



PGB *match*

VOOR ZORG DIE BIJ U PAST



Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)

Inleiding

De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) regelt dat chronisch zieken en gehandicapten een tegemoetkoming ontvangen voor de extra kosten die zij hebben, zoals extra stookkosten.

De wet komt in de plaats van de fiscale regeling buitengewone uitgaven. Via de belasting blijven alleen specifieke zorgkosten aftrekbaar.

Belangrijkste veranderingen

De Wtcg geldt sinds 1 januari 2009 en brengt verschillende veranderingen met zich mee. De belangrijkste zijn:

1. de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten ('forfait'); hier leest u wat de criteria zijn en hoe hoog deze is
2. de korting op de eigen bijdrage AWBZ/Wmo
3. een nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten

Verder zijn er maatregelen genomen om arbeidsongeschikten en ouderen te compenseren voor het verlies van aftrekposten.

1. Algemene tegemoetkoming

Veel chronisch zieken en gehandicapten krijgen jaarlijks een algemene tegemoetkoming (ook wel 'forfait' genoemd). Deze varieert van € 150 tot € 500, afhankelijk van de situatie. Het vaste bedrag dat chronisch zieken mochten optellen bij de buitengewone uitgaven, komt te vervallen.

Komt u op grond van de criteria in aanmerking voor de algemene tegemoetkoming? Dan ontvangt u automatisch bericht van het Centraal Administratie Kantoor (CAK). U hoeft dus zelf niets te doen. In de beschikking kunt u zien welke gegevens hebben geleid tot de tegemoetkoming, zoals een AWBZ-indicatie, Wmo hulp bij het huishouden of het gebruik van zorg op grond van de Zorgverzekeringswet.

Het CAK krijgt deze gegevens van zorgverzekeraars en het Centrum Indicatiestelling (CIZ).

Het CAK keert de algemene tegemoetkoming uit: achteraf in één keer.

De tegemoetkoming voor 2009 wordt vanaf november 2010 gestort. Een voorschot is niet mogelijk. Het CAK stort het geld op de rekening die bekend is bij de zorgverzekeraar of het CAK. Als er geen rekeningnummer bekend is, wordt u gevraagd dit op te geven.

De tegemoetkoming is vrijgesteld van inkomstenbelasting en heeft geen invloed op de hoogte van de aftrekposten bij de regeling specifieke zorgkosten.

Criteria voor de algemene tegemoetkoming

De algemene tegemoetkoming wordt toegekend op basis van gegevens uit bestaande, landelijke registraties. De gegevens zeggen iets over de extra kosten die iemand in een bepaald jaar heeft door een chronische ziekte of handicap. Hier staan de criteria met een toelichting.

- Intensief gebruik van bepaalde medicijnen
- Vergoeding van bepaalde hulpmiddelen
- Een indicatie voor langdurige AWBZ-zorg
- Langdurige huishoudelijke hulp in natura via de Wmo
- Opname in een ziekenhuis voor bepaalde aandoeningen
- Revalidatiezorg
- Fysio- of oefentherapie voor bepaalde aandoeningen

Om in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming, moet u in Nederland verzekerd zijn voor ziektekosten. Van mensen die niet verzekerd zijn op grond van de Zorgverzekeringswet kan namelijk niet worden bepaald of ze in aanmerking komen. De uitzondering hierop zijn militairen in werkelijke dienst: zij kunnen wel in aanmerking komen voor de tegemoetkoming.

N.B. Het CIZ en de zorgverzekeraars geven door aan welke criteria u voldoet. De zorgverzekeraars doen dat op basis van zorg die is gedeclareerd. Daarom is het verstandig facturen die u zelf heeft betaald, tijdig te declareren.

Een indicatie voor langdurige AWBZ-zorg

Het gaat om een indicatie voor langdurige AWBZ-zorg thuis of een indicatie voor langdurig verblijf in of bezoek aan een instelling. Langdurig wil zeggen: minstens 26 weken. Verschillende periodes in het jaar mogen bij elkaar worden opgeteld.

Een voorbeeld: iemand heeft in het begin van 2009 8 weken AWBZ-zorg thuis gehad, in de zomer 8 weken en in de herfst 11 weken. In totaal is dat 27 weken AWBZ-zorg. Daarmee wordt voldaan aan dit criterium voor de algemene tegemoetkoming over 2009.

Langdurig hulp bij het huishouden in natura via de Wmo

Het moet gaan om minstens 26 weken minimaal één uur hulp bij het huishouden per week. Verschillende periodes in het jaar mogen bij elkaar worden opgeteld. Bijvoorbeeld: iemand heeft in het begin van het jaar acht weken hulp bij het huishouden gehad, in de zomer acht weken en in de herfst elf weken. Dat betekent in totaal 27 weken hulp bij het huishouden. Hij of zij voldoet daarmee aan dit criterium voor de algemene tegemoetkoming over 2009.

Het gaat om hulp bij het huishouden in natura: persoonsgebonden budgetten voor hulp bij het huishouden tellen (nog) niet mee. Hiervan bestaat namelijk geen dekkende landelijke registratie. Er wordt gekeken hoe dit in de toekomst opgelost kan worden.

Jongeren tot 18 jaar betalen geen eigen bijdrage voor Wmo-hulp bij het huishouden en staan daarom niet geregistreerd als gebruiker. Zij moeten zichzelf aanmelden bij het CAK om in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming.

Opname in een ziekenhuis voor bepaalde aandoeningen

Hierbij wordt gekeken naar behandelingen in of onder verantwoordelijkheid van een ziekenhuis die zijn ingedeeld in een diagnosekosten-groep (DKG). DKG's verwijzen naar behandelingen voor ernstige, chronische aandoeningen zoals kanker, aandoeningen van de alveesklier, COPD, astma, hart- en nieraandoeningen, Parkinson of ernstige letsels. Voorbeelden zijn radiotherapie, chemotherapie, thuisbeademing en dialyse.

De gegevens van DKG's zijn pas laat beschikbaar. Daarom wordt gekeken naar behandelingen in het jaar vóór het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Behandelingen in 2009 tellen dus mee voor de tegemoetkoming voor 2010. Deze tegemoetkoming wordt in 2011 uitgekeerd.

Revalidatiezorg in of door revalidatiecentra

Hier gaat het om revalidatie in of door revalidatiecentra. Revalidatie in algemene ziekenhuizen wordt (nog) niet meegenomen, omdat hier geen goede gegevens van beschikbaar zijn. Streven is dit in de volgende jaren te hebben opgelost.

De gegevens over revalidatie zijn pas laat beschikbaar. Daarom wordt gekeken naar revalidatie in het jaar vóór het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Revalidatie in 2009 telt dus mee voor de tegemoetkoming voor 2010. U ontvangt de tegemoetkoming over 2010 in 2011.

Fysio- of oefentherapie voor bepaalde aandoeningen

Van belang is of de fysio- of oefentherapie is vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Dat verschilt bij mensen onder en boven de 18 jaar. Bij verzekerden boven de 18 gaat het om fysio- of oefentherapie die nodig is vanwege bepaalde chronische aandoeningen en ziektebeelden. Voorbeelden zijn reuma, spierziekten, lymfedeem of tumoren in weke delen. Verzekerden onder de 18 jaar krijgen al hun fysiotherapie en oefentherapie vergoed uit het basispakket. In de bestanden van de zorgverzekeraars is niet na te gaan of zij een aandoening hebben die voorkomt in de bijlage. Daarom wordt bij verzekerden onder de 18 jaar gekeken naar het bedrag aan fysiotherapie en oefentherapie dat is vergoed. Dit bedrag moet 2 jaar achtereen minstens gelijk zijn aan de gemiddelde kosten voor 9 behandelingen fysiotherapie.

Intensief gebruik van bepaalde medicijnen

Het gaat om meer dan 180 standaard dagdoseringen van medicijnen die zijn ingedeeld in een van de farmaceutische kostengroepen (FKG's), met uitzondering van hoog cholesterol. Daarbij wordt aangesloten bij medicijngebruik dat in aanmerking komt voor compensatie van het eigen risico. Voor de tegemoetkoming wordt onderscheid gemaakt tussen 'lichte' en 'zware' FKG's.

'Zware' FKG's zijn medicijnen voor:

- epilepsie
- de ziekte van Crohn/colitus ulcerosa
- reuma
- Parkinson
- transplantatie
- cystische fibrose/aandoeningen aan de alveesklier
- aandoeningen van hersenen of ruggenmerg
- kanker
- hiv/aids
- nieraandoeningen
- groeihormonen

'Lichte' FKG's zijn medicijnen voor:

- glaucoom
- schildklier-aandoeningen
- psychische aandoeningen
- diabetes
- astma en COPD
- hartaandoeningen

Medicijnen die vallen onder 1 lichte FKG tellen alleen mee voor de algemene tegemoetkoming in combinatie met een vergoeding voor bepaalde hulpmiddelen. Iemand die bijvoorbeeld alleen medicijnen gebruikt voor diabetes, komt dus niet in aanmerking voor de tegemoetkoming. Het gebruik van medicijnen die vallen onder meer dan 1 FKG of 1 of meer zware FKG's is wel reden voor de tegemoetkoming.

Vergoeding van bepaalde hulpmiddelen

Het gaat hier om vrijwel alle hulpmiddelen die worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering, met uitzondering van pruiken, anticonceptie, verbandmiddelen en diabeteshulpmiddelen. Voorbeelden zijn een hoortoestel, stomamiddelen, orthopedisch schoeisel, incontinentiemateriaal, injectiespuiten, geleidehonden en prothesen.

Hulpmiddelen ter ondersteuning van het gezichtsvermogen, zoals brillen en lenzen, vallen niet onder het basispakket.

Een rolstoel wordt niet vergoed uit de zorgverzekering maar verstrekt op grond van de Wmo. De regering heeft toegezegd met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) te overleggen hoe op korte termijn hiervan een landelijke uniforme registratie kan worden opgezet.

Het gebruik van hulpmiddelen telt mee voor een tegemoetkoming in het jaar waarin de zorgverzekeraar er een vergoeding voor heeft verstrekt. Gebruikt u een hulpmiddel meerdere jaren? Dan gaat het alleen om het jaar waarin u het hulpmiddel hebt gekregen en eventueel het jaar waarin het is gerepareerd.

Verzekerden die alleen voldoen aan dit criterium, komen niet in aanmerking voor een algemene tegemoetkoming.

2. Korting op de eigen bijdrage AWBZ/Wmo

De eigen bijdragen in 2009 en verder voor zorg met verblijf, zorg zonder verblijf en de Wmo, zijn niet aftrekbaar van de belasting. Hiervoor in de plaats komt een korting op de eigen bijdrage.

Zorg met verblijf

Betaalt u een eigen bijdrage voor zorg met verblijf? Dan krijgt u een korting van 16% als u en/of uw partner jonger zijn dan 65 jaar. Bent u 65 jaar of ouder, dan is de korting 8%. Verder verandert er iets bij het bepalen van de eigen bijdrage. Als uw bijdrageplichtig inkomen hoger is dan een bepaald bedrag, geldt een extra aftrek. Deze extra aftrek is verhoogd van 12,5 naar 25%. Dit betekent dat een kleiner deel van uw inkomen meetelt bij het vaststellen van de eigen bijdrage. Daardoor kan uw eigen bijdrage iets lager worden.

Zorg zonder verblijf en Wmo

Betaalt u een eigen bijdrage voor zorg zonder verblijf of Wmo? Dan krijgt u een korting van 33%. De korting op de eigen bijdrage geldt ook bij een persoonsgebonden budget. Daarnaast wordt de inkomensgrens voor de laagst mogelijke eigen bijdrage verhoogd met € 5.000 voor mensen die jonger zijn dan 65. Daardoor gaan meer mensen de laagst mogelijke eigen bijdrage betalen.

Uitbetaling

De korting op de eigen bijdrage geldt vanaf januari 2009. Betaalt u een eigen bijdrage voor zorg met verblijf? Dan wordt de korting meteen verrekend op de facturen van 2009, zonedig met terugwerkende kracht. U krijgt hierover begin 2009 bericht. Betaalt u een eigen bijdrage voor zorg zonder verblijf of voor de Wmo? De korting over 2009 wordt vanaf april 2010 in één keer uitgekeerd. U krijgt hierover begin 2010 automatisch bericht. Vanaf januari 2010 wordt de korting meteen verrekend op de factuur. Hebt u een persoonsgebonden budget? Dan krijgt u in de loop van dit jaar een beschikking met een hoger netto budget. Het extra budget zal dit jaar worden verrekend/uitgekeerd.

Voor meer informatie kunt u terecht bij het CAK.

3. Specifieke zorgkosten

Bij de aangifte over 2009 geldt een nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten. Het deel dat boven de zogenaamde drempel uitkomt, kunt u aftrekken van het inkomen waarover u belasting moet betalen.

Welke kosten?

Aftrekbaar zijn specifieke zorgkosten die u hebt gehad voor:

- uzelf, uw fiscale partner en uw kinderen onder de 27 jaar
- ernstig gehandicapten van 27 jaar of ouder die bij u wonen. Iemand wordt beschouwd als ernstig gehandicapt wanneer hij of zij aanspraak kan maken op opname in een AWBZ-instelling.
- inwonende ouders, broers en zussen die afhankelijk zijn van uw zorg. Dat wil zeggen dat zij normaal gesproken zouden zijn aangewezen op professionele hulp of verzorging in een instelling.

Aftrekposten

Niet alle kosten zijn nog aftrekbaar. Uitgaven voor deze kosten blijven aftrekbaar als 'specifieke zorgkosten':

- genees- en heelkundige hulp
- voorgeschreven medicijnen
- hulpmiddelen, zoals steunzolen of een kunstgebit of aanpassingen aan de woning
- een dieet op medisch voorschrift
- extra gezinshulp
- extra kleding en beddengoed i.v.m. ziekte of invaliditeit
- ziekenbezoek
- vervoer, zoals reiskosten naar het ziekenhuis

Niet meer aftrekbaar zijn uitgaven voor:

- de eigen bijdragen AWBZ en/of Wmo (hiervoor in de plaats komt de korting). In 2009 kunt u nog wel eigen bijdragen aftrekken voor zorg tot en met 2008, waarover u een factuur hebt gekregen tussen 1 december 2008 en 31 december 2009
- de premie voor de aanvullende verzekering
- het eigen risico (verplicht of vrijwillig)
- bevalling en kraamhulp
- begrafenis en crematie
- hulpmiddelen die het gezichtsvermogen ondersteunen, zoals brillmonturen, glazen en lenzen
- ooglaserverhandelingen
- adoptie. Hiervoor maakt het ministerie van Justitie een afzonderlijke (niet-fiscale) regeling.

Verder is er geen vaste aftrek meer voor de huisapotheek, ouderdom, arbeidsongeschiktheid en chronische ziekte.

De regeling geldt alleen voor uitgaven waarvoor u geen vergoeding of tegemoetkoming kunt krijgen, bijvoorbeeld op grond van een (aanvullende) zorgverzekering of de bijzondere bijstand. Hebt u een gedeeltelijke vergoeding gekregen? Dan is het niet-vergoede deel aftrekbaar. U kunt geen uitgaven aftrekken die niet zijn vergoed vanwege (een verplicht of vrijwillig) eigen risico.

De algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten geldt niet als vergoeding voor specifieke zorgkosten.

Drempel

Alleen de kosten boven een bepaald bedrag zijn aftrekbaar. Dit bedrag is de zogenaamde drempel. De drempel hangt af van het drempelinkomen. Dat is het totaal van uw inkomsten en aftrekposten in box 1, 2 en 3, zonder uw persoonsgebonden aftrek. Hoe lager uw drempelinkomen, hoe lager de drempel. Een overzicht is te vinden bij de Belastingdienst.

Verhogingsfactor

De nieuwe regeling voor specifieke zorgkosten kent een zogeheten verhogingsfactor. Dat wil zeggen dat tot een bepaald drempelinkomen de uitgaven mogen worden verhoogd, met uitzondering van uitgaven voor genees- en heelkundige hulp en reiskosten voor ziekenbezoek. Bent u 65 jaar of ouder? Dan mag u uw zorgkosten - net als voorheen - verhogen met 113%. U moet dan wel 65 jaar zijn op 1 januari van het jaar waarover u aangifte doet.

Bent u jonger dan 65? Dan wordt de verhogingsfactor geleidelijk afgebouwd. U mag uw zorgkosten in 2009 nog verhogen met 113%. In 2010 mag u ze verhogen met 77% en vanaf 2011 met 40%.

Wanneer?

U kunt de uitgaven aftrekken in het jaar waarin u ze hebt gehad. Rekeningen die u in 2009 hebt betaald, kunt u dus aftrekken bij de aangifte inkomstenbelasting 2009. Als u vóór 1 april 2009 aangifte doet, krijgt u vanaf juli/augustus 2010 bericht over de aanslag.

Het is mogelijk uitgaven op te voeren bij een verzoek om een voorlopige aanslag. In dat geval ontvangt u maandelijks een bedrag terug in de loop van 2009.

Tegemoetkomingregeling voor mensen met een laag inkomen

Hebt u een laag inkomen en betaalt u weinig belasting maar hebt u ook specifieke zorgkosten? Dan kunt u een beroep doen op de fiscale tegemoetkomingregeling.