

**ONDERZOEK NAAR GEBRUIK  
AFTREK VAN  
UITGAVEN VOOR SPECIFIEKE ZORGKOSTEN**

**Ministerie van Financiën 2016  
Juli 2016**

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting .....	1
Inleiding .....	3
Aanleiding onderzoek .....	3
Onderzoeksaanpak .....	3
Leeswijzer .....	4
HOOFDSTUK 1 Toelichting regeling aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten .....	5
1.1 Context van de regeling .....	5
1.2 Doelgroep en kring van personen .....	5
1.3 Wijzigingen sinds 2009 .....	6
1.4 Aftrekbare kosten .....	7
1.5 Vermenigvuldigingsfactor .....	7
1.6 Inkomensafhankelijke drempel .....	8
1.7 Persoonsgebonden aftrekpost en doorschuiven .....	9
1.8 Tegemoetkoming specifieke zorgkosten .....	10
HOOFDSTUK 2 Analyse gebruik aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten .....	11
Inleiding .....	11
2.1 Financiële gevolgen aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten .....	11
2.1.1 Budgettaire beslag 2009-2014 .....	12
2.1.2 Doorwerking toeslagen en heffingskortingen .....	13
2.1.3 Omvang doorschuiven persoonsgebonden aftrek en TSZ-regeling .....	13
2.2 Omvang aftrek uitgaven specifieke zorgkosten 2009-2014 .....	14
2.2.1 Macrobeeld zorgkosten .....	14
2.2.2 omvang zorgkostencategorieën .....	16
2.3 Gebruik regeling .....	17
2.3.1 Verdeling zorgkostencategorieën over huishoudens .....	17
2.3.2 Meest voorkomende zorgkostencategorieën .....	18
2.3.3 Omvangrijkste zorgkostencategorieën .....	19
2.4 Achtergrondkenmerken personen die van de regeling gebruikmaken .....	20
2.4.1 Huishoudinkomen .....	20
2.4.2 Leeftijd .....	21
2.4.3. Huishoudsamenstelling .....	22
2.5 In- en uitstroom gebruik regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten .....	23
2.6 Meelifteffect niet-chronische zieke of niet-gehandicapte partner .....	25
HOOFDSTUK 3 Uitvoering Belastingdienst aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten .....	28
3.1 Uitgaven voor specifieke zorgkosten in de aangifte .....	28
3.2 Handhaving .....	29
3.2.1 Toezicht .....	29
3.2.2 Handhavingscommunicatie .....	29
HOOFDSTUK 4 Conclusies .....	31

# Managementsamenvatting

## *Inleiding*

Naar aanleiding van toezeggingen in de Tweede Kamer is onderzoek gedaan naar het gebruik van de fiscale regeling van aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten.<sup>1</sup> Deze regeling richt zich op chronisch zieken en gehandicapten die als gevolg van hun chronische ziekte of handicap meerkosten aan zorg hebben ten opzichte van doorgaans gezonde personen die niet elders vergoed of verstrekt (kunnen) worden.

Ongeveer 1 miljoen huishoudens brengen zorgkosten in aftrek waarvan de helft van die huishoudens meer dan € 900 aan aftrek heeft.<sup>2</sup> Daarmee is het gebruik van de regeling in absolute zin opvallend hoog te noemen. Immers, het hebben van een chronische ziekte of handicap wil nog niet zeggen dat ook sprake is van meerkosten aan zorg die met de ziekte of handicap samenhangen en tevens aftrekbaar zijn.

Het onderzoek naar het gebruik van de regeling laat zien dat de fiscale regeling – zoals reeds vaker aan de orde is geweest<sup>3</sup> – ondanks de complexe vormgeving een verre van doelmatig instrument is om de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten aan zorg.

## *Bereik doelgroep en meelifteffecten*

De kring van personen waarvan uitgaven voor specifieke zorgkosten in aanmerking worden genomen is breder dan de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten (zie paragraaf 1.2). Het gaat enerzijds om de groep personen zonder chronische ziekte of handicap die vanwege doorgaans incidentele hoge kosten aan aftrek toekomt (bijvoorbeeld hoge tandartskosten). Anderzijds is er een groep personen die zelf niet chronisch ziek of gehandicapt is maar van wie een gezinslid wel tot die doelgroep behoort. De kosten voor beide groepen worden als het ware meegetrokken in de regeling. Wat ertoe leidt dat kosten – zoals kosten voor tandarts en fysiotherapie die ook door doorgaans gezonde personen worden gemaakt en bewust normaliter voor die personen niet tot aftrek leiden – in aftrek worden gebracht.

Het is opmerkelijk dat een relatief groot deel van de groep die gebruikmaakt van de fiscale regeling niet van jaar op jaar zorgkosten in aftrek brengt, maar dat incidenteel doet (zie paragraaf 2.5), terwijl een chronische ziekte of handicap een structureel karakter kent wat veronderstelt dat er ook sprake zou moeten zijn van het meer structureel maken van meerkosten. Wat verder opvalt, is dat de samenstelling van de kosten die personen die incidenteel van de regeling gebruikmaken in aftrek brengen significant anders is dan die van personen die ieder jaar zorgkosten in aftrek brengen.

## *Bijkomende financiële aspecten*

Twee bijkomende financiële aspecten spelen in het onderzoek een rol. In de eerste plaats is gekeken naar de verzilverbaarheid van de fiscale aftrek (zie paragraaf 1.8 en 2.1.3). Jaarlijks

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2015/16, 34 300 IX, nr. 4.

<sup>2</sup> Het gemiddelde bedrag aan zorgkosten bedraagt circa € 1400.

<sup>3</sup> O.a. Kamerstukken II, 31 205, 31 706 en 33 753 nr. 13.

kunnen zo'n 170.000 huishoudens de aftrek niet (of niet geheel) verzilveren. Om deze groep alsnog te compenseren bestaat er een afzonderlijke niet-fiscale regeling, de tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ-regeling). Het gaat daarbij jaarlijks om een bedrag van circa € 44 miljoen.

Voorts is gekeken naar de groep waarbij de aftrek hoger is dan het belastbaar inkomen vóór aftrek. Het surplus van de aftrek valt niet onder de TSZ-regeling, maar kan als restant aan persoonsgebonden aftrek worden doorgeschoven naar het volgende jaar. Het gaat bijvoorbeeld in 2013 om een bedrag van circa €55 miljoen en circa 18.000 belastingplichtigen. De vraag is of deze aftrek ooit verzilverd kan worden.

#### *Uitvoering*

De uitvoerbaarheid van de regeling laat te wensen over. Belastingplichtigen ervaren de regeling als complex en onduidelijk en hebben veel vragen over de regeling. Dat beïnvloedt een juiste toepassing. De Belastingdienst beschikt niet over contra-informatie en voorinvullen van de aangifte is niet mogelijk. De regeling is zeer arbeidsintensief en de opgevraagde stukken moeten handmatig gecontroleerd worden, hetgeen in schril contrast staat met de massaliteit van het gebruik ervan. Er is zowel sprake van onbedoeld verkeerd gebruik van de regeling door onwetendheid of ervaren complexiteit als bewust verkeerd gebruik (fraude). Uit de steekproeven die de Belastingdienst jaarlijks uitvoert op particuliere aangiften, blijkt dat de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten een correctiepotentieel heeft van 30%. Dat is ongebruikelijk hoog. Uit de toepassing van nieuwe opsporingsmethoden en slimmere data-analyse blijkt ook dat bepaalde belastingplichtigen met hulp van adviseurs bewust over de grenzen van de regeling gaan.

# Inleiding

## Aanleiding onderzoek

In het in 2012 gesloten regeerakkoord tussen VVD en PvdA was afgesproken om het pakket landelijke regelingen voor ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten, te weten de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de Compensatie Eigen Risico (CER) en de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten af te schaffen en de ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten volledig te decentraliseren naar gemeenten.

Op grond van de in 2013 gemaakte begrotingsafspraken voor het jaar 2014 met de oppositiepartijen D66, CU en SGP is uiteindelijk besloten om de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten in enigszins beperkte vorm te handhaven en € 268 miljoen aan gemeenten beschikbaar te stellen voor maatwerkondersteuning.

Bij de behandeling van het Belastingplan 2014 in de Tweede en Eerste Kamer heeft de toenmalige staatssecretaris van Financiën echter benadrukt dat de fiscale regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten – ook na de per 2014 doorgevoerde versoeringen – nog altijd op onderdelen ongericht is, personen voor zorgkosten compenseert voor wie de regeling in wezen niet bedoeld is en moeilijk handhaafbaar is. Hij kondigde bij die gelegenheid aan met nadere voorstellen te willen komen om de regeling waar mogelijk effectiever te richten op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten en de regeling eenvoudiger en beter uitvoerbaar te maken.<sup>4</sup>

Om te kunnen bepalen welke aanpassingen van de fiscale regeling nodig of gewenst zijn was het nodig om nader onderzoek te doen naar het gebruik van deze regeling. De resultaten van dit interne Ministerie van Financiën/Belastingdienst onderzoek treft u hierbij aan. Daarbij is op basis van beschikbare gegevens binnen de Belastingdienst gekeken naar de opgevoerde aftrek<sup>5</sup> naar omvang en soort van de kosten gedurende de jaren 2010-2014. Voorts is voor het jaar 2012 gekeken naar onder andere leeftijd, inkomenscategorie en gezinssamenstelling van de groep die uitgaven voor specifieke zorgkosten in aftrek brengt. Tot slot is gekeken naar het toezicht op de regeling.

## Onderzoeksaanpak

Het onderzoek naar de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten richt zich op de jaren 2010-2014 zoals de aftrek zich feitelijk heeft voorgedaan. Aangezien het jaar 2009 het invoeringsjaar van de regeling betrof en daarbij sprake was van een beperkte overgangsregeling, is dit jaar buiten het onderzoek gehouden hoewel voor het overzicht van het gebruik van de regeling dit jaar wel wordt aangestipt. Het jaar 2012 is voor detailonderzoek naar de samenstelling van de groep belastingplichtigen als uitgangspunt genomen voor de analyse van het aangiftebestand, omdat dit het meest recente jaar betrof waarvan het volledige aangiftebestand gevuld was. Gegevens over meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten uit externe onderzoeken bleken niet geschikt om de gegevens uit de aangiftebestanden tegen af te zetten. De in de externe onderzoeken betrokken populatie verschilt om meerdere redenen van de groep die van de fiscale regeling gebruikmaakt waardoor de uitkomsten van deze externe onderzoeken – waaronder de

---

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 2015/16, 34 300 IX, nr. 4.

<sup>5</sup> Dus vóór correctie.

samenstelling van de meerkosten – niet geschikt zijn om tegen de gegevens van de fiscale regeling af te zetten.

Naast het gebruik van de regeling is tevens gekeken naar de correcties van aangiften op basis van de jaarlijks uitgevoerde 1%-steekproef<sup>6</sup> en van de reguliere aanslagregeling.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 is een beschrijving van de regeling opgenomen. In hoofdstuk 2 is de analyse opgenomen omtrent het gebruik van de regeling. In hoofdstuk 3 komen de uitvoeringsaspecten en handhaafbaarheid van de regeling aan de orde. In hoofdstuk 4 zijn de conclusies opgenomen.

---

<sup>6</sup> Dit is een steekproef op het totale aangiftebestand waarvan een deel dus ook betrekking heeft op de uitgaven voor specifieke zorgkosten.

# HOOFDSTUK 1

## Toelichting regeling aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten

### 1.1 Context van de regeling

Inkomensondersteuning voor zorgkosten via het fiscale instrument kent een lange historie met als rode draad maatregelen om de faciliteit beter te richten op de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten.

De huidige vormgeving, te weten de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten, is per 1 januari 2009 ingevoerd. Voorloper van deze regeling was de buitengewone uitgavenregeling waarbij reeds de lijn was ingezet om de regeling toe te spitsen op chronisch zieken en gehandicapten. Het gebruik van de buitengewone uitgavenregeling – die weer een opvolger was van de buitengewone lastenregeling van vóór 2001 – kende een spectaculaire groei hetgeen aanleiding was om maatregelen te treffen. Dat heeft geresulteerd in de invoering van de Wtcg, waar de fiscale regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten onderdeel van uitmaakte. Daarbij is expliciet de beleidsdoelstelling tot uitdrukking gebracht dat de doelgroep van de regeling de groep chronisch zieken en gehandicapten is. Naast de toenmalige Wtcg-forfaits<sup>7</sup> diende de fiscale regeling niet meer als inkomensondersteuning voor zorgkosten maar als vangnet voor de structurele meerkosten die chronisch zieken en gehandicapten maken.

De afbakeningsproblematiek en de budgettaire onbeheersbaarheid hebben geleid tot afschaffing van de Wtcg en de CER.<sup>8</sup> Van het totale budget van de Wtcg is een deel (€ 268 miljoen<sup>9</sup>) overgeheveld naar gemeenten om via maatwerk chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten vanwege ziekte of handicap. Oorspronkelijk was de gedachte ook de fiscale regeling wegens ongerichtheid af te schaffen, maar uiteindelijk is deze in enigszins beperkte vorm gehandhaafd als landelijk vangnet.<sup>10</sup> Hiervoor is € 400 miljoen beschikbaar gesteld. Jaarlijks maken thans zo'n 1 miljoen huishoudens gebruik van de regeling. De helft van die huishoudens brengt meer dan € 900 in aftrek.

### 1.2 Doelgroep en kring van personen

Zoals hiervoor al is aangegeven is de doelgroep van de regeling de groep chronisch zieken en gehandicapten. De groep chronisch zieken en gehandicapten is echter niet sluitend af te bakenen. Dit is eens te meer gebleken bij de uitvoering van de Wtcg en is ook oorzaak geweest voor afschaffing daarvan. Voor de fiscale regeling is daarom via de afbakening van posten die voor aftrek in aanmerking komen gepoogd alleen die kosten in aftrek toe te staan die doorgaans voornamelijk door chronisch zieken en gehandicapten worden gemaakt. Ook die afbakening is echter niet sluitend. Hierdoor kan het voorkomen dat personen waarbij in het geheel geen sprake is van een chronische ziekte of handicap met hoge – vaak incidentele – kosten toch gebruik kunnen maken van de regeling. Daarnaast is de groep chronisch zieken en gehandicapten zeer divers. Er bestaan verschillende aandoeningen met diverse gradaties waardoor het hebben van bepaalde

<sup>7</sup> De Wtcg is per 1 januari 2016 formeel, maar feitelijk al per 2014 afgeschaft.

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2012/13, 31 706, nr. 3.

<sup>9</sup> Structureel vanaf 2017.

<sup>10</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 33 752, nr. 13.

meerkosten niet eenduidig is en meerkosten niet per definitie voortvloeien uit het hebben van een bepaalde ziekte of handicap.

Hoewel de doelgroep bestaat uit chronisch zieken en gehandicapten is de kring van personen waarvan specifieke zorgkosten in aanmerking worden genomen breder. Dit is historisch zo gegroeid. De kring van personen is niet gewijzigd – en dat is ook geen punt van heroverweging geweest – bij de omzetting van de buitengewone uitgavenregeling in de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten. Terwijl de benadering – algemene draagkracht versus meerkosten van een specifieke doelgroep – wel gewijzigd is.

De kring van personen omvat de belastingplichtige, zijn fiscale partner, zijn jonger dan 27-jarige kinderen, de tot zijn huishouden behorende ernstig gehandicapte personen van 27 jaar of ouder<sup>11</sup> en de bij de belastingplichtige inwonende zorgafhankelijke ouders, broers of zusters<sup>12</sup>.

Gevolg van de ruimere kring van personen dan alleen chronisch zieken en gehandicapten is dat de zorgkosten van gezinsleden – ongeacht de aanwezigheid van een chronische ziekte of handicap bij dat gezinslid – ook aftrekbaar zijn. De kosten voor deze personen worden dus meegetrokken in de regeling (meelifteffect genoemd). Te denken valt aan kosten voor tandarts of fysiotherapie. Kosten die dus ook door doorgaans gezonde personen worden gemaakt en normaliter voor die personen niet tot aftrek leiden. Door het mee kunnen liften met de kosten van een wel chronisch ziek of gehandicapt gezinslid worden deze kosten echter wel op de maatschappij afgewenteld terwijl dit niet de meerkosten en de personen betreft waar de regeling in de kern voor bedoeld is.

### 1.3 Wijzigingen sinds 2009

De aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is per 2009 ingevoerd.<sup>13</sup> Sindsdien zijn er enkele inhoudelijke wijzigingen in de regeling doorgevoerd:

- Per 2010<sup>14</sup>: Ook aftrek van dieetkosten wanneer de dieetverklaring is afgegeven door een diëtist (en niet alleen wanneer afgegeven door een arts).

- Per 2010 en 2011<sup>15</sup>: Verlaging van de vermenigvuldigingsfactor voor personen die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet hebben bereikt.

- Per 2012<sup>16</sup>: Ook aftrek voor kosten van een behandeling door bepaalde paramedici indien op basis van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) directe toegankelijkheid geldt (en niet alleen wanneer er sprake is van doorverwijzing door een arts).

- Per 2013<sup>17</sup>: Invoering van delegatiebevoegdheid op basis waarvan uitgaven die als gevolg van wijzigingen binnen het basispakket zorgverzekering aftrekbaar zouden worden van aftrek worden uitgesloten. Hieraan wordt sinds 2013 jaarlijks uitvoering gegeven in artikel 39a van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

<sup>11</sup> Onder ernstig gehandicapt wordt in dit kader beschouwd degene die gelet op zijn beperkingen aanspraak maakt op opname in een bij of krachtens de Wet langdurige zorg geregelde intramurale inrichting.

<sup>12</sup> En onder zorgafhankelijk degene die, indien hij niet bij de belastingplichtige zou inwonen, zou zijn aangewezen op beroepsmatige hulp of verzorging in een verzorgingsinrichting of verpleeginrichting.

<sup>13</sup> Voor het jaar 2009 gold een beperkte overgangsregeling voor het betalen van (een deel van de) eigen bijdragen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en Wet maatschappelijke ondersteuning over 2008 en eerdere jaren aan het Centraal Administratie Kantoor.

<sup>14</sup> Stb. 2009, 610.

<sup>15</sup> Stb. 2008, 606.

<sup>16</sup> Stb. 2011, 640.

<sup>17</sup> Stb. 2012, 668.



En uitsluiten aftrek van eigen bijdragen die krachtens de Zorgverzekeringswet verschuldigd zijn.  
- Per 2014<sup>18</sup>: Afschaffen van de aftrek voor scootmobielen, rolstoelen en woningaanpassingen.<sup>19</sup>  
Daarnaast vindt er jaarlijks indexatie plaats van onder meer de drempelbedragen en vindt er periodiek een update plaats van de dieetkostentabel.

#### 1.4 Aftrekbare kosten

Het is van belang in beeld te houden dat Nederland een uitgebreid zorgstelsel kent met verschillende voorliggende voorzieningen, aangevuld met voorzieningen in het gemeentelijk domein. De fiscale regeling moet gezien worden als aanvulling op dit stelsel en is dan ook een vangnetregeling, met de kanttekening dat de gemeentelijke maatwerkvoorziening zich in het algemeen niet richt op de groep met een huishoudinkomen boven 120% of 130% van het sociale minimum.

Kosten komen enkel voor aftrek in aanmerking indien deze drukken op de belastingplichtige en niet zijn of kunnen worden vergoed. Verder zijn onder meer ziektekostenpremies (zowel de premie voor de basisverzekering als de premie voor een aanvullende verzekering), kosten die ten laste komen van het verplichte of vrijwillige eigen risico's en eigen bijdragen uitgesloten van aftrek.

In 2016 komen de volgende posten voor aftrek in aanmerking:

Uitgaven die wegens ziekte of invaliditeit zijn gedaan voor:

- a. genees- en heelkundige hulp, met uitzondering van ooglaserbehandelingen ter vervanging van bril of contactlenzen;
- b. vervoer;
- c. farmaceutische hulpmiddelen verstrekt op voorschrift van een arts (hierna: voorgeschreven medicijnen);
- d. andere hulpmiddelen, voor zover deze hulpmiddelen van een zodanige aard zijn dat zij hoofdzakelijk door zieke of invalide personen worden gebruikt met uitzondering van brillen, contactlenzen en overige hulpmiddelen ter ondersteuning van het gezichtsvermogen, scootmobielen, rolstoelen en woningaanpassingen<sup>20</sup>;
- e. extra gezinshulp;
- f. de extra kosten van een op medisch voorschrift gehouden dieet, opgenomen in de dieetkostentabel;
- g. extra kleding en beddengoed alsmede daarmee samenhangende extra uitgaven, het daarvoor geldende forfait;
- h. reizen in verband met het regelmatig bezoeken van wegens ziekte of invaliditeit langer dan een maand verpleegde personen<sup>21</sup>.

#### 1.5 Vermenigvuldigingsfactor

Voor de uitgaven die vallen onder de hiervoor opgenomen categorieën b tot en met g geldt de zogenoemde vermenigvuldigingsfactor. Dit houdt in dat de opgevoerde kosten met een bepaalde

---

<sup>18</sup> Stb. 2013, 565.

<sup>19</sup> Er is een overgangsmaatregel getroffen voor resterende afschrijvingstermijnen van scootmobielen.

<sup>20</sup> Scootmobielen, rolstoelen en woningaanpassingen zijn zoals aangegeven per 2014 afgeschaft.

<sup>21</sup> De bezoeker dient bij aanvang van de ziekte of invaliditeit een gezamenlijke huishouding met de bezochte persoon te hebben gevoerd en de afstand tussen de woning van de bezoeker en de plaats waar de verpleging plaatsvindt dient meer dan 10 kilometer te belopen.

factor worden verhoogd zodat een hogere aftrek resteert.<sup>22</sup> Deze verhoging is alleen van toepassing indien het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek niet hoger is dan het maximale bedrag van de tweede tariefschijf.<sup>23</sup> Indien er sprake is van een fiscale partner wordt het gezamenlijke inkomen als uitgangspunt genomen. Er geldt een verschillende factor voor personen die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet en al wel hebben bereikt. Bij invoering van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten per 2009 gold eenzelfde vermenigvuldigingsfactor (van 2,13) voor personen die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet en wel hebben bereikt. Voor de eerste groep diende deze factor vooral om de inkomenseffecten van de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling te verzachten. De vermenigvuldigingsfactor is er verder voor bedoeld om personen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt een gelijke compensatie te bieden als personen die die leeftijd nog niet hebben bereikt. Op personen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt is immers, bij een inkomen tot de derde schijf, een lager marginaal tarief van toepassing waardoor het voordeel van de fiscale aftrek ook lager is. Om de compensatie van beide groepen enigszins gelijk te trekken is de factor voor de groep onder de pensioengerechtigde leeftijd afgebouwd van 2,13 in 2009 naar 1,4 in 2011. In 2016 bedraagt de vermenigvuldigingsfactor voor personen onder de pensioengerechtigde leeftijd 1,4 en voor personen boven die leeftijd 2,13.

Indien de ene partner wel de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt en de andere partner nog niet geldt de vermenigvuldigingsfactor voor personen boven de pensioengerechtigde leeftijd. De hoogste factor wordt dus toegepast. Dit kan – al dan niet in combinatie met de mogelijkheid van toerekening tussen partners – leiden tot overcompensatie (de teruggave is hoger is dan de gemiddelde kosten). Er kan immers sprake zijn van toepassing van de hoge vermenigvuldigingsfactor in combinatie met een hoger marginaal tarief. Deze systematiek wordt vanwege doelmatigheids- en uitvoeringstechnische redenen gehanteerd. Gemiddeld worden ongeveer 7.600 huishoudens (circa 1% van het totaal aan huishoudens dat van de vermenigvuldigingsfactor gebruikmaakt) op deze wijze overgecompenseerd. Het gemiddelde leeftijdsverschil bij deze huishoudens bedraagt ongeveer 7,5 jaar.

## **1.6 Inkomensafhankelijke drempel**

Er geldt een inkomensafhankelijke drempel. Uitgaven zijn alleen aftrekbaar voor zover zij na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor hoger zijn dan de van toepassing zijnde drempel. Voor 2016 geldt de volgende drempel:

Indien het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek niet hoger is dan € 7.563: € 128.

Indien het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek hoger is dan € 7.563, maar niet hoger dan € 40.175: 1,65% van het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek.

Indien het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek hoger is dan € 40.175: de som van 1,65% van € 40.175 en 5,75% van het gedeelte van dat inkomen dat hoger is dan € 40.175.

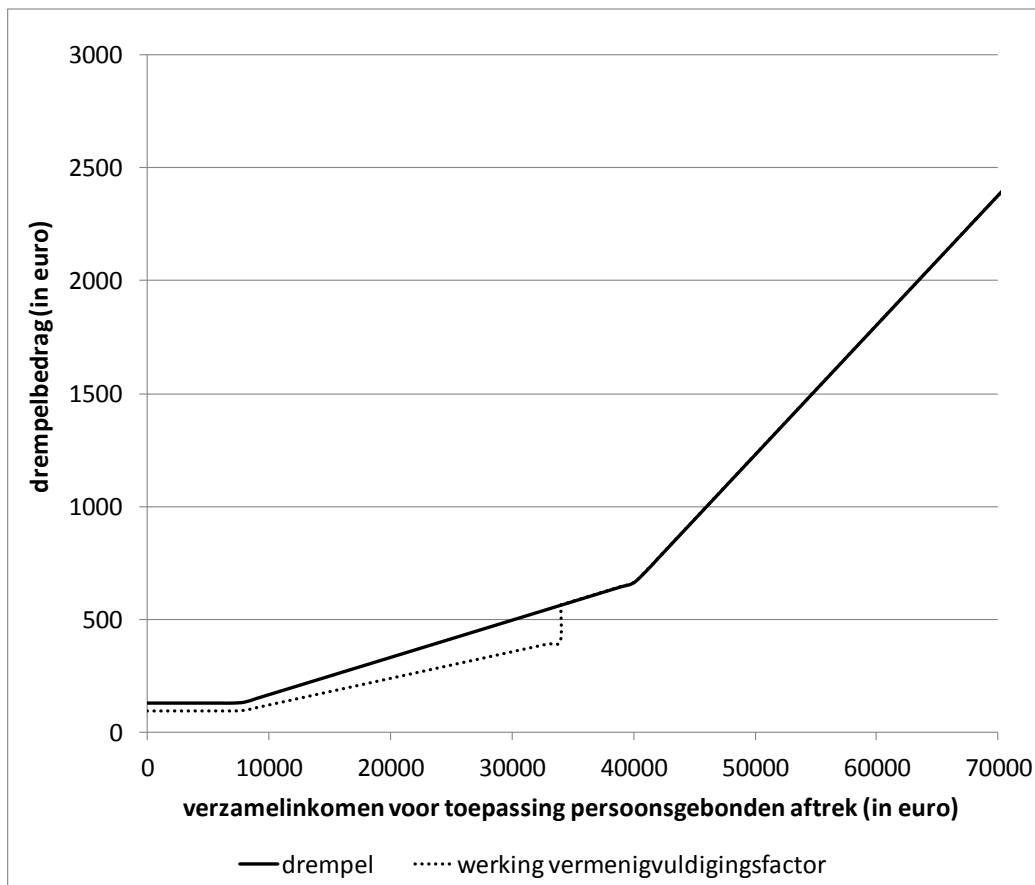
---

<sup>22</sup> De vermenigvuldigingsfactor is ingevoerd om de aftrek voor lagere inkomens meer waard te laten worden. Kamerstukken II, 2001/02, 28 013, nr 3.

<sup>23</sup> Bedrag in de tweede regel van de tweede kolom van de tabel in artikel 2.10a, eerste lid, van de Wet IB 2001.

Indien er sprake is van een fiscale partner wordt het gezamenlijke inkomen als uitgangspunt genomen en worden de hiervoor als eerste en tweede genoemde bedragen verdubbeld. In figuur 1 is ter illustratie de drempel weergegeven voor een belastingplichtige zonder fiscale partner met een leeftijd die onder de pensioengerechtigde leeftijd ligt. Naast de drempel is ook de invloed van de vermenigvuldigingsfactor weergegeven (stippellijn). Door deze factor is aftrek ook mogelijk als de feitelijke zorgkosten lager zijn dan de drempel, maar boven de stippellijn liggen.<sup>24</sup>

**Figuur 1**      **Werking drempel en invloed van de vermenigvuldigingsfactor**



### 1.7 Persoonsgebonden aftrekpost en doorschuiven

De aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is een persoonsgebonden aftrekpost en maakt als zodanig dus onderdeel uit van de persoonsgebonden aftrek. De persoonsgebonden aftrek is bij fiscaal partnerschap aangemerkt als een gemeenschappelijk inkomensbestanddeel. Dit betekent dat de persoonsgebonden aftrek naar keuze kan worden toegerekend aan de partners. Het toegerekende bedrag wordt vervolgens in mindering gebracht op het te belasten inkomen van de betreffende partner. Daarbij geldt de hierna weergegeven volgorde. De persoonsgebonden aftrek vermindert allereerst het inkomen uit werk en woning (box 1) tot nihil. Een eventueel restant komt in mindering op het belastbaar inkomen uit sparen en beleggen (box 3) tot nihil. Resteert er dan nog een aftrek dan komt deze in mindering op het inkomen uit aanmerkelijk belang (box 2) tot nihil. Is er na voornoemde verminderingen nog sprake van een niet in aanmerking genomen deel

<sup>24</sup> Voor belastingplichtigen op of boven de pensioengerechtigde leeftijd is de werking van de vermenigvuldigingsfactor groter, omdat zij een hogere factor mogen toepassen.

van de persoonsgebonden aftrek dan wordt deze doorgeschoven naar het volgende jaar. Deze doorschuiffaciliteit kent geen begrenzing in tijd.

Afhankelijk van de situatie kan in enig jaar een stapeleffect ontstaan van "oude" aftrek en "nieuwe" aftrek.<sup>25</sup> Bij een gelijkblijvend inkomen is het maar zeer de vraag of de doorschuiffaciliteit feitelijk benut kan worden. Om een indruk te krijgen van het gebruik van de doorschuiffaciliteit: circa € 55 miljoen aan aftrek, dat is 3,5% van de totale aftrek, wordt doorgeschoven naar het volgende jaar. Zie voor nadere gegevens paragraaf 2.1.3.

## **1.8 Tegemoetkoming specifieke zorgkosten**

Het deel van de aftrek van de uitgaven voor specifieke zorgkosten dat op basis van de hiervoor beschreven systematiek in mindering komt op het te belasten inkomen<sup>26</sup> leidt niet in alle gevallen tot een fiscaal voordeel dat gelijk is aan de aftrek afgezet tegen het marginale tarief. Dit komt omdat de kans bestaat dat vanwege de aftrek een deel van het recht op heffingskortingen niet kan worden verzilverd. Om hieraan tegemoet te komen is de TSZ-regeling ingevoerd. Dit betreft een niet-fiscale regeling die door de Belastingdienst wordt uitgevoerd. Op basis van deze regeling wordt de belastingplichtige tegemoetgekomen die vanwege de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten onvoldoende belasting verschuldigd is om zijn heffingskortingen geheel te kunnen verzilveren. Bij de hiervoor beschreven systematiek van vermindering van het inkomen gaat de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten voor op andere persoonsgebonden aftrekposten zodat de niet-verzilvering van heffingskortingen zoveel mogelijk wordt toegerekend aan de uitgaven voor specifieke zorgkosten. Het deel van het te verwachten belastingvoordeel (aftrek x marginaal tarief) dat niet via de fiscaliteit wordt ontvangen, wordt via de tegemoetkomingsregeling uitbetaald. Voor cijfermatige voorbeelden wordt verwezen naar de toelichting op het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten.<sup>27</sup> Het is niet nodig een verzoek in te dienen om van de TSZ-regeling gebruik te kunnen maken. Als een aanslag is vastgesteld waarin een aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is opgenomen, wordt automatisch vastgesteld of recht bestaat op een tegemoetkoming TSZ. Om een indruk te krijgen van de omvang van de TSZ-regeling: deze wordt gemiddeld per jaar voor 170.000 belastingplichtigen vastgesteld met een financieel belang van circa € 44 miljoen. Zie voor nadere gegevens paragraaf 2.1.3.

---

<sup>25</sup> De aftrek van het huidige jaar gaat voor.

<sup>26</sup> Dit ziet dus niet op een eventueel naar volgende jaren door te schuiven restant.

<sup>27</sup> Stb. 2010, 261, pagina 12-14.

## HOOFDSTUK 2

### Analyse gebruik aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten

#### Inleiding

In dit hoofdstuk is een analyse van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten opgenomen op basis van de bestanden van de Belastingdienst en is bedoeld om meer inzicht te krijgen in het gebruik van de regeling. Allereerst wordt een meerjarig beeld geschetst. In paragraaf 2.1. wordt inzicht gegeven in de budgettaire gevolgen van het gebruik van de faciliteit over de periode 2010-2014. In paragraaf 2.2 wordt de omvang van de zorgkosten die in aftrek worden gebracht in beeld gebracht. Verder is in paragraaf 2.3 het gebruik van de regeling opgenomen op basis van het jaar 2012. Dit jaar wordt als meest representatief gezien<sup>28</sup>. Achtergrondkenmerken van de groep zoals leeftijd, huishoudsamenstelling en inkomen zijn opgenomen in paragraaf 2.4.

Tot slot zijn in de laatste twee paragrafen aspecten benaderd die erop kunnen wijzen dat de regeling gebruikt wordt door anderen dan de doelgroep. Daarvoor is gekeken naar incidenteel gebruik en naar meelifteffecten. Paragraaf 2.5 gaat in op de in- en uitstroom van personen die gebruikmaken van de regeling en paragraaf 2.6 gaat in op de meelifteffecten.

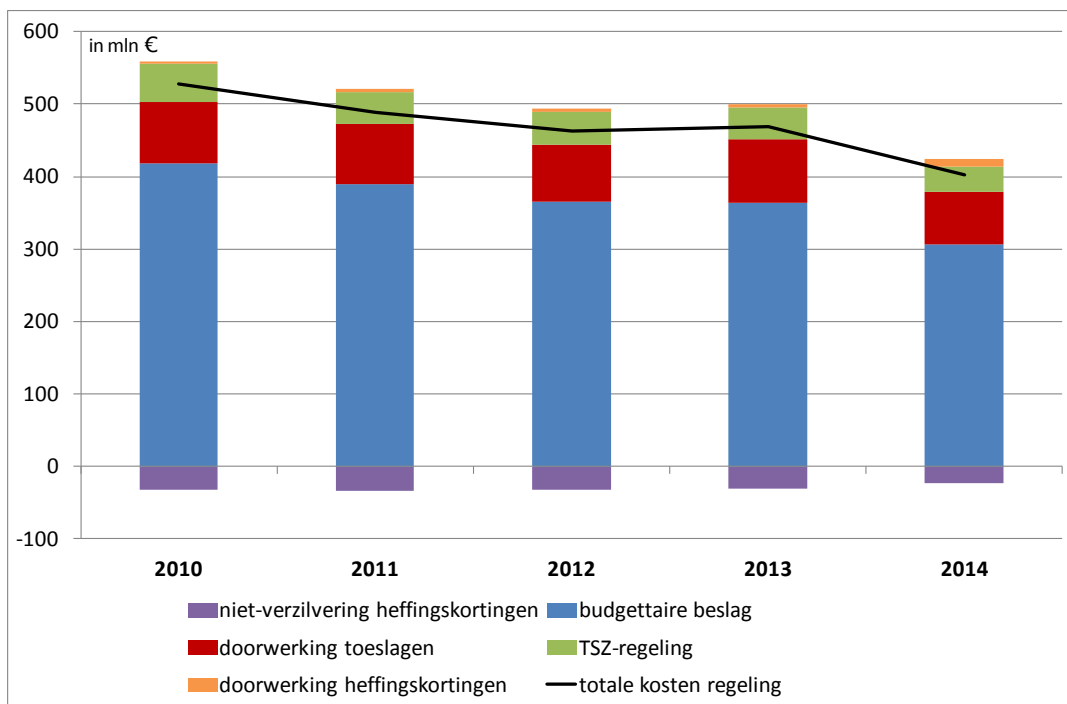
#### 2.1 Financiële gevolgen aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten

De budgettaire gevolgen van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten bestaan uit drie onderdelen; (i) het budgettaire beslag van de regeling zelf, (ii) de doorwerking naar inkomensafhankelijke regelingen als toeslagen en heffingskortingen en (iii) niet-verzilvering van heffingskortingen en de TSZ-regeling. De onderdelen worden in deze volgorde hieronder besproken. De totale budgettaire gevolgen van de regeling zijn weergegeven in figuur 2 met de zwarte lijn.

---

<sup>28</sup> Representatief in de zin van volledig beeld van gebruikers en ook vergelijkbaar met de regeling in de omliggende jaren. Dat geldt in mindere mate voor het aangiftejaar 2014, waarin de samenstelling van de gebruikers enigszins gewijzigd is als gevolg van het afschaffen van de kosten van scootmobielen, rolstoelen en woningaanpassingen.

**Figuur 2 Totale budgettaire gevolgen regeling 2010-2014\***

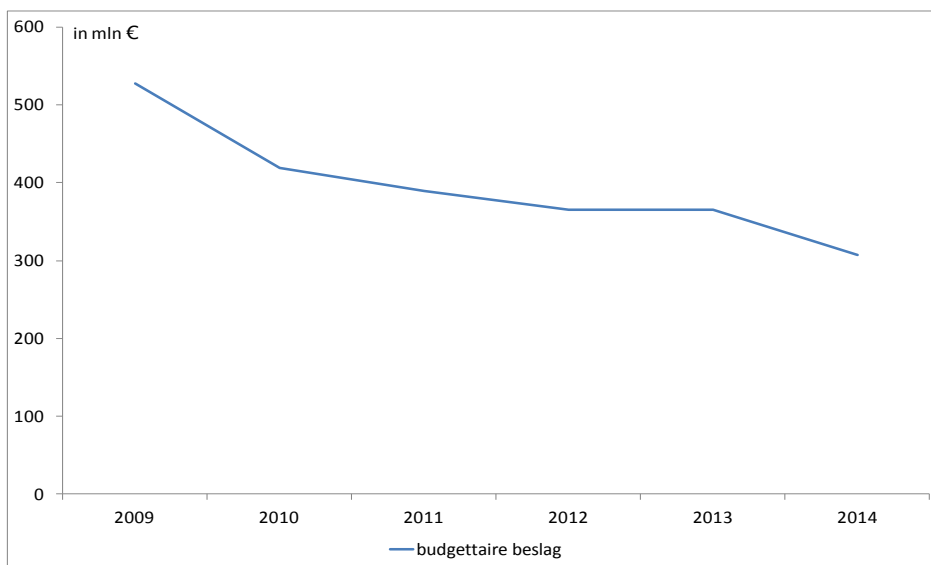


❖ Het budgettaire beslag en de budgettaire gevolgen van de TSZ-regeling zijn berekend aan de hand van Belastingdienstgegevens. De doorwerking naar de toeslagen, de heffingskortingen en de niet-verzilvering van de heffingskortingen komen uit het microsimulatiemodel MIMOSI.

### 2.1.1 Budgettair beslag 2009-2014

Het budgettaire beslag van de fiscale faciliteit van uitgaven voor specifieke zorgkosten bedroeg in 2009 circa € 530 miljoen en is gedaald naar circa € 305 miljoen in 2014 (figuur 3). Sinds de invoering van de regeling in 2009 is het budgettair beslag afgenomen met circa 42%. De daling is (mede) toe te schrijven aan de wijzigingen zoals beschreven in paragraaf 1.3.

**Figuur 3 Budgettair beslag 2009-2014**



### 2.1.2 Doorwerking toeslagen en heffingskortingen

De aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten heeft doorwerking naar inkomensafhankelijke regelingen zoals toeslagen en heffingskortingen. De aftrek vermindert immers het verzamelinkomen waardoor er eerder recht bestaat op een toeslag. Daarnaast werkt de aftrek door naar de ouderenkorting en sinds 2014 ook naar het bedrag aan algemene heffingskorting. De aftrek vermindert het belastbare box 1-inkomen waardoor eerder recht bestaat op een hoger bedrag aan heffingskortingen.<sup>29</sup>

Met behulp van het microsimulatiemodel MIMOSI<sup>30</sup> is geraamd welk budgettaire bedrag gemoeid is met het extra recht op toeslagen en heffingskortingen voor de jaren 2010-2014 (Tabel 1). De doorwerking bedraagt macro gemiddeld per jaar afgerond € 85 miljoen. De grootste doorwerking zit bij de zorg- en huurtoeslag.

**Tabel 1 Budgettaire doorwerking naar toeslagen en heffingskortingen 2010-2014\***

(bedragen in € mln)	2010	2011	2012	2013	2014
Zorgtoeslag	32	33	33	42	32
Huurtoeslag	47	46	41	40	37
<b>Kinderopvangtoeslag</b>	1	1	1	1	0 <sup>31</sup>
Kindgebonden budget	4	4	4	4	3
Algemene heffingskorting	-	-	-	-	6
Ouderenkorting	4	4	5	4	4
<b>TOTAAL</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>91</b>	<b>82</b>

\* Voor de jaren na 2010 komt het macro-aftrekbedrag aan uitgaven voor specifieke zorgkosten in MIMOSI niet overeen met Belastingdienstgegevens. Alleen het jaar 2010 komt goed overeen. Voor de resterende jaren is in MIMOSI het macro-aftrekbedrag uit de Belastingdienstgegevens opgenomen en de doorwerking naar toeslagen en heffingskortingen geraamd.

### 2.1.3 Omvang doorschuiven persoonsgebonden aftrek en TSZ-regeling

In paragraaf 1.7 is de mogelijkheid van doorschuiven van uitgaven voor specifieke zorgkosten beschreven. Resteert na vermindering van het belastbare inkomen nog een niet in aanmerking genomen bedrag aan aftrek, dan kan dit bedrag worden doorgeschoven naar het volgende jaar. Ter illustratie: In 2013 is ongeveer € 55 miljoen aan aftrek doorgeschoven door 18.000 belastingplichtigen.

In paragraaf 1.8 is de TSZ-regeling beschreven. Op basis van deze regeling worden belastingplichtigen tegemoetgekomen die vanwege de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten onvoldoende belasting verschuldigd zijn om hun heffingskortingen geheel te kunnen verzilveren. Het aantal belastingplichtigen dat (automatisch) gebruikmaakt van de TSZ bedraagt gemiddeld ongeveer 170.000 per jaar. Gemiddeld ontvangen deze belastingplichtigen € 260 aan TSZ. Dit komt in 2016 overeen met een niet-verzilverbare aftrek van € 711 bij degene die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt en € 1394 bij degene die die leeftijd wel heeft bereikt.

<sup>29</sup> Een voorbeeld helpt dit te verduidelijken: de algemene heffingskorting kende in 2014 een maximumbedrag van € 2103 dat werd afgebouwd vanaf een belastbaar box 1 inkomen van € 19.645 met een afbouwpercentage van 2%. Stel dat een alleenstaande met een inkomen van € 21.000 een aftrekbedrag aan specifieke zorgkosten van € 1000 heeft. De aftrek vermindert zijn belastbare box 1 inkomen met € 1000 waardoor hij recht heeft op € 20 (=1000\*2%) meer aan algemene heffingskorting.

<sup>30</sup> Zie [www.cpb.nl/publicatie/mimosi-microsimulatiemodel-voor-belastingen-sociale-zekerheid-loonkosten-en-koopkracht](http://www.cpb.nl/publicatie/mimosi-microsimulatiemodel-voor-belastingen-sociale-zekerheid-loonkosten-en-koopkracht) voor een uitgebreide beschrijving van MIMOSI.

<sup>31</sup> Er is nog wel sprake van een beperkte doorwerking, maar deze bedraagt vanwege afronding 0.

Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal belastingplichtigen dat een tegemoetkoming specifieke zorgkosten heeft gekregen en van het totaal uitgekeerde bedrag in de periode 2009-2014. Het totaalbedrag aan uitgekeerde TSZ bedraagt sinds belastingjaar 2010 ongeveer € 44 miljoen per jaar. Het hogere bedrag in 2009 wordt veroorzaakt door een hoger budgettair beslag van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten in dat jaar als gevolg van de overgangsregeling voor eigen bijdragen AWBZ en Wmo.

Het totaal over een belastingjaar wordt bereikt eind jaar t+3. Dit betekent bijvoorbeeld dat over belastingjaar 2012 het totale bedrag en het totale aantal belastingplichtigen vanaf eind 2015 nauwelijks meer wijzigen. Tot die tijd loopt het bedrag en het aantal belastingplichtigen op. Het verloop door de tijd heen kan per belastingjaar verschillen afhankelijk van het proces van uitvoering door de Belastingdienst. Hierbij speelt een rol dat een tegemoetkoming TSZ niet eerder kan worden vastgesteld dan nadat de aanslag van de belastingplichtige en eventueel zijn fiscale partner onherroepelijk vaststaat. De cijfers over 2012 zullen naar verwachting niet meer stijgen. De cijfers over 2013 en 2014 hebben hun eindniveau nog niet bereikt. Wel liggen de tussentijdse cijfers redelijk in lijn met die over eerdere jaren.

**Tabel 2 TSZ, aantallen en kosten, stand april 2016**

Jaar	Aantal (x 1.000)	Kosten (€ mln)
2009	184	52,7
2010	156	43,2
2011	173	44,8
2012*	169	43,7
2013*	121	35,7
2014*	98	22,0

\*Nog geen compleet beeld

Er ligt een duidelijke relatie tussen de kosten van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de omvang van de TSZ: hoe hoger de kosten van de aftrek, des te hoger de kosten van de TSZ. De verwachting is dan ook dat de kosten van de TSZ vanaf 2014 wat lager zijn als gevolg van de per 1 januari 2014 ingevoerde wijzigingen (zie paragraaf 1.3). Vanaf 2014 zijn de kosten van de TSZ geraamd op € 38 miljoen. Het budgettair beslag van de niet-fiscale TSZ-regeling komt ten laste van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

## 2.2 Omvang aftrek uitgaven specifieke zorgkosten 2009-2014

### 2.2.1 Macrobeeld zorgkosten

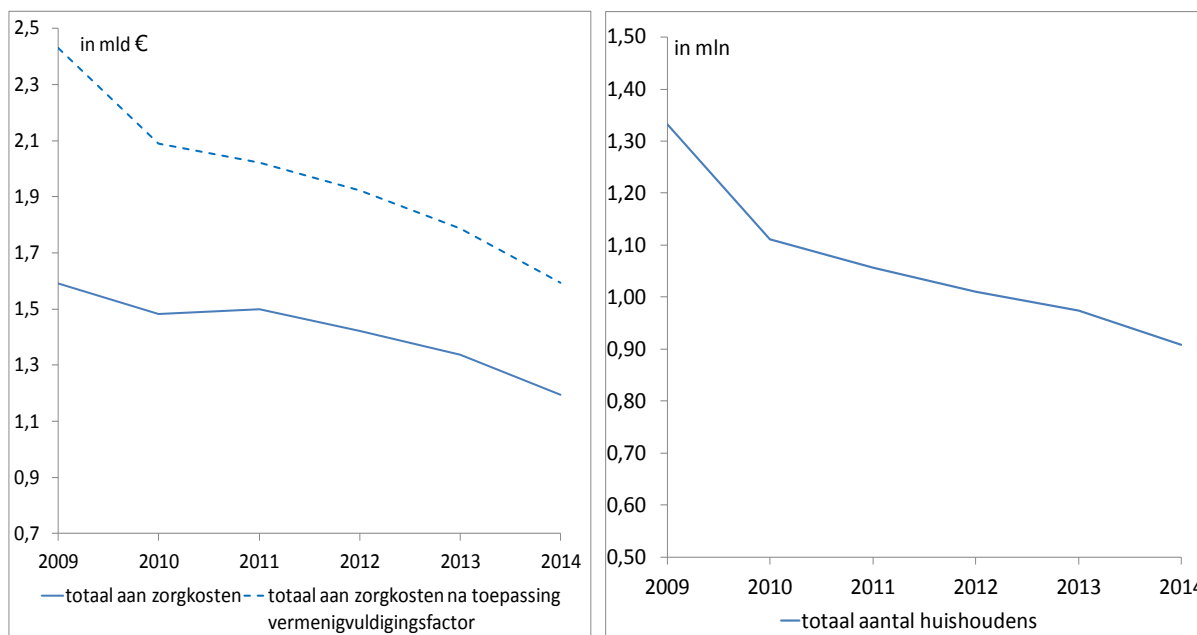
Sinds de invoering van de regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten (2009), is zowel het bedrag aan opgevoerde zorgkosten als het aantal huishoudens dat van de regeling gebruikmaakt gedaald (figuur 4). In de periode 2009-2014 daalde het totaal aan opgevoerde zorgkosten met 25% van € 1,6 miljard naar € 1,2 miljard<sup>32</sup>. In dezelfde periode daalde het aantal huishoudens<sup>33</sup> dat van de

<sup>32</sup> Het gaat om de aftrek vóór toepassing van de vermenigvuldigingsfactor en de drempel en vóór correctie.



regeling gebruikmaakt met bijna 33% van 1,3 miljoen naar 0,9 miljoen. Het gaat hierbij om ongeveer 12,5% van het aantal huishoudens dat aangifte doet.

**Figuur 4** Totaal zorgkosten (links) en totaal aantal huishoudens (rechts)



De daling in het aantal huishoudens dat zorgkosten opvoert (rechts in figuur 4) kan waarschijnlijk voor een deel worden verklaard door de stapsgewijze daling van de vermenigvuldigingsfactor. Zoals in paragraaf 1.5 is toegelicht mogen huishoudens onder een bepaalde inkomensgrens hun zorgkosten vermenigvuldigen met een bepaalde factor. Bij invoering van de regeling per 2009 bedroeg deze factor 2,13 ongeacht leeftijd. Daarna is de factor voor personen onder de pensioengerechtigde leeftijd stapsgewijs verlaagd naar 1,4 per 2011. Hierdoor kwamen minder huishoudens in aanmerking voor de regeling, omdat het bedrag aan zorgkosten minder snel boven de drempel uitkwam. In figuur 4 (links) zijn ook de zorgkosten na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor weergegeven (stippellijn). Het verschil tussen de vaste lijn en de stippellijn toont de omvang van de extra aftrek die dankzij de factor in aanmerking wordt genomen. In 2014 ging het bijvoorbeeld om een bedrag van € 400 miljoen aan extra aftrek.

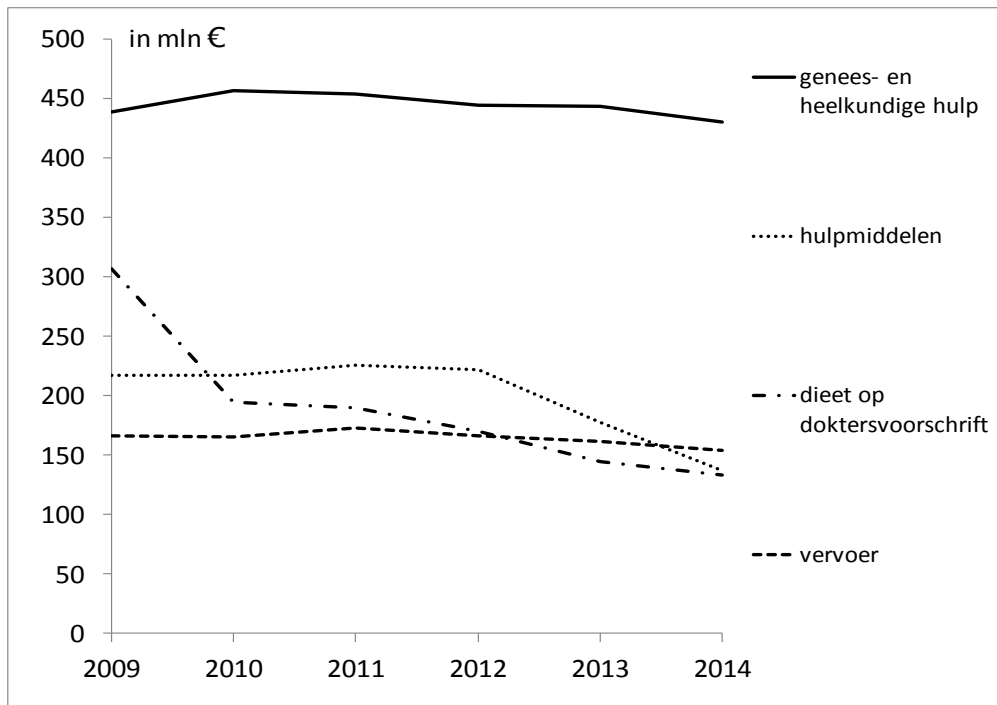
De verlaging van de vermenigvuldigingsfactor had tegelijkertijd een opwaarts effect op het gemiddelde bedrag aan zorgkosten; huishoudens met lagere zorgkosten kwamen niet meer in aanmerking voor de regeling, terwijl huishoudens met hogere zorgkosten hier nog gebruik van konden blijven maken. Dit verklaart waarom het macrobedrag aan opgevoerde zorgkosten tussen 2009 en 2011 relatief minder hard is gedaald dan het aantal huishoudens.

<sup>33</sup> In dit onderzoek is het aantal huishoudens vastgesteld aan de hand van het bsn van degene die aangifte doet. Indien er sprake is van een partner is dit vastgesteld aan de hand van de combinatie van het bsn van degene die aangifte doet met dat van zijn partner. Zij vormen dan samen een huishouden. Als bijvoorbeeld sprake is van een inwonend kind die zelf aangifte doet, wordt dit kind in dit onderzoek aangemerkt als een tweede huishouden.

### 2.2.2 omvang zorgkostencategorieën

De daling van het totaal aan opgevoerde zorgkosten wordt inzichtelijker door uitsplitsing naar de tien verschillende zorgkostencategorieën.<sup>34</sup> Dit is weergegeven in figuur 5 (a en b).<sup>35</sup> Het afschaffen van de aftrek voor scootmobielen en rolstoelen is terug te zien in de daling van de post hulpmiddelen. Ook het effect van het afschaffen van woningaanpassingen is duidelijk zichtbaar. Er lijkt bij deze post sprake te zijn van een anticipatie-effect; de aftrek voor woningaanpassingen steeg in het jaar voorafgaand aan het jaar van afschaffing. Naast deze beleidsmatige wijzingen heeft de Belastingdienst gericht voorlichting gegeven aan belastingplichtigen over de regeling (zie ook paragraaf 3.2.2). Dit zou de daling bij de posten extra gezinshulp, dieetkosten en voorgeschreven medicijnen (deels) kunnen verklaren. Vooral bij de post extra gezinshulp valt de daling sterk samen met het versturen van een voorlichtingsbrief over onder welke voorwaarden uitgaven voor extra gezinshulp in aftrek mogen worden gebracht.

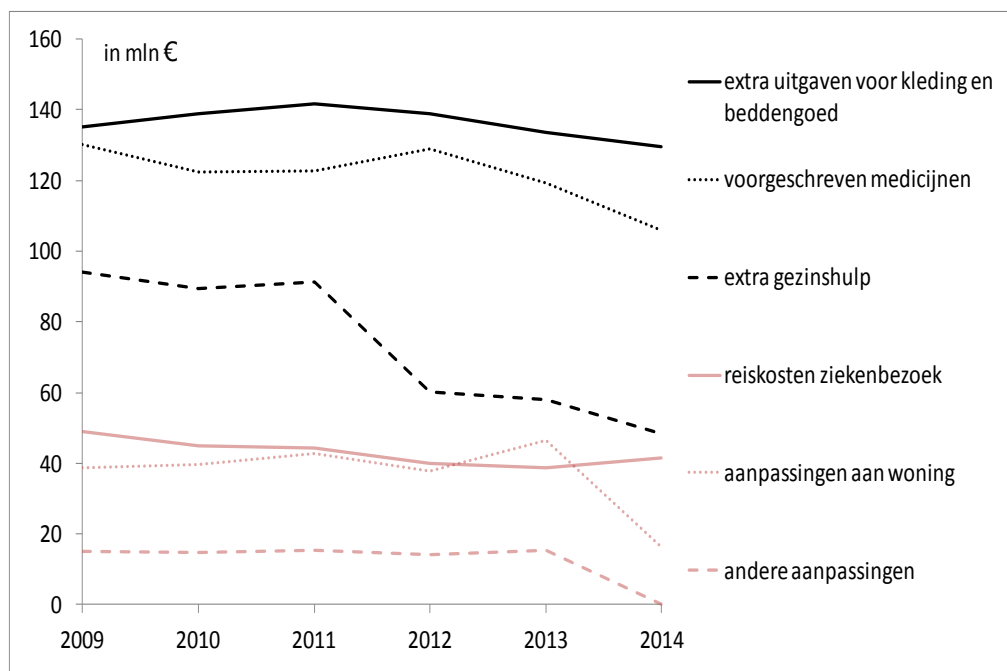
**Figuur 5a Omvang zorgkosten opgesplitst in zorgkostencategorieën**



<sup>34</sup> Het hoge aggregatieniveau van de kostensoorten maakt het lastig om tot in detail in de regeling te duiken. Een post 'genees- en heelkundige hulp' is te veelomvattend om in de aangifte te laten specificeren. Hetzelfde geldt voor de post 'hulpmiddelen'. Ook het relatief hoge aantal papieren aangiften voor deze aftrekpost werkt belemmerend vanwege het feit dat papieren aangiftebiljetten nog minder detailgegevens bevatten.

<sup>35</sup> Omwille van de leesbaarheid is figuur 5 gesplitst in 5a en 5b. Let op: het bereik verschilt.

**Figuur 5b Omvang zorgkosten opgesplitst in zorgkostencategorieën**



## 2.3 Gebruik regeling

Voor het jaar 2012 is gekeken naar de samenstelling van de groep die gebruikmaakt van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten.<sup>36</sup> Uit de Belastingdienstgegevens valt niet op te maken of de uitgaven voortvloeien uit een chronische ziekte of handicap.

### 2.3.1 Verdeling zorgkostencategorieën over huishoudens

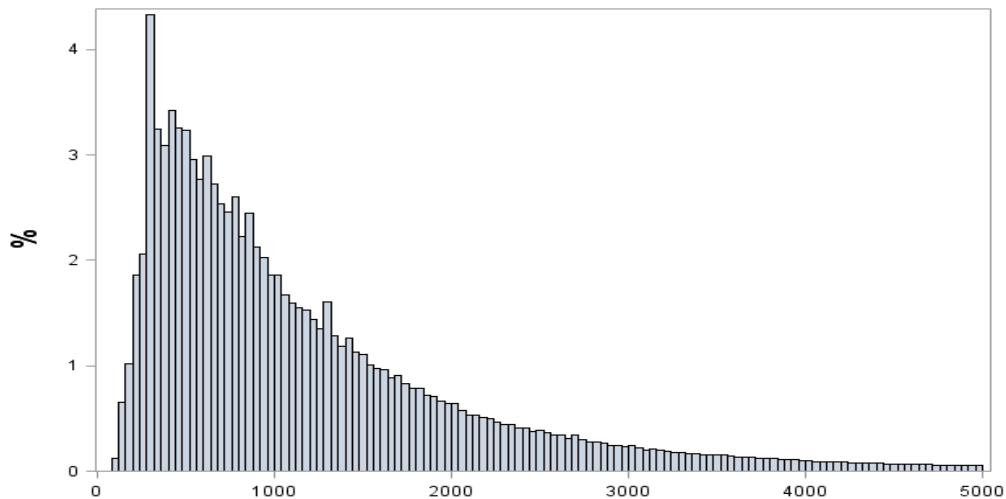
In paragraaf 2.2.1 is in figuur 4 het aantal huishoudens en het totaal aan zorgkosten dat zij in aftrek brengt weergegeven<sup>37</sup>. Figuur 6 toont de verdeling van het bedrag aan zorgkosten dat huishoudens in 2012 opvoerden. De lange staart in de verdeling laat zien dat het zorgkostenbedrag per huishouden sterk varieert. De mediaan bedraagt € 905.<sup>38</sup> Dit betekent dat 50% van de huishoudens een zorgkostenbedrag opvoerde dat onder € 905 lag en de andere helft daarboven. Wat verder opvalt in de verdeling is de piek bij een bedrag van € 220. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een deel van de huishoudens zorgkosten opvoert die vallen onder het eigen risico (in 2012 € 220 per persoon), terwijl de regeling aftrek daarvan *niet* toestaat. De bevindingen van de Belastingdienst wijzen ook in die richting, ook voor andere jaren (zie paragraaf 3.2.2).

<sup>36</sup> De groep die geen gebruikmaakt van de regeling of vanwege de drempels er geen gebruik van kan maken blijft buiten beschouwing daar zij niet voorkomen in de bestanden van de Belastingdienst.

<sup>37</sup> Het gaat hier om de bedragen vóór toepassing van de vermenigvuldigingsfactor en vóór het in mindering brengen van het drempelbedrag.

<sup>38</sup> Het centrum van de verdeling kan door de lange staart het beste worden vastgesteld met de mediaan in plaats van met het gemiddelde.

**Figuur 6**      **Verdeling zorgkosten**

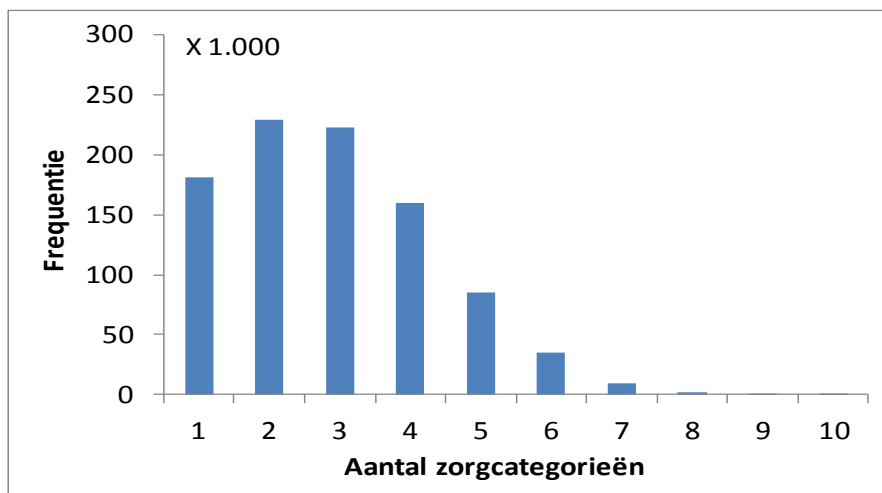


In de histogram wordt alleen de verdeling tot een zorgkostenbedrag van € 5000 afgebeeld. Er worden hogere bedragen opgevoerd, maar omwille van de leesbaarheid is er voor gekozen om deze niet mee te nemen in de histogram. De missende waarden vormen 3% van het totaal.

### 2.3.2 Meest voorkomende zorgkostencategorieën

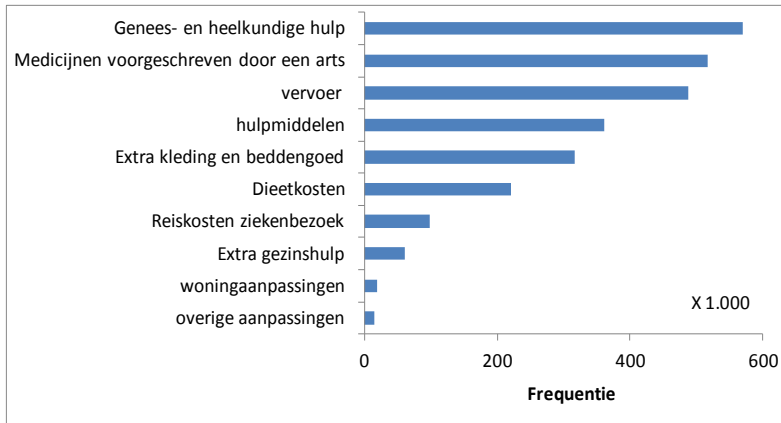
Van de in paragraaf 2.2.2 genoemde zorgkostencategorieën voert het merendeel van de huishoudens maar een beperkt aantal posten op; bijna zeventig procent van de huishoudens geeft maar één, twee of drie posten aan in de aangifte (figuur 7).

**Figuur 7**      **Aantal opgevoerde zorgkostencategorieën**



De meest voorkomende categorieën in 2012 waren genees- en heelkundige hulp, voorgeschreven medicijnen, hulpmiddelen en vervoer (figuur 8). Aftrek voor aanpassingen aan de woning, overige aanpassingen en extra gezinshulp komen relatief weinig voor. Van alle combinaties aan zorgkostencategorieën die huishoudens opvoeren komt het alleen gebruikmaken van de post genees- en heelkundige hulp het meest voor (8% van de huishoudens), gevolgd door de post genees- en heelkundige hulp in combinatie met de post voorgeschreven medicijnen (5% van de huishoudens).

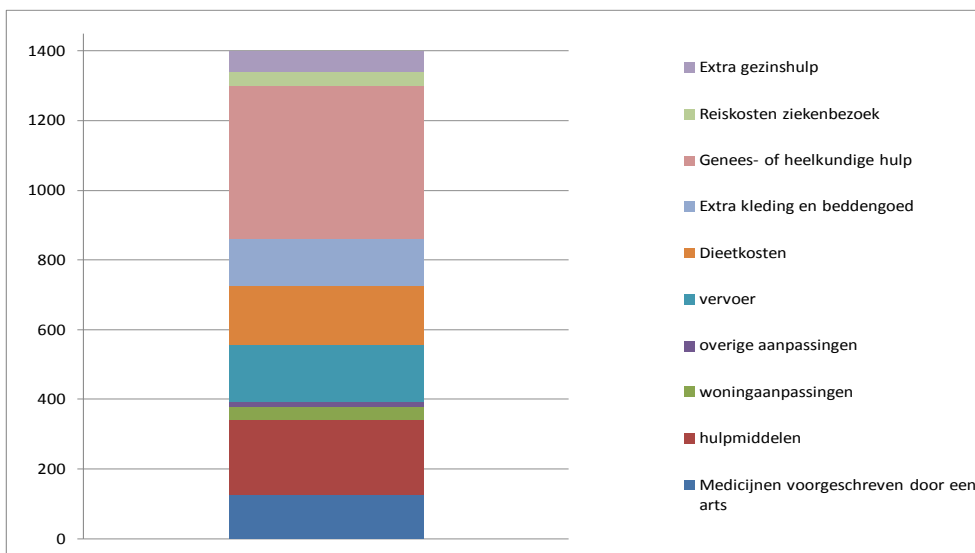
**Figuur 8 Meest voorkomende categorieën**



### 2.3.3 Omvangrijkste zorgkostencategorieën

Niet alleen de aftrekfrequentie, maar ook het gemiddelde kostenbedrag dat wordt opgevoerd verschilt sterk per zorgkostencategorie. De post woningaanpassingen wordt in verhouding weinig opgevoerd, maar het bedrag dat in aftrek wordt gebracht is het hoogst met een gemiddelde van € 1.781.<sup>39</sup> De post medicijnenkosten is het laagst met een gemiddeld bedrag van € 225. Medicijnkosten worden echter veel vaker opgevoerd dan kosten voor woningaanpassingen (figuur 8). Om een idee te krijgen van het aandeel van elke zorgkostencategorie in de regeling is het gemiddelde zorgkostenbedrag uitgesplitst naar de tien zorgkostencategorieën (figuur 9). Het gemiddelde bedrag bij elke post is daarbij gewogen met de aftrekfrequentie van die post. De post genees- en heelkundige hulp is veruit de omvangrijkste zorgkostencategorie, gevolgd door de post hulpmiddelen en de post dieetkosten.

**Figuur 9 Gemiddelde zorgkostenbedrag, opgesplitst in zorgkostencategorieën**



<sup>39</sup> De post woningaanpassingen is per 1 januari 2014 vervallen.

## 2.4 Achtergrondkenmerken personen die van de regeling gebruikmaken

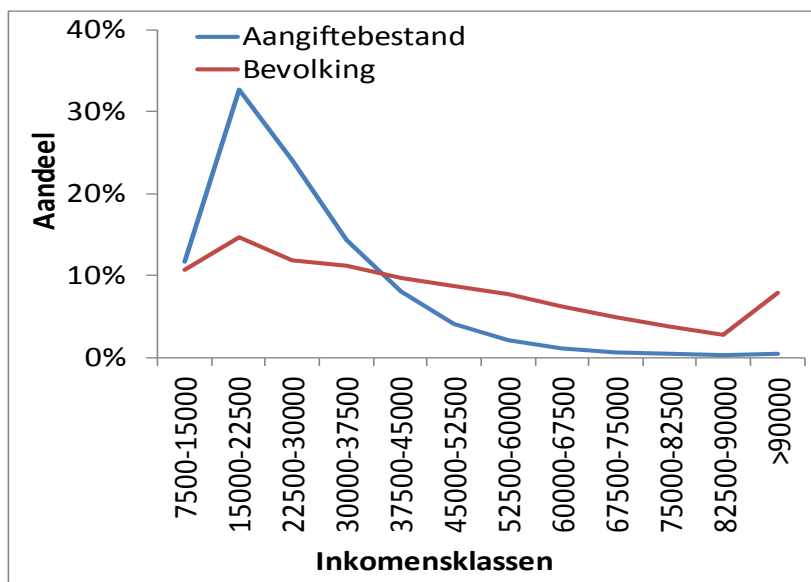
In deze paragraaf komen de achtergrondkenmerken van de huishoudens die gebruikmaken van de regeling aan de orde; huishoudinkomen, leeftijd en huishoudsamenstelling in relatie tot het bedrag aan uitgaven voor specifieke zorgkosten.

### 2.4.1 Huishoudinkomen

Het gehanteerde huishoudinkomen in deze paragraaf betreft het inkomen dat bepalend is voor de inkomensafhankelijke drempel van de regeling. Het gaat daarbij om het verzamelinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek. Aan de hand van de drempel is het huishoudinkomen teruggerekend, waarbij huishoudinkomens onder de circa € 7.600 (€ 15.200 voor paren) niet nader zijn uitgesplitst omdat tot deze grens een vaste drempel van € 125 gold in 2012.

In figuur 10 is de inkomensverdeling van de huishoudens die gebruikmaken van de regeling afgezet tegen de inkomensverdeling van huishoudens in het algemeen in Nederland.<sup>40</sup> De huishoudens die gebruikmaken van de regeling hebben in vergelijking met de bevolking een lager inkomen; de inkomens in het aangiftebestand zijn sterker geconcentreerd in de lagere inkomensklassen dan de inkomens in het algemeen. Dit valt goed te plaatsen, omdat de inkomensafhankelijke drempel ervoor zorgt dat hogere inkomensgroepen minder snel in aanmerking komen voor de regeling. Zij kunnen alleen bij hoge zorgkostenbedragen gebruikmaken van de regeling.

**Figuur 10** Inkomensverdeling van huishoudens die gebruikmaken van de regeling en van huishoudens in het algemeen in Nederland

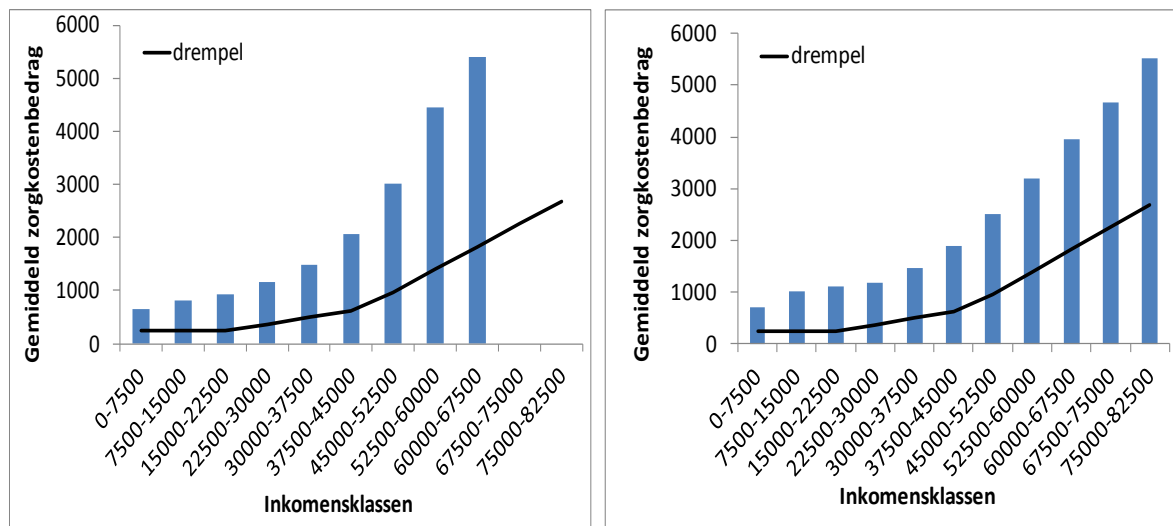


In figuur 11 is per inkomensklasse het gemiddelde zorgkostenbedrag weergegeven. Hogere inkomens voeren hogere zorgkosten op in de aangifte. Dit positieve verband zal waarschijnlijk hoofdzakelijk veroorzaakt worden door de inkomensafhankelijke drempel van de regeling en niet zozeer doordat hogere inkomens meer uitgeven aan zorg. Hogere inkomensgroepen met lage zorgkosten kunnen door de inkomensafhankelijke drempel geen gebruikmaken van de regeling.

<sup>40</sup> De inkomensverdeling van huishoudens in het algemeen in Nederland is op basis van gegevens uit het microsimulatiemodel MIMOSI.

Daarom komen in het aangiftebestand alleen hoge zorgkosten voor bij deze inkomensgroep. Bij lagere inkomens daarentegen komen zowel lage als hoge bedragen voor. Hierdoor is het *gemiddelde* zorgkostenbedrag bij lagere inkomensgroepen veel lager dan bij de hogere inkomensgroepen.

**Figuur 11 Gemiddeld opgevoerd zorgkostenbedrag en inkomensafhankelijke drempel voor alleenstaanden (links) en paren (rechts)**



#### 2.4.2 Leeftijd

De huishoudens die gebruikmaken van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten zijn in vergelijking met de bevolking ouder. Figuur 12 (links) toont de leeftijdsverdeling van de bevolking (rode lijn) en van de huishoudens die van de regeling voor specifieke zorgkosten gebruikmaken (blauwe lijn).<sup>41</sup> Het aandeel ouderen is onder de huishoudens die gebruikmaken van de regeling veel hoger dan in de bevolking. Dit valt goed te plaatsen; de kans op een chronische ziekte of handicap neemt immers toe bij het ouder worden en voor ouderen geldt een hogere vermenigvuldigingsfactor waardoor zij eerder gebruik kunnen maken van de regeling. Ook hebben ouderen in het algemeen een lager huishoudinkomen dan niet-gepensioneerden en dus een lagere drempel. Verder geldt dat relatief veel ouderen aangiften doen vanwege het feit dat zij meerdere inkomstenbronnen hebben.<sup>42</sup>

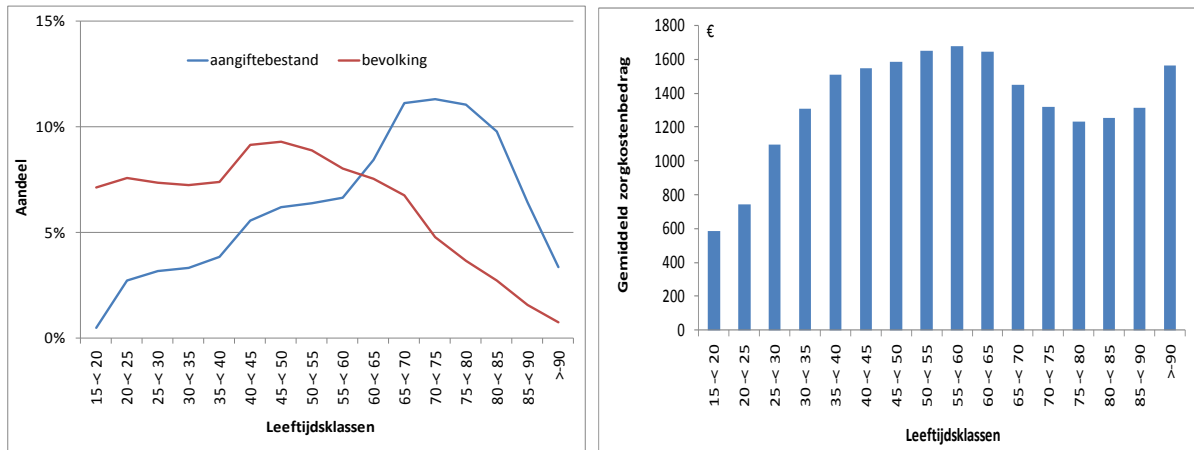
Daarnaast toont figuur 12 (rechts) per leeftijdsklasse het gemiddelde opgevoerde zorgkostenbedrag. De gemiddelde zorgkosten nemen na het 60<sup>e</sup> levensjaar af om vervolgens vanaf ongeveer een leeftijd van 80 jaar weer te stijgen. Dit is een opmerkelijk verloop, omdat zorgkosten waarschijnlijk toenemen met leeftijd. De golfbeweging in deze figuur kan deels verklaard worden door de inkomensafhankelijke drempel en de vermenigvuldigingsfactor. Ouderen hebben in het algemeen een lager inkomen en dus een lagere drempel dan jongere leeftijdscategorieën en de groep ouderen heeft een hogere vermenigvuldigingsfactor. Beide elementen zorgen ervoor dat ouderen eerder aan aftrek toekomen, waardoor het gemiddelde aftrekbedrag bij ouderen lager is.

<sup>41</sup> Bij paren wordt de leeftijd van de aangever weergegeven. Gemiddeld genomen zit er een leeftijdsverschil van ongeveer vier jaar tussen aangever en fiscale partner.

<sup>42</sup> Vaak gaat het om een combinatie van AOW en pensioen.

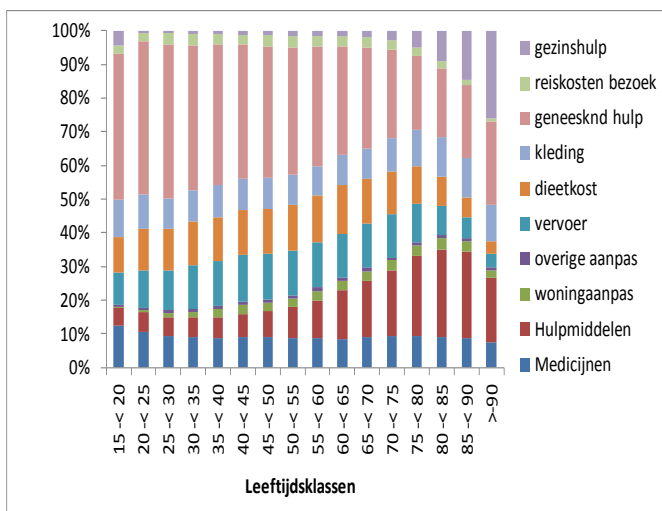
Daarbij spelen mogelijk ook andere factoren een rol. Zo kan het zijn dat ouderen zich relatief meer aanvullend verzekeren of bijvoorbeeld vaker in aanmerking komen voor een tegemoetkoming via het gemeentelijk loket.

**Figuur 12** Leeftijdverdeling bevolking versus huishoudens die gebruikmaken van de regeling (links) en het gemiddelde zorgkostenbedrag in relatie tot leeftijd (rechts)



Per leeftijdsgroep kan het gemiddelde zorgkostenbedrag uitgesplitst worden naar de tien verschillende zorgkostencategorieën, net zoals dat in figuur 12 hierboven is gebeurd. Figuur 13 geeft inzicht in welke posten per leeftijdsgroep het meest omvangrijk zijn. Doordat het gemiddelde zorgkostenbedrag per leeftijdsgroep verschilt, is het inzichtelijker om te werken met percentages in plaats van met bedragen. Het aandeel van de kosten voor extra gezinshulp en hulpmiddelen neemt toe naarmate men ouder is. Dit zijn kosten die doorgaans ook sterk samenhangen met ouderdom.

**Figuur 13** Uitsplitsing gemiddeld zorgkostenbedrag naar zorgkostencategorieën per leeftijdsgroep



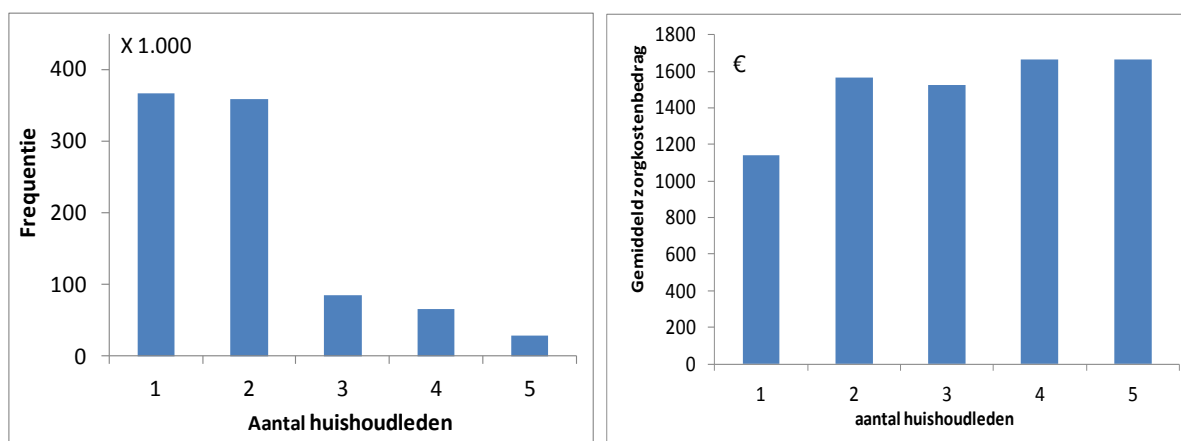
### 2.4.3. Huishoudsamenstelling

Het gros van de huishoudens dat gebruikmaakt van de regeling bestaat uit één of twee leden (figuur 14, links). Huishoudens met kinderen komen relatief weinig voor in het aangiftebestand.



Het zorgkostenbedrag dat meerpersoonshuishoudens opgeven in de aangifte is gemiddeld genomen hoger dan bij eenpersoonshuishoudens (figuur 14, rechts). Binnen de groep van meerpersoonshuishoudens verschilt het opgevoerde bedrag echter niet sterk; huishoudens met meer dan twee leden verschillen qua opgevoerd zorgkostenbedrag niet zo van tweepersoonshuishoudens.

**Figuur 14 Samenstelling huishoudens (links) en gemiddeld opgevoerd zorgkostenbedrag naar aantal huishoudleden (rechts)**



Het verschil in zorgkosten zit dus vooral tussen eenpersoonshuishoudens en tweepersoonshuishoudens. Kennelijk is de aanwezigheid van kinderen van geringe invloed op het zorgkostenbedrag. Dit strookt met het beeld dat de kans op een chronische ziekte of handicap toeneemt bij het vorderen van de leeftijd. Daarnaast worden de meeste kosten voor gezondheidszorg voor kinderen vergoed vanuit de zorgverzekering waarvoor soms ook ruimere vergoedingen gelden dan voor volwassenen.<sup>43</sup> Het verschil tussen alleenstaanden en paren (met of zonder kinderen) is dan ook het meest van belang. Dit verschil vormt het startpunt van de analyse naar het meelifteffect in paragraaf 2.6.

## 2.5 In- en uitstroom gebruik regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten

Voor het inzicht in het gebruik van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten door anderen dan de doelgroep is in deze paragraaf gekeken naar hoe constant het gebruik van de regeling is. Een niet-regelmatig gebruik kan suggereren dat anderen dan de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten gebruikmaken van de regeling. De aanname hierbij is dat een chronische ziekte of handicap doorgaans leidt tot regelmatig voorkomende meerkosten aan zorg.<sup>44</sup> En dus ook met een vrij constant gebruik van de regeling. Van personen die niet tot de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten behoren is aannemelijk dat zij incidenteel van de regeling gebruik zullen kunnen maken, bijvoorbeeld in een jaar van hoge tandartskosten of veelvuldig bezoek aan een fysiotherapeut. Voor de analyse zijn 810.000 huishoudens door de tijd gevolgd in de periode 2010-2013. Het gaat daarbij om alle huishoudens die in 2010 gebruikmaakten van de regeling en die in deze periode qua samenstelling niet als gevolg van bijvoorbeeld overlijden of echtscheiding zijn gewijzigd. Van deze 810.000 miljoen huishoudens hebben 412.500 huishoudens (51%) *elk* jaar in

<sup>43</sup> Zoals bijvoorbeeld tandartskosten en het aantal te vergoeden behandelingen voor fysiotherapie.

<sup>44</sup> Kamerstukken II, 2009-2010, 31 706, nr. 3.

de periode 2010-2013 zorgkosten in aftrek gebracht. Tabel 2 toont voor deze groep huishoudens de mate van terugkerend gebruik.

**Tabel 2**            **Verdeling huishoudens naar aantal jaren waarin gebruik wordt gemaakt van de regeling in de periode 2010-2013**

<i>Aantal jaren dat gebruikgemaakt wordt van de regeling</i>	<i>Aantal huishoudens</i>
1 jaar	147.887
2 jaar	115.893
3 jaar	132.897
4 jaar	412.391

Ook het jaarlijkse verloop (in- en uitstroom) biedt inzicht in het gebruik van de regeling door anderen dan de doelgroep. Van de huishoudens die in de periode 2010-2013 qua samenstelling niet als gevolg van bijvoorbeeld overlijden of echtscheiding zijn gewijzigd stroomden er jaarlijks 225.000 in de regeling in en 230.000 uit de regeling uit. Een in- en uitstroom van ongeveer een kwart van het aantal huishoudens kan erop duiden dat veel personen die niet zijn aan te merken als chronisch ziek of gehandicapt van de regeling gebruikmaken, uitgaande van de hierboven genoemde aanname dat een chronische ziekte of handicap leidt tot een patroon van jaarlijks terugkerende kosten.<sup>45</sup>

Het is denkbaar dat bepaalde chronisch zieken en gehandicapten ook slechts incidenteel gebruik kunnen maken van de regeling. Zo kunnen chronisch zieken en gehandicapten incidentele hoge kosten hebben, zoals kosten voor woningaanpassingen en hulpmiddelen, waardoor ze slechts één jaar boven de drempel uitkomen.

Een andere mogelijkheid zou zijn dat een groot deel van de chronisch zieken en gehandicapten met regelmatig terugkerende meerkosten maar net boven de drempel uit zou komen waardoor bij weinig fluctuerende zorgkosten het ene jaar wel en het andere jaar geen gebruik van de regeling zou kunnen worden gemaakt. Om te kijken of dit speelt, is voor het jaar 2012 gekeken naar het percentage huishoudens dat met het zorgkostenbedrag net boven de drempel uitkomt. Daarbij is gekeken naar het bedrag aan zorgkosten na toepassing van de vermenigvuldigingsfactor. Slechts 8,5% van de huishoudens kwam net boven de drempel uit.<sup>46</sup> Het lijkt dus niet aannemelijk dat er veel gevallen zijn die in het ene jaar wel en in het andere jaar niet boven de drempel uitkomen.

Tot slot zou het inkomen van chronisch zieken en gehandicapten van jaar op jaar sterk kunnen fluctueren, waardoor de kosten het ene jaar wel en het andere jaar niet boven de drempel uitkomen. Waarschijnlijk varieert het inkomen van alleenstaande chronisch zieken en gehandicapten niet zo sterk, omdat hun inkomsten waarschijnlijk vaak bestaan uit een pensioen,

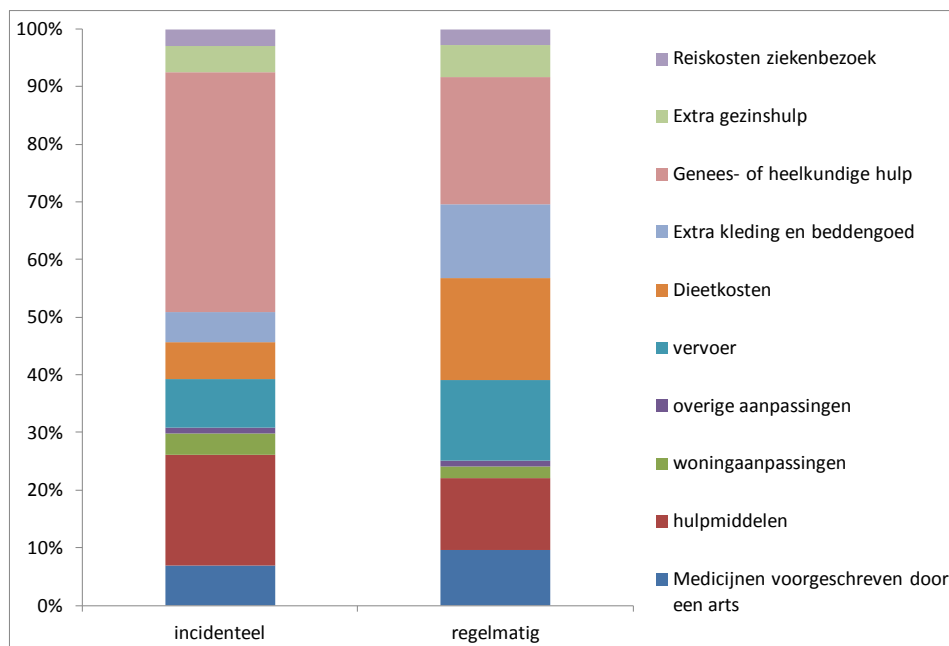
<sup>45</sup> De uitstroom kan ook in een waarschijnlijk beperkte mate veroorzaakt zijn door de verlaging van de vermenigvuldigingsfactor .

<sup>46</sup> Net boven de drempel is hierbij gedefinieerd als huishoudens waarbij 20% of minder van de zorgkosten boven de drempel uitkomt.

AOW- of andere uitkering.<sup>47</sup> Dit valt niet met zekerheid te zeggen voor chronisch zieken en gehandicapten die onderdeel zijn van een paar. De niet-chronisch zieke of niet-gehandicapte partner kan bijvoorbeeld werkzaam zijn als zelfstandige met een sterk wisselend inkomen.

Een aanwijzing voor gebruik van de regeling door anderen dan de doelgroep is ook dat bij personen die incidenteel gebruikmaken van de regeling de post genees- en heelkundige hulp een groter aandeel heeft in de totaal in aftrek gebrachte zorgkosten dan bij personen die vaker gebruikmaken van de regeling. In figuur 15 is voor beide groepen het gemiddelde bedrag aan zorgkosten uitgesplitst naar de 10 verschillende categorieën, op dezelfde manier als is gedaan in figuur 9. Het gemiddelde bedrag verschilt niet veel tussen de twee groepen, maar het aandeel van de categorie genees- en heelkundige hulp wel. Deze is veel groter bij de groep die incidenteel van de regeling gebruikmaakt. Dit past in het beeld dat de groep die incidenteel van de regeling gebruikmaakt voor een belangrijk deel bestaat uit anderen dan de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten; bijvoorbeeld tandartskosten en kosten voor fysiotherapie vallen in deze categorie.

**Figuur 15 Uitsplitsing gemiddeld zorgkostenbedrag naar zorgkostencategorieën voor incidenteel en regelmatig gebruik van de regeling**



## 2.6 Meelifteffect niet-chronische zieke of niet-gehandicapte partner

In paragraaf 1.2 is een tweetal meelifteffecten benoemd. De groep personen zonder chronische ziekte of handicap die vanwege hoge – vaak incidentele – kosten aan aftrek toekomt valt niet nader in kaart te brengen. Het tweede meelifteffect betreft de groep personen die zelf niet chronisch ziek of gehandicapt is, maar die mee kan liften met de kosten van een wel chronisch ziek of gehandicapt gezinslid.

<sup>47</sup> Zie p. 48 uit de NIVEL-studie: *Werk en Inkomen: kerngegevens & trends 2015* [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-werk-en-inkomen-2015.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-werk-en-inkomen-2015.pdf).

Het ligt voor de hand om dit tweede meelifteffect te meten door te kijken naar het verschil in opgevoerde zorgkosten tussen alleenstaanden en paren. Zorgkosten als gevolg van een chronische ziekte of handicap worden immers als zodanig niet hoger door het vormen van een paar.<sup>48</sup> Bij de vergelijking tussen alleenstaanden en paren zijn aannames gemaakt. Zo is verondersteld dat paren waarin beide partners chronisch ziek of gehandicapt zijn weinig voorkomen. Een andere aanname is dat gemiddeld genomen chronisch zieken en gehandicapten die onderdeel zijn van een paar geen ziekte of handicap hebben die hogere meerkosten met zich meebrengt dan de ziekte of handicap van alleenstaande chronisch zieken of gehandicapten.

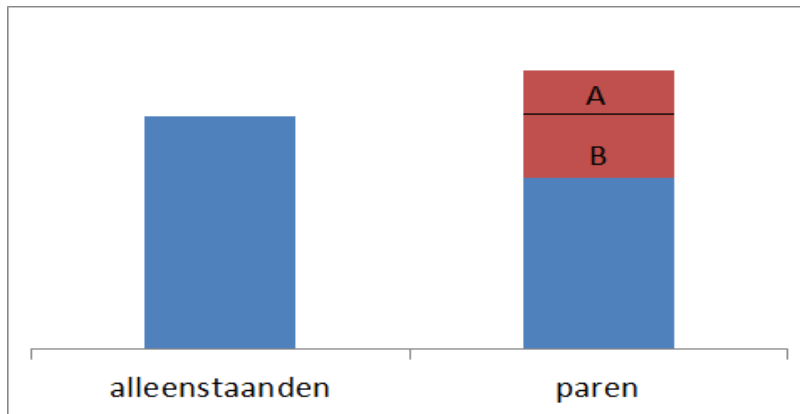
Het gemiddelde bedrag aan zorgkosten bedraagt in 2012 bij alleenstaanden € 1140 en bij paren € 1692. Het gemiddelde bedrag bij paren is dus 48% hoger dan bij alleenstaanden. Als gevolg van de invloed van drempel en vermenigvuldigingsfactor kan niet gezegd worden dat het meelifteffect 48% is. Paren hebben gemiddeld genomen een hoger huishoudinkomen dan alleenstaanden waardoor zij ook met een hogere drempel te maken hebben dan alleenstaanden. Ook kunnen zij door een hoger huishoudinkomen minder snel gebruikmaken van de vermenigvuldigingsfactor. Door de drempel en de vermenigvuldigingsfactor komen in het aangiftebestand binnen de groep van paren lage zorgkosten relatief minder vaak voor dan binnen de groep van alleenstaanden. Het hogere gemiddelde bedrag bij paren wordt dus niet alleen veroorzaakt door het meelifteffect, maar ook doordat vanwege de drempel en de vermenigvuldigingsfactor bij paren relatief minder vaak lage zorgkosten voorkomen.

Een logische vervolgstap is het vergelijken van zorgkosten tussen alleenstaanden en paren met een vergelijkbaar inkomen. Alleenstaanden en paren met hetzelfde inkomen hebben immers te maken met dezelfde drempel. Ook dit geeft niet het daadwerkelijke meelifteffect weer. Figuur 16 licht dit illustratief toe. Stel dat de opgevoerde zorgkosten van paren worden vergeleken met die van alleenstaanden die een vergelijkbaar inkomen en vergelijkbare leeftijd hebben en voor beide groepen een gemiddeld zorgkostenbedrag wordt berekend (twee staven). Het verschil is dan gelijk aan het verschil in de hoogte van de twee staven (rode oppervlakte A in figuur 16). Ook oppervlakte A geeft nog niet het daadwerkelijke meelifteffect weer. Dat wordt veroorzaakt door het feit dat ingeval de chronisch zieke of gehandicapte partner alleenstaande zou zijn, hij met zijn kosten mogelijk niet boven de drempel uit zou komen. Dit zorgt voor een lager gemiddeld kostenbedrag bij de groep van chronisch zieken en gehandicapten die een partner hebben (oppervlakte B). Het meelifteffect is niet gelijk aan oppervlakte A, maar gelijk aan de gehele rode oppervlakte (A+B). Op basis van de aangiftegegevens valt het meelifteffect niet te kwantificeren, omdat uit deze gegevens niet blijkt aan welk lid van het huishouden de zorgkosten toe te rekenen zijn.

---

<sup>48</sup> Dat kan anders liggen in het geval beide partners chronisch ziek of gehandicapt zijn. Deze situatie doet zich naar verwachting weinig voor, al zal dat in het bijzonder bij ouderen iets meer het geval zijn.

**Figuur 16**      **Illustratie meelifteffect**



## HOOFDSTUK 3

### Uitvoering Belastingdienst aftrek uitgaven voor specifieke zorgkosten

De Belastingdienst houdt zich bezig met de uitvoering van de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de uitvoering van de niet-fiscale TSZ-regeling.

#### 3.1 Uitgaven voor specifieke zorgkosten in de aangifte

Over de jaren 2010-2014 hebben gemiddeld circa 900.000 particulieren aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten in hun aangifte opgevoerd. Hiernaast zijn er ook uitgaven voor specifieke zorgkosten afgetrokken door circa 100.000 ondernemers. De populatie die uitgaven voor specifieke zorgkosten in aftrek brengt, doet dit relatief meer op papier dan gemiddeld. Het blijkt voor deze groep belastingplichtigen met uitgaven voor specifieke zorgkosten lastig om zelf op een juiste wijze de vermenigvuldigingsfactor en de drempel toe te passen.<sup>49</sup> De regeling is voor de groep papieren aangevers daarmee correctiegevoeliger.

Voor de uitvoering van fiscale regelingen speelt het vooraf kunnen invullen van gegevens een belangrijke rol voor de Belastingdienst. Dat geldt allereerst voor de handhaving, maar ook in de dienstverlening richting de belastingplichtige. Er zijn geen betrouwbare bronnen of contra-informatie op basis waarvan de Belastingdienst de aftrek van uitgaven voor zorgkosten kan voorinvullen. Omdat het streven van de Belastingdienst is om zoveel mogelijk gegevens voor in te vullen in de aangifte, belemmert deze aftrek de uitvoering. De belastingplichtige moet voor de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten deze kosten zelf invullen in zijn aangifte. De belastingplichtige doet dit op basis van bewaarde stukken (veelal bonnetjes) van de tijdens het jaar gemaakte zorgkosten. Het blijkt dat de regeling voor belastingplichtigen ingewikkeld is. Het is belastingplichtigen – ondanks uitleg op de website en de toelichting in de aangifte – vaak niet duidelijk welke kosten voor aftrek in aanmerking komen. Door de (ervaren) complexiteit worden er veel fouten in de aangifte gemaakt. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat belastingplichtigen regelmatig kosten opvoeren die zij al van de gemeente vergoed hebben gekregen of dat zij de eigen bijdrage AWBZ (nu Wlz) die wordt betaald aan het CAK voor aftrek opvoeren terwijl dergelijke eigen bijdragen niet aftrekbaar zijn.

Het aantal vragen dat over de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten binnenkomt bij de Belastingtelefoon illustreert de onduidelijkheid van de regeling in de praktijk. In 2015 is er 75.000 keer gebeld over de persoonsgebonden aftrekposten. Een groot deel hiervan (circa 30.000) betrof vragen over de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten. De meeste vragen gingen over de inhoud van de wet- en regelgeving en of al dan niet recht bestond op aftrek.

---

<sup>49</sup> In de digitale aangifte wordt dit automatisch vastgesteld.

## **3.2 Handhaving**

### **3.2.1 Toezicht**

De eerste stap in het toezicht op de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is de controle op de juiste berekening. De Belastingdienst past via de online aangifte de vermenigvuldigingsfactor en drempel automatisch toe en helpt belastingplichtigen bij de berekening van het totaal in aftrek te brengen bedrag. Bij papieren aangiften is de controle hierop veel bewerklijker.

De Belastingdienst voert haar verdere toezicht uit op basis van risicoanalyses. Hierbij worden onder andere de belastingplichtigen bekeken die een onwaarschijnlijk hoge aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten hebben geclaimd.

Vervolgens wordt een aantal posten inhoudelijk beoordeeld. Dit gebeurt zowel in de jaarlijkse steekproef particulieren als in het reguliere toezichtsproces. De jaarlijkse steekproef particulieren wordt onder andere gebruikt om de fiscale regelingen met de grootste risico's in beeld te krijgen. Het resultaat vormt input voor de selectie van de te controleren posten. Uit de steekproef blijkt dat circa 30% van de geclaimde aftrek aan uitgaven voor specifieke zorgkosten in aanmerking komt voor correctie. Dat is ongebruikelijk hoog.

De regeling is zeer arbeidsintensief. Voor de inhoudelijke beoordeling van de aftrek beschikt de Belastingdienst zoals in paragraaf 3.1 is aangegeven niet over contra-informatie. Voor de controle moet daarom informatie bij de belastingplichtige worden opgevraagd. De belastingplichtige moet de aftrek kunnen onderbouwen en de gemaakte kosten aan kunnen tonen, bijvoorbeeld met behulp van een medische verklaring bij dieetkosten of een factuur. De toetsing houdt in dat de betreffende belastingdienstmedewerker alle na opvraag toegestuurde stukken en bonnetjes handmatig moet beoordelen op juistheid en aftrekbaarheid. Een controle van de aftrek is bewerkelijk en kost onevenredig veel tijd.

Naast bewerkelijk in de uitvoering blijkt in de praktijk dat de regeling van uitgaven voor specifieke zorgkosten fraudegevoelig is en ook bewust verkeerd gebruikt wordt. In 2015 zijn dankzij nieuwe opsporingsmethoden en slimme data-analyse met betrekking tot de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten bij ongeveer 35.000 aangiftes onjuistheden vastgesteld en is een navorderingsaanslag opgelegd. Bij deze actie is ook gebleken dat kwaadwillende adviseurs de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten doelbewust benutten om te frauderen.

### **3.2.2 Handhavingscommunicatie**

Naast de acties in het kader van de steekproef particulieren, het algemene reguliere toezicht op deze regeling en nieuwe opsporingsmethoden, heeft de Belastingdienst ook specifieke maatregelen ingezet. Zo is voorafgaand aan de aangifteperiode over het belastingjaar 2012 (in 2013) en 2013 (in 2014) handhavingscommunicatie ingezet; brieven zijn gestuurd naar belastingplichtigen die in het verleden uitgaven voor specifieke zorgkosten in aftrek hebben gebracht. In deze brieven is voorlichting gegeven over onder welke voorwaarden en voor welke bedragen dieetkosten, medicijnkosten en uitgaven voor extra gezinshulp aftrekbaar zijn.

In 2013 is een brief gestuurd aan belastingplichtigen die meer dan € 500 aan kosten voor extra gezinshulp hebben afgetrokken. In deze brief is uitgelegd dat iemand alleen recht heeft op aftrek van uitgaven voor extra gezinshulp als deze gezinshulp nodig is vanwege ziekte of invaliditeit. Verder is aangegeven dat de kosten voor eigen rekening moeten komen en dat hier facturen van aanwezig moeten zijn. Een ander belangrijk punt in deze brief is dat het gedeelte waarvoor een vergoeding is ontvangen op grond van bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning of AWBZ<sup>50</sup> niet aftrekbaar is, net zomin als eigen bijdragen.

In 2014 zijn er twee soorten handhavingsbrieven over de aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten gestuurd. In de ene brief is de belastingplichtige geattendeerd op het feit dat alleen uitgaven voor medicijnen in aftrek mogen worden gebracht als de medicijnen zijn voorgeschreven door een arts en dat uitgaven die onder het verplicht of vrijwillig eigen risico vallen niet in aftrek mogen worden gebracht. In de andere brief is de belastingplichtige erop gewezen dat dieetkosten alleen aftrekbaar zijn als een arts of diëtist het dieet heeft voorgeschreven en dat de aftrek een vast bedrag betreft dat afhankelijk is van het soort dieet dat de belastingplichtige volgt. Tevens is een uitleg gegeven over de dieetbevestiging en waar de belastingplichtige deze bevestiging kan vinden.

Voor de populatie waar de brieven in jaar t (voorafgaand aan het doen van aangifte over jaar t-1) naar verstuurd zijn, is het aangiftegedrag in de rubriek uitgaven voor specifieke zorgkosten in jaar t-2 (aangifte voordat de brief verstuurd is) vergeleken met de rubriek in jaar t-1 (aangifte nadat de brief verstuurd is).<sup>51</sup> Het blijkt dat voor alle drie de onderwerpen het bedrag aan aftrek sterk gedaald is. De in aftrek gebrachte medicijnkosten zijn in de aangifte jaar t-1 met 54% gedaald, de dieetkosten zijn met 36% gedaald en de kosten voor extra gezinshulp zijn met 62% gedaald.

---

<sup>50</sup> Thans Wmo 2015 en Wlz.

<sup>51</sup> Voorbeeld: in 2013 zijn brieven verstuurd op basis van het aangiftebestand IH 2011. In deze brieven is verzocht extra aandacht te besteden aan de aangifte 2012.



## HOOFDSTUK 4

### Conclusies

De fiscale regeling van aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is – ondanks de complexe vormgeving met drempels, vermenigvuldigingsfactoren en een niet-fiscale verzilveringsregeling – ongericht en er worden mensen voor zorgkosten gecompenseerd voor wie de regeling niet is bedoeld. Het onderzoek naar het gebruik van de regeling bevestigt dit beeld zoals dat eerder ook geschetst is.<sup>52</sup> Tevens heeft het onderzoek als zodanig geen aanknopingspunten opgeleverd voor aanpassingen waardoor de regeling adequaat op de doelgroep zou kunnen worden gericht.

#### *Grote groep huishoudens*

In absolute en relatieve termen is de groep huishoudens die gebruikmaakt van de regeling van aftrek voor uitgaven van specifieke zorgkosten zeer groot. Ondanks de inkomensafhankelijke drempel komen gemiddeld 1 miljoen huishoudens toe aan aftrek waarbij de helft van die huishoudens een bedrag van meer dan € 900 in aftrek brengt. Het gaat hierbij om ongeveer 12,5% van het aantal huishoudens dat aangifte doet.

#### *Budgettaire gevolgen*

Het budgettaire beslag van de regeling in de periode 2010-2014 bedroeg circa € 400 miljoen per jaar. Daarnaast bedraagt de doorwerking naar de toeslagen en heffingskortingen circa € 85 mln. De kosten van de TSZ-regeling die voor rekening van het ministerie van VWS komen bedragen circa € 40 mln.

#### *Financiële effecten op huishoudens niet optimaal*

De fiscale regeling als zodanig kan de groep die ervan gebruikmaakt niet altijd voldoende bedienen. Enerzijds bestaan er vermenigvuldigingsfactoren om belastingplichtigen meer financiële compensatie te bieden dan normaliter uit het fiscale systeem zou volgen. Daarnaast – en mede daardoor – is er sprake van verzilveringsproblemen. Om belastingplichtigen voor die verzilveringsproblemen te compenseren moeten gemiddeld per jaar zo'n 170.000 huishoudens gebruikmaken van de niet-fiscale TSZ-regeling. Zij ontvangen gemiddeld € 260 tegemoetkoming. Ook kunnen bepaalde huishoudens vanwege een te laag inkomen hun zorgkosten niet geheel in aftrek brengen en moeten zij hun kosten geheel of gedeeltelijk doorschuiven naar het volgende jaar. Dit betreft nog eens 18.000 huishoudens. Bij een gelijkblijvend inkomen is het maar zeer de vraag of de doorgeschoven kosten ooit verzilverd kunnen worden. Dit geheel aan aanvullende maatregelen – die de facto als lapmiddel dienen – roept sterk de vraag op of een fiscale regeling wel het meest aangewezen instrument is.

#### *Meelifteffecten*

Door de moeizame afbakening van personen en kosten wordt een tweetal groepen de regeling binnengehaald waarvoor de regeling eigenlijk niet bedoeld is. Allereerst de groep personen zonder

---

<sup>52</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 33752, nr. 13.

chronische ziekte of handicap die vanwege doorgaans incidentele hoge kosten aan aftrek toekomen (bijvoorbeeld hoge tandartskosten). Daarnaast de groep personen die zelf niet chronisch ziek of gehandicapt is maar van wie een gezinslid wel tot die doelgroep behoort. De kosten voor beide groepen worden als het ware meegetrokken in de regeling. Dit meelifteffect is weliswaar voorzienbaar maar desondanks niet bedoeld. De omvang van het meelifteffect is niet goed vast te stellen op basis van aangiftegegevens alleen. Beide meelifteffecten zijn inherent aan de vormgeving van de regeling.

#### *Incidenteel karakter*

Op basis van de doelgroep zou een hoog constant gebruik van de regeling van uitgaven voor specifieke zorgkosten voor de hand liggen. Het constante gebruik door huishoudens over de periode 2010-2013 ligt rond de 50%. Deze groep maakt ook relatief meer gebruik van de post dieetkosten en kosten voor extra kleding en beddengoed, zorgkostencategorieën die goed te linken zijn aan structurele meerkosten als gevolg van een chronische ziekte of handicap. De personen die incidenteel van de regeling gebruikmaken, maken relatief meer gebruik van de post genees- of heilkundige hulp<sup>53</sup> en de post hulpmiddelen dan de personen die structureel van de regeling gebruikmaken.

#### *Bewerkelijk in de uitvoering*

Belastingplichtigen ervaren de regeling van aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten als onduidelijk en complex. Het aantal vragen dat bij de Belastingtelefoon over de regeling binnenkomt is illustratief. Deze vragen bedragen 40% van het totaal aan vragen over persoonsgebonden aftrekposten. Indirect is de invloed van gerichte voorlichting over specifieke zorgkostencategorieën als dieetkosten of uitgaven voor extra gezinshulp (handhavingscommunicatie) ook illustratief. Blijkbaar helpt gerichte voorlichting goed, al is dit middel vanwege het eerder beschreven incidentele karakter niet zaligmakend.

De bewerkelijkheid van de regeling is een groot knelpunt in de uitvoering. Relatief veel belastingplichtigen die uitgaven voor specifieke zorgkosten in aftrek brengen doen dit op papier en maken relatief vaak fouten in de berekening. Verder beschikt de Belastingdienst niet over contra-informatie en is voorinvullen van de aangifte niet mogelijk. De regeling is zeer arbeidsintensief en de opgevraagde stukken moeten handmatig gecontroleerd worden, hetgeen in schril contrast staat met de massaliteit van het gebruik ervan.

#### *Fraudegevoelig*

Op basis van steekproeven op de particuliere aangiftes blijkt dat het correctiepotentieel hoog is. Circa 30% van de geclaimde aftrek komt voor correctie in aanmerking. Een zeker zo zorgelijk signaal is dat uit de toepassing van nieuwe opsporingsmethoden en slimmere data-analyse blijkt dat bepaalde belastingplichtigen met hulp van adviseurs bewust over de grenzen van de regeling gaan.

---

<sup>53</sup> Waar onder meer tandartskosten en kosten voor fysiotherapie onder vallen.