

Regeling subsidies AWBZ

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. Z/VU-2635240, houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (Regeling subsidies AWBZ)

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 44 van de AWBZ en artikel 3.1.7 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet;

Besluit:

Hoofdstuk I. Algemene subsidiebepalingen

Paragraaf 1.1. Begrippen en algemene bepalingen

Artikel 1.1.1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- instelling: een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid, dan wel een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld;
- project: een activiteit met een incidenteel karakter;
- instellingssubsidie: een subsidie aan een instelling in de kosten van haar structurele activiteiten of een gedeelte daarvan;
- projectsubsidie: een subsidie in de kosten van een project;
- ondersteuningssubsidie: een instellingssubsidie van ten hoogste € 11.344,51 in een gering deel van de totale kosten van het algemeen functioneren van een instelling;
- algemeen fonds: het fonds, bedoeld in artikel 38 van de Wet financiering volksverzekeringen;
- zorgkantoor: een verbindingskantoor als bedoeld in artikel 1, onder c, van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering;
- regio: het werkgebied waarvoor het zorgkantoor als verbindingskantoor ingevolge het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen.

Artikel 1.1.2

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt op grond van deze regeling subsidies voor de in hoofdstuk 2 aangegeven doeleinden. De subsidies in deze regeling komen ten laste van het algemeen fonds.

2. Het aanvragen van de subsidie en de subsidievaststelling alsmede het nemen van besluiten met betrekking tot subsidies geschiedt overeenkomstig de in deze regeling gestelde regels.

Artikel 1.1.3

1. Subsidie wordt slechts verstrekt indien:

- naar het oordeel van het College zorgverzekeringen mag worden verwacht dat de met de subsidiëring beoogde doeleinden zullen worden bereikt;
- de aanvrager naar het oordeel van het College zorgverzekeringen de behoefte aan subsidie heeft aangetoond, en
- de aanvrager aannemelijk heeft gemaakt dat de financiële middelen met inbegrip van subsidie voldoende zullen zijn om de voorgenomen activiteiten uit te voeren.

2. Het eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing op rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld.

Paragraaf 1.2. Berekeningswijze instellingssubsidie

Artikel 1.2.1

Een instellingssubsidie bestaat uit een door het College zorgverzekeringen vast te stellen bedrag voor overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen goedgekeurd activiteitenplan uitgevoerde activiteiten.

Artikel 1.2.2

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 1.2.1 wordt verlaagd met het bedrag waarmee het maximaal toegestane bedrag van de in artikel 1.8.7 bedoelde reservering wordt overschreden.

2. Het eerste lid is niet van toepassing op een ondersteuningssubsidie.

Artikel 1.2.3

Baten en lasten die door middel van interne doorberekeningen worden toegerekend, worden bepaald op bedrijfseconomische en maatschappelijk aanvaardbare grondslagen. Voorzover hierin lasten zijn begrepen van materiële vaste activa, worden deze lasten op basis van aanschaffingsprijzen van die activa berekend.

Paragraaf 1.3. Berekeningswijze projectsubsidies

Artikel 1.3.1

Een projectsubsidie bestaat uit het verschil tussen de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende en met in achtneming van de ingevolge deze regeling in aanmerking komende werkelijke

lasten, voorzover opgenomen in de door het College zorgverzekeringen goedgekeurde begroting, en de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten. De subsidie bedraagt niet meer dan het door het College zorgverzekeringen vastgestelde maximum.

Paragraaf 1.4. Modellen en formulieren

Artikel 1.4.1

Het College zorgverzekeringen stelt voor de subsidies in deze regeling de volgende modellen en formulieren vast:

- een formulier voor de aanvraag van subsidie;
- een model voor het projectplan;
- een model voor de begroting;
- een model voor het activiteitenplan;
- een model voor het activiteitenverslag;
- een controleprotocol;
- een model accountantsverklaring, en
- een formulier voor de aanvraag van de vaststelling van de subsidie.

Paragraaf 1.5. Aanvraag van een instellingssubsidie

Artikel 1.5.1

1. De instelling die voor haar activiteiten of een gedeelte daarvan in een jaar een instellingssubsidie verlangt, dient uiterlijk 13 weken vóór de aanvraag van het desbetreffende jaar een subsidieaanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een activiteitenplan en een begroting en gaat, indien de liquiditeitsbehoefte niet regelmatig gespreid is over het jaar, vergezeld van een liquiditeitsprognose.

2. In het activiteitenplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de instelling met de activiteiten nastreeft, op welke wijze zij zullen worden uitgevoerd en voor welke doelgroep zij zijn bestemd.

3. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van de activiteiten van dat jaar. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag. In geval van een privaatrechtelijke rechtspersoon bevat de begroting tevens zowel de baten en lasten van de instelling als geheel als de baten en lasten van elk te onderscheiden onderdeel van de instelling.

4. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per kalenderkwartaal.
5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

Artikel 1.5.2

1. Bij de aanvraag van een instellings-subsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten;
b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt;
c. een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag, en
d. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.
2. Voorzover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen of organisaties, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.
3. Overlegging van de in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens aan het College zorgverzekeringen bekend zijn.

Paragraaf 1.6. Aanvraag van een projectsubsidie

Artikel 1.6.1

1. Het College zorgverzekeringen kan projectsubsidies verlenen die zich uitstrekken over meer dan een kalenderjaar.
2. De natuurlijke persoon of rechtspersoon die subsidie voor een bepaald project verlangt, dient ten minste 13 weken vóór de aanvang van het project een aanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een projectplan en een begroting en gaat vergezeld van een liquiditeitsprognose.
3. In het projectplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de aanvrager met de activiteiten nastreeft en op welke wijze die zullen worden uitgevoerd.
4. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van het project. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag.

5. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per maand. De liquiditeitsprognose kan achterwege blijven als de liquiditeitsbehoefte regelmatig gespreid is over de duur van het project.
6. In afwijking van het tweede lid kan het College zorgverzekeringen bepalen dat aanvragen voor projecten op bepaalde terreinen vóór een of meer door hem vastgestelde data worden ingediend.
7. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het tweede of zesde lid bedoelde aanvraagtermijn.

Artikel 1.6.2

1. Bij de aanvraag van de subsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten;
b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt, en
c. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.
2. Voorzover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.
3. Overlegging van in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens bij het College zorgverzekeringen bekend zijn.

Artikel 1.6.3

1. Het College zorgverzekeringen kan een aanvrager of een categorie aanvragers tevens verplichten tot het overleggen van een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag.
2. Het eerste lid is niet van toepassing indien een rechtspersoon, krachtens publiekrecht ingesteld, een projectsubsidie aanvraagt.

Paragraaf 1.7. Subsidieverlening en bevoorschotting

Artikel 1.7.1

Het College zorgverzekeringen geeft een beschikking op een aanvraag binnen dertien weken na ontvangst van de aanvraag.

Artikel 1.7.2

1. Nadat een subsidieaanvraag is ingediend, kan het College zorgverzekeringen voorschotten verlenen. Daarbij wordt rekening gehouden met de liquiditeitsbehoefte.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt, indien de liquiditeitsbehoefte regelmatig is gespreid, de volgende voorschotten op een verleende instellingssubsidie: in januari 15%, februari 7%, maart 7%, april 7%, mei 15%, juni 7%, juli 7%, augustus 7%, september 3%, oktober 11%, en november 14% van het voor het desbetreffende jaar verleende bedrag.
3. Indien het College zorgverzekeringen voorschotten verstrekt voordat hij de beschikking tot subsidieverlening heeft gegeven, worden de percentages, bedoeld in het tweede lid, tot de datum van subsidieverlening, toegepast op het voor het voorgaande jaar verleende bedrag, in voorkomende gevallen bijgesteld overeenkomstig door het College zorgverzekeringen gegeven beschikkingen. Zodra de beschikking tot subsidieverlening voor het lopende jaar is gegeven, wordt het bedrag dat, gezien het in die beschikking verleende bedrag, te veel of te weinig is bevoorschot, zo spoedig mogelijk verrekend of door de subsidieaanvrager terugbetaald, onderscheidenlijk door het College zorgverzekeringen betaald.
4. Indien aannemelijk is dat er teveel is bevoorschot, kan het College zorgverzekeringen een bedrag vaststellen dat de subsidieontvanger aan hem dient te betalen binnen de bij die vaststelling genoemde termijn. Het College zorgverzekeringen kan het bedrag op andere wijze verrekenen.

Artikel 1.7.3

1. Bij de verlening van een subsidie kan het College zorgverzekeringen bepalen dat het subsidiebedrag door hem wordt bijgesteld, rekeninghoudend met de ontwikkeling van het prijspeil of de ontwikkeling in de kosten van de arbeidsvoorwaarden.
2. Met het oog op de toepassing van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen bij de verlening van de subsidie tevens bepalen welk deel van het subsidiebedrag in aanmerking zal worden genomen voor een bijstelling in verband met de ontwikkeling van het prijspeil, onderscheidenlijk van de kosten van de arbeidsvoorwaarden.
3. Indien een subsidie met toepassing van het eerste lid wordt bijgesteld, kan de bevoorschotting overeenkomstig worden gewijzigd.

Paragraaf 1.8. Verplichtingen van de subsidieontvanger

Artikel 1.8.1

De subsidieontvanger zorgt ervoor dat:

a. de doeleinden, gesteld in het activiteitenplan dan wel het projectplan, op doelmatige wijze worden nagestreefd;
b. de werkzaamheden op een zodanige manier worden geregeld dat een goed beleid en beheer worden gevoerd, en
c. de subsidie op doelmatige wijze wordt gebruikt voor de doeleinden waarvoor deze wordt verleend.

Artikel 1.8.2

De subsidieontvanger zorgt er voorts voor:

a. dat de administratie op overzichtelijke en doelmatige wijze wordt gevoerd;
b. dat de administratie een juist, volledig en actueel beeld geeft van het functioneren van de instelling, en
c. dat van alle ontvangsten en uitgaven deugdelijke bewijsstukken aanwezig zijn waaruit de aard en de omvang van de geleverde goederen of van de verrichte diensten duidelijk blijken.

Artikel 1.8.3

Bij instellingen die een instellingssubsidie ontvangen, is het boekjaar gelijk aan het kalenderjaar.

Artikel 1.8.4

1. De subsidieontvanger doet zo spoedig mogelijk schriftelijk mededeling aan het College zorgverzekeringen van omstandigheden die van belang kunnen zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie.
2. Het eerste lid is van toepassing in de situatie dat de feitelijke liquiditeitsbehoefte lager is dan de verleende voorschotten.
3. Bij een mededeling overeenkomstig dit artikel worden de relevante stukken overgelegd.

Artikel 1.8.5

1. De privaatrechtelijke rechtspersoon die een instellingssubsidie ontvangt, verzekert haar roerende en onroerende zaken op afdoende wijze tegen het risico van diefstal en brand alsmede tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid tegenover derden.
2. De ontvanger van een instellingssubsidie verzekert voor vrijwilligers die werkzaamheden verrichten in het kader van de gesubsidieerde activiteiten, hun wettelijke aansprakelijkheid.
3. Het College zorgverzekeringen kan op aanvraag ontheffing verlenen van het eerste of tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen kan het eerste of tweede lid van overeenkomstige toepassing verklaren op de ontvanger van een projectsubsidie.

Artikel 1.8.6

De subsidieontvanger stelt na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend een verslag vast dat inzicht geeft in de aard, duur en omvang van de in het kader van de subsidiëring verrichte activiteiten. Het verslag verge-

lijkt de verrichte activiteiten met de in het activiteitenplan, onderscheidenlijk projectplan, voorgenomen activiteiten.

Artikel 1.8.7

1. Voorzover het bedrag van de verleende instellingssubsidie, zonder toepassing van de in artikel 1.2.2 bedoelde vermindering, na uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten overeenkomstig de geldende verplichtingen, niet is besteed aan de doeleinden waarvoor het is verstrekt, wordt het gereserveerd.
2. Voor de berekening van het in het eerste lid bedoelde te reserveren bedrag wordt het totaal van de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten, bestaande uit de verleende instellingssubsidie en de gerealiseerde overige baten, verminderd met de lasten van de gesubsidieerde activiteiten. Deze uitkomst wordt toegerekend naar rato van de verleende instellingssubsidie en de, in de ingediende begroting opgenomen, met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende, overige baten. Het te reserveren bedrag is het aan de instellingssubsidie toegerekende deel.
3. Toevoegingen aan voorzieningen als bedoeld in artikel 374, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, die samenhangen met de gesubsidieerde activiteiten, worden gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten, bedoeld in het tweede lid.
4. Indien in de ingediende begroting onder de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten een vrijgevalven voorziening is opgenomen, blijft deze buiten beschouwing bij de berekening van het te reserveren bedrag, bedoeld in het tweede lid.
5. De verplichting, bedoeld in het eerste lid, geldt niet voor de ontvanger van een ondersteuningssubsidie.
6. De in het eerste lid bedoelde reservering wordt uitsluitend besteed aan doeleinden waarvoor de subsidie werd verstrekt.
7. Het totaal van de in het eerste lid bedoelde reservering in enig jaar bedraagt ten hoogste 10% van het bedrag van de voor dat jaar verleende subsidie, zonder toepassing van de in artikel 1.2.2 bedoelde vermindering.
8. Toevoeging aan de in het eerste lid bedoelde reservering kan niet plaatsvinden als de in het eerste lid bedoelde reservering reeds 10% of meer van het voor dat jaar verleende subsidie betreft.

Artikel 1.8.8

Op de balans worden de voorzieningen, gesplitst naar hun aard, en de reservering opgenomen. In de toelichting op de balans worden de toevoegingen en de onttrekkingen aan de voorzieningen en reservering toegelicht.

Artikel 1.8.9

1. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat, behoudens schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen, publicatie of het anderszins openbaar maken op grond van deze regeling gesubsidieerd onderzoek, delen of samenvattingen daarvan, niet plaatsheeft binnen drie maanden nadat deze aan het College zorgverzekeringen zijn voorgelegd.
2. Het College zorgverzekeringen is bevoegd om onderzoek, bedoeld in het eerste lid, desgewenst te voorzien van commentaar, één of meermalen te vernieuwen of te publiceren of anderszins openbaar te maken of te doen openbaar maken, met vermelding van de bron, zonder dat hiervoor enige vergoeding is verschuldigd.
3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de in het eerste lid bedoelde onderzoeksgegevens op verzoek van het College zorgverzekeringen onmiddellijk en kosteloos aan het College zorgverzekeringen of aan door het College zorgverzekeringen aangewezen natuurlijke personen of rechtspersonen beschikbaar worden gesteld.
4. Indien een gesubsidieerde activiteit leidt tot een publicatie, kan het College zorgverzekeringen bepalen dat de subsidieontvanger er zorg voor draagt dat bij de publicatie wordt aangegeven wie de uitvoerder en subsidiënt van het project zijn geweest.
5. Indien een subsidie gericht is of mede gericht is op de totstandkoming van een werk als bedoeld in artikel 10, onder 1^o, van de Auteurswet 1912, draagt de subsidieontvanger er zorg voor auteursrechthebbende te zijn ter zake van dat werk.
6. De subsidieontvanger vrijwaart de Staat der Nederlanden en het College zorgverzekeringen voor aanspraken van derden ter zake van alle schade die zij lijden ten gevolge van de door of vanwege de subsidieontvanger verrichte publicaties.

Artikel 1.8.10

Aan de subsidie kunnen verplichtingen als bedoeld in artikel 4:39 van de Algemene wet bestuursrecht worden verbonden.

Artikel 1.8.11

1. De subsidieontvanger is in de gevallen, genoemd in artikel 4:41, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, een vergoeding voor vermogensvorming verschuldigd.
2. Bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding wordt uitgegaan van de waarde van de goederen en andere vermogensbestanddelen op het tijdstip waarop de vergoeding verschuldigd wordt, met dien verstande dat in geval van ontvangst van schadevergoeding voor verlies of beschadiging van zaken, wordt uitgegaan van het bedrag dat als

schadevergoeding door de instelling wordt ontvangen. Indien het onroerende zaken betreft, geschiedt de waardebepaling door één of drie onafhankelijke deskundigen.

3. Toepassing van het eerste lid blijft achterwege indien de activiteiten van de subsidieontvanger, na toestemming van het College zorgverzekeringen, door een andere rechtspersoon worden voortgezet en de activa tegen boekwaarde aan die andere rechtspersoon in eigendom zijn overgedragen.

Artikel 1.8.12

1. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling ter beschikking gestelde goederen, is niet hoger dan het bedrag dat op grond van de verkrijgingsprijs of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen investeringssubsidies en bestemmingsgiften berekend wordt, rekening houdend met de geldende afschrijvingspercentages.

2. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, is indien het diensten betreft die in het algemeen door soortgelijke instellingen in eigen beheer worden verricht, niet hoger dan het bedrag dat gelijk is aan de kosten die de instelling zou hebben gehad bij het verrichten van de diensten in eigen beheer.

3. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, andere dan de in het tweede lid bedoelde diensten, is niet hoger dan het bedrag dat voor het doen verrichten van dergelijke diensten door andere organisaties gebruikelijk kan worden geacht.

Artikel 1.8.13

De subsidieontvanger die aan derden goederen ter beschikking stelt of voor derden diensten verricht, brengt daarvoor een vergoeding in rekening die ten minste kostendekkend is, tenzij het derden betreft voor wie de gesubsidieerde activiteiten bestemd zijn.

Artikel 1.8.14

1. De subsidieontvanger verstrekt aan de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen op hun verzoek alle bescheiden en inlichtingen die noodzakelijk zijn voor een juiste vervulling van hun taak. De bescheiden worden op één adres getoond en de inlichtingen, op verzoek, schriftelijk verstrekt. Indien de instelling slechts kan voldoen aan deze verplich-

ting door inbreuk te maken op het recht van enig persoon op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer, verstrekt de instelling de verlangde gegevens op zodanige wijze dat deze niet tot personen herleidbaar zijn.

2. Ook anderszins wordt zoveel mogelijk medewerking verleend teneinde de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen in staat te stellen hun taak op een juiste wijze te vervullen.

3. De subsidieontvanger werkt mee aan door of namens het College zorgverzekeringen ingestelde onderzoekingen die erop zijn gericht inlichtingen te verschaffen ten behoeve van de ontwikkeling van het beleid.

4. De subsidieontvanger machtigt de in artikel 1.9.4 bedoelde accountant overeenkomstig het eerste tot en met het derde lid te handelen.

Artikel 1.8.15

Indien bij het College zorgverzekeringen het vermoeden is gerezen dat artikel 1.8.12 niet is nageleefd, spant de subsidieontvanger zich desgevraagd in de jaarrekening van de desbetreffende organisatie over te leggen.

Paragraaf 1.9. De aanvraag tot subsidievaststelling

Artikel 1.9.1

1. Binnen zes maanden na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend, dient de subsidieontvanger een aanvraag in voor de subsidievaststelling.

2. De aanvraag voor de subsidievaststelling gaat vergezeld van:

- het verslag, bedoeld in artikel 1.8.6;
- de subsidiedeclaratie, bedoeld in artikel 1.9.2;
- de jaarrekening, en
- indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

3. Een subsidiedeclaratie kan achterwege blijven indien de daarmee te verstrekken informatie reeds in de in te zenden jaarrekening is opgenomen.

4. De jaarrekening behoeft niet te worden ingezonden, indien het gaat om:

- een projectsubsidie, of
- een subsidie aan een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld.

5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing en vrijstelling verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

Artikel 1.9.2

De subsidiedeclaratie geeft een zodanig inzicht dat een verantwoord oordeel kan worden gevormd omtrent de aanwen-

ding en de besteding van de subsidie door de instelling en geeft de nodige informatie om de subsidie vast te stellen. De subsidiedeclaratie sluit aan op de indeling van de bij de subsidieaanvraag ingediende begroting. Belangrijke verschillen tussen declaratie en begroting worden toegelicht. In de subsidiedeclaratie van instellingssubsidies wordt de aansluiting tussen de subsidiedeclaratie en de jaarrekening toegelicht.

Artikel 1.9.3

1. De afdelingen 2 tot en met 8 van Titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de jaarrekening, met dien verstande dat de winst- en verliesrekening vervangen wordt door een exploitatierekening; op deze rekening zijn de bepalingen omtrent de winst- en verliesrekening zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing. Bepalingen omtrent winst en verlies zijn van overeenkomstige toepassing op het exploitatiesaldo.

2. De grondslag voor de waardering van activa en passiva is de verkrijgings- of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen investeringssubsidies en bestemmingsgiften.

3. Het College zorgverzekeringen kan bepalen dat bepalingen van de in het eerste lid bedoelde Titel of onderdelen daarvan niet van toepassing zijn op bepaalde instellingen.

Artikel 1.9.4

1. De jaarrekening en de subsidiedeclaratie zijn ieder afzonderlijk voorzien van een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

2. De jaarrekening of de subsidiedeclaratie gaat vergezeld van een rapportage omtrent de naleving van de subsidie bepalingen door de subsidieontvanger, opgesteld door de accountant overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen vast te stellen protocol.

3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de accountant meewerkt aan door of namens het College zorgverzekeringen in te stellen onderzoeken naar de door de accountant verrichte werkzaamheden. Voor de aan dit onderzoek verbonden kosten wordt geen subsidie verstrekt.

Paragraaf 1.10. De vaststelling van de subsidie

Artikel 1.10.1

Binnen zes maanden na ontvangst van de aanvraag, bedoeld in artikel 1.9.1, geeft het College zorgverzekeringen een beschikking tot vaststelling van de subsidie.

Hoofdstuk II. Specifieke subsidies

Paragraaf 2.1. Diensten bij wonen met zorg

Artikel 2.1.1

1. Aan zorgkantoren wordt op aanvraag een projectsubsidie verleend voor dienstverleningsprojecten door een instelling bestaande uit activiteiten die mogelijk maken dat:

a. verzekerden die opgenomen zijn in een ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten toegelaten instelling zelfstandig kunnen gaan wonen, dan wel b. verzekerden die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak hebben op zorg als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder g, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ hun zelfstandigheid kunnen behouden.

2. Aan zorgkantoren wordt op aanvraag een projectsubsidie verleend voor een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan te wijzen experiment. Voor projecten die binnen de door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen experimenten worden uitgevoerd zijn artikel 2.1.1, eerste lid, alsmede artikel 2.1.2, eerste lid, niet van toepassing.

3. Bij de aanvraag, bedoeld in het eerste lid, geeft het zorgkantoor gemotiveerd aan met welke activiteiten naar zijn oordeel de in het eerste lid bedoelde doelen in zijn regio het beste kunnen worden bereikt.

4. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.

5. In afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, gaat de aanvraag niet vergezeld van een begroting en een projectplan.

Artikel 2.1.2

1. Bij het verlenen van subsidie wordt voor een verzekerde per dienstverleningsproject maximaal een bedrag van € 2000 per jaar na aftrek van eigen betalingen in aanmerking genomen.

2. Voor een dienstverleningsproject als bedoeld in artikel 2.1.1, eerste lid, onderdeel a, wordt slechts subsidie ver-

$$\frac{A}{B} \times € 55\,785\,863,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal 75-plussers in de regio van het zorgkantoor op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar;

B: het totaal aantal 75-plussers in Nederland op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar.

Artikel 2.1.7

1. Het zorgkantoor meldt een subsidieverlening aan een instelling binnen twee weken na de verlening bij het College zorgverzekeringen.

leend voor zover de instelling aannemelijk heeft gemaakt dat de kosten van de gesubsidieerde activiteiten verminderd met de eigen betaling samen met de kosten van extramurale zorg lager zijn dan de kosten van opname in een ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten toegelaten instelling, exclusief kapitaallasten en voeding.

3. Voor voortzetting van bestaande activiteiten wordt slechts subsidie verleend voorzover die in het jaar 2003 reeds werden gesubsidieerd op grond van paragraaf 2.3.6 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet zoals die tot 1 januari 2004 luidde.

4. In afwijking van artikel 2.1.1 kan in het jaar 2006 voor voortzetting van de activiteiten, bedoeld in het derde lid, ook subsidie worden verleend indien onmiddellijke beëindiging naar het oordeel van het zorgkantoor aanleiding geeft tot onverantwoorde situaties voor verzekerden waarop de activiteiten reeds in 2003 betrekking hadden.

Artikel 2.1.3

1. Subsidie wordt slechts verleend voor uitgevoerde activiteiten in de regio van het zorgkantoor.

2. In afwijking van het eerste lid worden ook bestedingen door het zorgkantoor in een andere regio in aanmerking genomen voor zover het College zorgverzekeringen daarvoor vooraf toestemming heeft verleend. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze paragraaf in de eigen regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen en het andere zorgkantoor zich schriftelijk ten opzichte van het zorgkantoor verplicht heeft de overgehevelde middelen in het subsidiejaar te besteden overeenkomstig deze paragraaf. Het College zorgverzekeringen kan voorwaarden aan de toestemming verbinden.

2. Bij de melding wordt in ieder geval gerapporteerd over de wijze waarop aan de in artikel 2.1.4, bedoelde voorwaarden is voldaan.

Artikel 2.1.8

1. Het zorgkantoor verleent medewerking aan de uitvoering van een evaluatie van de ingevolge deze paragraaf gesubsidieerde activiteiten.

2. Het zorgkantoor geeft na afloop van het subsidiejaar aan welk effect de gesubsidieerde activiteiten hebben gehad op:

Artikel 2.1.4

1. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie aan een instelling indien:

a. er sprake is van een door het zorgkantoor aanvaard projectplan met een aanvaarde begroting waarin:

1°. inzichtelijk is gemaakt uit welke activiteiten het dienstverleningsproject bestaat en hoeveel verzekerden gebruik kunnen maken van deze activiteiten,

2°. inzichtelijk is gemaakt hoe de instelling een adequate betaling door verzekerden per aangeboden activiteit heeft geregeld,

3°. inzicht wordt geboden in de georganiseerde activiteiten, het soort instelling dat de activiteiten uitvoert, de opbouw van de kostprijzen van de uit te voeren activiteiten en de wijze waarop registratie van de verzekerden en de verantwoording van de activiteiten zijn georganiseerd,

4°. is vastgelegd dat bij de afrekening van het dienstverleningsproject over de onder 1°, 2° en 3°, bedoelde onderdelen wordt gerapporteerd;

b. de instelling schriftelijk verklaart alle medewerking te zullen verlenen aan de uitvoering van een evaluatie van de ingevolge deze paragraaf gesubsidieerde activiteiten.

2. Het zorgkantoor geeft bij het verlenen van subsidie voorrang aan projectplannen die een instelling in overleg met de lokale overheid, zorginstellingen, woningcorporaties of lokale welzijnsinstellingen heeft ingediend.

Artikel 2.1.5

1. Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten, bedoeld in artikel 2.1.1, eerste lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 55.785.863.

2. Het subsidieplafond voor experimenten, zoals bedoeld in artikel 2.1.1, tweede lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 7.086.336.

Artikel 2.1.6

De maximale subsidie voor een zorgkantoor, bedoeld in artikel 2.1.5, eerste lid, wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

a. de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg;

b. het aantal wachtenden op verblijf in een AWBZ-instelling.

3. Het zorgkantoor registreert op zorgvuldige wijze alle gegevens die door het College zorgverzekeringen noodzakelijk worden geacht voor het verkrijgen van inzicht in het effect van de gesubsidieerde activiteiten.

Paragraaf 2.2. Initiatieven op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg

Artikel 2.2.1

In deze paragraaf wordt onder 'initiatieven op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg' of 'initiatief' verstaan: activiteiten die niet op geleide van een vrijwillige of individuele hulpvraag worden uitgevoerd en die zich richten op risicogroepen, individuen of groepen met een dreigende psychische stoornis of een verhoogd risico daarop.

Artikel 2.2.2

1. Zorgkantoren komen in aanmerking voor een projectsubsidie die bestemd is voor het verlenen van subsidies voor initiatieven op het gebied van openbare geestelijke gezondheidszorg.
2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.

Artikel 2.2.3

1. Subsidie wordt slechts verleend voor uitgevoerde activiteiten in de regio van het zorgkantoor.
2. In afwijking van het eerste lid worden ook bestedingen door het zorgkantoor in een andere regio in aanmerking genomen voor zover het College zorgverzekeringen daarvoor vooraf toestemming heeft verleend. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze afdeling in de regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen en het andere zorgkantoor zich schriftelijk jegens het zorgkantoor verplicht heeft de overgehevelde middelen in het subsidiejaar te besteden overeenkomstig deze paragraaf. Het College zorgverzekeringen kan voorwaarden aan de toestemming verbinden.

Artikel 2.2.4

Het zorgkantoor verleent slechts subsidie indien:
a. het initiatief in elk geval omvat het actief zoeken van personen uit een risicogroep of het bieden van bemoeizorg aan personen uit die risicogroep;
b. het initiatief de schriftelijke instemming heeft van de lokale overheid;
c. het initiatief wordt uitgevoerd door ten minste twee instellingen van verschillende rechtspersonen;
d. een rechtspersoon die een niet krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten toegelaten geestelijke gezondheidszorginstelling exploiteert, bijdraagt aan de uitvoering van het initiatief;
e. er sprake is van een initiatief in de ontwikkelingsfase;
f. het initiatief bijdraagt aan de totstandkoming of de implementatie van convenanten op lokaal niveau overeenkomstig het landelijk convenant OGGZ, en

g. het zorgkantoor het initiatief subsidieert op basis van een projectplan, waarin in elk geval zijn opgenomen het doel, de looptijd, de wijze en het moment van evalueren van het initiatief en de inspanningen om te komen tot een financiering na de subsidieperiode voor het initiatief.

Artikel 2.2.5

Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt voor het jaar 2006 € 6.634.197.

Artikel 2.2.6

1. De maximale subsidies voor het jaar 2006 worden berekend overeenkomstig de maximale subsidies die het College zorgverzekeringen verleende voor de gesubsidieerde activiteiten in het jaar 2005.
2. In afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, gaat de aanvraag niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Artikel 2.2.7

1. Het zorgkantoor meldt een subsidieverlening voor een initiatief binnen twee weken na de verlening bij het College zorgverzekeringen.
2. Bij de melding wordt in elk geval gerapporteerd over de wijze waarop aan de in artikel 2.2.4 bedoelde voorwaarden is voldaan.

Paragraaf 2.3. Zorgvernieuwingsprojecten geestelijke gezondheidszorg

Artikel 2.3.1

1. Zorgkantoren komen in aanmerking voor een projectsubsidie die bestemd is voor het verlenen van subsidies voor zorgvernieuwingsprojecten.
2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.

Artikel 2.3.2

1. Subsidie wordt slechts verleend voor uitgevoerde activiteiten in de regio van het zorgkantoor.
2. In afwijking van het eerste lid worden ook bestedingen door het zorgkantoor in een andere regio in aanmerking genomen voor zover het College zorgverzekeringen daarvoor vooraf toestemming heeft verleend. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze afdeling in de eigen regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen en het andere zorgkantoor zich schriftelijk jegens het zorgkantoor verplicht heeft de overgehevelde middelen in het subsidiejaar te besteden overeenkomstig deze paragraaf. Het College zorgverzekeringen kan voorwaarden aan de toestemming verbinden.

Artikel 2.3.3

1. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor een zorgvernieuwingsproject indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:
a. het project wordt uitgevoerd voor rekening en verantwoordelijkheid van een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid:
1°. die geen krachtens de Wet toelating zorginstellingen toegelaten instelling exploiteert,
2°. die geen directe of indirecte organisatorische of financiële relatie heeft met een krachtens de Wet toelating zorginstellingen toegelaten instelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, en
3°. waarvan het merendeel van de bestuursleden personen zijn die een wettelijk geregelde psychiatrische zorgaanspraak ontvangen of ontvingen;
b. het project wordt, uitgedrukt in uren te verlenen hulp, grotendeels door de in onderdeel a, subonderdeel 3 bedoelde personen uitgevoerd;
c. de invloed van uitvoerende personen die een wettelijk geregelde psychiatrische zorgaanspraak ontvangen, is niet kleiner dan die van professionele hulpverleners;
d. het project omvat een of meer van de volgende psychiatrische zorgonderdelen:
1°. onderzoek,
2°. advisering en voorlichting,
3°. behandeling,
4°. begeleiding,
5°. verzorging, en
e. de hulp wordt verleend aan verzekerden die geïndiceerd zijn voor een van de ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregelde psychiatrische zorgaanspraken.
2. Aan de in het eerste lid, onderdelen b en c, gestelde voorwaarden wordt geacht te zijn voldaan als het project wordt uitgevoerd door rechtspersonen aangesloten bij de Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzieningen.
3. De voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 2, geldt niet indien de cliëntenvertegenwoordiging van de rechtspersoon schriftelijk verklaart bij de uitvoering van het zorgvernieuwingsproject een op grond van de Wet toelating zorginstellingen toegelaten instelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te willen betrekken.
4. De voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3, geldt niet indien het project een steunpunt voor het persoonsgebonden budget is voor verzekerden die geïndiceerd zijn voor een van de ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregelde psychiatrische zorgaanspraken en wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een regionale cliëntenorganisatie.

Artikel 2.3.4

Artikel 2.3.3, eerste lid, onderdeel a, subonderdelen 1 en 2, zijn niet van toepassing op rechtspersonen die na 1 april 2003 ingevolge de Wet toelating zorginstellingen zijn toegelaten. Voor de zorg, waarvoor de rechtspersoon is toegelaten, wordt geen subsidie ingevolge deze paragraaf verleend.

Artikel 2.3.5

Slechts de feitelijke hulpverlening die direct betrekking heeft op de uitvoering van de zorgonderdelen, bedoeld in artikel 2.3.3, eerste lid, onderdeel d, behoort tot de gesubsidieerde activiteiten.

Artikel 2.3.6

Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt voor het jaar 2006 € 6.810.532.

Artikel 2.3.7

De maximale subsidies voor het jaar 2006 worden berekend overeenkomstig de maximale subsidies die het College zorgverzekeringen verleende voor de gesubsidieerde activiteiten in het jaar 2005.

Artikel 2.3.8

1. Het zorgkantoor meldt een subsidieverlening aan een project binnen twee weken na de verlening bij het College zorgverzekeringen.
2. Bij de melding wordt in ieder geval gerapporteerd over de wijze waarop aan de in de artikelen 2.3.3 en 2.3.5 bedoelde voorwaarden is voldaan.

Paragraaf 2.4. Consultatie, expertise en bijzondere zorgplannen

Artikel 2.4.1

1. De zorgkantoren, genoemd in artikel 2.4.2, komen in aanmerking voor een projectsubsidie die is bestemd voor het verlenen van subsidies voor bijzondere zorgplannen en consultatie, expertise en bijzondere activiteiten door de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland.

2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.

Artikel 2.4.2

De zorgkantoren, bedoeld in artikel 2.4.1, en hun voor de toepassing van deze paragraaf geldende werkgebieden zijn:

a. het Zorgkantoor Groningen voor het werkgebied: de provincies Groningen, Friesland, Drenthe;

b. het Zorgkantoor Twente voor het werkgebied: de provincies Overijssel, Gelderland, Flevoland;

c. het Zorgkantoor Utrecht voor het werkgebied: de provincies Utrecht, Noord-Holland;

d. het Zorgkantoor Midden-Holland voor het werkgebied: de provincies Zuid-Holland, Zeeland;

e. het Zorgkantoor Zuidoost Brabant voor het werkgebied: de provincies Noord-Brabant en Limburg.

Artikel 2.4.3

1. De subsidie wordt verleend voor het volgende:

a. de organisatie van de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland voor de in dit artikel bedoelde activiteiten alsmede de consultatie en expertise, bestaande uit de inzet van deskundigheid van de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland, gericht op verzekerden met:

1°. een verstandelijke handicap en ernstig probleemgedrag, ongeacht de ernst van de handicap,
2°. niet aangeboren hersenletsel,
3°. autisme, die gebruik maken van voorzieningen in de gehandicaptenzorg,
4°. een lichamelijke handicap en probleemgedrag,
5°. een ernstige meervoudige handicap,
6°. doofblindheid;

b. de uitvoering van een langdurig bijzonder zorgplan dat is gericht op de verzekerden, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 1, met zeer tot extreem ernstig probleemgedrag;
c. de uitvoering van een bijzonder zorgplan voor kortdurende ondersteuning dat is gericht op verzekerden, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 1, met ernstig probleemgedrag ongeacht de ernst van de handicap, en

d. de bijzondere activiteiten van de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland die samenhangen met aanmelding, registratie en zorgtoeleiding van de voor verzekerde zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geïndiceerde licht verstandelijk gehandicapte jeugdige verzekerden met ernstige problemen en gedragsstoornissen, bij wie is gebleken dat de hulpvraag dusdanig complex of urgent is dat extra activiteiten nodig zijn om tot het juiste zorgaanbod te komen.

2. In afwijking van het eerste lid komen de in de onderdelen b en c genoemde activiteiten niet voor subsidie in aanmerking indien het bijzondere zorgplan een verstandelijk gehandicapte verzekerde betreft die reeds ten behoeve van zijn of

haar ernstige gedragsproblematiek aanvullende zorg ontvangt in een daartoe ingevolge de Wet Toelating Zorginstellingen toegelaten instelling voor de functies bedoeld in de artikelen 4 tot en met 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, waarbij is bepaald dat de functie verblijf geldt voor verzekerden met een verstandelijke handicap.

3. Subsidie wordt slechts verleend voor de activiteiten binnen het werkgebied van het zorgkantoor.

Artikel 2.4.4

1. De subsidieontvanger verleent voor de in artikel 2.4.3, eerste lid, onderdeel a, bedoelde activiteiten en de in artikel 2.4.3, eerste lid, onderdeel d, bedoelde bijzondere activiteiten pas subsidie aan de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland, nadat hij de begrotingen met betrekking tot deze activiteiten heeft goedgekeurd.

2. De subsidieontvanger verleent pas subsidie voor de uitvoering van een bijzonder zorgplan als bedoeld in artikel 2.4.3, eerste lid, onderdelen b en c, nadat de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland het goedgekeurde zorgplan heeft gemeld en schriftelijk heeft meegedeeld de financiering van dit zorgplan aangewezen te achten.

3. De subsidieontvanger verleent voor de uitvoering van een bijzonder zorgplan maximaal subsidie tot het bedrag dat de Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland aangewezen acht.

4. De subsidieontvanger verleent niet eerder subsidie voor de uitvoering van een bijzonder zorgplan, dan nadat de uitvoerder van het zorgplan zich schriftelijk bereid heeft verklaard inzicht te verschaffen in de uitvoering van het zorgplan.

Artikel 2.4.5

Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt voor het jaar 2006 € 24.676.090.

Artikel 2.4.6

1. In afwijking van artikel 1.3.1 wordt:
a. voor de in artikel 2.4.3, eerste lid, onderdeel a en d, bedoelde activiteiten, een bedrag van maximaal 53% van het subsidieplafond in aanmerking genomen;
b. het maximaal per subsidieontvanger in aanmerking komende bedrag voor de in artikel 2.4.3,
c. eerste lid, onderdelen a tot en met d, bedoelde activiteiten berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A}{B} \times € 24\,676\,090,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal inwoners in het werkgebied van de subsidieontvanger op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar;

B: het totale aantal inwoners in de werkgebieden van alle subsidieontvangers tezamen op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar.

2. In afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, gaat de aanvraag niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Artikel 2.4.7

De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat minimaal 47% van de subsidie wordt besteed aan de uitvoering van zorgplannen als bedoeld in artikel 2.4.3, onderdelen b en c.

Artikel 2.4.8

De subsidieontvanger houdt toezicht op een adequate uitvoering van het zorgplan.

Paragraaf 2.5. MEE-organisaties

Artikel 2.5.1

1. Aan door het College zorgverzekeringen, op basis van door het College zorgverzekeringen vast te stellen nadere regels inzake spreiding en behoefte, aangewezen MEE-organisaties worden op aanvraag per kalenderjaar instellingssubsidies verleend voor laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare cliëntondersteuning ten behoeve van hun cliënten, zijnde verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al da niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers.

2. Een MEE-organisatie komt niet voor subsidie in aanmerking indien zij zorg verleent op grond van de AWBZ.

3. Bij de subsidiëring worden de volgende activiteiten onderscheiden:

- collectieve cliëntondersteuning;
- individuele cliëntondersteuning, en
- coördinatie van projecten integrale vroeghulp.

Artikel 2.5.2

1. Het subsidieplafond voor collectieve en individuele cliëntondersteuning bedraagt voor het jaar 2006 € 160.948.555, waarvan € 66.885 voor arbeidsmarktbeleid is gereserveerd.

2. Het subsidieplafond voor de coördinatie van projecten integrale vroeghulp bedraagt voor het jaar 2006 € 1.429.435.

$$\frac{A}{B} \times C,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het nog resterende deel van de aanvraag van de MEE-organisatie;
B: het nog resterende deel van alle aanvragen van de MEE-organisaties;
C: de na toepassing van onderdeel a en artikel 2.5.3, derde lid, nog resterende subsidie.

7. Indien de gezamenlijke waarde van de in het subsidiejaar gerealiseerde diensten, als bedoeld in het eerste lid, lager is dan de verleende subsidie dan wordt de subsidieverlening dienovereenkomstig verlaagd, met dien verstande dat de

Artikel 2.5.3

1. Subsidie voor collectieve cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit:

- het vergaren en verstrekken van informatie en het geven van voorlichting aan cliënten;
- het signaleren van relevante ontwikkelingen en belemmeringen, en
- het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie door middel van het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken.

2. Subsidie wordt slechts verleend voor zover tussen de MEE-organisatie en het door het College zorgverzekeringen voor hem aangewezen zorgkantoor schriftelijk overeenstemming is bereikt over de omvang van de activiteiten bedoeld in het eerste lid.

3. De subsidieverlening bedraagt maximaal € 1782 per 1000 inwoners, waarbij wordt uitgegaan van het aantal inwoners op 1 januari van het tweede jaar voorafgaande aan het subsidiejaar.

4. Indien het in 2005 verleende subsidiebedrag hoger is dan € 1533 per 1000 inwoners, bedraagt de subsidieverlening per 1000 inwoners maximaal het in 2005 verleende subsidiebedrag per 1000 inwoners verhoogd met 16,7%, waarbij wordt uitgegaan van het aantal inwoners op 1 januari van het tweede jaar voorafgaande aan het subsidiejaar.

Artikel 2.5.4

1. Subsidie voor individuele cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit de volgende diensten:

- dienst A: informatieverstrekking en advisering;
- dienst B1: vraagverduidelijking;
- dienst B2: aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg;
- dienst B3: klacht en bezwaar en beroep waaronder ook het voorkomen daarvan;

aldus herziene subsidieverlening minimaal 92,5% bedraagt van de aanvankelijk verleende subsidie.

Artikel 2.5.5

1. Subsidie voor de coördinatie van een project integrale vroeghulp wordt slechts verleend indien het project integrale vroeghulp:

- is gebaseerd op een samenwerkingsovereenkomst tussen de MEE-organisatie en ten minste de sector voor de kinderrevalidatie en de sector voor de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap;

e. dienst B4: monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg;
f. dienst B5: ondersteuning in een crisissituatie;

g. dienst C: volledige beeldvorming;
h. dienst D: kortdurende en kortcyclische ondersteuning, en

i. dienst E: aanbidding van cursussen in groepen.

2. De te verlenen subsidie wordt berekend op basis van de volgende normbedragen:

- dienst A: € 271;
- dienst B1: € 1161;
- dienst B2: € 1703;
- dienst B3: € 1316;
- dienst B4: € 774;
- dienst B5: € 774;
- dienst C: € 1088;
- dienst D: € 1780;
- dienst E: € 542.

3. De normbedragen voor de diensten A tot en met D hebben betrekking op in het subsidiejaar afgesloten diensten. Het normbedrag voor dienst E heeft betrekking op in het subsidiejaar gegeven cursusbijeenkomsten.

4. De subsidieverlening bedraagt het product van het aantal diensten en de in het tweede lid genoemde normbedragen.

5. Subsidie wordt slechts verleend voor zover tussen de MEE-organisatie en het door het College zorgverzekeringen voor hem aangewezen zorgkantoor schriftelijk overeenstemming is bereikt over de omvang van de activiteiten bedoeld in het eerste lid.

6. Indien de gezamenlijke aanvragen voor subsidieverlening hoger zijn dan de voor verlening beschikbare subsidie vindt de verlening plaats op basis van de volgende systematiek:

- subsidie wordt verleend tot de hoogte van de in het voorgaande subsidiejaar verleende subsidie;
- de na toepassing van onderdeel a en artikel 2.5.3, derde lid, nog resterende subsidie wordt verdeeld volgens de volgende formule:

- beschikt over een team integrale vroeghulp, bestaande uit vertegenwoordigers van een kinderrevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis, de subsidieontvanger en de kinderdagcentra voor kinderen met een verstandelijke handicap;
- een onafhankelijk aangestuurde coördinator heeft;
- een pool van deskundige casemanagers heeft;
- beschikt over een laagdrempelig aanmeldpunt, en
- beschikt over een projectplan dat de instemming heeft van de partijen die de

samenwerkingsovereenkomst, bedoeld onder a, zijn aangegaan.

2. De kosten die de MEE-organisatie maakt als samenwerkingspartner bij de uitvoering van projecten integrale vroeghulp vallen onder het subsidieplafond van artikel 2.5.2, eerste lid. De kosten van de overige samenwerkingspartners in een project integrale vroeghulp kunnen niet ten laste van deze subsidieparagraaf worden gebracht.

3. Het subsidieplafond genoemd in artikel 2.5.2, tweede lid, wordt als volgt verdeeld:

a. € 17.500 per MEE-organisatie;

b. de vervolgens nog resterende subsidie wordt over de MEE-organisaties verdeeld op basis van het aantal inwoners, waarbij wordt uitgegaan van het aantal inwoners op 1 januari van het tweede jaar voorafgaande aan het subsidiejaar.

Artikel 2.5.6

1. De MEE-organisatie kan, ten laste van de subsidie voor collectieve en individuele cliëntondersteuning, slechts een voorziening vormen voor:

a. kosten huisvesting;

b. vakantiegelden;

c. spaar/verlofovereenkomsten overeenkomstig de CAO Gehandicaptenzorg;

d. loonkosten als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid overeenkomstig de CAO Gehandicaptenzorg waarvoor de MEE-organisatie niet verzekerd is;

e. kosten van arbeidsrechtelijke geschillen, voor zover deze kosten voortvloeien uit een gerechtelijke uitspraak.

$$\frac{A}{B} \times C,$$

waarbij wordt verstaan:

A: de overschrijding per MEE-organisatie tot maximaal 10% van de verleende subsidie voor de individuele cliëntondersteuning;

B: de overschrijding van alle MEE-organisaties samen met inachtneming van de maximering tot 10% van de verleende subsidie voor de individuele cliëntondersteuning;

C: de onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond.

Artikel 2.5.8

1. De MEE-organisatie registreert op zorgvuldige wijze alle gegevens die naar het oordeel van het College zorgverzekeringen noodzakelijk zijn voor het verkrijgen van een goed inzicht in de gesubsidieerde taken. Bij de registratie wordt rekening gehouden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim.

2. De MEE-organisatie bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.

2. Voor zover in de volgende leden niet anders is bepaald, is op deze voorzieningen artikel 374 van boek 2 BW van toepassing.

3. Toevoeging aan de voorziening bedoeld in het eerste lid, onder a, is slechts mogelijk voor zover de huisvestingskosten lager zijn dan 12,8% van de voor collectieve en individuele cliëntondersteuning verleende subsidie.

4. Voor de toepassing van het vorige lid wordt onder huisvestingskosten verstaan de kosten van huur, lease, hypotheecaire leningen, erfpacht, energie en de afschrijving van gebouwen, inventaris, automatiseringsapparatuur en programmatuur, waarbij afschrijvingskosten in aanmerking worden genomen tot de volgende maximum percentages van de historische kosten:

a. gebouwen 2%;

b. verbouwingen 5%;

c. inventaris 10%;

d. automatiseringsapparatuur en programmatuur 20%.

5. Toevoeging aan de voorziening bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, is slechts mogelijk voor zover deze voorziening, inclusief de toevoeging, niet meer bedraagt dan 7,56% van het premieplichtig loon in het subsidiejaar.

6. Kosten waarvoor een voorziening als bedoeld in de voorgaande leden is gevormd, worden ten laste van die voorziening gebracht.

7. In afwijking van artikel 1.8.7, achtste lid, kan toevoeging aan de in artikel 1.8.7, eerste lid, bedoelde reservering

niet plaatsvinden als de in artikel 1.8.7, eerste lid bedoelde reservering reeds 8,7% of meer van de voor dat jaar verleende subsidie voor individuele en collectieve cliëntondersteuning betreft.

8. Artikel 1.8.7 is niet van toepassing op de subsidie voor de coördinatie van projecten integrale vroeghulp.

Artikel 2.5.7

1. De aanvraag tot subsidievaststelling wordt pas in behandeling genomen als het door het College zorgverzekeringen voor de betrokken MEE-organisatie aangewezen zorgkantoor schriftelijk met de aanvraag heeft ingestemd.

2. Het College zorgverzekeringen kan bij de subsidievaststelling van enig jaar overheveling van onbenutte subsidie tussen MEE-organisaties toepassen. Deze overheveling is slechts mogelijk als de gezamenlijke waarde van de in het subsidiejaar gerealiseerde diensten, als bedoeld in artikel 2.5.4, eerste lid, hoger is dan de voor individuele cliëntondersteuning verleende subsidie en kan slechts leiden tot een verhoging van maximaal 10% van de voor individuele cliëntondersteuning verleende subsidie.

3. Indien er meer MEE-organisaties zijn met een overschrijding van de verleende subsidie en er onvoldoende onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond zijn, worden deze overschrijdingen naar rato toegekend overeenkomstig de volgende formule:

Paragraaf 2.6. Persoonsgebonden budget

Artikel 2.6.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

a. AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

b. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en vervoer: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanpak 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 zorgaanpak AWBZ;

d. kortdurend verblijf: tijdelijk verblijf gedurende gemiddeld niet meer dan twee etmalen per week, met dien verstande dat het verblijf niet door een instelling hoeft te worden verleend;

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.

Artikel 2.6.2

1. Aan zorgkantoren wordt op aanvraag per kalenderjaar een subsidie verleend die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.3 tot en met 2.6.13 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten.

2. Het subsidieplafond voor de in het eerste lid bedoelde activiteiten bedraagt € 975.000.000.

3. Voor verleende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het eerste lid wordt een maximale subsidie in aanmerking genomen, dat wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{(A \times G) + (B \times \text{€ } 11\,544) + (C \times \text{€ } 27\,361) + (D \times \text{€ } 16\,119)}{E} \times \text{€ } 975\,000\,000,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal verzekerden in de regio van de subsidie-ontvanger waaraan op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar een subsidie was verleend op grond van deze paragraaf;
G: het gemiddeld op jaarbasis op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar door de subsidie-ontvanger aan de onder A bedoelde verzekerden verleende netto persoonsgebonden budget;

B: het aantal verzekerden in de regio van de subsidie-ontvanger waaraan op 31 augustus 2005 een subsidie was verleend op grond van paragraaf 2.5.1 van de regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (vervallen);

C: het aantal verzekerden in de regio van de subsidie-ontvanger waaraan op 31 augustus 2005 een subsidie was verleend op grond van paragraaf 2.5.2 van de regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (vervallen);

D: het aantal verzekerden in de regio van de subsidie-ontvanger waaraan op 1 september 2005 een subsidie was verleend op grond van paragraaf 2.5.4 van de regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (vervallen);

E: de som van de teller voor alle subsidie-ontvangers tezamen.

4. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor persoonsgebonden budgetten voor verzekerden woonachtig in zijn regio.

5. In afwijking van het vierde lid kan het zorgkantoor ook bestedingen door een zorgkantoor in een andere regio ten laste van het subsidie brengen, na schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen.

6. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.

7. 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.

8. Het College zorgverzekeringen kan bij de subsidievaststelling van enig jaar onbenutte subsidiegelden overhevelen van het ene zorgkantoor naar het andere zorgkantoor.

Artikel 2.6.3

1. Onverminderd artikel 2.6.2 wordt aan zorgkantoren op aanvraag per kalenderjaar een subsidie verleend die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.14 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten aan de verzekerden die geen persoonsgebonden budget wordt ver-

strekt vanwege de volledige benutting van de beschikbare middelen, bedoeld in artikel 2.6.2, tweede lid.

2. Het subsidieplafond voor de activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 25.000.000.

3. De subsidie, bedoeld in het eerste lid, wordt verdeeld met inachtneming van de door het College zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregels.

4. Het vierde tot en met het achtste lid van artikel 2.6.2 zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 2.6.4

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 2.6.1, onderdeel b, c 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 Zorgverzekeringswet zal verblijven;

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;

c. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kinderbescherming, 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;

d. binnen de maximale subsidie, bedoeld in artikel 2.6.2, tweede en derde lid, en artikel 2.6.3, tweede en derde lid, geen ruimte voor verlening van een persoonsgebonden budget aanwezig is en de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd niet onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode.

3. 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 2.6.5

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 aangevozen waarvoor het budget wordt verleend, en

b. eindigt met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit zijn geldigheidsduur verliest.

Artikel 2.6.6

1. Het bruto persoonsgebonden budget bedraagt per kalenderjaar voor:

a. huishoudelijke verzorging:

1e klasse 1: € 884

2e klasse 2: € 2654

3e klasse 3: € 4866

4e klasse 4: € 7520

5e klasse 5: € 10.175

6e klasse 6: € 12.828

7e klasse 7: het bedrag genoemd bij klasse 6, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 6 overschrijdt en een bedrag van € 884;

b. persoonlijke verzorging:

1e klasse 1: € 1384

2e klasse 2: € 4153

3e klasse 3: € 7612

4e klasse 4: € 11.764

5e klasse 5: € 15.916

6e klasse 6: € 20.068

7e klasse 7: € 24.912

8e klasse 8: € 31.140

9e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8 vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1384;

c. verpleging:

1e klasse 0: € 1194

2e klasse 1: € 3563

3e klasse 2: € 7124

4e klasse 3: € 13.058

5e klasse 4: € 20.185

6e klasse 5: € 27.306

7e klasse 6: € 34.431

8e klasse 7: € 42.741

9e klasse 8: het bedrag genoemd bij klasse 7, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 7 overschrijdt en een bedrag van € 2379;

d. ondersteunende begeleiding in uren:

1e klasse 1: € 1729

2e klasse 2: € 5186

3e klasse 3: € 9509

4e klasse 4: € 14.696

5e klasse 5: € 19.880

6e klasse 6: € 25.068

7e klasse 7: € 31.116

8e klasse 8: € 38.896

9e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1729;

e. ondersteunende begeleiding in dagdelen:

1e klasse 1: € 2246
 2e klasse 2: € 4494
 3e klasse 3: € 6741
 4e klasse 4: € 8988
 5e klasse 5: € 11.235
 6e klasse 6: € 13.482
 7e klasse 7: € 15.729
 8e klasse 8: € 17.976
 9e klasse 9: € 20.223

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2246;

f. ondersteunende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2519
 2e klasse 2: € 5036
 3e klasse 3: € 7555
 4e klasse 4: € 10.073
 5e klasse 5: € 12.592
 6e klasse 6: € 14.568
 7e klasse 7: € 17.086
 8e klasse 8: € 19.332
 9e klasse 9: € 21.580

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2246;

$$A \times \left(\frac{B}{C} \right),$$

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

B: het aantal dagen in het kalenderjaar waarvoor het budget werd verleend;

C: het aantal dagen in het kalenderjaar.

6. Indien toepassing van de voorgaande leden leidt tot een verlening van een bruto persoonsgebonden budget van meer dan € 300 per dag, beperkt het zorgkantoor de verlening tot de kosten van verblijf, met een minimum van € 300 per dag.

7. Indien het verleende bruto persoonsgebonden budget € 300 per dag of meer bedraagt dan meldt het zorgkantoor dit onmiddellijk aan het College zorgverzekeringen volgens een door het College zorgverzekeringen vastgesteld model.

8. Het zorgkantoor kan een netto persoonsgebonden budget van een verzekerde met een indicatie voor verblijf ophogen tot het bedrag dat de verzekerde in een instelling zou kosten, onder aftrek van de woonlasten.

g. activerende begeleiding in uren:

1e klasse 1: € 2652
 2e klasse 2: € 7954
 3e klasse 3: € 14.584
 4e klasse 4: € 22.538
 5e klasse 5: het bedrag genoemd bij klasse 4, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 4 overschrijdt en een bedrag van € 2652;

h. activerende begeleiding in dagdelen:

1e klasse 1: € 2584
 2e klasse 2: € 5167
 3e klasse 3: € 7750
 4e klasse 4: € 10.334
 5e klasse 5: € 12.918
 6e klasse 6: € 15.502
 7e klasse 7: € 18.084
 8e klasse 8: € 20.668
 9e klasse 9: € 23.251

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2584;

i. activerende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2855
 2e klasse 2: € 5710
 3e klasse 3: € 8565
 4e klasse 4: € 11.419
 5e klasse 5: € 14.247
 6e klasse 6: € 16.587
 7e klasse 7: € 19.442
 8e klasse 8: € 22.026
 9e klasse 9: € 24.608

Artikel 2.6.7

1. De verzekerde van achttien jaar of ouder aan wie een persoonsgebonden budget is verleend voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging is een eigen bijdrage verschuldigd. Deze eigen bijdrage bedraagt:

a. 60% van het bruto persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging;

b. 33% van het bruto persoonsgebonden budget voor persoonlijke verzorging;

c. 20% van het bruto persoonsgebonden budget voor verpleging.

2. De verzekerde is per kalenderjaar aan bijdragen als bedoeld in het eerste lid niet meer verschuldigd dan 15% van het bijdrageplichtig inkomen als bedoeld in artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg, verminderd met € 1879,75 met dien verstande dat hij ten minste € 213,78 en ten hoogste € 7094,03 is verschuldigd. De artikelen 1, 16 en 16e van het Bijdragebesluit zorg zijn van overeenkomstige toepassing.

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2584;

j. kortdurend verblijf: € 94 per etmaal.

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.

3. Indien de subsidieperiode in meer dan een 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, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

waarbij wordt verstaan onder:

3. Bij de uitvoering van het tweede lid kan het zorgkantoor uitgaan van het verzamelinkomen in het kalenderjaar voorafgaande aan het peiljaar indien aan de verzekerde op 31 december van het voorgaande kalenderjaar een persoonsgebonden budget is verleend en het verzamelinkomen in het peiljaar op 1 maart van het kalenderjaar niet bekend is bij het zorgkantoor.

Artikel 2.6.8

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

2. Indien de verzekerde 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 bruto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

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

B: het getal 52;

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

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

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

3. 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 en tweede lid berekende netto persoonsgebonden budget voor het eerste jaar waarover het wordt verleend verhoogd met een bedrag gelijk aan dit niet bestede deel.

4. 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 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 en tweede lid voor het eerdere jaar werd berekend.

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

Artikel 2.6.9

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 2.6.1, onderdeel b of d, en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten;

b. de zorg die de verzekerde inkoop, 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 tarief, het aantal te betalen uren, dagdelen of etmalen, 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 zes weken na het einde van een voorschotperiode door middel van invulling van een daartoe aan het eind van iedere voorschotperiode door het zorgkantoor toegezonden 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 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 f van het eerste lid is niet van toepassing indien de verzekerde verplicht is tot loonheffing.

7. 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.

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

9. In afwijking van het eerste lid, onderdeel e, is de verzekerde aan wie maandelijks een voorschot wordt uitbetaald slechts verplicht om binnen zes weken na het einde van ieder kwartaal verantwoording af te leggen.

Artikel 2.6.10

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

a. per jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 2500 of minder bedraagt;

b. per half jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 5000 of minder, maar meer dan € 2500 bedraagt;

c. per kwartaal, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 25.000 of minder, maar meer dan € 5000 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 2.6.9, 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 zes weken na ontvangst van de desbetreffende verantwoording aan de verzekerde mee.

Artikel 2.6.11

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 2.6.8, tweede tot en met vijfde lid;
 - i. de mededeling dat de in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel f, bedoelde formulieren door het zorgkantoor worden doorgezonden aan de belastingdienst.
2. Indien het bedrag, bedoeld in artikel 2.6.8, tweede tot en met vijfde 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 2.6.12

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 Zorgverzekeringswet;

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 2.6.9, eerste lid, onderdeel a;
- b. met ingang van de dag waarop de verzekerde de bij of krachtens artikel 2.6.9 opgelegde overige verplichtingen niet nakomt.

Artikel 2.6.13

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.

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 zes 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 2.6.9, 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 verrekent deze met door hem

aan de verzekerde terzake van persoonsgebonden budgetten verschuldigde bedragen.

Artikel 2.6.14

1. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de formulieren, bedoeld in artikel 2.6.9, 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.

Paragraaf 2.7. Het verwezenlijken van ADL-clusters

Artikel 2.7.1

In de paragrafen 2.7 tot en met 2.9 wordt verstaan onder:

- a. ADL-assistentie: direct oproepbare persoonlijke assistentie aan een lichamelijke gehandicapte, welke op diens verzoek en aanwijzing wordt verleend gedurende het gehele etmaal bij algemene dagelijkse levensverrichtingen die hij als gevolg van lichamelijke functiebeperkingen niet zelf kan verrichten, waaronder in ieder geval assistentie bij eten en drinken, bij verplaatsen en toilet maken;
- b. ADL-cluster: een aantal bij elkaar horende standaard aangepaste huurwoningen, waarvan de bewoners voor hun dagelijkse levensverrichtingen zijn aangewezen op ADL-assistentie, waarvoor op grond van paragraaf 2.9 subsidie wordt verstrekt, alsmede een ADL-eenheid, die zijn gebouwd in overeenstemming met het op 22 december 1992 door de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer vastgestelde programma van eisen en besteksbepalingen voor ADL clusterprojecten en in overeenstemming met het Programma van Eisen voor alarmintercominstallaties, dat door het College zorgverzekeringen is vastgesteld op 23 november 2001 en het Programma van Eisen voor keukens, dat door het College zorgverzekeringen is vastgesteld in december 2004;
- c. ADL-woning: een woning deel uitmakend van een ADL-cluster;
- d. ADL-eenheid: een ruimte, centraal gelegen binnen een ADL-cluster, waarin en van waaruit ADL-assistentie wordt verleend aan bewoners van een ADL-woning;
- e. Programma van eisen: het programma van eisen en besteksbepalingen voor ADL-clusterprojecten, vastgesteld bij de Regeling van de Staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer van 22 december 1992 (Strt. 1993, 1), met uitzondering van het bepaalde met betrekking tot alarmintercominstallaties en keukens. Voor dit laatste gelden het in november 2001

door het College zorgverzekeringen vastgestelde Programma van Eisen voor communicatie installaties ten behoeve van ADL-clusters en het in december 2004 door het College zorgverzekeringen vastgestelde Programma van eisen voor keukens in ADL-clusters.

Artikel 2.7.2

Voor de bouw en de exploitatie van ADL-clusters worden projectsubsidies verstrekt aan de rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid die een ADL-cluster wil bouwen en exploiteren of heeft gebouwd en exploiteert.

Artikel 2.7.3

1. Subsidie wordt slechts verstrekt indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- het cluster omvat ten minste zestien en ten hoogste vierentwintig ADL-woningen en een ADL-eenheid;
- het cluster maakt deel uit van een wooncomplex van ten minste vijftig woningen, waarbij voor de bouw geldelijke steun krachtens de Woningwet is verleend;
- de loopafstand tussen de ADL-woningen en de ADL-eenheid is niet groter dan 150 meter en de loopafstand

$$\frac{\text{€ } 842}{1+r} \times \frac{1 - \left(\frac{1}{1+r}\right)^t}{1 - \left(\frac{1}{1+r}\right)}$$

waarbij wordt verstaan onder:

t: aantal jaren;

r: de EURIBOR-rentevoet voor leningen met een looptijd van een jaar op 1 januari van het jaar waarin de aanvraag van subsidie bij het College zorgverzekeringen is ingediend;

$$\frac{\text{€ } 842}{1+r} \times \frac{1 - \left(\frac{1}{1+r}\right)^t}{1 - \left(\frac{1}{1+r}\right)}$$

waarbij wordt verstaan onder:

t: aantal jaren;

r: de EURIBOR-rentevoet voor leningen met een looptijd van een jaar op 1 januari van het jaar waarin de aanvraag van subsidie bij het College zorgverzekeringen is ingediend.

2. De volgende lasten worden gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten voor zover zij gezamenlijk niet meer dan 10% van de in de onderdelen a en c van het eerste lid genoemde kosten bedragen:

- de risicoverrekening van loon- en materiaalkosten;
- het architectenhonorarium;

tussen de twee verst uit elkaar gelegen ADL-woningen is niet meer dan 200 meter;

d. de ADL-woningen zijn in de totale woonbebouwing geïntegreerd, grenzen zo weinig mogelijk aan elkaar en zijn van buitenaf niet of nagenoeg niet als ADL-woning herkenbaar;

e. de subsidieontvanger heeft een op schrift gestelde overeenkomst gesloten met een rechtspersoon die met toepassing van paragraaf 2.9 gesubsidieerde ADL-assistentie verleent, op basis waarvan vaststaat, dat bij verwezenlijking van het cluster op zoveel aanbod van assistentie kan worden gerekend, dat voldoende hulp beschikbaar is bij volledige bezetting van de woningen;

f. uit de centrale registratie bij het College zorgverzekeringen blijkt dat ten minste 30 personen voor toewijzing van een ADL-woning in het cluster in aanmerking willen komen, en

g. er wordt voldaan aan het programma van eisen, waarbij het aantal 4-kamerwoningen het aantal 3-kamerwoningen niet overschrijdt.

2. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing van het eerste lid verlenen voor zover strikte toepassing leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.

c. de extra kosten die nodig zijn voor de bouw van de ADL-woningen in verband met de verruiming van deze woningen en de extra bouwkundige werkzaamheden ten opzichte van de normale woningen in het complex, met inbegrip van de kosten van aanschaffing en installatie van een in hoogte nastelbaar keukenblok, en

c. kosten van toezicht op de uitvoering van de woningaanpassing;

d. financieringskosten, en

e. administratiekosten.

3. In afwijking van artikel 1.3.1, kan het College zorgverzekeringen, in gevallen waarin sprake is van redelijkerwijs niet voorziene kosten, de subsidie vaststellen op een hoger bedrag dan de verleende subsidie, voor zover daarvoor ruimte resteert binnen het subsidieplafond van het jaar waarin op de aanvraag tot subsidieverlening is beslist.

4. Het College zorgverzekeringen kan aan de vergoeding van de kosten, genoemd in het eerste lid, onderdelen a en c, nadere voorwaarden verbinden.

Artikel 2.7.4

Geen subsidie wordt verstrekt indien met de bouw van het cluster een aanvang is gemaakt voordat is beslist op de subsidieaanvraag.

Artikel 2.7.5

1. Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt voor het jaar 2006 € 7.500.000.

2. De aanvragen van subsidies worden behandeld in volgorde van de datum van ontvangst van de volledige aanvraag.

Artikel 2.7.6

1. De volgende lasten worden in aanmerking genomen:

a. bouwkosten van een ADL-eenheid, met inbegrip van de inrichtingskosten volgens het programma van eisen, met uitzondering van de kosten van aanpassen en nastellen van standaardinrichtingselementen en voor rolstoelgebruik geschikte vloerbedekking;

b. de netto-constante waarde van de exploitatiekosten van de ADL-eenheid over twintig jaren tot een maximum van € 842 per jaar, berekend overeenkomstig de volgende formule:

d. indien de ADL-eenheid langer dan 20 jaar in gebruik is, de netto-constante waarde van de exploitatiekosten van de ADL-eenheid over tien jaren tot een maximum van € 842 per jaar, berekend overeenkomstig de volgende formule:

Artikel 2.7.7

1. De subsidieaanvraag gaat tevens vergezeld van:

a. het bouwplan, waarbij zowel de subsidiabele als de niet-subsidiabele kosten worden aangegeven;

b. de op schrift gestelde overeenkomst, bedoeld in artikel 2.7.3, eerste lid, onderdeel e, en

c. een berekening van de in artikel 2.7.6, eerste lid, onderdeel b onderscheidenlijk onderdeel d, bedoelde netto contante waarde.

2. De gegevens in het eerste lid, onderdelen a en b, zijn niet vereist bij een aanvraag voor subsidie, bedoeld in artikel 2.7.6, eerste lid, onderdeel d.

Artikel 2.7.8

1. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat:

- a. voor plaatsing in een ADL-woning uitsluitend in aanmerking komt de verzekerde die voldoende in staat is om zelfstandig te wonen en te leven en als zodanig bij het College zorgverzekeringen is geregistreerd en ten minste vijf, en ten hoogste dertig uur per week op ADL-assistentie is aangewezen;
- b. voor verder verblijf in een ADL-woning uitsluitend in aanmerking komt:
 - 1°. de verzekerde die voldoet aan de onder a gestelde voorwaarden, of
 - 2°. de verzekerde die tijdens het verblijf meer dan dertig uur op ADL-assistentie raakt aangewezen en overigens voldoende sociaal zelfredzaam is;
 - c. de verzekerde en zijn gezinsleden, blijkens een door hen daartoe ondertekend aanhangsel bij de huurovereenkomst, zich vóór het betrekken van de ADL-woning verplichten te verhuizen:
 - 1°. indien de verzekerde niet meer voldoet aan de onder b gestelde voorwaarden,
 - 2°. indien sprake is van beëindiging van de dienstverlening van de betrokken ADL-verlenende instantie,
 - 3°. bij overlijden, of
 - 4°. bij opname van de verzekerde in een andere zorgvoorziening;
 - d. het College zorgverzekeringen onmiddellijk in kennis wordt gesteld van een vrijgekomen woning.
2. Bij de toepassing van onderdeel a van het eerste lid wordt uitgegaan van een schriftelijk indicatie-advies, gegeven door een persoon of organisatie die door het College zorgverzekeringen wordt aangewezen, waarin wordt ingegaan op de sociale zelfredzaamheid van de kandidaat en waarin het aantal uren te leveren ADL-assistentie is aangegeven.

Artikel 2.7.9

Voorschotten worden niet verleend voordat met de bouw van het cluster is gestart.

Artikel 2.7.10

1. Het College zorgverzekeringen kan besluiten, op grond van een daartoe strekkend verzoek van de eigenaar van een woning, om een aangepaste woning toe te voegen aan de capaciteit van een bestaand of nieuw te bouwen ADL-cluster, voor zover en voor zo lang deze woning wordt bewoond door een verzekerde die voldoet aan de eisen gesteld in artikel 2.7.8, onderdeel a.
2. Bij het in het eerste lid bedoelde verzoek legt de woningeigenaar een overeenkomst over overeenkomstig artikel 2.7.3, onderdeel e.
3. Het College zorgverzekeringen kan aan de toevoeging nadere voorwaarden verbinden.

Paragraaf 2.8. Aanpassingen in bestaande ADL-clusters

Artikel 2.8.1

Voor aanpassingen in bestaande ADL-clusters worden projectsubsidies verstrekt aan de rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid die een ADL-cluster exploiteert.

Artikel 2.8.2

1. De volgende aanpassingen worden in aanmerking genomen bij de subsidieverlening:

- a. onderhoud, reparatie en vervanging van het alarmintercomsysteem;
- b. kosten die verband houden met onderhoud, reparatie en vervanging van standaardinrichtingselementen;
- c. nastelling bij oplevering van een nieuw cluster, bij toewijzing van de ADL-woning aan een nieuwe bewoner of bij verergering van de handicap van de bewoner;
- d. onderhoud, reparatie en vervanging van extra voorzieningen, en
- e. kosten die verband houden met leegstand van de ADL-woning, voor zover deze leegstand te maken heeft met het aanbrengen van de noodzakelijke aanpassingen. Slechts de kosten van huurdering gedurende de derde tot en met de vijfde maand worden voor 50% van de kale huurprijs in aanmerking genomen.

2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt verstaan onder:

a. standaardinrichtingselementen in een ADL-woning:

- 1°. keukenonderdelen en bijbehorende kasten, waaronder de ladegeleiders, het schuifblad en de deurscharnieren, en
- 2°. sanitair, waaronder frontkraan en zwenkkraan in de keuken, wastafelkraan in de natte cel, douchemengkraan, flexibele slangen, stopkranen, de afvoeren tot 0 centimeter en vloer, toiletbril, BRG-toiletsteunen en verstelset voor douche en wastafel;

b. standaardinrichtingselementen in een ADL-eenheid:

- 1°. hoog/laag bad, waaronder hefmechanisme, thermostaten, boiler, aansluitingen, afvoeren en hydraulische badhulp;
- 2°. sanitair, waaronder wastafel in de natte cel en toilet, douchemengkraan, flexibele slangen, stopkranen, afvoeren, toiletsteunen en eenhendelgootsteenmengkraan, en
- 3°. deuraandrijvingen;

c. nastellingen in een ADL-woning:

- 1°. hoger of lager monteren van het keukenblad, bovenkastjes en wastafel;
- 2°. het wisselen van wastafel en douche;
- 3°. het verplaatsen van de frontkraan;
- 4°. het leveren, aanbrengen en verplaatsen van een wanddouche zitje;
- 5°. het leveren, aanbrengen en verplaatsen van toiletsteunen;
- 6°. het aanbrengen van extra handvaten op deuren of van dichttrektouwstjes;

7°. het leveren en aanbrengen van diverse voorzieningen aan het alarmintercomsysteem, te weten blaas-zuigbediening of stemalarm;

8°. het vervangen, aanpassen of verwijderen van drempels;

9°. het leveren en aanbrengen van schopplaten en hoeklijnen, en

10°. het leveren en aanbrengen of vervangen van een thermostaatkraan;

d. extra voorzieningen in een ADL-woning:

1°. plafondlift;

2°. Deurmotoren, en

3°. toilet met spoel/föhninstallatie.

3. De aanpassing wordt slechts in aanmerking genomen indien deze noodzakelijk is en het de meest adequate voorziening betreft tegen de minste kosten.

4. Kosten van reparatie en vervanging van standaardinrichtingselementen die de subsidie-ontvanger op de vorige bewoner kan verhalen, worden niet gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten. De subsidieontvanger schouwt een opnieuw te verhuren ADL-woning voor de einddatum van de vorige van verhuur.

5. Advieskosten die betrekking hebben op collectieve vervanging van standaardinrichtingselementen worden tot een maximum van 10% van de totale vervangingskosten voor subsidie in aanmerking genomen.

6. Het College zorgverzekeringen kan afwijken van het eerste en tweede lid voor zover toepassing daarvan leidt tot onbillijkheid van overwegende aard.

Artikel 2.8.3

Geen subsidie wordt verstrekt indien met de aanpassing een aanvang is gemaakt voordat is beslist op de subsidieaanvraag. De vorige volzin geldt niet voor reparatiekosten van een alarmintercomsysteem indien deze lager zijn dan € 350 en voor kosten die betrekking hebben op de in artikel 2.8.2, eerste lid, onderdelen c en d genoemde aanpassingen, indien deze lager zijn dan € 500 per bewoner.

Artikel 2.8.4

Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt voor het jaar 2006 € 2.786.452.

Artikel 2.8.5

Indien de bewoner de huurovereenkomst beëindigt, anders dan bij overlijden of vertrek naar een zorgvoorziening, brengt de subsidieontvanger de kosten van de aanpassing tot maximaal de volgende bedragen in rekening aan die bewoner:

a. bij vertrek uit de woning binnen een half jaar na de vaststelling, maximaal 50% van de kosten van aanpassing;

b. bij vertrek uit de woning binnen een jaar na de vaststelling, maximaal 25% van de kosten van aanpassing, of

c. bij vertrek uit de woning binnen twee jaar na de vaststelling, maximaal 10% van de kosten van aanpassing.

Artikel 2.8.6

De begroting bij de subsidieaanvraag is gebaseerd op een of meer gespecificeerde offertes. De aanvraag van een subsidie gaat tevens vergezeld van deze offertes.

Paragraaf 2.9. ADL-assistentie in ADL-clusters

Artikel 2.9.1

In deze paragraaf wordt onder ingebruikneming van een ADL-cluster mede verstaan: het in gebruik nemen van een capaciteitsuitbreiding.

Artikel 2.9.2

Voor het verlenen van ADL-assistentie in ADL-clusters worden instellingssubsidies verstrekt aan de rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid die ADL-assistentie verleent in een of meer ADL-clusters.

Artikel 2.9.3

Subsidie wordt slechts verstrekt indien de ADL-assistentie wordt verleend op basis van een schriftelijke overeenkomst tussen de subsidieontvanger en de rechtspersoon die het ADL-cluster beheert.

Artikel 2.9.4

Het aantal werkelijk verleende uren ADL-assistentie dient globaal overeen te komen met het aantal geïndiceerde uren. Indien bij een bewoner van een ADL-woning de behoefte aan assistentie de meest recente indicatie structureel overschrijdt met meer dan twee uur, meldt de subsidieontvanger de bewoner binnen drie maanden aan voor herindicatie.

Artikel 2.9.5

1. Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten in ADL-clusters bedraagt voor het jaar 2006 € 53.867.175.
2. Indien het totaalbedrag van de voor subsidie in aanmerking komende aanvragen hoger is dan het subsidieplafond, heeft verdeling van het plafond plaats naar evenredigheid van de bij de subsidieverlening in aanmerking te nemen begrote aantallen te verlenen uren vermenigvuldigd met het door het College zorgverzekeringen vast te stellen uurtarief.

Artikel 2.9.6

1. In afwijking van artikel 1.2.1 bestaat de subsidie uit het product van het door de subsidieontvanger begrote aantal te verlenen uren ADL-assistentie en het door het College zorgverzekeringen vast te stellen tarief per uur.

2. Het bij de subsidieverlening in aanmerking te nemen begrote aantal uren bestaat uit de som van het aantal op jaarbasis te verlenen uren in bestaande clusters ten tijde van de aanvraag, het aantal geraamde geïndiceerde uren voor te verwachten zorgverzering in het subsidiejaar en het aantal geraamde geïndiceerde uren in tijdens het subsidiejaar te openen nieuwe clusters.

3. Het in het eerste lid bedoelde tarief per verleend assistentie-uur wordt bepaald op het quotiënt van de vastgestelde subsidie voor het kalenderjaar voorafgaande aan het subsidiejaar, geïndiceerd met het door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vast te stellen index voor lonen en prijzen, en 97,5% van het werkelijk aantal verleende uren in het eerder bedoeld kalenderjaar.

4. Bij de toepassing van het tweede lid van dit artikel is artikel 2.7.8, tweede lid, zo veel mogelijk van overeenkomstige toepassing.

Artikel 2.9.7

In afwijking van artikel 1.5.1 worden aanvragen van subsidies voor het verlenen van ADL-assistentie in het betreffende subsidiejaar in gebruik te nemen ADL-clusters uiterlijk zes weken voor ingebruikneming van het ADL-cluster ingediend.

Artikel 2.9.8

1. De subsidieontvanger registreert op zorgvuldige wijze:
a. in welke clusters ADL-assistentie wordt verleend;
b. het aantal uren ADL-assistentie dat per bewoner en per cluster wordt verleend, en
c. het aantal ADL-assistenten dat per cluster werkzaam is.
2. De subsidieontvanger bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.

Paragraaf 2.10. Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg

Artikel 2.10.1

1. Zorgkantoren komen in aanmerking voor een projectsubsidie die bestemd is voor het verlenen van subsidies voor de ondersteuning van de coördinatie van:
a. steunpunten mantelzorg;
b. organisaties vrijwillige thuiszorg;
c. organisaties met een coördinatiefunctie op het gebied van de vrijwillige terminale zorg, met inbegrip van de zelfstandige hospices, de bijna-thuis-huizen en de intensieve thuiszorg, en
d. netwerken palliatieve zorg.
2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onder b en c, zijn niet van toepassing.

Artikel 2.10.2

De gesubsidieerde activiteiten bestaan uit de ondersteuning van de coördinatie van:

a. zorg in de thuissituatie die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende verzekerde door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie tussen hulpverlener en de hulpbehoevende oudere, zieke of gehandicapte verzekerde;

b. hulp die personen op vrijwillige basis zonder overeengekomen beloning bieden in de vorm van hoofdzakelijk vervangende mantelzorg in de thuissituatie aan hulpbehoevende oudere, zieke of gehandicapte verzekerden;

c. vorming en instandhouding van netwerken palliatieve zorg ten behoeve van de versterking van de onderlinge samenwerking tussen de bij de palliatieve zorg betrokken organisaties en personen.

Artikel 2.10.3

1. Subsidie wordt slechts verleend voor bestedingen in de regio van het zorgkantoor.

2. In afwijking van het eerste lid wordt ook de besteding door het zorgkantoor in een andere regio in aanmerking genomen, voorzover het zorgkantoor van die andere regio zich schriftelijk jegens het zorgkantoor verplicht heeft de overgehevelde middelen in het subsidiejaar te besteden overeenkomstig deze paragraaf en nadat daarover overleg heeft plaatsgehad met de bij de hulpverlening in de eigen regio betrokken organisaties of personen. Besteding in een andere regio is slechts mogelijk na toestemming van het College zorgverzekeringen. Het College zorgverzekeringen kan voorwaarden aan de toestemming verbinden.

Artikel 2.10.4

1. Subsidie aan het zorgkantoor voor de ondersteuning van de coördinatie van vrijwillige thuiszorg wordt slechts verleend indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

a. over de opzet van een te starten project gericht op de coördinatie van vrijwillige thuiszorg heeft vooraf overleg plaatsgehad tussen het zorgkantoor en de in de regio werkzame vrijwillige thuiszorgorganisaties, en
b. de lokale (of interlokaal samenwerkende) overheid is door het zorgkantoor geraadpleegd bij de start van een project.
2. Subsidie aan het zorgkantoor voor de ondersteuning van mantelzorg wordt slechts verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

a. over de opzet van een te starten project gericht op de ondersteuning van mantelzorg heeft vooraf overleg plaatsgehad tussen het zorgkantoor en de in de regio werkzame organisaties voor mantelzorg, en
b. de lokale (of interlokaal samenwerkende) overheid is door het zorgkantoor geraadpleegd bij de start van een project.

3. Subsidie aan het zorgkantoor voor de ondersteuning van de coördinatie van de netwerken palliatieve zorg wordt slechts verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. over de opzet van een te starten project gericht op de coördinatie van activiteiten in het kader van netwerken palliatieve zorg heeft vooraf overleg plaatsgehad tussen het zorgkantoor en andere in de regio werkzame netwerkcoördinatoren;
- b. de lokale of interlokaal samenwerkende overheid is door het zorgkantoor geïnformeerd over een te starten project;
- c. aan de netwerken palliatieve zorg nemen instellingen en organisaties van professionele zorgverleners deel, en
- d. met organisaties van patiënten, vrijwilligers en zorgverzekeraars wordt regelmatig overleg gepleegd.

$$\frac{A}{B} \times \text{€ } 5\,000\,000,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal 65-plussers in de regio van het zorgkantoor op 1 januari voorafgaand aan het subsidiejaar;

$$\frac{A}{B} \times \text{€ } 1\,000\,000,$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal 65-plussers in de regio van het zorgkantoor op 1 januari voorafgaand aan het subsidiejaar;

B: het totaal aantal 65-plussers in Nederland op 1 januari voorafgaand aan het subsidiejaar.

4. Het in artikel 2.10.5, vierde lid, genoemde bedrag wordt verleend aan het zorgkantoor Drenthe.

Artikel 2.10.7

Voor de toepassing van artikel 1.9.2 wordt voor de verantwoording omtrent de aanwending en besteding van de subsidie een onderscheid gemaakt naar:

- a. de kosten van de projecten die ten laste komen van het subsidieplafond, genoemd in artikel 2.10.5, eerste lid, verdeeld naar:

1. de kosten van projecten die de coördinatie ondersteunen van de in artikel 2.10.1, eerste lid, onderdelen a en b, genoemde organisaties;
2. de kosten van projecten die de coördinatie ondersteunen van de in artikel 2.10.1, eerste lid, onderdelen c en d, genoemde organisaties;
- b. de kosten van de projecten die ten laste komen van het subsidieplafond, genoemd in artikel 2.10.5, tweede lid;
- c. de kosten van de projecten die ten laste komen van het subsidieplafond, genoemd in artikel 2.10.5, derde lid.

Artikel 2.10.5

1. Het subsidieplafond voor projecten die de coördinatie ondersteunen van de in artikel 2.10.1, eerste lid onder a tot en met d genoemde organisaties bedraagt voor het jaar 2006 € 33.462.501.

2. Het subsidieplafond voor extra ondersteuning van de coördinatie van de in artikel 2.10.1, eerste lid, onder a en b genoemde organisaties bedraagt voor het jaar 2006 € 5.000.000.

3. Het subsidieplafond voor extra ondersteuning van de coördinatie van de in artikel 2.10.1, eerste lid, onder c en d genoemde organisaties bedraagt voor het jaar 2006 € 1.000.000.

4. Het subsidieplafond voor drie hospices in de regio Drenthe bedraagt in 2006 € 140.000. Het betreft de Stichting Hos-

pice NM-Drenthe in Assen, Stichting Hospice Hoozevee, Stichting Hospicezorg ZO-Drenthe in Emmen.

Artikel 2.10.6

1. De maximale subsidies voor projecten, bedoeld in artikel 2.10.5, eerste lid, worden berekend overeenkomstig de maximale subsidies die het College zorgverzekeringen verleende voor de gesubsidieerde activiteiten in het jaar 2005.

2. De maximale subsidies voor extra projecten als bedoeld in artikel 2.10.5, tweede lid, worden berekend overeenkomstig de volgende formule:

3. De maximale subsidies voor extra projecten als bedoeld in artikel 2.2.10.5, derde lid, worden berekend overeenkomstig de volgende formule:

B: het totaal aantal 65-plussers in Nederland op 1 januari voorafgaand aan het subsidiejaar.

Artikel 2.10.8

1. In afwijking van artikel 1.3.1 worden slechts de volgende lasten bij het verlenen van subsidie in aanmerking genomen:

- a. salariskosten van de coördinatiefunctie;
 - b. premies voor verzekering van wettelijke aansprakelijkheid van vrijwilligers en van bij de mantelzorg betrokken hulpverleners binnen de uitoefening van hun werkzaamheden, voorzover noodzakelijk;
 - c. reiskosten van vrijwilligers en van bij de mantelzorg betrokken hulpverleners tot maximaal de forfaitaire vrijstelling voor dergelijke vergoedingen ingevolge de belastingwetgeving;
 - d. kosten voor de werving en training van vrijwilligers en van bij de mantelzorg te betrekken hulpverleners, en
 - e. kosten van overige mantelzorgondersteunende activiteiten en algemene kantoorkosten ten behoeve van de coördinatie- en ondersteuningsfunctie.
2. In afwijking van artikel 1.3.1 worden bij het verlenen van subsidie niet in aanmerking genomen uitgaven die hoger zijn dan die welke voortvloeien uit de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten.

Artikel 2.10.9

In afwijking van artikel 1.6.1 gaat de aanvraag niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Paragraaf 2.11. Abortusklinieken

Artikel 2.11.1

Voor de exploitatie van de navolgende abortusklinieken kan een instellingssubsidie worden verleend aan de daarbij vermelde rechtspersonen:

- a. Stimezo Alkmaar te Alkmaar, Stichting Stimezo Alkmaar;
- b. MR'70 (Stimezo) te Amsterdam, Stichting MR'70;
- c. dr. Frans Wong Kliniek te Amsterdam, Stichting dr. Frans Wong;
- d. Mildredhuis (Stimezo) te Arnhem, Stichting Mildredhuis Stichting voor Zwangerschapsonderbreking;
- e. Preterm Kliniek te Den Haag, Stichting Polikliniek voor Zwangerschapsonderbreking;
- f. CASA Den Haag te Den Haag, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;
- g. Stimezo Eindhoven te Eindhoven, Stichting voor hulpverlening bij zwangerschapsonderbreking Eindhoven e.o.;
- h. Emma Kliniek te Enschede, Stichting ter bevordering van medisch verantwoorde zwangerschapsafbreking Enschede en omstreken;
- i. CASA Goes te Goes, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;
- j. Stimezo Groningen te Groningen, Stichting Medisch Centrum voor Geboorteregeling Stimezo Groningen;
- k. Beahuis te Heemstede, Stichting Hulpverlening Zwangerschapsonderbreking Noord-Holland 'STIZO';

l. CASA Leiden te Leiden, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;
m. CASA Maastricht te Maastricht, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;
n. CASA Rotterdam te Rotterdam, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;
o. Vrelinghuis te Utrecht, Stichting voor Hulpverlening bij Zwangerschapsonderbreking Utrecht en omgeving;
p. Stimezo Zwolle te Zwolle, Stichting Stimezo Zwolle.

Artikel 2.11.2

1. De gesubsidieerde activiteiten bestaan uit zwangerschapsafbrekingen in de zin van artikel 1, tweede lid, van de Wet afbreking zwangerschap, overtijdbehandelingen en de aan beide behandelingsvormen verbonden nazorg ten behoeve van verzekerden, voor zover deze hulp onder verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger en met personeel in dienst van de subsidieontvanger plaats vindt in diens abortuskliniek.

2. In afwijking van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen onder door hem te stellen voorwaarden de subsidieontvanger toestemming verlenen werkzaamheden die rechtstreeks verband houden met de exploitatie van de abortuskliniek, door derden ten laste van de subsidiegelden te doen uitvoeren.

Artikel 2.11.3

De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat geen betalingen van verzekerden worden gevraagd voor de gesubsidieerde activiteiten.

Artikel 2.11.4

Bij de subsidieverstreking worden slechts de volgende lasten in aanmerking genomen:

- a. de personeelslasten en materiële lasten, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van zwangerschapsafbrekingen, overtijdbehandelingen en nazorg;
- b. de kapitaalslasten met in achtneming van de volgende voorwaarden;
 - 1°. afschrijvingslasten worden berekend met toepassing van de beleidsregels inzake afschrijvingen bij abortusklinieken van het College tarieven gezondheidszorg,
 - 2°. rentelasten worden slechts in aanmerking genomen, indien zij betrekking hebben op benodigd vreemd vermogen,
 - 3°. ingeval vreemd vermogen is aangehouden in de vorm van annuïteiten, wordt als rente in aanmerking genomen het bedrag van de annuïteit, verminderd met de berekende rechtlijnige aflossing,
 - 4°. indien de subsidieontvanger geen eigenaar is van de gebouwen, installaties of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is die zich ten doel stelt of mede ten doel stelt de ondersteuning van de subsidieontvanger, zullen aan huur ten hoogste in aanmerking worden

genomen de eigenaarslasten, berekend volgens het eerste, tweede en derde lid,

5°. in andere gevallen waarin de subsidieontvanger geen eigenaar is van de gebouwen, installaties of inventaris zal aan huur in aanmerking worden genomen het door een huuradviescommissie recentelijk geadviseerd huurbedrag voor het betreffende pand, dan wel, indien een dergelijk advies niet beschikbaar is of indien in het pand nieuwe investeringen gepleegd worden om het geschikt te maken aan zijn nieuwe bestemming, de huur die wordt vastgesteld door drie makelaars, één aan te wijzen door de huurder, één aan te wijzen door de verhuurder en één aan te wijzen door beide voornoemde makelaars,

6°. bij overname door een andere rechtspersoon of verandering van rechtsvorm worden dezelfde grondslagen gehanteerd, waarbij een overname voor de beoordeling van de kapitaalslasten geen wijziging met zich brengt.

Artikel 2.11.5

Indien de subsidieontvanger tevens zwangerschapsafbrekingen, overtijdbehandelingen en nazorg verricht die niet voor subsidiëring in aanmerking komen, worden de volgens artikel 2.11.4 in aanmerking te nemen lasten, na aftrek van de vaste opslagen bedoeld in artikel 2.11.6, onderdelen b, c, en d, naar rato van het aantal behandelingen van verzekerden respectievelijk niet-verzekerden berekend.

Artikel 2.11.6

In afwijking van artikel 1.2.1 wordt de maximale subsidie als volgt berekend:

- a. voor de eerste duizend zwangerschapsafbrekingen een bedrag van € 364 per behandeling en voor elke volgende behandeling een bedrag van € 219;
- b. voor tweede trimesterbehandelingen een opslag van € 154 per behandeling;
- c. Voor eerste en tweede trimesterbehandelingen onder narcose een opslag van € 95 per behandeling bij een sedatiescore van vier of vijf overeenkomstig de door het centraal begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing vastgelegde consensus 'Sedatie en/of analgesie door niet anesthesiologen', indien de begeleiding in handen is van een tweede arts die daartoe bevoegd en bekwaam is;
- d. voor behandelingen met prostaglandine naast de opslag, vermeld in onderdeel c, een extra opslag van € 281 per behandeling;
- e. een toeslag voor huisvestingskosten, te berekenen als volgt:
 - 1°. ingeval van eigendom de afschrijvingen op het gebouw met de vaste installaties en een bedrag voor onderhoud ter hoogte van 1% van de stichtingskosten,
 - 2°. ingeval de subsidieontvanger geen eigenaar is van de gebouwen het huurbedrag, exclusief de servicekosten en de afschrijvingen op vaste installaties en

verbouwingen, voor zover deze niet zijn begrepen in het huurbedrag,

3°. de rente van geldleningen die rechtstreeks verband houden met de financiering van de huisvesting of, ingeval financiering plaatsvindt met eigen vermogen, de rentevergoeding volgens artikel 2.11.8;

f. een toeslag voor overige kapitaalslasten van € 21.854, indien het totale aantal behandelingen minder dan 1500 is en een toeslag van € 26.807, indien het totale aantal behandelingen 1500 of meer bedraagt;

g. een opslag per consult dat geen behandeling tot gevolg heeft van € 35.

Artikel 2.11.7

In afwijking van artikel 1.8.7 worden toevoegingen aan voorzieningen niet gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten.

Artikel 2.11.8

Uitsluitend ten behoeve van de berekening van de maximaal in aanmerking te nemen huisvestingslasten, bedoeld in artikel 2.11.6, onderdeel e, wordt voor de beschikbaarstelling van eigen vermogen een rentevergoeding berekend. Hiervoor wordt het normrente kort vreemd vermogen gehanteerd volgens de beleidsregels voor abortusklinieken van het College tarieven gezondheidszorg.

Artikel 2.11.9

1. Onverminderd artikel 1.5.1 zendt de subsidieontvanger de begroting per gelijke post aan het College tarieven gezondheidszorg.
2. In afwijking van 1.5.1 gaat de aanvraag niet vergezeld van een activiteitenplan.

Artikel 2.11.10

1. Onverminderd artikel 1.8.14 verstrekt de subsidieontvanger alle bescheiden en inlichtingen aan het College tarieven gezondheidszorg.
2. Het College zorgverzekeringen is bevoegd alle informatie met betrekking tot de subsidiëring ter beschikking te stellen aan het College tarieven gezondheidszorg.

Artikel 2.11.11

Met betrekking tot uitgaven waarin deze paragraaf niet voorziet, wordt gehandeld overeenkomstig de beleidsregels voor abortusklinieken van het College tarieven gezondheidszorg.

Artikel 2.11.12

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen vindt geen wijziging plaats in de aard, omvang en plaats van de huisvesting van de abortuskliniek.

Artikel 2.11.13

1. Op een aanvraag voor nieuwbouw of verbouw van een abortuskliniek zijn de beleidsregels 'Bouwvoorschriften College zorgverzekeringen abortusklinieken' van toepassing.

2. De subsidieontvanger dient bij het College zorgverzekeringen de volledige aanvraag in uiterlijk 26 weken vóór aanvang van de voorziene nieuwbouw of verbouw, waarop het College zorgverzekeringen een beslissing neemt.

3. De aanvraag moet vergezeld gaan van een bouwplan, een onderbouwing van de bouwwerkzaamheden, bouwtekeningen van de bestaande en nieuwe situatie en een open begroting van het investeringsbedrag.

Hoofdstuk III. Slot- en overgangsbe- palingen

Artikel 3.1.1

Deze regeling is niet van toepassing op subsidies en uitkeringen die voor de inwerkingtreding van deze regeling zijn verleend of vastgesteld.

Artikel 3.1.2

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2006.

Artikel 3.1.3

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling subsidies AWBZ.

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

*De Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C.I.J.M. Ross-van Dorp.*

Toelichting

Algemeen

Deze regeling is van toepassing op de subsidieregelingen op grond van artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en artikel 3.1.7 van de Invoerings- en aanpassingswet ZVW (I&A-wet Zvw). Dit artikel bevat de grondslag voor ministeriële regels, op grond waarvan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) subsidies kan verstrekken ten laste het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De paragrafen 2.6, 2.9, 2.11 en deels 2.4 zijn gebaseerd op artikel 44 van de AWBZ. De paragrafen 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.7, 2.8, 2.10 en deels 2.4 zijn gebaseerd op artikel 3.1.7 van de I&A-wet Zvw.

Subsidies uit het AFBZ zijn alleen mogelijk voor zorg of diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in de te verzekeren prestaties AWBZ. De subsidies zijn dan ook altijd tijdelijk van aard. Daarmee is aangesloten bij het subsidiebeleid zoals dat met de brief van 13 november 2003 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer is meegedeeld. (Kamerstukken II

2003/04, 29 214, nr. 9) Dit beleid houdt dus in dat alle bestaande premiesubsidies die niet aan dit doel voldoen of al een lange duur hebben, zullen worden beëindigd en elders zullen worden ondergebracht.

Tot 1 januari 2006 was de bevoegdheid om regels te treffen voor het verstrekken van subsidies uit de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) geregeld in artikel 1p van de Ziekenfondswet. Met het intrekken van de Ziekenfondswet is de basis voor de regels voor het verstrekken van subsidies uit het AFBZ geregeld in artikel 44 van de AWBZ alsmede tijdelijk in artikel 3.1.7 van de I&A-wet Zvw. De subsidieregels op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet waren neergelegd in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. Voor zover relevant zijn deze in de onderhavige regeling opgenomen, wegens het van rechtswege vervallen van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

Artikelsgewijs

Hoofdstuk I

In afdeling 1.1 worden een aantal begrippen, alsmede een aantal algemene zaken geregeld.

In artikel 1.1.1 wordt voor een aantal onderwerpen onderscheid gemaakt tussen instellingsubsidies en projectsubsidies. Het merendeel van de premiesubsidies zijn aan te merken als een projectsubsidie. Instellingsubsidies komen evenwel ook voor. Bij instellingsubsidies is sprake van ondersteuning van instellingen voor (een deel van) hun structurele activiteiten, veelal in aansluitende perioden. Naar aanleiding van de definitie van 'instellingssubsidie' wordt opgemerkt dat onder de kosten van de structurele activiteiten van een instelling uiteraard ook de 'overheadkosten' (waaronder de kosten van de huur van een pand, verzekeringen e.d.) kunnen worden verstaan, voorzover deze tenminste toegerekend kunnen worden aan de subsidiabel gestelde activiteiten.

Projectsubsidies zijn subsidies voor incidentele, in de tijd afgebakende projecten. Dit komt tot uitdrukking in de definitiebepaling van 'projectsubsidie'. Gedoeld wordt op een activiteit of een samenhangend geheel van activiteiten met een tevoren vastgestelde uitvoeringstermijn, te maken kosten en doelstelling. Onder deze beschrijving vallen bijvoorbeeld onderzoeken en experimenten. Een instellingssubsidie kan alleen worden verleend aan een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid dan wel aan een rechtspersoon die krachtens publiekrecht is ingesteld. Projectsubsidies kunnen ook worden verleend aan natuurlijke personen en aan rechtspersonen met een beperkte rechtsbevoegdheid.

In artikel 1.1.2 wordt het CVZ opgedragen subsidies te verstrekken voor de doelstellingen, genoemd in hoofdstuk 2. De tweede volzin geeft aan dat de subsidies ten laste van het AFBZ, dan wel de Algemene Kas worden gefinancierd. Het tweede lid is de basis op grond waarvan de regels in deze regeling gaan gelden in de verhouding tussen CVZ en de gesubsidieerde, zonder dat deze in de subsidiebeschikking herhaald hoeven te worden.

Artikel 1.1.3 bevat een aantal voorwaarden waar in elk geval aan voldaan moet zijn alvorens het CVZ een positieve beslissing op de aanvraag kan nemen. Bepaald is dat de subsidie slechts wordt verstrekt, indien de aanvrager naar het oordeel van het CVZ aannemelijk heeft gemaakt dat de financiële middelen met inbegrip van de subsidie voldoende zullen zijn om de voorgenomen activiteiten uit te voeren. Deze verplichting geldt niet voor rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld, vanwege het feit dat de verhouding tussen openbare lichamen onderling van een andere orde is dan de verhouding met privaatrechtelijke organisaties.

In paragraaf 1.2 wordt de hoofdregel voor de berekening van een instellingssubsidie geregeld. Deze berekeningswijze behelst een vorm van budgetsubsidie; de subsidie bestaat uit een bedrag ten behoeve van de overeenkomstig een door het CVZ goedgekeurd activiteitenplan uitgevoerde activiteiten. De instelling heeft een grote eigen verantwoordelijkheid en vrijheid binnen de besteding van het budget, uiteraard binnen de grenzen van de subsidievoorwaarden en het goedgekeurde plan. Het wordt in beginsel aan de subsidieontvanger overgelaten om te beoordelen hoe hij met de hem toegewezen middelen wil komen tot de te leveren prestatie. Daar staat tegenover dat bij een budgetsubsidie de subsidieontvanger ook zelf het risico loopt bij overschrijding van bepaalde kosten. De vorenbedoelde vrijheid neemt niet weg dat de instelling ook in een budgetstelsel inzicht moet geven in de wijze waarop activiteiten worden uitgevoerd en in de lasten en (te verwachten) baten.

In beginsel bestaat bij uitvoering van de subsidiabel gestelde activiteiten aanspraak op het bedrag vermeld in de subsidieverlening. De werkelijke kosten kunnen evenwel minder bedragen dan dit subsidiebedrag. Het wordt wenselijk geacht aan een eventueel subsidieoverschot grenzen te stellen. Geregeld is dat het subsidiebedrag wordt verlaagd indien dit overschot het bedrag van de maximaal toegestane reservering overschrijft.

Het volgende rekenvoorbeeld moge de relatie tussen de artikelen 1.2.2 en 1.8.7 verduidelijken.

Hierbij wordt er van uitgegaan dat de subsidieontvanger de activiteiten volledig heeft uitgevoerd en er geen andere aanleidingen zijn om de subsidie te verlagen.

Begrote lasten subsidiabele activiteiten:	€ 125
Begrote overige baten	€ 25
Verleende instellingssubsidie	€ 100
De verhouding tussen de begrote overige baten en de verleende instellingssubsidie bedraagt 1:4. Het aan de instellingssubsidie toe te rekenen deel van een eventueel overschot bedraagt derhalve 4/5 deel.	
De gerealiseerde lasten subsidiabele activiteiten bedragen	€ 125
Gerealiseerde overige baten	€ 45
	€ 80
Verleende subsidie	€ 100
Overschot	€ 20
Aan de instellingssubsidie toe te rekenen overschot bedraagt $4/5 \times € 20 = € 16$.	
Maximum reservering bedraagt: 10% van € 100 = € 10.	

De verleende subsidie wordt verlaagd met € 6 (€ 16 – € 10).

De hoofdregel in paragraaf 1.3 voor de berekening van projectsubsidies wordt gevormd door het verschil tussen de werkelijke lasten die samenhangen met de gesubsidieerde activiteiten, voorzover opgenomen in de door het CVZ goedgekeurde begroting, en de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten, tot een door het CVZ vastgesteld maximum.

Bij projectsubsidies zal zowel bij de aanvraag, verlening als bij de vaststelling van de subsidie nauwkeurig gekeken worden naar de aanwending van de middelen, de verworven inkomsten en de vraag of en in hoeverre er nog enige noodzaak is tot verlening of vaststellen van de subsidie, gelet op de verworven inkomsten. In de paragrafen van hoofdstukken 2 inzake de specifieke subsidieonderwerpen, komt het veelvuldig voor dat, in verband met het beoogde resultaat, voor een afwijkende, berekeningswijze gekozen is.

In paragraaf 1.4 is geregeld dat het CVZ een aantal modellen en formulieren vaststelt. De subsidieontvanger dient van deze formulieren en modellen gebruik te maken bij de aanvraag van een subsidie en bij de aanvraag tot vaststelling van de subsidie.

De verschillen tussen instellings- en projectsubsidies maken dat ook andere informatie nodig is. Bij de projectsubsidie is de gevraagde informatie toegespitst op het te subsidiëren project; bij instellingssubsidiëring is naast informatie over te subsidiëren activiteiten ook informatie over het reilen en zeilen van de instelling als zodanig nodig. Dit komt tot uitdrukking in de artikelen van de paragrafen 1.5 en 1.6. Het vereiste dat omschreven moet worden op welke wijze de activiteiten worden uitgevoerd

betekent niet dat een volledig inzicht moet worden gegeven in de interne bedrijfsvoering. De begroting moet inzicht geven in de baten en de lasten van de activiteiten waarvoor subsidie wordt gevraagd. Onder baten kunnen onder meer worden verstaan: contributies, eigen bijdragen, schenkingen, legaten en andere financiële bijdragen, waaronder subsidies.

Tevens wordt voorgeschreven dat bij de aanvraag van een instellingssubsidie een overzicht van de financiële toestand van de instelling kan worden gevraagd. Hiermee wordt beoogd het CVZ in staat te stellen te beoordelen of een instelling bedrijfseconomisch gezond is. In de praktijk zal hieraan voldaan kunnen worden door inzending van de balans over het afgelopen jaar, zonedig aangevuld met informatie over de ontwikkelingen die daarna hebben plaatsgevonden. Bij projectsubsidies zal dit volledig overzicht slechts in een beperkt aantal gevallen nodig zijn. Tevens moet het CVZ kunnen beoordelen of de aanvraag door de bevoegde personen is ondertekend. In het geval van een aanvraag door een privaatrechtelijke rechtspersoon dienen hiervoor de statuten en eventuele volmachten te worden overgelegd.

In paragraaf 1.7 is de subsidieverlening en de bevoorschotting geregeld.

De beslissing op de subsidieaanvraag door het CVZ is een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. De beschikking ten aanzien van een instellingssubsidie zal, gezien de voorgescreven beslistermijn, nagenoeg steeds gegeven worden onder de begrotingsvoorwaarde. De begroting zal op dat tijdstip immers veelal nog niet zijn vastgesteld.

Artikel 1.7.2 bevat bepalingen over de bevoorschotting.

De liquiditeitsbehoefte bij een instellingssubsidie is doorgaans regelmatig gespreid. Artikel 1.7.2 gaat hier dan ook van uit. Indien de liquiditeitsbehoefte niet regelmatig gespreid is, dient het CVZ hier rekening mee te houden bij de bevoorschotting. De instelling zal in die situatie een liquiditeitsprognose bij de aanvraag moeten meesturen.

Bij projectsubsidies kan de liquiditeitsbehoefte fluctueren. Voor deze subsidies geldt derhalve dat het CVZ voorschotten kan verlenen en daarbij rekening moet houden met de liquiditeitsbehoefte. Indien die behoefte niet regelmatig gespreid is, is in het artikel inzake de aanvraag van projectsubsidies geregeld dat de liquiditeitsbehoefte in de prognose per maand moet zijn omschreven. Geregeld is dat de bevoorschotting kan plaatsvinden vanaf het moment van de aanvraag. Uiteraard moet dan sprake zijn van een aanvraag die voldoet aan de procedurele en formele vereisten en alle noodzakelijke gegevens en bescheiden bevat. Hoewel in het algemeen de subsi-

dieverlening vóór het moment van de bevoorschotting ligt, is de bevoorschotting in de onderhavige regeling niet gekoppeld aan de subsidieverlening. Dat is gebeurd, omdat het in de praktijk soms voorkomt dat de beschikking plaatsvindt nadat de periode waarvoor de subsidie is bedoeld, al is aangevangen.

Artikel 1.7.3 biedt de mogelijkheid om subsidies te verhogen of te verlagen in verband met de ontwikkelingen van het prijspeil of de arbeidsvoorwaarden. In afwijking van de systematiek van de begrotingsgefinancierde subsidies wordt de loon- en prijscompensatie niet lopende de subsidieperiode doorgevoerd. Gezien het grote aantal subsidieontvangers, denk bijvoorbeeld aan de persoonsgebonden budgetten, zou dit een onevenredige administratieve belasting betekenen. Om het nadeel te ondervangen dat gesubsidieerden dan de loon- en prijscompensatie moeten voorfinancieren, wordt bij de vaststelling van de subsidieplafonds voorcalculatorisch bijgeplust. Het percentage van bijplussing wordt berekend op basis van het CPB-report, nr. 2 van het jaar voorafgaande aan het subsidiejaar. Met deze ophoging kan het CVZ op basis van de gegevens van de subsidieaanvragers al rekening houden bij de verlening van subsidies. Het CVZ blijft ook op dit punt verantwoordelijk voor de beoordeling van de subsidieaanvraag. Bij de beschikking tot subsidieverlening kan het College aangeven welk deel van het maximum loon- en welk deel prijsgevoelig is. Bij de uiteindelijke subsidievaststelling vindt een herberekening plaats voor de loon- en prijscompensatie, zoals die in het betreffende jaar is toegevoegd in de Zorgnota. Deze bedragen zijn ook uitgangspunt voor het subsidieplafond van het volgende jaar. Dat plafond wordt vervolgens voorcalculatorisch bijgeplust, zoals hiervoor is aangegeven.

Paragraaf 1.8 regelt een aantal verplichtingen van de subsidieontvanger.

In artikel 1.8.4 is bepaald dat de subsidieontvanger relevante informatie met betrekking tot de subsidie zo spoedig mogelijk moet melden aan het CVZ. Ingevolge het tweede lid wordt onder die informatie in ieder geval de situatie begrepen dat de feitelijke liquiditeitsbehoefte lager blijkt te zijn dan de verleende voorschotten.

In artikel 1.8.5 wordt de verzekeringsplicht van de subsidieontvanger van een instellingssubsidie geregeld. Indien nodig wordt de verzekeringsplicht voor de ontvanger van een projectsubsidie in de afzonderlijke subsidieparagraaf voorgeschreven. Verzekering op afdonende wijze, zoals voorgeschreven in het eerste lid, betekent voor onroerende zaken een verzekering tegen herbouwwaarde.

Ten aanzien van het activiteitenverslag merk ik op dat bij projectsubsidies die zich over meer jaren uitstreken niet imperatief is voorgeschreven dat tussen-

tijds (financiële of inhoudelijke) informatie wordt verstrekt. Indien nodig wordt dit in de specifieke subsidieparagraaf geregeld. Deze vrijheid vindt zijn grens in artikel 1.8.4, dat voorschrijft dat omstandigheden die van belang zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie zo spoedig mogelijk schriftelijk aan het CVZ moeten worden gemeld.

Artikel 1.8.7 regelt de reserveringsplicht voor subsidieoverschotten voor de ontvanger van een instellingssubsidie. Het toegestane maximum van de reservering bedraagt in totaal 10% van de verleende instellingssubsidie. In de praktijk is gebleken dat de formulering van het zevende lid niet zo eenduidig is dat de inhoud maar op een manier kan worden uitgelegd. Het achtste lid geeft daarom expliciet aan wanneer toevoeging onmogelijk is.

Met name bij projectsubsidies kan het voorkomen dat de subsidie wordt verstrekt om een bepaalde publicatie tot stand te brengen. Artikel 1.8.9 bevat een aantal voorschriften die waarborgen dat het CVZ een doorslaggevende stem heeft ten aanzien van voorgenomen publicaties, gesubsidieerd op grond van artikel 68 van de Zorgverzekeringswet. Tevens is hiermee gewaarborgd dat het CVZ kan beschikken over de verzamelde gegevens, zodat deze benut kunnen worden bij vervolgbeslissingen. Bij toepassing van deze voorwaarde moet rekening gehouden worden met beschermde privacybelangen van betrokkenen. Indien de subsidieontvanger de totstandkoming van een dergelijk werk uitbestedt aan derden, kan over het auteursrecht discussie ontstaan. Het vijfde lid verplicht de subsidieontvanger om bij een dergelijke overeenkomst te bedingen dat het auteursrecht komt te liggen bij de opdrachtgever, in casu de subsidieontvanger.

Artikel 1.8.10 voorziet in de mogelijkheid om aan de subsidie verplichtingen te verbinden waarvan niet gezegd kan worden dat zij strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie. Artikel 4:39 van de Algemene wet bestuursrecht laat het opleggen van dergelijke verplichtingen toe. Langs deze weg kunnen andere (dan met het subsidie beoogde doel) belangrijk geachte beleidsdoelstellingen worden nagestreefd. Hierbij kan worden gedacht aan het voorschrijven van positieve acties ten behoeve van minderheden, maatregelen ter bevordering van de toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers of verplichtingen met betrekking tot het tegengaan van ongewenst geachte leeftijdsdiscriminatie.

In artikel 1.8.11 wordt de vergoedingsplicht geregeld. Een vergoedingsplicht kan slechts worden opgelegd in de in artikel 4:41 van de Algemene wet bestuursrecht genoemde gevallen. Deze bepaling heeft over het algemeen enkel betrekking op de ontvanger van een

instellingssubsidie. In de specifieke subsidieparagraaf wordt, indien nodig, afgeweken van deze bepaling.

In de artikelen 1.8.12 en 1.8.13 wordt de relatie met de zogenaamde steunstichtingen geregeld. Op zich is er geen bezwaar tegen het bestaan van dergelijke stichtingen. Wel wordt het bezwaarlijk indien deze instellingen worden gebruikt om subsidiegelden aan de controle door de subsidieverlener te onttrekken of de subsidiebehoefte te verhogen. Om die reden is geregeld hoe de gesubsidieerde instelling dient om te gaan met een dergelijke instelling. Volledigheids halve wordt opgemerkt dat met de term 'kostendekkend' niet alleen bedoeld wordt op de extra variabele kosten die het verlenen van de diensten of het leveren van de goederen meebrengt, maar ook een redelijk deel van de overheadkosten; het moet gaan om een reële kostprijsberekening. Een logische uitzondering is gemaakt voor kosten die door de gesubsidieerde instellingen in rekening gebracht worden aan degenen voor wie de gesubsidieerde activiteiten bestemd zijn. In artikel 1.8.15 is een specifieke informatieplicht opgenomen met het oog op de steunstichtingen. Om het bepaalde in artikel 1.9.2 te controleren is ook de medewerking van de betrokken instelling nodig. Dit kan worden bereikt doordat de subsidieontvanger dit vastlegt in de overeenkomst met de steunstichting.

Paragraaf 1.9 behandelt de aanvraag tot subsidievaststelling.

Artikel 1.9.1 maakt duidelijk dat het de verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger is een aanvraag voor de vaststelling van de subsidie in te dienen. Hij heeft daarmee voor een deel zelf in de hand met welke snelheid het CVZ tot vaststelling kan overgaan. De sanctie op het voorschrijf in het eerste lid is geregeld in artikel 4:46 van de Algemene wet bestuursrecht.

In het vierde lid wordt de hoofdregel vastgelegd dat bij projectsubsidies en door rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld geen jaarrekening behoeft te worden overlegd. In de subsidieparagraaf kan deze uitzondering ook van toepassing worden verklaard op andere subsidieontvangers, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsen en de zorgkantoren. Tevens kan bepaald worden dat, in afwijking van dit artikel, een jaarrekening wel moet worden overlegd. Hierbij wordt gedacht aan situaties waar de projectsubsidie (nagenoeg) de enige inkomstenbron is van de rechtspersoon of wanneer de toe te kennen projectsubsidie in de praktijk leidt tot een structurele subsidierelatie.

Uit artikel 1.9.2 vloeit voort dat in de praktijk per geval bekeken moet worden wanneer sprake is van een belangrijk verschil tussen declaratie en begroting.

In artikel 1.9.4 is de hoofdregel opgenomen dat de jaarrekening en subsidie-declaratie voorzien moeten zijn van een accountantsverklaring. Indien dit voor specifieke subsidiedoelinden niet nodig wordt geacht wordt in hoofdstukken 2 geregeld dat de betreffende categorie subsidieontvangers geen accountantsverklaring hoeft te overleggen. Eventueel kan in die hoofdstukken aan het CVZ een ontheffingsbevoegdheid worden gegeven om in individuele gevallen de subsidieontvanger te kunnen ontslaan van de verplichting om een accountantsverklaring te overleggen. Bij de totstandkoming van deze regeling is tevens rekening gehouden met de uitgangspunten, zoals gehanteerd bij de doorlichting van (subsidie)regelingen op accountancy aspecten.

In het enig artikel van afdeling 1.10 wordt de vaststelling van de subsidie geregeld.

Hoofdstuk II

De paragrafen bevatten bedragen ten behoeve van de subsidies in 2006. De bedragen zijn trendmatig aangepast. Dit is in het algemeen als volgt gebeurd. Het voorlopige subsidiebedrag 2005 dat ten opzichte van het subsidiebedrag 2004 voorcalculatorisch was verhoogd met 0,6%, is herberekend met het werkelijke percentage voor de loon- en prijscompensatie.

Paragraaf 2.1. Diensten bij wonen met zorg

Met ingang van 1 januari 2001 is de zorg door een verzorgingshuis als aanspraak op grond van de AWBZ geregeld. Daarbij ging het niet slechts om verblijf, maar is ook de zorg door het verzorgingshuis aan niet in de instelling verblijvende verzekerden als aanspraak geregeld. Voor de financiering aan de verzorgingshuizen van dienstverlening die niet tot het domein van de AWBZ behoort, is een tijdelijke oplossing getroffen. Deze oplossing hield financiering van de dienstverlening in door middel van een beleidsregel 'Overige reikwijdteverbreding' van het CTG/ZAio. Daarmee werd in feite gedaan alsof de hulp toch onder de aanspraken viel.

Zowel het CTG/ZAio als het CVZ achten een verdere voortzetting van financiering van deze dienstverlening uit het aansprakenkader niet gewenst. In het rapport Modernisering AWBZ deel I van 28 maart 2002 (uitgave CVZ, publicatienummer 89) stelde het CVZ voor om samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten een tussenoplossing te ontwikkelen, vooruitlopend op de inrichting van een dienstenstelsel. Dit voorstel van het CVZ is overgenomen. In verband daarmee heb ik op 1 oktober 2002 (Z/VU-2319875) aan het CVZ gevraagd een subsidieparagraaf te ont-

wikkelen die AWBZ-brede initiatieven op het terrein van de extramurale dienstverlening mogelijk maakt.

Het was de bedoeling deze subsidieparagraaf in te voeren op het moment dat de eerste fase van de modernisering van de AWBZ van start zou gaan. Uiteindelijk is er op 1 april 2003 slechts een beperkte subsidieparagraaf ingevoerd, die de financiering veilig stelde van reeds in het kader van de beleidsregel 'Overige reikwijdteverbreding' lopende projecten. Deze paragraaf 'extramurale dienstverlening' was voor het jaar 2003 de facto een voortzetting van de beleidsregel 'Overige reikwijdteverbreding' van het CTG/ZAio.

In mijn brief van 8 juli 2003, Z/VU-2394328, heb ik het CVZ aangegeven dat ik de middelen die voor de paragraaf 'extramurale dienstverlening' beschikbaar zijn, vanaf 2004 meer wil gaan betrekken op het proces van extramuralisering. Ik heb het CVZ in genoemde brief aangegeven dat ik daarom deze care brede subsidieparagraaf 'extramurale dienstverlening', die per 1 januari 2004 zou moeten worden ingevoerd, de naam 'Diensten bij wonen met zorg' wil geven. De subsidie is voortaan bestemd voor instellingen die hun intramurale capaciteit extramuraliseren of voor initiatieven voor uitbreiding van de capaciteit voor verblijfsgeïndiceerden in extramurale vormen van wonen met zorg en diensten.

In mijn brief van 28 oktober 2003, DVVO/ZV-U-2421366, heb ik aangegeven dat er voor 2004 in totaal € 50 miljoen beschikbaar is en dat het jaar 2004 het laatste jaar is waarin continuering van subsidie mogelijk is voor projecten die niet voldoen aan de criteria van de nieuwe subsidieregeling en alleen dan als zorgkantoren van mening zijn dat er grote problemen ontstaan als deze projecten al per 1 januari 2004 zouden worden beëindigd.

In artikel 2.1.1 is aangegeven voor welke activiteiten subsidie kan worden verleend. Deze activiteiten bestaan uit dienstverlening door een instelling die er toe bijdraagt dat een verzekerde met een indicatie voor verblijf in het kader van de AWBZ (opnieuw) zelfstandig kan gaan wonen dan wel zich zelfstandig in de thuissituatie kan blijven handhaven.

De onderhavige paragraaf heeft dus tot doel een dienststructuur te bevorderen waardoor:

1. bestaande of geplande intramurale plaatsen kunnen worden omgezet naar zelfstandig wonen met zorg en dienstverlening (vaak gaat het om geclusterde woonvormen of woonzorg zones waar zorgpersoneel dichtbij is);
2. personen met een indicatie voor verblijf met zorg, ondanks relatief ernstige beperkingen in staat zijn langer zelfstandig te blijven wonen.

Activiteiten die voor subsidie in aanmerking komen, zijn gericht op realisatie van deze doelstellingen.

Bepaald is dat de dienstverlening wordt geleverd door een instelling. In artikel 1.1.1, onderdeel a, van de Regeling subsidies AWBZ is een instelling gedefinieerd als een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid, dan wel een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld. In de praktijk kan hierbij gedacht worden aan: zorginstellingen, gemeenten, welzijnsinstellingen en woningcorporaties (voor zover het hun eigen huurders betreft).

Een verblijfsindicatie geldt als voorwaarde voor deelname van de verzekerde aan een project. De verzekerde behoudt na deelname voor de duur van het indicatiebesluit zijn wettelijk recht op opname; indien mocht blijken dat hij zich met zorg en diensten in de eigen woonsituatie niet kan handhaven, kan hij zich aanmelden voor verblijf.

Een nadere omschrijving van een aantal mogelijk te subsidiëren activiteiten, die niet limitatief bedoeld is, luidt:

1. alarmeringsservice en sociale alarmopvolging

Het gaat dan om alle sociale alarmering op sociale noodzaak, want in het geval van medische noodzaak kan via de Regeling zorgverzekering aanspraak worden gemaakt op de benodigde apparatuur. Subsidiabel is het organiseren van sociale alarmeringsopvolging, bijvoorbeeld met vrijwilligers naast professionele zorg. Abonnementkosten worden niet gerekend tot de dienstverlening en zijn dus voor rekening van de verzekerde zelf.

2. maaltijdverstrekking

De maaltijdverstrekking kan op verschillende manieren worden ingevuld:

- maaltijden kunnen aan huis worden bezorgd en daar door de gebruiker worden opgewarmd en gegeten;
- maaltijden kunnen op een locatie buiten de woning worden genuttigd.

De maaltijden dienen te worden aangeboden tegen een prijs die kostendekkend is zodat de kwaliteit van de aangeboden maaltijden op een adequaat niveau kan worden gehouden.

3. hand- en spandiensten

Hierbij gaat het om kluswerkzaamheden van technische aard die tegen een kostendekkende prijs worden aangeboden. Veelal worden deze diensten aangeboden als onderdeel van een serviceabonnement door verschillende aanbieders. Prijzen hiervan variëren. Voor bijdragen in de kosten van het opzetten en organiseren van klussendiensten (door vrijwilligers uit te voeren) is subsidie mogelijk. Alle taken die worden uitgevoerd in het kader van de aanspraak op de functie huishoudelijke verzorging zijn van subsidiëring uitgesloten. Ook reguliere onderhoudswerkzaamheden van woningbeheerders zijn van subsidiëring uitgesloten.

4. sociaal culturele activiteiten
Dit zijn activiteiten die niet gestructureerd worden aangeboden aan de doelgroep, maar die wél worden georganiseerd en door hun aanwezigheid een bijdrage leveren aan de doelstelling van deze regeling. Het gaat hierbij expliciet niet om dagverzorging, dagbehandeling of dagbesteding. Die activiteiten komen niet in aanmerking voor subsidie.

Wel voor subsidie in aanmerking komen bijvoorbeeld: het beheer van een gemeenschappelijke ruimte waarin allerlei activiteiten kunnen plaatsvinden, het ontwikkelen van activiteiten en het motiveren van potentiële deelnemers, het organiseren van activiteiten en het coördineren van vrijwilligers.

5. cliëntondersteuning

Het betreft informatieverstrekking, advies en kortdurende vormen van ondersteuning die laagdrempelig worden aangeboden. Deze ondersteuning betreft alle terreinen van leven (wonen, dag- en vrije tijdsbesteding, sociaal culturele activiteiten, welzijn, zorg en financiën).

De basale verstrekking van advies en informatie door een 'loket' op gemeentelijk niveau komt niet voor subsidie in aanmerking. Het gaat in deze paragraaf om de specifieke variant van een ouderadviseur ten behoeve van verblijfsgeïndiceerden.

De cliëntondersteuning die door MEE-organisaties wordt geboden aan verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten komt evenmin voor subsidie in het kader van deze paragraaf in aanmerking.

Op basis van artikel 2.1.1, tweede lid, van deze paragraaf kan op aanvraag van het zorgkantoor een projectsubsidie worden verleend voor een door de minister aan te wijzen experiment. Randvoorwaarden om in aanmerking te komen voor een dergelijke status zijn dat het plan van aanpak voorziet in commitment van alle partijen, daadwerkelijk de wachtlijsten moet oplossen, niet duurder is dan een 'klassieke' invulling van de zorgvraag en kwaliteit moet bieden (brief van 13 februari 2004, kenmerk DVVO/ZA-U-2453921).

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk om de projectmelding en verantwoording aan het CVZ gescheiden aan te leveren wat betreft hun inzet uit het voor hen regulier beschikbare budget en hun inzet uit de experimenteermiddelen.

In experimenteergebieden moet het mogelijk zijn om meer dan € 2000 per cliënt voor diensten toe te kennen. Dit is geregeld in het tweede lid.

Het derde lid van artikel 2.1.1 geeft aan dat het zorgkantoor bij de aanvraag dient te expliciteren met welke activiteiten de in het eerste lid van artikel 2.1.1 aangegeven doelen het beste gehaald kunnen worden. Met andere woorden het zorgkantoor dient aan te geven met

welke projecten het denkt de doelstellingen van deze paragraaf in de regio te kunnen realiseren. Deze visie kan het zorgkantoor hanteren bij de beoordeling van subsidieaanvragen van instellingen uit zijn regio.

Het vierde en vijfde lid van artikel 2.1.1 sluiten een aantal bepalingen uit hoofdstuk 1 van de Regeling subsidies AWBZ voor deze paragraaf uit. In het vierde lid is geregeld dat, in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, de aanvraag niet vergezeld gaat van de begroting en het projectplan. Dit houdt in dat het CVZ ook geen begroting hoeft goed te keuren. Wel blijft artikel 1.6.1 met betrekking tot de liquiditeitsprognose van toepassing. Deze blijft vereist, tenzij, zoals die bepaling regelt, de liquiditeitsbehoefte regelmatig verspreid is over de duur van het project.

Het eerste lid van artikel 2.1.2 geeft aan welk bedrag, na aftrek van de eigen betalingen, voor een verzekerde maximaal per dienstverleningsproject voor subsidiëring in aanmerking mag worden genomen. Voor projecten waar lichte vormen van dienstverlening aan de orde zijn of projecten die slechts enkelvoudige diensten betreffen (bijvoorbeeld alléén maaltijdverstrekking) kan een zorgkantoor een lager bedrag voor subsidie in aanmerking nemen.

In het tweede lid van artikel 2.1.2 is bepaald dat voor dienstverleningsprojecten als bedoeld in artikel 2.1.1, eerste lid, onderdeel a, alleen subsidie wordt verleend indien de instelling kan aantonen dat de extramuralisering budgettair neutraal is.

Door het bepaalde in artikel 2.1.2, derde lid, worden reeds bestaande activiteiten, die vóór 2004 op een andere wijze werden bekostigd, van subsidie in het kader van deze paragraaf uitgesloten.

Het vierde lid van artikel 2.1.2 geeft aan dat in 2006 slechts bij hoge uitzondering ook nog subsidie kan worden verleend voor activiteiten die niet aan artikel 2.1.1 voldoen. Het moet dan gaan om activiteiten die in 2003 werden gesubsidieerd uit paragraaf 2.3.6 van de toen geldende Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (Extramurale dienstverlening) waarvan onmiddellijke beëindiging naar de mening van het zorgkantoor tot onverantwoorde situaties voor betrokken verzekerden aanleiding zou geven.

Het vierde lid van artikel 2.1.2 is een overgangbepaling. Deze bepaling biedt zorgkantoren de gelegenheid activiteiten die uit de voormalige paragraaf Extramurale dienstverlening werden gesubsidieerd maar die niet voldeden aan de bepalingen van de paragraaf Diensten bij wonen met zorg, geleidelijk af te bouwen om verzekerden niet in onverantwoorde situaties te laten belanden.

In 2006 blijft de mogelijkheid bestaan om projecten die in 2003 uit de subsidieparagraaf 'Extramurale dienstverlening'

worden gefinancierd én die in 2004 en 2005 doorliepen, ook in 2006 te blijven financieren. Het gaat daarbij dan expliciet om projecten voor verzekerden die al in 2003 deelnamen (ook wanneer deze deelnemers mogelijk niet beschikten over een verblijfsindicatie). In dergelijke doorlopende 'oude projecten' mogen nieuwe deelnemers echter alleen instromen als zij wél over een verblijfsindicatie beschikken.

Op grond van het tweede lid van artikel 2.1.3 is het mogelijk dat een zorgkantoor, na schriftelijke toestemming van het CVZ, middelen overhevelt naar een ander zorgkantoor. Voorwaarden hiervoor zijn dat het zorgkantoor de middelen niet in zijn eigen regio kan inzetten en het andere zorgkantoor de overgehevelde middelen inzet overeenkomstig de doelstellingen van deze paragraaf. Uiteraard zullen bij dit laatste zorgkantoor de aanvragen het voor de regio beschikbare bedrag overtreffen.

Rekening en verantwoording over de overgehevelde middelen dienen te worden afgelegd door het zorgkantoor dat de gelden overhevelt. Met het zorgkantoor dat de gelden in zijn regio kan inzetten, dient het zorgkantoor dan ook goede afspraken te maken voor deze verantwoording.

In artikel 2.1.4, eerste lid, zijn de voorwaarden opgenomen voor het kunnen toekennen van gelden aan dienstverleningsprojecten. Om te zijner tijd te kunnen evalueren of deze paragraaf heeft bijgedragen aan het omzetten van intramurale in extramurale zorg in terugging van het aantal wachtenden op een verblijfplaats in een AWBZ-instelling én om te kunnen beoordelen of dit 'budgettair neutraal' is geschiedt, zullen projectplannen onder andere inzicht moeten verschaffen in de uit te voeren activiteiten en het aantal verzekerden dat er gebruik van kan maken, de kosten die voor eigen rekening van de verzekerden komen, het soort instellingen dat de activiteiten uitvoert en de opbouw van de kostprijzen van de uit te voeren activiteiten.

Artikel 2.1.4, tweede lid, brengt tot uitdrukking dat zorgkantoren voorrang verlenen aan projecten die een brede steun van partijen in de regio genieten. Omdat wonen, zorg en welzijn communiserende vaten zijn, is het van het grootste belang dat instellingen die een dienstverleningsproject initiëren voor verblijfsgeïndiceerden, daarover overleg voeren met andere instellingen uit de belendende sectoren. Met het oog op het onderbrengen van de activiteiten, waarvan in de onderhavige paragraaf sprake is, in de door gemeenten uit te voeren voorgenomen wet maatschappelijke ondersteuning, heeft samenwerking van lokale overheid, zorg- en welzijnsinstellingen ook een meerwaarde.

Artikel 2.1.5 geeft aan welk totaalbedrag maximaal beschikbaar is voor diensten bij wonen met zorg. In mijn brief van 28 oktober 2003, DVVO/ZV-U-2421366, heb ik aangegeven dat het mijn bedoeling is de nieuwe middelen (40% van het totaal) in te zetten voor activiteiten die gericht zijn op het extramuraliseren van verblijfsgeïndiceerde verzekerden (doelstelling 1 van deze paragraaf) en de rest (60% van het totaal) voor activiteiten ten behoeve van verblijfsgeïndiceerden die op de wachtlijst staan voor de functie verblijf, maar die door deze activiteiten hun zelfstandigheid kunnen behouden (doelstelling 2 van deze paragraaf).

In het kader van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) maatschappelijke opvang is besloten de subsidieparagraaf 'Begeleiding in instellingen voor maatschappelijke opvang' te beëindigen en de middelen ervan over te hevelen naar de subsidieparagraaf 'Diensten bij wonen met zorg'. Cliënten met een verblijfsindicatie die hiervan geen gebruik maken, omdat ze hun onderdak liever elders (bijvoorbeeld in de maatschappelijke opvang) kiezen, kan een dienstenaanbod worden gedaan dat meer is dan bed, bad, brood en basale begeleiding. De projecten 'diensten bij wonen met zorg' worden hiermee dus ook toegankelijk voor mensen die niet zelfstandig wonen maar begeleid wonen, zoals bijvoorbeeld in een instelling voor maatschappelijke opvang.

Voor de subsidieparagraaf 'Diensten bij wonen met zorg' is in 2005 in totaal € 62.872.199 beschikbaar. Van dit budget wordt € 5.086.336 afgezonderd voor door de Minister van VWS op basis van artikel 2.1.1, tweede lid, aan te wijzen experimenten.

In artikel 2.1.6 wordt de verdeling van de totaal beschikbare middelen geregeld. Het verdeelcriterium is het aantal 75-plussers in de regio van het zorgkantoor, afgezet tegen het landelijk totaal van 75-plussers. Dit betekent niet dat de middelen alleen kunnen worden ingezet voor projecten ten behoeve van ouderen. Uitdrukkelijk zij erop gewezen dat deze paragraaf een AWBZ-breed karakter heeft en beoogt projecten te stimuleren voor verzekerden uit alle AWBZ-doelgroepen.

Op grond van artikel 2.1.7 dienen alle projecten waarvoor subsidie wordt verleend, binnen twee weken te worden gemeld bij het CVZ. Alleen de in het subsidiejaar gemelde projecten zullen bij de subsidievaststelling worden meegenomen. De bevoorschotting kan worden afgestemd op de bij het CVZ gemelde projecten en daarvoor verleende subsidies.

In artikel 2.1.8, eerste lid, is bepaald dat het zorgkantoor medewerking verleent aan de uitvoering van een evaluatieonderzoek. Een belangrijk onderdeel van de evaluatie zal zijn of de onderha-

vige paragraaf heeft bijgedragen aan het omzetten van intramurale zorg in extramurale zorg alsook in het terugdringen van het aantal wachtenden op een verblijfsplaats in een AWBZ-instelling. Daarom regelt artikel 2.1.8, tweede lid, dat het zorgkantoor hierover na afloop van het subsidiejaar rapporteert. Het is van belang dat informatie zo snel mogelijk na afloop van het kalenderjaar, bij voorkeur reeds in februari, beschikbaar komt. Zorgkantoren dienen instellingen daarom te vragen hun informatie per 1 februari aan te leveren.

Paragraaf 2.2. Initiatieven op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg

Vanaf 1995 heeft de Ziekenfondsraad jaarlijks een subsidieregeling voor initiatieven op het gebied van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) vastgesteld. Vanaf 1999 zijn de gelden voor initiatieven op het gebied van de OGGZ in een aparte subsidieregeling ondergebracht.

Eind 1999 is met koepelorganisaties een landelijk convenant OGGZ tot stand gekomen. De bedoeling van dit convenant is om op lokaal niveau gemeenten, zorgverzekeraars en instellingen te ondersteunen en te stimuleren bij het formuleren en uitvoeren van het OGGZ-beleid. Het bijdragen aan de totstandkoming van convenanten op lokaal niveau is nu als voorwaarde toegevoegd. Verder is als voorwaarde opgenomen dat in een vroeg stadium, in het projectvoorstel, wordt aangegeven hoe de financiering na de subsidieperiode zal zijn.

Het gaat hier om voortzetting van de getrapte subsidiëring. Het CVZ verleent subsidies aan de zorgkantoren, die vervolgens op hun beurt subsidies verlenen.

In artikel 2.2.1 wordt een definitie van initiatieven op het gebied van de OGGZ gegeven. Daarbij is aangesloten bij een advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) uit 1991. In dit advies wordt gesproken over 'alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg die niet op geleide van een vrijwillige en een individuele hulpvraag worden uitgevoerd'. Deze activiteiten zijn in drie clusters ingedeeld en deze subsidie richt zich op de activiteiten aangegeven onder niveau II van deze indeling. Het betreft hier de zorg aan individuen of groepen met een dreigende psychische stoornis of een verhoogd risico (risicogroepen) daarop, die zelf niet om hulp (kunnen) vragen.

In artikel 2.2.3 staat aangegeven dat bij initiatieven op het gebied van de OGGZ altijd sprake is van het actief zoeken, op zoek gaan, naar personen uit de risicogroep of dat de geboden zorg zich kenmerkt door zorg waar de persoon niet om gevraagd heeft, ook wel bemoeizorg genoemd.

OGGZ duidt op meer dan alleen geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en heeft een directe relatie met openbare orde en dus de (lokale) overheid. Bij een initiatief dienen de lokale overheden dan ook nadrukkelijk betrokken te zijn. Het OGGZ-initiatief moet aansluiten bij de lokale OGGZ-visie en om dat te benadrukken is als voorwaarde gesteld dat het initiatief de schriftelijke instemming van de lokale overheid dient te hebben. Naast instemming van de lokale overheid is vanaf 1999 ook een bijdrage van een niet GGZ-aanbieder als voorwaarde gesteld worden. Hierdoor wordt gegarandeerd dat OGGZ meer is dan alleen GGZ. De bijdrage hoeft in beginsel geen financiële bijdrage te zijn maar kan ook een bijdrage in natura of een bijdrage met gesloten beurzen zijn.

Het kenmerk van een OGGZ-initiatief is dat de geboden hulp meer is dan een optelsom van de hulp van meerdere instanties. Artikel 2.2.4 onderdeel c, schrijft dan ook voor dat er minimaal twee instanties betrokken dienen te zijn bij de uitvoering van het project, waarvan één instelling een niet-toegelaten geestelijke gezondheidszorg instelling betreft (bijvoorbeeld een niet-toegelaten instelling voor verslavingszorg, een instelling voor maatschappelijke opvang, een GGD of een woningbouw-coöperatie etc).

De subsidie heeft vooral tot doel om OGGZ-initiatieven te ondersteunen bij de ontwikkelingsfase. De subsidie kan gezien worden als een startsubsidie, waarbij de samenwerking tussen verschillende aanbieders financieel wordt ondersteund. Het zorgkantoor dient dit uit het projectplan van het initiatief te halen. De subsidie dient niet gezien te worden als een structurele financieringsbron.

De besteding van de subsidiegelden dient gebaseerd te zijn op een samenhangend regionaal beleid. Naast de voorwaarde van schriftelijke instemming van de lokale overheid is nu ook als voorwaarde vermeld dat het initiatief dient bij te dragen aan de totstandkoming of implementatie van convenanten op lokaal niveau overeenkomstig het landelijk convenant OGGZ. Daarbij zullen de activiteiten moeten aansluiten bij de onderdelen van het basisaanbod zoals in de bijlage bij het landelijk convenant OGGZ staat vermeld. De onderdelen van het basisaanbod van de OGGZ zijn: samenwerkingsverband, crisisopvang/acute zorg, bemoeizorg, dak- en thuislozenzorg, preventie, sociale kaart, rampenplan, signalering en beleidsadviezing en consultatie tussen OGGZ-partners onderling.

Tot slot is als voorwaarde opgenomen dat in het projectvoorstel moet worden aangegeven welke inspanningen tijdens de subsidieperiode worden verricht om

de financiering van de ontwikkelde OGGZ-activiteiten na afloop van de subsidieperiode voort te zetten.

Artikel 2.2.5 geeft het totaalbedrag dat maximaal beschikbaar is voor initiatieven op het gebied van de OGGZ.

Bij de OGGZ-initiatieven is sprake van een gedifferentieerde verdeling van de beschikbare middelen aan de hand van inwonertallen en een viertal risicogroepen. Op basis van een rapport van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven is in 1996 een gedifferentieerde verdeling ingevoerd.

Op grond van artikel 2.2.7 dienen alle, ook reeds lopende, OGGZ-initiatieven waarvoor subsidie wordt verleend bij het CVZ gemeld te worden. Alleen de in het subsidiejaar gemelde initiatieven zullen bij de uiteindelijke subsidieverlening worden meegenomen. De bevoorschotting kan worden afgestemd op de bij het CVZ gemelde initiatieven en daarvoor verleende subsidies.

Paragraaf 2.3. Zorgvernieuwingsprojecten geestelijke gezondheidszorg

In 1998 heeft de toenmalige Ziekenfondsraad, op verzoek van de Minister van VWS, op basis van een subsidieregeling gelden ter beschikking gesteld voor zorgvernieuwingsprojecten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), uitgevoerd door niet-toegelaten aanbieders. Reden hiervoor was de invoering per 1 januari 1998 van zorg-op-maat binnen de ggz-zorgaanspraken.

Op grond van de tot 1998 geldende subsidieregeling zorg-op-maat ggz konden voor de uitvoering van de regeling aangewezen verzekeraars (contactkantoren) gelden toekennen ten behoeve van zorgvernieuwingsinitiatieven. Krachtens deze regeling zijn gelden toegekend voor projecten die werden uitgevoerd door toegelaten aanbieders, maar ook door niet-toegelaten aanbieders. Het overgrote deel van de gelden die in 1997 ter beschikking werden gesteld in het kader van de subsidieregeling voor zorgvernieuwing zijn overgeheveld naar het aansprakenkader, en dus naar de toegelaten hulpaanbieders.

Een deel van de gelden, een bedrag van f 3,5 miljoen, is in 1998 niet overgeheveld naar de instellingsbudgetten. Met dit bedrag van f 3,5 miljoen heeft de Raad in 1998 zorgvernieuwingsprojecten, uitgevoerd door niet-toegelaten aanbieders, waaronder cliënt-gestuurde initiatieven, gefinancierd. Eind 1998 heeft de minister aangegeven dat het van belang is de subsidieregeling in 1999 te continueren en dat hiervoor f 5,7 miljoen beschikbaar is. Voor het jaar 2000 is dit bedrag vermeerderd met een bedrag op grond van loon- en prijsbijstelling van f 284.290,-. Voor 2001 was een bedrag beschikbaar van f 6.103.976,-, voor 2002 een bedrag van € 4.584.984,41 en voor 2003 een bedrag van € 5.660.887.

Vanaf 1999 gaat de onderhavige regeling uit van een maximale toedeling van het totaalbedrag aan zorgkantoorregio's en een uitvoering van de regeling door zorgkantoren. Het gaat hier om voortzetting van de getrapte subsidiëring. Het CVZ verleent subsidies aan de zorgkantoren, die vervolgens op hun beurt subsidies verlenen.

Voor toekenning van gelden dient aan bepaalde voorwaarden te zijn voldaan. Deze voorwaarden zijn opgenomen in artikel 2.3.3.

Een beherende rechtspersoon kan gelden aanvragen bij het zorgkantoor. Uit onderdeel a, subonderdeel 1, van artikel 2.3.3 blijkt dat hiervan uitgesloten zijn de ingevolge de AWBZ of Zorgverzekeringswet toegelaten instellingen.

Er dient sprake te zijn van een cliëntgestuurd project. Een rechtspersoon die is aangesloten bij de Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzieningen, voldoet per definitie aan deze voorwaarden.

Om te kunnen spreken van een cliëntgestuurd project dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- (ex)cliënten zijn voor meer dan de helft vertegenwoordigd in het bestuur van de rechtspersoon die verantwoordelijk is voor het project;
- meer dan de helft van de uitvoering van het project geschiedt door (ex) cliënten;
- de invloed van (ex)cliënten is niet ondergeschikt aan die van (niet-ervaringsdeskundige) professionals.

Slechts de feitelijke hulpverlening die direct betrekking heeft op de uitvoering van de zorgonderdelen, bedoeld in het eerste lid, onder c, behoort tot de gesubsidieerde activiteiten.

Steunpunten voor het pgb voor verzekerden die zijn geïndiceerd voor een ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregelde psychiatrische zorgaanspraken die in aanmerking willen komen voor financiering dienen aangehaakt te worden aan een regionaal GGZ-platform, een basisberaad, een cliëntenbelangenbureau of een regionaal patiënten/cliëntenplatform.

Er zijn instellingen die meer dan één project uitvoeren. Daarvan zijn er instellingen die wel vallen onder de nieuw geformuleerde functiegerichte aanspraken en die er niet onder vallen, omdat ze op het terrein van advisering en voorlichting liggen. Artikel 2.3.3 maakt het mogelijk dat rechtspersonen die cliëntgestuurd zijn zowel reguliere zorg kunnen bieden als subsidie krachtens deze paragraaf kunnen ontvangen.

De in artikel 2.3.4 opgenomen voorwaarde gold ook in eerdere subsidiejaren. Alleen de feitelijke hulpverlening wordt gesubsidieerd. Andere activiteiten die ook kosten kunnen genereren vallen daarmee buiten de subsidie.

Onder subsidiabele kosten worden ook kosten verstaan die dienen om de gesubsidieerde activiteit uit te voeren c.q. dienen als randvoorwaarden voor het goed functioneren van een project, zoals:

- vrijwilligersvergoedingen;
- huisvestingskosten, overhead- en inventariskosten waarbij de gebruikelijke CTG/ZAo-beleidsregels in acht genomen worden;
- vorming of (bij)scholing van vrijwilligers;
- kosten van voorlichting (voor het uitvoeren van het zorgonderdeel voorlichting).

Deskundigheidsbevordering van professionals (en de financiering) is een taak voor de beroepsgroepen.

In artikel 2.3.6 is het subsidieplafond opgenomen.

Paragraaf 2.4. Consultatie, expertise en bijzondere zorgplannen

Sinds 1990 worden de consulenteactiviteiten van consulente teams, gericht op verzekerden met een verstandelijke handicap en ernstig probleemgedrag, ongeacht de ernst van handicap alsmede de bijzondere zorgplannen voor deze doelgroep gesubsidieerd. Vanaf 1998 worden ook de activiteiten van consulente teams die voortvloeien uit het zijn van meldpunt voor AWBZ-geïndiceerde licht verstandelijk gehandicapte jeugdige verzekerden met ernstige problemen en gedragsstoornissen gesubsidieerd.

In 2000 is de doelgroep voor consulenteactiviteiten en bijzondere zorgplannen verruimd met verzekerden met niet aangeboren hersenletsel en verzekerden met autisme, die gebruik maken van voorzieningen in de gehandicaptenzorg.

In 2001 is de doelgroep uitgebreid met verzekerde lichamelijk gehandicapten met probleemgedrag. Deze uitbreiding vloeit voort uit de afspraken die de staatssecretaris van VWS met de MJAG-partners heeft gemaakt.

De Stichting Centra voor Consultatie en Expertise Nederland (CCEN) heeft de plaats ingenomen van de tot dan als zelfstandige eenheden opererende regionale consulente teams.

In artikel 2.4.3, eerste lid, wordt onderscheid gemaakt tussen: 1. de kosten van de consulente teams in verband met de inzet van deskundigheid; 2. de organisatiekosten en 3. de directe zorgkosten die de uitvoering van bijzondere zorgplannen met zich meebrengen.

Onder de organisatiekosten worden alle kosten verstaan die noodzakelijk zijn om de organisatie van het consulente team mogelijk te maken, voor zover ze geen deel uitmaken van de onder 2 of 3 genoemde kostencategorieën. Het betreft hier uitsluitend de organisatiekosten die samenhangen met de activiteiten die beschreven staan in artikel 2.4.3 onderdelen a, b en c. Hierbij kan in ieder geval gedacht worden aan huisves-

tingskosten, salariskosten van de coördinator(en) en de administratieve ondersteuning, vergaderkosten en papier- en kopieerkosten. Voor zover het consulente team dit nodig acht, kunnen hieruit ook kosten gefinancierd worden die samenhangen met deskundigheidsbevordering, noodzakelijk voor het goed functioneren van het consulente team.

Bij de kosten die voortvloeien uit de inzet van deskundigheid gaat het erom dat een consulente team ter beoordeling van bijzondere zorgplannen en ter advisering aan de uitvoerders van de zorgplannen dient te beschikken over de hiervoor vereiste deskundigheid. De kosten in verband met deskundigheid bestaan uit de kosten die gemoeid zijn met het inschakelen van deskundigen en de door deze deskundigen te declareren reiskosten.

Bij de kosten die voortvloeien uit de uitvoering van bijzondere zorgplannen (directe zorgkosten)

gaat het in de eerste plaats om de financiering van langdurige bijzondere zorgplannen ten behoeve van verzekerden die tot de doelgroep behoren en zeer tot extreem ernstige gedragsproblematiek hebben. In de tweede plaats gaat het hierbij om de financiering van bijzondere zorgplannen voor kortdurende ondersteuning bij de behandeling van verzekerden uit de doelgroep met ernstig probleemgedrag.

Het betreft hier alle kosten die gemoeid zijn met de uitvoering van bijzondere zorgplannen. De kosten die gemoeid zijn met advisering van de uitvoerders van een zorgplan door het consulente team zijn niet aan te merken als directe zorgkosten.

Bij het beoordelen van de gemaakte kosten zal de bovenstaande uitwerking uitgangspunt zijn.

Met ingang van 1 januari 2005 zijn het Nederlands Centrum Hersenletsel en het Landelijk Expertise Centrum Doofblindheid overgegaan naar de Stichting CCEN. Daarnaast heeft de doelgroep verzekerden voor alle onderdelen, genoemd in artikel 2.4.3, eerste lid, onderdeel a, niet meer alleen betrekking op cliënten uit de sector gehandicaptenzorg, maar ook op cliënten uit de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Tevens is aan artikel 2.4.3 een extra doelgroep toegevoegd: doofblinde verzekerden.

In artikel 2.4.5 is het subsidieplafond geregeld.

In artikel 2.4.6, eerste lid, onderdeel b, is een formule opgenomen voor verdeling van de middelen voor consulenteactiviteiten en bijzondere zorgplannen. De verdeling vindt geheel plaats naar rato van inwoneraantallen.

De subsidiëring van deze activiteiten geschiedt door middel van getrapte subsidiëring. Het CVZ verleent projectsubsidies aan zorgkantoren. Ten laste van

deze projectsubsidies subsidiëren de zorgkantoren vervolgens de in aanmerking komende activiteiten.

In artikel 2.4.6, tweede lid, is geregeld dat, in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, de aanvraag niet vergezeld gaat van de begroting en het projectplan. Dit houdt in dat het CVZ ook geen begroting hoeft goed te keuren. Wel blijft artikel 1.6.1 met betrekking tot de liquiditeitsprognose van toepassing. Deze blijft vereist, tenzij, zoals die bepaling regelt, de liquiditeitsbehoefte regelmatig verspreid is over de duur van het project.

Paragraaf 2.5. MEE-organisaties

Sinds 1 januari 2005 vervangt de paragraaf 'MEE-organisaties' de paragrafen 'Winkeltaken SPD-en' en 'integrale vroeghulp'. Daarmee is uitvoering gegeven aan de brief van 15 april 2003 (niet-dossierstuk, 2002/03, vws0300481) aan de Tweede Kamer om te komen tot een SPD nieuwe stijl. De SPD-organisaties hebben zich bij de omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl MEE-organisaties genoemd.

In 2005 steunde deze paragraaf groten-deels op de door het College zorgverzekeringen vastgestelde beleidsregels 'productie MEE-organisatie' en 'MEE-organisatiekosten'. Met ingang van 1 januari 2006 worden deze beleidsregels integraal opgenomen in de subsidieparagraaf. De afzonderlijke beleidsregels komen daarmee te vervallen.

In het eerste lid van artikel 2.5.1 worden de subsidieontvangers, het doel van de subsidieverlening en de doelgroep omschreven. De laagdrempeligheid van de organisatie houdt in dat de MEE-organisatie direct en eenvoudig toegankelijk dient te zijn, zonder dat de cliënt daarvoor een verwijzing of indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of het Bureau Jeugdzorg nodig heeft. Onafhankelijke cliëntondersteuning houdt in dat het belang van de cliënt het enige uitgangspunt is. Om de onafhankelijkheid te waarborgen is het de MEE-organisatie niet toegestaan een bestuurlijke eenheid te vormen met een verzekeraar of een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. Aan de omvang van de werkgebieden van de MEE-organisaties worden eisen gesteld. De eisen omtrent ontvlechting en omvang zijn neergelegd in de door het CVZ vastgestelde 'Nadere Regeling spreiding en behoefte MEE-organisaties'.

Het tweede lid voorkomt dat MEE-organisaties zorg op grond van de AWBZ verlenen. Onafhankelijke cliëntondersteuning houdt in dat het belang van de cliënt het enige uitgangspunt is. Andere belangen, bijvoorbeeld die van zorgaanbieder, mogen niet interfereren met het belang van de cliënt.

Het derde lid vermeldt de onderscheiden subsidie-onderdelen. Deze subsidie-onderdelen worden nader uitgewerkt in artikel 2.5.3 (collectieve cliëntonder-

steuning), 2.5.4 (individuele cliëntondersteuning) en 2.5.5 (de coördinatie van projecten integrale vroeghulp).

Het subsidieplafond genoemd in het eerste lid van artikel 2.5.2 is bestemd voor de collectieve en individuele cliëntondersteuning waartoe ook de huisvestingskosten worden gerekend.

Het subsidieplafond genoemd in het tweede lid is bestemd voor de coördinatie van de projecten integrale vroeghulp. Uit dit plafond kunnen geen huisvestingskosten worden gefinancierd.

Artikel 2.5.3 heeft betrekking op de collectieve cliëntondersteuning.

Het eerste lid bevat een limitatieve opsomming van hetgeen een MEE-organisatie aan collectieve cliëntondersteuning moet aanbieden. Iedere MEE-organisatie biedt alle daar genoemde activiteiten aan.

In onderdeel a wordt begrepen de algemene informatie- en adviesfunctie ten behoeve van verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een beperking uit het autistisch spectrum en hun ouders, andere verwanten, verzorgers en/of vertegenwoordigers. De MEE-organisatie is laagdrempelig toegankelijk voor het verkrijgen van algemene informatie en advies. Deze voorlichting kan groepsgewijs plaatsvinden.

Onder 'relevante ontwikkelingen en belemmeringen' in onderdeel b worden begrepen ontwikkelingen en belemmeringen in wet- en regelgeving en in de samenleving die mensen met een handicap raken. Hiermee wordt verwezen naar signalen van individuele cliënten over ontwikkelingen en belemmeringen in de samenleving die gezamenlijk een bron van informatie kunnen vormen voor in eerste instantie belangenbehartigers. In regio's waar geen sprake is van collectieve belangenbehartiging kan de MEE-organisatie signalen rechtstreeks overbrengen aan relevante partijen zoals zorgaanbieders en gemeenten. Daarnaast wordt hieronder begrepen het signaleren van ontwikkelingen die nodig zijn om de informatie- en adviesfunctie naar behoren te kunnen uitvoeren.

In onderdeel c wordt begrepen: het tot stand brengen van concrete verbeteringen of optimalisering van de mogelijkheden van mensen met een handicap tot participatie op lokaal en regionaal niveau. Dit kan de MEE-organisatie tot stand brengen door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk op het gebied van onder andere arbeid, dagbesteding, vrije tijd, vorming, wonen, thuiszorg en onderwijs. Voorts door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk met andere organisaties die zich bezig houden met cliëntondersteuning. En verder in samenwerking met collectieve belangenbehartigers genoemde organisaties aanjagen, activeren en motiveren tot beleidswijzigingen en het

creëren van de vereiste randvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld het etaleren van good practices.

Het tweede lid verplicht de MEE-organisatie om met het zorgkantoor overleg te voeren over de in het kader van de collectieve cliëntondersteuning voorgenomen activiteiten.

Per 1000 inwoners geldt, zo regelt het derde lid, een normbedrag per jaar. De hoogte van de subsidie voor collectieve cliëntondersteuning is daarmee afhankelijk van het aantal inwoners van het werkgebied van de MEE-organisatie. Het CVZ baseert zich daarbij op de bevolkingscijfers van het CBS. De subsidieverlening kan niet hoger zijn dan de aanvraag.

De subsidieverlening bedroeg in 2005 € 1533 per 1000 inwoners. Daarnaast werd 14,7% subsidie verleend voor huisvestingskosten. Deze huisvestingskostencomponent is nu in het derde lid integraal verwerkt. Enkele MEE-organisaties vragen minder subsidie aan dan het genoemde bedrag. Door toevoeging van het begrip 'maximaal' kan de subsidieverlening niet meer bedragen dan de aanvraag.

Het vierde lid heeft, samen met het derde lid, tot gevolg dat de subsidieverlening voor 2006 in principe gelijk zal zijn aan de subsidieverlening voor 2005. De verhoging met 16,7% bestaat, naast indexering, voor 14,7% uit het integraal verwerken van de huisvestingskostencomponent.

Artikel 2.5.4 heeft betrekking op de individuele cliëntondersteuning.

Het eerste lid bevat een limitatieve opsomming van hetgeen een MEE-organisatie aan individuele cliëntondersteuning moet aanbieden. Iedere MEE-organisatie biedt alle daar genoemde diensten aan.

Bij dienst A gaat het om informatie en advies te geven naar aanleiding van een concrete vraag.

Onder dienst B1 wordt verstaan het samen met de cliënt(en) in kaart brengen van participatiemogelijkheden en -beperkingen om een goed beeld te krijgen van de gewenste ondersteuning in de actuele situatie of de nabije toekomst.

Onder dienst B2 wordt verstaan de praktische ondersteuning van de cliënt bij het aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg op een breed terrein, waaronder zorg, arbeid, dagbesteding, onderwijs en wonen (levensbreed).

Bij dienst B3 gaat het om het ondersteunen van de cliënt bij een klachtprocedure of bij het aantekenen van bezwaar of (leveren van een bijdrage aan) het voeren van beroep tegen beslissingen van instanties inzake aanvragen van externe dienstverlening en zorg op enig levensgebied of bij het voorkomen daarvan.

In dienst B4 wordt samen met de cliënt, tussentijds (monitoring) of na afloop, de geleverde dienstverlening en/of zorg geëvalueerd, in het licht van de afspraken en toezeggingen en gegeven de actuele situatie van de cliënt.

Bij dienst B5 gaat het om het handelend optreden in een crisissituatie opdat de cliënt weer zelfstandig verder kan (eventueel met externe zorg en/of dienstverlening) of (eventueel tijdelijk) in een zorginstelling geplaatst kan worden.

Indien er bij de vraagverduidelijking (dienst B1) onvoldoende duidelijkheid ontstaat over de functiebeperkingen en mogelijkheden, dan kan dienst C plaatsvinden. In dienst C vindt op wetenschappelijk verantwoorde en methodische wijze volledige beeldvorming plaats van de beperkingen en de mogelijkheden in het verlengde van een handicap, stoornis of chronische ziekte.

Onder dienst D wordt verstaan gedurende korte tijd en met een beperkte intensiteit ondersteunen van cliënten die tijdelijk niet goed in staat zijn tot zelfredzaamheid en ondersteuning nodig hebben om te voorkomen dat de zelfstandigheid ernstig achteruit gaat en/of een beroep gedaan moet worden op geïndiceerde zorg. Indien de verwachting ontstaat dat het om langdurige of intensieve begeleiding van de cliënt gaat, die alleen kan worden geboden door een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder, is dienst D niet aan de orde.

Onder dienst E wordt verstaan het planmatig aanbieden van cursussen die voor iedereen toegankelijk zijn waarvoor cliënten en anderen zich kunnen inschrijven, bijvoorbeeld een cursus sociale vaardigheden. Deze dienst heeft géén betrekking op externe voorlichting (externe voorlichting is immers onderdeel van de collectieve ondersteuning) en individuele trainingen als onderdeel van het ondersteuningsplan van een cliënt (dat is immers onderdeel van dienst D, kortdurende en kortcyclische ondersteuning).

De normbedragen in het tweede lid zijn gebaseerd op de gemiddelde duur van de diensten.

Dienst A	3,5 uur
Dienst B1	15,0 uur
Dienst B2	22,0 uur
Dienst B3	17,0 uur
Dienst B4	10,0 uur
Dienst B5	10,0 uur
Dienst C	10,0 uur
Dienst D	23,0 uur
Dienst E	7,0 uur

Het uurtarief voor dienst C bedraagt € 94,86.

Het uurtarief voor de overige diensten bedraagt € 67,49.

Dat leidt tot de volgende normbedragen:

Dienst A	€ 236,22
Dienst B1	€ 1012,35

Dienst B2	€ 1484,78
Dienst B3	€ 1147,33
Dienst B4	€ 674,90
Dienst B5	€ 674,90
Dienst C	€ 948,60
Dienst D	€ 1552,27
Dienst E	€ 472,43

Deze normbedragen zijn vervolgens met 14,7% verhoogd in verband met de vergoeding voor huisvestingskosten.

Het vijfde lid verplicht de MEE-organisatie om met het zorgkantoor overleg te voeren over de in het kader van de collectieve cliëntondersteuning voorgenomen activiteiten.

Het subsidieplafond uit artikel 2.5.2, eerste lid, wordt eerst aangewend voor de subsidieverlening voor collectieve cliëntondersteuning (artikel 2.5.3, derde lid). Vervolgens wordt subsidie verleend ter hoogte van het in het voorgaande subsidiejaar voor individuele cliëntondersteuning verleende subsidie. De vervolgens nog resterende middelen worden, op grond van het zesde lid, verdeeld naar rato van de dan nog resterende subsidie-aanvraag voor individuele cliëntondersteuning. Dat laatste beperkt zich op grond van het vijfde lid overigens tot dat gedeelte van de aanvraag dat de instemming heeft van het zorgkantoor.

Op het moment van de subsidievaststelling stelt het CVZ allereerst vast of het aantal feitelijk gerealiseerde diensten overeenkomt met het aantal diensten waarop de subsidieverlening is gebaseerd. Als de gezamenlijke waarde van de gerealiseerde diensten lager is dan de verleende subsidie dan wordt de subsidieverlening uitsluitend verlaagd. De verlaagde subsidieverlening vormt dan het uitgangspunt voor de subsidievaststelling.

Uitgangspunt is dat de MEE-organisaties worden gefinancierd op basis van de feitelijk geleverde diensten (outputfinanciering). Als onderdeel van het overgangstraject naar volledige outputfinanciering bedraagt de op grond van het zevende lid herziene subsidieverlening in 2006 minimaal 92,5% van de aanvankelijk verleende subsidie.

Artikel 2.5.5 heeft betrekking op de projecten integrale vroeghulp.

Het eerste lid bevat de voorwaarden waaraan een project integrale vroeghulp moet voldoen om op grond van de onderhavige subsidieparaaf voor subsidie in aanmerking te komen. Daarbij wordt onder de coördinatie van het project integrale vroeghulp overigens ook de aansturing, de ondersteuning en het faciliteren van het project begrepen.

Allereerst moet er een samenwerkingsovereenkomst zijn tussen de MEE-organisatie en tenminste de sector van de kinderrevalidatie (kinderrevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis) en de sector van de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap; in ieder geval de kinderdag-

centra voor kinderen met een verstandelijke handicap. Deze drie instellingen worden in het vervolg de samenwerkingspartners genoemd. Door deze samenwerking is gewaarborgd dat de aansturing van integrale vroeghulp op een wijze gebeurt die de instemming van de gezamenlijke directies van de samenwerkingspartners heeft.

Verder moet er een team integrale vroeghulp zijn samengebracht, bestaande uit vertegenwoordigers van bovengenoemde samenwerkingspartners en uit de relevante vakgebieden: medische, pedagogische en maatschappelijke dienstverlening. Dit multidisciplinaire team zorgt in ieder geval voor een samenhangend plan op basis van de hulpvragen van ouders en kind en draagt zorg voor een samenhangende uitvoering daarvan tot het moment dat integrale vroeghulp wordt afgesloten.

De derde voorwaarde houdt in dat er een onafhankelijk aangestuurde coördinator moet zijn, die een breder netwerk rondom integrale vroeghulp ontwikkelt en onderhoudt, het team integrale vroeghulp faciliteert en zorgdraagt voor de verslaglegging van het team naar de ouders toe. De onafhankelijke aansturing vindt plaats door eindverantwoordelijke leden van het management van in ieder geval de drie samenwerkingspartners.

In de vierde plaats dient er een pool van deskundige casemanagers te zijn, die de inhoudelijke afstemming met de hulpvraag waarborgen, ouders ondersteunen bij het organiseren van de hulp, de samenhang waarborgen en de regie houden over het hulpverleningsproces.

Verder dient er een laagdrempelig aanmeldpunt integrale vroeghulp te zijn ingesteld met een eigen identiteit voor de ouders, dat goed ingebed is in het geheel van het verwijsbeleid in de regio en in bestaande regionale verwijskanalen. Een eigen adres, telefoonnummer en presentatie naar buiten zijn basisvoorwaarden.

Tot slot dient er een projectplan te zijn dat de instemming heeft van de samenwerkingspartners.

De multidisciplinaire aanpak, als bedoeld in het eerste en tweede lid, draagt bij aan een verhoging van de kwaliteit van zorg en aan een patiëntgerichte zorgverlening. Integrale vroeghulp leidt immers tot tijdige en zo gericht mogelijke interventie met als doel:

- de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen optimaal te benutten en onnodige achterstanden te voorkomen;
- zorgen voor een adequate behandeling van niet (meer) te voorkomen achterstanden;
- ouders ondersteunen om de opvoeding van hun kinderen zo goed mogelijk te laten verlopen.

De vorming van voorzieningen wordt in de eerste plaats bepaald door artikel 374 van boek 2 BW.

Om de werking van dat artikel in te perken is in het eerste lid van artikel 2.5.6 geregeld dat een MEE-organisatie slechts de daar genoemde voorzieningen mag vormen. De vorming en instandhouding van andere voorzieningen is dus niet toegestaan.

Toevoeging aan de voorziening kosten huisvesting is, op grond van het derde lid, slechts toegestaan voor zover de kosten voor huisvesting lager zijn dan de in de voor individuele en collectieve cliëntondersteuning opgenomen huisvestingskostencomponent van 14,7%. De huisvestingscomponent bedraagt daarvoor $14,7/114,7 = 12,8\%$ van het verleende bedrag.

De omschrijving van de huisvestingskosten in het vierde lid is, onder toevoeging van de lease, overgenomen uit de in 2005 van toepassing zijnde beleidsregel 'MEE-organisatiekosten'. Voor de hoogte van de afschrijvingspercentages is aangesloten bij de door het CTG/ZAio gehanteerde afschrijvingspercentages.

Op grond van artikel 1.8.7, achtste lid, kan een MEE-organisatie, naast de voorzieningen, een algemene reserve vormen. De hoogte van de algemene reserve wordt in dat artikel beperkt tot 10% van de verleende subsidie. Voor de MEE-organisatie heeft die begrenzing betrekking op de voor collectieve en individuele cliëntondersteuning verleende subsidie exclusief de huisvestingscomponent. Om dat te regelen is de werking van artikel 1.8.7 in het zevende lid van artikel 2.5.6 beperkt tot 8,7% van de voor collectieve en individuele cliëntondersteuning verleende subsidie en is in het achtste lid artikel 1.8.7 niet van toepassing verklaard op de voor de coördinatie van projecten integrale vroeghulp verleende subsidie. De maximering ziet uitsluitend op de toevoeging aan de algemene reserve. Het zevende lid biedt geen basis voor de afroaming van algemene reserves die reeds hoger zijn dan het maximum.

In artikel 2.5.7 is geregeld dat er substitutie mogelijk is tussen de subsidieonderdelen collectieve cliëntondersteuning en individuele cliëntondersteuning. Er is geen substitutie mogelijk met het subsidie-onderdeel coördinatie van projecten integrale vroeghulp.

Het CVZ kan bij de subsidie vaststelling constateren dat bij een MEE-organisatie sprake is van overproductie. Het tweede lid biedt dan de mogelijkheid om de subsidieverlening alsnog te verhogen. Als die mogelijkheid zich voordoet zal het CVZ van deze bevoegdheid gebruik maken. Dat kan echter alleen indien onbenutte subsidiegelden beschikbaar zijn. De verhoging is verder gemaximeerd tot 10% van de aanvankelijk verleende subsidie.

De financiering van de MEE-organisaties is voor een groot gedeelte gebaseerd op de eigen registratiesystemen van de MEE-organisaties. Dat versterkt het belang van de op grond van het eerste lid vereiste registratie. Dit is geregeld in artikel 2.5.8.

Paragraaf 2.6. Persoonsgebonden budget

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.

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

Artikel 2.6.1 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 zorgaanpak 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 een medische noodzaak voor het vervoer bestaat. Dit is geregeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanpak 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: onder kortdurend verblijf wordt verstaan verblijf van gemiddeld een of twee etmalen per week. Deze definitie sluit aan op de wijze waarop het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Bureau Jeugdzorg tijdelijk verblijf indiceren. Opgemerkt wordt dat de beperking van kortdurend 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 onderdeel f het volgende. De aan de verzekerde te verstrekken subsidie – in deze regeling het 'netto persoonsgebonden budget' genoemd – is, zo bepaalt artikel 2.6.7, 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 pgb-regeling nieuwe stijl gaat uit van een getrapte subsidie: het College voor zorgverzekering (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 2.6.1, onderdeel f). Dit is geregeld in artikel 2.6.2.

Artikel 2.6.2 regelt de subsidieverlening aan de zorgkantoren. Deze geschiedt op aanvraag. Het zorgkantoor heeft, in afwijking van hetgeen in de algemene subsidiebepalingen van de Regeling subsidies AWBZ geregeld is, jegens 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 2.6.4 tot en met 2.6.14. Daarnaast bevat hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ 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 (artikel 4:57 Awb).

Het derde lid regelt de verdeling van het subsidieplafond uit het tweede lid over de zorgkantoren.

In 2005 was de verdeling van het subsidieplafond gebaseerd op het aantal budgethouders op 1 juli 2004. Die verdeling doet geen recht aan het feit dat tussen zorgkantoorregio's sprake is van aanzienlijke verschillen in gemiddelde toekenningsbedragen. Deze verschillen worden veroorzaakt door de door het CIZ afgegeven indicatiebesluiten en zijn voor de zorgkantoren niet beïnvloedbaar.

De nieuwe verdeelsleutel sluit beter aan bij deze regionale verschillen.

De factoren A en G worden door het CVZ vastgesteld op grond van de maandelijkse monitoring door de zorgkantoren. Daarin vermelden zorgkantoren onder ander welke verplichtingen zij op jaarbasis hebben ten opzichte van de budgethouders aan wie op de peildatum een PGB is toegekend. Het antwoord op die vraag is de factor (A x G).

Voor de factoren B, C en D baseert het CVZ zich op gegevens van de SVB.

Het vierde lid heeft tot gevolg dat geen pgb kan worden toegekend aan verzekerden die niet in Nederland woonachtig zijn.

De algemene subsidiebepalingen in hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ 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 oude pgb-regelingen 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 2.6.2 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.

Het achtste lid geeft het CVZ de mogelijkheid om bij de subsidievaststelling middelen ten behoeve van het persoonsgebonden budget die bij een zorgkantoor niet worden besteed, over te hevelen naar een ander zorgkantoor. Indien een zorgkantoor het subsidieplafond overschrijdt, kan deze overschrijding op grond van deze bepaling bij gelegenheid van de subsidievaststelling verrekend worden met een onderschrijding bij andere zorgkantoren. Hierdoor wordt een optimale inzet van de beschikbare middelen voor het persoonsgebonden budget mogelijk.

Met artikel 2.6.3 wordt het mogelijk gemaakt dat het CVZ aanvullende middelen toekent aan zorgkantoren. Met deze aanvullende middelen kan het CVZ aanvullend subsidie aan een zorgkantoor toekennen, indien het betreffende zorgkantoor zijn subsidieplafond voor het pgb voor het eind van het jaar heeft besteed. Bij het toekennen van deze aanvullende middelen heeft het CVZ de mogelijkheid om af te wijken van de verdeelsystematiek opgenomen in artikel 2.6.2, derde lid. Het CVZ zal op

grond van artikel 2.6.3, derde lid, een beleidsregel voor de verdeling van deze aanvullende middelen opstellen.

De artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.13 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 2.6.4 tot en met 2.6.12 bevatten, met uitzondering van artikel 2.6.10, bepalingen die het zorgkantoor bij de verlening van de netto pgb's in acht moet nemen.

Artikel 2.6.4 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 zorgaanpak 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 Besluit zorgaanpak AWBZ

slechts in combinatie met ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen kan worden geïndiceerd – worden verleend.

Een zorgkantoor kan op basis van een indicatie voor langdurig verblijf een pgb voor tijdelijk verblijf verlenen. Die verlening is op grond van artikel 2.6.6, eerste lid onderdeel j juncto artikel 2.6.1 onderdeel d beperkt tot twee etmalen per week.

Het tweede lid van artikel 2.6.4 geeft 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 aangevangen, in een instelling zal verblijven. De reden hiervoor is, dat verblijf nog in combinatie met andere vormen van zorg wordt bekostigd (productfinanciering). Het kunnen verlenen van enerzijds een pgb voor de in artikel 2.6.1, 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 2.6.9, 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 wijzi-

ging of intrekking van de subsidieverlening (artikel 2.6.13, tweede lid, onderdeel b) en tot terugvordering van het ten onrechte bevoorschotte of vastgestelde bedrag (artikel 2.6.13, 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 2.6.9, eerste lid, 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.

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 artikel 16d, zesde lid van het Bijdragebesluit zorg.

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.

Bevat het tweede lid de gronden waarop het zorgkantoor verlening van een pgb moet weigeren, het derde 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 en derde lid zijn tezamen limitatief. Het zorgkantoor mag dus niet op nog andere gronden weigeren een persoonsgebonden budget te verlenen.

Artikel 2.6.5 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 2.6.5 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 2.6.8, 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 2.6.6 geeft regels over de berekening van het bruto pgb.

In het indicatiebesluit bepaalt het CIZ voor iedere geïndiceerde vorm van zorg (exclusief behandeling of verblijf) de bijbehorende zorgzwaarte ('klasse') in uren respectievelijk dagdelen. Het eerste lid van artikel 2.6.6 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 inkoop, 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 CIZ 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 (prijspeil 2003). 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.

Artikel 2.6.5 leidt ertoe, dat de subsidie voor meerdere jaren kan worden verleend. Het derde en vierde lid van artikel 2.6.6 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 uitstrekt. Het vijfde lid voorziet hierin.

Op 3 maart 2005 heb ik het CVZ verzocht om te bevorderen dat zorgkantoren tot € 300 per dag onverkort uitvoering geven aan het indicatiebesluit. Met artikel 2.6.6, zesde lid veranker ik die gedragslijn in de pgb-regeling. Indien sprake is van toekenning van een persoonsgebonden budget van meer dan € 300 per dag dan zal dat beperkt worden tot de kosten van verblijf. Met het achtste lid wordt invulling gegeven aan de motie-Smits, waarin de regering wordt verzocht instrumenten als zorgzwaartefinanciering en pgb zo in te richten dat zelfstandig wonen mogelijk is en blijft (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 26 631, nr. 122).

Artikel 2.6.8, eerste lid, bepaalt dat het netto persoonsgebonden budget gelijk is aan het bruto persoonsgebonden budget minus de eigen bijdrage. Artikel 2.6.7 bepaalt hoe de 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.

Omdat bij het pgb geen uurbijdrage gehanteerd wordt, maar een bepaald percentage van de waarde van de klasse, wordt de bijdrage rechtstreeks in deze bepaling geregeld en wordt niet verwezen naar artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg.

Het tweede lid regelt het inkomensafhankelijk maximum. Van toepassing zijn dezelfde maximering en hetzelfde

inkomensbegrip als voor zorg in natura. Dat betekent dat ook voor het pgb een bepaald percentage van het verzamelen komen met een minimum en een maximum geldt.

Bij de uitvoering van de pgb-paragraaf vormt het niet tijdig bekend zijn van de inkomensgegevens over het jaar T-2 een knelpunt. Het derde lid stelt het zorgkantoor in staat om de berekening van de eigen bijdrage te baseren op het inkomen in het jaar voorafgaand aan het peiljaar indien de inkomensgegevens van het jaar T-2 op 1 maart nog niet beschikbaar zijn. Deze bepaling laat de mogelijkheid voor peiljaarverlegging onverlet. De budgethouder kan dus verzoeken om verlegging van het peiljaar van T-3 naar T-2.

Het eerste lid van artikel 2.6.8 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.

Een pgb zal ook aan in het buitenland verblijvenden (bijvoorbeeld de zogenoemde 'overwinteraars' in Spanje) 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 tweede lid van artikel 2.6.8 leidt ertoe dat in dat geval het budget wordt omgerekend naar het buitenlandse prijspeil.

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 derde lid strekt hiertoe.

Het vierde 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. Deze systematiek geldt ook indien het pgb van de verzekerde op 31 december eindigt en op 1 januari een nieuw pgb ingaat (vijfde lid).

Artikel 2.6.9, 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 2.6.1, 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 vijfde 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 2.6.9, derde 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 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 2.6.9, vierde 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 zes 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).

Uit de evaluatie van het pgb nieuwe stijl is gebleken dat met name de maandelijks verantwoording een belasting

vormt voor budgethouders en zorgkantoren. In het negende lid, is geregeld dat deze categorie budgethouders slechts eens per kwartaal verantwoording hoeft af te leggen.

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 zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier aan de verzekerde mee (artikel 2.6.10, 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 (artikel 2.6.14, eerste lid) en zal in dat verband de in onderdeel d bedoelde bescheiden bij budgethouders opvragen.

De verplichting in onderdeel f heeft tot doel om de Belastingdienst te informeren over de inkomsten van de uit het pgb betaalde zorgverleners. Indien de verzekerde verplicht is tot loonheffing wordt de Belastingdienst reeds uit dien hoofde over deze betalingen geïnformeerd en kan het gebruik van het onderdeel f bedoelde formulier achterwege blijven.

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 2.6.4 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 genomen en anderzijds via een pgb kan worden ingekocht, is in artikel 2.6.9, 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 (artikel 2.6.12, tweede lid; de verzekerde heeft zich immers niet aan zijn subsidieverplichtingen gehouden), waarna terugvordering of verrekening zal volgen (artikel 2.6.13, zevende lid).

Op het beginsel dat dezelfde vorm van zorg niet tegelijkertijd in natura en op basis van inkoop met behulp van en daartoe verleend pgb kan worden genomen, 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 zevende 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 2.6.4.

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 (artikel 2.6.12) 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 (artikel 4:46, tweede lid, Awb en artikel 2.6.13, vijfde lid) waarna terugvordering van het teveel bevoorschot bedrag dient te volgen (artikel 2.6.13, zevende lid).

Artikel 2.6.10, eerste lid, leidt ertoe dat de zorgkantoren een verleend budget ambtshalve aan de verzekerde dienen te bevoorschotten.

In artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel e, is geregeld, dat de verzekerde zich binnen zes 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 2.6.9, eerste lid, onderdeel a, opgesomde activiteiten). Indien dit niet het geval is, zendt het zorgkantoor de verzekerde binnen zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier een mededeling, waarin het aangeeft van mening te zijn dat de verantwoorde betalingen niet subsidieabel zijn. Deze mededeling is geen beschikking in de zin van de Awb. Dit betekent dat de subsidieverlening en de voorschotvaststelling ongewijzigd blij-

ven. De verzekerde kan ervoor kiezen in het restant van de subsidieperiode een bedrag ter grootte van het verkeerd bestede bedrag alsnog wél aan subsidiebele 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. 2.6.12, tweede lid, onderdeel a). Dit laatste geschiedt uiteraard wél bij 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 2.6.10, eerste lid, automatisch tot nihilstelling of verlaging van de voorschotten (de wijziging of intrekking van de voorschotbeschikking zal uit een oogpunt van doelmatige uitvoering gelijkwaardig 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 2.6.11, eerste lid, somt op wat ten minste in de verleningsbeschikking dient te staan.

In artikel 2.6.8, derde en vierde 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 2.6.11 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 2.6.8, vierde 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 2.6.8 neergelegde indexatie een rol). Artikel 2.6.11, derde lid, bepaalt dat de zorgkantoren hem hiervan op de hoogte brengen.

Artikel 2.6.12 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. 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 ZVW-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 zorgverlener(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.

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. Dit is geregeld in artikel 2.6.13.

De vaststelling geschiedt binnen zes weken na de ontvangst van het verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode, welk formulier op zijn beurt binnen zes 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 (artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel e) zodat verleende subsidie verlaagd kan worden (artikel 2.6.12). 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 (artikel 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 (artikel 4:46, tweede lid, Awb). Deze gronden voor verlaging van het uiteindelijk verstrekte bedrag, worden in het vijfde lid van artikel 2.6.13 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 2.6.9, 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).

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 (artikel 2.6.13, zevende lid). Artikel 4:57 Awb leidt er toe dat de terugvordering binnen vijf jaar na de subsidievaststelling dient te geschieden.

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 2.6.14 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 (artikel 4:49 Awb juncto artikel 2.6.13, 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.

Paragraaf 2.7. Verwezenlijken van ADL-clusters

Bij de paragrafen 2.7 tot en met 2.9 gaat het om voortzetting van de subsidiëring van het stichten en exploiteren van ADL-clusters, bepaalde aanpassingen van die clusters en de ADL-assistentie in die clusters.

Bij ADL-assistentie gaat het om hulp bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen. Hierbij kan gedacht worden aan hulp bij eten en drinken (zoals het serveren van voedsel op bed en op tafel en hulp bij het eten en drinken op bed), eenvoudige verpleegtechnische/medische assistentie (zoals het geven van medicijnen, het aanleggen vanverbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan- en uitdoen van een prothese en het aanleggen van een draaguri-naal) en assistentie bij persoonlijke hygiëne en toilet maken (zoals mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek). Naast de assistentie waarvoor op grond van deze regeling subsidie kan worden verleend, heeft uiteraard iedere gehandicapte dezelfde aanspraken op grond van de sociale ziektekostenverzekeringen als andere verzekerden.

Een ADL-cluster bestaat uit een aantal, binnen een complex huurwoningen bij elkaar horende ADL-woningen, die voor zwaar lichamenlijk gehandicapte bewoners adequaat zijn aangepast. Gelet op praktijkervaring alsmede maatschappelijke ontwikkelingen gaat het alleen om drie- en vierkamerwoningen. Het aantal vierkamerwoningen mag daarbij het aantal driekamerwoningen niet overtreffen. Naast de ADL-woningen heeft het cluster een centrale ruimte. Vanuit de centrale ruimte, de zogenoemde ADL-eenheid, wordt op verzoek en aanwijzing van de gehandicapte bewoners

van de woningen ADL-assistentie verleend. Aan het aantal, de ligging en de standaardinrichting van de woningen en de ADL-eenheid worden speciale eisen gesteld.

Het programma van eisen en besteks-bepalingen waaraan in de regelingen wordt gerefereerd betreft het 'Programma van Eisen en besteks-bepalingen voor ADL-clusterprojecten'. Dit Programma van eisen is op 22 december 1992 vastgesteld door de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. De minister van VROM was indertijd verantwoordelijk voor de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG). De RGSHG is de regeling op grond waarvan de subsidiering van de bouw van ADL-clusters mogelijk werd.

Voor het bouwen van ADL-clusters worden projectsubsidies verstrekt. Dit betekent dat aan rechtspersonen met een volledige rechtsbevoegdheid een bijdrage aan de kosten van een project, in dit geval de bouw van een ADL cluster, kan worden verleend in de vorm van een subsidie.

Voor de stichting en de exploitatie van een ADL-cluster kan subsidie worden verleend aan de eigenaar. Een ADL-cluster dient deel uit te maken van een complex huurwoningen dat gebouwd wordt met subsidie op grond van de Woningwet. Het betreft met andere woorden huurwoningen uit de sociale woningbouwsector. De subsidieontvanger zal daarom in het algemeen vaak een woningbouwcorporatie zijn.

Voorwaarde voor de subsidiëring van een ADL-cluster, en ook voor de subsidiëring van de daarin te verlenen ADL-assistentie, is dat tussen de (toekomstige) eigenaar van een cluster en de instelling die de ADL-assistentie verleent, een samenwerkingsovereenkomst wordt gesloten. In deze samenwerkingsovereenkomst komt tot uitdrukking dat de gehandicapte bewoners van de ADL-woningen in het cluster, verzekerd kunnen zijn van voldoende ADL-assistentie. De samenwerkingsovereenkomst dient bij de subsidieaanvraag aan het CVZ te worden overgelegd.

Voorwaarde voor subsidiëring van een ADL-cluster is dat uit de centrale lijst van ADL-kandidaten die door het CVZ wordt bijgehouden, blijkt dat minstens 30 ADL-kandidaten in aanmerking willen komen voor een ADL-woning in het betreffende cluster. Door het CVZ wordt een centrale registratie bijgehouden van kandidaten voor een ADL-woning. Om voor een ADL-woning in aanmerking te komen, dient een verzekerde als ADL-kandidaat bij het CVZ te zijn geregistreerd. Om voor registratie als kandidaat voor een ADL-cluster in aanmerking te komen, dient een cliënt te voldoen aan de voorwaarden als vermeld in artikel 2.7.8, onderdeel a. Sinds 1 januari 2005 betekent dit dat hij of zij

dient te beschikken over een door het Centrum Indicatiestelling (CIZ) afgegeven indicatie voor persoonlijke verzorging van minimaal 5 en maximaal 30 uur op basis van een lichamenlijke handicap of somatische aandoening. Verder dient de cliënt te zijn aangewezen op onplanbare zorg, op een aangepaste woning en op grond van zijn of haar sociale redzaamheid niet te zijn aangewezen op de AWBZ-functie verblijf. Over deze laatste aspecten laat het CVZ zich adviseren door het CIZ. Na ontvangst van een door het CVZ opgesteld aanmeldingsformulier, waaruit blijkt dat de cliënt beschikt over de vereiste indicatie en volgens de mening van het CIZ ook aan de andere voorwaarden voldoet en waarin deze tevens zijn voorgekeuren voor een bepaald cluster en de urgentie kan aangeven, beslist het CVZ of de verzekerde als ADL-kandidaat kan worden geregistreerd. De verzekerde ontvangt hierover een beschikking van het CVZ.

De datum van aanmelding bepaalt de plaats van de verzekerde op de wachtlijst. Nadat de ADL-kandidaat geregistreerd is, ontvangt verzekerde eens per jaar een overzicht van de bij het CVZ geregistreerde gegevens, met het verzoek deze zo nodig te actualiseren.

Door toename van de zorgvraag in de clusters, alsmede door het in gebruik nemen van nieuwe clusters, bleek jaarlijks een verhoging van het subsidieplafond noodzakelijk. Om te komen tot een betere beheersbaarheid van de subsidiegelden is aan artikel 2.7.8 een bepaling toegevoegd, waarin wordt omschreven dat er een indicatie nodig is en wat die moet inhouden. Het CVZ laat zich ingevolge deze bepaling over de indicatie adviseren door een door het CVZ aangewezen persoon of instelling. Om de verbinding met de subsidieberekening voor ADL-assistentie in ADL-clusters te maken, is deze bepaling van overeenkomstige toepassing verklaard op artikel 2.9.5.

Wanneer een cluster gerealiseerd is en in gebruik kan worden genomen, worden aan de hand van de kandidatenlijst na overleg tussen de woningeigenaar en de ADL-assistentie verlenende instantie, de ADL-kandidaten voor toewijzing van de betreffende woningen voorgedragen. De woningcorporaties (soms de gemeente of een door haar aangewezen instelling) wijst de woningen toe. In principe vindt de woningtoewijzing plaats in volgorde van datum van aanmelding. Dit betekent dat degene die als eerste op de lijst staat in principe het eerst aan de beurt is. Bij vier- en vijfkamerwoningen wordt echter ook het aantal personen in ogenschouw genomen. In uitzonderlijke gevallen kan ook de gemiddelde behoefte aan ADL-assistentie in een cluster een rol spelen bij woningtoewijzing.

Een ADL-cluster moet voorts voldoen aan het programma van eisen. Hierin is met betrekking tot zowel ADL-woningen als de ADL-eenheid een aantal standaardinrichtingselementen opgenomen die voor subsidie in aanmerking komen.

Om een evenwichtige verdeling te krijgen is de aanvullende voorwaarde gesteld dat het aantal vierkamerwoningen het aantal driekamerwoningen niet mag overschrijden.

Het Programma van Eisen voor alarmintercominstallaties (PvE) maakte voorheen onderdeel uit van het totale PvE voor ADL-clusters, dat dateert uit 1992. De ontwikkelingen in de elektronica en de communicatieapparatuur zijn de afgelopen periode van dien aard geweest, dat het PvE van destijds sterk verouderd was. In samenspraak met College Bouw, TNO en gebruikers is nu een functioneel PvE voor alarmintercominstallaties ontwikkeld, dat ruimte biedt voor zowel flexibiliteit in de lokale situatie, als voor technologische ontwikkelingen in de toekomst.

Het Programma van Eisen voor keukens is in 2003 en 2004 in nauwe samenspraak met gebruikers en leveranciers aangepast aan de werkwijze die tegenwoordig gebruikelijk is bij het aanschaffen en vervangen van keukens door woningcorporaties. Dat betekent dat niet langer uitgegaan wordt van een gedetailleerd voorgeschreven PVE, maar dat een zekere mate van keuzevrijheid voor de bewoners en eigen verantwoordelijkheid van de woningcorporatie het uitgangspunt vormen. Deze eigen verantwoordelijkheid van de corporatie wordt onder andere mogelijk gemaakt door het hanteren van normbedragen bij aanschaf en vervanging van keukens, waardoor binnen het PVE onderhandelingsruimte met de keukenleveranciers ontstaat.

In verband met huidige ontwikkelingen in het kader van de flexibilisering alsmede het verouderde maar nog niet aangepaste programma van eisen kan ontheffing van het vermelde in artikel 2.7.3, eerste lid, worden verleend. De verantwoordelijkheid voor deze beoordeling ligt bij het CVZ.

Het subsidieplafond is vastgelegd in artikel 2.7.5. De aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag, waarbij aan alle aanvraag-eisen moet zijn voldaan.

De subsidiëring van een ADL-clusterproject kent een aantal aspecten (artikel 2.7.6). Geen subsidie wordt verleend voor de bouw van de woningen, inclusief de ADL-woningen, op zich. Wel komen voor subsidiëring in aanmerking eventuele extra kosten van de ADL-woningen in verband met de verruiming van deze woningen en extra bouwkundige werkzaamheden ten opzichte van de normale woningen in

het complex. Tevens kan subsidie worden verleend voor de stichtingskosten van de ADL-eenheid.

Ten behoeve van onder meer het onderhoud van de ADL-eenheid wordt gedurende 20 jaar een exploitatiebijdrage verstrekt van € 842 per jaar. Deze bijdrage dient te worden beschouwd als een vaste exploitatiebijdrage. De bijdrage wordt contant gemaakt volgens de opgenomen formule.

Onderdeel d betreft de enige kostenpost die na de stichting voor subsidiëring in aanmerking komt. Het gaat hier om de situatie dat een cluster langer dan 20 jaar in gebruik is. Op dat moment kan er nog subsidie worden verstrekt voor nog een exploitatieperiode van 10 jaar tot een maximum van € 842 per jaar, volgens de opgenomen berekening.

Het tweede lid van artikel 2.7.6 geeft een opsomming van lasten die bij het berekenen van het maximaal te subsidiëren bedrag in aanmerking worden genomen. Het gaat hier met name om de zogenaamde bijkomende kosten.

De begroting is bindend. In bijzondere gevallen kan het CVZ echter de subsidie hoger vaststellen dan de maximale subsidie. Dat kan zich alleen voordoen bij kosten die redelijkerwijs niet voorzienbaar waren ten tijde van de subsidieverlening. Daarbij mag het subsidieplafond niet worden overschreden.

Aan artikel 2.7.6 is een vierde lid toegevoegd dat het mogelijk maakt voor het CVZ om met gestandaardiseerde tarieven te werken en hiervoor normen vast te stellen.

De subsidieontvanger doorloopt bij de bouw van een ADL-cluster de volgende procedure. De gemeente meldt bij het CVZ dat er bouwplannen zijn voor een te bouwen ADL-cluster. Vervolgens wordt het te bouwen ADL-cluster geregistreerd op de lijst van bestaande en in aanbouw zijnde ADL-clusters. In een vroeg stadium vindt een oriënterende bespreking plaats tussen de subsidieontvanger, assistentieverlener en het CVZ. Dan worden de eerste bouwtekeningen besproken en de subsidievoorwaarden toegelicht. Wanneer, naar aanleiding van de eerste bespreking, de tekeningen meer definitief zijn, worden de tekeningen en de kosten van de bouw nogmaals besproken, waarbij meer aandacht besteed wordt aan de afmetingen en eisen van het programma van eisen. Veelal vraagt het CVZ hierover advies aan een bouwkundig adviseur. Naar aanleiding van de bespreking van het (concept) advies worden de tekeningen definitief gemaakt. Vervolgens wordt door de subsidieontvanger de officiële subsidieaanvraag bij het CVZ ingediend. Op basis van het Programma van Eisen en werkervaring op het terrein van bouwen voor de gezondheidszorg zal de bouwkundig adviseur het plan financieel en bouwkundig beoordelen.

Zoals in artikel 2.7.5, tweede lid, bepaald, worden de aanvragen behandeld op datum van ontvangst van de aanvraag. Deze aanvraag dient, naast de stukken en informatie vereist ingevolge hoofdstuk I van deze regeling, tevens vergezeld te gaan van:

- a. een bouwplan, waarbij op basis van de richtlijnen van het CVZ de subsidiebele kosten worden aangegeven. Dit versnelt het traject omdat de aanbesteding pas volgt na de subsidieverlening.
- b. een op schrift gestelde overeenkomst tussen de eigenaar-rechtspersoon die het ADL-cluster wil realiseren en de rechtspersoon die de ADL-assistentie zal verlenen, op grond waarvan verzekerd is dat voldoende ADL-assistentie zal worden verleend; en
- c. een berekening van de netto-contante waarde van de exploitatiekosten volgens de voorgeschreven formule;

Om tot een goede beoordeling van de aanvraag te kunnen komen zijn tevens nodig:

- de plattegronden van het wooncomplex, de ADL-woningen en de ADL-eenheid;
- de offertes met betrekking tot het alarmintercomsysteem. De standaardinrichtingselementen voor zowel de ADL-woningen als de ADL-eenheid kunnen nagenoeg alle tijdens de bouw worden aangebracht. Dit vereist een goede afstemming tussen de (offerte van de) aannemer die de woningen bouwt en de (offerte van de) aannemer die de standaardinrichtingselementen aanbrengt (voor zover dit verschillende aannemers betreft);
- de statuten van de rechtspersoon die het ADL-cluster wil verwezenlijken.

Om voor een woning in clusterverband in aanmerking te kunnen komen, moet de verzekerde voldoen aan vijf voorwaarden

- de grondslag van zijn of haar vraag is een lichamelijke handicap of een somatische aandoening;
- hij of zij beschikt over een geldig CIZ-indicatiebesluit met een urenindicatie voor persoonlijke verzorging van minimaal vijf en maximaal dertig uren per week (de eventuele indicatieuren voor de functie verpleging worden daaraan toegevoegd);
- hij of zij is aangewezen op zorg op afroep (minimaal leveringsvoorwaarde b);
- hij of zij is voldoende sociaal redzaam (dat wil zeggen geen indicatie voor permanente opname);
- hij of zij is aangewezen op een aangepaste woning (rolstoelwoning).

Een verzekerde die reeds verblijft in een woning in clusterverband maar meer dan 30 uur ADL-assistentie nodig heeft, blijft in aanmerking komen voor verblijf in de woning in clusterverband zolang

hij toch overigens voldoende sociaal zelfredzaam is (artikel 2.7.8, eerste lid onder a. 2). Onder sociale zelfredzaamheid wordt verstaan: persoonlijke onafhankelijkheid, sociale verantwoordelijkheid en het hebben van inzicht in de zorgvraag. In verband hiermee zal het in de praktijk niet of nauwelijks voorkomen dat verzekerden jonger dan 18 jaar als ADL-kandidaat kunnen worden aangemerkt. In dat geval wordt de huur-overeenkomst tijdelijk op naam van een meerderjarige huisgenoot gezet.

De formele leeftijdsgrenzen van 18 en 65 jaar, die bij de subsidiëring tot 1 januari 1994 krachtens de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten werden gehanteerd, zijn niet opgenomen. Het is evenwel niet de bedoeling dat ADL-clusters een alternatief worden voor verzorgingshuizen of woonzorgcombinaties.

De behoefte aan ADL-assistentie wordt bepaald aan de hand van een uitgebreide lijst van ADL-handelingen waarbij hulp nodig kan zijn. Vervolgens wordt bezien hoeveel uren assistentie in beginsel aan betrokkene zal moeten worden verleend. Wanneer op deze wijze berekend is hoeveel uur ADL-assistentie verzekerde gemiddeld per week nodig heeft, kan worden beoordeeld of de verzekerde ook in dit opzicht in aanmerking komt voor het wonen in een ADL-cluster. Indien een verzekerde meer dan 30 uur ADL-assistentie per week nodig heeft, wordt hij in principe niet voldoende zelfredzaam geacht om in een cluster te kunnen wonen. Wanneer een ADL-bewoner meer dan dertig uur ADL-assistentie per week afneemt, is de bewoner dus in beginsel verplicht de ADL-woning te verlaten. Hij voldoet immers niet meer aan de gestelde eisen. Echter, in de praktijk blijkt dat een aantal van deze bewoners ondanks de vele uren assistentie, nog voldoende sociaal zelfredzaam is. Wanneer na beoordeling blijkt dat hier sprake van is, kan de bewoner in de ADL-woning blijven wonen. Als blijkt dat een bewoner van een ADL-woning na verloop van tijd niet meer voldoet aan de voorwaarden, dan heeft hij geen recht meer op verdere bewoning van de ADL-woning en zal moeten omzien naar een andere woonsituatie. De subsidieontvanger dient hiervoor zorg te dragen. De verzekerde dient zich dan ook, voordat hij de ADL-woning betreft, middels het ondertekenen van een aanhangsel bij de huurovereenkomst, te verplichten om te verhuizen indien niet meer aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Wanneer een ADL-woning vrij komt, dient de eigenaar van het ADL-cluster dit onverwijld aan het CVZ te melden. Voor de toewijzing van deze woning aan een nieuwe ADL-kandidaat wordt de hierboven geschetste procedure gevolgd.

Paragraaf 2.8. Aanpassingen in bestaande ADL-clusters

De subsidieontvanger zal in het algemeen vaak een woningbouwcorporatie zijn.

Op grond van deze paragraaf kan subsidie worden verleend voor de kosten die verband houden met onderhoud, reparatie en vervanging van het alarmintercomsysteem, van de standaardinrichtingselementen en de extra voorzieningen, alsmede voor de kosten van nastelling bij oplevering van een nieuw cluster, bij toewijzing van de woning aan een nieuwe bewoner of bij verergering van de handicap.

Aan artikel 2.8.2, eerste lid, is onderdeel e toegevoegd dat een oplossing biedt voor een al jaren bestaand knelpunt, namelijk de relatief lange periode dat een woning soms leegstaat doordat de woning voor bewoning moet worden aangepast aan de individuele handicaps. De kosten van deze leegstand zijn subsidiabel onder de genoemde voorwaarden.

Het tweede lid van artikel 2.8.2 geeft een limitatieve opsomming van te subsidiëren aanpassingen. De ADL-woningen en de ADL-eenheid worden opgeleverd met een aantal standaardinrichtingselementen zoals omschreven in het Programma van Eisen (PvE) (onderdelen a en b). Deze standaardinrichtingselementen behoren tot de stichtingskosten van het ADL-cluster. Het onderhoud, reparatie en de vervanging van defecte onderdelen van de standaardinrichtingselementen alsmede de vervanging van de standaardinrichtingselementen zelf hebben betrekking op de in het tweede lid van artikel 2.8.2, onderdelen a en b, genoemde voorzieningen. Het is belangrijk dat de ADL woning blijft voldoen aan het PvE. In situaties waarin aanpassingen verricht worden zal zoveel mogelijk aangesloten moeten worden bij de onderdelen en materialen zoals genoemd in het PvE.

De (toekomstige) bewoner zou met behulp van de standaardinrichtingselementen in principe zelfstandig in de woning moeten kunnen functioneren. Soms blijkt dat deze standaardinrichtingselementen enigszins moeten worden nagesteld of aangepast. De nastellingen die op grond van de subsidieregeling worden gesubsidieerd zijn limitatief in onderdeel c van het tweede lid van artikel 2.8.2 opgenomen. Zes weken nadat de assistentieafname van de bewoner van de ADL-woning is begonnen wordt door het CVZ advies ingewonnen over de noodzaak tot eventuele nastellingen. De in de ADL-woningen aangebrachte standaardinrichtingselementen zijn in sommige gevallen voor de bewoner niet toereikend. Enkele extra voorzieningen zijn dan noodzakelijk. De extra voorzieningen die op grond van deze subsidieregeling gesubsidieerd kunnen worden zijn een plafondlift, deurmotoren en een toilet met spoel/

föhninstallatie (onderdeel d). De aanpassingen worden volgens het derde lid slechts gesubsidieerd indien zij noodzakelijk zijn en het de goedkoopste, adequate voorziening betreft. Dit wil zeggen dat van alle adequate voorzieningen alleen de goedkoopste van die voorzieningen in aanmerking komt voor subsidie.

In het vierde lid is geregeld dat reparaties aan en vervangingen van standaardinrichtingselementen die verhaald kunnen worden op een vorige huurder niet voor subsidie in aanmerking komen. Het schouwen van de woning door de verhuurder voor de einddatum van de verhuuring is een geëigend middel om gebreken of ontbrekende zaken op te sporen en aan de huurder in rekening te brengen.

Uitgangspunt voor de individuele aanpassingen blijft de limitatieve lijst, zoals genoemd in artikel 2.8.2, tweede lid. De meerderheid van de ADL-kandidaten kan met deze aanpassingen zelfstandig de woning bewonen. Echter, in sommige gevallen wordt het zelfstandig wonen in een ADL-woning ernstig bemoeilijkt of zelfs onmogelijk indien bepaalde, niet in de lijst genoemde aanpassingen ontbreken.

Met artikel 2.8.2, vijfde lid, sluit deze paragraaf voor vervanging van keukens aan bij de procedure die wordt gehanteerd voor aangepaste keukens die in nieuw te bouwen clusters worden geplaatst. Ook daar is immers (zie artikel 2.7.6, tweede lid) een opslagpercentage mogelijk voor onder andere architectenonorarium, toezichtkosten en administratiekosten. Bij vervanging van keukens zijn deze kosten minder aan de orde. Hier moet juist veel tijd worden geïnvesteerd in het begeleiden van bewoners in hun keuzeprocessen en het registreren van de uiteindelijke keuzen. Deze activiteiten worden in het geval van collectieve keukenvervangingen gevat onder de noemer advieskosten.

De aanpassingen worden alleen gesubsidieerd als daarmee nog niet is begonnen (artikel 2.8.3). Het CVZ moet derhalve eerst formeel beslissen op de ingediende aanvraag met begroting. Reparatiekosten aan een alarmintercomsysteem welke lager zijn dan € 350 kunnen, gelet op het spoedeisende karakter van dergelijke reparaties, meteen worden uitgevoerd.

Evenals bij reparaties aan het alarmintercomsysteem is soms sprake van acute noodzaak tot reparatie of nastelling van voor de cliënt essentiële voorzieningen, zonder welke hij niet zelfstandig kan functioneren of de woning betrekken. Uitsluitend voor deze individuele voorzieningen is een laagdrempelige procedure wenselijk. Voor de cliënt ontstaat anders soms een onleefbare situatie, terwijl bij de nieuwbouwprocedure soms

snel beslissingen moeten worden genomen om leegstand of onnodige extra kosten achteraf te voorkomen.

Het subsidieplafond is in artikel 2.8.4 geregeld. Aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

Bij het betrekken van een ADL-woning worden in vrijwel alle gevallen nastellingen verricht. De nastellingen worden gesubsidieerd op grond van deze afdeling. In de praktijk komt het voor dat bewoners kort na de nastellingen aan de ADL-woning de woning verlaten en verhuizen naar een andere ADL-woning, waar wederom nastellingen verricht moeten worden. Wanneer sprake is van vroegtijdig verlaten van de woning, kan de subsidie-ontvanger een deel van de gemaakte kosten in rekening brengen bij de bewoner. De subsidie-ontvanger dient dit kenbaar te maken aan de bewoner, en doet er derhalve goed aan om dit in de huurovereenkomst vast te leggen. De grenzen van de verhaalsmogelijkheden zijn in artikel 2.8.5 opgenomen.

Zoals reeds toegelicht worden de aanvragen behandeld op grond van datum van ontvangst van de aanvraag. Deze aanvraag dient ingevolge artikel 2.8.6 vergezeld te gaan van een begroting gebaseerd op een of meerdere gespecificeerde offertes.

Paragraaf 2.9. ADL-assistentie in ADL-clusters

In artikel 2.9.1 is geregeld dat in deze paragraaf onder 'in gebruikneming van een ADL-cluster' tevens moet worden verstaan het in gebruik nemen van een capaciteitsuitbreiding.

Voor het verlenen van ADL-assistentie in ADL-clusters worden instellingssubsidies verstrekt aan de rechtspersonen die de ADL-assistentie verlenen (artikel 2.9.2). De subsidieontvanger dient een schriftelijke overeenkomst te hebben met de rechtspersoon die het cluster beheert. In de praktijk komt dit erop neer dat uitsluitend subsidie wordt verleend voor ADL-assistentie in de ADL-clusters waar dit in het verleden op grond van het Besluit ADL-assistentie AAW gebeurde, ten tweede in de ADL-clusters die gesticht werden met subsidie krachtens de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten en ten derde in de ADL-clusters die op grond van de regeling van het CVZ zullen worden gesubsidieerd.

In artikel 2.9.4 wordt voor de subsidiëring van ADL-assistentie in ADL-clusters een koppeling gelegd tussen het aantal geïndiceerde uren en het aantal werkelijk verleende uren. Dit artikel moet dus de actualiteit van de indicaties waarborgen. Herindicatie dient plaats te vinden als het aantal werkelijk verleende uren structureel twee of meer uren afwijkt van het aantal uren dat in

de oorspronkelijke indicatiestelling is genoemd. Tijdelijke afwijkingen naar aanleiding van ziekte, vakantie of ziekenhuisopname worden hierbij niet in aanmerking genomen.

In artikel 2.9.6 wordt de begrotingssystematiek van de subsidieontvangers nader uitgewerkt. De subsidieverlening wordt in deze systematiek gebaseerd op het begroot aantal uren te leveren zorg, in plaats van op een instellingsbegroting zoals voorheen gebruikelijk was. Door een expliciete koppeling van (her) indicatiestelling, te verlenen uren en bekostiging wordt een meer transparante en beheersbare bekostiging nagestreefd. De relatie tussen begroot aantal uren en werkelijk verleende ADL-assistentie wordt gelegd in het derde lid, waar het uurtarief voor jaar x wordt gebaseerd op de werkelijk verleende zorg in het daaraan voorafgaande jaar. Het uurtarief zal in komende jaren uitsluitend verhoogd worden met de door de Minister van VWS vast te stellen index voor lonen en prijzen, tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden.

In het derde lid is de mogelijkheid gecreëerd tot het opbouwen van een reserve in de vorm van toevoegingen aan voorzieningen. Hiermee kan de subsidieontvanger een buffer creëren om schommelingen op te vangen. Om uit het tarief een reserve aanvaardbare kosten op te kunnen bouwen, is erdaarom voor gekozen het tarief per uur ADL-assistentie te baseren op een normale bezetting van 97,5%. Dit is een belangrijke stimulans om zorgvuldig te begroten en tijdig een herindicatie aan te vragen.

Met het vierde lid wordt het bepaalde in artikel 2.7.8 zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing verklaard. Daarmee wordt beoogd op termijn nog slechts subsidie te verlenen voor zover het om hulp gaat verleend in overeenstemming met de indicatie. In verband met de in artikel 2.9.6 aangebrachte koppeling tussen de berekening van de subsidie en het aantal uren verleende hulp, wordt aan de subsidieontvanger de verplichting opgelegd, nu ook per bewoner het aantal uren verleende ADL-assistentie te registreren.

Het subsidieplafond in artikel 2.9.5 is in eerste instantie bedoeld voor subsidiëring van ADL-assistentie in bestaande clusters. Indien de aanvragen het plafond overstijgen, worden de aanvragen naar evenredigheid gehonoreerd. Bij een financieel overschot wordt vervolgens ADL-assistentie in nieuwe clusters gesubsidieerd. De aanvragen worden behandeld in volgorde van de datum van in gebruikneming van het cluster of de nieuwe capaciteit. Bij clusters die lopende het subsidiejaar in gebruik worden genomen, zal in de meeste gevallen niet voor het hele jaar subsidie voor ADL-assistentie nodig zijn.

Artikel 2.9.8 regelt specifieke registratie van belangrijke gegevens en het bewaren ervan. Deze registratie is nodig voor eventuele evaluatie.

Paragraaf 2.10. Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg

Het gaat hier om voortzetting van de bestaande getrapte subsidiëring. Het zorgkantoor ontvangt subsidie van het CVZ, waarna het zorgkantoor vervolgens subsidies verleent voor de betreffende activiteiten.

Met ingang van 1998 is de regeling uitgebreid met subsidiemogelijkheden ter ondersteuning van de mantelzorg.

Medio 2001 is het beschikbare subsidiebedrag opgehoogd ter versterking van de regionale steunpunten mantelzorg, de coördinatiepunten vrijwillige thuishulp en de organisaties voor vrijwillige terminale zorg.

Medio 2002 zijn daarnaast extra middelen toegevoegd ter intensivering van de coördinatie van vrijwilligers en mantelzorgers en is de paragraaf uitgebreid met subsidiemogelijkheden voor de vorming van netwerken. Tevens zijn middelen toegevoegd voor de financiering van die mantelzorg en hulp van vrijwilligers die tot 1 januari 2001 vanuit de subsidieparagraaf intensieve thuiszorg werden gefinancierd.

Bovendien zijn ter bevordering van de totstandkoming van netwerken voor de palliatieve zorg extra middelen beschikbaar gesteld. De bedoeling ervan is de onderlinge samenwerking te versterken waardoor binnen het netwerk een gevarieerd aanbod van palliatieve zorg kan worden gedaan, de zorgactiviteiten op elkaar kunnen worden afgestemd, de kennis over palliatieve zorg kan worden verspreid, beter gebruik kan worden gemaakt van aanwezige kennis en de beschikbare middelen en mensen in de terminale fase snel op de juiste zorgplek terecht kunnen komen.

Binnen de netwerken zijn netwerkcoördinatoren actief. Als taken van de netwerkcoördinator kunnen worden genoemd: initiëren van activiteiten voor de realisering van doelstellingen van het netwerk, adviseren en ondersteunen van participanten in het netwerk, verzorgen van voorlichting over het netwerk, opstellen van beslisdocumenten, voeren van overleg met netwerkpartners en andere externe betrokkenen, ondersteunen van diverse inhoudelijke en op de organisatie van de zorg gerichte werkgroepen, onderhouden van contacten met andere netwerkcoördinatoren in de regio.

Voor de positionering van de netwerkcoördinator geldt dat deze bij voorkeur onafhankelijk is. Ingeval de netwerkcoördinator in dienst moet treden bij een van de participanten van het netwerk, moeten waarborgen voor een onafhankelijke taakuitoefening worden ingebouwd.

In artikel 2.10.1 zijn de verschillende subsidie-bestemmingen geëxpliceerd.

In artikel 2.10.4 zijn de voorwaarden die zijn verbonden aan de vorming van de palliatieve netwerken toegevoegd. In het netwerk dienen ten minste die plaatsen te worden opgenomen waar terminale zorg met name wordt geboden.

De Staatssecretaris van VWS heeft € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het oplossen van noden op het terrein van de mantelzorgondersteuning en ondersteuning vrijwillige thuiszorg (zie artikel 2.10.5, tweede lid). Aangezien de ondersteuning op deze gebieden na de komst van de WMO een gemeentelijke verantwoordelijkheid wordt, is het gewenst dat zorgkantoren bij de toekenning van de extra middelen de desbetreffende gemeente(n) nadrukkelijk raadplegen. Ook als zorgkantoren in 2006 met de reguliere middelen andere projecten op het terrein van de mantelzorgondersteuning en ondersteuning vrijwillige thuiszorg willen starten dan in 2005, is het gewenst dat zij hierbij de desbetreffende gemeente(n) nadrukkelijk raadplegen. Op deze wijze kan de overgang van projecten naar de WMO worden gefaciliteerd.

In artikel 2.10.5 is het subsidieplafond geregeld.

Vanaf 2005 worden geen subsidies verstrekt die erop zijn gericht de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging weg te werken.

Aan het voor de regeling beschikbare subsidieplafond heeft de Staatssecretaris, na overleg met de Tweede Kamer, extra geld toegevoegd. Het gaat om een bedrag van € 5 miljoen specifiek voor het oplossen van noden op het terrein van de mantelzorg en vrijwillige thuiszorg, een bedrag van € 1 miljoen voor het oplossen van noden op het terrein van de vrijwillige terminale zorg en netwerken palliatieve zorg en € 140.000 specifiek voor Stichting Hospice NM-Drenthe in Assen, Stichting Hospice Hoogeveen, Stichting Hospicezorg ZO-Drenthe in Emmen.

Het extra geld heeft de Staatssecretaris toegevoegd met een speciale bedoeling. Wat betreft de mantelzorgondersteuning kan bij de aanwending van de middelen gedacht worden aan de volgende prioriteiten: het wegwerken van witte vlekken in een regio, het wegwerken van wachtlijsten voor met name vrijwillige thuiszorg, het werk voor specifieke groepen (allochtonen, jongere mantelzorgers etc.).

Uitgangspunt voor de WMO vormen de projecten die in 2005 met subsidies zijn gerealiseerd. Goed bestuurlijk handelen vergt dat per 1 januari 2006 geen grote verschuivingen plaatsvinden, omdat organisaties daarop onvoldoende

hebben kunnen anticiperen. Tegen deze achtergrond is daarom in artikel 2.10.5, eerste lid, vastgelegd dat zorgkantoren voor voortzetting van projecten in 2006 evenveel subsidie krijgen als in 2005. Dat wil niet zeggen dat zorgkantoren precies dezelfde projecten in stand dienen te houden als in 2005. Wel betekent het dat een zorgkantoor het uitgangspunt moet hanteren dat het bedrag dat in 2005 werd ingezet voor de in artikel 2.10.1, eerste lid, onder a en b genoemde doelen, ook het bedrag is dat in 2006 voor die doelen wordt ingezet. Daarom is in artikel 2.10.7, onder a, vastgelegd dat zorgkantoren in hun verantwoording moeten laten zien hoe de kostenverdeling is tussen de diverse doelen.

Omdat de extra middelen geoormerkt worden toegevoegd, zal uit de verantwoording moeten blijken dat ze voor het juiste doel zijn ingezet (zie artikel 2.10.7, onder b en c).

Paragraaf 2.11 Abortusklinieken

Het gaat hier om voortzetting van gesubsidieerde activiteiten door aangewezen abortusklinieken. Onder de gesubsidieerde activiteiten wordt verstaan:

- zwangerschapsonderbreking in de zin van de Wet Afbreking Zwangerschap,
- overtijdbehandelingen, en
- de aan beide behandelingsvormen verbonden nazorg voor AWBZ verzekeringsgerechtigden.

Het subsidieplafond dat jaarlijks wordt vastgesteld, is maximaal het bedrag dat als rijksbijdrage aan het AFBZ wordt toegevoegd.

De in artikel 2.11.6 vermelde bedragen zijn de door het CTG/ZAio voor 2005 vastgestelde richtlijnbedragen. Zodra het CTG/ZAio de bedragen 2006 heeft vastgesteld, zullen de subsidieontvangers hierover door het CVZ worden geïnformeerd.

Een toelichting op de extra structurele kosten is hierna opgenomen.

Uit de uitkomsten van een evaluatieonderzoek van de subsidieregeling abortusklinieken is gebleken dat in de loop van de jaren door nieuwe ontwikkelingen binnen het werkveld van de abortusklinieken extra kostenposten zijn ontstaan door onder meer de Kwaliteitswet zorginstellingen, vernieuwde Europese sterilisatienormen, de invoering van de Arbeidsomstandighedenwet, de opleiding van artsen, automatisering en de Wet bescherming persoonsgegevens. Voor deze extra structurele kosten zijn de richtlijnbedragen onder 2.11.6, onderdeel a, aangepast met € 14 en vervolgens verhoogd met de nacalculatie 2002/voorcalculatie 2003.

Artikel 2.11.6, onderdeel b, regelt verder voor tweede trimesterbehandelingen een opslag per behandeling. Voor de

opleidingskosten van abortusartsen in verband met tweede trimesterbehandelingen is rekening gehouden met een extra structurele opslag van € 1 per behandeling en voorts is verhoogd met de nacalculatie 2002/voorcalculatie 2003.

Aan artikel 2.11.6 is onderdeel g toegevoegd. Uit de evaluatie van de subsidieregeling en de gehouden enquête onder de abortusklinieken bleek een geleidelijke toename van het aantal consulten die geen behandeling tot gevolg hebben. Deze consulten worden voor niet AWBZ-verzekerde vrouwen als verrichting aangemerkt en conform het CTG/ZAio-neventarief voor consulten in rekening gebracht. Om de drempelvrijheid van de klinieken te waarborgen is er voorheen voor gekozen om deze consulten niet in rekening te brengen bij de AWBZ-verzekerden. De kosten van deze consulten moeten de klinieken uit de subsidie financieren. Om een voldoende dekking voor deze kosten te creëren is besloten om de consulten bij AWBZ-verzekerde vrouwen als aparte parameter mee te nemen voor de berekening van de maximale subsidie.

De in artikel 2.11.6 vermelde bedragen zijn de door het CTG/ZAio voor 2006 vastgestelde voorcalculatorische richtlijnbedragen.

Artikel 2.11.13 geeft de voorwaarden aan waaronder subsidie wordt verleend wanneer er sprake is van verbouw of nieuwbouw van een abortuskliniek. De in 1988 door het toenmalige College ziekenhuisvoorzieningen opgestelde bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven voor nieuwbouwplannen voor een abortuskliniek zijn niet meer bruikbaar. Het CVZ heeft in 2003 in nauwe samenwerking met het huidige College bouw ziekenhuisvoorzieningen een actuele bouwrichtlijn ontwikkeld. Deze richtlijn is neergelegd in de Beleidsregel 'Bouwvoorschriften College zorgverzekeringen abortusklinieken'. Het CVZ zal de aanvraag beoordelen met toepassing van deze Beleidsregel.

Hoofdstuk III. Inwerkingtreding en overgangrecht

Deze regeling is niet van toepassing op subsidies en uitkeringen die voor de inwerkingtreding van deze regeling zijn verleend of vastgesteld. Op deze subsidies blijven de subsidieregelingen, zoals die golden tot de inwerkingtreding van deze regeling, van toepassing.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, C.I.J.M. Ross-van Dorp.