten om de middelen van de fiscale regeling gerichter en op eenvoudigere wijze in te zetten voor het bieden van een tegemoetkoming voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Hiertoe wordt de noodzaak tot tegemoetkoming kort toegelicht, waarna wordt ingegaan op de wijze waarop op dit moment een tegemoetkoming voor meerkosten van het leven met een chronische ziekte en/of beperking wordt geboden in de fiscaliteit (hoofdstuk 2) en welke knelpunten zich daarbij voordoen (hoofdstuk 3). Vervolgens gaat het rapport in op mogelijkheden om de gevonden knelpunten rondom de doelstelling, doelgroep en kostenposten te verlichten (hoofdstuk 4 - 6) en geeft het rapport weer dat bij fundamentele keuzes over de tegemoetkoming altijd afruilen spelen (hoofdstuk 7). Het rapport eindigt met de uitwerking van mogelijke aanpassingen van en alternatieven voor de huidige fiscale regeling en met de stappen die nodig zijn om deze in praktijk te brengen (hoofdstuk 8 en 9). Tot slot worden de conclusies van het rapport met betrekking tot de centrale doelstelling van dit rapport weergegeven (hoofdstuk 10).

Het uitgangspunt van dit rapport is dat de negatief geëvalueerde aftrekpost Specifieke zorgkosten niet zonder alternatief kan worden afgeschaft. Vanuit een solidariteitsgedachte kent Nederland een uitgebreid stelsel van sociale zekerheid. Het doel hiervan is om bestaanszekerheid te bieden aan burgers. Van belang is dat groepen in een kwetsbare situatie kunnen terugvallen op een adequaat stelsel van inkomensondersteuning.

Generieke inkomensondersteuning kan tekortschieten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking doordat zij vanwege hun aandoening te maken kunnen krijgen met (hoge) meerkosten. Dit betreft zowel medische meerkosten, zoals niet (volledig) vergoede zorg als fysiotherapie, maar ook niet-medische meerkosten als kleding- en vervoerskosten. Niet alleen meerkosten, maar ook achterblijvende inkomsten zijn van invloed op bestedingsruimte. Een beperking kan ertoe leiden dat iemand minder of helemaal geen betaald werk kan verrichten. In schrijnende gevallen leiden deze meerkosten al dan niet in combinatie met een verslechterde inkomenspositie tot financiële zorgen en schulden. Dit is de aanleiding voor de verschillende regelingen gericht op financiële ondersteuning van mensen met een chronische ziekte of beperking, waaronder de fiscale regeling ASZ. Recent is de noodzaak van inkomensondersteunende regelingen voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking herbevestigd door het Nibud. Het Nibud heeft inzichtelijk gemaakt met welke meerkosten mensen geconfronteerd kunnen worden als gevolg van hun chronische ziekte en/of beperking en wat de impact daarvan is op hun huishoudbudget.² In bepaalde situaties kan de financiële positie van deze groep mensen onder het bestaansminimum vallen. We kunnen daarbij niet uitsluiten dat hier mogelijk ook mensen tussen zitten bij wie het inkomen boven het minimum zit, die weinig recht op extra toeslagen hebben en zeer hoge meerkosten door hun ziekte of beperking.

1.2 VN-verdrag Handicap

Het in juni 2016 door Nederland geratificeerde VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (hierna: VN-Verdrag Handicap) sluit aan bij het doel om inkomensondersteuning te bieden aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Het VN-Verdrag Handicap schept geen nieuwe mensenrechten, maar is een uitwerking van de rechten opgenomen in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en daaropvolgende mensenrechtenverdragen. Het doel van het VN-Verdrag Handicap is het weghalen van drempels zodat mensen met een beperking op

² Nibud, *Meerkosten van het leven met een beperking*, 2024

gelijke voet kunnen deelnemen aan de samenleving.³ De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) regelt dat personen met een chronische ziekte en/of beperking net als ieder ander behandeld moeten worden en hiertoe ook aanpassingen kunnen eisen. Middels het VN-Verdrag Handicap erkent Nederland als ondertekenaar het recht op sociale bescherming van personen met een handicap en dient Nederland passende maatregelen te nemen om dat recht te borgen en stimuleren. De kosten die mensen door hun handicap moeten maken mogen er niet toe leiden dat de behoorlijke levensstandaard van deze mensen in gevaar komt.

1.3 Aanpalende voorzieningen en ondersteunende regelingen

Mensen met een chronische ziekte en/of beperking ontvangen zorg en ondersteuning vanuit verschillende wetten in het zorgstelsel en het sociaal domein. Dit zijn voorliggende voorzieningen aan de fiscale regeling. Het gaat dan om collectieve voorzieningen voor zorg en ondersteuning, de verzekerde zorg en de aanvullende verzekering. Daarnaast hebben zij afhankelijk van hun inkomen recht op algemene inkomensondersteunende regelingen zoals toeslagen.

Er is dus een breed spectrum aan inkomensondersteunende regelingen, waaronder regelingen in de fiscaliteit en het sociaal domein, en regelingen op landelijk en lokaal niveau. Gezamenlijk vormen deze regelingen een onoverzichtelijk en complex web aan inkomensondersteunende regelingen, waardoor mensen met een chronische ziekte en/of beperking weinig zicht hebben op de regelingen waar zij recht op hebben en te maken krijgen met hoge administratieve lasten in relatie tot relatief geringe bedragen. Bovendien zijn deze bedragen in gezamenlijkheid niet voor iedereen toereikend om boven het bestaansminimum uit te komen.⁴ Het gebrek aan overzicht van waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking recht op hebben leidt in combinatie met de hoge administratielast per regeling in de praktijk tot een hoog niet-gebruik. Dit niet-gebruik vergroot de ontoereikendheid van de tegemoetkomingen.

De lange termijnrichtingen zoals uitgewerkt in dit rapport zien specifiek toe op aanpassing van of alternatieven voor de ASZ. Daarnaast lopen andere trajecten om (delen van) het bredere stelsel van inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking te verbeteren⁵. Echter zijn de uitkomsten van dit rapport breder te benutten in het verbeteren van de inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

³ Naast het uitgangspunt van een gelijke behandeling zijn autonomie (zelfstandigheid) en participatie belangrijke grondbeginselen uit het VN-verdrag.

⁴ Nibud, *Meerkosten van het leven met een beperking*, 2024

⁵ Verwijzing Programma VIM; Nationale strategie

2. Historie, werking en gebruik van de regeling

2.1 Historie

De aftrekpost uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) zijn opvolgers van de Buitengewone uitgavenregeling (ook een fiscale aftrek) en de Tegemoetkoming voor Buitengewone Uitgaven (TBU) uit de Wet inkomstenbelasting 1964 en de Wet inkomstenbelasting 2001, respectievelijk ingevoerd in 2001 en 2004. In de periode 2001-2009 is met diverse maatregelen tevergeefs getracht de regeling toe te spitsen op mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De Buitengewone uitgavenregeling en de TBU zijn in 2009 vervangen vanwege het sterk stijgende budgettaire beslag, veroorzaakt door een stijging van gebruik van de regeling door mensen buiten deze doelgroep⁶.

De vervangende regelingen vanaf 2009 bestonden uit de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg, bestaande uit een algemene tegemoetkoming plus een fiscale aftrek), de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten en een Compensatieregeling voor het verplicht eigen risico (CER-uitkering). De algemene tegemoetkoming uit de Wtcg en de CER werden toegekend op basis van het zorggebruik, waarbij werd aangenomen dat dit een goede indicator zou zijn van de groep mensen met een chronische ziekte en/of beperking die als gevolg daarvan te maken hadden met meerkosten. Ook hier bleek echter de afbakening niet goed genoeg te werken en werd de regeling budgettair onbeheersbaar door een toename van het aantal gebruikers. Tevens bleek destijds uit onderzoek van TNO⁷ dat de relatie tussen gerapporteerd zorggebruik en meerkosten als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking tamelijk zwak is. Hierdoor ontvingen bepaalde groepen met hoge meerkosten geen tegemoetkoming en ontvingen andere groepen een hoge tegemoetkoming zonder dat zij te maken kregen met meerkosten.

In 2015 was het voornemen de gewenste ondersteuning van de doelgroep te decentraliseren naar gemeenten, inclusief overheveling van het volledig budgettair belang van indertijd € 700 miljoen. Uiteindelijk zijn de fiscale aftrekpost en de tegemoetkomingsregeling toch behouden, vanuit de breed levende wens om ook op landelijk niveau inkomensondersteuning te bieden aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Een deel van het budget, € 268 miljoen, werd naar de gemeenten overgeheveld. Gemeenten ontvangen jaarlijks ongeoormerkt een bedrag in het gemeentefonds om mensen met een chronische ziekte en/of beperking te helpen met financieel maatwerk ter compensatie van meerkosten als gevolg van hun ziekte of aandoening. Het merendeel van de gemeenten heeft twee of drie regelingen om mensen met een chronische ziekte en/of beperking te ondersteunen, vaak specifiek gericht op mensen met een laag inkomen. In aanvulling op deze decentrale voorzieningen wordt landelijke tegemoetkoming geboden middels de fiscale aftrekpost en tegemoetkomingsregeling. Sinds 2014 hebben er naast enkele wijzigingen in de aftrekbare posten geen fundamentele wijzigingen plaatsgevonden in deze fiscale regelingen.

2.2 Werking fiscale regeling

Fiscale regelingen zijn uitzonderingen binnen het belastingstelsel die de te betalen belasting verminderen. Fiscale regelingen dienen een specifiek (maatschappelijk) doel, zoals het voeren van inkomensbeleid, het bevorderen van ondernemerschap of het stimuleren van duurzaamheid. Fiscale regelingen zijn doorgaans niet budgettair gemaximeerd en leiden tot extra complexiteit van het belastingstelsel. In sommige gevallen zijn er echter goede redenen om toch een fiscale regeling te treffen. De rationale achter een fiscale regeling voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking is het heffen van belasting naar draagkracht. Meerkosten verminderen de

⁶ *Memorie van Toelichting bij Wet tegemoetkoming mensen met een chronische ziekte en gehandicapten, Kamerstukken II 2008-2009, 31706 nr. 3 onderdeel 2*

⁷ *TNO 2011 IMPACT van ICF op verbetering van de afbakening van de Wtcg-doelgroep*

draagkracht van mensen met een chronische ziekte en/of beperking en middels een fiscale regeling wordt hun verschuldigde inkomstenbelasting daarop aangepast. Om gebruik te kunnen maken van een fiscale regeling dient wel een belastingaangifte te worden gedaan.

Op dit moment kennen we twee fiscale regelingen specifiek gericht op het bieden van financiële ondersteuning van mensen met een ziekte en/of beperking in het bekostigen van hun meerkosten. Dit zijn de ASZ en de TSZ.

De aftrekpost voorziet in een financiële tegemoetkoming van de kosten als gevolg van ziekte of beperking. De regeling is niet specifiek gericht op het hebben van een *chronische* ziekte of beperking. De aftrek maakt het mogelijk om bepaalde zorgkosten af te trekken van het belastbaar inkomen.

De ASZ is inkomensafhankelijk, doordat enkel de kosten die boven een bepaalde drempel uitkomen kunnen worden afgetrokken en de drempelwaarde is hoger voor hogere inkomens. Gebruikers met een inkomen lager dan een bepaald bedrag hebben daarnaast recht op de verhoging specifieke zorgkosten. Zij mogen meer aftrekken dan daadwerkelijk is betaald voor de kosten (vermenigvuldigingsfactor). De aftrekpost leidt tot een gedeeltelijke financiële tegemoetkoming vanwege de drempel en het maximale belastingtarief waartegen de aftrekpost kan worden verrekend.

De huidige aftrekpost is vormgegeven op basis van kostensoorten. Voor de meeste kostensoorten wordt gekeken naar de daadwerkelijk gemaakte kosten, voor een aantal soorten zijn forfaitaire bedragen vastgesteld. Alleen uitgaven uit de limitatieve lijst kostenposten zijn nu onder voorwaarden⁸ aftrekbaar, dat zijn:

- genees- en heelkundige hulp,
- vervoer,
- farmaceutische en andere specifieke hulpmiddelen,
- extra gezinshulp,
- extra dieetkosten,
- extra kleding en beddengoed, en
- reizen in verband met het bezoeken van bepaalde langdurig verpleegde patiënten.

Uitgaven die vallen onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor premies en verzekeringen, kosten die reeds in een voorliggende voorziening worden vergoed of niet noodzakelijk zijn in verband met ziekte en/of invaliditeit kunnen niet worden afgetrokken. Zowel de kostenposten als de uitzonderingen zorgen voor uitdagingen in de handhaving van de Belastingdienst.

De TSZ biedt ondersteuning voor burgers die geen of minder voordeel hebben van de aftrek doordat zij hun heffingskortingen niet meer (volledig) kunnen verzilveren. In zo'n situatie zou de persoon feitelijk geen (of minder) tegemoetkoming voor de gemaakte meerkosten krijgen. De TSZ corrigeert dit verschil en wordt automatisch uitbetaald door de Belastingdienst.

2.2.1 Doorwerking op het verzamelinkomen en op eigen bijdragen en toeslagen

De ASZ is onderdeel van het begrip verzamelinkomen, dat weer bepalend is voor de hoogte van de toeslagen en eigen bijdragen in de zorg. Indien iemand zorgkosten fiscaal aftrekt, leidt dat tot een lager verzamelinkomen. Dat lagere verzamelinkomen werkt vervolgens door in de toeslagen. Ook de eigen bijdragen in de zorg zijn gebaseerd op het verzamelinkomen, maar dan wel het inkomen uit t-2. Als iemand zijn specifieke zorgkosten kan aftrekken, kan dat vervolgens dus leiden tot een lager verzamelinkomen, meer recht op toeslagen en lagere eigen bijdragen in de zorg. Dus naast

⁸ Belastingdienst (2024) Voorwaarden aftrek zorgkosten.

het afdragen van minder belasting dan wel teruggave van inkomstenbelasting is ook sprake van doorwerking op inkomensafhankelijke regelingen waarvoor het verzamelinkomen bepalend is. Om gevoel te krijgen bij de doorwerking is gekeken naar het vervallen van de fiscale aftrek, waarvan sprake zou zijn bij een gemeentelijke variant. Als er wordt gekozen voor een gemeentelijke variant in plaats van de huidige fiscale variant, betekent dit dat er naar schatting € 1.245 miljoen minder wordt afgetrokken in het verzamelinkomen. Dit gaat gepaard met een budgettair belang van € 315 miljoen in de ASZ. Ook de TSZ valt weg, met een budgettair belang van € 90 miljoen. Samen komt dit neer op € 405 miljoen. Omdat in veel huishoudens het verzamelinkomen hoger zal uitvallen, vervallen daarmee in veel gevallen het recht op toeslagen. Het bedrag van de doorwerking op de zorgtoeslag is € 59,0 miljoen, op de huurtoeslag € 70,1 miljoen, het kindgebonden budget € 3,7 miljoen en het effect op de kinderopvangtoeslag is nihil. De verandering van het verzamelinkomen zal ook effect hebben op gevraagde eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning (Wlz en Wmo 2015). Uit analyse op basis van gegevens van het CBS is gebleken dat indien de fiscale aftrek zou komen te vervallen, dit zo'n 80.000 personen met een eigen bijdrage voor langdurige zorg raakt. In hun geval wordt deze eigen bijdrage hoger, door een hoger verzamelinkomen. In totaal leidt de doorwerking tot circa € 40 miljoen aan hogere eigen bijdragen Wlz. Gemiddeld is dit zo'n € 500 per persoon per jaar.

2.2.2 Verbeteringen in de ASZ naar aanleiding van de negatieve evaluatie

Na de negatieve evaluatie van de ASZ zijn reeds enkele verbeteringen doorgevoerd in de fiscale regeling. Deze verbeteringen zien met name toe op verbetering van communicatie en handhaving en op het gebruiksgemak van de aanvrager en uitvoering. Het doel van deze verbeteringen is om ook gedurende het schrijven van dit rapport al binnen de bestaande regeling tot vereenvoudiging en verbetering te komen.

Het vergroten van de bekendheid en bevordering van de begrijpelijkheid van de huidige regeling onder belastingplichtigen is een belangrijk aandachtspunt. Door voorlichting, campagnes en uitbreiding van informatie op de website van de Belastingdienst is ingezet op het (juiste) gebruik van de regeling en het voorkomen van niet-gebruik. Doorlopend vinden verbeteringen plaats naar aanleiding van klantsignalen en andere signalen (zoals bijvoorbeeld dit onderzoek). Tegelijkertijd heeft goede uitleg tot doel om ook het onbedoelde en onjuiste gebruik van de regeling terug te dringen. De website van de Belastingdienst is daartoe reeds in 2023 ingrijpend veranderd en verbeterd.

De Belastingdienst besteedt jaarlijks in de campagne rond het doen van aangifte inkomstenbelasting aandacht aan de ASZ. Vanaf de aangifte 2022 zijn bijvoorbeeld de volgende acties uitgevoerd: verstrekken van PR-artikelen voor landelijke en lokale media, podcast, sociale media, advertenties in dagbladen en tijdschriften, banner (visuele boodschap) op wachtkamerschermen van huisartsen en andere zorgverleners en content op de website van de Belastingdienst. Daarnaast biedt de Belastingdienst stakeholders, zoals zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, ouderenbonden, en media een toolkit met campagnemiddelen die zij kunnen gebruiken om hun doelgroepen en achterban te informeren over de aftrek van specifieke zorgkosten. Dit is een doorlopend proces. Verder biedt de Belastingdienst maatschappelijk dienstverleners, zoals sociaal raadslieden, uitgebreide informatie op het Kennisnetwerk. Ook wordt ingezet op het niet-gebruik van de regeling gericht op AOW'ers met een klein pensioen.

Op het gebied van toezicht wordt continu bezien hoe de toezichtcapaciteit in zijn algemeenheid op een zo effectief mogelijke wijze kan worden ingericht en hoe hierbij gebruik kan worden gemaakt van nieuwe technologieën en werkwijzen. Er wordt gewerkt aan een (nieuw) handhavingplan. In dat plan staat opgenomen op welke manier bestaande middelen kunnen worden ingezet om binnen het huidige stelsel tot effectievere resultaten te komen. Communicatie en handhaving kunnen echter slechts tot op zekere hoogte het niet gebruik en het onbedoelde gebruik van deze complexe regeling mitigeren.

2.2.3 Aanpassingen in het Belastingplan 2025

Er is vanuit de projectgroep bekeken welke mogelijkheden er zijn om de bestaande regeling aan te passen zonder grote negatieve gevolgen voor de beoogde doelgroep of met verbetering van de begrijpelijkheid of complexiteit voor de aanvragers. Voorwaarde daarbij was dat er geen sprake is van een aanvullende derving of een opbrengst. Daarnaast is er beperkte ruimte om aanpassingen te doen in de aangiftestructuur van de Belastingdienst. Die ruimte is er pas over een aantal jaren. Met die voorwaarden zijn er twee wijzingen per 1 januari 2025 doorgevoerd in de aftrek voor uitgaven voor specifieke zorgkosten. Dit betreft:

1. De uitgaven voor vervoer;
2. De uitgaven voor reizen in verband met het regelmatig bezoeken van wegens ziekte of invaliditeit langer dan een maand verpleegde personen.

Aanpassing aftrek uitgaven voor vervoer: zorgkilometers en leefkilometers

Tot 2025 waren de werkelijke uitgaven voor vervoer wegens ziekte of beperking aftrekbaar. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen:

1. Kosten voor het vervoer naar een medische behandeling of voor het verkrijgen van (farmaceutische) hulpmiddelen (zorgkilometers).
2. Hogere vervoerskosten wegens ziekte of invaliditeit dan personen die in financieel en maatschappelijk opzicht in vergelijkbare omstandigheden verkeren, maar die niet ziek of invalide zijn (leefkilometers).

In beide situaties was het noodzakelijk om de werkelijke kosten per gereden kilometer te bepalen om deze vervolgens te vermenigvuldigen met de gereden kilometers. Zowel de werkelijke kosten als de vergelijking met personen die niet ziek zijn leidde tot veel administratieve lasten bij de burger en mogelijke discussies met de Belastingdienst.

Voor zorgkilometers is de berekening van de werkelijke autokosten vervangen door een vast bedrag van € 0,23 per kilometer. Daarnaast zijn de parkeer- veer- en tolgelden aftrekbaar bij het maken van zorgkilometers. Voor leefkilometers is gekozen voor een forfaitair bedrag (€ 925) wanneer de belastingplichtige als gevolg van zijn ziekte of invaliditeit, al dan niet met hulpmiddelen, niet meer dan 100 meter zelfstandig kan lopen. Hiermee vervallen zowel de berekening van de werkelijke kosten als de vergelijking met niet-zieke of invalide personen.

Aanpassing aftrek uitgaven voor reizen in verband met het regelmatig bezoeken van wegens ziekte of invaliditeit langer dan een maand verpleegde personen

Er is een aanpassing gedaan in het beoordelingstijdstip van het voeren van een gezamenlijke huishouding. Tot 2024 was het toetsmoment van de gezamenlijke huishouding de aanvang van de ziekte of invaliditeit van diegene die elders verblijft. Per 2025 is het toetsmoment gewijzigd naar aanvang van de opname of verblijf in de plaats waar de verpleging plaatsvindt. Het tijdstip van aanvang van de ziekte of invaliditeit en de aanvang van de opname of het verblijf kunnen ver uit elkaar liggen. Door de aanpassing wordt aangesloten bij de recente gezamenlijke huishouding en niet bij een eerdere gezamenlijke huishouding.

2.3 Huidig gebruik fiscale regeling

De kosten van de ASZ worden in 2023 geschat op € 315 miljoen. Daarnaast worden de kosten van de TSZ geschat op € 90 miljoen. In 2023 maakten naar schatting 900 duizend huishoudens gebruik van de ASZ. De gedetailleerde aangiftegegevens zijn geanalyseerd om per kostensoort een beter beeld te krijgen van het gebruik ervan. Hierbij is gekeken naar onderscheid in de hoogte van het drempelinkomen (verzamelinkomen vóór aftrek van persoonsgebonden aftrekposten), tussen AOW'ers en niet-AOW'ers en tussen eenpersoons- of meerpersoonshuishouden. Er zijn momenteel 857 duizend digitale aangiften beschikbaar. De overige aangiften zijn niet-digitaal, inconsistent of moeten nog verwerkt worden.

Type opgevoerde kostenposten en aanvrager

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal huishoudens met een bepaalde kostensoort en het totale bedrag aan opgevoerde kosten. Verder geeft deze tabel een onderverdeling naar AOW/niet-AOW, huishoudsamenstelling en inkomensgroepen. Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de gebruikers van de regeling AOW-gerechtigd is, geen fiscale partner heeft en een inkomen onder modaal.

Tabel 1

KOSTENRUBRIEK	AANTAL HUISHOUDENS	OPGEVOERDE KOSTEN	AANDEEL T.O.V. TOTAAL AANTAL HUISHOUDENS
Kosten medicijnen	423.562	€ 111.793.742	49,4%
Uitgaven voor hulpmiddelen	287.643	€ 219.013.249	33,6%
Uitgaven vervoer i.v.m. ziekte of invaliditeit	404.898	€ 160.992.497	47,3%
Dieetkosten	159.290	€ 146.699.792	18,6%
Extra uitgaven voor kleding en beddengoed	303.698	€ 124.211.173	35,5%
Uitgaven voor extra gezinshulp	22.984	€ 34.675.769	2,7%
Genees- en heelkundige hulp	574.425	€ 571.205.861	67,1%
Reiskosten ziekenbezoek	102.959	€ 40.875.015	12,0%
	Aantal huishoudens	Opgevoerde kosten	Aandeel t.o.v. totaal aantal huishoudens
AOW			
AOW	431.609	€ 700.873.991	50,4%
Niet-AOW	425.015	€ 543.513.234	49,6%
	Aantal huishoudens	Opgevoerde kosten	Aandeel t.o.v. totaal aantal huishoudens
Fiscaal partner			
Zonder fiscale partner	588.600	€ 789.929.619	68,7%
Met fiscale partner	268.024	€ 454.457.606	31,3%
	Aantal huishoudens	Opgevoerde kosten	Aandeel t.o.v. totaal aantal huishoudens
Verzamelinkomen huishouden			
Maximaal € 20.000	221.336	€ 243.224.104	25,8%
€ 20.001 - € 30.000	243.654	€ 352.004.058	28,4%
€ 30.001 - € 40.000	188.211	€ 305.266.471	22,0%
€ 40.001 - € 60.000	147.814	€ 205.857.780	17,3%
Meer dan € 60.000	55.609	€ 138.034.812	6,5%

Type kostenpost naar achtergrondkenmerk aanvrager

Tabel 2 geeft een overzicht van de aftrek van de acht verschillende kostensoorten en de totale aftrek naar:

- Het percentage huishoudens met ASZ waarbij de kostensoort voorkomt;
- Gemiddelde aftrek;
- Mediaan van de aftrek: bij 50% van de huishoudens met die aftrek is het aftrekbedrag lager en bij 50% hoger dan dit bedrag;

- Het percentage huishoudens met een aftrekbedrag > € 5.000.

De kosten leiden pas tot aftrek als de opgevoerde kosten boven het gestelde drempelbedrag uitkomen. Deze drempelwaarde neemt toe naarmate het inkomen toeneemt (1,65% van het drempelinkomen tot een drempelinkomen van € 45.695 en daarna 5,75% van het drempelinkomen boven die grens, en minimaal € 149). Hierdoor zullen over het algemeen kleine aftrekbedragen niet bij hoge inkomens voorkomen, tenzij er ook andere kosten worden opgevoerd.

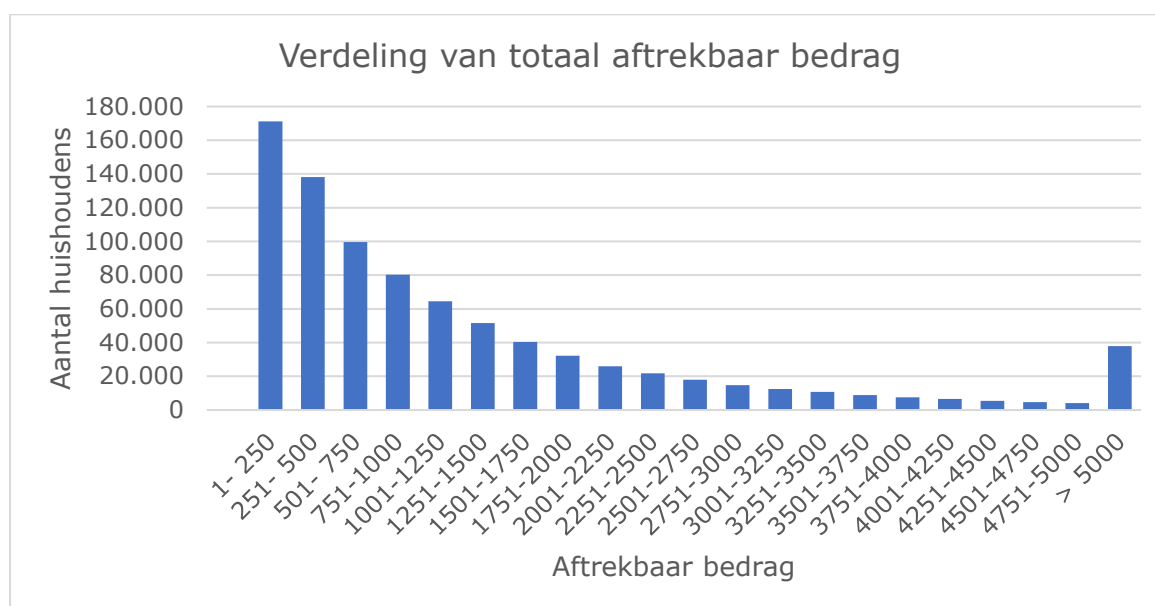
Tabel 2

TYPE KOSTEN	AANDEEL HUISHOUDENS	GEMIDDELD BEDRAG	MEDIAAN BEDRAG	AANDEEL WAARVAN BEDRAG HOGER DAN € 5.000
Medicijnen	49,4%	€ 264	€ 144	0,1%
Hulpmiddelen	33,6%	€ 761	€ 297	1,6%
Vervoer	47,3%	€ 398	€ 193	0,4%
Dieetkosten	18,6%	€ 921	€ 950	0,3%
Kleding en beddengoed	35,5%	€ 409	€ 310	0,0%
Geneeskundige hulp	67,1%	€ 994	€ 449	2,4%
Ziekenbezoek	12,0%	€ 397	€ 175	0,3%
Gezinshulp	2,7%	€ 1.509	€ 300	4,5%
Totale aftrek	100%	€ 1.453	€ 800	4,4%

Aantal huishoudens naar hoogte aftrek

Het totale aftrekbare bedrag is verdeeld zoals in Figuur 1. Veel huishoudens hebben een laag aftrekbaar bedrag. Hoe hoger het bedrag is, hoe minder het voorkomt. Hierdoor is het mediane bedrag een stuk lager dan het gemiddelde bedrag. Bij zes van de acht kostensoorten zijn de aftrekbedragen vergelijkbaar verdeeld. Alleen bij dieetkosten en extra uitgaven voor kleding en beddengoed wordt de aftrek bepaald door forfaitaire bedragen, waardoor er pieken ontstaan bij de diverse forfaitaire bedragen.

Figuur 1



Hieronder worden per kostensoort de meest opvallende bevindingen genoemd.

Medicijnen

- Bij 69% is de aftrek minder dan € 250, bij 88% minder dan € 500, bij 97% minder dan € 1.000.
- Bij een groot deel van de huishoudens met aftrekbaar kosten medicijnen is het bedrag aan kosten van medicijnen zodanig laag dat er nog andere aftrekbaar zorgkosten moeten zijn om, rekening houdend met de inkomensdrempel, voor aftrek in aanmerking te komen. Aan de andere kant zullen er huishoudens zijn waarbij de vermenigvuldigingsfactor ervoor zorgt dat de zorgkosten boven de inkomensdrempel uitkomen.
- De medicijnen die worden afgetrokken bij gebruikers met een hoge aftrek betreffen niet-vergoede geneesmiddelen. Voor verzekerde geneesmiddelen waar een eigen bijdrage geldt, geldt ook in 2025 dat de jaarlijkse eigen bijdrage aan geneesmiddelen maximaal € 250 bedraagt.

Hulpmiddelen

- Bij 67% is de aftrek minder dan € 500, bij 83% is de aftrek minder dan € 1.000, maar bij 7% is de aftrek meer dan € 3.000. Relatief veel van de huishoudens (1,6%) heeft een aftrek aan hulpmiddelen van meer dan € 5.000.

Vervoerskosten

- Bij 80% van de huishoudens met vervoerskosten zijn de kosten minder dan € 500, en bij 92% minder dan € 1.000.

Dieetkosten

- De spreiding van de aftrekbedragen van dieetkosten levert een heel ander beeld op dan bij Figuur 1. Dit komt doordat er forfaitaire bedragen gelden voor specifieke diëten. Deze bedragen komen het meest voor onder de huishoudens.
- 35% van de huishoudens heeft een aftrekbaar bedrag van minder dan € 500, 38% van de huishoudens heeft een bedrag tussen de € 750 en € 1.250.

Kleding en beddengoed

- Ook bij kleding en beddengoed gelden er forfaitaire bedragen, waardoor de verdeling niet vergelijkbaar is met Figuur 1. De forfaitaire bedragen komen het meest voor onder de huishoudens.

- Indien er meer kosten voor kleding en beddengoed gemaakt zijn dan mensen in vergelijkbare (financiële) gezinsomstandigheden, maar die niet ziek of invalide zijn, dan mag € 310 in aftrek worden genomen. Als de kosten meer bedragen dan € 620 mag € 775 in aftrek worden genomen. Deze bedragen worden jaarlijks geïndexeerd. Dat er meer dan deze twee bedragen voorkomen kan te verklaren zijn enerzijds doordat er meer huishoudleden zijn waarvoor extra kosten aan kleding en beddengoed worden gemaakt en anderzijds doordat er maar een deel van het jaar sprake is van extra kosten (en dan naar rato de forfaitaire kosten mogen worden afgetrokken).
- In 98% van de huishoudens is het aftrekbare bedrag minder dan € 1.000.

Geneeskundige hulp

- Bij 51% van de huishoudens is het aftrekbare bedrag minder dan € 500, bij 74% minder dan € 1.000 en bij 94% van de huishoudens minder dan de € 3.000. Bij een relatief groot deel van de huishoudens (2,4%) is het bedrag meer dan € 5.000.

Ziekenbezoek

- Bij 80% van de huishoudens is het bedrag minder dan € 500 en bij 95% minder dan € 1.500.

Extra gezinshulp

- Er zijn relatief weinig huishoudens met aftrekbare kosten voor extra gezinshulp (2,7% van de huishoudens die gebruik maken van de ASZ).
- Een van de verklaringen hiervoor is dat voor het kunnen aftrekken van uitgaven aan extra gezinshulp een extra drempel geldt. Afhankelijk van de hoogte van het drempelinkomen bedraagt die drempel 0%, 1%, 2% of 3% van het drempelinkomen.
- 62% van de huishoudens heeft een aftrekbaar bedrag van minder dan € 500 en 90% van de huishoudens heeft een bedrag van minder dan € 2.500.
- In vergelijking met andere kosten zijn er relatief de meeste huishoudens met aftrek aan extra gezinshulp meer dan € 5.000 (4,5%).

2.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is de historie, de werking en het gebruik van de fiscale regeling beschreven. Uit de historie blijkt dat al decennialang in de Nederlandse samenleving de behoefte bestaat om rekening te houden met kosten van ziekte. Zodoende ontstond een aftrekpost in de inkomstenbelasting. Begin deze eeuw bestond de wens om dit meer toe te spitsen op kosten als gevolg van chronische ziekte en/of beperking. In verband daarmee zijn vervolgens diverse regelingen uitgewerkt die allen in de praktijk opliepen tegen dezelfde problemen, namelijk het sterk stijgende budgettaire beslag, veroorzaakt door een stijging van gebruik van de regeling door mensen buiten deze doelgroep.

Afbakeningsproblematiek zorgde er ook voor dat bepaalde groepen met hoge meerkosten geen tegemoetkoming ontvingen en andere groepen een hoge tegemoetkoming zonder dat zij te maken kregen met meerkosten. In 2015 is daarom besloten ondersteuning van de doelgroep deels te decentraliseren naar gemeenten, inclusief overheveling van het bijbehorende budget. Daarbij is de fiscale aftrekpost en de tegemoetkomingsregeling toch behouden, vanuit de breed levende wens om ook op landelijk niveau inkomensondersteuning te bieden aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

De ASZ voorziet in een financiële tegemoetkoming van de kosten als gevolg van ziekte of beperking. De regeling is niet specifiek gericht op het hebben van een chronische ziekte of beperking. De aftrek maakt het mogelijk om bepaalde zorgkosten af te trekken van het belastbaar inkomen. Zoals in de inleiding en hoofdstuk 1 beschreven is de werking van de ASZ in 2022 geëvalueerd en negatief bevonden. Na de negatieve evaluatie van de regeling zijn in 2023 maatregelen genomen om de werking van de regeling te verbeteren. Deze verbeteringen zien met name toe op verbetering van communicatie en handhaving en op het gebruiksgemak van de

aanvrager en uitvoering. Verder zijn per 1 januari 2025 verbeteringen doorgevoerd in de aftrek voor uitgaven voor vervoer: zorgkilometers en leefkilometers. Hierdoor is het niet langer nodig de werkelijke autokosten op jaarbasis te berekenen waardoor de begrijpelijkheid is vergroot en aanvragen minder complex is geworden.

Tot slot is in dit hoofdstuk het huidige gebruik van de regeling, zowel totaal als per kostensoort, getoond. Van medicijnen, hulpmiddelen, vervoerskosten, dieetkosten, kleding en beddengoed, geneeskundige hulp en extra gezinshulp zijn tevens de meest opvallende bevindingen genoemd. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de knelpunten van de fiscale regeling.

3. Knelpuntenanalyse van de fiscale regeling

De ASZ biedt gebruikers een tegemoetkoming voor een aantal gespecificeerde kostenposten. Zoals in de inleiding en hoofdstuk 1 is toegelicht, bestaat de noodzaak voor aanvullende inkomensondersteunende maatregelen voor de doelgroep en voorziet de regeling in een behoefte. Echter is de huidige regeling niet positief geëvalueerd: de regeling is beperkt doelmatig, beperkt doeltreffend en bereikt een gedeelte van de mensen met een chronische ziekte en/of beperking niet. Onderstaand wordt ingegaan op de knelpunten binnen de regeling vanuit de perspectieven van mensen met een chronische ziekte en/of beperking, de overheid en de uitvoering.

3.1 Knelpunten voor mensen met een chronische ziekte of beperking

Uit het onderzoek van Dialogic komt naar voren dat de specifieke zorgkostenregeling voor veel mensen uit de doelgroep een belangrijke regeling is, omdat het een vangnet biedt voor als zij hun kosten niet elders terug kunnen krijgen. Echter wordt een significant deel van de mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten op dit moment niet bereikt met de fiscale regeling. Circa 900 duizend mensen maken gebruik van de ASZ en volgens de evaluatie betreft dit voor een gedeelte mensen zonder chronische ziekte en/of beperking. Volgens schattingen loopt het aantal personen met een chronische ziekte en/of beperking uiteen van 2 tot 9,5 miljoen personen, waarvan afhankelijk van de schattingen het aantal mensen met meerkosten rond de 3 miljoen bedraagt (zie voor meer achtergrond hoofdstuk 5).

Grofweg zijn vier knelpunten in de regeling onderscheiden vanuit de (potentiële) gebruikers. Deze knelpunten komen voort uit de analyses in het evaluatierapport gecombineerd met informatie uit participatiebijeenkomsten met ervaringsdeskundigen en belangenorganisaties. Naar aanleiding van de consultatie is nog een vijfde knelpunt toegevoegd waar mensen met een chronische ziekte of beperking tegenaan lopen en dat zijn de gevolgen van fiscaal partnerschap.

Knelpunt 1: Het is onduidelijk welke kosten aftrekbaar zijn en deze aftrekbare kostenposten sluiten niet altijd aan op de meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking
In de fiscale regeling wordt de doelgroep afgebakend aan de hand van aftrekbare kostenposten. De evaluatie geeft aan dat niet-gebruik met name komt doordat de meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking niet altijd in aanmerking komen voor de aftrekpost of omdat de kosten niet boven het drempelbedrag uitkomen (in dit laatste geval bestaat er geen recht op tegemoetkoming). Ook uit onderzoek van het Nibud⁹ wordt duidelijk dat een deel van de meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd niet aftrekbaar is. Dit komt mede door de grotere heterogeniteit in het type en de hoogte van de meerkosten waar mensen als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd. Meerkosten hangen onder andere af van factoren als het type chronische ziekte of beperking, de ernst, het stadium en de verschijningsvorm, de sociale context en gezondheidsvaardigheden.

Het is voor gebruikers daarnaast niet altijd duidelijk welke kosten aftrekbaar zijn. Een aantal kostensoorten is uitgesloten van de aftrek, maar wordt nog regelmatig opgevoerd. In het evaluatierapport wordt benoemd dat een groot deel van de gebruikers aangeeft dat het redelijk duidelijk is welke kosten mogen worden opgegeven. Tegelijkertijd blijkt dat er bij 28% van de belastingaangiften waarin zorgkosten worden opgegeven sprake is van een foutief ingevulde aangifte waar een correctie kan plaatsvinden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat gebruikers denken dat zij de regeling begrijpen terwijl dat in werkelijkheid niet het geval is. Er is dus sprake

⁹ Nibud, *Meerkosten van het leven met een beperking*, 2024

van onbewust onjuist gebruik. In de gesprekken van de onderzoekers met de cliëntorganisaties kwam een negatiever beeld naar voren over de begrijpelijkheid van de aftrekbare kosten. Zij gaven aan dat er veel onduidelijkheid is over welke kosten precies aftrekbaar zijn. Dit beeld kwam ook naar voren in de participatiebijeenkomst medio 2024.

Knelpunt 2: het is complex om de tegemoetkoming aan te vragen via een belastingaangifte

Respondenten geven aan dat aanvraag van tegemoetkoming onder de regeling specifieke zorgkosten veel tijd kost. Ook in het traject van het schrijven van dit rapport is door ervaringsdeskundigen en belangenorganisaties benoemd dat het aanvragen van de tegemoetkoming complex is en dat sommige gebruikers een belastingconsulent nodig hebben om de aangifte te kunnen invullen. De gevraagde bewijslast voor een aantal van de kostenposten is groot, waardoor de aanvraaglasten hoog zijn in verhouding tot het uitgekeerde bedrag. De grote bewijslast komt deels voort uit het feit dat meerkostenposten worden gebruikt om de doelgroep af te bakenen terwijl het in de praktijk soms moeilijk is om de grens te bepalen tussen wat 'reguliere' zorgkosten' en wat 'meerkosten' zijn. Daarvoor moet de situatie van mensen met een chronische ziekte en/of beperking worden vergeleken met mensen zonder chronische ziekte en/of beperking die (verder) in een vergelijkbare situatie verkeert. Dat is soms erg ingewikkeld en vraagt om veel informatie vanuit de aanvrager.

Knelpunt 3: het is moeilijk om informatie over de regeling te vinden en de beschrijving van de regeling en aftrekbare kostenposten wordt als complex ervaren

De taal waarin de regeling wordt uitgelegd, wordt volgens het evaluatierapport door de gebruikers als complex ervaren. De informatie is versnipperd en onduidelijk weergegeven en de website van onbeperkt meedoen moet volgens ervaringsdeskundigen beter worden vormgegeven. Bijvoorbeeld met een beslisboom die hen verwijst naar alle beschikbare regelingen. Niet alle gemeenten beschikken over loketten waar informatie kan worden verkregen over de aftrekpost. Dat zorgt dat niet alle gebruikers informatie bij gemeenten kunnen inwinnen. Een aantal gemeenten geeft aan dat informatie te vinden is in de voorzieningenwijzer. Veel gemeenten informeren hun inwoners over mogelijke ondersteuningsregelingen via keukentafelgesprekken. De inwoners met een chronische ziekte en/of beperking die niet bekend zijn bij hun gemeenten ontvangen deze informatie niet. In de participatiebijeenkomsten is benoemd dat het niet voor iedereen duidelijk is welk type kosten onder elke kostenpost kunnen worden afgetrokken. Zo was het voor een ervaringsdeskundige niet duidelijk dat ook meerkosten van vervoer kunnen worden afgetrokken. De beschrijvingen bij deze kostenposten worden als complex ervaren.

Knelpunt 4: De benodigde voorfinanciering van meerkosten is niet voor iedereen haalbaar en de periode tussen het maken van de kosten en de teruggave is lang. Ook na deze periode blijft angst voor terugbetalingen bestaan.

De ASZ geeft een gedeeltelijke tegemoetkoming van meerkosten via de belastingaangifte. Deze kosten moeten in zijn geheel worden voorgefinancierd door de gebruiker. Dit is niet voor iedereen financieel mogelijk, waardoor de zorg en ondersteuning voor hen niet toegankelijk is. Ervaringsdeskundigen benoemen dat het een nadeel is dat het lang duurt voordat een klein gedeelte van de opgegeven meerkosten wordt vergoed via de fiscale regeling. Dit komt doordat de aftrek pas leidt tot een teruggave na het opleggen van een aanslag. Het is mogelijk een voorlopige aanslag in te dienen waarbij de tegemoetkoming maandelijks wordt uitbetaald. Dit verkort de periode tussen indiening van de kosten en ontvangst van de tegemoetkoming, maar verhoogt de complexiteit. Belangenorganisaties geven daarbij aan dat sommige mensen met een chronische ziekte en/of beperking de tegemoetkoming niet aanvragen uit angst voor terugvorderingen. Deze angst kan bijvoorbeeld toezien op het na controle moeten terugbetalen van de ontvangen tegemoetkoming. Ervaringsdeskundigen geven daarbij aan dat zij na ontvangst van de teruggave angstig blijven voor terugvorderingen bij controles.

Knelpunt 5: de gevolgen van fiscaal partnerschap

Uit de consultatie is naar voren gekomen dat er ook knelpunten worden ervaren omtrent het fiscaal partnerschap. Hierover geeft men aan "Voor mensen met een chronische ziekte/beperking

is het extra fijn om samen te wonen met hun partner vanwege de praktische steun en hulp. Dit werkt ook kostenverlagend voor de zorg. Dit samenwonen wordt geremd door het fiscaal partnerschap, waarbij de drempel wordt verhoogd als gevolg van het inkomen van de partner, terwijl het de samenleving juist minder kost.”

3.2 Knelpunten voor de overheid

Knelpunt 1: een heldere doelstelling ontbreekt

De onderzoekers die de regeling evalueerden merken op dat het doel van de fiscale regeling in de toelichting bij het wetsvoorstel niet voldoende expliciet wordt gemaakt.¹⁰ Bij invoering van de fiscale regeling in 2008 is in de memorie van toelichting¹¹ benoemd dat de regering vindt dat mensen die beperkingen ondervinden door hun gezondheid volwaardig moeten kunnen participeren in de samenleving. Hierbij wordt benoemd dat de overheid niet alle meerkosten kan vergoeden, maar wel kan voorzien in een tegemoetkoming. Het wordt niet duidelijk welk niveau van compensatie dient te worden geboden.

Daarnaast is bij de afschaffing van de Wet tegemoetkoming mensen met een chronische ziekte en/of beperking (Wtcg) en Wet Compensatie Eigen Risico (CER) in 2014 niet helder vastgelegd waarom de fiscale regeling is behouden en wat het precieze doel van de regeling is binnen het sterk gewijzigde stelsel van ondersteuning van mensen met een beperking en/of chronisch ziekte.

De huidige doelstelling van de TSZ is wel helder geformuleerd, namelijk om mensen tegemoet te komen die vanwege hun aftrek voor specifieke zorgkosten (een deel van) hun heffingskortingen niet meer kunnen verzilveren. Doordat deze mensen een relatief laag inkomen in combinatie met relatief hoge zorgkosten en meerdere heffingskortingen hebben, betalen zij namelijk niet genoeg belasting om al hun kortingen te verzilveren. De TSZ compenseert hen hiervoor.

Knelpunt 2: de doelgroep is niet eenduidig gedefinieerd en wordt benaderd op basis van kostenposten. Dit vermindert de gerichtheid van de regeling

In de wetteksten staat dat de regeling vergoeding biedt voor uitgaven voor specifieke zorgkosten die wegens ziekte of invaliditeit zijn gedaan. Hier wordt dus niet gesproken over het hebben van een chronische ziekte en/of beperking, waarmee de regeling formeel niet gericht is op alleen mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Hierdoor wordt de doelgroep van de regeling sterk vergroot. De gebruikersgroep van de fiscale regeling wordt afgebakend aan de hand van de aftrekbare kostensoorten. Dit veronderstelt dat alleen personen met een chronische ziekte en/of beperking te maken krijgen met deze kostenposten. Dit is echter niet altijd het geval. Kosten aan bijvoorbeeld mondzorg zijn niet altijd het gevolg van een chronische ziekte en/of beperking. Hierdoor is sprake van weglek van budget naar mensen die niet chronisch ziek zijn en geen beperking hebben.

De huidige mate van specificering van de doelgroep gaat niet in op de hoogte van meerkosten die men moet hebben om voor vergoeding in aanmerking te komen, al dan niet in verhouding tot het besteedbaar inkomen. Er is geen keuze gemaakt aangaande de inkomenssituatie van de doelgroep, dat wil zeggen, er is niet specifiek gekozen voor inkomensondersteuning voor de gehele groep mensen met een chronische ziekte en/of beperking of voor alleen de onderkant van het inkomensgebouw. Impliciet is hier wel een keuze in gemaakt, aangezien in de vormgeving middels een aftrekpost alle inkomensgroepen gebruik kunnen maken van de regeling. Door de drempelwaarden ontvangen huishoudens met hogere inkomens pas tegemoetkoming vanaf een hoger bedrag aan meerkosten dan huishoudens met lagere inkomens.

¹⁰ Dialogic, *Evaluatie aftrek specifieke zorgkosten, 2022 (p. 31-32)*

¹¹ Kamerstuk 31 706, *Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, 2008*

Knelpunt 3: de doeltreffendheid en doelmatigheid van de regeling kunnen niet worden vastgesteld
De onderzoekers concluderen dat de doeltreffendheid niet goed kan worden vastgesteld, maar dat er voldoende signalen zijn dat deze als beperkt kan worden verondersteld.

De evaluatie laat zien dat er sprake is van onbedoeld en onjuist gebruik van de regeling. Het gaat dan zowel om onbewust als bewust verkeerd gebruik. Onbedoeld gebruik vindt plaats doordat kosten die onder de regeling worden gebracht ook via een voorliggende voorziening kunnen worden verkregen, waar echter niet altijd gebruik van wordt gemaakt. In de memorie van toelichting van het afschaffen van de Wtcg wordt benoemd dat dit in combinatie met de beperkt afgebakende doelgroep leidt tot: *"Hiermee wordt het doel van de fiscale regeling, die slechts als vangnet zou moeten dienen voor elders niet gecompenseerde meerkosten van zorg, steeds verder opgerekt."*¹²

De onderzoekers geven aan dat het vanwege de diversiteit aan voorzieningen niet mogelijk is aan te geven in welke mate er sprake is van onbedoeld gebruik. Met onjuist gebruik wordt bedoeld op kosten die met behulp van de regeling in aftrek worden gebracht die niet hadden mogen worden opgevoerd.

Uit steekproeven van de Belastingdienst is gebleken dat een deel van de opgegeven zorgkosten door de belastingplichtigen niet kan worden aangetoond of onderbouwd. Ook is sprake van ander onjuist gebruik van de regeling, zoals het onterecht opvoeren van het eigen risico van de zorgverzekering als zorgkosten. De evaluatie toont aan dat circa 39% van de in aftrek gebrachte zorgkosten bij controle door de Belastingdienst gecorrigeerd zou worden. Het gaat daarbij om een corrigeerbaar bedrag van € 346 miljoen op jaarbasis (aangiften 2019).

3.3 Knelpunten voor de uitvoering

In de evaluatie heeft Dialogic geschat dat minimaal 85 fte bij de Belastingdienst bezig zijn met de uitvoering van de regeling. Dat wil niet zeggen dat deze 85 fte daadwerkelijk afdoende zijn om de aftrekpost uit te voeren en te controleren. Een grotere inzet van capaciteit zou echter onevenredig zijn in verhouding tot de omvang van de regeling. Het grote beslag op de uitvoeringscapaciteit van de Belastingdienst komt voornamelijk doordat controle en handhaving van de fiscale regeling handmatig dient plaats te vinden, in sommige gevallen medische kennis vereist en doordat de regeling voor een deel open normen kent.

Knelpunt 1: het heffen van belastingen gaat grotendeels geautomatiseerd, maar controle van gegevens over meerkosten dient handmatig plaats te vinden

Het heffen van belastingen is een massaal proces en de inrichtingen van de processen zijn hierop afgestemd en zoveel mogelijk geautomatiseerd. De Belastingdienst kan de uitgaven voor zorgkosten niet vooraf invullen op basis van informatie van derden (contra-informatie). Door het ontbreken van deze informatie kan ook niet automatisch worden gecontroleerd of de opgegeven uitgaven juist zijn. De regeling vraagt daarom in dienstverlening en toezicht vaak een individuele handmatige behandeling. De benodigde individuele behandeling leidt tot een groot capaciteitsbeslag bij de Belastingdienst vanwege de complexiteit van de regeling. Bij beperkingen in capaciteit zal de onjuiste toepassing van de regeling in de praktijk toenemen.

Knelpunt 2: de Belastingdienst is niet in staat om medische gegevens te beoordelen

De regeling bevat veel meerkostenposten waarbij de Belastingdienst medische informatie moet beoordelen. De Belastingdienst kan niet geautomatiseerd controleren of de opgegeven zorgkosten daadwerkelijk zijn gemaakt, of medicijnen door een arts zijn voorgeschreven en of de zorgkosten al door een zorgverzekeraar zijn vergoed. Deze informatie dient daardoor te worden uitgevraagd

¹² *Afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten, 2012/2013, Kamerstuk 33 726.*

en gecontroleerd. Zicht op deze gegevens, waarbij de burger (soms meermaals, namelijk ook bij de zorgverzekeraar en gemeente) deze gegevens moet aanleveren is vaak ingrijpend. Het gaat daarbij om gegevens die zien op de gezondheid van personen. Deze worden in de AVG als bijzondere persoonsgegevens aangemerkt.

Het is lastig om deze informatie te controleren voor de Belastingdienst. Het beoordelen van medische informatie past niet goed binnen de competenties van de Belastingdienst. Voorbeelden hiervan zijn de beoordeling of bepaalde uitgaven samenhangen met ziekte of invaliditeit en de beoordeling of alternatieve geneeswijzen voldoen als genees- en heelkundige hulp. Bij verpleging en verzorging is het bij de aangifte voor de Belastingdienst niet inzichtelijk in hoeverre dit op voorschrift van een arts plaatsvindt. Ook is het gecompliceerd om persoonlijke voorkeuren van belastingplichtigen te onderscheiden van een noodzakelijk beroep op zorg- en ondersteuningsvormen. Soms worden dure voorzieningen opgevoerd, terwijl goedkopere alternatieven mogelijk volstaan.

Knelpunt 3: een deel van de aftrekposten is omschreven als een open norm, waardoor ruimte ontstaat voor (juridische) discussies tussen aanvrager en uitvoerder

De beoordeling of kosten aftrekbaar zijn is in sommige gevallen zeer casuïstisch. Kosten moeten bijvoorbeeld noodzakelijk zijn wegens ziekte of invaliditeit en mogen soms alleen hoofdzakelijk voorkomen bij mensen met een chronische ziekte en/of beperking (dit geldt bij hulpmiddelen). Dit zijn echter lastig in te vullen begrippen die in de praktijk een groot grijs gebied toelaten.

3.4 Conclusies over de fundamentele problematiek

Uit bovenstaande knelpunten blijkt dat de huidige fiscale regeling gepaard gaat met fundamentele problemen. Er is sprake van niet-gebruik, (onbedoeld) onjuist gebruik, gebruik door personen zonder chronische ziekte en/of beperking en van hoge aanvraag- en uitvoeringslasten. Tevens zijn de doelmatigheid en doeltreffendheid van de fiscale regeling niet vast te stellen.

Een van de voornaamste onderliggende oorzaken voor deze problematiek lijkt te zijn dat de doelstelling niet eenduidig is vastgesteld. Dit leidt ertoe dat niet kan worden vastgesteld of de tegemoetkoming op doelmatige wijze voorziet in de publieke behoefte waarvoor hij is ingesteld. Tevens bemoeilijkt dit het verbeteren of vervangen van de fiscale regeling, doordat niet duidelijk is welk alternatief het beste past bij de beleidsdoelen.

Daarnaast komt een groot deel van de problematiek voort uit het ontbreken van een eenduidig gedefinieerde en afgebakende doelgroep. Het ontbreken van deze definitie en afbakening leidt ertoe dat de fiscale regeling op basis van meerkosten in specifieke kostensoorten afbakt wie wel en wie geen recht heeft op tegemoetkoming. De Belastingdienst heeft geen inzicht in medische gegevens en vraagt bewijslast op om te bepalen of er sprake is van meerkosten in de gespecificeerde categorieën. Dit leidt tot hoge aanvraaglasten bij de gebruiker om meerkosten aan te tonen en tot hoge uitvoeringslasten bij de Belastingdienst om de aangeleverde bewijslast op individuele basis te controleren.

Tot slot is de fiscale regeling weliswaar afgebakend op basis van kostenposten, maar sluiten deze niet altijd aan op de meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd. Daardoor kunnen niet alle mensen met een chronische ziekte en/of beperking die te maken hebben met meerkosten gebruik maken van de regeling, terwijl mensen zonder chronische ziekte of beperking soms juist wel met deze kostenposten te maken krijgen. Bovendien zijn de kostenposten niet eenduidig en voor alle gebruikers begrijpelijk omschreven, wat het risico op onbedoeld en onjuist gebruik vergroot.

Zoals in hoofdstuk 1 toegelicht is het uitgangspunt van dit rapport een aanpassing of alternatief voor de huidige ASZ om de middelen gericht in te zetten voor mensen met een chronische ziekte

en/of beperking. In de volgende hoofdstukken zal daarom achtereenvolgens worden ingegaan op manieren om de fundamentele problematiek te verlichten door de doelstelling te verhelderen, de doelgroep beter af te bakenen en de kostenposten beter te richten op de meerkosten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

4. Aanscherpingsopties voor de doelstelling van de tegemoetkoming

In de evaluatie wordt geconcludeerd dat de doelmatigheid van de fiscale regeling niet kan worden vastgesteld doordat er geen eenduidig doel is geformuleerd. In het voorgaande hoofdstuk komt naar voren dat het ontbreken van een helder gedefinieerd doel in de praktijk de ervaren problematiek met de fiscale regeling vergroot. Uit de parlementaire geschiedenis zijn enkele doelstellingen te destilleren.

Doelstelling uit de memorie van toelichting bij de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten¹³

Bij invoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in 2009 heeft de overheid het doel gesteld dat iedereen in Nederland de mogelijkheid heeft volwaardig te participeren in onze samenleving. In de memorie van toelichting wordt beschreven dat dit uitgangspunt van volwaardige participatie ook dient te gelden voor mensen die beperkingen ondervinden door problemen met hun gezondheid. Met dit doel in beeld zijn volgens de memorie van toelichting departementen zelf verantwoordelijk voor het voeren van inclusief beleid, waarbij hun beleidsvoornemens ook rekening dienen te houden met mensen met een chronische ziekte en/of beperking. In aanvulling op dit inclusieve departementale beleid, biedt de overheid mensen met een chronische ziekte en/of beperking een financiële tegemoetkoming middels inkomensondersteunende regelingen. Deze regelingen, waaronder de huidige ASZ, zijn specifiek bedoeld ter aanvullende financiële ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking naast de generieke inkomensondersteunende regelingen. De overheid vergoedt niet de volledige meerkosten, maar biedt voor een gedeelte van de meerkosten een tegemoetkoming.

Doelstelling uit de stukken ter afschaffing van de voorlopers van de huidige fiscale regeling¹⁴

In de parlementaire stukken opgesteld ter toelichting van het afschaffen van de voorlopende regelingen van de huidige fiscale regeling staat dat het doel van de fiscale regeling het dienen als vangnet voor niet elders gecompenseerde meerkosten van zorg is. Bij de uitdagingen wordt benoemd dat door gebrek aan gerichtheid van de regeling op een specifieke doelgroep en door de gekozen kostenposten het doel van de regeling steeds verder wordt opgerekt.

Aanpalend: doelstelling in de nationale strategie onder het VN-verdrag Handicap¹⁵

De nationale strategie onder het VN-verdrag Handicap omvat onder andere de financieel-economische positie van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De strategie is veelomvattend en omvat daarmee verschillende doelstellingen met raakvlak met de fiscale regeling. Daarom kan bij het herijken van de doelstelling van de fiscale regeling worden aangesloten bij (een van) de doelstellingen van de nationale strategie onder het VN-verdrag Handicap. In deze strategie wordt bijvoorbeeld ingezet op het wegnemen van obstakels die mensen met een beperking verhinderen om mee te kunnen doen aan de samenleving om zo gelijkwaardige deelname voor mensen met een beperking mogelijk te maken. Tevens wordt benoemd dat mensen met een beperking recht hebben op een behoorlijke levensstandaard om te voorzien in voldoende voedsel, kleding, onderwijs, ontspanning, gezondheidszorg en een woning, voor henzelf en hun gezin.

¹³ *Memorie van toelichting, Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten), 2008/09, Kamerstuk 31 706 nr. 3*

¹⁴ *Afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten, 2012/3, Kamerstuk 33 726.*

¹⁵ *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nationale strategie voor de implementatie van het VN-verdrag Handicap, 31 januari 2024.*

Uit bovenstaande stukken zijn een aantal doelstellingen te destilleren:

- a) Het bevorderen dat mensen met een beperking zo normaal mogelijk kunnen meedoen aan het leven van alledag;
- b) Het financieel tegemoetkomen van mensen met een chronische ziekte en/of beperking zodat zij beter in staat zijn maatschappelijk te participeren;
- c) Het bieden van een vangnet voor niet elders gecompenseerde meerkosten van zorg; in dezelfde memorie van toelichting staat dat dit doel steeds meer werd opgerekt doordat mensen in de praktijk soms geen genoegen nemen met beschikbare voorliggende faciliteiten;
- d) Mensen met een beperking in staat stellen op gelijkwaardige wijze mee te doen aan de samenleving;
- e) Het bewaken van een behoorlijke levensstandaard.

De fiscale regeling kent geen helder omlijnd doel en in parlementaire stukken zijn een aantal subdoelstellingen te onderscheiden. Een aantal van de gevonden doelstellingen richten zich op het bevorderen van maatschappelijke participatie. Indien de overheid dit doel vooropzet is het nodig dit te (her)bevestigen in een aangepaste of alternatieve regelingen. Andere denkrichtingen voor doelstellingen zijn het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning en het voorkomen dat mensen met een chronische ziekte en/of beperking onder de armoedegrens uitkomen/het bewaken van een behoorlijke levensstandaard.

Om de gerichtheid van de middelen beschikbaar voor de tegemoetkoming op mensen met een chronische ziekte en/of handicap te vergroten is het nodig om een eenduidige doelstelling te formuleren. Deze doelstelling dient aan te sluiten op het probleem dat de overheid met de regeling tracht op te lossen en varieert dan ook met de definitie van dit probleem. Indien het probleem bijvoorbeeld wordt gedefinieerd als het midden van noodzakelijke zorg door mensen met een chronische ziekte en/of beperking vanwege financiële redenen is de bijbehorende doelstelling anders dan wanneer het probleem wordt gedefinieerd als het ontbreken van maatschappelijke participatiemogelijkheden voor deze groep.

Het is van belang dat met een herijkte doelstelling duidelijk wordt gemaakt wat de overheid wil bereiken met het bieden van de tegemoetkoming en dat dit toetsbaar en eenduidig te interpreteren is. Bovenstaande doelstelling om 'zo normaal mogelijk te kunnen meedoen aan het leven van alledag' is bijvoorbeeld lastig te toetsen. Wat is normaal meedoen? En wat zijn de grenzen van 'het leven van alledag'? Het zal per persoon verschillen wat er behoort tot het leven van alledag.

Daarnaast is het belangrijk om het doel en het subdoel of gekozen instrument uit elkaar te halen. Meerdere door elkaar lopende subdoelstellingen dienen te worden voorkomen. Het bieden van een vangnet voor niet elders vergoede meerkosten is een middel via welke een doelstelling kan worden behaald en niet een op zichzelf staande doelstelling. Een beschrijving van het gekozen instrument kan eventueel ingaan op de mate van tegemoetkoming en op of de tegemoetkoming bedoeld is voor medische en/of niet-medische meerkosten.

Hieruit volgen een aantal stappen die – in lijn met het beleidskompas – dienen te worden doorlopen om te komen tot een herijkte doelstelling:

- Welk probleem dient er te worden opgelost met de tegemoetkoming?
- Welk doel wil de overheid bereiken met de tegemoetkoming?
 - o Is dit doel toetsbaar?
 - Met aanscherpingen over de mate van tegemoetkoming en of deze bedoeld is voor medische en/of niet-medische meerkosten kunnen de mogelijkheden tot toetsing worden vergroot.
 - o Is dit doel eenduidig te interpreteren?
 - o Omvat het doel geen subdoelstellingen en dubbelzinnige doelstellingen?

5. Mogelijke definities en afbakeningen van de doelgroep

In de evaluatie wordt geconcludeerd dat de doelgroep van de fiscale regeling niet goed is afgebakend. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat het gebrek aan een duidelijke afbakening van de doelgroep het moeilijk maakt om vast te stellen dat en of de fiscale regeling voldoende gericht is. Het afbakenen van de doelgroep is een terugkerend vraagstuk bij het bereiken van dat deel van de doelgroep dat daadwerkelijk meerkosten maakt en de middelen het meest nodig heeft.

5.1 Achtergrond bij knelpunten rondom het vaststellen van de doelgroep

Een terugkerend vraagstuk in de tegemoetkoming van meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking is de definitie, omvang en afbakening van de doelgroep. Op dit moment heeft Nederland geen rijksbrede definitie van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Een formele definitie van de doelgroep ontbreekt. De huidige fiscale regeling is van toepassing voor zorgkosten die zijn gemaakt “wegens ziekte of invaliditeit”. Verdere afbakening vindt plaats via de limitatieve lijst van zorgkosten die voor aftrek in aanmerking komen. Hierbij geldt dat “andere hulpmiddelen” aftrekbaar zijn voor zover deze hulpmiddelen van een zodanige aard zijn dat zij hoofdzakelijk (70% of meer) door zieke of invalide personen worden gebruikt. Bij de overige specifieke zorgkosten wordt deze eis niet gesteld. Uit het onderzoek van Dialogic komt naar voren dat deze afbakening ook leidt tot gebruik van de regeling door mensen zonder een chronische ziekte en/of beperking. Het duidelijker afbakenen van de doelgroep kan bijdragen aan het vormgeven van een doelmatige en doeltreffende regeling.

Het gebrek aan definitie en afbakening van het aantal mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten leidt ertoe dat de omvang van deze groep niet eenduidig te schatten is en dat verschillende bronnen verschillende cijfers laten zien. Het is bekend dat er circa 5,4 miljoen mensen met een chronische ziekte zijn met een zorgvraag bij de huisartsenpraktijk¹⁶ en circa 4 miljoen mensen met een (lichte) beperking in de bevolking¹⁷. Het Nibud rapporteert echter een aantal van 2 miljoen personen met een beperking¹⁸. Deze cijfers bieden dus geen duidelijk inzicht in het aantal mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten en zijn ook niet gelinkt aan draagkracht.

Gerichtere schattingen van het aantal mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten stammen uit de periode 2006-2014 en zijn gebaseerd op het aantal zorgverzekerden met meerkosten en op het aantal gebruikers van eerdere regelingen gericht op mensen met een chronische ziekte en/of beperking (De Wtcg en CER). De totale groep is op basis van deze regelingen gesteld op circa 3 miljoen Nederlanders.

5.2 Afbakening

In dit hoofdstuk worden meerdere opties verkend voor het afbakenen van de doelgroep. Deze opties dienen nog verder te worden uitgewerkt. Daarbij moeten ook de uitvoeringsaspecten en zaken als AVG in beeld worden gebracht. Ook mensen met een chronische ziekte en/of beperking met lage meerkosten kunnen binnen deze definities vallen: er is namelijk sprake van een grote

¹⁶ VZinfo op basis van Nivel zorgregistraties eerste lijn, 2020

¹⁷ VGN, De gehandicaptenzorg in kerngetallen, 2019

¹⁸ Nibud, Meerkosten van het leven met een beperking, 2024

heterogeniteit in de meerkosten. Om dit te ondervangen kan ervoor worden gekozen om een definitie te combineren met (daadwerkelijke) kostenposten.

5.3 Definitie VN-verdrag Handicap

Voor het afbakenen van de doelgroep is het van toegevoegde waarde om een definitie te hanteren. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden. Er kan aangesloten worden bij de definitie die de VN hanteert in het VN-verdrag Handicap dat in 2016 is geratificeerd door Nederland. Deze luidt als volgt: 'Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving'. Uit uitvraag bij verschillende lidstaten blijkt dat de definitie vaak landelijk wordt gehanteerd. Het is ook mogelijk om een brede definitie te hanteren zoals: 'mensen met een chronische ziekte en/of beperking'.

Omdat de definitie nog breed te interpreteren is en hierdoor niet goed werkbaar/controleerbaar, is het van belang om de doelgroep af te bakenen aan de hand van toetsbare criteria. Onderstaand worden enkele varianten uitgewerkt als voorbeeld van criteria die nadere invulling kunnen geven aan de definitie. Deze varianten zijn uitgewerkt op basis van de volgende vragen:

- Wie bereik je en wie bereik je niet?
- Kan je de groep afbakenen?
- Wie stelt op basis waarvan vast of iemand tot de doelgroep behoort?

5.3.1 Op basis van een doktersverklaring

Burgers kunnen via een doktersverklaring¹⁹ aantonen dat zij tot de doelgroep behoren, zoals bijvoorbeeld omschreven in de definitie van het VN-verdrag Handicap. Hierbij zijn twee routes mogelijk: (a) Deze doktersverklaring kan verplicht worden gesteld bij de aanvraag of (b) het kan op basis van een steekproef zoals in de huidige fiscale regeling.

Bereik

Afhankelijk van de gekozen definitie kan de doelgroep erg volledig zijn. Mensen die bijvoorbeeld geen diagnose hebben vallen door deze variant niet direct buiten de doelgroep, mits de arts erkent dat er drempels worden ervaren.

Afbakening

Definities zijn onderhevig aan interpretatie. Het kan voor (huis)artsen mogelijk moeilijk zijn om dit te beoordelen.

Bewijslast doelgroep

Afhankelijk van de vorm die wordt gekozen, is er geen (b) of een beperkte bewijslast (a). Hoewel de bewijslast niet hoog is (één formulier), moet men wel zelf actief hun arts benaderen. Dit vraagt wel een hoog doenvermogen. De bewijslast zou beperkt kunnen worden door verklaringen voor een langere periode geldig te maken.

5.3.2 Op basis van een lijst met chronische ziektes en beperkingen

Er kan een lijst opgesteld worden met chronische ziekten en beperkingen (eventueel en na onderzoek alleen chronische ziekten en beperkingen die vaak gepaard gaan met meerkosten). Wanneer iemand met een doktersverklaring kan aantonen dat men één of meerdere van de ziekten of beperkingen op de lijst heeft, kan men aanspraak maken op de tegemoetkoming.

Bereik

Een lijst van alle chronische ziekten en beperkingen is lang en loopt het risico om ziekten te missen. Daarom kan worden gedacht aan het categoriseren van chronische ziekten onder subcategorieën als 'spierziekte'. Tevens gaat het opstellen van een limitatieve lijst met chronische

¹⁹ Bij de uitwerking van deze variant zou gekeken moeten worden naar welke artsen deze verklaring kunnen opstellen.

ziekten en beperkingen gepaard met het risico om bepaalde (zeldzame) ziekten te missen. Een dergelijke lijst dient periodiek te worden bijgewerkt aan de hand van nieuwe inzichten over chronische ziekten en beperkingen. Daarnaast kunnen personen met hoge meerkosten met (nog) geen diagnose geen aanspraak maken op de regeling.

Afbakening

De lijst geeft duidelijk inzicht in de verschillende ziekten en beperkingen. De ziekte en/of beperking moet wel worden vastgesteld. In sommige situaties kan dit leiden tot een verschil van inzicht. Voor de uitvoering is de afbakening relatief eenvoudig, doordat objectief kan worden vastgesteld of iemand in het bezit is van een doktersverklaring.

Bewijslast doelgroep

Hoewel de bewijslast niet hoog is (één formulier), moet men wel zelf actief hun arts benaderen. Dit vraagt wel een hoog doenvermogen. De bewijslast zou beperkt kunnen worden door verklaringen voor een langere periode geldig te maken.

5.3.3 Op basis van de toekenning uit ander regelingen

Er zijn verschillende regelingen en uitkeringen waar men gebruik van kan maken als men een chronische ziekte of beperking heeft. Hierbij kan gedacht worden aan: de Wajong, WIA (specifiek de IVA-uitkering voor volledig arbeidsongeschikten), Wmo, Wlz, mensen binnen de banenafspraken, mensen die gebruik maken van een gehandicaptenparkeerkaart of van studietoelage voor studenten met een beperking²⁰.

Bereik

Als je de doelgroep afbakt op basis van de bovenstaande regelingen sluit je automatisch bepaalde groepen mensen uit die wel tot de doelgroep behoren maar niet onder deze regelingen vallen:

- Mensen die niet in aanmerking komen voor een indicatie of regeling;
- Mensen die afhankelijk zijn van mantelzorg of eigen middelen;
- Zelfredzame mensen met een chronische ziekte en/of beperking;
- Mensen zonder toegang tot het zorgsysteem zoals bijvoorbeeld dak- en thuislozen.

Daarnaast vallen er juist ook mensen onder deze regeling, die niet tot de doelgroep behoren. Mogelijk is dit te ondervangen door een extra vraag bij de aanvraag van de tegemoetkoming, waarin de aanvrager moet aanvinken dat ze een chronische ziekte en/of beperking heeft. Dit zorgt voor een psychologische drempel wat het onjuist gebruik verkleint. De mogelijkheden hiertoe in de uitvoering dienen nog nader te worden onderzocht.

Afbakening

De groep is makkelijk af te bakenen omdat er objectief vastgesteld kan worden of men voldoet aan de criteria.

Bewijslast doelgroep

Deze informatie is al bekend bij de overheid. Afhankelijk van de vormgeving van de regeling kan de bewijslast hierdoor laag zijn. Voor het delen van gegevens dient wel een wettelijke grondslag te bestaan.

5.3.4 Op basis van het hebben van de European Disability Card

Vanaf 5 juni 2028 gaat Nederland, net als alle andere Europese lidstaten gebruik maken van de European Disability Card (hierna: EDC). Zoals het er nu naar uitziet zullen zij de definitie van het VN-comité hanteren. De precieze aanvraagseisen voor de EDC voor Nederland staan nog niet vast. Een optie kan zijn dat elke inwoner die van mening is dat hij/zij behoort tot de doelgroep die beoogd wordt met de VN-definitie, zonder (medische) bewijslast de kaart kan aanvragen.

Bereik

Mensen zonder kaart worden niet bereikt bij deze werkvorm. Op dit moment is nog niet inzichtelijk hoeveel mensen uit de doelgroep ook daadwerkelijk een kaart aanvragen, waardoor het moeilijk is om in te schatten hoe groot het bereik zal zijn. Daarnaast is er geen medische verklaring noodzakelijk wat aannemelijk maakt dat ook mensen zonder chronische ziekte en/of beperking in het bezit zullen zijn van een EDC. (Uiteraard zal wel gekeken worden naar fraudebestrijding,

²⁰ Bij de uitwerking van deze variant zou gekeken moeten worden of er nog regelingen ontbreken.

bijvoorbeeld door het laten invullen bij de aanvraag van een vragenlijst/eigen verklaring die door middel van steekproeven kan worden gecontroleerd). Dit zal vaker voorkomen indien meer voordelen aan de kaart zijn verbonden.

Afbakening

Voor de uitvoering is de afbakening relatief eenvoudig, doordat objectief kan worden vastgesteld of iemand in het bezit is van een EDC.

Bewijslast doelgroep

Op dit moment wordt het proces rondom de EDC nog ingericht. Afhankelijk van welke partij deze kaart verstrekt, is het voor de burger nog noodzakelijk om bewijs aan te leveren van zijn/haar EDC.

5.3.5 Op basis van het zorggebruik

Deze variant veronderstelt een relatie tussen (de intensiteit van) het zorggebruik en het hebben van meerkosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking. De variant is gebaseerd op de in 2015 beëindigde WTCG en CER-regeling. De regelingen zijn destijds afgeschaft omdat onder andere de werking ongericht was. In deze variant behoort men tot de doelgroep als men zijn gehele eigen risico verbruikt.

Bereik

Zorggebruik bleek geen goede voorspeller van het hebben van een chronische ziekte en/of beperking en het hebben van (hoge) meerkosten. Daardoor was er een substantieel aantal mensen met een chronische ziekte en/of beperking die te maken kreeg met hoge meerkosten, maar bij de WTCG en CER-regelingen géén tegemoetkoming kreeg.

Het is voorstelbaar dat ook het moeten voldoen van een of meerdere eigen betalingen op grond van de zorgwetten (Zvw, Wlz of Wmo) eveneens geen gerichte voorspeller zal zijn van het hebben van meerkosten als gevolg van een chronische ziekte of aandoening die niet elders vergoed worden.

In het verleden is ook gekeken of het volledig gebruik maken van het eigen risico voor een aantal jaren op rij een goede voorspeller zou zijn voor het hebben van een chronische ziekte en/of beperking. Echter bleek dat hiermee vooral ouderen met zorgkosten werden bereikt. Mogelijk is het niet behoren tot de doelgroep te ondervangen door een extra vraag bij de aanvraag van de tegemoetkoming, waarin mensen moeten aanvinken dat ze een chronische ziekte en/of beperking hebben. Dit zorgt voor een psychologische drempel wat het onjuist gebruik verkleint. De mogelijkheden hiertoe in de uitvoering dienen nog nader te worden onderzocht.

Afbakening

De groep is makkelijk af te bakenen omdat er objectief gemeten kan worden of men voldoet aan de criteria.

Bewijslast doelgroep

De doelgroep moet aantonen dat men zorgkosten maakt. Dit vraagt om een beperkt doenvermogen.

5.4 Combineren van varianten

Het is ook mogelijk om meerdere definities te combineren. Hierdoor kunnen mensen met een chronische ziekte en/of beperking die buiten de criteria vallen van de ene variant, alsnog in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het combineren van variant 1 (een doktersverklaring dat wordt voldaan aan de definitie van het VN-verdrag) en 3 (het hebben van aanspraak op bepaalde regelingen). Mensen komen in dat geval in aanmerking voor een tegemoetkoming als ze nu in aanmerking komen voor een van de bestaande

wettelijke regelingen. Indien dit niet het geval is, kunnen zij aan de hand van een doktersverklaring alsnog in aanmerking komen voor een tegemoetkoming.

5.5 Aanvullende mogelijkheden voor afbakening

De doelgroep kan ook aanvullend afgebakend worden op basis van inkomen, door het hanteren van een maximaal inkomen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat uit het Nibud-rapport blijkt dat ook mensen met een middeninkomen met een chronische ziekte en/of beperking door meerkosten onder het bestaansminimum kunnen komen.

Een andere manier om de doelgroep af te bakenen is op basis van vermogen. Wanneer men binnen definitie en/of afbakening valt maar een vermogen heeft boven een vastgesteld bedrag ontvangt men geen financiële tegemoetkoming.

Een derde manier om de doelgroep af te bakenen is door een opt-in toe te voegen middels het zetten van een vinkje waarmee men verklaart een chronische ziekte en/of beperking te hebben. Dit zorgt voor een psychologische drempel wat het onjuist gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking verkleint.

6. Herijking van de kostenposten waar tegemoetkoming voor wordt geboden

In hoofdstuk 4 zijn de aftrekbare kostenposten en de aansluiting daarvan op de daadwerkelijke meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking aangemerkt als knelpunt voor het gerichter inzetten van de beschikbare middelen. Het herijken van de kostenposten die in een toekomstige tegemoetkoming worden meegewogen om deze meer in lijn te brengen met de meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd draagt bij aan de gerichtheid van de regeling. Dit geldt zowel voor de huidige fiscale regeling, maar ook voor alternatieven indien deze worden gebaseerd op kostenposten.

In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven welke kostenposten op dit moment aftrekbaar zijn onder de huidige fiscale regeling. Vervolgens wordt aan de hand van het eerdergenoemde Nibud-onderzoek inzichtelijk gemaakt met welke kostenposten mensen met een chronische ziekte en/of beperking te maken krijgen die op dit moment nog niet onder de fiscale regeling aftrekbaar zijn. Tot slot wordt een toetsingskader geïntroduceerd waarmee kan worden afgewogen welke kostenposten in een nieuwe of aangepaste regeling kunnen worden opgenomen.

6.1 Kostenposten aftrekbaar onder de huidige fiscale regeling

Binnen de fiscale aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten zijn aftrekposten wettelijk omschreven. Deze zijn grotendeels een voortzetting van de aftrek buitengewone uitgaven uit de Wet op de inkomstenbelasting 1964 en codificatie van veelal oude jurisprudentie. De aftrekbare kosten in de fiscale regeling zijn dus historisch gegroeid en overlappen deels met de zorg- en ondersteuningswetten, maar kennen binnen de fiscaliteit eigen voorwaarden. Hierdoor worden de beleidskeuzes van andere stelselwetten niet altijd gevolgd in de fiscaliteit. Bepaalde kosten die op basis van deze wetten niet worden vergoed, worden alsnog deels collectief gefinancierd onder de fiscale aftrek.

Een voorbeeld hiervan zijn aftrekbare kostenposten die overlappen met de zorg die is vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Op basis van overwegingen op het gebied van effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid wordt bepaald welke aanspraken in het basispakket aan collectief verzekerde zorg zijn opgenomen. Homeopathische zorg, tandartszorg en fysiotherapie worden vanuit het basispakket niet of alleen onder bepaalde voorwaarden vergoed. De fiscale aftrekpost kent niet dezelfde voorwaarden, waardoor een deel van deze behandelingen niet wordt vergoed in het basispakket maar wel fiscaal aftrekbaar is.

Het is een politieke afweging in hoeverre en voor welke kostenposten het wenselijk is dat in de fiscaliteit de beleidskeuzes van andere wetten niet worden gevolgd. Enerzijds heeft bij andere wetten mogelijk al een weging plaatsgevonden over effectiviteit en kosten, anderzijds kunnen deze kosten voor specifiek mensen met een chronische ziekte en/of beperking wel als noodzakelijk worden ervaren en te hoog zijn om (volledig) zelf te dragen (o.a. door stapeling van kosten). Met gedeeltelijke vergoeding onder de fiscale regeling fungeert deze als een vangnet onder de zorg- en ondersteuningswetten. In 2025 zijn de volgende uitgaven vanwege ziekte of invaliditeit aftrekbaar onder de fiscale regeling²¹:

²¹ Zie voor de volledige lijst en voorwaarden van de Belastingdienst.

Tabel 3

KOSTENPOST	Toelichting
GENEES- EN HEELKUNDIGE HULP²²	Zorg op voorschrift en onder begeleiding van een arts door een paramedicus, of door een beperkte lijst paramedici zonder tussenkomst van een arts. Onder andere verpleging in een ziekenhuis of andere instelling, tandarts, fysiotherapeut of specialist en vruchtbaarheidsbehandelingen.
VERVOER	Vervoer naar arts, ziekenhuis of apotheek, maar ook hogere vervoerskosten voor leefkilometers door chronische ziekte of beperking en aanpassingen aan auto's.
FARMACEUTISCHE HULPMIDDELEN VERSTREKT OP VOORSCHRIFT VAN EEN ARTS	Voorgeschreven medicijnen, waaronder ook homeopathische middelen, boven de wettelijke eigen bijdrage. Ook reisvaccinaties kunnen worden afgetrokken.
ANDERE HULPMIDDELEN	Niet-vergoede hulpmiddelen, voor zover deze hulpmiddelen hoofdzakelijk door zieke of invalide personen worden gebruikt. Hieronder vallen geen brillen, contactlenzen en overige hulpmiddelen ter ondersteuning van het gezichtsvermogen, scootmobielen, rolstoelen en aanpassingen aan, in of om een woning, woonboot of woonwagen. Steunzolen, gehoorapparaten, beugels, kronen en protheses zijn wel aftrekbaar.
EXTRA GEZINSHULP	De kosten voor extra gezinshulp die nodig is vanwege ziekte of invaliditeit, aftrekbaar vanaf een drempelbedrag gebaseerd op het verzamelinkomen.
EXTRA KOSTEN VAN EEN OP MEDISCH VOORSCHRIFT GEHOUDEN DIEET	De kosten voor een medisch voorgeschreven dieet kunnen worden afgetrokken wanneer het dieet voorkomt op de lijst met diëten die voor aftrek in aanmerking komen met bijbehorende forfaitaire vergoedingen. Indien gevraagd moet een dieetverklaring kunnen worden overlegd.
EXTRA KLEDING EN BEDDENGOD EN DAARMEE SAMENHANGENDE EXTRA UITGAVEN	Een vast bedrag kan worden afgetrokken bij hogere kosten voor bijvoorbeeld het wassen van kleding, beddengoed, lakens, dekens of matrassen. Dit kan wanneer de ziekte minimaal een jaar duurt of gaat duren.
REIZEN IN VERBAND MET HET REGELMATIG BEZOEKEN VAN WEGENS ZIEKTE OF INVALIDITEIT LANGER DAN EEN MAAND VERPLEEGDE PERSONEN	Reiskosten kunnen worden afgetrokken afhankelijk van het moment waarop de aanvrager samenwoonde met de verpleegde persoon bij aanvang van de verpleging, de duur van de verpleging en de reisafstand.

²² Met uitzondering van ooglaserbehandelingen te vervanging van brillen of contactlenzen door een arts.

Van een aantal kostenposten wordt in de fiscale regeling uitdrukkelijk aangegeven dat deze niet aftrekbaar zijn. Dit betreft zorgpremies, eigen bijdragen voor de verschillende zorgwetten en het verplicht en vrijwillig eigen risico.

Totstandkoming van de lijst aftrekbare kosten

De aftrekbare kostenposten zijn grotendeels een voortzetting van uitgaven die aftrekbaar waren onder de aftrek buitengewone uitgaven uit de Wet op de inkomstenbelasting 1964. In bijlage 1 is in beeld gebracht of de fiscale aftrekposten tevens zijn opgenomen in het basispakket onder de Zvw, in aanvullende verzekeringen, het Wlz-pakket of in aanmerking kunnen komen voor een vergoeding vanuit de Wmo 2015. Voor een groot deel van de kosten geldt dat deze niet of alleen onder bepaalde voorwaarden in het basispakket zijn opgenomen.

6.2 Overzicht medische en niet-medische meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking

Uit het Nibud-onderzoek blijkt dat mensen met beperkingen in veel gevallen te maken hebben met relatief hoge meerkosten voor uitgaven aan vervoer, energie, medicijnen, voedingssupplementen, eigen betalingen voor hulpmiddelen en de zorgverzekering. Meerkosten die ook vaak voorkomen en op zichzelf bezien minder hoog zijn, zijn uitgaven aan telefonie, vakantie, begeleiding en verzekeringen. In individuele gevallen kunnen ook de meerkosten voor deze uitgavenposten hoog oplopen, met name voor vakanties. Kosten die minder vaak lijken voor te komen maar wel veel impact hebben op het huishoudbudget, zijn uitgaven aan woonlasten, intensieve begeleiding, verblijf en voeding. Deze categorieën meerkosten die het Nibud in beeld heeft gebracht staan beschreven in onderstaande tabel. Een gedeelte van deze meerkosten is reeds gedeeltelijk en/of onder voorwaarden aftrekbaar onder de huidige fiscale regeling.

Tabel 4

KOSTENPOST	IN HUIDIGE FISCALIE REGELING			TOELICHTING
	Ja	Deels	Nee	
Energie			x	Noodzakelijk hogere kamertemperatuur of stroomverbruik zonder vergoeding in voorliggende voorzieningen. Het stroomverbruik van aftrekbare hulpmiddelen is al aftrekbaar onder de huidige fiscale regelingen en voor zuurstofapparaten en zuurstofconcentratoren bieden zorgverzekeraars compensatie voor extra stroomkosten.
Kinderopvang en oppashulp		x		Vaker gebruik van een oppashulp of kinderopvang, met en zonder kinderopvangtoeslag, vanwege een chronische ziekte of beperking bij ouder of kind. Ouders met een chronische ziekte of beperking moeten hun kinderen soms meer uren naar de kinderopvang brengen dan waar zij KOT voor ontvangen. Ook ouders met een kind met een chronische ziekte of beperking moeten in bepaalde gevallen gebruik maken van de opvang of van oppashulp om bijvoorbeeld aandacht aan andere

		kinderen te kunnen geven. De kosten voor extra gezinshulp zijn onder voorwaarden aftrekbaar. Extra kinderopvang niet. Indien de ouder een Wlz-indicatie heeft en niet werkt, is er ook recht op kinderopvangtoeslag (KOT). Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van de Sociaal Medische Indicatie (SMI): een vangnetregeling die gemeenten de mogelijkheid geeft om gezinnen (tijdelijk) financieel te ondersteunen in de kosten van de kinderopvang als zij door bepaalde medische of sociale omstandigheden niet in aanmerking voor de kinderopvangtoeslag, bijv. wegens een chronische ziekte en/of beperking.
Onderwijskosten	x	Hulpmiddelen thuis en op school om deel te kunnen nemen aan onderwijs.
Contributies/abonnementen	x	Lidmaatschap van patiëntenverenigingen, kosten van aangepast en begeleid sporten
Telefoon, televisie, internet	x	Hogere kosten door contact met hulpverleners of hulpmiddelen nodig om deze categorieën te kunnen gebruiken (i.e. loop, brailletoetsenbord)
Huur of hypotheek	x	Grotere woning of lift verhogen huurkosten, wooncomponent verwerkt in eigen bijdrage intramuraal verblijf (geen huur/hypotheek meer)
Lokale lasten	x	Extra afvalstoffenheffing door meer gewicht of vakere lediging, of hogere lasten door een noodzakelijke uitbouw
Zorgverzekeringen	x	Een duurdere zorgverzekering (bijvoorbeeld als mensen met een chronische ziekte en/of beperking vaker de voorkeur hebben voor een restitutiepolis), verzekering voor zorg in het buitenland of een aanvullende verzekering zoals een tandartsverzekering
Inboedelverzekering	x	Hogere kosten door een allriskdekking, nodig door meer ongelukjes
Financiële ondersteuning	x	Het inhuren van een mentor, bewindsvoerder, curator of belastingadviseur
Niet vergoede hulpmiddelen (buiten hulpmiddelen in onderwijs)	x	Hulpmiddelen die geen vergoeding kennen in het zorgstelsel, zowel voorgeschreven als niet voorgeschreven. Niet-vergoede hulpmiddelen zijn op dit moment alleen aftrekbaar wanneer ze voornamelijk worden gebruikt door personen met ziekte of beperking.
Kosten van een hulphond	x	Hondenbelasting, dierenartskosten, voeding en verzekeringen. Een hulphond wordt door de Belastingdienst onder bepaalde voorwaarden gezien als hulpmiddel en een gedeelte van de kosten zijn onder die post reeds aftrekbaar.

Gebruik eigen vervoersmiddel	x	Additionele kosten door meer gebruik van het eigen vervoersmiddel en/of een groter of aangepast vervoersmiddel. Vervoerskosten zijn reeds onder voorwaarden aftrekbaar voor zorg- en leefkilometers, bezoek en aanpassingen aan een auto.
Huishoudelijke hulp	x	Het niet zelf kunnen schoonhouden van het huis en daarvoor iemand te moeten inhuren. Deze kosten zijn niet aftrekbaar, aangezien de Wmo 2015 als voorliggende voorziening reeds huishoudelijke hulp biedt.
Overige huishoudelijke kosten	x	Kosten van extra was- en schoonmaakmiddelen, dieetvoeding, kant-en-klaarmaaltijden, maaltijdservice, mee-eten van zorgverleners en persoonlijke verzorging. Kosten voor een medisch dieet zijn aftrekbaar.
Reserveringsuitgaven	x	Uiteenlopende kosten, zowel voor kleding, aangepaste schoenen, woningaanpassing, onderhoudsklussen aan huis en tuin en niet vergoede ziektekosten. Voorgeschreven niet-vergoede ziektekosten vallen reeds onder de fiscale regeling, net als zelfzorgmiddelen, kleding en aangepaste schoenen.

Een uitgebreide lijst van de kosten uit het Nibud-onderzoek met nadere toelichting is opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.

6.3 Toetsingskader kostenposten

Uit het Nibud-onderzoek blijkt dat mensen met een chronische ziekte en/of beperking te maken krijgen met meerkosten die op dit moment niet aftrekbaar zijn onder de fiscale regeling. Tevens blijkt uit de analyse van kostenposten die wel aftrekbaar zijn dat een aantal posten ook wordt vergoed onder de zorg- en ondersteuningswetten. Dit noodzaakt het maken van keuzes rondom de kostenposten die in een aangepaste of alternatieve regeling worden vergoed. Om tot deze keuzes te komen kan een afweging worden gemaakt aan de hand van criteria in een toetsingskader. Onderstaand volgt een voorbeeld van een dergelijk kader aan de hand van de volgende criteria:

- Betreft het een kostenpost waarvan de kosten noodzakelijk zijn om te maken voor participatie aan de maatschappij of voor een goede gezondheid?
- Betreft het een kostenpost waar mensen buiten de doelgroep mensen met een chronische ziekte en/of beperking niet in dezelfde mate mee worden geconfronteerd?
- Betreft het een kostenpost van dermate grote omvang dat tegemoetkoming wenselijk is?
- Betreft het een van de uitzonderingscategorieën van de fiscale regeling?
- Betreft het een kostenpost die reeds vergoeding kent in een voorliggende voorziening?
 - o Is dit een gedeeltelijke of volledige vergoeding? Komt deze vergoeding vanuit een verplichte of vrijwillige verzekering?

Figuur 2



7. Afruilen in de vormgeving van een tegemoetkoming

Een overgang naar een aangepaste of alternatieve regeling gaat altijd gepaard met voor- en nadelen. Deze voor- en nadelen kunnen tegen elkaar worden afgewogen in de keuze voor een van de lange termijnvarianten in dit rapport (zie hoofdstuk 8). Dit hoofdstuk zet de belangrijkste afruilen in de vormgeving van een tegemoetkoming van meerkosten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking uiteen.

7.1 Afruilen richting een nieuwe fiscale regeling en/of alternatieve regeling

Bij de vormgeving van de vergoeding van meerkosten als gevolg van chronische ziekte of beperking dient een aantal keuzes te worden gemaakt, onafhankelijk van de uitvoerder van de vergoeding. Zo dient te worden besloten over de hoogte van de tegemoetkoming (geheel of gedeeltelijk), de vorm (daadwerkelijke kosten of forfaitaire bedragen) en over het moment van uitbetaling (vooraf of achteraf).

7.1.1 Maatwerk versus uniformiteit

Een regeling die maatwerk biedt, biedt juist geen uniformiteit en vice versa. Vanuit de wens om een bepaalde gelijkwaardigheid te creëren en mensen recht te doen wordt door de politiek soms gepleit voor maatwerk en soms juist voor uniformiteit. De één kan niet samengaan met de ander, de één gaat ten koste van de ander. Wanneer maatwerk wordt geboden, wordt rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van mensen. Hoewel er natuurlijk afspraken kunnen worden gemaakt hoe verschillende aspecten zouden moeten worden gewogen om eraan bij te dragen dat gelijke gevallen gelijk behandeld worden, kan maatwerk er toch toe leiden dat burgers dit soms ervaren als ongelijke behandeling van gelijke gevallen. Er is namelijk altijd sprake van een menselijke beoordeling om te bepalen welke hulp of tegemoetkoming iemand ontvangt. Bij een uniforme regeling worden de voorwaarden duidelijk vooraf vastgesteld, en wordt hier niet van afgeweken voor individuele gevallen. Bijvoorbeeld bij een aftrekpost voor een specifieke groep, zie je dat indien er ongelijke gevallen zijn binnen die groep, deze gelijk worden behandeld. Iedereen heeft bijvoorbeeld recht op een tegemoetkoming voor bepaalde kosten, terwijl op individueel niveau dit niet voor iedereen goed aansluit bij de kosten die ze daadwerkelijk maken. Ook dan ervaren burgers ongelijkheid.

Naast verschil in ervaren gelijkheid, leiden ze ook tot een andere administratieve last. Bij een maatwerkregeling kijkt de uitvoerder naar de individuele situatie van de burger, en besluit op basis daarvan of en hoeveel tegemoetkoming de burger ontvangt. Daarbij kan dus rekening gehouden worden met het type en de hoogte van de kosten die gepaard gaan met de chronische ziekte en/of beperking van specifieke burgers. Maatwerkvergoedingen staan daarmee in verhouding met de daadwerkelijke meerkosten. Daarnaast is het risico op onjuist gebruik door personen buiten de doelgroep beperkt door de persoonsgerichte toewijzing. Een dergelijke regeling vereist dat de uitvoerder inzicht heeft in het type chronische ziekte en/of beperking en in het type en de hoogte van de meerkosten. Dit leidt ertoe dat bij maatwerk de aanvrager grote hoeveelheden informatie moet verschaffen aan de uitvoerende instantie en/of dat er een keuring uitgevoerd moet worden. Hierdoor worden aanvragers en uitvoerders geconfronteerd met hoge administratieve lasten voor het aanleveren en controleren van bewijslast. Eventueel kunnen de administratieve lasten worden verminderd door het toekennen van meerjarige ondersteuning na een maatwerkverzoek. Een uniforme regeling met minder maatwerk gaat veelal juist gepaard met lagere administratieve lasten, en hierdoor ook substantieel minder uitvoeringslasten.

7.1.2 Gerichtheid versus eenvoud

Een gerichte regeling compenseert een specifieke groep burgers die aan bepaalde kenmerken voldoet, eventueel voor specifieke kostensoorten. Er hoeft hierbij niet per definitie sprake te zijn van maatwerk: het kan zo zijn dat elke burger die aan de eisen voldoet hetzelfde bedrag ontvangt. Door meerdere parameters toe te voegen in de voorwaarden van een regeling, is het mogelijk om specifiek een kleine groep burgers te bereiken. Een groter aantal parameters leidt tot hoge complexiteit in de aanvraag en uitvoering van de regeling, maar ook tot besteding van collectieve middelen aan een specifiek doel. Een risico is dat de gerichtheid middels meerdere parameters de regeling dermate complex maakt dat niet-gebruik ontstaat.

Bij een eenvoudige regeling met weinig criteria en/of een beperkte bewijslast zijn de voor- en nadelen omgekeerd. De doelgroep is slechts afgebakend op basis van een select aantal criteria, wat leidt tot een brede doelgroep. Er wordt vaak gebruik gemaakt van vaste bedragen, die bijvoorbeeld op groepsniveau zijn gebaseerd en daarmee niet in verhouding hoeven te staan met de hoogte van de kosten die de individuele aanvrager maakt. De eenvoud vermindert de gerichtheid van de regeling. Het risico op gebruik van de tegemoetkoming door aanvragers zonder chronische ziekte en/of beperking neemt toe, net als onjuist gebruik door mensen met chronische ziekte en/of beperking. Een minder gerichte regeling beperkt complexiteit, maar zorgt tegelijkertijd dat de middelen over een grotere groep burgers worden verdeeld. Bij budgetneutrale vormgeving ontvangt de doelgroep daardoor minder compensatie.

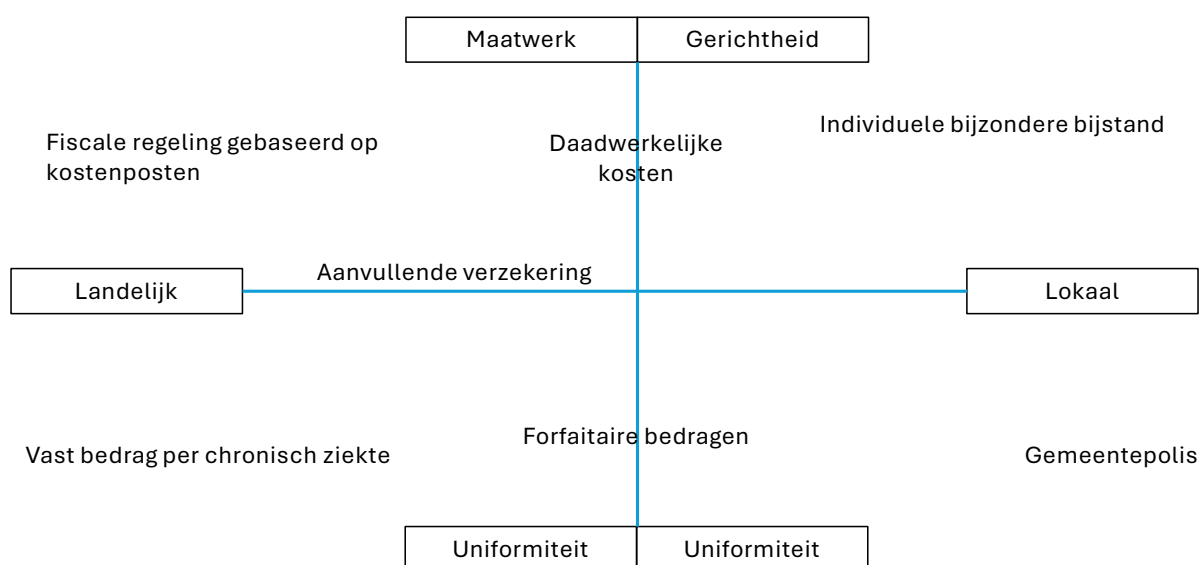
7.1.3 Lokaal versus landelijk

Een lokale regeling speelt idealiter in op lokale omstandigheden en op de lokale zorg- en ondersteuningsvraag. Gemeenten hebben hierdoor de mogelijkheid om onderscheid te maken in welke voorzieningen worden geboden aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Factoren als vergrijzing kunnen leiden tot lokale verschillen in de prevalentie van chronische ziekten en beperkingen, en in de meerkosten die mensen met chronische ziekte en/of beperking maken. In een landelijke omgeving kunnen meerkosten van vervoer naar zorgafspraken bijvoorbeeld hoger zijn dan in een stedelijke omgeving. Een kanttekening hierbij is dat kleine gemeenten over het algemeen minder budget en fte beschikbaar hebben. Met als gevolg bijvoorbeeld minder ICT-mogelijkheden om complexe berekeningen uit te voeren waarbij er meer oog is voor besteedbaar inkomen, waardoor men vaak kiest voor een vaste inkomensgrens ongeacht de meerkosten. In een huidige landelijke regeling is deze mogelijkheid er wel. Een lokale regeling betekent dus niet per definitie meer maatwerk en een gerichtere regeling.

Tevens is een belangrijk nadeel van lokale regelingen dat er onderscheid is in waar iemand recht op heeft op basis van woonplaats. Bij landelijke regelingen hebben burgers in gelijke situaties recht op gelijke regelingen. Dit wordt in de participatiebijeenkomsten als eerlijk ervaren. Echter bieden landelijke regelingen minder mogelijkheden tot lokaal maatwerk. Onderscheid op factoren als inkomen zijn wel mogelijk bij landelijke regelingen; dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de drempels bij de huidige fiscale regeling. Deze leiden ertoe dat personen met lagere inkomens een hogere tegemoetkoming kunnen krijgen voor meerkosten dan personen met hoge inkomens. Onderscheid naar de hoogte van de kosten is mogelijk met een vergoeding op basis van daadwerkelijke kosten: dan krijgt ook bij landelijke regelingen iemand in buiten-stedelijk gebied met hoge vervoerskosten een hogere vergoeding.

Zoals eerder in het rapport aangegeven worden in hoofdstuk 8 de verbeterde fiscale variant (een landelijke regeling) en een gemeentelijke variant (lokale regeling) voorliggend uitgewerkt. In dat hoofdstuk wordt nader ingegaan op de voor- en nadelen van een landelijke versus een lokale regeling.

Figuur 3



7.2 Afruilen en keuzes in de vormgeving van compensatie

Bij de vormgeving van de vergoeding van meerkosten als gevolg van chronische ziekte of beperking dient een aantal keuzes te worden gemaakt, onafhankelijk van de uitvoerder van de vergoeding. Zo dient te worden besloten over de hoogte van de tegemoetkoming (geheel of gedeeltelijk), de vorm (daadwerkelijke kosten of forfaitaire bedragen) en over het moment van uitbetaling (vooraf of achteraf).

7.2.1 Volledig versus gedeeltelijke tegemoetkoming

Compensatie voor meerkosten van een chronische ziekte of beperking kan volledig of gedeeltelijk dekkend zijn. Bij volledige vergoeding ontvangen aanvragers compensatie voor het volledige bedrag aan meerkosten, terwijl bij een tegemoetkoming de aanvrager slechts een gedeelte van de gemaakte meerkosten vergoed krijgt.

Bij gedeeltelijke vergoeding middels een tegemoetkoming zijn twee vormen denkbaar, die tevens kunnen worden gecombineerd. Gedeeltelijk vergoeding kan plaatsvinden op basis van een vast of variabel percentage van het gehele bedrag aan meerkosten, of vanaf een drempelbedrag. Bij deze laatste vorm ontvangt een aanvrager geen vergoeding indien de meerkosten niet uitkomen boven de drempel. Deze opties kunnen tevens worden gecombineerd, waarbij vergoeding alleen wordt verleend voor een percentage van de meerkosten vanaf een drempelbedrag.

De afweging van het bieden van een volledige of gedeeltelijke vergoeding kan gebaseerd worden op een veelheid aan factoren. Voorbeelden van factoren zijn de mate waarin andere groepen in de maatschappij worden geconfronteerd met de kostenpost, het budgettaire belang dat gemoeid gaat met de tegemoetkoming en de mate waarin de meerkosten noodzakelijk zijn om deel te nemen aan de samenleving. De eigen bijdrage bij gedeeltelijke vergoeding stimuleert de gebruiker om na te denken over mogelijkheden om de meerkosten zo efficiënt mogelijk te organiseren, maar kan ook een drempel vormen voor het maken van de meerkosten.

In de huidige fiscale regeling wordt gedeeltelijke tegemoetkoming uitbetaald. Het gedeelte van de kosten dat wordt vergoed hangt af van iemands inkomen en daarmee van de drempelwaarden en belastingschijven geldend voor dat inkomen.

7.2.2 Daadwerkelijke kosten versus forfaitaire bedragen

De hoogte van kosten voor een type kostenpost varieert, onder andere naar het type chronische ziekte of beperking, de ernst, het stadium en de verschijningsvorm, de sociale context en gezondheidsvaardigheden. Een tegemoetkoming op basis van daadwerkelijke kosten zorgt dat de hoogte van de tegemoetkoming aansluit op de hoogte van meerkosten. De prikkel om kosten te beperken is hierbij echter minder groot. Vergoeding op basis van daadwerkelijke kosten vereist daarnaast dat de uitvoerende instantie inzicht heeft in de hoogte van de gemaakte kosten en van welk gedeelte daarvan eventueel elders al wordt vergoed. Dit leidt tot hoge uitvoeringslasten en gaat tegelijkertijd gepaard met hoge administratieve lasten voor de aanvrager voor het verzamelen van de bewijslast.

Een alternatief is het baseren van compensatie op een vast bedrag voor een groep. Iedereen die recht heeft op tegemoetkoming van een type meerkosten ontvangt een vast (getrapt) forfaitair bedrag. Er moet worden besloten op welke wijze het forfaitaire bedrag wordt vastgesteld. Dit bedrag zal voor een deel van de groep passend zijn, maar voor anderen te hoog of juist te laag. Het voordeel van forfaitaire vergoedingen is dat de uitvoerende instantie alleen hoeft te controleren op het recht op tegemoetkoming en niet op bewijslast voor de hoogte van de tegemoetkoming. Dit verlaagt de uitvoerings- en aanvraaglasten.

De keuze tussen vergoeding op basis van daadwerkelijke kosten of forfaitaire bedragen vraagt om een afweging tussen een aantal factoren. Voorbeelden van factoren zijn de uitvoeringslasten en administratieve lasten nodig voor het aantonen van daadwerkelijke kosten en de heterogeniteit in de hoogte van kosten. Gedeeltelijke en volledige vergoeding kunnen beide worden vormgegeven middels zowel een forfaitair bedrag als op basis van daadwerkelijke kosten.

7.2.3 Vooraf versus achterafbetaling van de tegemoetkoming

De tegemoetkoming voor meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking kan worden verleend voorafgaand aan het moment dat de meerkosten dienen te worden betaald of na betaling van de meerkosten. In de eerste situatie staat de hoogte van de kosten vaak nog niet vast. In de laatste situatie dient de aanvrager de meerkosten eerst zelf voor te financieren.

8. Lange termijnvarianten voor het bieden van een tegemoetkoming

In dit hoofdstuk worden aanpassingen van en alternatieven voor de huidige fiscale regeling op de lange termijn uitgewerkt en beoordeeld. Een aantal van de uitgewerkte varianten zijn gebaseerd op voorstellen uit het evaluatierapport van Dialogic. De volgende opties zijn uitgewerkt:

1. Een gerichtere fiscale faciliteit;
2. Gemeentelijke varianten:
 - a) Het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds;
 - b) Het geormerkt overdragen van de middelen naar de gemeente middels een Specifieke uitkering (SPUK);
3. Het uitbreiden van het basispakket aan verzekerde zorg in de Zvw;
4. Het uitkeren van vaste bedragen per persoon;
5. Een landelijke subsidieregeling;
6. Een heffingskorting.

Deze opties kunnen ook worden gecombineerd, met bijvoorbeeld een fiscale vangnetregeling in combinatie met een gemeentelijke regeling of de uitkering van een vast bedrag. Uit de uitwerking blijkt dat zoals in het vorige hoofdstuk geschetst elk van de hierboven beschreven opties gepaard gaat met afruilen. Gemeentelijke regelingen bieden meer mogelijkheden voor het bieden van maatwerk, maar zijn veelal gericht op minima en leiden tot regionale verschillen en hoge uitvoeringslasten. Landelijke regelingen bieden gelijke ondersteuning bij (on)gelijke situaties, maar staan verder van de burger af en bieden geen mogelijkheden tot maatwerk.

Subsidieregelingen kunnen voorfinanciering voorkomen en zijn begrijpelijker dan fiscale regelingen, maar het budget kan 'op' raken en ze kennen verder veelal gelijke problematiek in de uitvoering als fiscale regelingen. Het uitkeren van een vast bedrag vermindert complexiteit, maar verlaagt ook de gerichtheid en doet geen recht aan de heterogeniteit in meerkosten. Het uitbreiden van het basispakket verzekerde zorg onder de Zvw lijkt een optie te *kunnen* zijn, maar slechts voor een zeer beperkt aantal kostenposten.

Zoals uit bovenstaande blijkt is er geen heilige graal. In het vervolg van dit hoofdstuk worden zoals in hoofdstuk 1 toegelicht twee varianten uitgebreider uitgewerkt en beoordeeld dan de overige varianten:

1. Een gerichtere fiscale faciliteit;
2. Het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds.

De overige varianten worden in dit rapport in beperktere mate uitgewerkt. Deze kennen gelijke of grotere nadelen ten opzichte van de voorliggend uitgewerkte varianten, of bevatten nog fundamentele vraagstukken in de uitvoering of beleidspraktijk. Daarom worden deze varianten niet als haalbaarder dan de voorliggend uitgewerkte opties gezien. Ze worden in dit hoofdstuk wel uitgewerkt en beoordeeld, maar in beperktere mate dan de gerichtere fiscale faciliteit en het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds.

8.1 Analysecriteria voorliggend uitgewerkte varianten

In hoofdstuk 5 is geschetst dat aanpassingen van of alternatieven voor de ASZ gepaard gaan met afruilen. Om de twee resterende lange termijnvarianten tegen elkaar af te wegen worden deze opties, een gerichtere fiscale faciliteit en het overhevelen van middelen naar gemeenten, langs een aantal assen geanalyseerd. De beoordeling vindt plaats langs criteria geordend naar drie perspectieven: de burger, uitvoering en overheid.

De beoordeling van de varianten hangt in grote mate af van specifieke vormgeving. Inkomens- en budgettaire effecten zijn niet te bepalen op het niveau van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Daarom worden de varianten niet kwantitatief beoordeeld op deze aspecten. Waar mogelijk wordt een kwalitatieve toelichting gegeven.

De tijdshorizon waarop de varianten kunnen worden ingevoerd verschilt. Indien budget wordt overgeheveld naar gemeenten dienen zij voldoende voorbereidingstijd te krijgen om hiervoor regelingen en processen in gang te zetten. Het gericht maken van de fiscale faciliteit door posten te heroverwegen kan mogelijk op korte termijn, maar het invoeren van nieuwe posten met nieuwe structuren neemt een langere periode in beslag, net als het omvormen van de huidige fiscale faciliteit tot een heffingskorting. Dit duurt naar verwachting minimaal 5 jaar.

8.2 Beschrijving en beoordeling van een gerichtere fiscale faciliteit

8.2.1 Beschrijving

De inkomstenbelasting biedt met een landelijk bereik een mogelijkheid voor een uniforme regeling in de financiële ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De fiscale faciliteit heeft als doel om mensen met een chronische ziekten en/of beperking financieel tegemoet te komen in de meerkosten die zij vanwege hun aandoening maken. Onder deze lange termijnvariant wordt de huidige aftrekpost specifieke zorgkosten aangepast om de middelen gericht in te zetten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking en om de knelpunten in de huidige regeling te verminderen. Deze knelpunten worden niet geheel verholpen.

Doelgroep

Een landelijke fiscale regeling is in beginsel toegankelijk voor elke persoon die in Nederland woont. De fiscale regeling kan gericht worden gemaakt door voorwaarden te stellen aan degene die gebruik kan maken van de regeling. In theorie kan de regeling exclusief toegankelijk worden gemaakt voor een beoogde doelgroep, zoals mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten. Dit staat of valt met het kunnen afbakenen en definiëren van de doelgroep, zie hiervoor de opties zoals geschetst in hoofdstuk 5 van dit rapport. Een andere mogelijkheid om de beoogde doelgroep beter te bereiken is om alleen bepaalde meerkosten in aftrek toe te staan die voornamelijk worden gemaakt door mensen uit de beoogde doelgroep. Dit is het uitgangspunt van de huidige fiscale regeling. Het risico hierbij is dat ook mensen buiten de beoogde doelgroep te maken krijgen met deze kostensoorten en de geselecteerde meerkosten zullen aftrekken.

Mogelijkheden tot maatwerk

Een landelijke fiscale regeling biedt geen mogelijkheid tot maatwerk. De voorwaarden en tegemoetkoming zijn voor iedereen gelijk en de ondersteuning kan niet worden aangepast op individuele behoeften.

Verbeter- en keuzemogelijkheden voor de optie 'aftrekpost'

Binnen deze variant zijn verschillende aanpassingen mogelijk om de middelen gericht in te zetten voor de ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Deze worden onderstaand uitgewerkt, waarbij wordt ingegaan op de aanbevelingen voor het verbeteren van de fiscale regeling in het evaluatierapport van Dialogic.

a. Heroverweeg de kostenposten die onder de regeling vallen

De kostenposten die aftrekbaar zijn onder de huidige fiscale regeling sluiten niet volledig aan op de meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd. Hierdoor is een deel van hun meerkosten niet aftrekbaar. Heroverweging van de kostenposten die onder de regeling vallen en van de bewijslast die hiervoor dient te worden overlegd leidt ertoe dat de regeling beter aansluit op de meerkosten die mensen met een chronische ziekte en/of beperking maken. Daarvoor kunnen de lijst met meerkostenposten en het

toetsingskader uit hoofdstuk 6 worden gebruikt. Hierin wordt toegelicht dat personen met een chronische ziekte en/of beperking te maken krijgen met meer kosten dan alleen hogere zorgkosten.

b. Aanpassing van de drempelbedragen voor bepaalde groepen

Voor de verschillende inkomensgroepen is een drempelbedrag aan meerkosten ingesteld. Voor de specifieke zorgkosten-regeling geldt dat alleen het bedrag wordt afgetrokken dat boven de drempel uitkomt. Voor kosten onder het drempelbedrag bestaat geen recht op tegemoetkoming. Verlaging of opheffing van de drempelbedragen zou leiden tot de vergoeding van relatief lage structurele meerkosten als gevolg van chronische ziekte en/of beperking. De drempelbedragen kunnen worden aangepast of opgeheven per inkomensgroep. Het verlagen van de drempel zorgt ervoor dat mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten onder de huidige drempel de fiscale regeling kunnen gebruiken en dat mensen met meerkosten boven de huidige drempel een hogere tegemoetkoming ontvangen. Echter nemen het aantal gebruikers, het budgettaire belang van de regeling en de uitvoeringslasten toe.

c. Heroverweeg de vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers.

Het doel van de vermenigvuldigingsfactor is verhoging van de aftrek van mensen met een laag inkomen. Voor AOW'ers bedraagt de vermenigvuldigingsfactor 2,13 en voor niet-AOW'ers met een laag inkomen is deze 1,4. Een factor van 1,4 betekent dat 140% van de gemaakte meerkosten aftrekbaar is. De vermenigvuldigingsfactor is bij invoering in 2009 alleen bedoeld voor belastingplichtigen van 65 jaar of ouder met een lager inkomen vanwege het relatief lage marginale tarief dat op hun inkomen van toepassing is omdat zij geen AOW-premie betalen. Om de inkomenseffecten van wijziging per 2009 voor belastingplichtigen jonger dan 65 jaar met een lager inkomen te verzachten, is er destijds voor gekozen om voor hen *tijdelijk* ook een vermenigvuldigingsfactor in te voeren. De noodzaak van een structurele vermenigvuldigingsfactor voor niet-AOW'ers is niet duidelijk. Afschaffen van deze vermenigvuldigingsfactor vergroot de doelmatigheid van de regeling en zorgt dat alle niet-AOW'ers op dezelfde wijze behandeld worden. Echter leidt afschaffing van de vermenigvuldigingsfactor ook tot negatieve inkomenseffecten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking met een lager inkomen die jonger zijn dan 65 jaar.

d. Verbetering van voorlichting en informatievoorziening

Niet alle mensen met een chronische ziekte en/of beperking zijn bekend met de fiscale regeling. Voor mensen die wel bekend zijn met de regeling is het niet altijd duidelijk wanneer zij recht hebben op tegemoetkoming, wat wel en niet mag worden afgetrokken en hoe de hoogte van hun tegemoetkoming wordt berekend. De taal waarin de regeling wordt uitgelegd wordt als zeer complex ervaren. Herziening van de teksten waarin de regeling en kostenposten worden toegelicht en een brochure van de Belastingdienst in begrijpelijk Nederlands (B1, zonder jargon, korte zinnen, etc.) zijn mogelijkheden om de voorlichting te verbeteren. Ook gemeenten kunnen hier een rol in spelen. Zij kunnen de ASZ en de TSZ-regeling onder de aandacht brengen bij hun inwoners en bij specifieke doelgroepen, zoals personen die gebruik maken van de Wmo 2015 of bijzondere bijstand. Een grotere bekendheid en begrijpelijkheid van de regeling heeft naar verwachting als gevolg dat meer mensen uit de doelgroep worden bereikt en dat zij ook gebruik gaan maken van de regeling. Dit betekent dat de doeltreffendheid, waaronder het bereiken van de doelgroep, toeneemt. Ook het budgettaire belang zal dan toenemen. Deze aanbeveling is in 2024 extra opgevolgd, maar wordt doorlopend opgevolgd door de Belastingdienst.²³

e. Inkorting van de periode tussen het maken van de kosten en de teruggave.

Personen met een laag besteedbaar inkomen kunnen niet altijd gebruik maken van zorg en ondersteuning omdat ze het niet kunnen voorfinancieren. Voor hen zou het kunnen helpen als de tijd tussen het maken en het vergoeden van de gedeclareerde kosten verkort wordt. Dit zal de

²³ *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024, 2023/24, Kamerstukken II 36410 XVI, nr. 7*

toepasbaarheid en voorspelbaarheid van de tegemoetkoming door de doelgroep verbeteren. De doelgroep weet immers eerder wat zij terugkrijgt. Een bestaande mogelijkheid om deze periode te verkorten is het invullen van een voorlopige belastingaangifte. Deze kan maandelijks worden uitbetaald. Een kanttekening hierbij is dat de rentekosten van een hypotheek van maand tot maand weinig schommelen. Bij de zorgkosten ligt dit heel anders en is het lastig om de hoogte vooraf in te schatten. Het inschatten van deze kosten en het invullen van een voorlopige aangifte vraagt veel van belastingplichtigen. Dit zou met name geschikt kunnen zijn voor structurele of voorzienbare meerkosten.

f. Toevoeging van extra voorwaarden ter afbakening van de doelgroep

Onder de huidige regeling maken ook mensen zonder chronische ziekte en/of beperking gebruik van de tegemoetkoming en zijn opgevoerde kosten niet altijd het gevolg van een chronische ziekte en/of beperking. In de wettekst staat alleen dat kosten moeten voortvloeien uit ziekte en/of beperking. Het definiëren en afbakenen van de doelgroep in de wettekst met toetsing in de aanvraag kan het gebruik van de regeling door personen zonder chronische ziekte en/of beperking verminderen. Mogelijkheden voor definitie en afbakening van de doelgroep worden beschreven in hoofdstuk 5. Deze aanpassing verhoogt de doelmatigheid, omdat de regeling specifiek wordt ingezet.

Randvoorwaarden

Er dient voldoende uitvoeringscapaciteit beschikbaar te zijn voor de uitvoering van de fiscale regeling. De onderzoekers schatten in dat de huidige fiscale aftrekpost gepaard gaat met circa 85 fte aan uitvoeringslasten. Complexe en gedetailleerde regelingen kunnen leiden tot een handhavingstekort, zoals geconcludeerd is in de evaluatie van de huidige regeling. Bij een fiscale regeling in de inkomstenbelasting moet rekening worden gehouden met de modernisering van de ICT-systemen van de Belastingdienst. De planning van de keten inkomensheffing (IH) laat zien dat beleidswensen op zijn vroegst in het belastingjaar 2029 uitgevoerd kunnen worden in de keten IH.²⁴ Aanpassingen binnen de structuur van de bestaande fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten zijn wel eerder mogelijk, zoals de vereenvoudigingen binnen de post vervoerskosten per 1 januari 2025.²⁵

8.2.2 Beoordeling

Burgerperspectief

Doenvermogen en administratieve lasten

Bij de fiscale regeling moeten burgers (jaarlijks) de aangifte inkomstenbelasting indienen om aanspraak te maken op de tegemoetkoming. Burgers moeten afhankelijk van de gevraagde bewijslast en vormgeving facturen en betaalbewijzen bijhouden van de kosten om ze op te kunnen voeren in de aangifte en om als bewijsstukken aan te leveren bij een controle door de Belastingdienst. De Belastingdienst beschikt niet over gegevens om de aftrekpost vooraf in te vullen. De aanvrager dient dus zelf te beoordelen of hij of zij recht heeft op vergoeding van een specifieke kostenpost en welke kosten daarbij kunnen worden afgetrokken. Bij vergoeding van daadwerkelijke kosten moeten door de aanvrager vergoedingen uit voorliggende voorzieningen in mindering worden gebracht op de kosten voordat ze in aftrek kunnen worden gebracht. Als gedeclareerde zorgkosten niet (volledig) worden vergoed door de zorgverzekeraar moet worden beoordeeld of sprake is van betalingen voor een verplicht of vrijwillig eigen risico. Deze betalingen zijn namelijk in de huidige regeling niet aftrekbaar. Het beroep op het doenvermogen van burgers en de administratieve lasten kunnen beperkt worden door te werken met vaste (forfaitaire) bedragen die in aftrek kunnen worden gebracht op basis van gestandaardiseerde documenten als medische verklaringen en de gehandicaptenkaart.

²⁴ *Stand van zaken wetsvoorstel Wet werkelijk rendement box 3, 2024/25, Kamerstukken II 31066, nr. 1429*

²⁵ *Belastingplan 2025, 2024/25, Kamerstukken II 36602, nr. 2*

Als de burger in aanmerking komt voor de TSZ, dan berekent de Belastingdienst de hoogte van de vergoeding op basis van de ingediende aangifte. Voor deze regeling hoeft de burger – naast het doen van aangifte – geen actie te ondernemen.

Begrijpelijkheid vergoeding

Bij de aftrekpost kan het voor burgers lastig te begrijpen zijn hoe de uiteindelijke tegemoetkoming tot stand is gekomen. Voor sommige groepen burgers worden de werkelijk gemaakte zorgkosten verhoogd via de vermenigvuldigingsfactor. Voor alle meerkosten gezamenlijk geldt daarnaast een inkomensafhankelijke drempel waarbij alleen het bedrag aan zorgkosten boven de drempel aftrekbaar is van het inkomen. Tot slot is de hoogte van de tegemoetkoming afhankelijk van het belastingtarief in box 1 (Inkomen uit werk en woning) waartegen de aftrekpost kan worden afgezet.

De berekening van de TSZ bij burgers die door de aftrekpost hun heffingskortingen niet verzilveren is complex, waardoor de uitkomst van de tegemoetkoming niet eenvoudig is te begrijpen voor burgers.

Hoogte vergoeding in relatie tot kosten

Bij de aftrekpost wordt een deel van de zorgkosten vergoed, als gevolg van de drempel en het belastingtarief in box 1 (Inkomen uit werk en woning) waartegen de aftrekpost kan worden afgezet.

Betaalbaarheid meerkosten

In een landelijke fiscale regeling wordt de tegemoetkoming achteraf uitbetaald nadat de aangifte inkomstenbelasting over het voorafgaande jaar is ingediend en vervolgens door de Belastingdienst is afgehandeld via het opleggen van een aanslag. Hierdoor moeten burgers de meerkosten eerst zelf voorfinancieren. Wel is het mogelijk om een voorlopige teruggave aan te vragen zodat de tegemoetkoming gedurende het jaar wordt uitbetaald. De hoogte van de vergoeding van de aftrekpost hangt af van de individuele situatie, maar is altijd minder dan de totale kosten. Hierdoor wordt een gedeelte van de meerkosten ten laste gelegd van de burger.

Uitvoeringsperspectief

Mogelijkheden tot (medische) beoordeling

De Belastingdienst is niet in staat om medische beoordelingen uit te voeren. Een fiscale regeling kan wel worden uitgevoerd op basis van een medische beoordeling en verklaring van derden.

Controleerbaarheid & handhaafbaarheid

Het heffen van belastingen is een massaal proces en de inrichtingen van de processen zijn hierop afgestemd en zoveel mogelijk geautomatiseerd. De Belastingdienst beschikt niet over informatie over zorgkosten van derden. Door het ontbreken van deze informatie kan niet automatisch worden gecontroleerd of de opgegeven uitgaven juist zijn. Deze informatie dient te worden uitgevraagd bij burgers en handmatig worden gecontroleerd. Voor de regeling is het niet alleen van belang dat de uitgaven daadwerkelijk hebben plaatsgevonden, maar ook of de uitgaven zijn voorgeschreven door een arts en of de uitgaven zijn vergoed door de zorgverzekering. Het is lastig om deze informatie te controleren voor de Belastingdienst.

Beslag uitvoeringscapaciteit

De benodigde individuele behandeling leidt tot een groot capaciteitsbeslag bij de Belastingdienst en bij afwezigheid van de benodigde capaciteit in de praktijk tot onjuiste toepassing van de regeling. Volgens het evaluatierapport neemt de uitvoering van de huidige fiscale regeling circa 85 fte in beslag.

Overheidsperspectief

Tijdigheid

De tegemoetkoming wordt achteraf uitbetaald nadat de aangifte inkomstenbelasting over het voorafgaande jaar is ingediend en vervolgens door de Belastingdienst is afgehandeld via het opleggen van een aanslag.

Gerichtheid

Een landelijke fiscale regeling is in beginsel toegankelijk voor elke persoon die in Nederland woont. De fiscale regeling kan gericht worden gemaakt door voorwaarden te stellen aan degene die gebruik kan maken van de regeling (de toegang) en/of door alleen bepaalde kosten in aftrek toe te staan die voornamelijk worden gemaakt door mensen uit de beoogde doelgroep. Hiertoe dient eerst een doelgroep te worden gedefinieerd. Het enkel opnemen van kostenposten zonder het stellen van nadere voorwaarden leidt ertoe dat iedereen deze kosten kan opvoeren. Verder kan rekening worden gehouden met de draagkracht van een burger door het instellen van een drempel die afhankelijk is van het (verzamel)inkomen.

Toegankelijkheid van zorg

Een landelijke fiscale regeling geeft een financiële tegemoetkoming voor meerkosten als gevolg van chronische ziekte en/of beperking. De financiële tegemoetkoming kan bijdragen aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning, gezien vanuit de burger. Deze tegemoetkoming is echter algemeen en houdt geen rekening met specifieke zorgbehoeften van mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Onbeperkt meedoen

Een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming voor meerkosten kan bijdragen aan het bevorderen van mogelijkheden tot participatie aan de samenleving voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Participatie wordt afgeremd wanneer de aftrekbare kostenposten niet goed aansluiten op de meerkosten van mensen, als voorfinanciering niet mogelijk is of wanneer het gedeelte van de meerkosten dat voor eigen rekening blijft te hoog is.

Gelijke behandeling voor gelijke gevallen

Een landelijke fiscale regeling in de inkomstenbelasting is in beginsel toegankelijk voor elke natuurlijke persoon die in Nederland woont. De regeling is niet afhankelijk van waar een burger woont. Iedere aanvrager in gelijke situatie heeft recht op een gelijke tegemoetkoming.

8.3 Beschrijving en beoordeling van de gemeentelijke varianten

8.3.1 Het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds

Deze variant betreft het overhevelen naar het gemeentefonds van het budget dat gemoeid gaat met de aftrekpost 'uitgaven van specifieke zorgkosten' voor mensen met een beperking en/of chronische ziekte. Gemeenten ontvangen sinds 2015 jaarlijks middelen via de algemene uitkering van het gemeentefonds om inwoners met een chronische ziekte en/of beperking te ondersteunen. De middelen kunnen gemeentelijk worden ingezet via verschillende instrumenten, zoals (1) de algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen in de Wmo 2025, (2) meerkostenregelingen in de Wmo 2015, (3) categoriale bijzondere bijstand via de gemeentepolis, (4) individuele bijzondere bijstand en (5) voor initiatieven om het kennisniveau van burgers te verhogen. Gemeenten kunnen zelf het instrument kiezen waarmee zij tegemoetkoming bieden aan hun inwoners; vanuit het Rijk kan hier niet op worden gestuurd als de middelen via het gemeentefonds worden overgeheveld. Dit past bij het decentrale stelsel. Dit kan ertoe leiden dat er een verdere versnippering van het aantal inkomensregelingen ontstaat en dat het afhangt van waar je woont of en hoe hoog de vergoeding is die je ontvangt voor je gemaakte meerkosten.

Het merendeel van de gemeenten heeft momenteel twee of drie regelingen om mensen met een chronische ziekte en/of beperking te ondersteunen. Vaak moeten mensen zich zelfstandig melden bij de gemeente als zij in aanmerking willen komen voor een regeling. Hierdoor hebben gemeenten beperkt zicht op niet-gebruik van de regelingen. Onderstaand een uitwerking van instrumenten die op dit moment worden ingezet door gemeenten.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)

Gemeenten kunnen op basis van de Wmo 2015 (artikel 2.1.7) een tegemoetkoming bieden voor inwoners die meerkosten maken als gevolg van hun chronische ziekte en/of beperking. Hierbij kan gedacht worden aan kosten voor kledingslijtage, energie- en stookkosten en huishoudelijke verzorging. Op dit moment wordt er door een gedeelte van de gemeenten gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Uit het rapport 'Goed geregeld?' uit 2021 blijkt dat 47% van de gemeenten een individuele financiële tegemoetkoming aanbood. Deze werden deels gefinancierd vanuit de Wmo 2015.

Voor deze tegemoetkoming dient de aanvrager aan een aantal voorwaarden te voldoen. Aan welke voorwaarden precies voldaan moet worden, verschilt per gemeente. Voorbeelden zijn:

- Een maximuminkomen (inkomensgrens verschilt per gemeente, maar ligt over het algemeen tussen de 110 en 130% van het wettelijk minimumloon (WML));
- Een Wlz of Wmo-indicatie;
- Het hebben van hoge zorgkosten;
- Het verbruiken van het eigen risico;
- Het hebben van een chronische ziekte en/of beperking;
- Het ontvangen van een Wtcg of Cer-tegemoetkoming in het verleden (geldt niet voor nieuwe gevallen).

Naast Wmo-meerkostenregelingen kunnen gemeenten onder de Wmo 2015 ook algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen bieden. Algemene voorzieningen zijn vrij toegankelijk zonder voorafgaand onderzoek naar persoonlijke omstandigheden, terwijl maatwerkvoorzieningen individueel moeten worden aangevraagd. Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn ontmoetingsruimten en maaltijdverzorging; voorbeelden van maatwerkvoorzieningen zijn dagbesteding, huishoudelijke hulp en vervoersvoorzieningen. Inwoners betalen in 2024 een abonnementstarief van maximaal € 20,40 per maand voor kosten van maatwerkvoorzieningen en van algemene voorzieningen waarbij sprake is van een duurzame hulpverleningsrelatie. De planning is om vanaf 1 januari 2027 de eigen bijdrage voor de Wmo 2015 aan te passen naar een eigen bijdrage waarbij rekening wordt gehouden met het inkomen en het vermogen. De hoogte van de tegemoetkoming of mogelijkheid tot het verkrijgen van een maatwerk- of algemene voorziening varieert per gemeente.

Gemeentepolis

De gemeentepolis is een gemeentelijke collectieve zorgverzekering binnen de Zvw. Op de aanvullende verzekeringen kan een collectiviteitskorting of een bijdrage van de gemeente worden geboden, waardoor de premie lager is. Elke gemeente kan zelf besluiten of zij een gemeentepolis aanbiedt. Gemeenten kunnen die naar eigen inzicht vormgeven. Denk bijvoorbeeld aan (aanvullende) verzekeringen voor mondzorg, fysiotherapie en brillen, een (gedeeltelijke) compensatie voor of herverzekering van het eigen risico of de hierboven genoemde premiekorting op de aanvullende verzekering. Niet elke gemeente biedt een gemeentepolis aan. Op dit moment wordt de gemeentepolis aangeboden in 320 van de 342 gemeenten en maken circa 635.000 mensen hier gebruik van.²⁶ Het gaat doorgaans om uitgebreide verzekeringen, waardoor de premies vanzelfsprekend hoog zijn. De gemeentepolis richt zich met name op mensen met een inkomen en/of vermogen onder een bepaalde grens. Mensen met een chronische ziekte en/of beperking die boven een bepaalde inkomensgrens vallen, kunnen dan bijvoorbeeld geen gebruik maken van de gemeentepolis, terwijl mensen zonder beperking wel gebruik kunnen maken van de

²⁶ Mailcontact met BS&F, juni 2024

gemeentepolis als zij een laag inkomen hebben. De gemeentepolis sluit niet altijd aan op de zorg- en ondersteuningsvraag van de inwoners met een chronische ziekte of beperking.²⁷ De gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering voor minima, waardoor er geen sprake is van het vergoeden van (meer)kosten buiten het curatieve/geneeskundige domein. Wel zijn er gemeentepolissen met daarin een vergoeding voor de eigen bijdrage Wmo.

Bijzondere bijstand

De individuele bijzondere bijstand uit de Participatiewet is gericht op mensen met een laag inkomen die onvoorziene kosten maken die niet uit het reguliere inkomen/vermogen betaald kunnen worden. De gemeente bepaalt of een individu hier recht op heeft, op basis van individuele omstandigheden en de financiële situatie. Zo bepaalt de gemeente welke inkomens- en vermogensbestanddelen mee worden genomen in de draagkrachtbepaling van de bijzondere bijstand. Er geldt aan aantal algemene voorwaarden:

- u woont rechtmatig in Nederland;
- u heeft onvoldoende inkomen en vermogen om de kosten zelf te betalen;
- u bent 18 jaar of ouder;
- uw kosten moeten aantoonbaar, onvoorzien en noodzakelijk zijn;
- u heeft kosten door bijzondere of dringende omstandigheden;
- de kosten kunnen niet op een andere manier worden vergoed.

Om in aanmerking te komen voor een vergoeding moeten bewijsstukken worden aangeleverd om bovenstaande aan te tonen. Ter illustratie wordt voor de volgende kostensoorten (die relevant zijn voor de doelgroep) relatief vaak via de individuele bijzondere bijstand een tegemoetkoming verstrekt:

- noodzakelijke extra stookkosten vanwege een medisch oorzaak;
- verhuiskosten voor een niet voorzienbare en noodzakelijke verhuizing;
- hogere kosten dan gebruikelijk voor een maaltijdvoorziening;
- noodzakelijke dieetkosten, en;
- voor noodzakelijke meerkosten van bewassing en kledingslijtage.

De Zvw, Wmo 2015, Wlz en de zorgtoeslag zijn voorliggende voorzieningen voor zorgkosten. Afhankelijk van de toereikendheid van deze voorzieningen kan de gemeente in individuele en incidentele omstandigheden, afhankelijk van het geval, in deze kosten via de bijzondere bijstand tegemoetkomen. In beginsel vallen planbare en te voorziene kosten, bijvoorbeeld kosten voor brillenglazen of contactlenzen en mondzorg hier niet onder, zodat een standaardvergoeding vanuit de bijzondere bijstand hiervoor niet aan de orde kan zijn.

Bij categoriale bijzondere bijstand wordt aan een specifiek gedefinieerde doelgroep bijzondere bijstand verstrekt, zonder na te gaan of de kosten zich daadwerkelijk voordoen. Categoriale bijzondere bijstand geldt nu alleen voor de collectieve aanvullende zorgverzekering (gemeentepolis) of een tegemoetkoming in de kosten van de premie van een dergelijke verzekering. Voor andere toepassingen wordt deze vorm echter weinig gebruikt, omdat het ongericht is, het algemene inkomensbeleid doorkruist en het in armoedevaleffecten resulteert. In 2022 en 2023 was de energietoeslag ook een voorbeeld van categoriale bijzondere bijstand.

²⁷ Verwey-Jonker, *Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen*, 2020

Drie voorbeelden van gemeentelijke inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking in praktijk

Gemeente 1

Gemeente 1 is gestopt met het aanbieden van een meerkostenregeling, omdat de uitvoeringskosten voor deze regeling erg hoog waren. De gemeente biedt wel een collectieve zorgverzekering aan voor alle inwoners die een inkomen hebben van maximaal 150% van het WML. Daarnaast kunnen inwoners met een inkomen tot 110% van het WML een tegemoetkoming krijgen voor aanvullende ziektekostenverzekering van €80. Via bijzondere bijstand kunnen inwoners met een inkomen van maximaal 110% van het WML een compensatie krijgen voor enkele meerkosten.

Gemeente 2

Gemeente 2 biedt een jaarlijkse tegemoetkoming van € 275. Dit is een vast bedrag dat niet gerelateerd is aan de daadwerkelijke kosten die de inwoner maakt. Hiervoor moet de inwoner een aanvraagformulier invullen, waarbij een lijst van het RIVM met chronische ziekten als uitgangspunt wordt gebruikt om de doelgroep af te bakenen. De inwoner geeft aan om welke ziekte en/of beperking het gaat, maar hoeft hier in principe geen bewijslast voor aan te leveren. De inkomensgrens is maximaal 130% van de bijstandsnorm. Hiervoor moet de inwoner bewijs leveren, tenzij zij/hij een bijstandsuitkering ontvangt. Deze gemeente geeft aan de regeling aan te passen aan het budget dat jaarlijks beschikbaar is. De gemeente biedt sinds 2019 geen gemeentepolis meer aan. Via de bijzondere bijstand worden wel enkele soorten zorgkosten vergoed, namelijk brillen, tandartskosten (tot € 750 per jaar) en orthodontie (tot € 1.000 per jaar), mits aan de voorwaarden wordt voldaan.

Gemeente 3

Gemeente 3 gebruikt bedragen voor vier specifieke kostenposten voor meerkosten, waarvoor een vast maandelijks bedrag aan vergoeding aangevraagd kan worden: kledingslijtage (€ 13), waskosten (€ 10), energiekosten (€ 20) en maaltijdkosten (€ 15). Indien een inwoner recht heeft op een van deze tegemoetkomingen, ontvangt zij/hij daarnaast maandelijks een basiscompensatie (€ 25) en een compensatie voor het verplicht eigen risico van de zorgverzekering (€ 8,25). In totaal gaat het om maximaal € 91,25 per maand (€ 1.095 op jaarbasis). Om te bewijzen dat de inwoner meerkosten heeft als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking, wordt een intakegesprek gedaan bij de GGD. De gemeente geeft aan dat dit een intensief traject is, met hoge uitvoeringskosten. Zij proberen dit waar mogelijk te verminderen door de compensatie voor meerdere jaren toe te kennen. Daarnaast moet iemand met een relatief laag inkomen (130% of minder dan het WML) en weinig vermogen (maximaal € 7.575 voor een alleenstaande) hebben. Een jaarlijkse inkomenstoets blijft nodig als men geen uitkering ontvangt. De gemeente biedt ook een collectieve zorgverzekering (gemeentepolis) en bijzondere bijstand aan.

Verbeter- en keuzemogelijkheden/scenario's voor overheveling van het budget naar gemeenten

Bij overheveling van middelen naar gemeenten om hen beter in staat te stellen hun bestaande taken op het gebied van inkomensondersteuning uit te voeren zijn er verschillende scenario's denkbaar. Deze scenario's verschillen in de mate van richting die wordt gegeven aan gemeenten en omvatten aanpassingen van de drie hierboven beschreven gemeentelijke instrumenten om de middelen gericht in te zetten voor de ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Gemeenten zijn – op een aantal wettelijke verplichtingen na – vrij deze aanpassingen wel of niet in te voeren. De scenario's worden onderstaand uitgewerkt, waarbij wordt ingegaan op de aanbevelingen uit het evaluatierapport van Dialogic.

1. Het budget wordt overgeheveld naar (de algemene resp. decentralisatie uitkering van) het gemeentefonds met een handreiking / landelijke richtlijnen

Bij dit scenario wordt het budget overgeheveld naar de gemeenten. De gemeenten hebben meer middelen voor de uitvoering van de bestaande taken. Het Rijk heeft na overheveling geen zeggenschap meer over de besteding. Wel kan richting worden gegeven op twee manieren:

- Een handreiking kan worden opgesteld met daarbij niet-bindende richtlijnen volgens welke gemeenten de middelen kunnen inzetten. Bij een handreiking kan je denken aan een document als opgesteld bij de overheveling van middelen naar gemeenten bij de afschaffing van de Wtcg in 2014: de Handreiking gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte en/of beperking²⁸. Deze zou in dit geval worden geactualiseerd. Dit zou een richtinggevend kader zijn (niet verplichtend), waarin het Rijk ook de doelgroep kan definiëren voor wie zij graag ziet dat de middelen worden ingezet.
- Vanaf 2027 kan gebruik worden gemaakt van de bijzondere fondsuitkering (BFU) in plaats van de huidige decentralisatie uitkering, een nieuwe systematiek die op dit moment nog in ontwikkeling is. Bij een BFU kan een andere verdeelsleutel worden gebruikt dan bij de AU op basis van kwalitatieve en kwantitatieve maatstaven. Ook zou naar verwachting een informatieverplichting mogelijk worden. De middelen blijven echter bestedingsvrij.

Handreikingen kunnen bijvoorbeeld toezien op de gemeentepolis. Hiervoor worden onderstaand twee voorbeelden geschetst:

Gemeentepolis: het stimuleren van het aanbieden van de gemeentepolis onder gemeenten

In het evaluatierapport van Dialogic worden enkele aanbevelingen gedaan rondom het stimuleren/promoten van de gemeentepolis. De overheid mag de gemeentepolis niet bij verzekeren promoten, vanwege concurrentiele overwegingen. De overheid kan dit wel doen bij gemeenten. Gemeenten kunnen echter niet verplicht worden gehoor te geven aan zo'n oproep en bepalen zelf of en onder welke voorwaarden zij een gemeentepolis aanbieden. Indien gemeenten hier gehoor aan geven kan dit leiden tot een groter aantal gemeenten waar een gemeentepolis wordt aangeboden of tot gemeentepolissen die beter aansluiten op de behoefte van personen met een chronische ziekte en/of beperking.

Gemeentepolis: Het opstellen van een model-gemeentepolis

In het project vermindering mijdning van mondzorg om financiële redenen verkent VWS in samenspraak met andere partijen of er een model-gemeentepolis kan komen met een basiszorgverzekering, een uitgebreide landelijk uniforme aanvullende mondzorgverzekering, en een betaalbare zorgpremie. Waarbij er geen verplichting gaat zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars om dit ook daadwerkelijk aan te bieden. Verkend kan worden of er ook op andere zorgvormen een voorbeeldpolis denkbaar is waar mensen met een chronische ziekte of beperking én een minimuminkomen baat bij hebben. In een dergelijke verkenning kan, in verband met gerichtheid, meegenomen worden of er (vergoedingen voor) zorgvormen zijn waar juist mensen met een chronische ziekte en/of beperking doorgaans gebruik van maken. Als dit zorgvormen blijken waar ook mensen zonder chronische ziekte en/of beperking gebruik van maken, zal dit juist tot extra gebruik (en budgettaire beslag) leiden.

2. Het budget wordt overgeheveld naar (de algemene resp. decentralisatie uitkering van) het gemeentefonds in combinatie met (een) wetswijziging(en)

Onder dit scenario worden de middelen toegevoegd aan het gemeentefonds, terwijl gelijktijdig wetswijzigingen worden doorgevoerd in de vormgeving van de gemeentelijke instrumenten onder de Wmo 2015 en/of in de bijzondere bijstand. Gemeenten krijgen hierdoor extra taken. Aandachtspunt is dat gemeenten adequaat moeten worden gefinancierd bij een uitbreiding van de wettelijke taken van gemeenten. De overgehevelde middelen en de aanvullende taken dienen daarom in balans te zijn.

²⁸ Transitiebureau Wmo, handreiking 'Gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte en/of beperking, maart 2014

Een belangrijk aandachtspunt is dat deze wetswijzigingen passend moeten zijn bij het decentrale stelsel. In de Wmo 2015 is het gebruikelijk om de gemeenteraad de taak te geven om bij verordening een plan of regels vast te stellen op welke wijze zij ondersteuning bieden aan een bepaalde groep inwoners. Het past niet om in decentrale wet²⁹ voor te schrijven met welke instrumenten gemeenten hun taken uitvoeren. Gemeenten ontvangen middelen voor uitvoering van de Wmo 2015 en de bijzondere bijstand voornamelijk in de vorm van een algemene uitkering (AU) in het gemeentefonds. Voor middelen in het gemeentefonds geldt dat het Rijk niet kan sturen op besteding door gemeenten. Onderstaand worden voorbeelden van wetswijzigingen in de Wmo 2015 en in de bijzondere bijstand toegelicht.

Wmo 2015: het toevoegen van nieuwe maatwerkvoorzieningen of bieden van meer maatwerk

Meer nadruk op toegang voor personen met een chronische ziekte en/of beperking en betere aansluiting van voorzieningen op de behoeften van deze groep. Om meer nadruk te leggen op het ondersteunen van personen met een chronische ziekte en/of beperking en om de voorzieningen beter op hun behoefte aan te laten sluiten is het mogelijk een wetstraject te starten om een maatwerkvoorziening in de Wmo 2015 toe te voegen. Deze maatwerkvoorziening kan zodanig worden gekozen dat hij aansluit op de behoeften van een specifieke doelgroep. Hiervoor is een scherpe doelgroep definiëring noodzakelijk. Tevens kan de Wmo 2015 worden aangepast zodat er duidelijkere kaders zijn en kan een wetswijziging worden opgesteld waarin de mogelijkheden tot het bieden van een Wmo-meerkostenregeling (artikel 2.1.7.) verder wordt uitgewerkt.

De mogelijkheden om meer maatwerk te bieden zijn beperkt, mede aangezien de huidige Wmo al mogelijkheden tot maatwerk biedt. De huidige tegemoetkoming voor meerkosten die gemeenten onder de Wmo 2015 kunnen bieden biedt al mogelijkheden tot maatwerk en gemeenten hanteren dan ook al maatwerk binnen de Wmo 2015 voor alle verschillende gebruikers. Door de inzet van een keukentafelgesprek wordt gekeken naar de behoefte en wordt de meest passende voorziening ingezet. Daarnaast is het algemeen bekend dat de Wmo 2015 gebruikt kan worden door mensen met een chronische ziekte of beperking. Het past niet bij een decentrale wet om de manier waarop gemeenten deze doelgroep tegemoet komt scherper voor te schrijven.

Invoering van een landelijk kader in de individuele financiële tegemoetkoming en bijzondere bijstand

In het evaluatierapport wordt voorgesteld een landelijk kader in te voeren voor de individuele financiële tegemoetkoming en bijzondere bijstand (gericht op de minima/lage inkomens), waar gemeenten aan gebonden zijn. Op dit moment is het niet mogelijk om zonder een wetswijziging concrete sturing te geven aan gemeenten over de invulling van het budget in de bijzondere bijstand en de meerkosten regeling in de Wmo 2015. De financiering gaat via een AU in het gemeentefonds. Momenteel is er geen landelijk vastgestelde inkomensgrens voor de bijzondere bijstand; gemeenten zijn verplicht bijzondere bijstand te verstrekken als bepaalde kosten uit bijzondere omstandigheden voortvloeien "die een persoon zelf niet in redelijkheid kan dragen"³⁰. De beleidsvrijheid van gemeenten omvat de bepaling van draagkracht, bijvoorbeeld welke vermogensbestanddelen worden meegenomen en over welke periode naar het vermogen wordt gekeken. In praktijk hanteren gemeenten dus wel inkomens- en vermogensgrenzen, waardoor in principe alleen minima in aanmerking komen. Dit geldt ook voor de Wmo 2015: er is geen kader voor de individuele financiële tegemoetkoming waar gemeenten aan moeten voldoen. In artikel 2.1.7. staat dat 'Bij verordening kan worden bepaald dat door het college aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben, een tegemoetkoming wordt verstrekt ter ondersteuning van de

²⁹ De Wmo is een decentrale wet. Dat betekent dat het Rijk het kader vaststelt en de gemeenten binnen dat kader zelf de wet uitwerken in lokale regels.

³⁰ <https://www.divosa.nl/publicaties/factsheet-bijzondere-bijstand/factsheet-bijzondere-bijstand/achtergrond/hebben-gemeenten-beleidsvrijheid>

zelfredzaamheid en de participatie'. Gemeenten hebben de beleidsvrijheid om zelf invulling te geven aan deze bepaling uit de Wmo 2015.

Het landelijk vaststellen van een kader in de individuele financiële tegemoetkoming of een inkomensgrens zou de verschillen tussen gemeenten iets kunnen verkleinen. Echter gaat dit tegen de beleidsvrijheid van gemeenten in, wat ook de ruimte voor maatwerk beperkt. Het past niet bij een decentrale wet om de manier waarop gemeenten deze doelgroep tegemoet komt scherper voor te schrijven. Mensen met een chronische ziekte en/of een beperking met een hoger inkomen vallen vaak sowieso buiten deze voorziening, en gaan er dus financieel op achteruit ten opzichte van de ASZ.

Met een wetswijziging zou een landelijk bindend kader voor de categoriale bijzondere bijstand kunnen worden ingevoerd. Deze zou dan vergelijkbaar zijn met de energietoeslag die in 2022 en 2023 via de categoriale bijzondere bijstand werd uitgekeerd, waarbij voorwaarden werden gesteld en iedereen die daaraan voldeed een vast bedrag ontving (ongeacht of de kosten daadwerkelijk worden gemaakt). Van 2009 tot 2015 bestond reeds een categoriale bijzondere bijstand voor chronisch zieken en gehandicapten. De categoriale bijzondere bijstand is echter met uitzondering van de collectieve aanvullende zorgverzekering afgeschaft, omdat het ongericht is (er is geen controle of kosten daadwerkelijk worden gemaakt), het algemene inkomensbeleid vanuit het Rijk doorkruist en het armoedevaleffecten kent.

3. Het budget wordt overgeheveld naar (de algemene resp. decentralisatie uitkering van) het gemeentefonds met afsluiting van een bestuurlijk convenant

In een bestuurlijk convenant kunnen afspraken worden gemaakt over de wijze waarop gemeenten de overgehevelde middelen inzetten. Onder deze afspraken kan bijvoorbeeld worden ingegaan op de doelgroep die met de middelen wordt beoogd en de instrumenten die door gemeenten worden ingezet. Een bestuurlijk convenant kan breed worden opgesteld en alle gemeentelijke instrumenten die mensen met een chronische ziekte en/of beperking ondersteunen omvatten, of smal worden ingezet op de inzet van een enkel instrument.

Een voorbeeld van een bestuurlijk convenant is 'convenant meeverhuizen van individuele mobiliteitshulpmiddelen en roerende woonvoorzieningen bij een verhuizing'. Wanneer gemeenten een bestuurlijk convenant ondertekenen worden zij geacht zich hieraan te committeren. In welke mate dit juridisch afdwingbaar is, hangt af van de afspraken die hierover worden gemaakt. Gemeenten zijn niet verplicht om dit te ondertekenen.

Doelgroep

Gemeenten kunnen per regeling verschillende criteria opstellen, waarbij ze zich vooral op minimagroepen richten. In de participatiebijeenkomsten gaven ze aan geen ruimte te hebben in de uitvoering voor het optuigen van nieuwe regelingen, waardoor zij er waarschijnlijk voor zullen kiezen de aanvullende middelen aan bestaande regelingen toe te voegen. In de regel zullen gemeenten bij een inkomen boven 110-130% van het sociaal minimum geen individuele bijzondere bijstand of een gemeentepolis toekennen. Dit in tegenstelling tot de huidige fiscale regeling die weliswaar inkomensafhankelijkheid kent, maar wel mogelijkheid biedt tot tegemoetkoming voor alle inkomensgroepen. Onder de huidige fiscale regeling bedraagt het gebruik door huishoudens met een inkomen hoger dan € 40.000 circa 17,5%. Deze gebruikers zouden mogelijk geen tegemoetkoming ontvangen onder de gemeentelijke regeling. Mogelijk is deze groep kleiner of groter, afhankelijk van de inkomensgrenzen die een gemeente hanteert.

Door de beleidsvrijheid van gemeenten ontstaan er lokale verschillen in de doelgroep van de tegemoetkoming. Gemeenten kunnen zelf een doelgroep vaststellen. Zij kunnen proberen een doelgroep te bereiken op basis van het hebben van een chronisch ziekte en/of beperking. Omdat gemeenten geen toegang hebben tot medische gegevens is dit complex. Zo zijn er gemeenten die na een aanvraag een medische keuring uitvoeren, maar dit gaat gepaard met hoge uitvoeringskosten voor de gemeenten. Andere gemeenten doen bijvoorbeeld een intakegesprek via

de GGD, gebruiken een lijst met aandoeningen, of vragen of de persoon bewijs levert van de aandoening. Gemeenten hebben door uitdagingen bij het vaststellen en bereiken van de doelgroepen het niet-gebruik van regelingen door inwoners die hier wel recht op zouden hebben niet goed in zicht.

Mogelijkheid tot maatwerk

Gemeenten kunnen maatwerk bieden, omdat op individueel niveau bijzondere bijstand en Wmo 2015 wordt verstrekt. Daarbij maakt de gemeente per situatie een inschatting of een individu recht heeft op een vergoeding. In de praktijk bieden gemeenten echter maatwerk voor zover dit uitvoeringstechnisch voor hen haal- en betaalbaar is, want het vraagt veel van de uitvoeringscapaciteit en kan ten koste gaan van ander minimabeleid. De verwachting is dat veel gemeenten zullen kiezen voor forfaitaire bedragen en dus geen maatwerk, omdat dit veel minder drukt op de al beperkt beschikbare capaciteit en uitvoeringsmiddelen. De gemeente kan in het aanbod van gemeentepolissen ook variëren in polissen met uitgebreidere en minder uitgebreide vergoedingen.

Randvoorwaarden

Voordat er eventueel wordt gekozen voor een decentralisatievariant, moeten de vervolgstappen op het gebied van de Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO) worden uitgevoerd, om vooraf te toetsen of nieuwe beleidsplannen en wetsvoorstellen uitvoerbaar zijn door decentrale overheden. Mogelijk zal uit het UDO komen dat er ook extra uitvoeringskosten naar gemeenten moeten worden overgeheveld om te compenseren voor de gevraagde extra uitvoeringscapaciteit. Bij een budgetneutrale overheveling gaat dit ten koste van de middelen die beschikbaar zijn voor de doelgroep.

8.3.2 Beoordeling van het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds

Omdat gemeenten de beleidsruimte hebben de ondersteuning voor kwetsbare doelgroepen naar eigen inzicht in te vullen, zal het per gemeente verschillen op welke manier en onder welke voorwaarden mensen met een chronische ziekte en/of een beperking met hoge (zorg)kosten voor een tegemoetkoming in aanmerking komen. Onderstaande beoordeling is sterk afhankelijk van de gekozen vormgeving van de tegemoetkoming en keuzes die gemeenten hierin maken. De beoordeling gaat uit van inzet van de middelen door gemeenten via de verschillende hierboven beschreven instrumenten die zij ook nu al gebruiken.

Burgerperspectief

Doenvermogen en administratieve lasten

Een burger zou in plaats van via de jaarlijkse belastingaangifte, de tegemoetkoming regeling moeten aanvragen bij de gemeente. Dit kan vaak online of via een loket, en soms volgt er nog een apart gesprek om vast te stellen of de burger gebruik mag maken van een regeling. Een deel van de mensen met een chronisch ziekte en/of beperking is reeds in contact met de gemeente in verband met hun beperking, bijvoorbeeld omdat ze al gebruik maken van voorzieningen in de Wmo 2015. Voor hen sluit deze variant aan op hun doenvermogen. Voor burgers voor wie dit nu niet zo is, is een proactieve handeling nodig om zich te melden bij de gemeente. Dit zou een drempel kunnen vormen omdat het veel doenvermogen vraagt.

Bij de gemeentepolis zijn weinig extra handelingen van de burger nodig, maar meer dan bij het afsluiten van een reguliere zorgverzekering. Dit in tegenstelling tot de individuele bijzondere bijstand en de meerkostenregeling. Deze regelingen kennen doorgaans een relatief hoge (vaak jaarlijks of per kostenpost terugkerende) bewijslast, zoals het aanleveren van documenten voor een inkomens- en vermogenstoets, bewijs voor de chronische ziekte of beperking (bijvoorbeeld op basis van een Wmo- of Wlz-indicatie) of het ondergaan van een medische keuring. Vaak is er voor elke kostenpost een bewijs van aankoop of betaling vereist. Deze bewijslast verhoogt de administratieve lasten en kan ervoor zorgen dat een deel van de mensen besluit af te zien van een aanvraag.

Begrijpelijkheid vergoeding

De gemeentepolis geeft weer welke kosten worden vergoed. Om een vergoeding te ontvangen vanuit de individuele bijzondere bijstand, moeten de kosten aantoonbaar noodzakelijk zijn en mogen ze formeel niet vergoed worden uit een andere regeling. Als een vergoeding binnen de individuele bijzondere bijstand wordt toegekend, gebeurt dit op basis van daadwerkelijke kosten waardoor het bedrag wel begrijpelijk is. Veel gemeenten werken in het geval van Wmo 2015 met consulenten die bij de burger thuiskomen en de regelingen toelichten. Dit verhoogt de begrijpelijkheid en toegankelijkheid, met name wanneer dezelfde consulent de burger ondersteunt in verschillende regelingen. Meerkostenregelingen worden vaak gekenmerkt door het uitkeren van jaarlijks forfaitaire bedragen. De verschillen tussen gemeenten kunnen verwarrend en onrechtvaardig aanvoelen voor burgers.

Hoogte vergoeding in relatie tot kosten

De hoogte van de vergoeding verschilt per onderdeel en per chronische ziekte en type beperking. De gemeentepolis biedt een vergoeding voor de verzekerde interventies; dit hoeft – net als bij een reguliere zorgverzekering – echter niet altijd 100% van de kosten te zijn. Voor de niet-verzekerde interventies wordt geen vergoeding uitgekeerd. Omdat meerkostenregelingen vaak bestaan uit een forfaitair bedrag, staat de hoogte van de vergoeding niet direct in relatie tot de kosten die iemand maakt. De vergoeding onder de individuele bijzondere bijstand dekt vaak het hele bedrag en mag nooit hoger zijn dan de daadwerkelijke kosten. Niet alle kosten die mensen met een chronische ziekte of beperking maken komen voor vergoeding onder een van de drie gemeentelijke regelingen in aanmerking (hier zit ook variatie in per gemeente).

Betaalbaarheid meerkosten

Indien wordt voldaan aan de voorwaarden van individuele bijzondere bijstand en de gemeente akkoord is gegaan, worden de volledige meerkosten vergoed en hoeft de inwoner het niet voor te schieten. In het geval van een meerkostenregeling betreft het vaak een jaarlijks forfaitair bedrag, dat in de meeste gevallen niet toereikend is voor de gemaakte meerkosten omdat iedereen, ongeacht zijn meerkosten, hetzelfde bedrag ontvangt. Er zijn ook enkele gemeenten die werken met gecategoriseerde forfaitaire bedragen, bijvoorbeeld op het gebied van energie of medicijnen. Dit kan beter aansluiten op iemands daadwerkelijke kosten. Onder de huidige fiscale regeling bestaat grote heterogeniteit in de hoogte van de afgetrokken meerkosten, waarbij uitschieters hoge meerkosten in aftrek brengen. Met name kleine gemeenten zullen niet in staat zijn deze excessieve gevallen vergoeding te bieden.

Uitvoeringsperspectief

Mogelijkheden tot (medische) beoordeling

Gemeenten hebben geen toegang tot medische gegevens van burgers en weten niet welke meerkosten zij maken. Gemeentelijk consulenten zijn zelf niet bevoegd om een medische keuring te doen, dus hanteren ze criteria waaraan getoetst wordt. Sommige gemeenten doen dit op basis van een indicatie voor de Wmo of Wlz, anderen laten een medische keuring uitvoeren. Er zijn ook gemeenten die een intakegesprek laten voeren bij de GGD of burgers zelf bewijs laten aanleveren van hun aandoening. Deze beoordelingen zijn vaak arbeidsintensief, prijzig en niet goed uitvoerbaar voor elke gemeente. De regelingen rondom individuele bijzondere bijstand en gemeentepolis zijn vaker op inkomen en vermogen gebaseerd, dan op ziekte of invaliditeit.

Controleerbaarheid & handhaafbaarheid

Afhankelijk van de vormgeving binnen een gemeente: bij de individuele bijzondere bijstand is er een hoge mate van controleerbaarheid op de inkomensgrens en daadwerkelijke kosten, omdat voor alle kosten een bewijs van aankoop of betaling moet worden geleverd. Hierdoor is de individuele bijzondere bijstand doeltreffend, maar zijn de uitvoeringslasten hoog. Voor een gemeentepolis hoeft enkel aan een inkomenseis te worden voldaan, die makkelijk gecontroleerd

kan worden. Bij meerkostenregelingen is het erg afhankelijk van de specifieke voorwaarden die een gemeente heeft gesteld.

Beslag uitvoeringscapaciteit

Gemeenten hebben de voorkeur dat er geen nieuwe taken op het gebied van inkomensondersteuning bij hen belegd worden, in verband met de hoge uitvoeringskosten. Als er wel een nieuwe regeling komt, zou deze alle versnipperde regelingen moeten vervangen. In het sociaal domein (waaronder voor de Wmo 2015) is scheefgroei geconstateerd in het bestuurlijk-financieel arrangement op een aantal grote taken die naar gemeenten zijn gedecentraliseerd.³¹ Verschillende signalen wijzen erop dat de uitvoeringskracht van gemeenten is achtergebleven bij de toename van ambities en taken³².

De uitvoeringslasten voor de gemeentepolis zijn laag. De controles bij de individuele bijzondere bijstand en de meerkostenregelingen worden doorgaans handmatig uitgevoerd en zijn daarmee zeer arbeidsintensief. De hoge kosten voor de uitvoering zorgen ervoor dat het budgetneutraal overhevelen van de middelen ertoe leidt dat er naar alle waarschijnlijkheid minder budget beschikbaar is voor de tegemoetkoming zelf.

Overheidsperspectief

Gelijke behandeling voor gelijke gevallen

Het overhevelen van het budget naar gemeenten (via het gemeentefonds) betekent dat gemeenten de beleidsruimte en bestedingsvrijheid hebben om lokaal naar eigen inzicht beleidskeuzes te maken over de besteding van deze middelen. Deze beleidsvrijheid leidt ertoe dat de geboden ondersteuning verschilt per gemeente. Niet elke gemeente biedt een gemeentepolis en/of een meerkostenregeling (op basis van de Wmo 2015) en de kosten die daarnaast vanuit de individuele bijzondere bijstand worden vergoed verschillen ook per gemeente. Daarmee maakt het uit in welke gemeente iemand woont voor hoeveel en voor welke kosten iemand compensatie ontvangt. Dit gaat in tegen het advies van de Commissie Sociaal Minimum, om de verschillen voor gemeenten te beperken omdat deze verschillen in bestaanszekerheid tussen burgers veroorzaken. Deze zorg over verschillen in tegemoetkoming tussen gemeenten leeft bij ervaringsdeskundigen en geeft in veel gevallen een gevoel van een ongelijke behandeling. De in de variant benoemde scenario's kunnen deze verschillen enigszins beperken, maar niet voorkomen.

Tijdigheid

De gemeentepolis biedt een vergoeding voor verzekerde interventies op het moment dat deze interventies nodig zijn. Dat is tijdig. Bij de individuele bijzondere bijstand kan een aanvraag worden ingediend bij de gemeente, die binnen 8 weken een besluit moet nemen. Geld uit de individuele bijzondere bijstand kan in beginsel niet worden uitbetaald met terugwerkende kracht of als de kosten al zijn betaald (tenzij dit door omstandigheden niet anders kon). Omdat de meerkostenregeling vaak een jaarlijks forfaitair bedrag behelst, is het moment van ontvangen niet gerelateerd aan het moment dat de kosten worden gemaakt.

Gerichtheid

Beperkt: een overheveling van middelen naar het gemeentefonds kent een mate van ongerichtheid. Het decentraliseren van taken betekent dat de verantwoordelijkheid van het uitvoeren van de desbetreffende taak – binnen de wettelijke kaders – aan gemeenten is. Door deze beleidsruimte voor gemeenten is het moeilijk te beoordelen in hoeverre de doelgroep gericht zal worden geholpen. Dit is ook gebleken na afschaffing van de Wtcg met de decentralisatie. Het is nauwelijks controleerbaar of verifieerbaar gebleken of de overgehevelde middelen naar gemeenten gericht bij de doelgroep terecht zijn gekomen. Daarnaast kunnen gemeenten er bij deze variant

³¹ Kamerbrief over de voortgang Actieagenda Sterk Bestuur, Kamerstukken 2023/24, 33 047 Nr. 27

³² Toezichtsverslag provinciale toezichthouders 2023, Kamerstukken 2023/24, 36 410 B nr. 5.

voor kiezen om de middelen voor andere doeleinden in te zetten dan voor de doelgroep. In dat geval wordt de doelgroep niet gericht geholpen ten opzichte van de huidige fiscale regeling.

Gemeenten richten zich in hun ondersteuning doorgaans op burgers met een laag inkomen en weinig vermogen, bijvoorbeeld met een inkomen tot 110% van de voor hen geldende bijstandsnorm of tot 130% van het WML (afhankelijk van het gemeentelijk beleid). De midden en hoge inkomensgroepen ontvangen vaak geen compensatie, terwijl zij wel te maken kunnen krijgen met meerkosten door een chronische ziekte of beperking. Gemeenten hanteren daarbij vaak harde inkomensgrenzen, waardoor er in veel gevallen – in tegenstelling tot de werking van de fiscale regeling – geen enkele tegemoetkoming kan worden verkregen bij inkomens boven de grens.

Toegankelijkheid van zorg

De gemeentepolis biedt doorgaans een ruimere vergoeding dan een reguliere basisverzekering, voor mensen met een zorgvraag kan de toegankelijkheid van zorg door de gemeentepolis verbeteren. De gemeentepolis is echter niet voor iedereen de meest passende zorgverzekering. Bij meerkostenregelingen kan wegens de vergoeding de toegankelijkheid voor de zorg verbeteren, maar omdat deze vaak op basis van voorfinanciering is moet de burger de kosten net als bij de aftrekpost eerst zelf voorschieten. Dit kan de toegankelijkheid van zorg beperken ten opzichte van directe financiering, indien de burger hiervoor niet de financiële middelen heeft. Via de individuele bijzondere bijstand kan in unieke gevallen zorgkosten vergoed worden, wat de toegankelijkheid van de zorg ten goede kan komen.

VNG Uitvoeringsscan

Bij potentieel nieuwe taken voor gemeenten voert de VNG een uitvoeringsscan uit om de uitvoeringsconsequenties, mogelijkheden, knelpunten/risico's en randvoorwaarden in beeld te brengen. Hiervoor heeft VNG Realisatie in februari 2025 twee sessies georganiseerd voor gemeenten om in gesprek te gaan over de beschreven varianten. De onderzoekers concluderen dat een gemeentelijke route niet voor de hand ligt en voor gemeenten niet uitvoerbaar is: de gemeentelijke uitvoering staat namelijk reeds flink onder druk. Het onderbrengen van een volwaardig alternatief voor de huidige fiscale regeling voor de compensatie van mensen met een chronisch ziekte en/of een beperking via een gemeentelijke route is voor gemeenten niet uitvoerbaar. Er is geen uitvoeringscapaciteit beschikbaar voor de extra belasting die een dergelijke extra taak met zich meebrengt en die is in de huidige arbeidsmarkt ook niet voorhanden. Dit geldt voor de duidelijk gekaderde gemeentelijke varianten vanwege de buitenproportionele uitvoeringslasten die komen kijken bij een strak ingekaderde landelijke regeling op decentraal niveau. Bij de variant om een meer beleidsvrije taak te decentraliseren zullen de bestaande verschillen tussen gemeenten worden vergroot, aangezien de huidige gemeentelijke voorzieningen voor de doelgroep divers zijn en verschillen tussen gemeenten in type regeling, doelgroep en vergoeding. Aansluiten bij de huidige regelingen leidt ertoe dat deze lokale verschillen zullen toenemen wat gemeenten in navolging van de commissie Sociaal Minimum zeer onwenselijk achten. In bijlage 3 is de inhoudelijke reactie van VNG op de uitgevoerde uitvoeringsscan terug te lezen.

8.3.3 Het overhevelen van de middelen naar de gemeente via een SPUK

a. Voorwaarden van de SPUK-regeling

Ook onder deze variant moet worden bepaald hoe de SPUK-regeling eruit komt te zien en aan welke voorwaarden de aanvragende gemeenten moeten voldoen bij besteding van de middelen. Er kunnen bijvoorbeeld voorwaarden worden gesteld in de SPUK voor welke doelgroep en middelen welke instrumenten de middelen mogen worden ingezet. Daarbij spelen dezelfde problemen bij bijvoorbeeld de afbakening van de doelgroep. Sommige gemeenten hebben al een specifieke tegemoetkoming voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Dergelijke regelingen kunnen als voorbeeld worden genomen bij het opstellen van de SPUK. Op basis van de SPUK kunnen ook andere gemeenten middelen aanvragen om een soortgelijke regeling op te zetten. Het

is echter de vraag of deze regelingen te kopiëren zijn naar andere gemeenten, bijvoorbeeld vanwege kleinere uitvoeringscapaciteit of een afwijkende lokale context.

b. Wijze van verdeling van landelijk beschikbaar budget over gemeenten

Allocatie van landelijk beschikbaar budget aan gemeenten kan gebeuren op basis van historische aangifte-informatie van de huidige fiscale regeling, uitgesplitst naar de woonplaats van de belastingplichtige. Hierbij kan het aantal gebruikers van de regeling, de gemiddeld in aftrek gebrachte bedragen (per belastingplichtige) of een combinatie hiervan, als uitgangspunt worden genomen. Echter houdt deze verdeelsleutel geen rekening met het huidige niet-gebruik en met gebruikers die bij de huidige regeling onder de drempel blijven. Een alternatief is om de verdeling van middelen uit het gemeentefonds aan te houden of om uit te keren op basis van demografische kenmerken.

Doelgroep

De doelgroep van de regeling dient nog te worden vastgesteld. Gemeentelijke regelingen zijn vaak gericht op minima. Hierbij kan worden gekozen uit de verschillende definities voor de doelgroep in hoofdstuk 5. Onderscheid kan worden gemaakt in de hoogte van tegemoetkoming naar inkomen. Er kan dus worden gekozen voor een doelgroep bestaande uit lage, of lage en middeninkomens.

Mogelijkheden tot maatwerk

De voorwaarden van de SPUK kunnen zodanig worden omschreven dat maatwerk op het niveau van de inwoner mogelijk is. Vergelijkbare instrumenten kunnen worden ingezet als bij het overhevelen van het budget naar gemeenten via het gemeentefonds. Meer maatwerk verhoogt uitvoeringslasten voor zowel inwoner als gemeenten, waarbij rekening moet worden gehouden met het feit dat de administratieve lasten voor gemeenten bij een SPUK überhaupt al erg hoog zijn. Tevens kunnen keuzes worden gemaakt over de mate van tegemoetkoming, eventueel naar inkomen.

Randvoorwaarden

Uitvoeringscapaciteit

Gemeenten voeren een groot aantal taken uit die in het verleden centraal waren belegd en de afgelopen jaren zijn gedecentraliseerd. Een Uitvoerbaarheidstoets decentrale overheden (UDO) zal moeten moeten uitwijzen in hoeverre gemeenten voldoende uitvoeringscapaciteit hebben voor eventuele extra taken rondom de inkomensondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De administratieve lasten van verantwoording van SPUK-regelingen zijn daarnaast erg hoog voor gemeenten. Daarom gaat het invoeren van nieuwe SPUK tegen het huidige beleid om het aantal SPUKs te verminderen. Daarnaast zijn SPUKs in de regel tijdelijk van aard.

Beoordeling

Overheveling van budget naar gemeenten middels een SPUK heeft als voordeel ten opzichte van het overhevelen van middelen aan gemeenten via het gemeentefonds dat variatie tussen gemeenten wordt verkleind. Dit vereist wel dat in de SPUK gedetailleerde voorwaarde worden geschetst waaraan gemeenten moeten voldoen. Bij een regeling met specifieke voorwaarden komen soortgelijke problemen kijken als bij de fiscale regeling, namelijk de afbakening van de doelgroep en het bepalen van de meerkosten. Daarnaast gaat een SPUK gepaard met hogere verantwoordingslasten en verkleint het de beleidsvrijheid voor gemeenten om rekening te houden met de lokale context bij de ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Om de laatstgenoemde redenen gaat het invoeren van nieuwe SPUKs in tegen het huidige beleid om het aantal specifieke uitkeringen te verminderen.

8.4 Het uitbreiden van het basispakket aan verzekerde zorg in de Zvw

In deze variant wordt het verzekerde pakket binnen de Zvw uitgebreid en hoeft een tegemoetkoming voor deze kosten niet te worden aangevraagd. Voor verzekerde zorg geldt geen voorfinanciering, wat financiële drempels voor zorggebruik kan verlagen ten opzichte van de fiscale regeling.

Als een verzekerde met een chronische ziekte en/of beperking aangewezen is op zorg in het basispakket, heeft hij/zij het recht op vergoeding van deze zorg. Zorg kan vanuit het basispakket volledig worden vergoed, maar de wetgever kan er ook voor kiezen om een gedeelte ten laste van de verzekerde te laten komen middels een eigen bijdrage. Een voorbeeld daarvan zijn gehoorapparaten. Deze worden voor maximaal 75% vergoed. Indien meer verzekerden gebruikmaken van zorg, kan dat tot gevolg hebben dat de premie voor iedere verzekerde stijgt. Uitbreiding van het verzekerde pakket verhoogt de collectieve zorgkosten en daarmee ook de premies voor verzekerden. Financiering van deze variant loopt via zorgpremies, het eigen risico, algemene belastingen en werkgeverslasten, terwijl de huidige fiscale regeling wordt gefinancierd middels derving van inkomstenbelasting.

De scopes van het verzekerd basispakket en de huidige fiscale regeling verschillen. De huidige fiscale regeling geeft een gedeeltelijke financiële compensatie voor meerkosten naar hoogte van het inkomen en is bedoeld als tegemoetkoming voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten die niet elders vergoed worden. Dit is anders dan de scope van de Zvw: het (gedeeltelijk) vergoeden van zorg voor iedereen met een medische indicatie ongeacht inkomen en chronische ziekte en/of beperking.

Randvoorwaarden

Het pakket van verzekerde zorg in de zin van de Zvw omvat zorg of de overige diensten (onder overige diensten valt bijvoorbeeld vervoer in verband met dialyse) waar de verzekerde op is aangewezen. Mensen met een chronische ziekte en/of beperking krijgen echter ook te maken met kosten die niet verzekerd zijn omdat het niet gaat om zorg (bijvoorbeeld extra waskosten als gevolg van een chronische ziekte of beperking). Voor vergoeding voor zorg vanuit de Zvw (en Wlz) geldt dat aan de zogeheten pakketcriteria voldaan moet zijn: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Het criterium effectiviteit is hierbinnen een knock-out criterium. De minister van VWS heeft de bevoegdheid om zorg die effectief is vanuit maatschappelijke overwegingen op de overige drie pakketcriteria toch niet toe te laten tot het verzekerde pakket. Van bepaalde uitgaven die nu fiscaal aftrekbaar zijn is op voorhand al bekend dat ze eventuele toetsing aan de hand van voornoemde criteria niet zullen doorstaan. Ze passen daarmee niet binnen de kaders van de Zvw (of Wlz). Een voorbeeld van zo'n post zijn alternatieve geneeswijzen als acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en homeopathische geneesmiddelen, die niet zullen voldoen aan de toetssteen van effectiviteit. Een ander voorbeeld is zorg die weliswaar medisch noodzakelijk, maar niet noodzakelijk te verzekeren is. Het gaat dan om kosten die relatief laag zijn waardoor verwacht wordt dat verzekerden deze zelf kunnen dragen. Denk hierbij aan de kosten voor paracetamol of steunzolen.

Doelgroep

Het pakket kent open aanspraken en is voor iedere verzekerde hetzelfde. Het is niet mogelijk om voor een specifieke doelgroep een aanspraak op zorg vast te leggen. Aanspraken op zorg zijn dus niet alleen beschikbaar voor de doelgroep mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Aanpassing van het verzekerd pakket gericht op mensen met een chronische ziekte en/of beperking is dus niet goed mogelijk. Dit komt feitelijk alleen tot stand als het gaat om aanspraak op zorg bij indicaties die met name voorkomen bij mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Mogelijkheden tot maatwerk

Aangezien zorg in het verzekerde pakket op gelijke wijze beschikbaar is voor iedereen voor wie deze medisch noodzakelijk is, is het niet mogelijk om op individueel niveau maatwerk in aanspraken te bieden. Wél is het zo dat vergoeding van bepaalde vormen van zorg uit de Zvw (met name: paramedische zorg) beperkt is tot verzekerden die een bepaalde indicatie (zoals een chronische ziekte en/of beperking) hebben. Iedereen met die indicatie heeft recht op die zorg; dit is dus niet hetzelfde als zorg toelaten voor een bepaalde doelgroep.

Beoordeling

Deze variant om als alternatief voor de fiscale regeling de omvang van het verzekerde pakket te vergroten kent nadelen en lijkt niet tot zeer beperkt van toepassing op de meerkosten uit de huidige fiscale regeling. De nadelen zijn met name het gebrek aan gerichtheid op de doelgroep mensen met een chronische ziekte en/of beperking (wat dus een forse budgetimpact en stijging van de premie tot gevolg kan hebben), het feit dat moet worden voldaan aan de pakketcriteria en het feit dat niet-medische meerkosten niet passen binnen het pakket.

Behandelingen die effectief zijn bevonden voor specifieke indicaties – bijvoorbeeld voor indicaties van bepaalde (chronische) aandoeningen of beperkingen – kunnen voor specifiek die indicaties worden toegevoegd aan het pakket. Hiervoor dient een stevige bewijslast te zijn geformuleerd en dient budget te worden vrijgemaakt (en dus een besluit door de minister te worden genomen). Daarmee kan deze lange termijnvariant alleen een haalbare variant zijn voor medische meerkosten, waarvan de interventie wetenschappelijk effectief is bevonden in onderzoek voor indicaties die met name bij de doelgroep voorkomen. Daarnaast moet er voldoende budget en de politieke wens zijn om dit collectief te financieren.

Een eerste beeld van kosten die op dit moment aftrekbaar zijn onder de fiscale regeling resulteert in een zeer beperkte lijst interventies die mogelijk in aanmerking komen voor opname in het basispakket. Dit zijn de eerste 20 behandelingen fysiotherapie voor de bepaalde indicaties, voetzorg bij reuma en speciale brillen voor mensen met een zorgprofiel zintuigelijk visuele beperking.

8.5 Het uitkeren van vaste bedragen per chronische ziekte en/of beperking

Deze variant is gebaseerd op de optie beschreven in het evaluatierapport om als alternatief voor de fiscale regeling vaste bedragen te verstrekken met daarnaast ruimte voor aanvullende vergoeding voor excessieve meerkosten. Het vaste bedrag biedt compensatie voor kosten waar de gehele groep mee wordt geconfronteerd. De ruimte voor aanvullende meerkosten betreft kosten die niet iedereen met die chronische ziekte of beperking maakt. De onderzoekers gaan in het rapport niet in op een berekeningswijze van het vaste bedrag en de ruimte voor aanvullende meerkosten. Hiervoor dienen in de uitwerking van de regeling criteria te worden gekozen. Het doel van deze regeling is om een eenvoudige regeling te bieden met weinig uitvoerings- en aanvraaglasten; dit gaat ten koste van de mogelijkheden tot maatwerk en gerichtheid.

Verbeter- en keuzemogelijkheden

Binnen deze variant zijn verschillende keuzes te maken in de vormgeving:

a. De definitie en afbakening van de doelgroep die in aanmerking komt voor het vaste bedrag
Zie hoofdstuk 5 voor een overzicht van mogelijke definities en afbakeningen.

b. De basis waarop het vaste bedrag wordt vastgesteld en de hoogte van het vaste bedrag
Er bestaat grote heterogeniteit in het type en de hoogte van meerkosten waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking mee worden geconfronteerd en deze varieert met onder andere het type chronische ziekte of beperking, de ernst, het stadium en de verschijningsvorm, de sociale

context en gezondheidsvaardigheden. De heterogeniteit maakt dat het bedrag voor sommigen te laag en voor anderen te hoog is. De mate van heterogeniteit hangt af van de gekozen definitie van de doelgroep. Indien wordt gekozen voor een vast bedrag voor iedereen met een European Disability Card is de heterogeniteit groter dan bij een vast bedrag voor iedereen met een specifieke chronische ziekte en/of beperking.

Het vaste bedrag kan worden gebaseerd op uitgaven aan bepaalde kostensoorten. Hiervoor dient een lijst te worden opgesteld van kostenposten waar de doelgroep in het algemeen mee te maken krijgt en vervolgens dient daar een gemiddeld bedrag aan te worden gekoppeld. De aansluiting van dit vaste bedrag op de daadwerkelijke meerkosten hangt af van de gekozen definitie van de doelgroep. Alternatieven zijn het baseren van de hoogte van het bedrag op basis van het beschikbare budget en het verwachte aantal gebruikers of op achtergrondkenmerken als huishoudsamenstelling. Er kan worden gekozen voor één vast bedrag of voor een getrappt bedrag met bijvoorbeeld een laag, midden en hoog forfait.

c. De vaststelling van het variabele gedeelte van de tegemoetkoming

Het variabele gedeelte van de tegemoetkoming kan worden vastgesteld op basis van kostenposten zoals in de huidige fiscale regeling. In dat geval blijft een aangepaste en versoepelde fiscale regeling in stand voor het bieden van een tegemoetkoming voor excessieve kosten. Dit brengt echter ook gelijksoortige nadelen met zich mee. Een alternatief is om dit gedeelte vast te stellen op basis van een aantal objectief te toetsen criteria. Hierbij kan worden gedacht aan huishoudsamenstelling (partner, kinderen) en leeftijd. Het is echter onduidelijk of deze indicatoren van voldoende voorspellende waarde zijn voor excessieve meerkosten.

d. De selectie van een uitvoerder van de regeling

Om regionale differentiatie te voorkomen kan een landelijke uitvoerder worden gekozen voor de regeling. Er is op dit moment geen uitvoerder aan te wijzen bij wie dit het beste past.

Doelgroep

Er zijn een aantal opties voor het afbakenen van de doelgroep die in aanmerking komt voor ontvangst van het vaste bedrag. Op basis van de in hoofdstuk 5 geschetste opties varieert de doelgroep van personen met hoog verzekerd zorggebruik, tot hoog onverzekerd zorggebruik, gebruik van het eigen risico, toegang tot andere regelingen, het hebben van een European Disability Card en met een chronische ziekte en/of beperking geïnccludeerd in een lijst. Eventueel kan in aanvulling op de definities van de doelgroep uit hoofdstuk 5 worden gekozen om voor het verder afbakenen van een doelgroep door nadere voorwaarden te stellen. Een voorbeeld is het stellen van leeftijds- of inkomensgrenzen om in aanmerking te komen.

Mogelijkheden tot maatwerk

Deze variant wordt gekenmerkt door het bieden van een simpele tegemoetkoming voor meerkosten. Deze eenvoud staat op gespannen voet met het bieden van maatwerk. Daarom is in deze variant geen ruimte voor het bieden van maatwerk: anders gaat dit ten koste van de eenvoud die deze variant biedt.

Binnen het gedeelte van de regeling dat een vast bedrag biedt per chronische ziekte of beperking is geen ruimte tot maatwerk. Iedereen die behoort tot de gekozen doelgroep heeft recht op hetzelfde bedrag. Echter is er grote heterogeniteit tussen de meerkosten waar mensen met eenzelfde ziekte of beperking mee worden geconfronteerd. Binnen de eenvoud van deze variant kan geen rekening worden gehouden met deze heterogeniteit, waardoor dit bedrag voor een deel van de groep ontvangers te hoog zal zijn, en voor anderen te laag.

Het variabele gedeelte van de regeling biedt ook geen maatwerk. De hoogte van deze variabele vergoeding is afhankelijk van de hoogte van specifieke meerkostenposten zoals onder de huidige fiscale regeling, of van een aantal geselecteerde criteria. Dit hangt af van de keuzes die worden gemaakt in vormgeving van de variant. De vergoeding kan inkomensafhankelijk worden gemaakt.

Randvoorwaarden

Om deze variant ten uitvoer te brengen dient een keuze te worden gemaakt voor de afbakening van de doelgroep. Aanvullend onderzoek is nodig om de hoogte van het (getrapte) forfait vast te stellen. De richting en complexiteit van dit onderzoek varieert per gekozen doelgroep. Dit kan zich in het geval van uitkering aan mensen met specifieke chronische ziekten en/of beperkingen of met een indicatie van een andere regeling richten op de prevalentie daarvan op basis van (huisartsen)data. Aanvullend kan op basis van panelonderzoek worden onderzocht met welke meerkostenposten personen met een specifieke chronische ziekte of beperking of in een specifieke andere regeling te maken krijgen, wat de hoogte is van deze meerkosten en hoe groot de spreiding daarin is. Deze informatie kan worden gecombineerd met gegevens over medische meerkosten per chronische aandoening uit Kosten van Ziekte. Op basis van deze gegevens kan in kaart worden gebracht hoe vaak bepaalde chronische ziekten, beperkingen en/of aanspraak op andere regelingen voorkomen, met welke hoogte medische en niet-medische meerkosten deze vaak gepaard gaan en in welke meerkostenposten de heterogeniteit dermate hoog is dat een aanvullende regeling voor excessieve gevallen dient te worden opgericht (of behouden in de vorm van een fiscale regeling).

Er dient te worden besloten hoe de regeling omgaat met comorbiditeit en welke partij een geschikte uitvoerder is met voldoende uitvoeringscapaciteit. Het zal complex zijn om tot een vast bedrag te komen. De tegemoetkoming zal door een deel van de doelgroep als onvoldoende worden beschouwd waardoor de behoefte aan een regeling voor excessieve gevallen ontstaat.

Beoordeling

Deze optie lijkt in een aantal opzichten op de Wtcg die per 2015 is afgeschaft en een knelpunt is het selecteren van de doelgroep die het vaste bedrag ontvangt. Personen die niet voldoen aan de gekozen afbakening van de doelgroep ontvangen geen tegemoetkoming, terwijl zij mogelijk wel te maken krijgen met meerkosten. Zie voor meer toelichting over de afschaffing van de Wtcg hoofdstuk 2 en over mogelijke definities van de doelgroep en van knelpunten daarbij hoofdstuk 5.

Een groot nadeel van deze optie is dat het vaste bedrag aan tegemoetkoming niet aansluit op de daadwerkelijke meerkosten. De tegemoetkoming zal in sommige gevallen lager en in sommige gevallen hoger zijn dan de daadwerkelijke meerkosten. Dit kan door de ontvangers als onrechtvaardig worden gezien. De beschrijving van deze variant gaat met name in op de vaststelling van het vaste bedrag aan tegemoetkoming. In de evaluatie wordt voorgesteld om naast dit vaste bedrag een landelijk uniforme aanvullende meerkostenregeling in stand te houden voor excessieve kosten. Een dergelijke regeling, bijvoorbeeld in de vorm van een afgeslankte fiscale regeling of subsidieregeling, kent dezelfde nadelen als beschreven onder de betreffende opties in dit rapport.

Voordelen van de variant zijn dat uitvoeringslasten afnemen door de afbakening van de doelgroep en dat de toetsbare afbakening de regeling gericht maakt. De hoogte van de tegemoetkoming is eenvoudig in te schatten voor de ontvanger en (gedeeltelijke) voorfinanciering is niet langer nodig.

8.6 Een landelijke subsidieregeling

Deze variant betreft een landelijke subsidieregeling voor meerkosten van het hebben van een chronische ziekte en/of beperking die niet elders vergoed kunnen worden. Deze subsidie dient door de gebruiker rechtstreeks bij de uitvoerder te worden aangevraagd. De uitvoeringstaak wordt belegd bij een partij die ervaring heeft met subsidieverstrekingen, zoals DUS-i, UWV of de SVB. Het Rijk stelt -zoals in de huidige situatie- de voorwaarden vast voor subsidieverstreking. Hiermee is er sprake van een uniforme regeling voor alle Nederlanders met een chronische ziekte en/of een beperking. De uitvoerder heeft de mogelijkheid om een client in opvolgende jaren een verkorte aanvraagprocedure te laten doorlopen.

Verbeter- en keuzemogelijkheden

Voor een landelijke subsidieregeling gelden grofweg soortgelijke overwegingen als bij de huidige fiscale regeling, zoals rondom de afbakening van de doelgroepen en de hoogte van de tegemoetkoming. Bij een subsidieregeling kan de hoogte van de tegemoetkoming tot 100% van de gemaakte kosten bedragen. Daarnaast spelen specifieke uitvoeringsvraagstukken, zoals rondom de wijze van vaststelling van de hoogte van de subsidie (o.b.v. kostenposten of andere aspecten), het moment van tegemoetkoming in relatie tot voorfinanciering en het aantal aanvraagmogelijkheden per jaar. Een subsidieregeling kan worden uitgekeerd op basis van verwachte kosten, waardoor de huidige voorfinanciering kan worden tegengegaan. Net als de fiscale regeling betreft dit een landelijk uniforme regeling, voor het uitvoeren van een subsidieregeling dient echter nog een uitvoerder te worden geselecteerd. Deze dient te beschikken over voldoende capaciteit om de verantwoordingseisen te toetsen.

Doelgroep

Een subsidieregeling biedt dezelfde mogelijkheden tot afbakening van de doelgroep als de huidige fiscale regeling. Indien bij verdere uitwerking een definitie van de doelgroep uit hoofdstuk 5 uitvoerbaar en wenselijk blijkt te zijn kan worden onderzocht hoe deze definitie kan worden ingepast onder een subsidieregeling. In principe kunnen alle inkomensgroepen worden geïnccludeerd in de doelgroep.

Mogelijkheden tot maatwerk

Een subsidieregeling is gebaseerd op voorwaarden die vooraf zijn vastgesteld. Hierdoor is er geen mogelijkheid tot maatwerk. De subsidie kan afhankelijk worden gemaakt van persoonsgebonden factoren als inkomen, hoogte van meerkosten en vermogen, maar iedereen in dezelfde situatie heeft recht op een gelijke tegemoetkoming.

Beoordeling

Een landelijke subsidieregeling kent een aantal voordelen ten opzichte van de huidige regeling. Er kan worden gekozen voor uitkering voorafgaand aan het moment van betaling zodat voorfinanciering niet nodig is en de periode tussen aanvraag en uitkering is korter. Verlening van meerdere subsidies per jaar is mogelijk en het is voor de aanvrager makkelijker om de hoogte van de tegemoetkoming te schatten, waardoor de voorspelbaarheid van de tegemoetkoming toeneemt.

Nadelen zijn dat een vooraf bepaald budget beschikbaar is. Op het moment dat het jaarbudget verbruikt is, is het de vraag hoe met nieuwe aanvragen moet worden omgegaan. Bij perioden van bezuinigen wordt vaak omgebogen op het budget van subsidieregelingen. Dat maakt deze regeling kwetsbaar in economisch minder goede tijden, terwijl de doelgroep baat heeft bij continuïteit. Verder kent de variant grotendeels gelijke nadelen rondom het selecteren van de doelgroep en kostenposten als de fiscale regeling en gaat hij gepaard met transitiekosten. Het 'probleem' van de fiscale regeling wordt doorgeschoven. Het is de vraag welke uitvoerder het meest geschikt zou zijn voor uitvoering van deze regeling en of deze beschikt over de benodigde capaciteit.

8.7 Een heffingskorting

De huidige fiscale tegemoetkoming is vormgegeven als een aftrekpost. De tegemoetkoming kan ook worden vormgegeven als een heffingskorting. Een heffingskorting komt in beginsel geheel bij de gebruiker terecht omdat een heffingskorting volledig in mindering komt op de verschuldigde belasting over inkomen en vermogen. Als de heffingskorting echter groter is dan de verschuldigde belasting, dan wordt in het huidige fiscale stelsel zonder uitkeerbare heffingskortingen het verschil niet uitbetaald. Er zijn momenteel zeven heffingskortingen. Vijf heffingskortingen worden door de werkgever of de uitkeringsinstantie verwerkt met het loon of de uitkering. Hiervoor hoeft men niets te doen. Het gaat om de algemene heffingskorting, de arbeidskorting, de ouderenkorting, de alleenstaande ouderenkorting en de jonggehandicaptenkorting. Voor de overige twee

heffingskortingen - de inkomensafhankelijke combinatiekorting en de korting voor groene beleggingen - moet iemand aangifte inkomstenbelasting indienen.

Verbeter- en keuzemogelijkheden

Voor een heffingskorting gelden grofweg soortgelijke verbeter- en keuzemogelijkheden als bij het voorstel voor het uitkeren van vaste bedragen per chronische ziekte en/of beperking (voorstel 4) als bij het voorstel voor een landelijke subsidieregeling (voorstel 5). Het is nodig om een de doelgroep te definiëren die in aanmerking komt voor de heffingskorting. Vervolgens moet het bedrag van de heffingskorting worden vastgesteld. Gekozen kan worden voor een bedrag dat voor iedereen gelijk is. De hoogte van de heffingskorting kan ook worden afgestemd op bepaalde chronische ziekten en/of beperkingen. Daarnaast kan de heffingskorting afhankelijk worden gemaakt van het inkomen. Tot slot kan gekozen worden om een deel van de heffingskorting, dat niet verzilverd kan worden bij gebrek aan verschuldigde inkomstenbelasting, uit te keren.

Doelgroep

Een heffingskorting biedt dezelfde mogelijkheden tot afbakening van de doelgroep als de huidige fiscale regeling (aftrekpost). Indien bij verdere uitwerking een definitie van de doelgroep uit hoofdstuk 5 uitvoerbaar en wenselijk blijkt te zijn kan worden onderzocht hoe deze definitie kan worden ingepast. In principe kunnen alle inkomensgroepen worden geïncludeerd in de doelgroep.

Mogelijkheden tot maatwerk

Een heffingskorting is gebaseerd op voorwaarden die vooraf zijn vastgesteld. Hierdoor is er geen mogelijkheid tot maatwerk. De hoogte van de heffingskorting kan afhankelijk worden gemaakt van persoonsgebonden factoren als inkomen, hoogte van meerkosten en vermogen, maar iedereen in dezelfde situatie heeft recht op een gelijke tegemoetkoming.

Beoordeling

Een heffingskorting heeft ten opzichte van de huidige fiscale regeling (aftrekpost) als voordeel dat het volledige bedrag bij de gebruiker terecht komt, mits de heffingskorting kan worden verrekend met verschuldigde inkomstenbelasting. Hierdoor is het voor de gebruiker vooraf duidelijk wat de omvang zal zijn van de tegemoetkoming. Vanwege de gelijkenis met de huidige fiscale regeling (aftrekpost) wordt de heffingskorting geconfronteerd met dezelfde uitdagingen bij het vaststellen van de doelgroep en bij het vaststellen van de hoogte van de tegemoetkoming.

9. Vervolgstappen voor uitwerking van de voorliggende varianten

In het voorgaande hoofdstuk zijn twee lange termijnvarianten voor het bieden van tegemoetkoming aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking voorliggend uitgewerkt: een gerichtere fiscale faciliteit en het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds. Na een keuze voor een van deze varianten zijn nadere politieke keuzes en uitwerkingsstappen nodig om ze in de praktijk te brengen. Ook kan ervoor worden gekozen om eerst de uitwerkingsvragen bij een van deze varianten gericht verder uit te werken voor het maken van een definitieve keuze tussen de varianten. De vervolgstappen worden hieronder beschreven. Een aantal van deze vervolgstappen geldt voor beide varianten; andere zijn van toepassing op een specifieke variant.

Bepaal het doel dat bereikt dient te worden met de tegemoetkoming. In hoofdstuk 4 wordt het belang van een eenduidige en toetsbare doelstelling uitgewerkt, samen met hulpvragen om tot zo'n doelstelling te komen. Voor het bepalen van een doelstelling is het nodig eerst het probleem dat wordt opgelost met de tegemoetkoming te definiëren, om vervolgens een doelstelling op te stellen. Voorbeelden van een doelstelling zijn het bevorderen van participatie aan de samenleving door mensen met een chronische ziekte en/of beperking, het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning en het voorkomen dat mensen met een chronische ziekte en/of beperking door hun meerkosten onder het bestaansminimum uitkomen. Bij de gekozen doelstelling kan eventueel het niveau van tegemoetkoming worden bepaald en of deze bedoeld is als tegemoetkoming voor medische en/of niet-medische meerkosten. Leg deze doelstelling vast in wetgeving.

Selecteer een doelgroep om te bereiken met de tegemoetkoming. In hoofdstuk 5 van dit rapport is een aantal mogelijke definities van de doelgroep geformuleerd. Onder elk van de definities wordt een gedeelte van de groep mensen met een chronische ziekte en/of beperking wel bereikt en een gedeelte niet. Hoe minder scherp de afbakening, hoe minder gericht de regeling wordt. Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven vergt elk van de aangedragen opties voor afbakening van de doelgroep nadere uitwerking voorafgaand aan de definitieve keuze. Daarom kan er worden gekozen om eerst voor een of enkele mogelijke definities de uitwerkingsvragen te beantwoorden om vervolgens een definitieve keuze te maken. Na het selecteren van de doelgroep kan worden gekozen voor het nader definiëren van de doelgroep op aspecten als inkomen en vermogen. Leg deze doelgroep vast in wetgeving.

Kies een lange termijnoptie of combinatie van lange termijnopties. Houdt hierbij rekening met de gewenste doelgroep die wordt bereikt en heb oog voor de uitvoerbaarheid voor de uitvoerder van de regeling om te toetsen of een aanvrager tot de doelgroep behoort en voor de benodigde lasten voor de aanvrager om dit aan te tonen. Houdt tevens rekening met de wijze van tegemoetkoming op aspecten als het bieden van een uniform landelijk vangnet, maatwerk en de mate van tegemoetkoming, al dan niet in verhouding tot het inkomen.

A. De lange termijnvariant 'een gerichtere fiscale faciliteit'

Deze variant bereikt op landelijk niveau een doelgroep afhankelijk van de keuze voor een doelgroep en het type gemaakte meerkosten, met mogelijkheid tot inkomens- en vermogensafhankelijkheid. Er wordt getoetst op het behoren tot de geselecteerde doelgroep, het type meerkosten en de hoogte van de meerkosten. Er is geen mogelijkheid tot maatwerk.

- i. Doelgroep: zonder nadere keuzes omtrent de doelgroep bestaat deze uit alle Nederlanders die bepaalde typen meerkosten maken, mogelijk gedifferentieerd naar inkomen. Afhankelijk van keuzes omtrent het nader afbakenen van de doelgroep kan de doelgroep bestaan uit de opties geschetst in hoofdstuk 5.

1. Zonder nadere keuzes omtrent de doelgroep worden personen zonder chronische ziekte en/of een beperking niet van tegemoetkoming uitgesloten indien zij te maken krijgen met de kostenposten onder de regeling. Met nadere keuzes worden mensen die niet tot de doelgroep behoort worden uitgesloten van tegemoetkoming. Deze keuzes dienen wettelijk te worden vastgelegd.
- ii. Resultaat: het bieden van een landelijk uniform vangnet met *gedeeltelijke* tegemoetkoming voor alle inkomensgroepen van reeds gemaakte, in de wet gespecificeerde meerkostenposten.

Uitwerkingsstappen 'een gerichtere fiscale faciliteit middels een aftrekpost':

1. Zorg voor nadere selectie van de doelgroep door "intakevragen" in het belastingformulier gericht op toetsing op het behoren tot de geselecteerde doelgroep. Let hierbij op de benodigde bewijslast om dit aan te tonen en de aanvraag- en uitvoeringslasten die dit veroorzaakt.
2. Stel de drempelwaarden en vergoedingspercentages vast.
3. Selecteer de kostenposten die worden geïncludeerd in de regeling op basis van vaste toetsingscriteria (zoals uitgewerkt in H4). Ga daarbij eerst in op de wenselijkheid van vergoeding van bepaalde kostenposten aan de hand van de volgende toetsingsvragen:
 - A. Betreft het een kostenpost waarvan de kosten noodzakelijk zijn om te maken voor participatie aan de maatschappij of voor een goede gezondheid?
 - B. Betreft het een kostenpost waar mensen buiten de doelgroep mensen met een chronische ziekte en/of beperking niet in dezelfde mate mee worden geconfronteerd?
 - C. Betreft het een kostenpost van dermate grote omvang dat tegemoetkoming wenselijk is?
 - D. Betreft het een van de uitzonderingscategorieën van de fiscale regeling?
 - E. Betreft het een kostenpost die reeds vergoeding kent in een voorliggende voorziening?
 - i. Weeg hierbij politiek hoe om wordt gegaan met:
 1. Aanvullend te verzekeren kostenposten, zoals tandartskosten;
 2. Gedeeltelijk verzekerde kostenposten, zoals fysiotherapie vanaf behandeling 20 en gehoorapparaten;
 3. Medische kostenposten die bewust niet zijn opgenomen in het basispakket aan verzekerde zorg, bijvoorbeeld omdat ze niet voldoen aan het pakketcriterium effectiviteit zoals homeopathie.
4. Formuleer deze kostenposten en de benodigde bewijslast zodanig dat de benodigde aanvraag- en uitvoeringslasten worden beperkt.

Voorbeelden voor het inperken van bewijs- en aanvraaglast zijn het gebruiken van (getrapte) forfaitaire bedragen, gebruik maken van reeds bestaande bewijslast als een gehandicaptenkaart en/of van snel te toetsen bewijslast als medische verklaringen.

B. De lange termijnvariant 'het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds'

Deze variant bereikt op lokaal niveau een doelgroep afhankelijk van gemaakte keuzes door gemeenten. Afhankelijk van de behoefte aan landelijke richting kan worden gekozen voor het overhevelen zonder nadere voorkeuren, of overheveling in combinatie met een handreiking / landelijke richtlijnen, een wetswijziging of een bestuurlijk convenant.

- i. Doelgroep: de doelgroep kan verschillen per gemeente. Veelal kiezen gemeenten voor lage inkomensgroepen, bijvoorbeeld tot 110% of 130% WML. De afbakening van de doelgroep richt zich niet altijd

specifiek op mensen met een chronische ziekte en/of beperking, zoals ouderen in de Wmo 2015 en lage inkomensgroepen in de gemeentepolis.

- ii. Resultaat: het bieden van de mogelijkheid aan gemeenten om lokaal maatwerk te bieden in inkomensondersteuning naar lokaal inzicht in de lokale ondersteuningsbehoefte.

Vervolgstappen 'het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds':

1. Kies een van de drie scenario's voor het overhevelen van middelen naar het gemeentefonds met de daarbij benoemde vervolgstappen:
 - A. Het toevoegen van middelen aan de algemene uitkering (AU) of decentralisatie uitkering (DU) (welke naar verwachting vanaf 2027 vervangen door de bijzondere fondsuitkering (BFU)) in het gemeentefonds in combinatie met een handreiking / landelijke richtlijnen;
 - i. Bepaal of de middelen middels de AU of een DU/BFU worden overgeheveld naar het gemeentefonds.
 1. Bij een DU/BFU moet een verdeelsleutel voor het budget worden vastgesteld. Bijvoorbeeld op basis van de huidige fiscale regeling, de verdeling van het gemeentefonds, demografie of prevalentie van chronische ziekten en beperkingen.
 2. Bij een BFU: Stel doelen op voor de ondersteuning.
 3. Bij een BFU: Werk de monitoringsinstrumenten voor het behalen van deze doelen op macroniveau uit.
 - ii. Bepaal of er richting wordt meegegeven aan de inzet van deze middelen middels een handreiking of landelijke richtlijnen.
 - iii. Bij een handreiking: schets de mogelijkheden die gemeenten hebben om de middelen in te zetten voor de gekozen doelgroep.
 - B. Het toevoegen van middelen aan de AU of DU/BFU in het gemeentefonds in combinatie wetswijziging van de Wmo 2015 of de Participatiewet;
 - i. Bepaal of de middelen middels de AU of een DU/BFU worden overgeheveld naar het gemeentefonds
 1. Bij een DU/BFU moet een verdeelsleutel voor het budget worden vastgesteld. Bijvoorbeeld op basis van de huidige fiscale regeling, de verdeling van het gemeentefonds, demografie of prevalentie van chronische ziekten en beperkingen.
 2. Bij een BFU: Stel doelen op voor de ondersteuning.
 3. Bij een BFU: Werk de monitoringsinstrumenten voor het behalen van deze doelen op macroniveau uit.
 - ii. Wmo 2015: Werk uit welke voorziening(en) wordt toegevoegd aan de Wmo 2015. Voorbeelden zijn energiekosten en oppashulp.
 - iii. Participatiewet: Werk in samenwerking met gemeenten en stakeholders een landelijk bindend kader voor de categoriale bijzondere bijstand uit (vergelijkbaar met de energietoeslag), waarbij voorwaarden worden gesteld en iedereen die daaraan voldoet een vast bedrag ontvangt. Of stel landelijke inkomens- en vermogensgrenzen vast voor de individuele bijzondere bijstand.
 - iv. Verwerk deze wijziging(en) in de wet.
 - C. Het toevoegen van middelen aan de AU of een DU/BFU in het gemeentefonds in combinatie met het afsluiten van een bestuurlijk, niet afdwingbaar, convenant over de ondersteuning die decentraal aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking zal worden geboden, al dan niet specifiek voor de gemeentepolis of individuele bijzondere bijstand;

- i. Bepaal of de middelen middels de AU of een DU/BFU worden overgeheveld naar het gemeentefonds
 1. Bij een DU/BFU moet een verdeelsleutel voor het budget worden vastgesteld. Bijvoorbeeld op basis van de huidige fiscale regeling, de verdeling van het gemeentefonds, demografie of prevalentie van chronische ziekten en beperkingen.
 2. Bij een BFU: Stel doelen op voor de ondersteuning.
 3. Bij een BFU: Werk de monitoringsinstrumenten voor het behalen van deze doelen op macroniveau uit.
 - ii. Ontwikkel een visie over de gewenste gemeentelijke ondersteuning voor de eerder gekozen doelgroep, de mate van tegemoetkoming en de kostensoorten die worden gecompenseerd.
 - iii. Combineer deze visie met de beschikbare instrumenten bij gemeenten om de doelgroep te ondersteunen (i.e. gemeentepolis, Wmo 2015, individuele bijzondere bijstand).
 - iv. Verwerk afspraken over de doelgroep, het doel en de wijze waarop de instrumenten worden ingezet in een bestuurlijk convenant.
2. Voer voordat de keuze voor overheveling van het budget naar gemeenten definitief is gemaakt voor het uitgewerkte gekozen scenario een Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO) uit;
 3. Hevel het budget over. Geef hierbij gemeenten voldoende tijd om zich voor te bereiden op deze extra taken.

Maak een transitieplan en zet de benodigde vervolgstappen om de gekozen route of combinatie van routes tot uitvoering te brengen. Indien wordt gekozen voor een combinatie van varianten dient er te worden gekomen tot een verdeling van het beschikbare budget voor de tegemoetkoming en voor de uitvoering. Daarnaast dienen de vervolgstappen die hieronder per variant worden beschreven te worden uitgevoerd.

Beoordeel aan de hand van de termijn waarop de lange termijnvariant kan worden ingevoerd of in de tussentijd verbeteringen van de huidige regeling kunnen worden ingevoerd. Hierbij is het van belang dat de korte termijnverbeteringen in lijn zijn met de gekozen lange termijnroute en uitvoerbaar zijn voor de Belastingdienst. Bij verbeteringen op de korte termijn kan worden gedacht aan algemene verbeteringen als begrijpelijker communicatie en meer voorlichting, maar ook aan wijzigingen in de berekeningswijze van de tegemoetkoming en specifieke kostenposten. Hierbij kan gedacht worden aan het verduidelijken van de definitie van een arts en paramedicus, vereenvoudiging van het hoofdzakelijkheids criterium bij de aftrek van hulpmiddelen en de vereenvoudiging van de aftrek van extra kosten voor kleding en beddengoed. Grote wijzigingen (die de structuur van het aangiftebiljet of automatische rekenregels veranderen) kunnen op zijn vroegst per belastingjaar 2029 doorgevoerd worden in de ICT-systemen van de Belastingdienst. Beperkte wijzigingen (die alleen de hulpteksten in de aangifte veranderen) kunnen mogelijk eerder worden doorgevoerd.

Kijk breder naar het stelsel van inkomensondersteuning van mensen met een chronische ziekte en/of beperking met het oog op vereenvoudiging van het stelsel en toereikendheid van de tegemoetkoming. Zoals in het tweede hoofdstuk van dit rapport beschreven zijn veel verschillende regelingen gericht op inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De adviezen en varianten in dit rapport zijn gericht op een van deze regelingen. Juist de veelheid aan en samenloop van regelingen leidt tot bestaansonzekerheid voor deze doelgroep.

10. Conclusies en reflectie

10.1 Conclusies

Het startpunt van de analyse in dit rapport is de evaluatie van de ASZ uitgevoerd door Dialogic. De knelpunten die de onderzoekers signaleren worden bevestigd in dit rapport. Het ontbreken van een scherpe doelstelling en een helder afgebakende doelgroep leiden in combinatie met het niet aansluiten van de aftrekbare kostenposten op de daadwerkelijke meerkostenposten tot hoge aanvraag- en uitvoeringslasten, onjuist en onbedoeld gebruik en tot gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking.

De centrale doelstelling van dit rapport zoals geïntroduceerd in de inleiding is het uitwerken van toekomstbestendige varianten om de middelen van de fiscale regeling gericht in te zetten voor het bieden van een tegemoetkoming voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. De analyse laat zien dat hier een aantal mogelijkheden voor zijn en dat deze vragen om fundamentele politieke keuzes rondom de doelstelling en doelgroep voor de verbeterde regeling. Tevens toont het rapport aan dat al hoewel het mogelijk is om de middelen gericht in te zetten voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking, elk alternatief voor- en nadelen kent en dat er geen heilige graal bestaat. Er is sprake van afruilen, zoals tussen administratieve lasten en maatwerk, en tussen gerichtheid en eenvoud. De lange termijnvarianten in dit rapport richten zich specifiek op aanpassing of vervanging van de aftrekpost specifieke zorgkosten. De analyse en resultaten zijn breder te benutten in het verbeteren van de ondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Conclusie 1: het **doel** van de huidige fiscale regeling is **niet helder vastgesteld** en dit bemoeilijkt het gericht maken van de regeling en de beoordeling van alternatieven. Er zijn mogelijkheden om de doelstelling aan te scherpen en daarmee de regeling gericht te maken. Dit vraagt om **politieke keuzes**.

- Uit de parlementaire geschiedenis zijn verschillende (sub)doelen van de fiscale regeling af te leiden. De regeling dient te bevorderen dat mensen met een chronische ziekte en/of beperking zo goed mogelijk kunnen meedoen aan het leven van alledag, dient een tegemoetkoming te bieden zodat zij beter in staat zijn maatschappelijk te participeren en dient een vangnet te bieden voor niet elders gecompenseerde meerkosten van zorg.
- Het rapport laat zien dat er verschillende opties beschikbaar zijn voor het herijken van de doelstelling. Hierbij dient aandacht te zijn voor de mogelijkheden om de doelstelling te evalueren, bijvoorbeeld door de doelstelling SMART te formuleren. Opname van de herijkte doelstelling in wetgeving verbetert de gerichtheid en mogelijkheden tot evaluatie van de (doelmatigheid van de) regeling.
- Voorbeelden van doelstellingen zijn het bevorderen van maatschappelijke participatie door mensen met een chronische ziekte en/of beperking, het bevorderen van de toegankelijkheid van zorg en welzijn voor deze groep en het voorkomen dat deze mensen vanwege hun meerkosten onder het bestaansminimum vallen. Dit doel kan worden aangevuld om het SMART te formuleren, bijvoorbeeld met aanvullingen als: door het bieden van een tegemoetkoming in medische en niet-medische meerkosten.

Conclusie 2: De huidige regeling kent **geen helder afgebakende doelgroep** en lijkt mensen met een chronische ziekte en/of beperking beperkt te bereiken. Het rapport laat zien dat **afbakening van de doelgroep mogelijk** is en draagt een **aantal opties** aan voor mogelijke doelgroepen om de regeling op te richten. Dit vraagt om **politieke keuze**.

- In de huidige regeling is niet gedefinieerd wanneer sprake is van een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten. Door het ontbreken van een definitie is het niet vast te

stellen in hoeverre de huidige regeling aansluit op de doelgroep. De doelgroep is alleen afgebakend in termen van het type meerkosten.

- Een deel van de aftrekbare kostenposten komt ook voor bij mensen zonder chronische ziekte of beperking, zoals kosten voor mondzorg. Door het ontbreken van een afgebakende doelgroep is het niet mogelijk deze personen uit te sluiten van tegemoetkoming.
- Indien een definitie wordt gekozen voor de personen die in aanmerking komen voor tegemoetkoming en deze definitie wordt opgenomen in wetgeving neemt de gerichtheid van de regeling toe en kan beter worden getoetst of de regeling de doelgroep bereikt.
- Het is niet mogelijk een doelgroep zodanig af te bakenen dat alle mensen met een chronische ziekte en/of beperking worden bereikt. Onder elke optie wordt een deel van de mensen met een chronische ziekte en/of beperking uitgesloten van tegemoetkoming, en worden mensen zonder meerkosten wel bereikt. Wel wordt de regeling gericht op dit moment het geval is.
- Er zijn verschillende opties om de doelgroep nader te specificeren. Elke optie kent voor- en nadelen.
- Voorlopers van de fiscale regeling gebruikten verzekerde zorgkosten en zorggebruik als proxy voor het hebben van een chronische ziekte of beperking met meerkosten. Deze correlatie bleek laag te zijn.
- Een alternatief is het toekennen van een tegemoetkoming op basis van het hebben van een chronische ziekte of beperking. Niet alle mensen met een chronische ziekte en/of beperking worden echter geconfronteerd met meerkosten. Daarom vereist deze aanpak een lijst met de chronische ziekten of beperkingen die vaak gepaard gaan met meerkosten. Het opstellen van deze lijst is complex.
- Ook kan worden aangesloten op afgebakende en toetsbare doelgroepen van regelingen als bijvoorbeeld de WIA, Wajong, banenafspraken, Wmo 2015 en Wlz indicaties³³. Mensen die niet onder deze regelingen vallen, worden uitgesloten van tegemoetkoming, ook als zij wel meerkosten hebben.
- Een laatste optie is aansluiting op kwalificaties van het hebben van een chronische ziekte en/of beperking. Mogelijk is de European Disability Card geschikt. Echter is deze nog niet beschikbaar en wordt er nog gewerkt aan vormgeving, toetsing en toekenningsgrond.

Conclusie 3: De huidige aftrekbare kostenposten sluiten niet volledig aan op de meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking en komen ook voor bij mensen buiten deze groep. Het rapport draagt een toetsingskader aan dat kan worden benut om te beoordelen welke kostenposten dienen te worden geïncludeerd in een regeling om deze beter te richten op mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

- De fiscale regeling is vormgegeven als een vangnet voor meerkosten van het hebben van een chronische ziekte en/of beperking, waarbij kostenposten aftrekbaar zijn die veelal niet elders in een voorliggende voorziening worden vergoed.
- Mensen met een chronische ziekte en/of beperking hebben meerkosten die niet aftrekbaar zijn in de huidige fiscale regeling en geen vergoeding elders kennen, zoals hogere energiekosten³⁴.
- Een groot deel van hun meerkosten betreft niet-medische kosten en de aftrekbare kostenposten sluiten niet altijd aan op de daadwerkelijke meerkosten. Onder de fiscale regeling is genees- en heelkundige hulp de grootste aftrekpost met in het bijzonder kosten voor mondzorg en gehoorapparaten, terwijl het voorstelbaar is dat ook mensen zonder chronische ziekte en/of beperking hier gebruik van maken.
- Inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking kan tekortschieten doordat zij voor een deel van hun meerkosten geen tegemoetkoming kunnen krijgen. Dit kan ertoe leiden dat hun vrij besteedbaar inkomen ontoereikend is.

³³ *De Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, Wet inkomensondersteuning voor jonggehandicapten zonder arbeidsvermogen*

³⁴ *Nibud, Meerkosten van het leven met een beperking, 2024*

- De kosten die fiscaal aftrekbaar zijn volgen niet altijd de beleidskeuzes die in de zorg- en ondersteuningswetten zijn gemaakt; de wenselijkheid daarvan is een politieke afweging. Hierdoor worden kosten die op basis van deze wetten niet worden vergoed, alsnog deels collectief gefinancierd onder de fiscale aftrek.
- Enerzijds heeft bij andere wetten mogelijk al een weging plaatsgevonden over effectiviteit en kosten, anderzijds kunnen deze kosten voor specifiek mensen met een chronische ziekte en/of beperking wel als noodzakelijk worden ervaren en te hoog zijn om zelf te dragen (o.a. door stapeling van kosten).
- Beoordeling van de kostenposten die onder een gerichtere regeling dienen te vallen kan plaatsvinden op basis van noodzakelijkheid, vergelijkbaarheid met kosten van mensen zonder chronische ziekte en/of beperking, omvang van de kosten, of deze tot uitzonderingscategorieën van de regeling behoren en of de kosten worden vergoed in een voorliggende voorziening. Politieke weging is expliciet nodig voor kostenposten die gedeeltelijk of aanvullend te verzekeren zijn.

Conclusie 4: de huidige regeling vraagt veel van de burger en uitvoering en er is behoefte aan een **simpele, landelijke** regeling, maar de uitwerking daarvan is complex. Het afbakenen van de doelgroep op basis van verklaringen van derden neemt een gedeelte van de bewijslast weg, net als het toekennen van forfaitaire bedragen. Dit laatste staat op gespannen voet met de mate waarin de hoogte van de tegemoetkoming aansluit op de daadwerkelijke (zeer heterogene) meerkosten.

- Een gedeelte van de complexiteit van de huidige fiscale regeling en van gemeentelijke regelingen wordt veroorzaakt doordat niet bij de uitvoerder bekend is wie een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten heeft en wat de hoogte van deze meerkosten is. Daarom wordt veel bewijslast gevraagd aan aanvragers in een systeem van handmatige beoordeling door uitvoerders.
- De huidige fiscale regeling vraagt veel van het doenvermogen van de aanvrager. De aanvrager dient belastingaangifte te doen en moet daarbij voor een groot deel van de kostenposten per kostenpost de hoogte van meerkosten berekenen en kunnen aantonen.
- In participatiebijeentkomsten is aangegeven dat er behoefte is aan een simpele, landelijke regeling. Het uitwerken en toekennen van een simpele, landelijke regeling is complex door met name het ontbreken van een afgebakende doelgroep met deelbare gegevens wie hiertoe zou behoren en door de heterogeniteit in meerkosten.
- Onder conclusie 2 staat beschreven hoe de doelgroep beter kan worden afgebakend. Wanneer bewijslast van het behoren tot de doelgroep wordt aangeleverd op basis van verklaringen van derden ontlast dit de uitvoerder van de tegemoetkoming, maar zorgt dit voor extra belasting bij een andere, nader te bepalen uitvoerder.
- Er bestaat grote heterogeniteit in de hoogte van meerkosten doordat deze afhangt van individuele factoren als het type chronische ziekte of beperking, de ernst, het stadium en de verschijningsvorm, de sociale context en gezondheidsvaardigheden.
- De heterogeniteit in meerkosten vraagt om weging van maatwerk tegenover administratieve lasten. Er kan worden gedacht over het anders vormgeven van de bewijslast en het forfaitair vormgeven van de tegemoetkoming om administratieve lasten in te perken, maar dit zal ten koste gaan van de aansluiting van de tegemoetkoming op de gemaakte meerkosten.

Conclusie 5: de **fundamentele problemen** gesignaleerd in het evaluatierapport kunnen in een gerichtere fiscale faciliteit of bij overheveling van middelen naar het gemeentefonds **niet worden voorkomen** en elke keuze gaat gepaard met **afruilen**. Maar, er zijn **handvatten** om de middelen **gericht in te zetten** en bij het niet maken van de daarvoor **benodigde keuzes** over de toekomst van de regeling blijft de inzet van de middelen ongericht.

- De knelpunten gesignaleerd in het evaluatierapport kunnen worden verlicht maar blijven bestaan. Dit betreft: (onbedoeld) onjuist gebruik, gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking, hoge aanvraag- en uitvoeringslasten en niet-gebruik. Tevens gaat

een keuze voor een aangepaste of alternatieve regeling gepaard met nieuwe knelpunten.

Onder de gerichtere fiscale faciliteit:

- Kan onjuist en onbedoeld gebruik worden tegengegaan door betere voorlichting en communicatie over de aftrekbare kosten, in combinatie met het vereenvoudigen van bewijslast en het vergroten van de mogelijkheden voor de Belastingdienst om te toetsen op rechtmatigheid. Echter is het niet uitvoerbaar om alle opgevoerde kosten te controleren, waardoor een gedeelte van het onjuiste gebruik zal blijven bestaan.
- Kan gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking worden tegengegaan door het selecteren van een doelgroep en het invoeren van toetsing op het behoren tot deze doelgroep. De toetsing vindt steekproefsgewijs plaats, dus het gebruik van mensen zonder chronische ziekte en/of beperking zal niet volledig worden tegengegaan. Ook kan, afhankelijk van gerichtheid van de gekozen definitie, de doelgroep personen zonder chronische ziekte en/of beperking omvatten. Bijvoorbeeld wanneer wordt aangesloten op Wmo- en Wlz-indicaties.
- Kunnen hoge aanvraag- en uitvoeringslasten worden verminderd door het baseren van de tegemoetkoming op forfaitaire bedragen en het baseren van de bewijslast op verklaringen van derden, zoals de gehandicaptenparkeerkaart en medische artsverklaringen.
- Wordt niet-gebruik tegengegaan door het doorvoeren van bovenstaande verbeteringen, het beter laten aansluiten van de aftrekbare kostenposten op de meerkosten van de gekozen doelgroep, het vergroten van de bekendheid van de regeling en het verlagen van de drempelbedragen. Enige onbekendheid met de regeling zal altijd blijven bestaan, net als niet-gebruik vanwege een te hoog beroep op doenvermogen of een te lage tegemoetkoming in verhouding tot de aanvraaglasten.

Bij overheveling van middelen naar het gemeentefonds:

- Is de inzet afhankelijk van de keuzen van gemeenten. Zo ontstaan er verschillen tussen de gemeenten in de wijze waarop en mate waarin zij een tegemoetkoming bieden aan de doelgroep.
- Kan onjuist en onbedoeld gebruik worden tegengegaan door de individuele beoordeling en toetsing door gemeentelijke consulenten.
- Kan gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking worden tegengegaan afhankelijk van het ingezette gemeentelijke instrument. Wmo-voorzieningen, individuele bijzondere bijstand en de gemeentepolis zijn ook beschikbaar voor mensen zonder chronische ziekte en/of beperking. Dan zullen de middelen dus gedeeltelijk niet worden toegekend aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking.
-
- Kunnen de hoge aanvraag- en uitvoeringslasten worden tegengegaan afhankelijk van het ingezette gemeentelijke instrument. De gemeentepolis gaat gepaard met lage aanvraag- en uitvoeringslasten, maar is geen volwaardig alternatief voor de huidige fiscale regeling. Voor de individuele bijzondere bijstand en Wmo-meerkostenregelingen en maatwerkvoorzieningen wordt iedere aanvraag individueel beoordeeld. Dit gaat gepaard met hoge administratieve lasten.
- Kan niet-gebruik gedeeltelijk worden tegengegaan. Bij personen die reeds bekend zijn bij gemeenten kan advies worden gegeven over de tegemoetkomingen waar deze persoon recht op heeft en kan de aanvrager worden ondersteund in het aanvraagproces. Dat gaat niet-gebruik tegen. Echter is niet iedere persoon met een chronische ziekte en/of beperking bij de gemeente bekend. Daardoor blijft niet-gebruik bestaan.

10.2 Reflectie

De evaluatie van de aftrekpost maakte al in 2022 duidelijk dat de fiscale regeling knelpunten kent voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking, de Belastingdienst als uitvoerder en de overheid. Dit rapport onderzoekt aanpassingen van en alternatieven voor de fiscale regeling op de lange termijn. De analyse maakt duidelijk dat tegemoetkoming voor meerkosten van mensen met

een chronische ziekte en/of beperking hard nodig is, maar dat elke vormgeving voor- en nadelen en vraagstukken in uitvoering en beleid kent. De varianten die in dit rapport worden uitgewerkt zijn dan ook niet per direct uitvoerbaar. Het kost tijd om ze verder uit te werken en in de praktijk te implementeren. Deze verdere uitwerking is van groot belang voor zorgvuldige beleidsontwikkeling.

Om in aanloop naar een aangepaste of alternatieve regeling toch al knelpunten te verlichten kunnen op de korte termijn verbeteringen worden doorgevoerd in de huidige fiscale regeling. Daarbij is het van belang dat deze verbeteringen passen binnen de uitvoeringscapaciteit van de Belastingdienst en bij een lange termijnvariant indien hier al een keuze voor is gemaakt. Deze verbeteringen kunnen toezien op het verminderen van niet-gebruik, onjuist gebruik en onbedoeld gebruik, van gebruik door mensen zonder chronische ziekte en/of beperking en van de aanvraag- en uitvoeringslasten.

Zo kan worden geïnvesteerd in verdere verbetering van communicatie over de fiscale regeling. Dit verhoogt de bekendheid en begrijpelijkheid van de regeling. In de participatiebijeenkomsten bleek dat er ruimte is voor het verduidelijken van de aftrekbare kostenposten. Het was niet voor alle aanwezigen duidelijk dat vervoerskosten kunnen worden afgetrokken en het was onduidelijk wat onder de forfaitaire aftrek voor waskosten valt. Ook bleken er nog mogelijkheden te zijn om de bekendheid van de regeling te verhogen. Zo kwam naar voren dat niet alle kanalen worden benut om burgers te wijzen op de fiscale regeling. Er zijn bijvoorbeeld nog gemeenten die geen informatie verschaffen over deze regeling. Om de aanvraag- en uitvoeringslast te beperken kan worden gedacht over het vereenvoudigen van de benodigde bewijslast, zoals werken met forfaitaire bedragen of het aansluiten op bestaande bewijzen als de gehandicaptenkaart.

De aanbevelingen in dit rapport vereenvoudigen een van de regelingen gericht op inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Echter blijft ook na opvolging van de adviezen uit dit rapport een complex stelsel aan inkomensondersteunende regelingen voor de doelgroep bestaan. Verlichting van deze problematiek vraagt zowel om doortastend beleid als om verdere kennisontwikkeling. Zo is nog weinig bekend over het aantal mensen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten, de inkomensverdeling van deze groep mensen en van de omvang van determinanten in de hoogte van meerkosten. In verschillende aanpalende trajecten wordt gewerkt aan vermindering van de complexiteit van dit stelsel. Het interdepartementale programma 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor Mensen' (VIM) heeft bijvoorbeeld het besteedbaar inkomen bij meerkosten in verband met een beperking als knelpunt aangemerkt³⁵. Binnen dit programma wordt onder andere gedacht over manieren om de draagkrachtverhogende uitkering lonender te maken³⁶. Tevens worden onder de nationale strategie voor de implementatie van het VN-verdrag handicap beleidsvoorstellen uitgewerkt ter versterking van de financieel-economische positie van mensen met een beperking. Het verbeteren van de bestaanszekerheid van mensen met een chronische ziekte en/of beperking zal in de toekomst politieke aandacht en keuzes blijven vereisen.

³⁵ Kamerbrief Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen, 2023/24, Kamerstuk 29 362, nr. 347

³⁶ Dit is een verhoging van een uitkering die mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering kunnen aanvragen indien sprake is van structurele, dagelijkse persoonlijke verzorging of oppassing.

Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht meerkosten

A. Overzicht kostenposten onder de huidige fiscale regeling inclusief overlap met zorgweten

Tabel 5

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel a, Wet inkomstenbelasting 2001 (genees- en heelkundige hulp)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Verpleging in ziekenhuis of andere instelling	Ja, valt onder aanspraak medisch-specialistische zorg, wordt grotendeels vergoed.	Ja	Nee	Verblijf in een Wlz-instelling is verzekerde zorg voor zover de Wlz-cliënt kiest voor de leveringsvorm verblijf in een instelling
Tandarts	Alleen voor minderjarigen. Wel vergoed voor volwassenen: chirurgische tandheelkundige hulp, röntgenonderzoek en uitneembare kunstgebitten. En bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van ernstige stoornis/afwijking.	Ja	Nee	Bij verblijf en behandeling door of namens dezelfde instelling heeft de cliënt aanspraak op tandheelkundige zorg. Bij andere leveringsvormen geen aanspraak.
Tandprotheticus	Een kunstgebit wordt voor minstens 75% vergoed uit de basisverzekering.	Ja	Nee	Ja, Bij verblijf en behandeling door of namens dezelfde instelling heeft de cliënt aanspraak op tandheelkundige zorg
Fysiotherapie	Alleen als de diagnose op de chronische lijst staat én vanaf de 21e behandeling. Daarnaast wordt fysiotherapie vergoed bij een beperkt aantal	Ja	Nee	Ja, voor zover sprake is van behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde

	andere ziektebeelden.			
Behandeling op voorschrift en onder begeleiding van een arts door een paramedicus	Paramedische zorg zit deels in het basispakket.	Ja	Nee	Ja, voor zover sprake is van behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.
Behandeling door een paramedicus zonder doorverwijzing van een arts	Paramedische zorg zit deels in het basispakket.	Ja	Nee	Idem
Ivf-behandeling onder de 43 jaar	Bij medische indicatie eerste drie pogingen vergoed.	Ja	Nee	Nee
Medische hulp buitenland	Vergoeding van spoedeisende medische kosten tot 100% van het Nederlandse tarief.	Extra medische kosten verzekeren via aanvullende dekking bij reisverzekering	Nee	Nee
Particuliere zorg(instelling) en thuiszorg	Nee	Nee	Deel via persoonsgebonden budget (PGB).	Nee

Tabel 6

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel b, Wet inkomstenbelasting 2001 (vervoer)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLENDE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Aanpassingen aan auto en fiets	Deels vergoed, wat opgenomen staat in de hulpmiddelenwijzer.	Nee	Alleen in uitzonderlijke situaties via maatwerkvoorziening.	Vanuit Wlz krijgen personen in een zorginstelling verblijven een aangepaste fiets.
Vervoer naar arts, ziekenhuis of apotheek	In beperkte gevallen (bij bepaalde ziekten/behandelingen) vergoed.	Nee	Een vervoersvoorziening kan worden verstrekt ter ondersteuning/versterking van de participatie in de maatschappij (sociaal en recreatief vervoer).	Aanspraak op vervoer bestaat voor vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel

Op basis van de Wmo 2015 kan een vervoersvoorziening (maatwerkvoorziening) worden verstrekt ter ondersteuning/versterking van de participatie in de maatschappij (sociaal en recreatief vervoer). Van belang is dat het Wmo-vervoer wordt gezien als een alternatief voor OV of kan bijdragen aan de toegang tot OV (ketenreis maken). Dit zijn geen extra zorgkosten, dit zijn 'dagelijkse' mobiliteitskosten (lijn jurisprudentie). Dit betreft deur-tot-deur-vervoer en deur-halte-vervoer waar ook andere mensen meereizen (collectief vervoerssysteem). Wmo-vervoer geldt tot en met 25 km. Veelal worden regionale ziekenhuizen als puntbestemming aangemerkt (locatie buiten de 25 km-zone). Als deze op circa 35km liggen kun je daar ook met het Wmo-vervoer naar toe (niet structureel). Dit is ook naar aanleiding van een CRvB uitspraak dat vervoer naar een huisarts/ziekenhuis e.d. ook sociaal vervoer is omdat dit onderdeel van het leven is. Het gaat dan uitdrukkelijk om bezoeken die niet structureel zijn. Voor Wmo-vervoer geldt een instaptarief en een km-tarief, veelal in lijn met het OV-tarief (VN-Verdrag Handicap komt hierin tot uiting). Als u problemen heeft om u naar of op uw werk te verplaatsen, dan kunt u bij UWV een voorziening aanvragen die u daarbij helpt. Wij beoordelen uw situatie en bepalen dan welke vervoersvoorziening het beste bij u past. Voor sommige voorzieningen geldt wel een 'inkomensgrens'. Hierdoor kan het zijn dat uw inkomen te hoog is voor bepaalde voorzieningen³⁷.

Tabel 7

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel c, Wet inkomstenbelasting 2001 (farmaceutische hulpmiddelen op voorschrift)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Voorgeschreven medicijnen	Onder voorwaarden (soms wordt alleen het preferente middel vergoed en de opgenomen middelen in GVS worden tot aan de vergoedingslimiet vergoed).	Ja	Nee	Ja, bij verblijf en behandeling door of namens dezelfde instelling.
Homeopathische geneesmiddelen	Nee	Ja	Nee	Nee

Basispakket Zvw: De middelen die opgenomen zijn in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn tot het vergoedingslimiet vergoed. Soms vergoed een zorgverzekeraar alleen de goedkoopste variant van een groep vergelijkbare geneesmiddelen (tenzij medische noodzaak voor duurdere variant). Homeopathische middelen worden nooit vergoed, evenals zelfzorg middelen.

³⁷ Zie UWV, *Ondersteuning bij werk of onderwijs*

Tabel 8

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel d, Wet inkomstenbelasting 2001 (andere hulpmiddelen)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Steunzolen	Nee	Ja	Nee	Nee
Gehoorapparaat	Voor 75% vergoed inclusief batterij. De overige 25% is een eigen betaling.	Ja	Nee	Nee
Aangepaste stoel	Uitzonderlijk, wordt veelal vergoed vanuit de Wmo 2015 of Wlz.	Ja	Ja	Ja
Hoog-laag bed	Uitzonderlijk, wordt veelal vergoed vanuit de Wmo 2015 of Wlz.	?	Ja	Ja
Aangepaste fiets	Uitzonderlijk, wordt veelal vergoed vanuit de Wmo 2015 of Wlz.	Ja	Ja	Ja
Aanpassingen aan auto en fiets	Deels vergoed, wat opgenomen staat in de hulpmiddelenwijzer.	Nee	Ja, in uitzonderlijke situaties via maatwerkvoorziening.	Personen die in een zorginstelling verblijven krijgen een aangepaste fiets.

Tabel 9

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel e, Wet inkomstenbelasting 2001 (extra gezinshulp)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Hulp bij het schoonmaken, opruimen of de afwas doen.	Nee	Ja	Ja	Ja

Tabel 10

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel f, Wet inkomstenbelasting 2001 (dieetkosten)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Dieetadvies/diëtetiek	Ja, drie uur per kalenderjaar.	Ja	Nee	Ja, bij behandeling door of namens de verblijfsinstelling
Dieetpreparaten	Ja, onder voorwaarden.	Ja	Nee	Ja, bij behandeling door

				of namens de verblijfsinstelling.
Dieetproducten	Nee, tenzij het een dieetpreparaat betreft. Dan gelden dezelfde voorwaarden.	Nee	Nee	Nee

Dieetpreparaten zijn voedingsmiddelen met een andere samenstelling en in een andere vorm dan normale voeding. Dieetpreparaten zijn speciaal bewerkte of samengestelde producten voor bijzondere voeding. Het gaat hierbij om polymere, oligomere, monomere en modulaire voedingsmiddelen, zoals sondevoeding of drinkvoeding. Dieetpreparaten zijn onderdeel van farmaceutische zorg. Als een verzekerde Wlz-zorg thuis krijgt, dan kunnen dieetpreparaten voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komen op grond van de Zvw. Alleen als een verzekerde in een Wlz-instelling woont en van dezelfde instelling behandeling krijgt, dan worden dieetpreparaten betaald vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Sommige mensen maken gebruik van dieetproducten. Een dieetproduct heeft ook een andere samenstelling dan normale voeding. Bijvoorbeeld zoutarme (natriumbeperkte) kaas, eiwitarme of suikervrije producten, glutenvrij brood etc. Dieetproducten zijn lang niet altijd dieetpreparaten. Wanneer het geen dieetpreparaat is, wordt het niet vergoed vanuit het basispakket van de Zvw.

Tabel 11

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel g, Wet inkomstenbelasting 2001 (extra kleding en beddengoed)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Aanschaf van kleding en beddengoed, en extra bewassingskosten.	Nee	Nee	Bij sommige gemeente in het kader van meerkostenregeling. Over het algemeen niet.	Deels

Een aantal gemeenten hanteert een regeling ter tegemoetkoming van zogenoemde 'meerkosten'. Een voorbeeld betreft de regeling tegemoetkoming meerkosten gemeente Amsterdam. Per maand kan er - onder voorwaarden - aanspraak worden gemaakt op een tegemoetkoming (€ 13) voor extra kledingslijtage en (€ 10) extra bewassing kleding en beddengoed. Doorgaans is een dergelijke meerkostenregeling een vast bedrag per jaar voor extra kosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Belangrijke kanttekening hierbij is dat deze regelingen alleen bereikbaar zijn voor mensen met een laag inkomen en nagenoeg geen vermogen. Bij verblijf in een instelling is het verstrekken van (extra) bedlinnen, handdoeken en dergelijke onderdeel van het Wlz-verblijf. Er kan geen aanspraak gemaakt worden op kleding. Kleding 'verband houdende met het karakter en doelstelling van de instelling', kleding die mensen met gedragsproblemen niet kapot kunnen scheuren of heupbeschermers voor mensen die snel vallen komen wel voorvergoeding in aanmerking. Bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling.

Tabel 12

Art. 6.17, eerste lid, onderdeel h, Wet inkomstenbelasting 2001 (ziekenbezoek langdurig verpleegde personen)

OMSCHRIJVING	BASISPAKKET ZVW	AANVULLEND TE VERZEKEREN	VOORZIENING WMO 2015	AANSPRAAK WLZ
Reiskosten ziekenbezoek	Nee	Ja	Slechts als dit sociaal-recreatief vervoer betreft (iemand met een chronische ziekte/beperking gaat op ziekenbezoek).	Nee

B. Overzicht kostenposten uit het Nibud-onderzoek

Tabel 13

Vaste lasten	Huur/hypotheek
	• Een beperking kan bepaalde eisen aan een woning stellen, waardoor er meerkosten ontstaan. Niet elke woning is bijvoorbeeld goed toegankelijk (te maken). Een grotere woning brengt vaak een hogere huur of hogere hypotheeklasten met zich mee. • Huurders van een appartement die zijn aangewezen op een rolstoel, zijn afhankelijk van de aanwezigheid van een lift. Appartementen met een lift hebben gemiddeld genomen een hogere huur, en daarnaast hogere servicekosten. • Mensen die met een indicatie voor langdurige zorg in een zorginstelling verblijven betalen geen huur. Wel betalen zij een eigen bijdrage Wlz, waarin de kosten voor wonen zijn verwerkt. Ook moet de instelling zorgdragen voor enkele andere voorzieningen. Veel instellingen brengen aanvullend op het wettelijke Wlz-pakket kosten in rekening voor aanvullende diensten (zoals waskosten).
	Energie
	• Er wordt vaak meer gas voor verwarming gebruikt door bijvoorbeeld mensen met een progressieve spierziekte of reuma om beter te functioneren. Het gaat dan om 7% meer gas. • Ook is er vaak meer elektriciteit nodig door het gebruik van hulpmiddelen.
	Lokale lasten
	• In gemeenten waar moet worden betaald per lediging of per gewicht kunnen er meerkosten zijn voor de afvalstoffenheffing, bijvoorbeeld als er door verbandmateriaal of luiers meer afval is dan gemiddeld. • Lokale lasten kunnen voor lage inkomens worden kwijtgescholden, midden en hoge inkomens krijgen echter geen compensatie. • Woningeigenaren die een aanbouw hebben geplaatst in verband met een beperking kunnen geconfronteerd worden met een hogere woningwaarde, wat doorwerkt in hogere lokale lasten.
	Telefoon, televisie en internet (abonnementen)
	• Het gaat bij deze post in principe om de toegang tot televisie, internet en telefonie. Mensen met een beperking kunnen hiervoor hulpmiddelen nodig hebben. Bijvoorbeeld een beeldschermloep, een brailleleesregel of brailletoetsenbord. • De doelgroep moet doorgaans veel regelen met zorgverleners en uitvoeringsinstanties. Een abonnement met onbeperkt bellen is dan vaak het meest voordelig, echter kost dit gemiddeld € 2 per maand meer dan het vrij beperkte abonnement.
	Verzekeringen
	• Vaak is een basisverzekering met (duurdere) restitutiepolis gewenst door de doelgroep omdat bepaalde zorgverleners niet zijn gecontracteerd. • Vaak is er wegens de beperking ook een aanvullende verzekering afgesloten.

	• Mensen met bepaalde chronische ziekte hebben relatief vaak gebitsproblemen en sluiten hiervoor mogelijk een uitgebreidere tandartsverzekering af. • Er wordt vaak gekozen voor een hogere inboedelverzekering door bijv. onhandigheid (beperkte coördinatie of handfunctie). Onderwijs en kinderopvang • Voor kinderen voor wie het ondanks een beperking of chronische ziekte mogelijk is om deel te nemen aan het regulier onderwijs, zijn er geregeld hulpmiddelen nodig om dit mogelijk te maken. Denk aan een laptop op de basisschool, aangepast meubilair zoals aangepaste stoelen en tafels, een leesloep en andere hulpmiddelen die niet alleen thuis maar ook op school aanwezig moeten zijn. • Extra kinderopvang of oppashulp wordt vaak ingeroepen om zo tijd te kunnen besteden aan een kind met een beperking. Contributies en abonnementen • Niet iedereen kan de eigen financiële huishouding voeren, waardoor kosten voor een mentor, bewindvoerder of curator wordt gemaakt. • Door de ingewikkeldheid worden soms meerkosten gemaakt voor hulp bij de belastingaangifte. • Contributies voor sporten kunnen hoger uitvallen i.v.m. begeleiding en hulpmiddelen. Ook bijdrage aan patiëntenverenigingen kan geld kosten. Vervoer • Er zijn vaak hogere vervoerskosten door niet zelfstandig kunnen reizen, aangepast vervoer of langere afstanden moeten reizen. • Een grotere auto vanwege een beperking brengt hogere kosten met zich mee. Aangepaste voertuigen brengen daarnaast hogere verzekeringskosten met zich mee, maar lagere wegenbelastingen. • Bijkomende kosten: keuringen voor behoud van het rijbewijs, mogelijke kosten voor het aanleggen van een gehandicaptenparkeerplaats door de gemeente en kosten voor de gehandicaptenparkeerkaart.
Reserveringsuitgaven	• Mogelijk aangepaste kleding (zoals aangepaste schoenen) en snellere slijtage door gebruik van hulpmiddelen of vaker wassen. • Door een beperking kunnen hulpmiddelen voor alledaagse levensverrichtingen nodig zijn, zoals specifieke keukenhulpmiddelen, of moeten zaken op afstand bediend kunnen worden. • Door beperkte coördinatie of handfunctie kunnen dingen vaker kapotgaan. • Het kan voorkomen dat mensen vanwege een beperking niet zelf klusjes of onderhoudswerkzaamheden kunnen uitvoeren die ze zelf zouden doen als ze geen beperking zouden hebben. Bijvoorbeeld het vervangen van een lamp of het bijhouden van de tuin. Daarnaast kan het voorkomen dat verschillende vormen van onderhoud vaker voorkomen. Zo hebben huishoudens met een rolstoel te maken met meer slijtage aan bijvoorbeeld deurposten. • Extra zorgkosten, zoals zelfzorgmiddelen, opmaken van eigen risico, eigen bijdrage en eigen betalingen. • Rondom recreatie en vrije tijd kunnen vervoerskosten hoger zijn. Kosten van een vakantie kunnen hoger zijn, door bijv. aangepaste accommodatie. Een bestemming of accommodatie moet soms aan specifieke vereisten voldoen.

Huishoudelijke uitgaven	• Er worden kosten gemaakt voor dieetadvies en het volgen van een dieet. • Maaltijdservice en kant-en-klare maaltijden. Een beperking of chronische ziekte kan ervoor zorgen dat men niet in staat is om zijn/haar eigen eten te bereiden. In dat geval maken zij vaak gebruik van een maaltijdservice of kant-en-klare maaltijden, met hoger kosten dan zelfgemaakte maaltijden. • Mee-eten van de zorgverlener leidt tot hogere kosten voor boodschappen. • Was- en schoonmaakkosten. Het kan nodig zijn dat kleding vaker gewassen wordt als gevolg van ziekte of invaliditeit. • Persoonlijke verzorging. Bijvoorbeeld hulp bij het wassen en/of hulpmiddelen hiervoor, zoals een tillift of toiletverhoger. Verder kunnen aangepaste producten nodig zijn. Bijvoorbeeld specifieke verzorgingsproducten of incontinentiemateriaal. • Huishoudelijke dienstverlening. Mensen die vanwege hun beperking niet zelf hun woning kunnen schoonhouden, kunnen daarvoor vaak hulp krijgen vanuit de Wmo 2015. Voor (extra) onderhoud aan huis en tuin zullen zij zelf wat moeten regelen.
Diversen	• Voor sommige huishoudens met een beperking is het nodig om regelmatig een specialist te bezoeken. Bij weinig voorkomende beperkingen is het mogelijk dat een specialist in een ziekenhuis werkt op grotere afstand van de woonplaats van het huishouden. • Voor ouders met een kind met een beperking blijkt het niet altijd mogelijk te zijn om een afspraak te plannen op een tijdstip dat het mogelijk maakt om op de dag zelf naar het ziekenhuis af te reizen. In dat geval kan het nodig zijn om de dag voor de afspraak af te reizen naar het ziekenhuis en in de buurt te overnachten. Het is mogelijk om vanuit het zittend ziekenvervoer een vergoeding te krijgen voor overnachtingen als meer dan drie dagen op rij gereisd moet worden voor behandelingen en consulten, maar voor één overnachting is dit niet mogelijk.

Tabel 14

Vaste lasten	Vergoedingen
Huur/hypotheek • Aanpassingen woning • grotere/ duurdere woning -> hogere hypotheek of huur	• Aanpassingen kunnen in sommige gevallen worden vergoed door de gemeente. Het is echter per gemeente verschillend of dit ook daadwerkelijk gebeurt. • Er is geen compensatie voor hogere hypotheeklasten wanneer een groter huis noodzakelijk is. • Als men een CIZ heeft waarin duidelijk wordt dat een bewoner een Wlz-indicatie heeft of een indicatie voor woon woonaanpassingen uit de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo 2015) + een bewijs dat het huis gebouwd is voor een iemand met een beperking of met subsidie van de Wvg/Wmo 2015 is verbouwd kan met een verhoging van de huurtoeslag aanvragen.

	Mensen die met een indicatie voor langdurige zorg in een zorginstelling verblijven betalen geen huur. Wel betalen zij een eigen bijdrage Wlz, waarin de kosten voor wonen zijn verwerkt. Ook moet de instelling zorgdragen voor enkele andere voorzieningen. Veel instellingen brengen aanvullend op het wettelijke Wlz-pakket kosten in rekening voor aanvullende diensten (zoals waskosten).
Energie Meer gas/elektriciteit gebruik.	Over het algemeen wordt dit niet vergoed. Op enkele gemeenten daargelaten. In deze gevallen gaat het ook om kleine bedragen en wordt er een inkomensgrens tussen 110% en 130% van het WML gehanteerd.
Lokale lasten Meer afvalstoffenheffing. Hogere lasten door noodzakelijke aanbouw/aanpassing. Hulphond	- Lokale lasten kunnen voor lage inkomens worden kwijtgescholden, midden en hoge inkomens krijgen echter geen compensatie. - In niet alle gevallen worden de kosten voor hondenbelasting kwijtgescholden door gemeenten. Onder voorwaarde worden andere kosten vergoed door de verzekeraar.
Telefoon, televisie en internet (abonnementen) Hulpmiddelen voor gebruik van televisie, laptop en telefoon. Onbeperkt bellen abonnement.	- Geen vergoeding - Er is geen vergoeding mogelijk voor hogere bel- of abonnementskosten.
Verzekeringen Basisverzekering met (duurdere) restitutiepolis. Aanvullende verzekering Uitgebreidere tandartsverzekering af. Aanname is dat het gehele eigen risico opgaat. Mensen met een beperking hebben er daarom meestal geen baat bij om een hoger eigen risico af te sluiten tegen lagere premie, terwijl dat voor mensen die geen eigen risico betalen wel financieel aantrekkelijk is. Er wordt vaak gekozen voor een hogere inboedelverzekering	- Bij sommige gemeenten kan men gebruik maken van een gemeentepolis. De inhoud van de gemeentepolis is niet landelijk bepaald. Daarnaast geldt er vaak een inkomensgrens van 100% tot 130% van het WML. - Er is geen vergoeding mogelijk voor de kosten van een inboedelverzekering.
Onderwijs en kinderopvang Hulpmiddelen voor het volgen van onderwijs. Extra kinderopvang of oppashulp.	Hulpmiddelen die gebruikt worden in het onderwijs worden afhankelijk van lokaal beleid vergoed wel of niet vanuit de Wmo 2015, vaak is hier een eigen bijdrage aangekoppeld.

	• Bij extra kinderopvang, zal er ook extra kinderopvangtoeslag worden ontvangen. Dit is echter alleen voor het regulier tarief. De noodzakelijke uren worden niet voor een groter deel vergoed.
Contributies en abonnementen • (eigen bijdrage) mentor, bewindvoerder of curator. • Hulp bij belastingaangifte. • Contributies voor sporten kunnen hoger uitvallen. • Bijdrage patiëntenverenigingen	• Men moet altijd een eigen bijdrage betalen. • De kosten voor de inzet van een belastingadviseur worden niet vergoed. • In sommige gemeenten kan men een bijdrage krijgen voor de contributiekosten. Dit is afhankelijk van het gemeentebestuur. • De kosten voor een bijdrage aan de patiëntenvereniging worden niet vergoed.
Vervoer • Hogere vervoerskosten • Grotere en/of aangepaste auto leidt tot hogere verzekeringskosten. • Gehandicaptenparkeerkaart en aanleg van parkeerplaats • Hoger vervoerskosten: Er zijn vaak hogere vervoerskosten door niet zelfstandig kunnen reizen, aangepast vervoer of langere afstanden moeten reizen naar ziekenhuizen. • Keuringen	• Als men voldoet aan de hiervoor gestelde eisen ontvangt men via zijn of haar gemeente een beschikking voor een taxi of Valys. Hierbij is sprake van een eigen bijdrage. • Als men graag in zijn/haar eigen auto wil rijden omdat deze bijvoorbeeld de juiste aanpassingen heeft, is er vaak geen vergoeding mogelijk vanuit de gemeente voor de aanpassingen. Maar ook niet voor de gereden kilometers. • Als men voldoet aan bepaalde eisen, zoals voldoende kilometers maken is er een vergoeding (€ 0,38 per kilometer) mogelijk vanuit de zorgverzekeraar voor vervoer van en naar het ziekenhuis. • Autokosten zijn ook een aftrekpost binnen de fiscale regeling als men het drempelbedrag behaalt met al zijn/haar kosten bij elkaar opgeteld. Uiteraard mogen hierbij de kosten die zijn vergoed door de zorgverzekeraar niet meer in worden meegenomen. • UWV kan als men werkt aanpassingen aan de auto vergoeden. • De prijs van een gehandicaptenkaart en de aanleg van een parkeerplek is per gemeente verschillend en wordt niet vergoed • Noodzakelijke keuringen worden niet vergoed.

Reserveringsuitgaven • Aangepaste kleding • Meer kleding noodzakelijk door slijtage • Hulpmiddelen ADL • Vervangen voorwerpen • Kosten inhuren personeel voor onderhoudswerkzaamheden • Onderhoudskosten • Extra zorgkosten • Hogere kosten recreatie & vakantie. • Medicijnen en voedingssupplementen	• Vanuit de gemeente kan men een gedeeltelijke vergoeding krijgen voor aangepaste kleding. Dit is afhankelijk van lokaal beleid. Hierbij wordt over het algemeen een eigen bijdrage en inkomensgrens van 110% tot 130% van het WML gehanteerd. • Bepaalde medicijnen en hulpmiddelen worden, al dan niet onder voorwaarden of met een eigen bijdragen, vergoed vanuit de Zvw (of aanvullende verzekering). • Men kan waskosten en meerkosten voor kleding fiscaal aftrekken. Hierbij worden er twee bedragen gehanteerd € 350 (2024) hierbij is er geen bewijslast en € 875 (hierbij is er wel bewijslast). De hoogte van de daadwerkelijk aftrek is afhankelijk van inkomen. • Voor het vervangen van voorwerpen, inhuren van personeel, meerkosten voor onderhoud en de meerkosten voor recreatie en vakantie is er geen vergoeding mogelijk.
Huishoudelijke kosten • Verkrijgen van dieetadvies • Het volgen van het dieet • Mee-eten verzorger • Maaltijdservice en kant-en-klare maaltijden. • Mee-eten van de zorgverlener leidt tot hogere kosten voor boodschappen • Was- en schoonmaakkosten. • Persoonlijke verzorging	• Bij dieetadvies door een diëtist worden de eerste drie behandeluren vergoed (per kalenderjaar). • Dieetkosten kunnen fiscaal worden afgetrokken, de hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het dieet en het inkomen. Hierbij geldt ook de noodzaak om het drempelbedrag te behalen. • Het mee-eten van een verzorger wordt niet vergoed. • In sommige gemeenten is het mogelijk om een vergoeding te krijgen voor het gebruik van een maaltijdservice. Vaak is dit georganiseerd vanuit de bijzondere bijstand en niet vanuit Wmo 2015 waardoor het inkomensafhankelijk is. • Er is geen vergoeding voor het gebruik van kant-en-klare maaltijden. • Zoals eerder aangeven is het mogelijk om waskosten fiscaal af te trekken. Wanneer een gemeente een was- en strijkservice heeft geregeld via een algemene voorziening binnen de Wmo 2015, geldt daar vaak een eigen bijdrage voor. • Vanuit de Wmo 2015 is het in sommige gevallen wel mogelijk om huishoudelijke hulp

	toegewezen te krijgen. Hierbij is sprake van een eigen bijdrage. • Afhankelijk van de gemeente kunnen enkele dingen op het gebied van persoonlijke verzorging worden vergoed. Hierbij gaat het niet om producten. Incontinentiemateriaal wordt vergoed vanuit de Zvw, maar deze dekt niet altijd alle kosten.
Diverse • Overnachting	• Het is mogelijk om vanuit het zittend ziekenvervoer een vergoeding te krijgen voor overnachtingen als meer dan drie dagen op rij gereisd moet worden voor behandelingen en consulten, maar voor één overnachting is dit niet mogelijk.

C. Toetsingskader kostenposten voor een aangepaste regeling

Tabel 15

KOSTENPOST	TOETSINGSCRITEIA				
	Noodzakelijk	Hoger voor doelgroep	Significante omvang	Uitzondering categorie	Voorliggende voorziening
Energie					
Kinderopvang					
Onderwijskosten					
Contributies/abonnementen					
Telefoon, televisie, internet					
Huur of hypotheek					
Lokale lasten					
Zorgverzekeringen					
Inboedelverzekering					
Financiële ondersteuning					
Huishoudelijke hulp					
Overige huishoudelijke kosten – was- en schoonmaakartikelen					
Overige huishoudelijke kosten – persoonlijke verzorgingsproducten					
Reserveringsuitgaven – woningaanpassing					
Reserveringsuitgaven – onderhoudsklussen huis en tuin					
Genees- en heelkundige hulp ³⁸ - mondzorg					
Genees- en heelkundige hulp – paramedische zorg op voorschrift en onder begeleiding van een arts					
Genees- en heelkundige hulp – paramedische zorg zonder voorschrift en onder begeleiding van een arts					
Ivf-behandelingen					
Verpleging in een ziekenhuis of andere zorginstelling					
Vervoer - zorgkilometers					
Vervoer - leefkilometers					
Vervoer - bezoek					

³⁸ Met uitzondering van ooglaserbehandelingen te vervanging van brillen of contactlenzen door een arts

Vervoer - autoaanpassing

**Farmaceutische hulpmiddelen verstrekt op
voorschrift van een arts**

**Farmaceutische hulpmiddelen –
homeopathie**

**Farmaceutische hulpmiddelen –
reisvaccinaties**

**Andere niet vergoede – hulpmiddelen –
steunzolen**

**Andere niet vergoede – hulpmiddelen –
gehoorapparaten**

**Andere niet vergoede – hulpmiddelen –
beugels**

**Andere niet vergoede – hulpmiddelen –
kronen en protheses**

Extra gezinshulp

**Extra kosten van een op medisch voorschrift
gehouden dieet**

**Extra kleding en beddengoed en daarmee
samenhangende extra uitgaven**

Bijlage 2 – Uitkomsten consultatie

In het voorjaar van 2025 is het concept-rapport ter consultatie voorgelegd aan betrokken organisaties en enkele gebruikers van de fiscale regeling. De consultatieperiode liep vanaf 12 februari 2025 tot en met 4 maart 2025. Er zijn negen reacties ontvangen, waarvan een reactie door acht organisaties is onderschreven. In de reacties is teruggekomen dat de “analyses grosso modo volledig en zorgvuldig” worden gevonden. Wel geeft men aan dat het rapport complex is en weinig toegankelijk voor de doelgroep. Aangezien het rapport bedoeld is voor de Tweede Kamer wordt het rapport hier niet op aangepast. Wel geeft dit stof tot nadenken hoe je een consultatie een eventuele volgende keer zou willen insteken. Desalniettemin is veel nuttige informatie teruggegeven.

Doelgroep, doelstelling en kostenposten

De reacties ten aanzien van het bepalen van de doelgroep, doelstelling en kostenposten zijn kritisch. Enerzijds omdat er beleidsmatig en politiek geen duidelijke keuzes zijn gemaakt ten aanzien van het ‘wat’, terwijl er wel veel tijd en moeite wordt gespendeerd aan het ‘hoe’. Daarbij wordt enerzijds opgeroepen zich te richten op de combinatie van chronische ziekte in relatie tot een minimum inkomen. Anderzijds wordt gewezen op het VN-Verdrag Handicap dat Nederland heeft geratificeerd. Hieruit volgt het recht voor mensen met een beperking en/of chronische ziekte om op voet van gelijkheid deel kunnen nemen aan de samenleving en het recht op een behoorlijke levensstandaard. In het bijzonder wordt gewezen op het zogenaamde “stand still beginsel”, dat stelt dat vanaf de ratificatie van het verdrag de staat geen maatregelen mag nemen die een achteruitgang van de rechtspositie betekenen.

Enkele organisaties stellen dat de huidige regeling een mismatch is met de realiteit van de doelgroep, bijvoorbeeld met betrekking tot voorfinanciering. Kwetsbare mensen met een lager inkomen kunnen de kosten niet altijd voorfinancieren, het pas na lange tijd gedeeltelijk terugkrijgen, en daarover lange tijd in onzekerheid verkeren. Zij zouden dus wel recht hebben op een tegemoetkoming, maar kunnen het zich niet veroorloven om de kosten voor te schieten. De behoefte aan maatwerk is ook wisselend binnen de doelgroep. Zo zijn er groepen die hele specifieke en goed berekende kosten maken en daardoor geen baat hebben bij maatwerk (bijvoorbeeld de diëten voor de auto-immuunziekte coeliakie en de stofwisselingsziekte PKU).

Anderzijds zijn er groepen die wel gebaat zouden kunnen zijn bij maatwerk, zoals mensen met een verstandelijke beperking die in een instelling wonen, laaggeletterden en jongeren die andere financiële kostenposten hebben dan gemiddelde mensen met een chronische ziekte. Voorts wordt aangegeven dat te weinig duidelijk is over welke groep onterecht gebruik maakt van de bestaande regeling en hoe groot de groep is die geen gebruik maakt van de regeling, terwijl zij hier wel recht op hebben. Tegelijkertijd wordt erkend dat het moeilijk is hier iets over te zeggen, omdat de afbakening ingewikkeld is. In dat kader wordt met name opgeroepen tot meer vertrouwen en minder complexiteit, mede vanwege het doenvermogen van deze doelgroep.

Ten aanzien van de kostenposten wordt aangegeven dat de belangrijkste ‘kostenpost’ voor een groot deel van de groep is dat hun verdienvermogen lager is door hun beperking of chronische ziekte; zij kunnen geen normaal inkomen verdienen. Een andere belangrijke kostenpost die genoemd wordt is de extra energiekosten als gevolg van de beperking of chronische ziekte.

Afruilen

Ten aanzien van de afruilen wordt vooral aangegeven om niet voor uitersten te gaan, ‘keep it simple’ en ga uit van vertrouwen. Ook wordt gewaarschuwd dat gemeenten niet per se en vanzelf maatwerk leveren. Ze staan wellicht wel dicht(er) bij mensen, maar dat betekent niet overal dat er ruimte in de kosten en de uitvoering is om maatwerk te leveren. De afruil landelijk/lokaal riep veel reacties op, waarbij de rode lijn is dat de mogelijkheden die er lokaal zijn veel te rooskleurig

worden ingeschat. Dit wordt gebaseerd op de ervaringen met eerdere decentralisaties, bijvoorbeeld van de Wmo, en de vorige herziening van de fiscale regeling.

(Alternatieve) varianten

In de reacties op de varianten is niet iedereen tevreden over de twee hoofdrichtingen die zijn gekozen. Tegelijkertijd wordt van de overige varianten alleen een breder pakket in de Zvw zorg als een zinvol (aanvullend) alternatief genoemd. In één reactie wordt zelfs 'bezwaar gemaakt' tegen 'het uitkleden van de zorgverzekeringswet en het feit dat veel noodzakelijke zorg, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie voor mensen met reuma, uit het basispakket is gehaald'. Als alternatieve oplossingen worden enkele andere voorstellen gedaan, zoals het maximeren van het aantal eigen betalingen voor zorgkosten, het afschaffen van het eigen risico (Zvw) voor mensen met een beperking of chronische ziekte, het verruimen van het basispakket (Zvw) met mondzorg en fysiotherapie, vergoeding voor dieetkosten als gevolg van chronische ziekte en verhogen van vergoedingen voor medicijnen en hulpmiddelen, het behoud van het abonnementstarief Wmo (m.u.v. enkelvoudige huishoudelijke hulp) en ten slotte, het verlagen van de eigen bijdrage Wlz en ervoor zorgen dat het zak- en kleedgeld voldoende is voor eigen uitgaven, participatie en ontwikkeling.

Ten aanzien van de gemeentelijke variant wijzen organisaties op het onvermogen van gemeenten om maatwerk te leveren, de ongelijkheid tussen gemeenten, de hoge uitvoeringskosten, de hoge bewijslast, het feit dat gemeenten zich alleen op minimagroepen richten en het gebrek aan kennis. Als voorbeeld van een ongelijkheid tussen gemeenten wordt genoemd dat de aanvraag voor een gehandicaptenparkeerkaart in de ene gemeente niets kost, terwijl in de andere gemeente ruim €200,- moet worden betaald. Deze verschillen komen dan niet voort door in te spelen op lokale omstandigheden, maar zijn het gevolg van budgettaire of arbitraire keuzes. Ook wordt gewezen op de onmogelijkheid een landelijk kader op te stellen wegens de beleidsvrijheid van gemeenten. Gemeentelijk maatwerk zou bovendien meer wensdenken zijn dan realiteit. Meerdere organisaties benoemen dan ook expliciet dat ze geen voorstander zijn van de gemeentelijke variant.

Ten aanzien van de fiscale variant wordt gewezen op het voorfinancieren, aantonen, in onzekerheid verkeren, wachten en de slechts gedeeltelijke terugontvangen van gemaakte kosten.

Een organisatie stelt als ideale oplossing een combinatie van forfaitaire bedragen waar iedereen recht op heeft, in combinatie met maatwerk waarbij een hogere bewijslast acceptabel is, maar wel zonder dat deze voorgefinancierd moeten worden.

Missend in het rapport

Naast bovenstaande feedback worden in de consultatie ook genoemd:

1. De negatieve gevolgen van fiscaal partnerschap;
2. De problematiek van het voorfinancieren;
3. De onzekerheid over het toegekend krijgen van een fiscale aftrek en de kans dat het teruggevorderd zou kunnen worden;
4. Een variant die de regeling schrapt, maar uitkeringen verhoogt (denk aan de WIA en WAJONG uitkeringen) of compensatie van het eigen risico (Zvw). Sowieso mist de samenhang met andere regelingen zoals zorgtoeslag, tegemoetkoming arbeidsongeschikten en heffingskortingen (WAO, WAJONG). De reden dat deze varianten niet in het rapport zijn opgenomen, is omdat deze variant zich richt op de minima, terwijl de fiscale aftrek zich ook richt op de groep die daar net boven zit, maar wel uitdagingen kent door de hoge meerkosten als gevolg van hun chronische ziekte of beperking.
5. Stand still principe van VN-verdrag Handicap. Ondanks dat men niet in rechten achteruit mag gaan gezien het 'stand still principe' is er, zo geeft men aan in de consultatie "toch 5 procent gekort op de Wajong uitkeringen, Wtcg 400 gulden naar nul, lagere langdurigheidskorting van het UWV en ook is men van plan 5 procent te gaan korten op de WIA-uitkeringen".

De punten 1, 2 en 3 zijn opgenomen in hoofdstuk 3 bij de knelpunten voor mensen met een chronische ziekte of beperking. De punten 4 en 5 als ook de 'romantisering' van de mogelijkheden tot maatwerk van gemeenten zijn opgenomen in de managementsamenvatting van het rapport als missend.

Bijlage 3 – Reactie VNG



Datum 11 maart 2025

Bijlage(n) 1

VNG uitvoeringsscan en reactie inzake evaluatie aftrek specifieke zorgkosten

Geachte,

Hierbij ontvangt u, de door u verzochte reactie vanuit de VNG op het voorstel tot hervorming van de aftrek specifieke zorgkosten. De reactie is complementair aan de uitvoeringsscan inzake dit voorstel die door VNG Realisatie is gedaan. De eindtekst van de uitvoeringsscan is al eerder aan de betrokken ambtenaren ter beschikking gesteld. Naast de uitvoeringsscan doen we u bij dezen ook de inhoudelijke reactie toekomen op de voorstellen om gemeenten verantwoordelijk te maken voor de aftrek specifieke zorgkosten.

Context: fase van beleidsvorming

Allereerst zijn gemeenten en de VNG blij dat wij in deze fase van beleidsvorming worden betrokken bij vorming van beleidsmaatregelen die gemeenten mogelijk raken. Inherent aan het vroeg betrokken worden bij beleidsvorming is dat veel nog niet vaststaat. Met name het gegeven dat de doelgroep van de regeling onduidelijk is gedefinieerd, en er geen besluitvorming is over welke doelgroep in de toekomst moet worden bereikt, maakt de weging van de opties lastig. Daarnaast is het volgende van belang om te vermelden voor de volledigheid. De uitvoeringsscan en de afstemming met gemeenten is uitgevoerd op basis van de informatie die beschikbaar is gesteld in november 2024, in ambtelijke gesprekken en op basis van de beknopte schriftelijke notitie die is verzonden op 29 november. Dit is beknopte informatie over de overwogen opties om de taak in de toekomst naar gemeenten te decentraliseren. Alle informatie die nog aanvullend is meegezonden in het concepteindrapport dat op 13 februari 2025 kon daarom niet in de uitvoeringsscan worden meegenomen en is dus maar in beperkte mate meegenomen in deze reactie. Het belangrijkste daarbij is de informatie over de nadere inkleuring van de gemeentelijke opties. Desondanks blijft de eindconclusie van de uitvoeringsscan overeind staan, evenals ons standpunt. We concluderen daarom dat het op dit moment onlogisch en ongewenst is om de gemeentelijke varianten verder te verkennen.

Conclusies uitvoeringstoets: gemeentelijke varianten onuitvoerbaar

De belangrijkste conclusie uit de VNG-uitvoeringstoets is dat de gemeentelijke varianten niet uitvoerbaar zijn. Om de regeling uitvoerbaar te houden is een simpele, landelijke regeling nodig. Het is niet voor de hand liggend om de uitvoering als extra taak bij gemeenten neer te leggen. We verzoeken het kabinet daarom om te kijken naar andere varianten om de doelgroep goed te bedienen.

De gemeentelijke uitvoering staat reeds flink onder druk. Het onderbrengen van een volwaardig alternatief voor de huidige fiscale regeling voor de compensatie van chronisch zieken of mensen met een beperking via een gemeentelijke route is niet uitvoerbaar. Er is geen uitvoeringscapaciteit beschikbaar voor de extra belasting die een dergelijke extra taak met zich meebrengt en die is in de huidige arbeidsmarkt ook niet voorhanden. De huidige gemeentelijke voorzieningen voor deze doelgroep zijn divers en verschillen tussen gemeenten in type regeling, doelgroep en vergoeding. Aansluiten bij de huidige regelingen leidt ertoe dat deze lokale verschillen zullen toenemen.

Het breed gedragen beeld dat uit de uitvoeringsscan naar voren komt is bovendien dat gemeenten niet de aangewezen partij zijn om de hele brede doelgroep voor de fiscale regeling te bedienen. Om de regeling uitvoerbaar te houden is een simpele, landelijke regeling nodig. In dat geval is het ook niet voor de hand liggend om de uitvoering als extra taak bij gemeenten neer te leggen.

Aanvullend zijn de volgende risico's en aandachtspunten uit de uitvoeringsscan van belang:

- De onderzoekstaak die er mogelijk voor gemeenten bij komt zou een grote aanspraak maken op de uitvoeringscapaciteit. Dit terwijl de gemeentelijke uitvoeringscapaciteit al onder druk staat.
- Gemeenten hebben bij eerdere extra taken vaak ondervonden dat de middelen die overkomen onvoldoende zijn. Zij geven aan dat het bovendien belangrijk is dat rekening moet worden gehouden met de uitvoeringskosten en dat de middelen meegroeien. Bij de bestaande regelingen nemen de lasten met de jaren sterker toe dan de budgetten. Hierdoor moeten gemeenten jaarlijks zelf aanvullen.
- Gemeenten voorzien dat de bereikbaarheid van een brede doelgroep (die zij op dit moment niet kennen) een knelpunt zal zijn. Bestaande gemeentelijke regelingen zijn veelal gericht op mensen met een laag inkomen.
- Gemeenten willen ervoor waken dat het een complexe regeling wordt. De doelgroep is gebaat bij een eenvoudige regeling.
- Gemeenten geven aan dat er zoveel regelingen zijn. Weer een aparte gemeentelijke of landelijke regeling is niet bevorderlijk voor de vereenvoudiging die ook door het Kabinet wordt geambieerd.

Randvoorwaarden om tot een goede regeling te komen zijn:

- Er is duidelijkheid nodig over de te bereiken doelgroep en het doel van een nieuwe regeling.
- Landelijke eenduidigheid (bijv. inkomensgrenzen, vergoedingen);
- Een regeling die zo dicht mogelijk aansluit bij de uitvoering van de uitvoerende organisatie, welke dit ook moge zijn (m.b.t. doelgroep, voorzieningen);
- Zo min mogelijk extra belasting van de schaarse uitvoeringscapaciteit door efficiënte organisatie voor de grootste groep (heldere bepaling doelgroep, duidelijke richtlijnen, forfaitaire vergoedingen, etc.), eventueel in combinatie met maatwerk voor een kleine groep (maatwerk zodat deze groep die niet tussen wal en schip valt).

Algemene beleidsstandpunten VNG

- Gemeenten zijn een democratisch gelegitimeerde overheid met eigenstandige bevoegdheden, politiek-bestuurlijke prioriteiten en ruimte om de beschikbare uitvoeringscapaciteit naar eigen inzicht aan te wenden. Het met strakke voorschriften beleggen van een overheidstaak bij 342 gemeenten moet daarom een bepaalde logica in zich hebben, een logica die opweegt tegen de uitvoeringslasten op 342 plekken. De complexiteit en potentieel zeer hoge uitvoeringslast van de onderzoekstaak die gemeenten zouden krijgen om een nieuwe doelgroep in beeld te krijgen is binnen dit uitgangspunt niet passend.
- VNG omarmt de adviezen van de commissie Sociaal Minimum en dringt er bij het Rijk op aan om deze adviezen ook op te volgen. Een belangrijk advies is om landelijk de basis op orde te brengen. Hierbij past de conclusie van de uitvoeringsscan om toe te werken naar een landelijke regeling.

Conclusies

De gemeentelijke varianten die zijn beschreven zijn allemaal om uiteenlopende redenen onwenselijk. Dit geldt voor de duidelijk gekaderde gemeentelijke varianten vanwege de buitenproportionele uitvoeringslasten die komen kijken bij een strak ingekaderde landelijke regeling op decentraal niveau. Bij de variant om een meer beleidsvrije taak te decentraliseren zullen de bestaande verschillen tussen gemeenten worden vergroot.

We concluderen daarom dat het op dit moment onlogisch en ongewenst is om de gemeentelijke varianten verder te verkennen. Wel onderstreept de VNG het belang dat het Rijk verder werkt aan varianten voor verbetering van de bestaande regeling die uitlegbaar, uitvoerbaar en juridisch houdbaar zijn. We wensen u veel succes bij de verdere uitwerking van een verbeterde regeling die bijdraagt aan zowel het structureel borgen van bestaanszekerheid van de beoogde doelgroep, als de vereenvoudiging van het stelsel van inkomensondersteuning, toeslagen en fiscaliteit.

Met vriendelijke groet,

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

I.G.D. Hoogstrate
Directeur Beleid