

Vergaderjaar 2016–2017

34 550 IX

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Financiën (IXB) en de begrotingsstaat van Nationale Schuld (IXA) voor het jaar 2017

Nr. 6

BRIEF VAN DE MINISTER VAN FINANCIËN EN STAATSCSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 september 2016

Tijdens het voorjaarsnotadebat heb ik in reactie op de inbreng de CU, de SGP en het CDA, de Tweede Kamer toegezegd te bekijken of het mogelijk is om eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is, en daardoor niet kan werken, financieel tegemoet te komen (Handelingen II 2015/16, nr. 105, item 14).

Tevens is tijdens de Algemene politieke beschouwingen van 13 oktober 2015 (Handelingen I 2015/16, nr. 4, items 3, 7 en 8) in de Eerste Kamer de motie Schalk c.s. aangenomen.¹ De motie verzoekt de regering met voorstellen te komen om de substantiële verschillen in besteedbaar inkomen tussen eenverdieners en tweeverdieners te verkleinen.

In deze brief volgt een analyse van de groep eenverdieners met een chronisch zieke partner. Waarna vier mogelijkheden om deze groep financieel tegemoet te komen worden geschetst, inclusief de voor- en nadelen van deze verschillende opties.

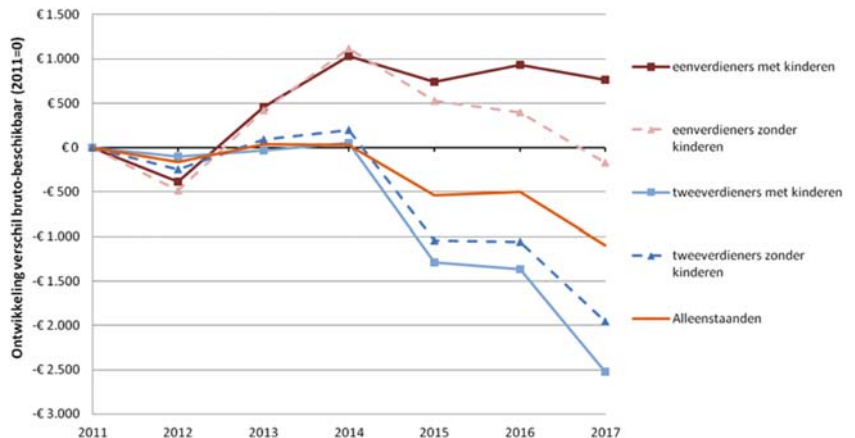
Eenverdieners in Nederland

Er zijn in Nederland ongeveer 370.000 eenverdienerhuishoudens. Eenverdienerhuishoudens zijn huishoudens waarbij er één kostwinner is met inkomsten uit arbeid en een partner zonder inkomsten uit (vorige) arbeid. Op een totaal van 7,5 miljoen huishoudens is dat ongeveer 5%. Iets minder dan de helft van de eenverdienerhuishoudens heeft één of meerdere minderjarige kinderen.

¹ Kamerstuk 34 300, nr. J.

De inkomensontwikkeling van eenverdienerhuishoudens vanaf 2011 is vergelijkbaar met de ontwikkeling van tweeverdieners en alleenstaanden als wordt gekeken naar het brutoinkomen. Als wordt gekeken naar de ontwikkeling van het besteedbaar inkomen is te zien dat het inkomen van eenverdieners is achtergebleven bij de ontwikkeling van het besteedbaar inkomen van tweeverdieners en alleenstaanden. Dit komt doordat de belastingdruk voor eenverdieners sinds 2011 is toegenomen, terwijl deze voor tweeverdieners en alleenstaanden juist is afgenomen (zie figuur 1). De belangrijkste oorzaak van de toegenomen belastingdruk voor eenverdieners is de afbouw van de uitbetaling van de algemene heffingskorting aan de minstverdienende partner. Onder meer maatregelen om de arbeidsparticipatie van huishoudens met kinderen te stimuleren hebben ertoe geleid dat tweeverdieners en alleenstaanden in 2017 minder belasting betalen dan in 2011.

Figuur 1. Verschil tussen bruto en besteedbare inkomens (o.a. belastingen, toeslagen en premies)¹



¹ Bron: Inkomens Panelonderzoek (CBS). 2016 en 2017 zijn voorspellingen op basis van de meest recente ramingen van SZW.

Overigens is de belastingdruk niet voor alle eenverdieners gestegen. Door inkomensbeleid in de periode 2011–2017 is de eenverdiener met een bruto inkomen tot 30.000 euro ontzien, voor deze huishoudens is de belastingdruk niet gestegen maar juist gedaald. Dat de gemiddelde eenverdiener toch te maken heeft met een hogere belastingdruk komt doordat het grootste deel (87%) van de eenverdienerhuishoudens een bruto inkomen van meer dan 30.000 euro heeft.

Eenverdieners met een chronisch zieke partner

Het is niet makkelijk vast te stellen hoeveel eenverdienerhuishoudens er zijn waarbij één van de partners chronisch ziek is en daardoor niet kan werken, en welke inkomensontwikkeling deze groep heeft doorgemaakt. Er bestaat in Nederland op dit moment geen specifieke regeling of indicatie voor chronische ziekte. Er is geen centrale administratie van mensen met een chronische ziekte en er is dus geen actueel beeld van deze groep en de kenmerken van deze groep. Tot en met 2013 bestond de Wtcg, een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. Op basis van die gegevens kan wel een ruwe inschatting worden gemaakt. De Wtcg is in 2013 afgeschaft omdat deze regeling niet effectief en doelmatig was, in het kader staat een uitgebreidere beschrijving van de Wtcg en de redenen waarom deze is afgeschaft.

Uit de cijfers blijkt dat ongeveer 4% tot 8% van de eenverdieners een partner had met een tegemoetkoming op basis van de Wtcg². Het gaat dan om 15.000 tot 30.000 huishoudens. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen met een chronische aandoening betaalde arbeid verrichten. Afhankelijk van welk onderzoek genomen wordt is het aandeel van de mensen met een chronische ziekte dat betaalde arbeid verricht tussen de 25% en 70% van het totaal aantal chronisch zieken³ ⁴. Ruim geschat gaat het dan om een groep van 10.000 tot 20.000 huishoudens waarbij één van de partners in het huishouden door chronische ziekte niet in staat is om te werken.

De inkomensontwikkeling van eenverdienerhuishoudens met een partner met een Wtcg-indicatie blijkt verder niet af te wijken van die van eenverdienerhuishoudens in het algemeen. Dat betekent dus dat de ontwikkeling van het besteedbaar inkomen van deze groep ook is achtergebleven bij die van tweeverdieners en alleenstaanden.

Kader 1. Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) was een regeling, die tot doel had om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor de meerkosten die zij hadden. De bedoeling was om chronisch zieken op grond van objectieve criteria af te bakenen. De objectieve criteria werden ontleend aan de administraties van zorgverzekeraars, het Centrum indicatiestelling zorg en de gemeenten. Vanaf het begin dat de regeling in werking trad was er discussie over de afbakening. Hoewel het heel logisch leek om mensen die chronisch ziek zijn in deze tijd met ICT-systemen automatisch op te sporen, was dit niet zo eenvoudig. Het leek heel simpel om de informatie uit het systeem te halen en te voorkomen dat mensen zelf een aanvraag moesten indienen waardoor niet-gebruik voorkomen kon worden. Een groot deel van de mensen die op deze manier werden gevonden waren inderdaad chronisch ziek of gehandicapt en hadden meerkosten. Maar ook bleek dat een substantieel deel van de mensen die op deze manier gevonden werden niet chronisch ziek waren of helemaal geen meerkosten hadden. Eveneens bleek dat niet iedereen met een chronisch ziekte of handicap en daaraan verbonden meerkosten op deze wijze werd gevonden.

In de jaren dat de Wtcg bestond is gekeken naar verbeteringen. De commissie Linschoten, TNO en onderzoeksbureau De Praktijk hebben hier onderzoek naar gedaan. Dit heeft steeds geleid tot aanpassingen, maar de regeling bleef gebreken vertonen. Het begrip «substantiële meerkosten» bleek geen eenduidig begrip. Waar de ene persoon met een aandoening geen meerkosten heeft, heeft de andere persoon met dezelfde aandoening deze wel. Dat komt omdat meerkosten afhankelijk zijn van levensstijl, opleidingsniveau, woonsituatie, leeftijden en gezinssituatie. Al deze elementen laten zich niet vangen in een systeem gebaseerd op criteria ontleend aan het zorggebruik. Zorggebruik blijkt geen goede voorspeller te zijn of

² Het aandeel tweeverdieners met een chronisch zieke partner (niet zijnde hoofd van het huishouden) ligt iets lager, maar verschilt niet veel: tussen de 2 en 7%.

³ Harbers M. en N. Hoeymans (2013): «*Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*», Bilthoven: RIVM.

⁴ De grote range wordt veroorzaakt doordat verschillende onderzoeken andere maatstaven voor chronische ziekte hanteren. Ook de definitie van een betaalde baan is anders, in het ene onderzoek is 1 uur betaalde arbeid al een baan terwijl het andere onderzoek uitgaat van minstens 12 uur betaalde arbeid.

Financiële tegemoetkoming eenverdieners met chronisch zieke partner

Huishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is en daardoor niet kan werken zijn gedwongen een eenverdienerhuishouden. Er is voor deze huishoudens geen mogelijkheid om twee arbeidsinkomens te genereren, en daarmee maken zij geen aanspraak op een aantal regelingen gericht op het stimuleren van de arbeidsparticipatie van de minstverdienende partner. Uit de analyse blijkt wel dat de groep gedwongen eenverdieners relatief klein is. Dit komt doordat de groep eenverdieners met een chronisch zieke partner klein is (minder dan een half procent van het totaal aan huishoudens) en een substantieel deel (tussen de 25% en 70%) van de mensen met een chronische ziekte wel betaalde arbeid kan verrichten. Een specifieke en gerichte regeling voor de beoogde groep lijkt om verschillende redenen lastig vanuit de rijksoverheid. Zo bestaat er geen administratie waarin chronisch zieken zijn geregistreerd, en is in het verleden gebleken dat het niet mogelijk is chronisch zieken op basis van objectieve criteria te identificeren. Hieronder wordt geschetst hoe de groep met bestaande instrumenten bereikt zou kunnen worden.

1. Generiek (inkomens)beleid

De eerste mogelijkheid is met generieke maatregelen zoals de zorgtoeslag of kinderbijslag. Deze maatregelen zijn via proefberekeningen getoetst. In het algemeen geldt dat generiek beleid ook voor andere groepen – zonder chronisch zieke partner in het huishouden – geldt en dus kostbaar en minder goed gericht is.

Uit proefberekeningen blijkt dat bij een verhoging van de kinderbijslag met 40 euro, wat ongeveer 100 miljoen euro per jaar kost, maar 1 à 2% van het budgettaire beslag bij eenverdieners met een chronisch zieke partner terecht komt⁵. Voor een verhoging van het kindgebonden budget geldt hetzelfde. Bij een verhoging van de zorgtoeslag door het verlagen van de inkomensafhankelijke afbouw met 0,5%-punt (kost ook ongeveer 100 miljoen euro) komt ongeveer 1,5 tot 3% bij eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is terecht. Als de normpercentages van de zorgtoeslag worden verlaagd komt ongeveer 2,5 tot 5% bij eenverdieners met een chronisch zieke partner terecht. Bovenstaande percentages zijn gebaseerd op alle eenverdienerhuishoudens waarbij de partner van de kostwinner recht op Wtcg had. Aangezien een groot deel (tussen de 25% en 70%) van de mensen in de Wtcg wel betaalde arbeid verrichtten, komt een aanzienlijk kleiner deel dan hierboven berekend bij de daadwerkelijke doelgroep, gedwongen eenverdieners, terecht. Generiek beleid is dus niet effectief in het financieel tegemoetkomen van gedwongen eenverdieners.

2. Fiscale regeling «aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten»

Ook de fiscale regeling «aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten» zou als mogelijkheid kunnen worden gezien om eenverdieners met een chronisch zieke partner (extra) financieel te ondersteunen.

⁵ In de berekeningen zijn chronisch zieken gedefinieerd als het hebben van een Wtcg-toelage. Zoals beschreven bestaat deze regeling niet meer, berekeningen zijn dan ook gebaseerd op data uit 2013.

Op basis van de huidige fiscale regeling kunnen bepaalde uitgaven voor zorg in aftrek worden gebracht. Voor het in aftrek brengen van uitgaven voor specifieke zorgkosten geldt een drempel waarvan de hoogte afhankelijk is van het (gezamenlijke) inkomen. Daarnaast kent de regeling, als het drempelinkomen lager is dan een bepaald bedrag, verhogingspercentages waarmee bepaalde in aftrek gebrachte zorgkosten mogen worden verhoogd. Het maximale drempelinkomen om de verhogingspercentages te mogen toepassen bedraagt in 2016 € 34.027. Er gelden verschillende verhogingspercentages voor AOW-ers (114%) en niet AOW-ers (40%).

De aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is een regeling waar momenteel circa 1 miljoen huishoudens van gebruikmaken, circa de helft hiervan zijn huishoudens van niet AOW-gerechtigden. Er zijn weinig mogelijkheden om de regeling specifiek op de doelgroep van eenverdieners met een chronisch zieke partner te richten. Ook als bijvoorbeeld het huidige verhogingspercentage voor niet-AOW-ers verhoogd zou worden, komt het geld dat daarmee is gemoeid bij een veel grotere groep huishoudens terecht dan de 10.000 tot 20.000 gedwongen eenverdienerhuishoudens, namelijk bij alle huishoudens – zowel eenverdieners, tweeverdieners als alleenstaanden – met een inkomen beneden de € 34.027 die zorgkosten in aftrek brengen.

Daarnaast moet wat deze regeling betreft gewezen worden op het onderzoeksrapport dat net als deze brief op Prinsjesdag door de Staatssecretaris van Financiën naar de Tweede Kamer is gestuurd over het gebruik van de fiscale aftrek van specifieke zorgkosten (Kamerstuk 34 550 IX, nr. 4). Dit rapport is kritisch over onder andere de controleerbaarheid van de regeling.

3. Inkomensbeleid via gemeenten

Een derde manier om eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is financieel tegemoet te komen is via de gemeenten. Toen de Wtcg is afgeschaft is daarvoor in de plaats extra geld naar het gemeentefonds gegaan (structureel € 268 mln vanaf 2017). Gemeenten hebben hierdoor meer financiële mogelijkheden gekregen om chronische zieken of mensen met een handicap te compenseren.

Aan de extra middelen die toentertijd aan het Gemeentefonds zijn toegevoegd, zijn geen extra voorwaarden verbonden. De ervaring met de Wtcg heeft geleerd dat objectieve normen en criteria niet of slecht werken, gemeenten kunnen dan ook niet op basis van vooraf vastgelegde criteria worden afgerekend. Gemeenten hebben ervaring met het bieden van maatwerk, ze zijn al veel langer verantwoordelijk voor het armoedebestrijd, de individuele bijzondere bijstand en de ondersteuning van mensen via de voorzieningen in de Wmo. Dit is ook de basis voor de invulling van het gemeentelijke maatwerk, waarbij gemeenten mensen met een beperking en met aannemelijke meerkosten een financiële tegemoetkoming op grond van de Wmo kunnen verstrekken.

Ook voor het financieel tegemoetkomen van eenverdieners met een chronisch zieke partner, zou daarom extra geld naar gemeenten kunnen gaan om gerichte ondersteuning te bieden. Gezien de ongerichtheid van de eerder genoemde opties, lijkt de compensatie via de gemeenten een

efficiënte manier⁶. Hier moet overigens wel een stevig voorbehoud gemaakt worden. Gemeenten zijn op dit moment verantwoordelijk voor de inkomensondersteuning van de sociale minima. De meeste eenverdienerhuishoudens behoren niet tot deze categorie. De vraag is dus of gemeenten ook huishoudens die boven het sociale minimum zitten gericht financieel tegemoet kunnen en willen komen.

4. Eigen bijdrage Wmo

Een andere mogelijkheid om eenverdieners met een chronisch zieke partner financieel te ondersteunen is via de eigen bijdrage Wmo. Het hebben van Wmo zorg was ten tijde van de Wtcg één van de criteria voor het ontvangen van een tegemoetkoming. De kans dat een eenverdienerhuishoudens waarbij een van de partners chronisch ziek is ondersteuning ontvangt via de Wmo is dan ook relatief groot.

Door de eigen bijdragen Wmo voor meerpersoonshuishoudens onder de AOW-leeftijd te verlagen kunnen de kosten voor de Wmo voor een groep van ongeveer 12.000 huishoudens aanzienlijk worden verlaagd. Het is aannemelijk dat deze groep voornamelijk kostwinners met een chronisch zieke partner omvat. Meerpersoonshuishoudens waarbij beide partners werken zullen minder snel een zodanige beperking hebben dat zij in aanmerking komen voor een Wmo indicatie.

Conclusie

Huishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is en daardoor niet kan werken zijn gedwongen eenverdienerhuishoudens en kunnen daardoor geen aanspraak maken op bepaalde toeslagen en kortingen waar tweeverdienerhuishoudens wel recht op hebben.

Uit de analyse blijkt dat het om een beperkte groep huishoudens gaat, ongeveer 10.000 tot 20.000, wat ongeveer een achtste tot een kwart procent van het totaal aantal huishoudens in Nederland is. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat veel mensen met een chronische aandoening betaalde arbeid verrichten (tussen de 25% en 70%). Een deel van de eenverdieners met een chronisch zieke partner is dan waarschijnlijk ook niet gedwongen een eenverdienerhuishouden.

Het is lastig om eenverdieners met een chronisch zieke partner gericht financieel tegemoet te komen. In deze brief is een viertal varianten besproken. Het kabinet heeft besloten om eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners door chronische ziekte gedwongen thuis zit een handreiking te doen, langs de lijnen van bovenstaande variant 4. Deze maatregel lijkt het meest gericht op het bereiken van de beoogde doelgroep.

Concreet kiest het kabinet ervoor om de maximale eigen bijdrage in de Wmo te verlagen, met name voor meerpersoonshuishoudens onder de AOW-leeftijd. Voor een huishouden in deze groep met een modaal inkomen komt dit neer op een voordeel van ongeveer 1.400 euro (eigen bijdrage van 1.460 euro naar 63 euro).⁷ Door de verlaging van de eigen

⁶ Uitgaande van 10.000 tot 20.000 eenverdienerhuishoudens waarbij de partner van de kostwinner niet kan werken door chronische ziekte (15.000 tot 30.000 eenverdieners met chronisch zieke partner, waarvan 30% tot 75% gedwongen geen betaalde baan heeft), en een tegemoetkoming van 200 euro per huishouden, zou het compenseren van deze groep tussen de 2 en 4 miljoen euro kosten.

⁷ Voor een beperkte groep zal het voordeel lager kunnen zijn dan € 1.400, namelijk als ze minder dan 1 à 2 uur per week ondersteuning ontvangen en/of omdat sommige gemeenten het maximum zelf reeds hadden verlaagd.

bijdragen Wmo zullen deze kosten beter te dragen zijn en wordt bevorderd dat mensen deze zorg benutten als het nodig is en minder snel een beroep zullen doen op de zwaardere Wlz-zorg. De resulterende derving aan inkomsten voor de gemeenten wordt via het gemeentefonds gecompenseerd. Hiervoor zal de 50 mln euro worden benut die reeds in de begroting voor 2017 is gereserveerd. Dit wordt via een nota van wijziging op het Gemeentefonds verwerkt. In de septembercirculaire is deze compensatie al wel meegenomen.

Daarnaast blijkt er in de praktijk een groep chronisch zieken in de Wlz te zijn die mede dankzij de inzet van informele zorg slechts enkele uren Wlz-zorg nodig hebben. Afhankelijk van hun inkomen kan het voorkomen dat zij voor een forse eigen bijdrage worden aangeslagen die groter is dan de kostprijs van de geleverde zorg. Dit komt omdat de eigen bijdrage voor het modulair pakket thuis (Wlz) sinds begin dit jaar niet langer afhankelijk is van het feitelijk aantal uren geleverde zorg. Het beschreven effect wordt weggenomen door de eigen bijdragen te verlagen voor cliënten die voor een klein aantal uren gebruik maken van alleen een modulair pakket thuis. Op die manier blijft de eigen bijdrage in verhouding staan tot de geleverde zorg en wordt de inzet van informele zorg niet langer onbedoeld ontmoedigd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal uw Kamer nader informeren over de uitwerking van de maatregelen.

De Minister van Financiën,
J.R.V.A. Dijsselbloem

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn