

Regeling van de Staatssecretaris van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport van Z/VU-  
2360677, tot wijziging van de Regeling subsidies  
AWBZ en Ziekenfondswet in verband met  
invoering van een persoonsgebonden budget  
nieuwe stijl

Kenmerk

Den Haag

Z/VU-2360677

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 1p van de Ziekenfondswet

Besluit:

### **Artikel I**

De Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet<sup>1</sup> wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.5.1.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt na 'het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering' toegevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 32, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
2. In het tweede lid wordt na 'de verzekerde ten aanzien van wie' ingevoegd: op grond van het Zorgindicatiebesluit zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,.

B

Artikel 2.5.1.8 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt na 'paragraaf 2 van hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg' ingevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 28 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
2. De tweede volzin van het vierde lid vervalt.
3. In het vijfde lid wordt na 'het Bijdragebesluit zorg' ingevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 28 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

---

<sup>1</sup> Stcrt. 2000, 233, laatstelijk gewijzigd bij ministeriële regeling van 11 december 2002, Z/VU-2342159, Stcrt. 2002, 241.



Blad  
2  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

C

In artikel 2.5.1.11, eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 5, wordt "verantwoording af te leggen van" vervangen door: verantwoording af te leggen over.

D

Artikel 2.5.1.13 wordt als volgt gewijzigd:

1. In de vierde volzin van het eerste lid wordt na "budget" een komma ingevoegd, en wordt "dat op 31 december 2000 eindigde" vervangen door: , dat op 31 december 2000 eindigde.
2. Onder vernummering van het vijfde en zesde lid in het zesde en zevende lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:
5. De periode waarvoor het budget is toegekend, eindigt voorts met ingang van de dag waarop een subsidieperiode als bedoeld in artikel 2.5.6.4 begint.

E

In artikel 2.5.2.9, eerste lid, wordt na 'de verstandelijk gehandicapte die' ingevoegd: op grond van het Zorgindicatiebesluit zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,.

F

Artikel 2.5.2.12 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 2, wordt "onderscheidenlijk" telkens vervangen door: of.
2. In het eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 5, wordt "verantwoording af te leggen van" vervangen door: verantwoording af te leggen over.
2. In het tweede lid wordt "worden" vervangen door: wordt.

G

Artikel 2.5.2.15 wordt als volgt gewijzigd:

1. In de vierde volzin van het eerste lid wordt ", die op 31 december 2000 eindigde" vervangen door: , dat op 31 december 2000 eindigde.
2. Onder vernummering van het vijfde en zesde lid in het zesde en zevende lid, wordt een lid toegevoegd, luidende:
5. De periode waarvoor het budget is toegekend, eindigt voorts met ingang van de dag waarop een subsidieperiode als bedoeld in artikel 2.5.6.4 begint.

H

In artikel 2.5.4.1, eerste lid, wordt 'paragraaf 5 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering' vervangen door: paragraaf 5 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 32, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.



Blad  
3  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

I

In artikel 2.5.4.6, tweede lid, wordt na 'de verzekerde ten aanzien van wie' ingevoegd: voor 1 mei 2003.

J

In artikel 2.5.4.9, eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 5, wordt "verantwoording af te leggen van" vervangen door: verantwoording af te leggen over.

K

Onder vernummering van het vijfde en zesde lid in het zesde en zevende lid, wordt aan artikel 2.5.4.12 een lid toegevoegd, luidende:

5. De periode waarvoor het budget is toegekend, eindigt voorts met ingang van de dag waarop een subsidieperiode als bedoeld in artikel 2.5.6.4 begint.

L

Artikel 2.5.5.10 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt na 'paragraaf 2 van hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg' ingevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 28 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

2. De tweede volzin van het vierde lid vervalt.

3. In het vijfde lid wordt na 'het Bijdragebesluit zorg' ingevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 28 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

M

In artikel 2.5.5.11, tweede lid, wordt na 'Bijdragebesluit zorg' ingevoegd: zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 28 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,.

N

Aan artikel 2.5.5.16 wordt, onder vernummering van het vijfde en zesde lid in het zesde en zevende lid, een lid toegevoegd, luidende:

5. De periode waarvoor het budget is toegekend, eindigt voorts met ingang van 1 juli 2003 of, indien deze dag eerder is gelegen, met ingang van de dag waarop een subsidieperiode als bedoeld in artikel 2.5.6.4 begint.

O

Na paragraaf 2.5.5 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:



Blad  
4  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

## **Paragraaf 2.5.6 Persoonsgebonden budget nieuwe stijl**

### **Artikel 2.5.6.1**

1. In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en vervoer: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, met dien verstande dat de desbetreffende zorg niet door een instelling hoeft te worden verleend;
- c. verblijf: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- d. kortdurend verblijf: tijdelijk verblijf gedurende gemiddeld niet meer dan twee etmalen per week;
- e. indicatiebesluit: een beschikking als bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de AWBZ, van het bevoegde indicatieorgaan;
- f. netto persoonsgebonden budget: een subsidie waarmee de verzekerde aan hem te verlenen zorg als bedoeld in onderdeel b of d kan inkopen.

2. Met het oog op verstrekking van netto persoonsgebonden budgetten aan niet in Nederland wonende verzekerden wordt in deze paragraaf mede verstaan onder:

- a. indicatiebesluit: een beschikking van het uitvoeringsorgaan op basis van een omtrent de gezondheidstoestand van de verzekerde afgegeven verklaring van een in het woonland van de verzekerde werkende arts, niet zijnde een arts onder wiens behandeling de verzekerde staat;
- b. zorgkantoor: het uitvoeringsorgaan waarbij de verzekerde voor de toepassing van de AWBZ is ingeschreven.

### **Artikel 2.5.6.2**

1. Aan zorgkantoren wordt op aanvraag per kalenderjaar een subsidie verleend die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.5.6.3 tot en met 2.5.6.13 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten.
2. De onderdelen b en c van het eerste lid van artikel 1.1.3 zijn niet van toepassing.
3. Voor de toepassing van hoofdstuk I wordt de in het eerste lid bedoelde subsidie beschouwd als een projectsubsidie, met dien verstande dat de aanvraag van de subsidie in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, niet vergezeld gaat van een projectplan.
4. Het College zorgverzekeringen kan, zonodig in afwijking van hoofdstuk I, nadere regels stellen ten aanzien van de verstrekking van subsidie aan zorgkantoren als bedoeld in artikel 2.5.6.1, tweede lid, onderdeel b.

### **Artikel 2.5.6.3**

1. Een zorgkantoor verleent een verzekerde een netto persoonsgebonden budget voor zover:
  - a. de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 2.5.6.1, onderdeel b of d; en
  - b. de verzekerde voor die vorm of die vormen van zorg een netto persoonsgebonden budget heeft aangevraagd.
2. In afwijking van het eerste lid weigert het zorgkantoor verlening van een netto persoonsgebonden budget indien:
  - a. de verzekerde op de dag waarop de subsidieperiode zou aanvangen anders dan terzake van kortdurend verblijf in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Ziekenfondswet zal verblijven;



Blad  
5  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

- b. de verzekerde op grond van een wettelijk voorschrift, anders dan de AWBZ, recht heeft op de geïndiceerde zorg, of op een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten daarvan; of
- c. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben.
3. Tenzij de verzekerde een verzoek als bedoeld in artikel 2.5.6.7, tweede lid, heeft gedaan, weigert het zorgkantoor verlening van een netto persoonsgebonden budget indien de kosten van dat budget ten opzichte van de kosten van verblijf in een instelling naar zijn oordeel niet verantwoord zijn.
4. Indien het bruto persoonsgebonden budget meer dan € 300 per dag zou bedragen, baseert het zorgkantoor zijn oordeel, bedoeld in het derde lid, mede op een hiertoe over de berekeningen van het zorgkantoor uit te brengen advies van het College zorgverzekeringen.
5. Het derde lid is niet van toepassing indien voor verblijf naar het oordeel van een arts, niet zijnde een arts onder wiens behandeling de verzekerde staat, op medische gronden een contra-indicatie bestaat.
6. In afwijking van het eerste lid kan het zorgkantoor verlening van een netto persoonsgebonden budget weigeren indien de verzekerde zich niet heeft gehouden aan bij de verstrekking van een eerder persoonsgebonden budget opgelegde verplichtingen.

#### **Artikel 2.5.6.4**

Het netto persoonsgebonden budget wordt verleend voor een subsidieperiode die:

- a. niet eerder aanvangt dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het budget wordt verleend; en
- b. eindigt met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit zijn geldigheidsduur verliest.

#### **Artikel 2.5.6.5**

1. Het bruto persoonsgebonden budget bedraagt per kalenderjaar voor:

a. huishoudelijke verzorging:

- 1<sup>e</sup> klasse A: € 16,30 x 52 = € 847,60
- 2<sup>e</sup> klasse B: € 48,90 x 52 = € 2 542,80
- 3<sup>e</sup> klasse C: € 89,65 x 52 = € 4 661,80
- 4<sup>e</sup> klasse D: € 138,55 x 52 = € 7 204,60
- 5<sup>e</sup> klasse E: € 187,45 x 52 = € 9 747,40
- 6<sup>e</sup> klasse F: € 236,35 x 52 = € 12 290,20
- 7<sup>e</sup> klasse G: het bedrag genoemd bij klasse F, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse F overschrijdt en een bedrag van € 16,30;

b. persoonlijke verzorging:

- 1<sup>e</sup> klasse A: € 25,50 x 52 = € 1 326,00
- 2<sup>e</sup> klasse B: € 76,50 x 52 = € 3 978,00
- 3<sup>e</sup> klasse C: € 140,25 x 52 = € 7 293,00
- 4<sup>e</sup> klasse D: € 216,75 x 52 = € 11 271,00
- 5<sup>e</sup> klasse E: € 293,25 x 52 = € 15 249,00
- 6<sup>e</sup> klasse F: € 369,75 x 52 = € 19 227,00
- 7<sup>e</sup> klasse G: € 459,00 x 52 = € 23 868,00
- 8<sup>e</sup> klasse H: € 573,75 x 52 = € 29 835,00



Blad  
6  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

9<sup>e</sup> klasse I: het bedrag genoemd bij klasse H, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse H overschrijdt en een bedrag van € 25,50;

c. verpleging:

1<sup>e</sup> klasse A: € 22,00 x 52 = € 1 144,00

2<sup>e</sup> klasse B: € 65,65 x 52 = € 3 413,80

3<sup>e</sup> klasse C: € 131,25 x 52 = € 6 825,00

4<sup>e</sup> klasse D: € 240,60 x 52 = € 12 511,20

5<sup>e</sup> klasse E: € 371,90 x 52 = € 19 338,80

6<sup>e</sup> klasse F: € 503,10 x 52 = € 26 161,20

7<sup>e</sup> klasse G: € 634,40 x 52 = € 32 988,80

8<sup>e</sup> klasse H: € 787,50 x 52 = € 40 950,00

9<sup>e</sup> klasse I: het bedrag genoemd bij klasse H, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse H overschrijdt en een bedrag van € 43,75;

d. ondersteunende begeleiding in uren:

1<sup>e</sup> klasse A: € 31,85 x 52 = € 1 656,20

2<sup>e</sup> klasse B: € 95,55 x 52 = € 4 968,60

3<sup>e</sup> klasse C: € 175,20 x 52 = € 9 110,40

4<sup>e</sup> klasse D: € 270,75 x 52 = € 14 079,00

5<sup>e</sup> klasse E: € 366,30 x 52 = € 19 047,60

6<sup>e</sup> klasse F: € 461,85 x 52 = € 24 016,20

7<sup>e</sup> klasse G: € 573,30 x 52 = € 29 811,60

8<sup>e</sup> klasse H: € 716,65 x 52 = € 37 265,80

9<sup>e</sup> klasse I: het bedrag genoemd bij klasse H, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse H overschrijdt en een bedrag van € 31,85;

e. ondersteunende begeleiding in dagdelen:

1<sup>e</sup> klasse A: € 41,40 x 52 = € 2 152,80

2<sup>e</sup> klasse B: € 82,80 x 52 = € 4 305,60

3<sup>e</sup> klasse C: € 124,20 x 52 = € 6 458,40

4<sup>e</sup> klasse D: € 165,60 x 52 = € 8 611,20

5<sup>e</sup> klasse E: € 207,00 x 52 = € 10 764,00

6<sup>e</sup> klasse F: € 248,40 x 52 = € 12 916,80

7<sup>e</sup> klasse G: € 289,80 x 52 = € 15 069,60

8<sup>e</sup> klasse H: € 331,20 x 52 = € 17 222,40

9<sup>e</sup> klasse I: € 372,60 x 52 = € 19 375,20

10<sup>e</sup> klasse J: het bedrag genoemd bij klasse I, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse I overschrijdt en een bedrag van € 41,40;

f. ondersteunende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1<sup>e</sup> klasse A: € 46,40 x 52 = € 2 412,80

2<sup>e</sup> klasse B: € 92,80 x 52 = € 4 825,60

3<sup>e</sup> klasse C: € 139,20 x 52 = € 7 238,40

4<sup>e</sup> klasse D: € 185,60 x 52 = € 9 651,20

5<sup>e</sup> klasse E: € 232,00 x 52 = € 12 064,00



Blad

7

Kenmerk

Z/VU-2360677

6<sup>e</sup> klasse F: € 268,40 x 52 = € 13 956,80

7<sup>e</sup> klasse G: € 314,80 x 52 = € 16 369,60

8<sup>e</sup> klasse H: € 356,20 x 52 = € 18 522,40

9<sup>e</sup> klasse I: € 397,60 x 52 = € 20 675,20

10<sup>e</sup> klasse J: het bedrag genoemd bij klasse I, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse I overschrijdt en een bedrag van € 41,40;

g. activerende begeleiding in uren:

1<sup>e</sup> klasse A: € 48,85 x 52 = € 2 540,20

2<sup>e</sup> klasse B: € 146,55 x 52 = € 7 620,60

3<sup>e</sup> klasse C: € 268,70 x 52 = € 13 972,40

4<sup>e</sup> klasse D: € 415,25 x 52 = € 21 593,00

5<sup>e</sup> klasse E: het bedrag genoemd bij klasse D, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse D overschrijdt en een bedrag van € 48,85;

h. activerende begeleiding in dagdelen:

1<sup>e</sup> klasse A: € 47,60 x 52 = € 2 475,20

2<sup>e</sup> klasse B: € 95,20 x 52 = € 4 950,40

3<sup>e</sup> klasse C: € 142,80 x 52 = € 7 425,60

4<sup>e</sup> klasse D: € 190,40 x 52 = € 9 900,80

5<sup>e</sup> klasse E: € 238,00 x 52 = € 12 376,00

6<sup>e</sup> klasse F: € 285,60 x 52 = € 14 851,20

7<sup>e</sup> klasse G: € 333,20 x 52 = € 17 326,40

8<sup>e</sup> klasse H: € 380,80 x 52 = € 19 801,60

9<sup>e</sup> klasse I: € 428,40 x 52 = € 22 276,80

10<sup>e</sup> klasse J: het bedrag genoemd bij klasse I, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse I overschrijdt en een bedrag van € 47,60;

i. activerende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1<sup>e</sup> klasse A: € 52,60 x 52 = € 2 735,20

2<sup>e</sup> klasse B: € 105,20 x 52 = € 5 470,40

3<sup>e</sup> klasse C: € 157,80 x 52 = € 8 205,60

4<sup>e</sup> klasse D: € 210,40 x 52 = € 10 940,80

5<sup>e</sup> klasse E: € 263,00 x 52 = € 13 676,00

6<sup>e</sup> klasse F: € 305,60 x 52 = € 15 891,20

7<sup>e</sup> klasse G: € 358,20 x 52 = € 18 626,40

8<sup>e</sup> klasse H: € 405,80 x 52 = € 21 101,60

9<sup>e</sup> klasse I: € 453,40 x 52 = € 23 576,80

10<sup>e</sup> klasse J: het bedrag genoemd bij klasse I, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het getal 52, het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse I overschrijdt en een bedrag van € 47,60;

j. kortdurend verblijf:

1<sup>e</sup> een etmaal: € 90,00 x 52 = € 4 680,00;

2<sup>e</sup> twee etmalen: € 180,00 x 52 = € 9 360,00.

2. Indien het bruto persoonsgebonden budget voor meer vormen van zorg wordt verleend, bedraagt het bruto persoonsgebonden budget de som van de met behulp van het eerste lid bepaalde bedragen.



Blad  
8  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

3. Indien de subsidieperiode in meer dan één kalenderjaar gelegen is, wordt het bruto persoonsgebonden budget voor het kalenderjaar volgende op het jaar waarin het werd verleend, geïndexeerd met het percentage waarmee de bedragen, bedoeld in het eerste lid worden geïndexeerd.

4. Het derde lid is van overeenkomstige toepassing voor kalenderjaren volgende op het in dat lid bedoelde kalenderjaar, waarbij als basis voor de indexatie van het bruto persoonsgebonden budget in enig kalenderjaar dient, het bruto persoonsgebonden budget in het daaraan voorafgaande kalenderjaar.

5. Indien de subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, bedraagt het bruto persoonsgebonden budget over het deel van het desbetreffende kalenderjaar het op grond van het eerste tot en met vierde lid berekende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller wordt gevormd door het aantal dagen in het kalenderjaar waarvoor het budget werd verleend, en de noemer door het aantal dagen in het kalenderjaar.

#### **Artikel 2.5.6.6**

1. Indien het persoonsgebonden budget niet mede wordt verleend voor kortdurend verblijf, is een verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage verschuldigd die wordt berekend met overeenkomstige toepassing van de artikelen 16d juncto 1, 16, en 16e van het Bijdragebesluit zorg.

2. Indien het persoonsgebonden budget mede wordt verleend voor kortdurend verblijf is de verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage verschuldigd die wordt berekend met overeenkomstige toepassing van de artikelen 14 juncto 1, 4, vierde en vijfde lid, 5, 8, 12, en 15 van het Bijdragebesluit zorg.

#### **Artikel 2.5.6.7**

1. Het netto persoonsgebonden budget bedraagt het verschil tussen het bruto persoonsgebonden budget en de eigen bijdrage.

2. In de situatie bedoeld in artikel 2.5.6.3, derde lid, kan het zorgkantoor op verzoek van de verzekerde een netto persoonsgebonden budget verlenen ter hoogte van de kosten van verblijf in een instelling als in dat lid bedoeld.

3. Indien de verzekerde in het buitenland woont of langer dan zes weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en in het buitenland zorgverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het netto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{(A \times C)}{(B)} + \frac{(D \times C \times E)}{(B)}$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal weken dat de verzekerde in Nederland woont of verblijft;

B: het getal 52;

C: het netto persoonsgebonden budget waarvoor de verzekerde op grond van de vorige leden in aanmerking komt;

D: het aantal weken dat de verzekerde in het buitenland woont of verblijft;

E: het voor het desbetreffende land door het College zorgverzekeringen vastgestelde aanvaardbaarheidspercentage.





Blad  
9  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

4. Indien een verzekerde in het buitenland woont of verblijft en recht heeft op verstrekkingen naar het recht van dat land, wordt het op grond van de vorige leden berekende netto persoonsgebonden budget verminderd met de tarieven die door het orgaan van de woon- of verblijfplaats voor de vergoeding van de desbetreffende verstrekkingen worden toegepast en bij gebreke van dergelijke tarieven met de Nederlandse tarieven gecorrigeerd met het hiervoor bedoelde aanvaardbaarheidspercentage.

5. Indien de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan de subsidieperiode een netto persoonsgebonden budget werd verleend en het voor het laatste jaar van dat budget beschikbare bedrag niet volledig werd besteed, wordt het op grond van het eerste tot en met vierde lid berekende netto persoonsgebonden budget voor het eerste jaar waarover het wordt verleend verhoogd met een bedrag gelijk aan dit niet bestede deel.

6. Indien de subsidieperiode in meer dan één kalenderjaar gelegen is, en het netto persoonsgebonden budget in een kalenderjaar niet volledig werd besteed, wordt het op grond van het eerste tot en met vijfde lid berekende netto persoonsgebonden budget voor het daar op volgende jaar verhoogd met een bedrag gelijk aan dit niet bestede deel, doch ten hoogste met 10% van het bedrag dat op grond van het eerste tot en met vijfde lid voor het eerdere jaar werd berekend.

7. Het vijfde lid is niet van toepassing en het zesde lid is van overeenkomstige toepassing indien de subsidieperiode aanvangt op 1 januari van enig kalenderjaar en bovendien onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode.

#### **Artikel 2.5.6.8**

1. Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:

- a. de verzekerde gebruikt het budget uitsluitend voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 2.5.6.1, onderdeel b of d, en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten;
- b. de zorg die de verzekerde inkoopt, is kwalitatief verantwoord;
- c. de verzekerde sluit een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener of zorgverlenende instantie waarin ten minste de volgende afspraken zijn opgenomen:
  - 1°. declaraties voor verleende zorg worden niet betaald indien zij niet binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend bij de verzekerde zijn ingediend,
  - 2°. een declaratie van een zorgverlener bevat een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren, het sociaal-fiscaal nummer en de naam en het adres van de zorgverlener, en wordt door de zorgverlener ondertekend,
  - 3°. een declaratie van een zorgverlenende instantie bevat het btw-nummer van die instantie, een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren en de naam en het adres van de zorgverlenende instantie, en wordt namens de zorgverlenende instantie ondertekend;
- d. de verzekerde bewaart de in onderdeel c bedoelde overeenkomsten en declaraties gedurende zeven jaren en stelt deze, desgevraagd, ter beschikking van het zorgkantoor;
- e. de verzekerde legt binnen acht weken na het einde van een voorschotperiode door middel van invulling van een formulier aan het zorgkantoor verantwoording af over het gebruik van het voorschot en eventuele eerder verleende voorschotten voor zover deze nog niet voor betalingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waren gebruikt;
- f. bij de verantwoording over de laatste voorschotperiode van een kalenderjaar dan wel, in het kalenderjaar waarin de subsidieperiode eindigt, de laatste voorschotperiode in de subsidieperiode, voegt de verzekerde per zorgverlener of zorgverlenende instantie een formulier waarop hij naam, adres en sociaal-fiscaal nummer van de zorgverlener respectievelijk naam, adres en btw-nummer van



Blad  
10  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

de zorgverlenende instantie heeft aangetekend, alsmede het in dat kalenderjaar aan die zorgverlener of die zorgverlenende instantie betaalde bedrag;

g. de verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak op zorg tot gelding;

h. de verzekerde die geïndiceerd is voor verblijf anders dan kortdurend verblijf, brengt gedurende de subsidieperiode zijn aanspraak op verblijf niet tot gelding;

i. de verzekerde deelt het zorgkantoor op diens verzoek of onverwijld uit eigen beweging alle feiten en omstandigheden mee waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij van invloed kunnen zijn op de verstrekking van het persoonsgebonden budget.

2. In afwijking van het eerste lid, onderdeel a, mag vervoer slechts worden betaald uit een budget verleend voor ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen inclusief vervoer.

3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a en e, mag de verzekerde in een kalenderjaar maximaal 1,5% van het voor dat jaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste € 250 en ten hoogste € 1250, gebruiken voor andere betalingen dan betalingen bedoeld in onderdeel a, en geldt de verantwoordingsplicht, bedoeld in onderdeel e, niet voor dit deel van het budget.

4. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, worden de bedragen, genoemd in het derde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.

5. Onder noodzakelijke kosten als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, vallen niet kosten die voortvloeien uit verschillen tussen door de verzekerde afgesloten overeenkomsten enerzijds en de door het College zorgverzekeringen opgestelde modelovereenkomsten anderzijds.

6. Onderdeel g van het eerste lid geldt niet voor zover de verzekerde voor ondersteunende of activerende begeleiding zowel een AWBZ-aanspraak tot gelding brengt als een netto persoonsgebonden budget ontvangt.

7. Het College zorgverzekeringen stelt standaardmodellen op voor de formulieren, bedoeld in het eerste lid, onderdelen e en f.

#### **Artikel 2.5.6.9**

1. Het zorgkantoor bevoorschot de verzekerde het verleende netto persoonsgebonden budget:

a. per jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 2 500 of minder bedraagt;

b. per half jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 5 000 of minder, maar meer dan € 2 500 bedraagt;

c. per kwartaal, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 25 000 of minder, maar meer dan € 5 000 bedraagt;

d. per maand, indien het tot een jaarbedrag herleide budget meer dan € 25 000 bedraagt.

2. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, wordt voor de toepassing van het eerste lid het voor dat jaar beschikbare budget tot een jaarbedrag herleid door het desbetreffende budget te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar en de noemer gelijk is aan het aantal dagen van de subsidieperiode in het kalenderjaar.

3. Indien het zorgkantoor op basis van een verantwoording als bedoeld in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel e, van mening is dat een voorschot is gebruikt voor andere betalingen, dan betalingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel, deelt het zorgkantoor dit binnen acht weken na ontvangst van de desbetreffende verantwoording aan de verzekerde mee.



Blad  
11  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

#### **Artikel 2.5.6.10**

1. De verleningsbeschikking van het zorgkantoor aan de verzekerde bevat ten minste de volgende gegevens:
  - a. de subsidieperiode;
  - b. het bruto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
  - c. de hoogte van de eigen bijdrage en de wijze waarop deze bijdrage is berekend;
  - d. het netto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
  - e. de wijze waarop het netto persoonsgebonden budget wordt bevoorschot;
  - f. de verplichtingen van de verzekerde;
  - g. de hoogte van het bedrag waarover de subsidie-ontvanger geen verantwoording hoeft af te leggen en de wijze waarop dat bedrag is berekend;
  - h. indien van toepassing: het bedrag, bedoeld in artikel 2.5.6.7, vijfde of zevende lid;
  - i. de mededeling dat de in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel f, bedoelde formulieren door het zorgkantoor worden doorgezonden aan de belastingdienst.
2. Indien het bedrag, bedoeld in artikel 2.5.6.7, vijfde of zevende lid, pas na de bekendmaking van de verleningsbeschikking bekend wordt, is het zorgkantoor bevoegd om in afwijking van het eerste lid, een aanvullende verleningsbeschikking te geven waarin slechts de in het eerste lid, onderdeel d, g en h genoemde gegevens worden vermeld.
3. Indien de subsidieperiode in meer dan één kalenderjaar gelegen is, deelt het zorgkantoor vanaf het kalenderjaar na het jaar waarin de subsidie is verleend de verzekerde jaarlijks het bedrag van het netto persoonsgebonden budget voor het in dat jaar gelegen deel van de subsidieperiode mede.

#### **Artikel 2.5.6.11**

1. Onverminderd de intrekings- of wijzigingsgronden, genoemd in artikel 4:48, eerste lid, onderdelen c en d, van de Algemene wet bestuursrecht wordt de verleningsbeschikking ingetrokken of gewijzigd:
  - a. met ingang van de dag gelegen na de dag waarop de verzekerde overlijdt;
  - b. met ingang van de dag waarop de verzekerde langer dan twee maanden verblijft in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Ziekenfondswet;
  - c. met ingang van de dag vanaf welke de verzekerde schriftelijk heeft aangegeven geen prijs meer te stellen op het budget.
2. De verleningsbeschikking kan worden ingetrokken of gewijzigd:
  - a. met ingang van de dag waarop het zorgkantoor constateert dat meer dan 1,5% van een verleend voorschot is gebruikt voor andere betalingen, dan betalingen als bedoeld in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel a;
  - b. met ingang van de dag waarop de verzekerde de bij of krachtens artikel 2.5.6.8 opgelegde overige verplichtingen niet nakomt.

#### **Artikel 2.5.6.12**

1. Na afloop van ieder kalenderjaar wordt de subsidie voor het desbetreffende kalenderjaar vastgesteld.
2. Indien de subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar eindigt, wordt, in afwijking van het eerste lid, de subsidie voor de periode gelegen tussen 1 januari van het kalenderjaar waarin de subsidie afloopt en de dag waarop de subsidieperiode afloopt, vastgesteld na afloop van de subsidieperiode.



Blad  
12  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

3. Een bij het zorgkantoor ingediend verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode in het kalenderjaar of, indien het tweede lid van toepassing is, in de subsidieperiode, dient als aanvraag tot subsidievaststelling.
4. Het zorgkantoor stelt het netto persoonsgebonden budget binnen acht weken na de aanvraag tot subsidievaststelling vast.
5. Artikel 4:46 van de Algemene wet bestuursrecht is van toepassing, met dien verstande dat het persoonsgebonden budget wordt vastgesteld op de som van:
  - a. 1,5% van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste op € 250 en ten hoogste op € 1250; en
  - b. het restant van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget voor zover er betalingen mee zijn verricht als bedoeld in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel a.
6. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, worden de bedragen, genoemd in het vijfde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.
7. Het zorgkantoor vordert onverschuldigd betaalde bedragen van de verzekerde terug of verrekenet deze met door hem aan de verzekerde terzake van persoonsgebonden budgetten verschuldigde bedragen.

#### **Artikel 2.5.6.13**

1. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de formulieren, bedoeld in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdelen e en f, naar waarheid zijn ingevuld.
2. Het College zorgverzekeringen bepaalt welke gegevens de zorgkantoren bij de uitvoering van deze paragraaf registreren.
3. Het zorgkantoor bewaart de in het tweede lid bedoelde gegevens gedurende ten minste vijf jaar.

P

In artikel 4.1.1.a, eerste lid, wordt "2.5.1.18" vervangen door: 2.5.2.18.

Q

Na artikel 4.1.1.b wordt een artikel toegevoegd, luidende:

#### **Artikel 4.1.1.c**

1. Indien aan de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan de verlening van een netto persoonsgebonden budget als bedoeld in paragraaf 2.5.6 een persoonsgebonden budget is verstrekt op grond van paragraaf 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5, bedraagt het netto persoonsgebonden budget voor de eerste drie maanden ten minste 25% van het op grond van die paragrafen op jaarbasis vastgestelde of, indien de vaststelling nog niet is geschied, verleende persoonsgebonden budget.
2. In afwijking van het eerste lid bedraagt het netto persoonsgebonden budget tot 1 januari 2004 ten minste 100% van het op grond van paragraaf 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5 op jaarbasis vastgestelde, of, indien de vaststelling nog niet is geschied, verleende persoonsgebonden budget indien het netto persoonsgebonden budget voor 1 oktober 2003 wordt verleend en de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan de verlening van dat budget een persoonsgebonden budget op grond van paragraaf 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5 is verstrekt.



Blad  
13  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

3. Indien de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan de subsidieperiode een persoonsgebonden budget werd verleend als bedoeld in de paragrafen 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5 en het voor het laatste jaar van dat budget of die budgetten beschikbare bedrag niet volledig werd besteed, wordt het netto persoonsgebonden budget als bedoeld in paragraaf 2.5.6 verhoogd met een bedrag gelijk aan dit niet bestede deel.
4. In afwijking van het derde lid wordt het netto persoonsgebonden budget als bedoeld in paragraaf 2.5.6 verhoogd met een bedrag gelijk aan het niet bestede deel van het op grond van de paragrafen 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5 voor het laatste subsidiejaar beschikbare bedrag, maar ten hoogste 10% daarvan, indien de subsidieperiode aanvangt op 1 januari van enig kalenderjaar.
5. Bij de toepassing van het derde of vierde lid wordt voor de berekening van het voor de daar bedoelde overheveling beschikbare bedrag geen rekening gehouden met wijzigingen in eigen bijdragen die na afloop van de subsidieperiode van de budgetten als bedoeld in de paragrafen 2.5.1 of 2.5.5 bekend worden.
6. Indien een verzekerde aan wie een budget als bedoeld in de paragrafen 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 of 2.5.5 is verleend, uitsluitend om andere redenen dan de afloop van de subsidieperiode een budget als bedoeld in paragraaf 2.5.6 aanvraagt, en laatstbedoeld budget hem wordt verleend, vangt, in afwijking van artikel 2.5.6.4, de subsidieperiode van laatstbedoeld budget niet eerder aan dan de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop het aan dat budget ten grondslag liggende indicatiebesluit is afgegeven.

## **Artikel II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 2003.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp

### **Toelichting**

#### **Algemeen**

Het persoonsgebonden budget (pgb) is een belangrijk instrument om tot vraagsturing en zorg op maat in het kader van de AWBZ te komen. Burgers stellen zich steeds mondiger op en geven uitdrukkelijk te kennen zelf meer vorm en inhoud te willen geven aan hun leven en willen daar ook zelf op aanspreekbaar zijn. Om aan deze behoefte tegemoet te komen, is vooruitlopend op de modernisering van de AWBZ een aantal jaren geleden het pgb ingevoerd. Verzekerden die zelf bepaalde onderdelen van zorg willen inkopen, kunnen daarvoor een pgb in de vorm van een subsidie uit het Algemeen Fonds bijzondere Ziektekosten (AFBZ) ontvangen.

Gelet op de toentertijd gebruikelijke indeling van de aanspraken op zorg in verpleging en verzorging, verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor lichamelijk gehandicapten, zijn er vier verschillende pgb-regelingen ingevoerd, die elk een ingewikkelde uitvoering kennen. Deregulering van de bestaande pgb-regelgeving en vervanging van de sectorale regelingen door een AWBZ-brede pgb-regeling maakt het voor de cliënt beter mogelijk een reële keuze te maken tussen een pgb of zorg in natura.



Blad  
14  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

De vereenvoudiging van de uitvoering van de pgb-regelingen betekent dat de verplichte centrale administratie en het systeem van trekkingsrechten wordt vervangen door verstrekking van het pgb aan de budgethouder, die voor zorg is geïndiceerd. Anders dan in het systeem met trekkingsrechten op een pgb, wordt het budget aan de budgethouder uitgekeerd en de budgethouder betaalt daaruit zelf de door hem ingeschakelde zorgverleners.

Met de invoering per 1 april 2003 van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken vervalt het tot nu toe bestaande onderscheid tussen de hiervoor genoemde sectoren in de AWBZ. Tegelijk met de invoering van de functiegerichte omschrijving van de AWBZ-aanspraken wordt per 1 april 2003 de nieuwe AWBZ-brede pgb-regeling ingevoerd, waardoor verzekerden die daar bewust voor kiezen, de mogelijkheid krijgen om zelf en onder eigen financiële verantwoordelijkheid hun zorg te organiseren. Met het oog hierop wordt met onderhavige regeling een nieuwe paragraaf 2.5.6, Persoonsgebonden budget nieuwe stijl, aan de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet toegevoegd. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Stb. 2002, 527) en de daarin opgenomen wijzigingen van een aantal andere besluiten bevatten elementen die noodzakelijk zijn voor de nieuwe pgb-regeling. Het gaat hier om de omschrijving van de aanspraken in functies, functiegerichte indicatiestelling en de daarop aangepaste eigenbijdrage-regeling.

Deze AWBZ-brede pgb-regeling heeft betrekking op de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, tijdelijk verblijf (logeeropvang) en vervoer.

### **Artikelsgewijze toelichting**

#### *Artikel I, onderdelen A, subonderdeel 2, E, I, en N*

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn de aanspraken AWBZ functioneel omschreven. Voorts is in dat besluit voorzien in wijziging van het Zorgindicatiebesluit zodanig, dat de regionale indicatieorganen zullen indiceren op basis van die functionele omschrijvingen. Het is de bedoeling dat personen die op basis van de nieuwe aanspraken geïndiceerd worden, slechts een pgb als bedoeld in paragraaf 2.5.6 kunnen ontvangen (pgb nieuwe stijl). Hiertoe dient de toegang tot de pgb's als bedoeld in de paragrafen 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 en 2.5.5 (pgb's oude stijl) te worden afgesloten. Dat geschiedt via de voorliggende onderdelen van artikel I.

Het pgb voor verpleging en verzorging en het pgb voor verstandelijk gehandicapten zal nog slechts kunnen worden toegekend aan personen die op basis van de oude aanspraken zijn geïndiceerd. Ervan uitgaande dat de functioneel omschreven aanspraken met ingang van 1 april 2003 in werking treden, betekent dit dat slechts diegenen nog voor een pgb verpleging en verzorging (paragraaf 2.5.1) of een pgb verstandelijk gehandicapten (paragraaf 2.5.2) in aanmerking kunnen komen, voor wie voor 1 april 2003 een indicatiebesluit bij een regionaal indicatieorgaan is aangevraagd (artikel I, onderdeel A, subonderdeel 2, en onderdeel E). Voor de geestelijke gezondheidszorg kon deze oplossing niet gekozen worden, aangezien tot 1 april 2003 geen sprake zal zijn van indicatie door een regionaal indicatieorgaan. Daarom is via artikel I, onderdeel I, geregeld dat slechts diegenen nog in aanmerking komen voor een pgb geestelijke gezondheidszorg (paragraaf 2.5.4), voor wie het zorgkantoor voor 1 mei 2003 een indicatie voor het zorgonderdeel begeleiding, bedoeld in artikel 2.5.4.1, eerste lid, heeft vastgesteld. Ervan uitgaande dat een zorgkantoor een maand doet over de beoordeling van een aanvraag, komt ook deze regeling er - ongeveer - op neer dat het pgb geestelijke gezondheidszorg voor 1 april 2003 aangevraagd zal moeten worden, wil het nog verleend kunnen worden.



Blad  
15  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Personen aan wie een pgb verpleging en verzorging, verstandelijke gehandicapten of geestelijke gezondheidszorg is toegekend, zullen dat in principe tot het aflopen van de geldigheidsduur van hun (op de oude aanspraken gebaseerde) indicatiebesluit mogen houden. Het experiment tweedagenregeling (artikelen 2.5.1.16, 2.5.2.18 en 2.5.4.15) en het experiment met het pgb voor lichamelijk gehandicapten zijn reeds bij regeling van 11 december 2002, Stcrt. 2002, 241 verlengd en vervolgens afgesloten. Aldus wordt bereikt dat personen die aan deze experimenten deelnemen zoveel mogelijk rechtstreeks van de experimentele regeling naar een pgb nieuwe stijl kunnen overstappen. Toegekende budgetten voor lichamelijk gehandicapten eindigen op grond van artikel I, onderdeel N, met ingang van 1 juli 2003 of zoveel eerder als een subsidieperiode voor het pgb nieuwe stijl aanvangt. In eerdergenoemde regeling van 11 december 2002 is tevens neergelegd dat het experiment tweedagenregeling met ingang van 1 september 2003, en het experiment met het pgb voor lichamelijk gehandicapten met ingang 1 juli 2003 vervalst. De pgb-regelingen verpleging en verzorging, verstandelijk gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg zullen, gezien de hiervoor omschreven systematiek, langzaam "leeglopen". Zij blijven daarom voorlopig bestaan.

*Artikel I, onderdelen D, subonderdeel 2, G, subonderdeel 2, K en N*

Sommige budgethouders maken op dit moment gebruik van meerdere pgb's op basis van indicaties met verschillende einddata. Zo wordt een pgb voor verpleging en verzorging regelmatig gecombineerd met een pgb voor verstandelijk gehandicapten of een pgb voor geestelijke gezondheidszorg. Bij het einde van de indicatieduur voor een pgb stapt de budgethouder over op het pgb nieuwe stijl. Dat betreft dan een toekenning op basis van een integrale indicatiestelling. Om die reden is het logisch dat op het moment van verlening van een pgb nieuwe stijl alle oude toekenningen worden beëindigd.

*Artikel I, onderdeel O*

Met onderdeel O is, via toevoeging van een paragraaf 2.5.6, een nieuw persoonsgebonden budget toegevoegd, het 'persoonsgebonden budget nieuwe stijl'. De artikelen van deze paragraaf worden hierna afzonderlijk besproken.

**Artikel 2.5.6.1**

Artikel 2.5.6.1, eerste lid, bevat een aantal definities van begrippen waarvan in de rest van deze paragraaf gebruik wordt gemaakt.

Onder huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en vervoer wordt in deze paragraaf verstaan hetgeen daar onder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Anders dan in dat besluit, hoeft de huishoudelijke of persoonlijke verzorging, de verpleging of de ondersteunende en activerende begeleiding echter niet door een toegelaten instelling te worden verleend. De verzekerde aan wie een pgb wordt verstrekt kan derhalve de geïndiceerde zorg ook inkopen bij een natuurlijke persoon, of bij een rechtspersoon die of ander organisatorisch verband dat niet tot het verlenen van AWBZ-zorg is toegelaten. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat een aanspraak op vervoer slechts kan bestaan in combinatie met een aanspraak op ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen, en mits er



Blad  
16  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

een medische noodzaak voor het vervoer bestaat. Dit is geregeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Voor behandeling of verblijf zal voorlopig geen pgb worden verleend. Ook zal geen pgb worden verleend voor huishoudelijke of persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende en activerende begeleiding indien de verzekerde daarnaast voor verblijf is geïndiceerd en ook werkelijk gebruik maakt van de verblijfsindicatie. Hier wordt echter een uitzondering op gemaakt indien betrokkene is aangewezen op logeeropvang. Aangezien logeeropvang een vorm van verblijf is, dient deze vorm van kortdurend verblijf te worden gedefinieerd. Dit gebeurt in onderdeel d van het eerste lid: onder kortdurend verblijf wordt verstaan verblijf van gemiddeld een of twee etmalen per week. Deze definitie sluit aan op de wijze waarop de regionale indicatieorganen (rio's) tijdelijk verblijf indiceren. Opgemerkt wordt dat de beperking van kortdurende verblijf tot gemiddeld niet meer dan twee dagen per week niet betekent dat de verzekerde bij een indicatie voor - bijvoorbeeld - twee dagen per week doorgaans niet langer dan vier dagen aaneengesloten in een instelling kan verblijven. Het betekent slechts dat het desbetreffende budget op gemiddeld twee dagen per week zal worden afgestemd. Het is aan de budgethouder of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger om te beslissen hoe het met het pgb in te kopen tijdelijk verblijf gespreid wordt. Zo kan een budgethouder met een indicatie voor twee etmalen per week besluiten om dagen op te sparen, door bijvoorbeeld slechts eenmaal in de twee weken een weekend te gaan logeren. De opgespaarde dagen - in het voorbeeld 52 - kunnen achtereenvolgend worden genoten, bijvoorbeeld indien de verzorgenden van de budgethouder enkele weken met zomervakantie gaan en de budgethouder in die weken op logeeropvang is aangewezen.

Wat betreft het eerste lid, onderdeel f, het volgende. De aan de verzekerde te verstrekken subsidie - in deze regeling het 'netto persoonsgebonden budget' genoemd - is, zo bepaalt art. 2.5.6.7, eerste lid, gelijk aan het bruto persoonsgebonden budget verminderd met een bedrag dat de verzekerde geacht wordt zelf voor het inkopen van de zorg in te zetten (eigen bijdrage). Deze eigen bijdrage zou de verzekerde ook verschuldigd zijn geweest indien hij de desbetreffende zorg in natura zou hebben genoten. Door ook het bedrag dat in totaal aan zorg besteed zou moeten worden met 'persoonsgebonden budget' aan te duiden (zij het met het voorvoegsel 'bruto') wordt benadrukt dat het voor inkoop van zorg beschikbare budget gelijk is aan dit bruto bedrag, en dat de verzekerde een deel van dit budget wordt verstrekt (het netto persoonsgebonden budget) terwijl hij het andere deel zelf moet fourneren.

De uitvoering van de AWBZ voor een verzekerde die in het buitenland woont, geschiedt niet door het zorgkantoor, maar door het uitvoeringsorgaan waarbij hij is ingeschreven. Met het oog op bundeling van deskundigheid is besloten, ook de uitvoering van het pgb voor in het buitenland wonenden in handen van het uitvoeringsorgaan van inschrijving te leggen. Voor de uitvoering van deze regeling worden die uitvoeringsorganen beschouwd als zorgkantoor (tweede lid, onderdeel b). Het hebben van een indicatiebesluit waaruit blijkt dat de verzekerde op één of meer van de vormen van zorg, als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b of d, is aangewezen, is voorwaarde voor het kunnen verkrijgen van een pgb. De rio's indiceren slechts in Nederland wonenden. Op grond van de Regeling Ziekenfondsraad hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ indiceren de uitvoeringsorganen van inschrijving AWBZ-zorg voor verzekerden die in het buitenland wonen. Zij doen dit op basis van een verklaring van een in dat woonland werkende arts die niet zelf bij de zorgverlening aan de verzekerde is betrokken. Dit systeem is in onderhavige regeling overgenomen (tweede lid, onderdeel a).





Blad  
17  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

### **Artikel 2.5.6.2**

De pgb-regeling nieuwe stijl gaat uit van een getrapte subsidie: het College zorgverzekeringen (CVZ) verstrekt de zorgkantoren subsidie, waarmee deze de in hun regio wonende verzekerden op hun beurt subsidies verstrekken. Laatstbedoelde subsidies heten de 'netto persoonsgebonden budgetten' (zie ook artikel 2.5.6.1, onderdeel f).

De algemene subsidiebepalingen in hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet bevatten onder meer artikelen over de subsidieverlening, -bevoorschotting en -vaststelling die - tenzij daar in de voorliggende paragraaf van afgeweken wordt - van toepassing zijn op de subsidieverstrekking aan de zorgkantoren. Nu de voorliggende pgb-regeling, anders dan de bestaande pgb-regelingen (paragrafen 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 en 2.5.5) geen incidenteel karakter meer heeft, is, gezien de definities van 'project' en 'projectsubsidie' in artikel 1.1.1, de subsidie die aan de zorgkantoren wordt verleend geen projectsubsidie. Omdat de inhoud van de in hoofdstuk I voor projectsubsidies opgenomen artikelen echter ook dient te gelden voor de in deze paragraaf geregelde subsidie aan de zorgkantoren, wordt in het derde lid van artikel 2.5.6.2 geregeld dat deze subsidie voor de toepassing van hoofdstuk I als projectsubsidie wordt beschouwd.

Ook de subsidiebepalingen van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn overigens van toepassing, voor zover daar althans in hoofdstuk I of in de voorliggende paragraaf, niet van afgeweken wordt. Daar waar de Awb voor de toepassing van deze paragraaf onmiddellijk relevante artikelen bevat, zullen zij voor de duidelijkheid in deze toelichting worden aangehaald. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat het feit dat dit in toelichtingen op de overige paragrafen van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet niet is gebeurd, onverlet laat dat ook daar de Awb aanvullende werking heeft.

Artikel 2.5.6.2 regelt de subsidieverlening aan de zorgkantoren. Deze geschiedt op aanvraag. Het zorgkantoor hoeft, in afwijking van hetgeen in de algemene subsidiebepalingen van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet geregeld is, jens het CVZ niet aannemelijk te maken dat er in zijn regio behoefte bestaat aan pgb's, noch dat de subsidie voldoende zal zijn om in deze behoefte te voorzien. Ook hoeft de aanvraag niet vergezeld te gaan van een projectplan. Het zorgkantoor mag de verleende subsidie namelijk alleen gebruiken voor het verstrekken van pgb's, zodat aard en doel van de besteding van de subsidie duidelijk zijn (opgemerkt wordt dat de kosten die het zorgkantoor maakt voor de uitvoering van de subsidieregeling niet op grond van de voorliggende regeling, maar op een andere titel worden vergoed). Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de subsidie door het zorgkantoor moet worden besteed. Deze is neergelegd in de artikelen 2.5.6.3 tot en met 2.5.6.13. Daarnaast bevat hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet een aantal algemene regels die bij het gebruik van projectsubsidies in acht moeten worden genomen. Het naleven van de in deze paragraaf en - voor zover van toepassing - van de in hoofdstuk I neergelegde regels is te zien als een tot de zorgkantoren gerichte subsidieverplichting, als bedoeld in artikel 4:37, eerste lid, van de Awb. Indien een zorgkantoor deze regels niet in acht neemt, kan het CVZ na de subsidieperiode - dat wil zeggen het kalenderjaar - ingevolge artikel 4:46, tweede lid, onderdeel b, van de Awb de subsidie op een lager bedrag vaststellen dan waarvoor deze was verleend en eventueel teveel betaalde voorschotten terugvorderen (art. 4:57 Awb).

Er geldt geen subsidieplafond. Voor iedere terecht verstrekte pgb zal het zorgkantoor derhalve door het CVZ gesubsidieerd worden. Op zich zou het derhalve mogelijk zijn geweest de subsidie aan de zorgkantoren niet per kalenderjaar, maar over een langere periode te verstrekken, en de verplichting



Blad  
18  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

tot het indienen van een (jaarlijkse) begroting (art. 1.6.1, tweede lid) weg te laten. Hier is niet voor gekozen. Het beslag van de pgb-regeling op het AFBZ zal naar verwachting aanzienlijk zijn. Een inschatting van dat beslag vooraf, en een jaarlijkse subsidievaststelling achteraf is, om het verloop van de kosten te kunnen volgen, noodzakelijk. Daarnaast blijft de in artikel 1.6.1, tweede lid, opgenomen eis van indiening van een liquiditeitsprognose gelden.

Het aantal gevallen waarin een uitvoeringsorgaan - op grond van artikel 2.5.6.1, tweede lid, onderdeel b, voor deze regeling als zorgkantoor beschouwd - pgb's aan in het buitenland wonende verzekerden zal verstrekken, is naar verwachting beperkt. Mogelijk bevatten de bepalingen in hoofdstuk I voor deze subsidiëring te ver gaande bepalingen. Het vierde lid van artikel 2.5.6.2 geeft het CVZ de bevoegdheid voor de subsidiëring van deze uitvoeringsorganen nadere regels te stellen, waarbij mag worden afgeweken van de bepalingen in hoofdstuk I van deze regeling.

### **Artikel 2.5.6.3**

De artikelen 2.5.6.3 tot en met 2.5.6.12 gaan over de wijze waarop de zorgkantoren de aan hun verleende subsidie als pgb dienen door te verstrekken aan hun verzekerden. Conform de Awb zijn er drie soorten beschikkingen die de pgb-verstrekking regelen. Ten eerste de verleningsbeschikking, die de verzekerde over een bepaalde subsidieperiode het recht geeft op een subsidie indien - en in het geval van het netto pgb ook: voor zover - hij de daarmee te verrichten activiteiten met inachtneming van de daaraan verbonden verplichtingen verricht. Ten tweede de voorschotbeschikking, die bepaalt op welke wijze het verleende budget aan de verzekerde wordt bevoorschot. Ten derde de vaststellingsbeschikking, die na afloop van ieder kalenderjaar respectievelijk het einde van de subsidieperiode, wordt gegeven, en waarmee het zorgkantoor definitief het recht op en de hoogte van het budget over dat kalenderjaar respectievelijk over de periode tussen 1 januari en het einde van de subsidieperiode vaststelt. Indien de term 'verstrekking' wordt gebruikt, wordt daarmee de verlening of de vaststelling, dan wel beide, bedoeld.

De artikelen 2.5.6.3 tot en met 2.5.6.11 bevatten, met uitzondering van artikel 2.5.6.9, bepalingen die het zorgkantoor bij de verlening van de netto pgb's in acht moet nemen.

Artikel 2.5.6.3 geeft de voorwaarden voor de verlening van een netto pgb.

Het eerste lid bevat de noodzakelijke voorwaarden voor het kunnen verlenen van een budget: (a) de verzekerde is geïndiceerd voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, kortdurend verblijf of vervoer, en (b) de verzekerde heeft voor die vormen van zorg, waarvoor hij een pgb wenst te ontvangen, een pgb-aanvraag ingediend. Het is mogelijk dat een verzekerde die volgens zijn indicatiebesluit op verschillende van eerdergenoemde vormen van zorg is aangewezen, voor de ene een pgb aanvraagt, en voor de andere kiest voor het ontvangen van zorg in natura op grond van de AWBZ. Verblijf, derhalve ook kortdurend verblijf, kan alleen tezamen met een andere functie worden geïndiceerd (artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ). Dat doet er niet aan af dat het mogelijk is om desgevraagd alleen een pgb voor kortdurend verblijf te verstrekken. Dit geldt zelfs indien betrokkene volgens zijn indicatiebesluit is aangewezen op behandeling (waarvoor geen pgb kan worden verstrekt) en kortdurend verblijf. Daarentegen kan geen "los" pgb voor vervoer - dat ingevolge artikel 10 van het



Blad  
19  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Besluit zorgaanspraken AWBZ slechts in combinatie met ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen kan worden geïndiceerd - worden verleend.

Het tweede en derde lid van artikel 2.5.6.3 geven aan wanneer het zorgkantoor een aanvraag tot verlening van een pgb moet weigeren. Dit is allereerst het geval indien de verzekerde op het moment waarop de pgb-subsidieperiode zou aanvangen, in een instelling zal verblijven. De reden hiervoor is, dat verblijf in ieder geval in 2003 nog in combinatie met andere vormen van zorg wordt bekostigd (productfinanciering). Het kunnen verlenen van enerzijds een pgb voor de in artikel 2.5.6.1, onderdeel b, genoemde vormen van zorg en anderzijds het leveren van verblijf in natura, zou daarom tot een gedeeltelijk dubbele bekostiging leiden. De mogelijkheid van verblijf in natura met een pgb voor één van de andere vormen van zorg waarvoor de verzekerde is geïndiceerd, zal worden heroverwogen op het moment dat de bekostiging van verblijf niet meer gecombineerd met andere vormen van zorg plaatsvindt. Overigens kan, zoals uit voorgaande blijkt, voor tijdelijk verblijf wél een pgb worden verleend. Dit houdt verband met het feit dat tijdelijk verblijf niet ingaat tegen het beleid van het scheiden van wonen en zorg.

Ten tweede is er een weigeringsgrond indien de verzekerde op basis van een wettelijk voorschrift anders dan de AWBZ recht heeft op dezelfde zorg als de geïndiceerde zorg naar ten minste dezelfde klasse, of op (ten minste) een daarmee overeenkomende vergoeding. Het tot gelding kunnen brengen van een aanspraak op AWBZ-zorg is op zich geen reden om een aanvraag tot pgb-verlening te weigeren. Immers, het pgb kan juist slechts verleend worden indien de verzekerde voor zo'n aanspraak is geïndiceerd, hetgeen, gezien de systematiek van de AWBZ, automatisch met zich brengt dat de verzekerde de aanspraak tot gelding kan brengen. Het is echter uiteraard niet de bedoeling dat de verzekerde naast een pgb voor de vorm(en) van zorg waarvoor dat pgb is toegekend, tevens zorg in natura op grond van de AWBZ geniet. Of dit gedurende de subsidieperiode niet zal gebeuren, is niet bij de pgb-verlening te constateren. Daarom worden de zorgkantoren in artikel 2.5.6.8, onderdeel g, verplicht, de verzekerden op hun beurt de verplichting op te leggen, dat zij gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het pgb is verstrekt, niet tevens rechten op AWBZ-zorg tot gelding brengen. Het niet voldoen aan een subsidieverplichting kan leiden tot wijziging of intrekking van de subsidieverlening (art. 2.5.6.11, tweede lid, onderdeel b) en tot terugvordering van het ten onrechte bevoorschotte of vastgestelde bedrag (art. 2.5.6.12, zevende lid). Overigens geldt iets dergelijks ook voor de eerste weigeringsgrond: ook hier is het mogelijk dat de verzekerde die voor verblijf is geïndiceerd, bij de aanvraag van een pgb voor een andere geïndiceerde vorm van zorg verklaart niet in een instelling te zullen gaan verblijven, waarna hij dat later toch gaat doen. In artikel 2.5.6.8, onderdeel h, wordt het zorgkantoor dan ook de verplichting opgelegd de verzekerde bij de subsidieverlening te verplichten geen gebruik te maken van het geïndiceerde verblijf. Opgemerkt wordt nog dat tot de wettelijke voorschriften, bedoeld in onderdeel b, niet behoort de Ziekenfondswet (Zfw). Dit komt doordat slechts aanspraak op verstrekkingen ingevolge de Zfw bestaat, voorzover er geen aanspraak op AWBZ-zorg bestaat (art. 8, eerste lid, Zfw). Aangezien het pgb in de plaats komt van AWBZ-aanspraken, kan een pgb nooit worden verleend voor een verstrekking waarop tevens ingevolge de Zfw aanspraak bestaat: het pgb gaat immers voor. Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van de EG van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale-zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (PbEG 1971 L149/2; geconsolideerde versie opgenomen in PbEG 1997 L 28/1; verder Vo. 1408/71 genoemd) is geen wettelijk voorschrift. Zie voor



Blad  
20  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

de samenloop tussen aanspraken op grond van de verordening en het pgb de toelichting op artikel 2.5.6.7.

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat geen weigeringsgrond geldt indien de gezondheidsschade die tot de AWBZ-aanspraak en vervolgens tot de aanvraag van een pgb heeft geleid, het gevolg is van het handelen of nalaten van een derde en de verzekerde dientengevolge jegens die derde - of diens verzekeraar - recht op schadevergoeding heeft.

De derde weigeringsgrond is aan de orde indien het zorgkantoor, na advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een pgb ten behoeve van inkoop van zorg voor een minderjarige, door zijn wettelijke vertegenwoordigers ergens anders voor zal worden gebruikt. Indien te verwachten valt dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van het kind ten gevolge heeft, wordt het pgb geweigerd. Aan het kind te leveren zorg in natura is in dat geval beter. Voor de formulering van dit lid is aangesloten bij de redactie van art. 16d, zesde lid van het Bijdragebesluit zorg zoals dat met ingang van 1 april 2003 is komen te luiden.

Het derde lid bepaalt dat het zorgkantoor verlening van het pgb weigert indien de kosten daarvan, ten opzichte van de verlening van dezelfde zorg in combinatie met verblijf in een instelling, onverantwoord zouden zijn. Net als op grond van de pgb-regeling verpleging en verzorging gold, is geregeld dat als het bruto pgb € 300 per dag of minder zal kosten, het zorgkantoor zelfstandig kan besluiten of, ten opzichte van verlening van de desbetreffende zorg in natura, de kosten van het pgb onverantwoord zouden zijn. Zou het bruto pgb meer dan € 300 per dag gaan kosten, dan dient het zorgkantoor, voordat het zich een oordeel over het al dan niet verantwoord zijn van verstrekking van dat budget vormt, over de juistheid van de aan zijn afweging ten grondslag liggende berekeningen advies te vragen van het CVZ. Indien het zorgkantoor van het advies van het CVZ afwijkt, dient dit bij (de weigering van) de verlening te worden gemotiveerd (zie art. 3:50 Awb). Verstrekking van het pgb is overigens nooit onverantwoord indien voor verblijf naar het oordeel van een onafhankelijke medicus, dat wil zeggen een medicus bij wie de verzekerde niet onder behandeling is, op medische gronden een contra-indicatie bestaat.

Is het zorgkantoor van mening dat de kosten van verstrekking van het netto pgb, ten opzichte van de kosten van verblijf (inclusief de daarmee verbonden andere vormen van zorg) onverantwoord zijn, dan weigert het de verlening van het pgb, tenzij de verzekerde verzoekt het pgb te verlenen tot het bedrag dat het zorgkantoor zou hebben moeten betalen indien de betrokkene zou worden opgenomen (art. 2.5.6.7, tweede lid).

Bevatten het tweede en derde lid de gronden waarop het zorgkantoor verlening van een pgb moet weigeren, het zesde lid bevat de gronden waarop dat kantoor het pgb mag weigeren. Dit is het geval indien een verzekerde zich niet heeft gehouden aan de bij verstrekking van een eerder budget opgelegde verplichtingen, waaronder de verplichting het budget te besteden aan de inkoop van de zorg waarvoor het verstrekt is of daarmee verband houdende kosten. De weigeringsgronden van het tweede, derde en zesde lid zijn tezamen limitatief. Het zorgkantoor mag dus niet op nog andere gronden weigeren een persoonsgebonden budget te verlenen.

#### **Artikel 2.5.6.4**



Blad  
21  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Artikel 2.5.6.4 regelt de periode waarvoor het pgb wordt verleend, de subsidieperiode. Deze periode start niet eerder dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het budget wordt verleend, en loopt tot de dag waarop de geldigheidsduur van het indicatiebesluit eindigt.

Indicatiebesluiten kunnen, afhankelijk van de vragen of de geïndiceerde zorg een tijdelijk of permanent karakter heeft en of de benodigde zorg naar aard of inhoud nog zal wijzigen, voor perioden van langer dan een kalenderjaar - met een maximum van vijf jaren - worden gegeven. Artikel 2.5.6.4 brengt met zich, dat het netto pgb - afhankelijk van de duur van de indicatie en de datum waarop de verzekerde het pgb aanvraagt - voor meer kalenderjaren kan worden verleend. Voor de verzekerde heeft dit als voordeel, dat niet aan het einde van ieder kalenderjaar een nieuwe verlening hoeft te worden aangevraagd. Het aanvragen van een nieuwe verlening is pas aan de orde na afloop van een indicatieperiode. Dit ligt ook in de rede, aangezien een nieuwe indicatie van de verzekerde kan leiden tot indicatie van andere vormen van zorg of een andere omvang van de aangewezen zorg, hetgeen op zijn beurt gevolgen kan hebben voor het pgb.

#### **Artikel 2.5.6.5**

Artikel 2.5.6.7, eerste lid, bevat de hoofdregel voor de berekening van de omvang van het te verlenen netto pgb: dit pgb is gelijk aan de waarde van het bruto pgb minus het bedrag van de eigen bijdrage dat betrokkene verschuldigd zou zijn indien hij de desbetreffende zorg in natura zou hebben ontvangen. Artikel 2.5.6.5 geeft regels over de berekening van het bruto pgb.

In het indicatiebesluit bepaalt het rio voor iedere geïndiceerde vorm van zorg (exclusief behandeling of verblijf) de bijbehorende zorgzwaarte ('klasse') in uren respectievelijk dagdelen. Het eerste lid van artikel 2.5.6.5 geeft het bij iedere klasse respectievelijk het bij kortdurend verblijf behorende bedrag. Dit bedrag is het bedrag waarmee de verzekerde de voor hem geïndiceerde zorg - voor zover hem daar een budget voor wordt verleend - zou moeten kunnen inkopen, dat wil zeggen: is het bruto pgb. Heeft de verzekerde voor meer vormen van zorg een budget aangevraagd, dan bedraagt het bruto pgb de som van de op grond van het eerste lid te bepalen bedragen. Als eerder gezegd wordt van de verzekerde verwacht dat hij een deel van de benodigde zorg zelf financiert (de eigen bijdrage); het andere deel kan hij financieren uit het hem verstrekte netto pgb.

De hoogste klassen zijn bedoeld voor gevallen waarin het rio van mening is dat de zorgbehoefte zelfs hoger is dan het maximum van wat nog regelmatig voorkomt. Het is niet mogelijk om voor dit soort - uitzonderlijke - gevallen (verblijf met zorg zal in dit geval immers vaak doelmatiger zijn) één pgb bedrag in de regeling op te nemen. Daarom is geregeld dat in zo'n geval de budgethouder een pgb wordt verleend ter hoogte van het bedrag behorende bij de hoogste reguliere klasse, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het aantal uren dat de geïndiceerde zorg de bovengrens van die klasse overschrijdt vermenigvuldigd met het uurtarief voor de desbetreffende vorm van zorg.

De bijtelling voor vervoer in de onderdelen f en g van het eerste lid gaat uit van een bedrag van € 5 per dagdeel (voor de heen- en terugreis tezamen), met een maximum van € 25 per week. Dit laatste houdt verband met het feit dat een verzekerde bij begeleiding op meerdere dagdelen per dag veelal slechts éénmaal op die dag heen en weer zal hoeven te reizen.



Blad  
22  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Artikel 2.5.6.4 leidt ertoe, dat de subsidie voor meerdere jaren kan worden verleend. Het derde en vierde lid van artikel 2.5.6.5 bewerkstelligen, dat in dergelijke gevallen het bruto pgb (en daarmee het netto pgb) ieder jaar wordt geïndexeerd, en wel met het percentage waarmee de bedragen van het eerste lid ieder jaar zullen worden verhoogd.

Indien de subsidieperiode niet op 1 januari van een kalenderjaar start of eindigt, dient het budget voor het desbetreffende jaar herleid te worden tot een bedrag behorende bij het aantal dagen in het kalenderjaar, waarover de subsidieperiode zich uitstrekte. Het vijfde lid voorziet hierin.

#### **Artikel 2.5.6.6**

Artikel 2.5.6.7, eerste lid, bepaalt dat het netto persoonsgebonden budget gelijk is aan het bruto persoonsgebonden budget minus de eigen bijdrage. Artikel 2.5.6.6 bepaalt hoe die eigen bijdrage wordt berekend.

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn, net zoals dat het geval is indien de zorg op grond van de AWBZ in natura wordt geleverd, geen eigen bijdrage verschuldigd.

Het eerste lid regelt de eigen bijdrage voor pgb's indien niet tevens een pgb voor kortdurend verblijf wordt verleend. Door middel van de verwijzing naar de artikelen 16d, 1, 16, en 16e van het Bijdragebesluit zorg is geregeld dat de eigen bijdrage dan 17,75% van de waarde van het persoonsgebonden budget bedraagt. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat dit lid van toepassing is indien een verzekerde niet alleen voor een of meer van de in artikel 2.5.6.1, onderdeel b, bedoelde functies is geïndiceerd, maar tevens voor niet kortdurend verblijf en hij met ingang van de subsidieperiode niet in een instelling zal verblijven.

Het tweede lid regelt de eigen bijdrage indien een pgb (al dan niet: mede) voor kortdurend verblijf wordt verleend. Aangesloten is bij de bepalingen uit het Bijdragebesluit zorg die zien op de eigen bijdrage in bijzondere gevallen van verblijf in een instelling. Dit komt er op neer dat de bijdrage 10% van het bijdrageplichtig inkomen bedraagt, met echter een minimum van € 106, en een maximum van € 556 per maand. Overigens wordt deze eigen bijdrage via de overeenkomstige toepassing van de artikelen 15, en 4, vierde lid, van het Bijdragebesluit zorg, voor kortdurend verblijf naar rato verminderd. Derhalve geldt dat indien een verzekerde bijvoorbeeld een pgb voor huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, alsmede een pgb voor kortdurend verblijf gedurende gemiddeld twee dagen per week heeft, zijn eigen bijdrage wordt vermenigvuldigd met een breuk, waarvan de teller bestaat uit het product van het aantal dagen per maand waarop hij voor kortdurend verblijf is geïndiceerd en het getal twaalf, en de noemer uit het getal 365.

#### **Artikel 2.5.6.7**

Het eerste lid bevat de hoofdregel over de omvang van de aan de verzekerde te verlenen subsidie: het netto persoonsgebonden budget is gelijk aan het bruto persoonsgebonden budget, verminderd met de eigen bijdrage.

In artikel 2.5.6.3, derde lid, is geregeld dat het zorgkantoor verlening van het pgb weigert indien de kosten van het netto pgb ten opzichte van de kosten van verblijf in een instelling naar zijn oordeel niet verantwoord zijn. Het tweede lid van artikel 2.5.6.7 geeft de verzekerde echter ook de mogelijkheid in dat geval te vragen om een netto budget ter hoogte van de kosten die het zorgkantoor voor verblijf zou



Blad  
23  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

hebben gemaakt, indien de verzekerde voor verblijf (inclusief de daarbij behorende, voor hem geïndiceerde functies) zou hebben gekozen. Vraagt de verzekerde hier om, dan kan het zorgkantoor aan dit verzoek tegemoet komen.

Een pgb zal ook aan in het buitenland verblijvenden (bijvoorbeeld de zogenoemde 'overwintersaars' in Spanje) of wonenden kunnen worden verstrekt. Het kan echter zijn, dat de inkoop van zorg in het buitenland goedkoper is dan de inkoop van zorg in Nederland. Het derde lid van artikel 2.5.6.7 leidt ertoe dat in dat geval het budget wordt omgerekend naar het buitenlandse prijspeil.

Op grond van Vo. 1408/71 hebben in het buitenland verblijvende of wonende AWBZ-verzekerden recht op verstrekkingen naar het recht van hun verblijfs- of woonland, voor rekening van de Nederlandse uitvoeringsorganen. Aangezien (a.) het pgb in de plaats komt van een AWBZ-aanspraak op een verstrekking in natura, (b.) werkelijk voor de inkoop van zorg gebruikt dient te worden (of dit zo is blijkt uit de verantwoordingsformulieren en de controle daarop alsmede uit door de zorgkantoren te verrichten steekproeven) en (c.) teruggevorderd wordt voor zover het niet of onjuist is gebruikt, is ook het pgb te zien als een verstrekking. Eerdergenoemd uitgangspunt uit Vo. 1408/71 leidt ertoe, dat het Europees recht niet tot verstrekking van pgb's aan in andere lid-staten verblijvende of wonende AWBZ-verzekerden verplicht. Er is echter nationaalrechtelijk voor gekozen, het pgb toch exporteerbaar te maken. Om te voorkomen dat een verzekerde zowel zorg in natura volgens de buitenlandse regelgeving als een volledig (zij het tot het buitenlandse prijspeil omgerekend) budget geniet, bepaalt het vierde lid van artikel 2.5.6.7 dat het netto pgb wordt geanticumuleerd met de waarde van de verstrekkingen waarop betrokkene volgens de regelgeving van het woon- of verblijfsland recht heeft. Voor de waarde van deze verstrekkingen wordt uitgegaan van de tarieven die het orgaan van de woon- of verblijfplaats hanteert. Zijn die er niet, dan wordt uitgegaan van de Nederlandse tarieven, die dan echter wel eerst worden omgerekend naar het prijspeil van het woon- of verblijfsland. Naar het buitenlandse recht verplichte eigen bijdragen worden derhalve niet in aanmerking genomen. Dit is logisch, nu in het netto pgb wel de eigen bijdragen naar het Nederlandse recht zijn verdisconteerd. Overigens geldt het vierde lid niet alleen voor verzekerden die in een andere lidstaat van de Europese Unie verblijven of wonen, maar voor alle in het buitenland verblijvenden of wonenden.

Vaak zal een indicatiebesluit niet op 31 december maar middenin een kalenderjaar aflopen. Indien de verzekerde op grond van zijn nieuwe indicatiebesluit direct aansluitend een nieuw pgb krijgt, mag hij tussen 1 januari van het desbetreffende kalenderjaar en de dag waarop de subsidieperiode van het eerdere budget eindigde op het eerdere pgb overschietende bedragen, tot 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar nog gebruiken, als ware dit geld in het kader van het nieuwe pgb verleend. Het vijfde lid strekt hiertoe.

Het zesde lid zorgt ervoor dat ieder kalenderjaar maximaal 10% van de niet bestede gelden naar het volgende jaar mag worden overgeheveld. Dit is nodig nu de subsidie - die op zich voor meerdere jaren verleend kan worden - per kalenderjaar wordt vastgesteld. De verwijzing naar het eerste tot en met vijfde lid leidt ertoe dat in deze 10% overschotten van eerdere jaren niet meegenomen worden. Deze systematiek geldt ook indien het pgb van de verzekerde op 31 december eindigt en op 1 januari een nieuw pgb ingaat (zevende lid).

#### **Artikel 2.5.6.8**



Blad  
24  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Artikel 2.5.6.8, eerste lid, bevat een opsomming van de verplichtingen die het zorgkantoor de verzekerde bij de verlening van het pgb dient op te leggen. Allereerst betreft dit de verplichting om het budget niet anders te besteden, dan voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 2.5.6.1, onderdeel b of d en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten (onderdeel a). Bij met de betaling van de zorg noodzakelijk verbonden kosten dient onder meer te worden gedacht aan secundaire arbeidsvoorwaarden van de zorgverlener - tot het bij cao overeengekomen niveau - voor het geval de budgethouder werkgever is. De budgethouder-werkgever doet er verstandig aan zich te verzekeren tegen de risico's van het doorbetalen van het loon van de zorgverlener bij ziekte, en tegen het risico van een hoge WAO-premie bij arbeidsongeschiktheid. De werkgever-budgethouder zal zijn administratie kosteloos kunnen uitbesteden aan een facilitaire organisatie. Deze organisatie zal ook - voor de budgethouder kosteloze - verzekeringen tegen eerdergenoemde risico's aanbieden. Een budgethouder die hier geen gebruik van wenst te maken, zal de risico's zelf moeten dekken. De premies voor dergelijke verzekeringen zijn derhalve niet te zien als met de betaling van de zorg noodzakelijk verbonden kosten. Indien de budgethouder voor het vinden van een zorgaanbieder een derde heeft ingeschakeld en hij die derde voor de bemiddeling betaalt, kunnen onder 'noodzakelijk met de betaling van de zorg verbonden kosten' ook deze bemiddelingskosten worden geschaard.

Met onderdeel a houdt het derde lid van dit artikel verband. Dat lid bepaalt dat kosten die voortvloeien uit verschillen in door de verzekerde afgesloten overeenkomsten enerzijds en de door het CVZ opgestelde pgb-modelovereenkomsten anderzijds, geen noodzakelijke kosten zijn. Aldus wordt voorkomen dat een budgethouder een zorgverlener bijvoorbeeld door een heel lange opzegtermijn af te spreken, kan bevoordelen.

Onderdeel a verhindert niet dat zorg wordt ingekocht waarvoor de verzekerde niet geïndiceerd is, dan wel dat zorg wordt ingekocht waarvoor betrokkene wel geïndiceerd is, maar waarvoor hij heeft aangegeven geen pgb te willen ontvangen. Voor deze ruime bestedingsmogelijkheid is gekozen met het oog op de uitvoerbaarheid van de regeling door de zorgkantoren. Indien de verzekerde het budget voor de inkoop van andere zorg gebruikt dan waarvoor het is verleend, en vervolgens een aanvraag indient om een hogere subsidieverlening opdat alsnog de zorg kan worden ingekocht waarvoor het was verleend, zal deze aanvraag uiteraard worden afgewezen. Tevens verhindert het onderdeel niet, dat de verzekerde, indien hem een budget voor meer vormen van zorg is toegekend, besluit het budget anders te verdelen dan de verdeling waarop de verlening was gebaseerd. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat, tenzij de verzekerde een indicatie voor ondersteunende of activerende begeleiding inclusief vervoer heeft en daar een pgb voor ontvangt, een pgb niet gebruikt kan worden voor de inkoop van vervoer. Dit is geregeld in het tweede lid. Overigens is combinatie van het tot gelding brengen van een AWBZ-aanspraak op zorg in natura en het gebruiken van een deel van het - voor andere vormen van zorg verleende - pgb voor aanvullende inkoop van dezelfde zorg, gezien het eerste lid, onderdeel g, niet toegestaan. Een uitzondering hierop is indien iemand zowel voor ondersteunende of activerende begeleiding in dagdelen, als in uren is geïndiceerd.

De regel dat het budget gebruikt dient te worden voor de inkoop van zorg en met de zorg verbonden kosten kent een uitzondering: maximaal 1,5% van het budget, met een minimum van € 250 en een maximum van € 1250 op jaarbasis, mag vrij besteed worden (artikel 2.5.6.8, tweede lid). Hoewel het de bedoeling is dat dit bedrag aan zijdelings met de zorg verbonden kosten wordt besteed (bijvoorbeeld een bloemetje bij ziekte van de zorgverlener of het geven van een kerstgratificatie) wordt dit niet voorgeschreven. Over de besteding van deze 1,5% hoeft geen verantwoording te worden





Blad  
25  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

afgelegd, en de besteding ervan wordt dan ook niet gecontroleerd. Start of eindigt een subsidieperiode niet met ingang van 1 januari, maar gedurende een kalenderjaar, dan worden het minimum- en maximumbedrag evenredig verlaagd (artikel 2.5.6.8, derde lid).

Onderdeel b van het eerste lid schrijft voor dat de zorg die de verzekerde inkoop, kwalitatief verantwoord moet zijn. Kwalitatief verantwoord is zorg die voldoet aan de daartoe strekkende normen van de diverse zorgverlenende beroepsgroepen.

Onderdeel c bepaalt dat aan de inkoop van zorg een schriftelijke overeenkomst ten grondslag moet liggen. In de overeenkomst dienen, met het oog op de controlemogelijkheden van de zorgkantoren, ten minste de in de subonderdelen 1 en 2 of 1 en 3 genoemde afspraken te zijn opgenomen.

Onderdeel d leidt ertoe dat de verzekerde de in onderdeel c bedoelde overeenkomsten en declaraties ten minste zeven jaar dient te bewaren, en deze desgevraagd aan het zorgkantoor dient over te leggen.

Binnen acht weken na iedere voorschotperiode dient de verzekerde zich jegens het zorgkantoor te verantwoorden over de besteding van het desbetreffende voorschot en over de besteding van eventuele restanten van eerdere voorschotten. Bij de verantwoording over de laatste voorschotperiode in een subsidieperiode dienen daarnaast nog de namen, adressen en de sociaal-fiscale nummers respectievelijk btw-nummers van de zorgverleners die hem in de gehele subsidieperiode zorg hebben verleend, te worden overgelegd (onderdelen e en f).

Het zorgkantoor gaat op basis van de ingeleverde verantwoordingen na, of de verzekerde het voorschot heeft gebruikt waarvoor het mag worden gebruikt. Zo niet, dan deelt het zorgkantoor dit binnen acht weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier aan de verzekerde mee (art. 2.5.6.9, derde lid). Dit betekent overigens niet, dat de verzekerde hiermee van verdere controle is gevrijwaard. Het kan immers zijn dat hij het verantwoordingsformulier niet naar waarheid heeft ingevuld. Het zorgkantoor zal steekproefsgewijs nagaan of het budget ook werkelijk correct is besteed (art. 2.5.6.13, eerste lid) en zal in dat verband de in onderdeel d bedoelde bescheiden bij budgethouders opvragen.

Onderdeel g beoogt te regelen dat voor zorg waarvoor een pgb is verleend, niet tevens AWBZ-aanspraken tot gelding worden gebracht. Zoals in de toelichting op artikel 2.5.6.3 is aangegeven, kan een pgb pas worden verleend indien is komen vast te staan dat er een aanspraak op AWBZ-zorg bestaat. Het is de bedoeling, dat het pgb in de plaats komt van de daarmee overeenkomende AWBZ-aanspraak, zodat de verzekerde voor een zelfde vorm van geïndiceerde zorg niet tegelijkertijd een pgb en zorg in natura kan krijgen. Het heeft weinig zin om het genieten van zorg in natura waarvoor ook een pgb wordt aangevraagd als verplichte weigeringsgrond voor de verleningsbeschikking op te nemen. Immers, dat zou er niet aan in de weg staan dat een verzekerde na een positieve verleningsbeschikking zich alsnog voor zorg in natura meldt. Om toch te bereiken dat dezelfde vorm van zorg niet enerzijds in natura wordt genoten en anderzijds via een pgb kan worden ingekocht, is in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel g, geregeld dat het pgb wordt verleend onder de verplichting dat geen AWBZ-zorg in natura wordt geconsumeerd voor vormen van zorg waarvoor het pgb is verleend. Doet de betrokkene dit toch, dan kan bij een nieuwe, tussentijds afgegeven subsidieverleningsbeschikking, de subsidie worden verlaagd of ingetrokken (art. 2.5.6.11, tweede lid;



Blad  
26  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

de verzekerde heeft zich immers niet aan zijn subsidieverplichtingen gehouden), waarna terugvordering of verrekening zal volgen (art. 2.5.6.12, zevende lid).

Op het beginsel dat dezelfde vorm van zorg niet tegelijkertijd in natura en op basis van inkoop met behulp van een daartoe verleend pgb kan worden genoten, dient een uitzondering te worden gemaakt voor gevallen waarin de verzekerde voor zowel ondersteunende of activerende begeleiding in uren als in dagdelen is geïndiceerd. In deze gevallen moet het mogelijk zijn dat betrokkene de begeleiding gedurende de dagdelen in natura krijgt, en de begeleiding over de geïndiceerde uren met behulp van een pgb inkoop, of andersom. De uitzondering op de verplichting van onderdeel g voor deze gevallen, is te vinden in het zesde lid.

Onderdeel h verplicht het zorgkantoor de verzekerde op zijn beurt te verplichten tijdens de subsidieperiode niet te gaan verblijven in een instelling. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting op artikel 2.5.6.3.

Onderdeel i, ten slotte, verplicht het zorgkantoor de verzekerde op zijn beurt de verplichting op te leggen om het zorgkantoor desgevraagd of uit eigen beweging alles - waaronder wijziging in zijn omstandigheden - mee te delen dat van belang kan zijn voor de verlening of vaststelling van het budget. Uiteraard gaat het hierbij mede om hetgeen van belang is voor de hoogte van het budget, of voor de duur van de subsidieperiode.

Het niet of niet volledig nakomen van de bij de pgb-verlening opgelegde voorwaarden kan leiden tot wijziging of intrekking van de verleningsbeschikking (art. 2.5.6.11) en daarmee ook van de beschikking tot voorschotverlening, alsmede tot vaststelling van de subsidie (na afloop van de subsidieperiode) op een lager bedrag dan het bedrag waarvoor de subsidie was verleend (art. 4:46, tweede lid, Awb en art. 2.5.6.12, vijfde lid) waarna terugvordering van het teveel bevoorschotte bedrag dient te volgen (art. 2.5.6.12, zevende lid).

#### **Artikel 2.5.6.9**

Artikel 2.5.6.9, eerste lid, leidt ertoe dat de zorgkantoren een verleend budget ambtshalve aan de verzekerde dienen te bevoorschotten.

In artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel e, is geregeld, dat de verzekerde zich binnen acht weken na iedere voorschotperiode over het gebruik van het voorschot dient te verantwoorden. Het zorgkantoor gaat, op basis van die verantwoording, na of het voorschot is gebruikt voor de activiteiten waarvoor het pgb is verleend (dit zijn de in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel a, opgesomde activiteiten). Indien dit niet het geval is, zendt het zorgkantoor de verzekerde binnen acht weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier een mededeling, waarin het aangeeft van mening te zijn dat de verantwoorde betalingen niet subsidiabel zijn. Deze mededeling is geen beschikking in de zin van de Awb. Dit betekent dat de subsidieverlening en de voorschotvaststelling ongewijzigd blijven. De verzekerde kan ervoor kiezen in het restant van de subsidieperiode een bedrag ter grootte van het verkeerd bestede bedrag alsnog wél aan subsidiabele activiteiten te besteden, in welk geval het bedrag kan meetellen voor de subsidievaststelling. Uiteraard krijgt de verzekerde echter geen nieuw voorschot voor het verkeerd bestede bedrag. Het verzenden van de mededeling sluit niet uit dat het zorgkantoor daarnaast kan besluiten de subsidieverlening in te trekken omdat niet voldaan is aan de subsidieverplichtingen (art. 2.5.6.11, tweede lid, onderdeel a). Dit laatste geschiedt uiteraard wél bij



Blad  
27  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

beschikking. Het ligt voor de hand dat het zorgkantoor hier in ieder geval gebruik van maakt indien het de indruk heeft dat het voorschot bewust verkeerd is besteed. Doorgaan met voorschotverstrekking om de subsidie na de vaststelling alsnog te korten of op nul vast te stellen, vergroot immers het risico op oninbare (terug)vorderingen. Het tussentijds wijzigen of intrekken van de verleningsbeschikking, leidt, gezien de formulering van artikel 2.5.6.9, eerste lid, automatisch tot nihilstelling of verlaging van de voorschotten (de wijziging of intrekking van de voorschotbeschikking zal uit een oogpunt van doelmatige uitvoering gelijktijdig met de wijziging of intrekking van de verleningsbeschikking dienen te geschieden). Verzekerden die het voorschot te goeder trouw aan de verkeerde zorg hebben besteed, krijgen door middel van de waarschuwing het signaal, dat zij hun budget anders zullen moeten besteden.

#### **Artikel 2.5.6.10**

Artikel 2.5.6.10, eerste lid, somt op wat ten minste in de verleningsbeschikking dient te staan.

In artikel 2.5.6.7, vijfde en zevende lid, is geregeld dat het bedrag van het netto pgb dat op grond van de overige leden van dat artikel is berekend, nog verhoogd wordt met een eventueel overschot van een budget over een daaraan onmiddellijk voorafgaande subsidieperiode. Of sprake is van een overschot, zal echter pas bij de subsidievaststelling over het laatste kalenderjaar (of deel daarvan) van het eerdere budget duidelijk worden. Het moment waarop dat gebeurt kan liggen na het moment waarop een nieuw pgb is verleend. Is dat het geval, dan is de mededeling dat het overschot als het ware bij het nieuwe netto pgb mag worden opgeteld, juridisch gezien een wijzigingsbeschikking op de verleningsbeschikking van het nieuwe budget, en daarmee weer een nieuwe verleningsbeschikking. Het tweede lid van artikel 2.5.6.10 leidt ertoe, dat in die wijzigingsbeschikking niet alle informatie hoeft te worden opgenomen die ook al in de verleningsbeschikking van het nieuwe budget moest worden opgenomen.

Artikel 2.5.6.7, zesde lid, leidt ertoe dat ook telkens maximaal 10% van het in een kalenderjaar niet bestede bedrag, meegenomen mag worden naar het volgende kalenderjaar. Indien dit in de verleningsbeschikking is aangekondigd, hoeft de vaststelling van het daadwerkelijk over te hevelen bedrag niet als wijzigingsbeschikking vorm te worden gegeven. Het is echter uiteraard wel van belang dat de verzekerde in het nieuwe kalenderjaar de exacte hoogte van het in dat jaar te besteden bedrag verneemt (overigens speelt hier ook de in artikel 2.5.6.7 neergelegde indexatie een rol). Artikel 2.5.6.10, derde lid, bepaalt dat de zorgkantoren hem hiervan op de hoogte brengen.

#### **Artikel 2.5.6.11**

Artikel 2.5.6.11 geeft een limitatieve opsomming van gevallen waarin de beschikking tot subsidieverlening nog gedurende de subsidieperiode ingetrokken of gewijzigd moet (eerste lid) dan wel kan (tweede lid) worden. Hoewel het op zich mogelijk is de verleningsbeschikking niet te wijzigen en vervolgens bij de subsidievaststelling de subsidie op een lager bedrag vast te stellen dan het bedrag waarvoor deze is verleend, is het toch wenselijk ook in deze gevallen de mogelijkheid van tussentijdse intrekking of verlaging van de subsidie te regelen. Die intrekking of verlaging leidt namelijk ook tot intrekking of verlaging van de voorschotten. Zou pas bij de subsidievaststelling worden ingegrepen, dan zou het van de verzekerde terug te vorderen onverschuldigd betaalde bedrag veel groter zijn.



Blad  
28  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Door middel van een tussentijdse wijziging van de verlenings- en voorschotbeschikking kan het zorgkantoor derhalve het ontstaan van oninbare vorderingen tegengaan.

De intrekking of wijziging van het pgb met ingang van de dag waarop de verzekerde langer dan twee maanden verblijft in een AWBZ- of Zfw-instelling, in plaats van met ingang van de dag waarop de verzekerde daarin wordt opgenomen, hangt samen met het feit dat de budgethouder op grond van zijn pgb-overeenkomst(en) met zijn zorgverlener(s) vaak verplicht zal zijn zijn zorverlener(s) nog gedurende enige tijd door te betalen. Daarnaast kan het gedurende enige tijd samenlopen van een pgb en verblijf van belang zijn indien bij de opname niet duidelijk is of het verblijf blijvend of slechts tijdelijk zal zijn.

#### **Artikel 2.5.6.12**

De beschikking tot subsidieverlening geeft de verzekerde het recht op subsidie, onder de voorwaarde dat hij zich aan de subsidieverplichtingen houdt. Pas de beschikking tot subsidievaststelling geeft de verzekerde een onvoorwaardelijk recht op subsidie. De subsidievaststelling vindt na ieder kalenderjaar plaats, met dien verstande dat de laatste vaststelling na het einde van de subsidieperiode plaatsvindt indien die subsidieperiode niet op 31 december eindigt.

De vaststelling geschiedt binnen acht weken na de ontvangst van het verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode, welk formulier op zijn beurt binnen acht weken na het eind van de laatste voorschotperiode in een kalenderjaar respectievelijk in de subsidieperiode moet zijn ingediend. Om de verzekerde niet met onnodig papierwerk te belasten, is in het derde lid geregeld dat de indiening van dit verantwoordingsformulier tevens de aanvraag tot subsidievaststelling behelst. Dient de verzekerde geen verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode in, dan handelt hij in de eerste plaats in strijd met zijn subsidieverplichtingen (art. 2.5.6.8, onderdelen e en f) zodat verleende subsidie verlaagd kan worden (art. 2.5.6.11). Daarnaast dient het zorgkantoor de verzekerde in dat geval een termijn te stellen om het verantwoordingsformulier en daarmee de aanvraag alsnog in te dienen. Houdt de verzekerde zich ook daar niet aan, dan kan het zorgkantoor de subsidie ambtshalve vaststellen (art. 4:44, derde en vierde lid, Awb).

Artikel 4:46, eerste lid, Awb stelt voorop dat de subsidievaststelling geschiedt overeenkomstig de subsidieverlening. De subsidie kan echter lager worden vastgesteld indien de activiteiten waarvoor de subsidie is verleend niet of niet geheel hebben plaatsgevonden, indien de subsidie-ontvanger niet heeft voldaan aan de aan de subsidie verbonden verplichtingen, indien de subsidie-ontvanger onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beschikking op de aanvraag tot subsidieverlening zou hebben geleid, dan wel indien de subsidieverlening anderszins onjuist was en de subsidie-ontvanger dit wist of behoorde te weten (art. 4:46, tweede lid, Awb). Deze gronden voor verlaging van het uiteindelijk verstrekte bedrag, worden in het vijfde lid van artikel 2.5.6.12 van toepassing verklaard, met dien verstande dat de bevoegdheid tot lagere vaststelling bij het niet volledig verricht zijn van de activiteiten waarvoor de subsidie is verricht, is omgezet in een verplichting tot lagere vaststelling, namelijk tot op het bedrag waarvoor daadwerkelijk uitgaven als bedoeld in artikel 2.5.6.8, eerste lid, onderdeel a, zijn gedaan (met dien verstande dat het budget, in verband met het vrij te besteden bedrag, in ieder geval altijd op 1,5 % van het beschikbare jaarbudget, maar - op jaarbasis - op minimaal € 250 en maximaal € 1250, wordt vastgesteld).



Blad  
29  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

Indien het pgb op een lager bedrag wordt vastgesteld dan waarvoor het is verleend - en op basis waarvan het derhalve is bevoorschot - dient het teveel betaalde van de verzekerde te worden teruggevorderd of te worden verrekend met nog door het zorgkantoor ter zake van pgb's te verstrekken bedragen (art. 2.5.6.12, zevende lid). Artikel 4:57 Awb leidt er toe dat de terugvordering binnen vijf jaar na de subsidievaststelling dient te geschieden.

### **Artikel 2.5.6.13**

De vaststelling van de netto persoonsgebonden budgetten geschiedt in principe op basis van de door de verzekerde ingevulde verantwoordingsformulieren. Het is echter mogelijk dat de verzekerde die formulieren niet naar waarheid invult. Artikel 2.5.6.13 verplicht de zorgkantoren met steekproeven na te gaan of de verantwoordingsformulieren naar waarheid zijn ingevuld. Van verzekerden die ten onrechte kosten hebben opgevoerd, kan het pgb ook na de vaststelling ervan nog worden teruggevorderd (art. 4:49 Awb juncto art. 2.5.6.12, vijfde en zevende lid).

Het CVZ zal bepalen welke gegevens de zorgkantoren bij de uitvoering van het pgb moeten registreren. Voor een bewaartermijn van ten minste vijf jaar is onder meer gekozen met het oog op artikel 4:49, derde lid, Awb.

#### *Artikel I, onderdeel Q*

De pgb's oude stijl zijn gebaseerd op indicaties op aanspraken zoals deze luiden voor de inwerkingtreding van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Dergelijke indicaties kunnen meerdere jaren beslaan. Zolang een dergelijke indicatie zijn geldigheidsduur niet verloren heeft, blijft de aanspraak op een pgb oude stijl in principe bestaan. Na verloop van de geldigheidsduur van de indicatie zal veelal een nieuwe indicatie volgen, ditmaal gebaseerd op de aanspraken uit het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Dat kan slechts tot een pgb nieuwe stijl leiden. Overigens is het ook mogelijk dat een verzekerde wiens indicatie op basis van de oude aanspraken nog niet verlopen is, na 1 april 2003 een (her)indicatie aanvraagt. Deze geschiedt dan op basis van de nieuwe aanspraken en zal tot een pgb nieuwe stijl (kunnen) leiden.

Artikel 4.1.1c, bevat het overgangsrecht voor personen die van een pgb oude stijl overgaan op een pgb nieuwe stijl.

Het eerste lid van het nieuwe artikel 4.1.1c voorziet voor personen die van een (of meer) persoonsgebonden budget(ten) oude stijl overgaan op een pgb nieuwe stijl, in een budgetgarantie. Deze komt erop neer dat het budget nieuwe stijl de eerste drie maanden ten minste 25% bedraagt van het jaarbedrag van het oude budget (respectievelijk de som van de oude budgetten). Dit is echter anders voor personen die voor 1 oktober 2003 op een pgb nieuwe stijl over gaan. Voor hen geldt tot 1 januari 2004 een budgetgarantie van 100% van het jaarbedrag van hun oude budget(ten) (tweede lid). Het derde en vierde lid van artikel 4.1.1c sluiten aan bij hetgeen in artikel 2.5.6.7, vijfde, zesde en zevende lid is geregeld voor de overgang van een pgb nieuwe stijl naar een pgb nieuwe stijl. Het derde lid van artikel 4.1.1c regelt daarbij, parallel aan artikel 2.5.6.7, vijfde lid, dat een pgb nieuwe stijl in het eerste (deel)jaar waarover dat loopt, wordt verhoogd met het bedrag ter hoogte van het in het laatste jaar van een pgb oude stijl niet bestede budget. Deze regel is van belang indien een pgb oude stijl in een kalenderjaar stopt, en een pgb nieuwe stijl aansluitend start. Het volgende voorbeeld moge een en ander verduidelijken.

Stel dat een pgb oude stijl tot 1 juni 2004 loopt, en dat het voor de eerste vijf maanden van 2004 beschikbare budget oude stijl € 5 000 was. De verzekerde heeft hier € 3000 van uitgegeven. Stel dat



Blad  
30  
Kenmerk  
Z/VU-2360677

per 1 juni 2004 een tot 1 juni 2007 verleend budget nieuwe stijl gaat lopen, en dat het (op basis van artikel 2.5.6.6, derde lid, omgerekende) budget over de laatste zeven maanden van 2004 € 10 500 is. In dat geval wordt dit budget voor 2004 op grond van artikel 4.1.1.c, tweede lid, met € 5 000 - € 3000 = € 2000 verhoogd. Het bedrag van het pgb nieuwe stijl in 2004 is dus € 2 000 + € 10 500 = € 12 500. In het eerste kwartaal van 2005 blijkt dat de verzekerde in de laatste zeven maanden van 2004 slechts € 10 000 heeft uitgegeven. Artikel 2.5.6.7, zesde lid, leidt er nu toe dat het beschikbare pgb-bedrag voor 2005 wordt verhoogd met € 1 250. Immers, het restant over 2004 (€ 12 500 - € 10 000 = € 2 500) is meer dan 10% van € 12 500, zodat in dit geval het "mee te nemen" bedrag op die 10% wordt gemaximeerd.

Het vierde lid sluit aan op artikel 2.5.6.7, zevende (en zesde) lid. Indien het pgb oude stijl tot en met 31 december van een kalenderjaar loopt, en een pgb nieuwe stijl op 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar start, wordt het netto pgb nieuwe stijl verhoogd met een bedrag gelijk aan het in het vorige kalenderjaar van het pgb oude stijl niet bestede bedrag, doch ten hoogste met 10% van het voor dat kalenderjaar beschikbare bedrag.

Het vijfde lid zorgt ervoor dat de Sociale verzekeringsbank, die de pgb-regelingen oude stijl uitvoert, het voor overheveling beschikbare bedrag slechts eenmalig hoeft te berekenen. Het zesde lid ziet op de situatie waarin een ontvanger van een pgb oude stijl op of na 1 april 2003 een herindicatie op grond van de nieuwe aanspraken en vervolgens een pgb nieuwe stijl aanvraagt en krijgt. Om een gestroomlijnde uitvoering te bewerkstelligen (het pgb oude stijl wordt, als gezegd, door de Sociale verzekeringsbank uitgevoerd, en het pgb nieuwe stijl door de zorgkantoren, en men heeft tijd nodig om elkaar op de hoogte te stellen) is geregeld dat in dit geval het pgb nieuwe stijl niet eerder dan de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop het nieuwe indicatiebesluit wordt afgegeven, aanvangt.

*Artikel I, onderdelen C, D, subonderdeel 1, F, G, subonderdeel 1, J, en P*

In deze onderdelen worden redactionele misslagen in de bestaande pgb-regelingen en in een bestaand artikel van overgangsrecht gecorrigeerd.

*Artikel II*

Deze regeling dient tegelijk met het Besluit zorgaanspraken AWBZ in werking te treden. De inwerkingtredingsdatum van dat besluit is 1 april 2003.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp