



## Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2011, nr. Z/VU-3096668, houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ in verband met aanpassingen ten behoeve van het jaar 2012

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 68 van de Zorgverzekeringswet, 3.1.7 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet;

Besluit:

### ARTIKEL I

De Regeling subsidies AWBZ wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 1.1.1 worden, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel h door een puntkomma, onderdelen toegevoegd, luidende:

- i. AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- j. persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en vervoer: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanpakken AWBZ;
- k. kortdurend verblijf: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanpakken AWBZ, gedurende niet meer dan twee etmalen per week, met dien verstande dat de desbetreffende zorg niet door een instelling hoeft te worden verleend;
- l. verblijf: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanpakken AWBZ;
- m. indicatiebesluit: een beschikking als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder d, van het Zorgindicatiebesluit;
- n. Keurmerkinstituut: het te Zoetermeer gevestigde Keurmerkinstituut B.V.;
- o. leefeenheid: een eenheid bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet tezamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren dan wel uit een meerderjarige ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert;
- p. persoonsgebonden budget: een subsidie waarmee de verzekerde onder de in paragraaf 2.6 genoemde voorwaarden aan hem te verlenen zorg als bedoeld in onderdelen j en k kan inkopen;
- q. vergoeding persoonlijke zorg: een subsidie waarmee de verzekerde onder de in paragraaf 2.7 genoemde voorwaarden aan hem te verlenen zorg als bedoeld in onderdelen j en k kan inkopen;
- r. bestedingsplan: een overzicht van de door de verzekerde voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget of de te verlenen vergoeding voor persoonlijke zorg.

B

Artikel 2.5.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '2011 € 181 463 148' vervangen door: 2012 € 188 658 904.
2. In het tweede lid wordt '2011 € 1 611 646' vervangen door: 2012 € 1 675 554.

C

Artikel 2.5.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid wordt '2011' vervangen door '2012' en wordt '€ 1 970' vervangen door: € 2 039.
2. In het vierde lid wordt '2010' telkens vervangen door '2011', wordt '€ 1 949' vervangen door '€ 1 970' en wordt '1,0107%' vervangen door: 3,5%.



D

Artikel 2.5.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt '2011' vervangen door '2012', wordt '€ 276' vervangen door '€ 281', wordt '€ 1 026' vervangen door '€ 1 043', wordt '€ 1 420' vervangen door '€ 1 444', wordt '€ 1 184' vervangen door '€ 1 204', wordt '€ 671' vervangen door '€ 682', wordt '€ 868' vervangen door '€ 883', wordt '€ 1 165' vervangen door '€ 1 184', wordt '€ 1 657' vervangen door '€ 1 685' en wordt '€ 552' vervangen door: € 562.

2. Het zesde lid komt te luiden:

6. Indien de gezamenlijke aanvragen voor subsidieverlening voor individuele cliëntondersteuning hoger zijn dan het voor verlening uit hoofde van het subsidieplafond beschikbare budget, wordt subsidie verleend tot het bedrag van het in het voorgaande subsidiejaar voor individuele cliëntondersteuning met toepassing van artikel 1.7.3 verleende subsidie, voor zover dat bedrag is aangevraagd. De subsidie wordt vervolgens verminderd met een efficiencykorting van 1,5% en verhoogd met een groeiruimte van 2,2%. Toepassing van het zevende lid blijft buiten beschouwing.

E

Na artikel 2.5.4. wordt een artikel ingevoegd, luidende:

**Artikel 2.5.4a**

1. De subsidies van de MEE-organisaties die meer dan het gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner ontvangen, worden verminderd met maximaal 5% van het budget voor collectieve en individuele diensten tot een minimum van het gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner.
2. De na toepassing van het eerste lid beschikbaar zijnde middelen worden toegekend aan de MEE-organisaties die voor collectieve en individuele diensten het laagste gemiddelde subsidiebedrag per inwoner zouden ontvangen, uitgaande van het aantal inwoners op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar. Het gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner van de MEE-organisaties wordt gelijkelijk verhoogd tot ten hoogste het gemiddelde subsidiebedrag per inwoner van de MEE-organisatie met het één na laagste gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner. Dit wordt herhaald tot de middelen volledig verdeeld zijn of tot het gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner gelijk is aan het gemiddelde subsidiebedrag voor collectieve en individuele diensten per inwoner.
3. Het eerste lid is niet van toepassing op een MEE-organisatie waarvan de MEE-index, vermeld in bijlage 1, lager is dan de Wmo-index, vermeld in bijlage 1.

F

In artikel 2.5.5, derde lid, wordt '2011' vervangen door '2012' en wordt '€ 18 000' vervangen door: € 17 730.

G

Artikel 2.5.9, tweede lid, komt te luiden:

2. De MEE-organisatie doet uiterlijk drie maanden na afloop van het subsidiejaar verslag aan het College zorgverzekeringen volgens een door het College zorgverzekeringen voorgeschreven formulier.

H

Artikel 2.6.1 vervalt.

I

Artikel 2.6.2 wordt als volgt gewijzigd:



1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen verleent aan zorgkantoren op aanvraag een subsidie die bestemd is voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.15 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten.

2. In het tweede lid, wordt '2011 € 2 716 000 000' vervangen door: 2012 € 2 689 000 000.

3. Het derde lid komt te luiden:

3. Voor verleende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het eerste lid wordt voor het jaar 2012 een maximale subsidie in aanmerking genomen, die wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A \times B}{C} \times € 2\,614\,000\,000,$$

waarbij wordt verstaan onder:

- A: het bedrag dat het zorgkantoor op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar aan subsidies heeft verstrekt;
- B: het bedrag dat het zorgkantoor op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar heeft gereserveerd ten behoeve van de nog voor dat subsidiejaar te verlenen subsidies aan verzekerden aan wie op 31 augustus subsidie is verleend en waarvan de subsidieperiode vóór of op 31 december van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar eindigt.
- C: de som van de tellers voor alle zorgkantoren tezamen.

4. In het vierde lid, wordt '2011' vervangen door: 2012.

5. Het zesde lid vervalt en het zevende en achtste lid worden vernummerd tot zesde en zevende lid.

6. Het negende lid vervalt.

J

Na artikel 2.6.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 2.6.3**

1. Het zorgkantoor verleent een verzekerde een persoonsgebonden budget indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op verblijf.
2. Onverminderd het eerste lid verleent het zorgkantoor een verzekerde een persoonsgebonden budget indien:
  - a. de verzekerde is aangewezen op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdelen j of k, en de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
    - 1°. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of
    - 2°. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling zoals bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansloot op een eerdere subsidieperiode.
  - b. de verzekerde:
    - 1°. voor 1 januari 2012 een indicatiebesluit heeft aangevraagd,
    - 2°. het indicatiebesluit na 1 januari 2012 is vastgesteld, en
    - 3°. de aanvraag voor een persoonsgebonden budget is ingediend binnen twee weken na de vaststelling van het indicatiebesluit;
3. Het zorgkantoor verleent een verzekerde, die blijkens het eerste of tweede lid in aanmerking komt voor een persoonsgebonden budget, alleen een persoonsgebonden budget indien de verzekerde gebruik heeft gemaakt van een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier.
4. Het zorgkantoor verleent een verzekerde als bedoeld in het eerste lid alleen een persoonsgebonden budget indien de verzekerde beschikt over een bankrekening die uitsluitend is bestemd voor betalingen vanuit het persoonsgebonden budget.



5. Op verzoek van de verzekerde die de leeftijd van 21 jaar nog niet heeft bereikt of diens wettelijk vertegenwoordiger, wordt een persoonsgebonden budget verleend aan een organisatie die belast is met de ondertoezichtstelling op de verzekerde of die een reclasseringsmaatregel uitoefent krachtens een uitspraak van de rechter of het Openbaar Ministerie op grond van artikel 14d, artikel 15b, tweede lid, of Boek I, Titel VIII A Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen van het Wetboek van Strafrecht.
6. Het derde lid is niet van toepassing op de verzekerde als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a.
7. Het vierde lid en artikel 2.6.9, zevende lid, onderdeel I, zijn niet van toepassing indien het persoonsgebonden budget wordt beheerd door een voogdij-instelling, door een organisatie die beschikt over een door het Keurmerkinstituut vastgesteld keurmerk voor bemiddelingsbureaus of door een organisatie als bedoeld in artikel 2.6.10, vijfde tot en met achtste lid.
8. Indien het indicatiebesluit ten nadele van de verzekerde wordt herzien als gevolg van bezwaar of beroep dan wordt het persoonsgebonden budget verlaagd met ingang van de dag waarop het besluit tot herziening wordt genomen.

K

Artikel 2.6.4 komt te luiden:

#### **Artikel 2.6.4**

1. Het zorgkantoor weigert verlening van een netto persoonsgebonden budget indien:
  - a. de verzekerde geen volledig ingevuld bestedingsplan heeft overlegd volgens het door het College zorgverzekeringen vastgestelde model;
  - b. de verzekerde het door het zorgkantoor vastgestelde aanvraagformulier niet volledig en juist heeft ingevuld;
  - c. 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;
  - d. 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;
  - e. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor 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;
  - f. binnen de maximale subsidie als bedoeld in artikel 2.6.2, derde lid, rekening houdend met een reservering ten behoeve van de uitvoering van het vijfde lid, geen ruimte voor verlening van een persoonsgebonden budget aanwezig is;
  - g. de verzekerde, of, indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, één van diens ouders of voogden, surseance van betaling heeft aangevraagd of failliet is; verklaard;
  - h. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, ten aanzien van één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
  - i. de verzekerde blijktens de gemeentelijke basisadministratie niet beschikt over een woonadres;
  - j. de verzekerde is geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 1B GGZ, 2B GGZ, 3B GGZ, 4B GGZ, 5B GGZ, 6B GGZ of 7B GGZ als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ;
  - k. de verzekerde het zorgkantoor geen toestemming geeft om zijn persoonsgegevens door te geven aan het CAK ten behoeve van de vaststelling van de op het bruto persoonsgebonden budget in mindering te brengen eigen bijdrage;
  - l. indien de verzekerde zich niet heeft gehouden aan bij de verstrekking van een eerder persoonsgebonden budget opgelegde verplichtingen.
2. Het eerste lid, onderdeel a, is niet van toepassing op een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3, tweede lid.
3. Het eerste lid, onderdelen a, b en f, zijn niet van toepassing indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
  - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of



- b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansluit op een eerdere subsidieperiode.
4. In afwijking van het eerste lid, onderdeel c, kan het zorgkantoor een persoonsgebonden budget verlenen voor begeleiding groep indien de verzekerde verblijft in een instelling waar de dagbesteding geen onderdeel vormt van het door het zorgkantoor gecontracteerde verblijf.
5. Bij de uitvoering van het eerste lid, onderdeel f, gaat het zorgkantoor uit van de ontvangstdatum van het in artikel 2.6.3, derde lid, bedoelde aanvraagformulier of indien het aanvraagformulier is ontvangen voor de datum van het indicatiebesluit, de datum van het indicatiebesluit.
6. Het eerste lid, onderdeel j, is niet van toepassing indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
  - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of
  - b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling zoals bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansluit op een eerdere subsidieperiode, en
  - c. de verzekerde tijdens de voorgaande subsidieperiode was geïndiceerd voor een zorgzwaar-tepakket 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 1B GGZ, 2B GGZ, 3B GGZ, 4B GGZ, 5B GGZ, 6B GGZ of 7B GGZ als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ.

L

In artikel 2.6.5, onderdeel b, wordt '2011' vervangen door: 2012.

M

Artikel 2.6.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het bruto persoonsgebonden budget bedraagt in 2012 maximaal voor:
  - a. persoonlijke verzorging:
    - 1e klasse 1: € 1 483
    - 2e klasse 2: € 4 450
    - 3e klasse 3: € 8 155
    - 4e klasse 4: € 12 606
    - 5e klasse 5: € 17 054
    - 6e klasse 6: € 21 504
    - 7e klasse 7: € 26 693
    - 8e klasse 8: € 33 366
    - 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 € 1 483;
  - b. verpleging:
    - 1e klasse 0: € 1 279
    - 2e klasse 1: € 3 819
    - 3e klasse 2: € 7 633
    - 4e klasse 3: € 13 992
    - 5e klasse 4: € 21 628
    - 6e klasse 5: € 29 258
    - 7e klasse 6: € 36 892
    - 8e klasse 7: € 45 798
    - 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 € 2 549;
  - c. begeleiding individueel:
    - 1e klasse 1: € 1 967
    - 2e klasse 2: € 5 903
    - 3e klasse 3: € 10 823
    - 4e klasse 4: € 16 726
    - 5e klasse 5: € 22 630
    - 6e klasse 6: € 28 534
    - 7e klasse 7: € 35 420
    - 8e klasse 8: € 44 276



- 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 € 1 967;
- d. begeleiding groep:
- 1e klasse 1: € 2 432
  - 2e klasse 2: € 4 865
  - 3e klasse 3: € 7 297
  - 4e klasse 4: € 9 731
  - 5e klasse 5: € 12 163
  - 6e klasse 6: € 14 595
  - 7e klasse 7: € 17 028
  - 8e klasse 8: € 19 460
  - 9e klasse 9: € 21 893
- 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 € 2 432;
- e. begeleiding groep, inclusief vervoer:
- 1e klasse 1: € 2 724
  - 2e klasse 2: € 5 447
  - 3e klasse 3: € 8 172
  - 4e klasse 4: € 10 893
  - 5e klasse 5: € 13 620
  - 6e klasse 6: € 16 051
  - 7e klasse 7: € 18 485
  - 8e klasse 8: € 20 917
  - 9e klasse 9: € 23 350
- 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 € 2 432;
- f. kortdurend verblijf:  
€ 101 per etmaal.

2. Het derde lid komt te luiden:

3. Indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op verblijf wordt het persoonsgebonden budget berekend door het zorgzwaartepakket met toepassing van de bijlage 2 van deze regeling om te rekenen naar een of meer klassen, bedoeld in het eerste lid. Het zorgkantoor hoogt het bruto persoonsgebonden budget vervolgens op met € 10 562. Het zorgkantoor verhoogt het aldus opgehoogde persoonsgebonden budget vervolgens op met 5%.

3. Het zesde lid vervalt.

4. Onder vernummering van het vierde en vijfde lid lid tot zesde en zevende lid worden twee leden ingevoegd, luidende:

4. Indien de verzekerde is geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket 5 VG, 7 VG, 8 VG, 5 LG, 7 LG, 3 ZG aud, 5 ZG aud of indien de verzekerde invasieve beademing ontvangt dan kan het College zorgverzekeringen aan het zorgkantoor, op verzoek van het zorgkantoor, toestemming geven om, in het voordeel van de verzekerde, af te wijken van het derde lid.
5. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, wordt het maximum bruto persoonsgebonden budget 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.

N

Artikel 2.6.7 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt 'persoonsgebondenbudget' telkens vervangen door: persoonsgebonden budget.
2. In het tweede lid wordt '2011' vervangen door '2012', wordt '€ 232,04' telkens vervangen door '€ 234,64', wordt '€ 331,11' telkens vervangen door '€ 336,32', wordt '€ 22 636' telkens vervangen



door '€ 22 905', wordt '€ 15 838' telkens vervangen door '€ 16 007', wordt '€ 27 902' telkens vervangen door '€ 28 306' en wordt '€ 22 100' telkens vervangen door: € 22 319.

3. Het zevende lid vervalt.

O

Artikel 2.6.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt 'artikel 2.6.1, onderdeel b of d, en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten' vervangen door: artikel 1.1.1, j of k, en de betaling van bemiddelingskosten onder de in onderdeel k opgenomen voorwaarden.

2. In het eerste lid, onderdeel c, onder 2°, wordt 'sociaal-fiscaalnummer' vervangen door sociaal-fiscaal nummer' en vervalt: en het adres.

3. In het eerste lid, onderdeel c, onder 3°, wordt 'het btw-nummer van die instantie' vervangen: het nummer waarmee die instantie staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel.

4. Het eerste lid, onderdeel d, komt te luiden:

- d. de verzekerde stelt, op verzoek van het zorgkantoor, de in onderdeel c bedoelde overeenkomsten en declaraties alsmede zijn rekeningafschrift op papier of op een andere duurzame drager, tot vijf jaar na de datum van de subsidievaststelling ter beschikking van het zorgkantoor. De rekeningafschriften bevatten in ieder geval de perioden waarop zij betrekking hebben, de datum en het bedrag van de door de verzekerde verrichte betalingen, bedoeld in onderdeel a, alsmede de rekeningnummers waarop deze betalingen zijn bijgeschreven;

5. In het eerste lid, onderdeel f, wordt 'sociaal-fiscaalnummer' vervangen door sociaal-fiscaal nummer' en wordt 'btw-nummer' vervangen door: het nummer van de Kamer van Koophandel.

6. In het eerste lid, onderdeel h, wordt 'verblijf anders dan kortdurend verblijf' vervangen door: verblijf.

7. In het eerste lid worden, onder verlettering van onderdeel j tot onderdeel m, drie onderdelen ingevoegd, luidende:

- j. de verzekerde verricht uitsluitend girale betalingen aan de zorgverlener;
- k. de verzekerde besteedt het persoonsgebonden budget uitsluitend aan bemiddelingkosten indien aan de verzekerde een persoonsgebonden budget is verleend voor een subsidieperiode die eindigde op 31 december 2011 en de organisatie waaraan de verzekerde bemiddelingskosten betaalt beschikt over een door het Keurmerkinstituut vastgesteld keurmerk voor bemiddelingsbureaus;
- l. de verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3, eerste lid, gebruikt de bankrekening waarop het zorgkantoor het persoonsgebonden budget uitbetaalt uitsluitend voor betalingen aan zorgverleners;

P

Artikel 2.6.10, zesde en zevende lid, komen te luiden:

- 6. In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor, indien het zorgkantoor op grond van artikel 2.6.4, vierde lid, het persoonsgebonden budget heeft verleend aan een organisatie die is belast met de ondertoezichtstelling op de verzekerde, het voorschot uit op de bankrekening van die organisatie.
- 7. In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor, indien het zorgkantoor op grond van artikel 2.6.4, vierde lid, het persoonsgebonden budget heeft verleend aan een organisatie die een reclasseringsmaatregel uitoefent krachtens een uitspraak van de rechter of het Openbaar Ministerie op grond van artikel 14d, artikel 15b, tweede lid, of Boek I, Titel VIII A Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen van het Wetboek van Strafrecht, het voorschot uit op de bankrekening van die organisatie.

Q

Artikel 2.6.11 wordt als volgt gewijzigd:



1. In het eerste lid, onderdeel b, wordt 'maximum' vervangen door: verleende.
2. In het eerste lid, onderdeel g, wordt 'bestedings- en verantwoordingsvrije' vervangen door: verantwoordingsvrije.
3. Het tweede lid alsmede de aanduiding '1.' voor het eerste lid vervallen.

R

Artikel 2.6.12 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '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' vervangen door: Het zorgkantoor wijzigt de verleningsbeschikking of trekt deze in.
2. In het tweede lid, vervalt onderdeel a en worden de onderdelen b tot en met e verletterd tot onderdelen a tot en met d.

S

Artikel 2.6.13 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, wordt 'onderdeel c' vervangen door: onderdeel d.
2. In het vijfde en zesde lid wordt '€ 62' telkens vervangen door '€ 63' en wordt '€ 57' telkens vervangen door: € 58.

T

Na artikel 2.6.14 wordt een nieuw artikel toegevoegd, luidende:

**Artikel 2.6.15**

1. Indien aan de verzekerde op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde geïndiceerd was voor verblijf een persoonsgebonden budget is verleend voor een subsidieperiode die eindigde op 31 december 2010, hoort het zorgkantoor, indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat de verzekerde is geïndiceerd voor verblijf, het bruto persoonsgebonden budget met een garantiebedrag op tot 102,25% van het bruto persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2011.
2. Voor de berekening van het in het voorgaande lid bedoelde garantiebedrag gaat het zorgkantoor er vanuit dat de verzekerde zowel voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2010 als voor de subsidieperiode waarop de aanvraag betrekking heeft voor alle vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k een persoonsgebonden budget is dan wel wordt verleend.
3. Dit artikel is niet van toepassing indien het persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2010 gebaseerd was op een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde was geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket VV 9 of VV 10 zoals bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de aanvraag niet is gebaseerd op een indicatiebesluit waaruit blijkt dat de verzekerde voor een van deze zorgzwaartepakketten is geïndiceerd.
4. Dit artikel is alleen van toepassing indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
  - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of:
  - b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de AWBZ of Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansloot op een eerdere subsidieperiode.

U

Na artikel 2.6.15 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:





## Paragraaf 2.7 Vergoeding persoonlijke zorg

### Artikel 2.7.1

1. Het College zorgverzekeringen verleent op aanvraag per kalenderjaar aan zorgkantoren een subsidie die is bestemd voor het met inachtneming van deze paragraaf verstrekken van een vergoeding persoonlijke zorg.
2. Het subsidieplafond voor de in het eerste lid bedoelde activiteiten bedraagt voor het jaar 2012 € 50 000 000.
3. Het College zorgverzekeringen neemt voor verleende vergoedingen persoonlijke zorg als bedoeld in het eerste lid voor het jaar 2012 een maximale subsidie in aanmerking die hij berekent overeenkomstig de volgende formule:  
 $30\,000/2\,614\,000\,000 \times$  het bedrag dat het College zorgverzekeringen aan de zorgkantoren verleent, op grond van artikel 2.6.2, derde lid.
4. Het College zorgverzekeringen verdeelt voor het jaar 2012 € 20 000 000 met inachtneming van door hem vast te stellen beleidsregels.
5. De artikelen 2.6.2, vijfde tot en met zevende lid, en 2.6.5 zijn van overeenkomstige toepassing.

### Artikel 2.7.2

1. Een zorgkantoor verleent een verzekerde een vergoeding persoonlijke zorg voor zover:
  - a. de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op één of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j, en hij niet is aangewezen op verblijf;
  - b. de verzekerde, door gebruikmaking van een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier een vergoeding persoonlijke zorg heeft aangevraagd;
  - c. de verzekerde:
    - 1°. blijkt het indicatiebesluit is aangewezen op tien of meer uren per week zorg als bedoeld in onderdeel a, of
    - 2°. aanspraak heeft op ADL-assistentie op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, en
  - d. de verzekerde, blijkt het aanvraagformulier, voornemens is de geïndiceerde zorg voor tien of meer uren niet met het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod tot gelding te brengen.
2. Aan het vereiste van het eerste lid, onderdeel c, onder 1°, is tevens voldaan indien leden van een leefeenheid tezamen aanspraak hebben op tien of meer uren per week aan zorg als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a.
3. Het aantal geïndiceerde uren als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, onder 1°, en onderdeel d, wordt berekend door optelling van de gemiddelden van de geïndiceerde klassen, als genoemd in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, waarbij voor begeleiding een dagdeel geldt als een uur.
4. Het gemiddelde, bedoeld in het derde lid, wordt bepaald door op een decimaal achter de komma naar boven af te ronden.
5. Het eerste lid, onderdeel d, is niet van toepassing op de verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, onder 2°.

### Artikel 2.7.3

1. Het zorgkantoor weigert verlening van een vergoeding persoonlijke zorg indien:
  - a. binnen de maximale subsidie als bedoeld in artikel 2.7.1, derde lid, geen ruimte voor verlening van een vergoeding persoonlijke zorg aanwezig is;
  - b. de verzekerde op de dag dat de subsidieperiode zou aanvangen recht heeft op een persoonsgebonden budget,
  - c. de verzekerde in het aanvraagformulier heeft aangegeven dat hij zich niet heeft georiënteerd op het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod, of
  - d. de verzekerde in het aanvraagformulier heeft aangegeven dat hij voornemens is om de vergoeding uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverleners.



2. Artikel 2.6.4, tweede lid, onderdelen a, b, d, e, g tot en met i, en k, zijn van overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 2.7.4**

1. Artikel 2.6.6, eerste, tweede, vijfde en zevende lid, is van overeenkomstige toepassing op de vergoeding persoonlijke zorg.
2. De artikelen 1, 16d, zesde lid, onderdeel a, en 16e van het Bijdragebesluit zorg en artikel 2.6.7, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, zijn van overeenkomstige toepassing op de verschuldigde eigen bijdrage.

#### **Artikel 2.7.5**

1. Artikel 2.6.9, eerste lid, met uitzondering van onderdeel h, en het tweede, vierde tot en met negende lid, is van overeenkomstige toepassing op de verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd bij de verlening van een vergoeding voor persoonlijke zorg.
2. Onverminderd het eerste lid legt het zorgkantoor aan de verzekerde, met uitzondering van de verzekerde als bedoeld in artikel 2.7.2, eerste lid, onderdeel c, onder 2°, de verplichting op de geïndiceerde zorg voor ten minste tien uren met de vergoeding persoonlijke zorg tot gelding te brengen.

#### **Artikel 2.7.6**

1. artikel 2.6.12 is van overeenkomstige toepassing op de intrekking of wijziging van de verleningsbeschikking vergoeding persoonlijke zorg.
2. Onverminderd het eerste lid kan het zorgkantoor de vergoeding persoonlijke zorg intrekken met ingang van de dag waarop de verzekerde niet voldoet aan de verplichting van artikel 2.7.5, tweede lid.

#### **Artikel 2.7.7**

De artikelen 2.6.8, 2.6.10, 2.6.11, 2.6.13 en 2.6.14 zijn van overeenkomstige toepassing op de vergoeding persoonlijke zorg.

V

Artikel 2.11.1, onderdeel c, komt te luiden:

- c. Casa Amsterdam te Amsterdam, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;

W

Artikel 2.11.3a vervalt.

X

Artikel 2.11.4 komt te luiden:

#### **Artikel 2.11.4**

1. In afwijking van paragraaf 1.2.1 bestaat de subsidie uit:
  - a. voor de eerste 1.000 zwangerschapsafbrekingen een bedrag van € 428,35 per behandeling en voor elke volgende zwangerschapsafbreking een bedrag van € 260,14 per behandeling;
  - b. voor tweede trimesterbehandelingen een opslag van € 185,84 per behandeling;
  - c. een opslag van € 109,49 voor eerste of tweede trimesterbehandelingen, verricht onder narcose bij een sedatiescore van vier of vijf, in overeenstemming met de door het centraal begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing vastgelegde consensus 'Sedatie en/of analgesie door niet anesthesiologen' en onder begeleiding van een tweede arts die daartoe bevoegd en bekwaam is;
  - d. een extra opslag van € 325,56 per behandeling, bedoeld onder c, met prostaglandine;
  - e. een bedrag van € 78,42 voor een consult waarop geen zwangerschapsonderbreking of overtijdbehandeling volgt.



2. De subsidie wordt vermeerderd met de volgende toeslagen voor met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende lasten:
  - a. een toeslag voor huisvesting:
    - 1°. indien de huisvesting en de vaste installaties in eigendom is van de subsidieontvanger: rente en afschrijvingen bepaald op grond van de beleidsregels van de zorgautoriteit;
    - 2°. indien de huisvesting en de vaste installaties wordt gehuurd door de subsidieontvanger: huur van de huisvesting en de vaste installaties exclusief de servicekosten, voor zover de subsidieontvanger geen andere vergoeding voor deze huur ontvangt of kan ontvangen. De hoogte van de huur wordt bepaald door een huurcommissie bestaande uit één makelaar aan te wijzen door huurder, één makelaar aan te wijzen door verhuurder en één makelaar aan te wijzen door beide voornoemde makelaars.
  - b. een toeslag voor overige kapitaallasten van:
    - 1°. € 24 108,44 indien het totale aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen lager is dan 1.500 of
    - 2°. € 29 572,29 indien het totale aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen 1.500 of meer is.
3. De subsidie wordt verleend op basis van een raming van het aantal zwangerschapsafbrekingen, overtijdbehandelingen en consulten waarop geen zwangerschapsonderbreking of overtijdbehandeling volgt, alsmede een begroting van de toeslagen voor huisvesting en kapitaallasten.
4. De subsidie wordt vastgesteld op basis van het aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen, overtijdbehandelingen en consulten waarop geen zwangerschapsonderbreking of overtijdbehandeling volgt, alsmede de werkelijke huisvestings- en kapitaallasten.
5. De bedragen, vermeld in het eerste en tweede lid, worden, rekening houdend met de beleidsregels van de zorgautoriteit, bijgesteld in verband met de ontwikkeling van de loonkosten en de materiële kosten.

Y

Artikel 2.11.5 komt te luiden:

**Artikel 2.11.5**

1. De subsidieontvanger overlegt bij zijn aanvraag tot subsidievaststelling een overzicht van alle zwangerschapsafbrekingen, overtijdbehandelingen en consulten waarop geen zwangerschapsonderbreking of overtijdbehandeling volgt.
2. Het overzicht is voorzien van een toelichting op het verschil met het aantal verrichtte behandelingen waarvoor de subsidievaststelling wordt aangevraagd.

Z

Artikel 2.11.6 vervalt.

AA

Artikel 2.11.7 komt te luiden:

**Artikel 2.11.7**

Artikel 1.8.7 is niet van toepassing.

AB

De artikelen 2.11.8 en 2.11.9 vervallen.

AC

Het eerste lid, alsmede de aanduiding '2.' voor het tweede lid van artikel 2.11.10 vervalt.

AD

Artikel 2.11.11 vervalt.



---

AE

In artikel 2.11.13, derde lid, wordt 'situatie en een open begroting van het investeringsbedrag' vervangen door: situatie, een open begroting van het investeringsbedrag, een opgave van niet bouwgerelateerde kosten en een financieringsvoorstel dat binnen de exploitatie past van de abortuskliniek.

AF

Na artikel 3.1.3 worden de bij deze regeling gevoegde bijlagen toegevoegd.

## **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2012.

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

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner.*



## BIJLAGE 1 VAN DE REGELING SUBSIDIES AWBZ

Bijlage behorende bij artikel 2.5.4a, derde lid

	Wmo INDEX	MEE INDEX
MEE Friesland	115,0	118,1
MEE Groningen	119,5	81,6
MEE Drenthe	120,9	81,6
MEE IJsseloevers	85,1	94,0
MEE Twente	111,0	103,6
MEE NW Holland	95,4	90,0
MEE Amstel Zaan	87,3	83,2
MEE Utrecht GV	81,0	81,6
MEE Veluwe	96,8	87,6
MEE O Gelderland	112,1	88,8
MEE Gelderse Poort	96,0	100,6
MEE Zuid Holland N	94,0	96,6
MEE Rotterdam	109,1	81,6
MEE Plus	95,1	122,8
MEE Zeeland	119,8	108,1
MEE West Brabant	105,2	146,3
MEE Tilburg	102,7	149,3
MEE Den Bosch	96,6	152,8
MEE ZO Brabant	98,4	148,5
MEE NO Brabant	95,3	106,9
MEE N-M Limburg	108,8	101,5
MEE Zuid Limburg	138,7	81,6



## BIJLAGE 2 VAN DE REGELING SUBSIDIES AWBZ

Bijlage behorende bij artikel 2.6.6, derde lid

ZZP	Code activiteit	PV <sup>1</sup> klasse	VP <sup>2</sup> klasse	Beg ind <sup>3</sup> klasse	Beg gr <sup>4</sup> Dagdeel
1VV	xx750	1	1	2	
2VV	xx751	3	1	1	
3VV	xx752	4	1	1	
4VV	xx753	3	1	3	
5VV	xx754	3	3	4	
6VV	xx755	4	3	3	
7VV	xx756	4	3	5	
8VV	xx757	5	3	5	
9VV	xx758	4	3	4	
10VV	xx759	6	4	3	
1GGZ B	xx860	1	0	3	
1GGZ B	xx861	1	0	3	4
2GGZ B	xx862	1	0	4	
2GGZ B	xx863	1	0	4	4
3GGZ B	xx864	1	0	5	
3GGZ B	xx865	1	0	5	4
4GGZ B	xx766	3	1	4	
4GGZ B	xx767	3	1	4	4
5GGZ B	xx768	2	1	5	
5GGZ B	xx769	2	1	5	5
6GGZ B	xx770	4	2	5	
6GGZ B	xx771	4	2	5	4
7GGZ B	xx772	3	2	7	
7GGZ B	xx773	3	2	7	5
1GGZ C	xx760	1		3	
1GGZ C	xx761	1		3	4
2GGZ C	xx762	1		4	
2GGZ C	xx763	1		4	4
3GGZ C	xx764	1		5	
3GGZ C	xx765	1		5	4
4GGZ C	xx866	3	1	4	
4GGZ C	xx867	3	1	4	4
5GGZ C	xx868	2	1	5	
5GGZ C	xx969	2	1	5	5
6GGZ C	xx870	4	2	4	
6GGZ C	xx871	4	2	4	4
1LVG	xx780	1		6	1
2LVG	xx781	1		7	1
3LVG	xx782	2		7	1
4LVG	xx783	3		7	2
5LVG	xx784	3		7	2
1SGLVG	xx790	3		7	3
1VG	xx800	1		3	
1VG	xx801	1		3	9
2VG	xx802	1		4	
2VG	xx803	1		4	9
3VG	xx804	2		5	
3VG	xx805	2		5	9
4VG	xx806	3	0	5	
4VG	xx807	3	0	5	9
5VG	xx808	4	1	5	
5VG	xx809	4	1	5	9
6VG	xx810	1		7	
6VG	xx811	1		7	9
7VG	xx812	3	0	7	
7VG	xx813	3	0	7	9
8VG	xx814	5	2	4	
8VG	xx815	5	2	4	9
1LG	xx820	3	0	3	
1LG	xx821	3	0	3	7
2LG	xx822	4	0	4	
2LG	xx823	4	0	4	7
3LG	xx824	4	0	4	
3LG	xx825	4	0	4	7
4LG	xx826	4	0	5	
4LG	xx827	4	0	5	7
5LG	xx828	6	2	3	
5LG	xx829	6	2	3	7
6LG	xx830	6	2	4	
6LG	xx831	6	2	4	7
7LG	xx832	6	2	5	
7LG	xx833	6	2	5	7
1ZGvis	xx840	1		3	
1ZGvis	xx841	1		3	9



---

<b>ZZP</b>	<b>Code</b>	<b>PV<sup>1</sup></b>	<b>VP<sup>2</sup></b>	<b>Beg ind<sup>3</sup></b>	<b>Beg gr<sup>4</sup></b>
2ZGvis	xx842	2		4	
2ZGvis	xx843	2		4	9
3ZGvis	xx844	3	1	5	
3ZGvis	xx845	3	1	5	9
4ZGvis	xx846	4	2	5	
4ZGvis	xx847	4	2	5	9
5ZGvis	xx848	4	2	6	
5ZGvis	xx849	4	2	6	9
1ZGaud	xx850	1		5	
1ZGaud	xx851	1		5	9
2ZGaud	xx852	4	2	7	
2ZGaud	xx853	4	2	7	9
3ZGaud	xx854	5	3	7	
3ZGaud	xx855	5	3	7	9
4ZGaud	xx856	3		7	
4ZGaud	xx857	3		7	9

---

1 Persoonlijke verzorging

2 Verpleging

3 Begeleiding individueel

4 Begeleiding groep



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

#### 1.1 1.1 Inleiding

Met de onderhavige regeling is de Regeling subsidies AWBZ per 1 januari 2012 gewijzigd. De wijzigingen betreffen het ten behoeve van de subsidies in 2012 trendmatig aanpassen van de bedragen. Daarnaast zijn de subsidieparagrafen om andere redenen aangepast. Op die redenen wordt hierna ingegaan. Tevens is er een nieuwe paragraaf ingevoegd waarmee subsidies mogelijk worden gemaakt voor vergoedingen voor persoonlijke zorg. Ook hierop wordt hierna ingegaan.

#### 1.2 Paragraaf 2.5 MEE-organisaties

Naast indexering van de bedragen is de paragraaf 2.5 MEE-organisaties nog aangepast vanwege een efficiencykorting, extra groei ruimte en herverdeling van de budgetten van de MEE-organisaties. Deze budgetten verschillen omgerekend in bedragen per inwoner onderling sterk. Deze verschillen zijn grotendeels ontstaan in 2004, voorafgaand aan de omvorming SPD Nieuwe Stijl bij het aanvragen van middelen voor wachtlijsten. Besloten is om stapsgewijs tot herverdeling over te gaan. Per 1 januari 2012 is de volgende stap gezet.

#### 1.3 Paragraaf 2.6 Persoonsgebonden budget en paragraaf 2.7 Vergoeding persoonlijke zorg

In de brieven aan de Tweede Kamer van 1 juni 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 30597, nr. 186), 15 september 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 25657 en 30597, nr. 84), 31 oktober 2011 (Kamerstukken 2011/12, 30597, nr. 218 en 1 december 2011 (Kamerstukken II 2011/12, 25 657, nr. 87) is de noodzaak toegelicht om de sterk gestegen uitgaven aan het persoonsgebonden budget (hierna: pgb) te beheersen en in lijn te brengen met de groei in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ). Om dit te realiseren wordt de toegang tot het pgb per 1 januari 2012 beperkt tot verzekerden/cliënten met een verblijfsindicatie. Hun budget wordt per die datum met 5% verhoogd. Per 1 januari 2014 wordt het pgb voor deze cliënten verankerd als recht. Hiervoor zal de AWBZ worden gewijzigd.

De beperking van de toegang tot het pgb betekent dat de keuzemogelijkheid voor een pgb voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie per 1 januari 2012 komt te vervallen. Zij behouden recht op zorg in natura. Budgethouders met een extramurale indicatie die voor 1 januari 2012 beschikken over een pgb, behouden dit pgb tot 1 januari 2014, ook bij een eventuele herindicatie. Anders ligt het voor cliënten die zijn geïndiceerd voor begeleiding die met ingang van 1 januari 2013 wordt gedecentraliseerd naar gemeenten. Begeleiding aan cliënten die vanaf 1 januari 2013 voor deze zorg worden geherïndiceerd valt vanaf dat moment niet meer onder de AWBZ. Deze cliënten kunnen daarmee niet langer kiezen voor een pgb op grond van deze wet. Zij kunnen, indien zij niet zelfredzaam zijn, een beroep doen op de gemeente in het kader van de Wet maatschappelijk ondersteuning (hierna: Wmo).

Voor het merendeel van de cliënten die met ingang van 1 januari 2012 niet meer kunnen kiezen voor een pgb, is adequate zorg in natura beschikbaar. In bijzondere situaties kan het echter voorkomen dat het zorgaanbod in natura niet voorziet in een specifieke zorgbehoefte van de cliënt. Gedacht kan worden aan de cliënten met een substantiële extramurale zorgvraag die om persoonlijke redenen zijn aangewezen op verzorgenden uit de directe omgeving. Ook kan het gaan om cliënten die zijn aangewezen op (een combinatie van) bijvoorbeeld niet-gecontracteerde of niet-toegelaten instellingen, zelfstandige zorgverleners en naaste betrokkenen. Voor deze cliënten wordt met ingang van 1 januari 2012 op grond van artikel 44, eerste lid, onder b, van de AWBZ een tijdelijke subsidie voor de inkoop van zorg getroffen op basis waarvan zorgkantoren cliënten onder voorwaarden een budget kunnen toekennen waarmee zij zelf de benodigde zorg kunnen inkopen (verder: vergoeding persoonlijke zorg). Om voor de vergoeding persoonlijke zorg in aanmerking te komen gelden de volgende voorwaarden:

- De cliënt heeft een substantiële zorgvraag, blijvend uit een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor minimaal tien uur zorg per week. Voor de vergoeding persoonlijke zorg komen cliënten in aanmerking die ervoor kiezen om voor minimaal tien uur van hun AWBZ-indicatiebesluit een beroep te doen op de regeling. In 2012 gaat het om de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Begeleiding in groepen, die wordt geïndiceerd in dagdelen, worden voor de berekening van de tien uur geteld per dagdeel geteld als een uur. Kortdurend verblijf als zodanig wordt niet meegeteld aangezien het een verblijfssituatie betreft. De daarbij behorende zorg (in uren persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding) die de cliënt ontvangt en die apart in het indicatiebesluit is vermeld, wordt wel meegeteld. Vanaf 2013 heeft het 10-uurscriterium betrekking op persoonlijke verzorging en verpleging. De extramurale begeleiding maakt vanaf dat jaar geen onderdeel meer uit van de AWBZ. Indien binnen een bepaalde 'leefeenheid', doorgaans een gezin, sprake is van meerdere hulpvragen, kunnen de verschillende





- indicaties voor het 10-uurscriterium bij elkaar worden opgeteld.
- ‘Zorg in natura tenzij’. Toegang tot de regeling is alleen mogelijk indien de cliënt zich eerst heeft georiënteerd op het beschikbare zorgaanbod in natura en hij vervolgens aangeeft zijn zorgvraag niet geheel tot gelding te willen brengen middels de door de zorgkantoren/zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders. Met andere woorden: de cliënt geeft in het aanvraagformulier aan zijn zorg, voor ten minste 10 uren, anders dan in natura te willen ontvangen. Het zorgkantoor beoordeelt of hij de door de cliënt opgevoerde zorgverlener inderdaad niet heeft gecontracteerd.
  - Het zorgkantoor beoordeelt het beroep op de vergoeding persoonlijke zorg mede op grond van een door de cliënt onderbouwd bestedingsplan. Het zorgkantoor toetst of de zorg in het bestedingsplan tot AWBZ-verzekerde zorg behoort.
- In het artikelsgewijze deel van deze toelichting wordt hier verder op ingegaan.

#### **1.4 Paragraaf 2.11 Abortusklinieken**

De subsidieparagraaf abortusklinieken kent tot de nu toe weinig prikkels voor abortusklinieken om te komen tot een doelmatige exploitatie. Besloten is om te komen tot een normalisatie van de financiering van abortusklinieken, zoals ook voor de reguliere zorg geldt. In verband daarmee zullen de subsidieregels voor abortusklinieken de komende jaren stapsgewijs worden gewijzigd. De eerste stap daarvoor is per 1 januari 2012 gezet. Het gaat daarbij om:

- het loslaten van het plafond voor de reserve (tot nu toe 10%)
- het subsidiëren van behandelingen op basis van prestatiebekostiging.

In het artikelsgewijze deel van deze toelichting wordt hier verder op ingegaan.

## **2. Artikelsgewijs**

### **Artikel I**

In artikel I zijn de wijzigingen in de Regeling subsidies AWBZ geregeld.

#### ***Wijziging van paragraaf 1.1 Begrippen en algemene bepalingen***

##### *Onderdeel A*

Aan artikel 1.1.1 zijn enkele begripsbepalingen toegevoegd die van toepassing zijn op zowel de pgb-paragraaf als de paragraaf met de vergoeding persoonlijke zorg. Dit voorkomt doublures.

#### ***Wijziging van paragraaf 2.5 MEE-organisaties***

##### *Onderdeel B*

De wijziging van artikel 2.5.2, eerste lid, betreft een verlaging van het plafondbedrag met 1,5 % én indexeren van het plafondbedrag. Vervolgens wordt er een groeiruimte van €4.063.907 toegevoegd. De wijziging van artikel 2.5.2, tweede lid, betreft een verlaging van het plafondbedrag met 1,5 % én indexeren van het plafondbedrag. Vervolgens wordt er een groeiruimte van € 36.093 toegevoegd.

##### *Onderdeel C*

De wijziging van artikel 2.5.3 betreft verlaging van de bedragen met 1,5%, indexering van de bedragen en wijziging van een percentage, waarbij rekening is gehouden met een wijziging van het aantal inwoners in Nederland.

Verder is er rekening gehouden met de groeiruimte voor collectieve en individuele cliëntondersteuning.

##### *Onderdeel D, voor zover het betreft artikel 2.5.4, tweede lid*

Het wijzigen van artikel 2.5.4, tweede lid, betreft het verlagen van de bedragen met 1,5% en het indexeren van de bedragen.

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

Dienst A 3,4475  
Dienst B1 12,8050  
Dienst B2 17,7300  
Dienst B3 14,7750  
Dienst B4 8,3725



Dienst B5 10,8350  
Dienst C 10,3524  
Dienst D 20,6850  
Dienst E 6,8950

Het aantal werkbare uren per consulent per jaar is 1200 uur. Het uurtarief voor dienst C bedroeg in 2011 € 110,88. Indexeren van het bedrag met 3,27% leidt voor 2012 tot een uurtarief van € 114,50. Het uurtarief voor de overige diensten bedroeg in 2011 € 78,89. Indexeren van het bedrag met 3,27% leidt voor 2012 tot een uurtarief van € 81,47.

Deze uurtarieven zijn gebaseerd op 1200 werkbare uren per consulent per jaar. De uurtarieven zijn vervolgens vermenigvuldigd met de normtijden.

Onderdeel D, voor zover het betreft artikel 2.5.4, zesde lid, en onderdeel E, en onderdeel AF, voor zover het betreft bijlage 1

Het gewijzigde artikel 2.5.4, zesde lid, betreft het indexeren van de subsidies met toepassing van artikel 1.7.3. Vervolgens wordt op de subsidies van de MEE-organisaties de opgelegde efficiëncykorting van 1,5% toegepast. Voorts wordt de groeiruimte van 2,2% toegevoegd. Verder is artikel 2.5.4, zesde lid om de volgende reden gewijzigd en is er met deze regeling een artikel 2.5.4a ingevoerd.

De budgetten van de MEE-organisaties omgerekend in bedragen per inwoner verschillen onderling sterk. Deze verschillen zijn grotendeels ontstaan in 2004, voorafgaand aan de omvorming SPD Nieuwe Stijl bij het aanvragen van middelen voor wachtlijsten. De verschillen in de budgetten tussen de MEE-organisaties leiden tot ongewenste verschillen in de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening. In 2009 en 2011 zijn er stappen gezet in de herverdeling van de budgetten. Ik heb besloten om in 2012 een volgende stap te zetten in de herverdeling van de budgetten. Deze stap past binnen de lijn van het toekomstperspectief zoals omschreven in de brief aan de Tweede Kamer van 22 juni 2011 (Kamerstukken 2010/11, 30 597, nr. 197). Gemeenten zijn volgens de Wmo verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning maar op termijn wordt ook de regie over de cliëntondersteuning voor gehandicapten bij gemeenten neergelegd zoals was beoogd met de invoering van de Wmo. Bij de overheveling van middelen voor cliëntondersteuning naar gemeenten wordt ook belang gehecht aan een goede verdeling van de middelen. Gelet op het toekomstperspectief en de wens tot herverdelen van betrokken partijen wordt ten aanzien van de herverdeling voor zover mogelijk al rekening gehouden met de verdelingssystematiek voor de Wmo. De Wmo-verdeelsleutel wordt gebruikt om te bepalen in welke richting het budget per MEE-organisatie zou opgaan indien gebruik gemaakt wordt van het Wmo-verdeelmodel. Een MEE-organisatie die op basis van het meest recente Wmo-verdeelmodel meer budget zou krijgen, wordt uitgezonderd van de regel dat zij 5% moet inleveren indien zij meer dan 100% van het gemiddelde subsidiebedrag voor individuele diensten en collectieve diensten per inwoner ontvangt.

De MEE-organisaties die na toepassing van artikel 2.5.4, zesde lid, meer dan 100% van het gemiddelde subsidiebedrag voor individuele diensten en collectieve diensten per inwoner ontvangen, uitgaande van het aantal inwoners op 1 januari voorafgaande aan het subsidiejaar, leveren maximaal 5% van hun budget in ten behoeve van de herverdeling van MEE-middelen.

De middelen die vervolgens resteren worden toegekend aan de MEE-organisaties met het laagste gemiddelde subsidiebedrag voor individuele diensten en collectieve diensten per inwoner, uitgaande van het aantal inwoners op 1 januari voorafgaande aan het subsidiejaar. Het gemiddelde subsidiebedrag per inwoner voor individuele diensten en collectieve diensten van deze MEE-organisaties wordt gelijkelijk verhoogd tot ten hoogste het gemiddelde subsidiebedrag voor individuele diensten en collectieve diensten per inwoner van de MEE-organisatie met het één na laagste gemiddelde subsidiebedrag per inwoner. Dit wordt herhaald tot de resterende middelen volledig verdeeld zijn of tot het gemiddelde subsidiebedrag voor individuele en collectieve diensten per inwoner gelijk is aan 100% van het gemiddelde subsidiebedrag voor individuele diensten en collectieve diensten per inwoner.

De herverdeling van de middelen tussen de MEE-organisaties heeft, anders dan voorheen, in 2012 echter zowel betrekking op het subsidiebedrag voor individuele diensten per inwoner als op het subsidiebedrag voor collectieve diensten per inwoner. artikel 2.5.4 betreft alleen de subsidie voor individuele diensten.

In artikel 2.5.4a, derde lid, is op de herverdeling een uitzondering. Het is namelijk van belang dat de richting van deze herverdeling niet teveel uit de pas loopt met een mogelijk toekomstige verdeling van de financiële middelen in het Gemeentefonds. Dit zou namelijk betekenen dat voor enkele MEE-organisaties op de langere termijn weer een herverdeling in tegenovergestelde richting moet worden



gemaakt. Teneinde een en ander te voorkomen is in het derde lid bepaald dat de herverdeling niet van toepassing is op die MEE-organisaties.

#### *Onderdeel F*

Met deze bepaling is het bedrag en jaartal in het derde lid van artikel 2.5.5 voor het jaar 2012 aangepast.

#### *Onderdeel G*

De MEE-organisatie doet verslag volgens het standaardformulier dat door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), MEE-organisaties en gemeenten wordt ontwikkeld en door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wordt vastgesteld. Over de doelen die in 2012 bereikt moeten worden, worden in het begin van het subsidiejaar afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS, MEE-organisaties en gemeenten. In het formulier doen de MEE-organisaties verslag van onder andere de afspraken met gemeenten over de inzet van de groeiruimte van € 4 100 000. Het is de intentie dat de groeiruimte ook wordt ingezet voor extra productie die gerelateerd is aan het – ten behoeve van de zo integraal mogelijke afhandeling van de hulpvraag van cliënten – bevorderen van de samenwerking tussen gemeenten en MEE-organisaties. Dit mede in het licht van de beoogde decentralisatie van de begeleiding en van de jeugdzorg naar gemeenten en van de invoering van de beoogde Wet werken naar vermogen.

### **Wijziging paragraaf 2.6 Persoonsgebonden budget**

#### *Onderdeel H*

Artikel 2.6.1 is vervallen. Allereerst omdat de definities van AWBZ, persoonlijke verzorging, verblijf, kortdurend verblijf en indicatiebesluit met deze regeling in artikel 1.1.1 van de Regeling subsidies AWBZ zijn geregeld. Deze definities zijn ook relevant voor de nieuwe paragraaf met de vergoeding persoonlijke zorg. Daarnaast is de definitie van netto persoonsgebonden budget vervallen omdat de juiste omschrijving daarvan al in artikel 2.6.8, eerste lid, was opgenomen.

#### *Onderdeel I*

Met dit onderdeel is artikel 2.6.2 gewijzigd.

In het eerste lid is expliciet opgenomen dat het CVZ de subsidie aan het zorgkantoor op aanvraag van het zorgkantoor verleent.

Wijziging van het tweede lid betreft vaststelling van het subsidieplafond voor 2012.

Met wijziging van het derde lid en het laten vervallen van het zesde lid en negende lid is de regeling in overeenstemming gebracht met de uitvoeringspraktijk.

#### *Onderdeel J*

Artikel 2.6.3 regelt wanneer een zorgkantoor een pgb verleent. Dit werd in 2011 in artikel 2.6.4 geregeld. De bepaling is gewijzigd omdat met ingang van 1 januari 2012 alleen nog verblijfsgeïndiceerden een pgb kunnen ontvangen. Dat is in het eerste lid geregeld.

In het tweede lid is een overgangsbepaling getroffen voor bestaande budgethouders die een indicatiebesluit hebben voor extramurale zorg of voor kortdurend verblijf. Zij behouden, onder de in dat lid geregelde voorwaarden, in 2012 nog recht op een pgb.

In het derde lid is geregeld dat bij de aanvraag gebruik gemaakt moet zijn van het door het zorgkantoor vastgestelde aanvraagformulier.

Op grond van het vierde lid geldt als extra voorwaarde voor een verzekerde die beschikt over een indicatiebesluit, het hebben van een aparte bankrekening dat uitsluitend voor betalingen vanuit het pgb wordt gebruikt.

Indien de verzekerde de betalingen niet met de aparte bankrekening heeft gedaan, kan het zorgkantoor het persoonsgebonden budget ingevolge artikel 2.6.12, tweede lid, juncto artikel 2.6.9, eerste lid, onder a, en 2.6.12, tweede lid, onder b, korten. Te denken valt aan de situatie dat de verzekerde opzettelijk een betaling van zorg heeft verricht vanuit een andere bankrekening en de verzekerde naar oordeel van het zorgkantoor de rechtmatigheid van die betaling niet kan aantonen. In dat geval zou het zorgkantoor het pgb bijvoorbeeld kunnen korten met een bedrag ter hoogte van die betaling.

In het vijfde lid is geregeld wanneer het pgb aan een ander dan de verzekerde wordt verleend. Dat was voorheen geregeld in artikel 2.6.4, vierde lid.

Het zesde lid regelt een uitzondering op het eerste lid, onderdeel a.

In het zevende lid zijn uitzonderingen geregeld op het moeten hebben van een aparte bankrekening voor het pgb.



Het achtste lid was voorheen artikel 2.6.4, zevende lid.

#### *Onderdeel K*

Artikel 2.6.4 regelt wanneer een zorgkantoor een pgb weigert. Voorheen werd dit in artikel 2.6.4, tweede tot en met het negende lid, geregeld.

Aan de al geregelde weigeringsgronden zijn met deze regeling enkele toegevoegd. Op grond van deze gronden wordt naast de al geregelde gronden ook geen pgb verleend indien:

- de verzekerde geen volledig ingevuld bestedingsplan heeft overlegd volgens het door het CVZ vastgestelde model;
- de verzekerde het zorgkantoor geen toestemming geeft om zijn persoonsgegevens door te geven aan het CAK ten behoeve van de vaststelling van de op het bruto persoonsgebonden budget in mindering te brengen eigen bijdrage;
- de verzekerde het aanvraagformulier niet volledig en juist heeft ingevoerd.

#### *Onderdeel L*

Deze wijziging betreft het aanpassen van het jaartal.

#### *Onderdeel M en AF, voor zover het betreft bijlage 2*

Het wijzigen van artikel 2.6.6, eerste lid, betreft het indexeren van bedragen. Het gaat hier om de budgetbedragen ingeval er geen indicatiebesluit voor verblijf is.

In het nieuwe derde lid is de berekening voor een pgb geregeld ingeval er sprake is van een indicatiebesluit voor verblijf. De berekening gaat dan als volgt:

De zvp-indicatie wordt met toepassing van de tabel in de bijlage omgerekend naar zorgvormen en klassen om de budgetten van het eerste lid te kunnen toepassen. Vervolgens hoort het zorgkantoor het aldus berekende budget op met € 10 562 voor twee etmalen kortdurend verblijf waarna een verdere verhoging plaatsvindt met 5%. Ik geef hiermee uitvoering aan de toezeggingen die ik gedaan heb in de programmabrief langdurige zorg van 1 juni 2011.

De bijlage was voorheen onderdeel van een beleidsregel van het CVZ die deze had opgesteld ten behoeve van het omrekenen van de verblijfsindicatie naar de indicatie voor zorg zonder verblijf.

Het nieuwe vierde lid is een bepaling die voorheen in de hiervoor bedoelde beleidsregel van het CVZ was geregeld.

Het nieuwe vijfde lid regelt hetgeen voorheen in het derde lid werd geregeld. Het betreft het berekenen van het pgb indien de subsidieperiode korter is dan het gehele kalenderjaar.

Het zesde lid (oud) vormde de basis voor de door het CVZ jaarlijkse vastgestelde beleidsregel voor het toekennen van pgb bij een indicatie verblijf. Nu die berekening in de pgb-regeling is opgenomen, kan dit lid vervallen.

#### *Onderdeel N*

Het wijzigen van tweede lid van artikel 2.6.7 betreft het jaartal en indexering van bedragen.

#### *Onderdeel O*

Het eerste lid, onderdeel a, van artikel 2.6.9 is gewijzigd teneinde expliciet te regelen dat onder de noodzakelijke kosten alleen wordt verstaan de bemiddelingskosten indien voldaan is aan de voorwaarden van onderdeel k.

Met het wijzigen van het eerste lid, onderdeel d, is geregeld dat de verzekerde de overeenkomsten en declaraties niet meer zeven jaar maar vijf jaar moet bewaren. Verder is geregeld dat ook bankafschriften vijf jaar bewaard moeten worden.

Aan het eerste lid zijn verder drie onderdelen toegevoegd die er toe dienen de fraude te verminderen. Deze betreffen (1) dat de verzekerde uitsluitend girale betalingen mag doen, (2) dat budgethouders alleen nog maar bemiddelingskosten mogen verantwoorden als aan hen een pgb was verleend tot 31 december 2011 en het een bemiddelingsbureau met een keurmerk betreft en (3) dat de verzekerde de bankrekening die bestemd is voor het pgb alleen mag gebruiken voor betalingen van zorgverleners waarvoor het pgb is verleend.



### *Onderdeel P*

De aanpassing van artikel 2.6.10 betreft slechts tekstuele verbeteringen.

### *Onderdeel Q*

Het tweede lid van artikel 2.6.11 is vervallen omdat zorgkantoren in de uitvoeringspraktijk ook bij herziening van een beschikking een volledige beschikking afgeven.

### *Onderdeel R*

De tekst van artikel 2.6.12 is vereenvoudigd. In het eerste lid vervalt een overbodige verwijzing naar artikel 4:48 van de Algemene wet bestuursrecht.

### *Onderdeel S*

De wijziging van artikel 2.6.13 betreft indexering van bedragen.

### *Onderdeel T*

Het nieuwe artikel 2.6.15 regelt de budgetgarantie voor budgethouders aan wie op 31 december 2010 een pgb was toegekend op basis van een verblijfsindicatie. Met deze bepaling, die in 2011 onderdeel was van de door het CVZ opgestelde beleidsregel, geef ik uitvoering aan de toezegging die ik in 2010 aan deze groep budgethouders heb gedaan.

### *Onderdeel U*

Met dit onderdeel wordt een nieuwe paragraaf 2.7 ingevoegd die ziet op een vergoeding voor persoonlijke zorg. In het algemene deel van deze toelichting is reeds op de kenmerken van deze nieuwe subsidie ingegaan.

### **Artikel 2.7.1**

Het gaat bij de vergoeding persoonlijke zorg, net als bij het pgb, om een getrapte subsidie. Het CVZ verleent op aanvraag per kalenderjaar aan zorgkantoren een subsidie voor het verstrekken van een vergoeding voor persoonlijke zorg (eerste lid). Het plafond voor deze subsidie is geregeld in het tweede lid.

Het derde lid geeft aan hoe het drie/vijfde deel van het bedrag van het subsidieplafond over de zorgkantoren wordt verdeeld. De uitkomst hiervan wordt aangeduid als 'maximale subsidie'. In het vierde lid is bepaald dat het resterende deel van het subsidieplafond door het CVZ wordt verdeeld met inachtneming van door hem vast te stellen beleidsregels.

Met het vijfde lid worden de artikelen 2.6.2, vijfde tot en met zevende lid, (enkele algemene karakteristieken van de subsidie die gelijk zijn aan het pgb) en 2.6.5 (de subsidieperiode) van overeenkomstige toepassing verklaard op de vergoeding persoonlijke zorg.

### **Artikel 2.7.2**

Dit artikel regelt de toegang van verzekerden tot de vergoeding persoonlijke zorg. Een verzekerde kan gebruik maken van de regeling als aan vier cumulatieve vereisten wordt voldaan (eerste lid, onderdelen a tot en met d). Het eerste lid, onderdeel a, geeft aan dat een verzekerde toegang krijgt als hij is geïndiceerd voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (zowel in groep als individueel) en vervoer, maar geen indicatie voor verblijf heeft. Het gaat dus om cliënten die extramuraal zorg nodig hebben. Het gaat om nieuwe cliënten. De verzekerde moet bovendien een substantiële zorgvraag hebben en aangeven dit via de vergoeding persoonlijke zorg tot gelding te willen brengen (onderdeel b). Er is sprake van een substantiële zorgvraag als hij is aangewezen op tien of meer uren per week zorg. Bij de berekening hiervan geldt voor de functie begeleiding een dagdeel als een uur. Volgens het tweede lid is aan dit vereiste tevens voldaan wanneer in een gezinssituatie de gezamenlijke zorgvraag groter is dan 10 uur per week. Alle leden in het gezin die voor de voornoemde zorg zijn geïndiceerd kunnen dan onder de regeling vallen en ieder apart een vergoeding ontvangen. Ook cliënten die aanspraak hebben op ADL-assistentie op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, komen in aanmerking voor de vergoeding persoonlijke zorg.

Onderdeel d bepaalt dat de verzekerde, blijkens het aanvraagformulier, voornemens is de geïndiceerde zorg voor ten minste 10 uren niet met de door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod (zorg in natura) tot gelding te brengen. Dit laat onverlet dat de verzekerde zelf een reeds door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverlener mag inhuren voor zorg die niet door het zorgkantoor is gecontracteerd.



In een situatie waarbij meerdere cliënten samen huishouden voeren en gezamenlijk een zorgvraag hebben van meer dan 10 uur per week, kunnen deze cliënten ook in aanmerking komen voor de regeling. Het tweede lid voorziet hierin. Met het begrip leefeenheid wordt duidelijk gemaakt om welke 'gezinssituaties' het kan gaan. Dit begrip is gedefinieerd in artikel 1.1.1, onderdeel o. Een leefeenheid is daar omschreven als een eenheid bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet tezamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren dan wel uit een meerderjarige ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert.

Het derde en vierde lid bepalen dat het urencriterium van het eerste lid, onderdelen b en d, en tweede lid, wordt berekend door optelling van de gemiddelden van de geïndiceerde (functie)klassen en daarbij de gemiddelden worden bepaald door op een decimaal achter de komma naar boven af te ronden.

Het vijfde lid bepaalt dat de voorwaarde van 10 uur niet geldt indien de verzekerde aanspraak heeft op ADL-assistentie.

### **Artikel 2.7.3**

Artikel 2.7.3 geeft gronden om de aanvraag voor een vergoeding persoonlijke zorg te weigeren. Deze gronden gelden logischerwijs naast het niet voldoen aan de toegangseisen van artikel 2.7.2. In het tweede lid zijn bepaalde weigeringsgronden uit de pgb-paragraaf van overeenkomstige toepassing verklaard op de vergoeding persoonlijke zorg. Het eerste lid geeft in aanvulling daarop weigeringsgronden die specifiek voor de vergoeding persoonlijke zorg gelden. Onderdeel a van dat lid voorziet in het equivalent van artikel 2.6.4, eerste lid onder e, dat bepaalt dat een pgb geweigerd kan worden indien binnen de maximale subsidie van artikel 2.6.2, derde lid, geen ruimte voor verlening is. Omdat voor de vergoeding persoonlijke zorg de maximale subsidie op grond van artikel 2.7.1, derde lid, op een andere wijze wordt berekend, wordt in artikel 2.7.3, eerste lid, onder a, verwezen naar artikel 2.7.1, derde lid.

Het eerste lid, onderdeel b, bepaalt dat verzekerden die voldoen aan de toegangsvereisten als bepaald in artikel 2.7.2, maar op grond van paragraaf 2.6 recht hebben op een pgb, geen vergoeding persoonlijke zorg kunnen krijgen.

In onderdeel c van het eerste lid kan de vergoeding persoonlijke zorg bovendien worden geweigerd als de verzekerde in het aanvraagformulier zelf heeft aangegeven zich niet te hebben georiënteerd op de beschikbare zorg in natura.

In onderdeel d is geregeld dat het pgb kan worden geweigerd als de verzekerde in het aanvraagformulier heeft aangegeven dat hij voornemens is om de vergoeding uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders.

Het tweede lid verklaart de weigeringsgronden van artikel 2.6.4, tweede lid, onderdelen a, b, d, e, g tot en met i, en k, van overeenkomstige toepassing.

### **Artikel 2.7.4**

De vergoedingsbedragen voor het jaar 2012 zijn gelijk aan de bedragen van het pgb (eerste lid). De eigen bijdrage wordt, net als bij het pgb, in mindering gebracht op de vergoeding.

### **Artikel 2.7.5**

Artikel 2.6.9, eerste lid, met uitzondering van onderdeel h, tweede, vierde tot en met negende lid, is van overeenkomstige toepassing op de verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd bij de verlening van een vergoeding voor persoonlijke zorg. Artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel h, wordt uitgezonderd van overeenkomstige toepassing omdat verzekerden die geïndiceerd zijn voor verblijf reeds op grond van de toegangsvereisten (artikel 2.7.2) geen recht hebben op de vergoeding persoonlijke zorg. Daarnaast is in het tweede lid een extra verplichting opgenomen. Het zorgkantoor legt aan de verzekerde de verplichting op de geïndiceerde zorg voor ten minste 10 uren via de vergoeding persoonlijke zorg tot gelding te brengen. Hiermee wordt verzekerd dat de verzekerde zijn, in het aanvraagformulier opgenomen, voornemen om de geïndiceerde zorg voor ten minste tien uren niet met de door het zorgkantoor gecontracteerde zorg in natura tot gelding te brengen (artikel 2.7.2, eerste lid, onder d), ook daadwerkelijk tot uitvoering brengt. Dit heeft ook tot gevolg dat een verzekerde die na de toekenning van een vergoeding persoonlijke zorg besluit om een deel van zijn zorgvraag in natura tot gelding te gaan brengen, en daarmee niet langer minstens tien uur per week via de vergoeding persoonlijke zorg tot gelding brengt, niet langer aanspraak maakt op een vergoeding persoonlijke zorg. Deze voorwaarde geldt niet indien de verzekerde aanspraak heeft op ADL-assistentie.



## **Artikel 2.7.6**

De gronden voor de intrekking of wijziging van de verleningsbeschikking zijn gelijk aan de gronden voor het pgb. Daarnaast kan intrekking ook plaatsvinden als de verzekerde niet langer aan het criterium voldoet om ten minste tien uren met de vergoeding persoonlijke zorg af te nemen (zie artikel 2.7.5, tweede lid).

## **Artikel 2.7.7**

De artikelen 2.6.8, 2.6.10, 2.6.11, 2.6.13 en 2.6.14 zijn van overeenkomstige toepassing op de vergoeding persoonlijke zorg. Dit betekent dat de berekening van de netto vergoeding persoonlijke zorg op gelijke wijze geschiedt als voor het pgb. Ook de bevoorschotting, de inhoud van de verleningsbeschikking, de verantwoording aan het zorgkantoor, de subsidievaststelling, en de controle door het zorgkantoor vinden plaats op dezelfde wijze als bij het pgb.

## **Wijziging paragraaf 2.11 Abortuskliniek**

### *Onderdeel V*

Met deze wijziging wordt de lijst van instellingen die subsidie ontvangen, geactualiseerd.

### *Onderdeel W*

De verplichting om zorg te dragen voor de continuïteit van de te leveren zorg en voor een sluitende exploitatie van de instelling past niet bij prestatiebekostiging en kan derhalve vervallen.

### *Onderdeel X*

Artikel 2.11.4 regelt de hoogte van de subsidie bij verlening en bij vaststelling. Subsidie wordt verstrekt voor de volgende onderdelen:

1. NZa-tarieven vermenigvuldigd met het aantal behandelingen;
2. een toeslag voor de huisvestingskosten;
3. een toeslag voor kapitaalslasten gekoppeld aan het totale aantal behandelingen.

Bij verlening wordt de subsidie gebaseerd op het aantal verwachte behandelingen en op ramingen van de toeslagen. Bij de vaststelling wordt de subsidie gebaseerd op het aantal verrichte behandelingen alsmede op de werkelijke huisvestingskosten en kapitaallasten. De subsidie kan op een hoger bedrag worden vastgesteld dan verleend is.

Ad 1. De tarieven worden vastgesteld door de Nederlandse zorgautoriteit (NZa). Zij geeft per type behandeling het tarief af op voorcalculatorische en nacalculatorische basis. De toeslag voor de 'consulten geen abortus of overtijdbehandeling' mag uitsluitend in rekening worden gebracht indien volgend op het consult geen abortus of overtijdbehandeling plaatsvindt. In alle andere gevallen worden de consulten begrepen te zijn in de abortusbehandeling of overtijdbehandeling zelf.

Ad 2. De subsidieontvanger heeft zijn huisvesting in huur of in eigendom. Dit betekent dat vanaf het jaar 2012 stichtingen die voorheen de abortusklinieken ondersteunden in hun activiteiten door het beschikbaar stellen van huisvesting deze nu moeten aanbieden in de vorm van een huurovereenkomst dan wel het pand moeten inbrengen in de stichting van de subsidieontvanger.

Bij huisvesting in eigendom dient de subsidieontvanger zich te houden aan de beleidsregels inzake afschrijvingen van de NZa. Bij de subsidieverlening worden de geraamde afschrijvingen op het gebouw en de vaste installaties en de daarmee samenhangende rentekosten van leningen in aanmerking genomen.

Indien de huisvesting van de abortuskliniek is gehuurd, zal aan de hand van een huurcommissie de te subsidiëren huur worden bepaald. Toerekening van de huur gebeurt op basis van uitsplitsing van de bruto vierkante meters van het pand over de diverse activiteiten van de subsidieontvanger in overeenstemming met de methodiek als gehanteerd in de beleidsregels 'Bouwvoorschriften College zorgverzekeringen'.

Ad 3. De NZa heeft bij in totaal 1500 behandelingen een omslagpunt in het tarief van de kapitaalslasten bepaald.

### *Onderdeel Y*

Artikel 2.11.5 vervalt omdat bij de subsidieberekening geen rekening meer wordt gehouden met de



---

abortushulpverlening die niet gesubsidieerd wordt. Inzicht in die hulpverlening en het onderscheid met de gesubsidieerde behandelingen is wel van belang. Daarom bepaalt artikel 2.11.5 nu dat de subsidieontvanger bij zijn aanvraag tot vaststelling gegevens overlegt over het totale aantal gerealiseerde behandelingen. Vervolgens dient de subsidieontvanger de methodiek inzichtelijk te maken waarop de opgave aansluit op de gevraagde opgave van behandelingen in deze subsidieparagraaf.

#### *Onderdeel Z*

De berekening van de subsidie bij de vaststelling is nu geregeld in artikel 2.11.4.

#### *Onderdeel AA*

Bij prestatiebekostiging past geen egalisereserve.

#### *Onderdeel AB*

Deze bepalingen vervallen vanwege de normalisatie van de financiering van abortusklinieken.

#### *Onderdeel AC*

De subsidieontvanger hoeft geen gegevens meer te verstrekken aan de NZa.

#### *Onderdeel AD*

Bij de prestatiebekostiging en de normalisatie wordt reeds uitdrukkelijk aansluiting gezocht bij tarieven en beleidsregels van de NZa. artikel 2.11.11 vervalt derhalve.

#### *Onderdeel AE*

Aan artikel 2.11.13, derde lid, is toegevoegd dat de aanvraag ook vergezeld moet gaan van een opgave van niet bouwgerelateerde kosten en een financieringsvoorstel dat binnen de exploitatie past van de abortuskliniek, omdat tot nu toe de terugkoppeling naar de exploitatie ontbrak.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner.*