



## Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 12 december 2012, Z-3143298, houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ in verband met aanpassingen ten behoeve van het jaar 2013

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

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

Besluit:

### ARTIKEL I

De Regeling subsidies AWBZ wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel o komt te luiden:

- o. leefeenheid:* twee of meer bewoners van één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, in de volgende samenstelling:
- 1°. een of meer gehuwde verzekerden, al dan niet tezamen met een of meer minderjarige verzekerden,
  - 2°. een meerderjarige ongehuwde verzekerde tezamen met een of meer minderjarige verzekerden, of
  - 3°. een meerderjarige verzekerde met een of meer andere meerderjarige verzekerden en het bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad betreft;

2. In onderdeel p wordt 'persoongebonden budget' vervangen door: persoonsgebonden budget.

3. In onderdeel q wordt na 'de verzekerde' ingevoegd 'in 2012', wordt na 'paragraaf 2.7' ingevoegd ', zoals die paragraaf luidde voor 1 januari 2013,' en wordt na 'onderdelen j en k' ingevoegd: kon.

4. Onderdeel r komt te luiden:

*r. budgetplan:* een overzicht van de door de verzekerde voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget;

5. Aan de opsomming worden drie onderdelen toegevoegd, luidende:

- s. langdurige zorgbehoefte:* een zorgbehoefte die, blijkens het indicatiebesluit, ten minste een jaar na de datum waarop de verzekerde volgens dat besluit op de geïndiceerde vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen zal bestaan;
- t. zorgzwaartepakket:* hetgeen daaronder wordt verstaan in de Regeling zorgaanspraken AWBZ;
- u. kleinschalig wooninitiatief:* een woonsituatie waarbij
- a. minimaal 3 en maximaal 26 bewoners een persoonsgebonden budget ontvangen voor ten minste de functies persoonlijke verzorging en begeleiding individueel en hiervoor door bundeling van persoonsgebonden budgetten gezamenlijk de zorg inkopen, en
  - b. de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, of op meerdere woonadressen binnen een straal van 100 meter, waarin ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten.

B

Artikel 2.5.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '2012 € 188 658 904' vervangen door: 2013 € 172 102 678.



2. In het tweede lid wordt '2012 € 1 675 554' vervangen door: 2013 € 1 736 265.

C

Artikel 2.5.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel c, komt als volgt te luiden:

- c. het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie voor cliënten door onder meer samenwerking met gemeenten en lokale partijen.

2. In het derde lid wordt '2012 maximaal € 2 039' vervangen door: 2013 maximaal € 3 086.

3. Het vierde lid vervalt.

D

Artikel 2.5.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt als volgt te luiden:

2. De ten behoeve van 2013 te verlenen subsidie wordt berekend op basis van de volgende normbedragen:

a. dienst A	€ 284;
b. dienst B1	€ 1 054;
c. dienst B2	€ 1 459;
d. dienst B3	€ 1 216;
e. dienst B4	€ 689;
f. dienst B5	€ 892;
g. dienst C	€ 1 196;
h. dienst D	€ 1 702;
i. dienst E	€ 567.

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

3. In het zevende lid (nieuw) wordt 'het zesde lid' vervangen door: artikel 2.5.4a.

E

Artikel 2.5.4a komt te luiden:

#### Artikel 2.5.4a

Indien de gezamenlijke aanvragen voor subsidieverlening voor collectieve en individuele cliëntondersteuning hoger zijn dan het voor verlening uit hoofde van het subsidieplafond, bedoeld in artikel 2.5.2, eerste lid, beschikbare budget, vindt verlening in 2013 plaats op basis van de volgende systematiek:

- a. het totaal van de op basis van 2.5.3 verleende subsidie voor collectieve cliëntondersteuning en het op basis van artikel 2.5.4 verleende bedrag voor individuele cliëntondersteuning bedraagt niet meer dan 91,224% van de totale subsidie voor collectieve en individuele cliëntondersteuning die zonder toepassing van artikel 1.7.3 is verleend ten behoeve van 2012;
- b. subsidie voor individuele cliëntondersteuning wordt verleend tot het in onderdeel a bedoelde maximum bedrag minus het op grond van artikel 2.5.3 verleende bedrag voor collectieve cliëntondersteuning;
- c. subsidie voor individuele cliëntondersteuning wordt verleend voor zover dat bedrag is aangevraagd;
- d. de na toepassing van artikel 2.5.3, artikel 2.5.4 en de onderdelen a tot en met c nog resterende middelen worden verdeeld volgens de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

A: het nog resterende deel van de aanvraag voor individuele cliëntondersteuning van de MEE-organisatie;



B: het totaal van de nog resterende delen van alle aanvragen voor individuele cliëntondersteuning van de MEE-organisaties;  
C: de na toepassing van artikel 2.5.3, artikel 2.5.4 en de onderdelen a tot en met c nog resterende middelen.

F

Artikel 2.5.5, derde lid, onderdeel a, wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef wordt '2012' vervangen door: 2013.
2. In onderdeel a wordt '€ 17 730' vervangen door: € 17 464.

G

Artikel 2.5.7, derde lid en vierde lid, vervallen.

H

Artikel 2.5.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid wordt toegevoegd: en maakt daarover schriftelijke afspraken met die gemeenten.
2. Het tweede lid komt te luiden:
  2. De MEE-organisatie doet uiterlijk 1 april 2013 verslag aan het College zorgverzekeringen met een door het College zorgverzekeringen vastgesteld formulier over de afspraken, bedoeld in het eerste lid, die de MEE-organisatie heeft gemaakt. Binnen drie maanden na afloop van het subsidiejaar doet de MEE-organisatie verslag aan het College zorgverzekeringen met een door het College zorgverzekeringen vastgesteld formulier over de uitvoering van afspraken, bedoeld in het eerste lid.

I

Artikel 2.6.2 wordt als volgt gewijzigd;

1. In het eerste lid wordt 'de artikelen 2.6.3 tot en met 2.6.15' vervangen door: de artikelen 2.6.3 tot en met 2.6.14.
2. In het tweede lid wordt 'voor het jaar 2012 € 2 689 000 000' vervangen door: voor het jaar 2013 € 2 755 000 000.
3. Het derde lid komt te luiden:
  3. Voor verleende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het eerste lid wordt voor het jaar 2013 een maximale subsidie in aanmerking genomen, die wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A \times B}{C} \times 2\,680\,000\,000$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het bedrag dat het zorgkantoor op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar aan subsidies heeft verstrekt voor persoonsgebonden budgetten en vergoedingen persoonlijke zorg;

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 voor persoonsgebonden budgetten en vergoedingen persoonlijke zorg 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 'voor het jaar 2012' vervangen door: voor het jaar 2013.



J

Artikel 2.6.3 komt te luiden:

**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 of op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, onderdeel j.
2. In afwijking van het eerste lid verleent het zorgkantoor een verzekerde geen persoonsgebonden budget indien de verzekerde:
  - a. beschikt over een indicatiebesluit met een geldigheidsduur korter dan een jaar,
  - b. uitsluitend is aangewezen op begeleiding of kortdurend verblijf, of
  - c. is aangewezen op een zorgzwaartepakket 9B VV, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 1B GGZ, 2B GGZ, 3B GGZ, 4B GGZ, 5B GGZ, 6B GGZ of 7B GGZ.
3. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, verleent het zorgkantoor een persoonsgebonden budget indien:
  - a. de verzekerde een langdurige zorgbehoefte heeft, of
  - b. de verzekerde
    - 1°. een indicatiebesluit heeft dat is vastgesteld na 30 november 2012, maar vóór 1 januari 2013, en
    - 2°. voor 1 februari 2013 een persoonsgebonden budget heeft aangevraagd.
4. Het tweede lid, onderdeel b, is niet van toepassing indien:
  - a. de verzekerde blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op tien of meer uren per week begeleiding,
  - b. leden van een leefeenheid tezamen, voor zover zij niet in een instelling verblijven als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet, aangewezen zijn op tien of meer uren per week begeleiding, of
  - c. de verzekerde lid is van een leefeenheid en een ander lid van die leefeenheid op grond van het eerste lid of artikel 2.6.3a een persoonsgebonden budget ontvangt.
5. Het aantal geïndiceerde uren als bedoeld in het vierde lid, onder a en b, wordt berekend door optelling van de gemiddelden van de geïndiceerde klassen voor de functie begeleiding, als genoemd in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, waarbij een dagdeel geldt als een uur.
6. Het gemiddelde, bedoeld in het vijfde lid, wordt bepaald door op een decimaal achter de komma naar boven af te ronden.

K

Na artikel 2.6.3 worden artikelen ingevoegd, luidende:

**Artikel 2.6.3a**

1. In afwijking van artikel 2.6.3 verleent het zorgkantoor een verzekerde een persoonsgebonden budget indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
  - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode voor een persoonsgebonden budget of een vergoeding persoonlijke zorg, 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 voor een persoonsgebonden budget of een vergoeding persoonlijke zorg.
2. In afwijking van het eerste lid verleent het zorgkantoor een verzekerde die blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 9B VV, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 1B GGZ, 2B GGZ, 3B GGZ, 4B GGZ, 5B GGZ, 6B GGZ of 7B GGZ, alleen een persoonsgebonden budget indien de verzekerde in een eerdere subsidieperiode als bedoeld in het eerste lid, was aangewezen op hetzelfde zorgzwaartepakket.



### Artikel 2.6.3b

1. Het zorgkantoor verleent een verzekerde alleen een netto persoonsgebonden budget indien de verzekerde gebruik heeft gemaakt van een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier.
2. Het eerste lid is niet van toepassing op een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3a.
3. 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.

L

Artikel 2.6.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt gewijzigd als volgt:

- a. In onderdeel a wordt 'bestedingsplan' vervangen door 'budgetplan' en wordt na 'het door het College zorgverzekeringen vastgestelde model' toegevoegd: of de verzekerde weigert het budgetplan desgevraagd met het zorgkantoor te bespreken of, na voor zulk een gesprek te zijn opgeroepen, zonder geldige reden niet verschijnt.
- b. De dubbele punt aan het slot van onderdeel b wordt vervangen door een puntkomma.
- c. In onderdeel d wordt 'recht heeft op de geïndiceerde zorg,' vervangen door: recht heeft op de zorg waarop hij blijkens het indicatiebesluit is aangewezen.
- d. Onderdeel j vervalt, onder verlettering van onderdelen k en l tot onderdelen j en k.
- e. In onderdeel j (nieuw) wordt na 'het CAK' ingevoegd: , genoemd in artikel 48, eerste lid, van de AWBZ,.
- f. In onderdeel k (nieuw) vervalt 'indien' en wordt de punt aan het slot van het onderdeel vervangen door een puntkomma.
- g. Na onderdeel k (nieuw) worden onderdelen toegevoegd, luidende:
  - i. de verzekerde zich, gelet op de door hem verstrekte gegevens en bescheiden, kennelijk onvoldoende heeft georiënteerd op het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod;
  - m. de verzekerde in het budgetplan heeft aangegeven dat hij voornemens is om het persoonsgebonden budget uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverleners.

2. Het tweede lid komt te luiden:

2. Het eerste lid, onderdelen a, b, f, l en m, is niet van toepassing op een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3a.

3. Het derde en zesde lid vervallen, onder vernummering van het vierde en vijfde lid tot het derde en vierde lid.

4. In het vierde lid (nieuw) wordt 'het in artikel 2.6.3, derde lid, bedoelde aanvraagformulier' vervangen door: het in artikel 2.6.3b, eerste lid, bedoelde aanvraagformulier.

M

Artikel 2.6.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. In het eerste lid, onderdeel b, (nieuw) wordt '2012' vervangen door: 2013.



3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering is van overeenkomstige toepassing op het persoonsgebonden budget.

N

Artikel 2.6.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '2012' vervangen door: 2013.

2. In het derde lid wordt 'het persoonsgebonden budget berekend' vervangen door 'het bruto persoonsgebonden budget berekend', wordt '€ 10 562' vervangen door '€ 3 332' en wordt 'vervolgens op met 5%' vervangen door: vervolgens op met € 4 000 voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief en ten minste een persoonsgebonden budget ontvangt voor persoonlijke verzorging en begeleiding individueel.

O

Na artikel 2.6.6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### **Artikel 2.6.6a**

1. Het zorgkantoor hoogt het bruto persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van het bruto persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2012, indien de verzekerde volgens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, en
  - a. het persoonsgebonden budget bij de eerste verlening op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde was aangewezen op een zorgzwaartepakket, op grond van een beleidsregel van het College zorgverzekeringen of op grond van artikel 2.6.15, zoals dat artikel luidde voor 1 januari 2013, was opgehoogd tot een garantiebedrag;
  - b. aan de verzekerde in 2012 een persoonsgebonden budget is verleend op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op een zorgzwaartepakket VV en de verzekerde op 31 december 2012 woonachtig was in een kleinschalig wooninitiatief, of
  - c. het aan de verzekerde verleende persoonsgebonden budget op 31 december 2012 was opgehoogd op grond van artikel 2.6.6, vierde lid.
2. Een verzekerde die inwoont bij ouders, voogden of pleegouders, als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de jeugdzorg, wordt niet aangemerkt als bewoner van een kleinschalig wooninitiatief.
3. Het zorgkantoor hoogt het bruto persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van 95% van het bruto persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2012, indien
  - a. dat persoonsgebonden budget was verleend op grond van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op verblijf;
  - b. de verzekerde volgens het geldende indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, en
  - c. het eerste lid niet op de verzekerde van toepassing is.
4. Indien de aanvraag betrekking heeft op minder of andere vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdelen j en k, dan het persoonsgebonden budget dat in 2012 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid verminderd met het verschil tussen de budgetten waartoe die vormen van zorg leiden.
5. Indien de aanvraag voor een persoonsgebonden budget is gebaseerd op een ander indicatiebesluit dan de verlening van het persoonsgebonden budget in 2012 en de verzekerde volgens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket dat leidt tot een lager bruto persoonsgebonden budget dan in 2012 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid verminderd met het verschil tussen de budgetten waartoe die zorgzwaartepakketten leiden.
6. Het eerste lid, onder a, is alleen van toepassing indien aan de verzekerde, vanaf de eerste verlening van een persoonsgebonden budget op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat hij was aangewezen op een zorgzwaartepakket, in ieder opvolgende subsidieperiode een persoonsgebonden budget is verleend, al dan niet na een onderbreking als bedoeld in het zevende lid, onder a of b.



7. Het eerste lid, onder b en c, en derde lid zijn 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.

P

Artikel 2.6.7, wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:

2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt in 2013 niet meer dan:
  - a. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, nog niet heeft bereikt € 242,46, met dien verstande dat indien zijn bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 23 208 het bedrag van € 242,46 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen dat inkomen en € 23 208;
  - b. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, heeft bereikt € 242,46, met dien verstande dat indien zijn bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 16 257 het bedrag van € 242,46 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen dat inkomen en € 16 257;
  - c. voor de gehuwde verzekerden indien een van beiden de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, nog niet heeft bereikt of beiden die leeftijd nog niet hebben bereikt € 346,75, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 28 733 het bedrag van € 346,75 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen dat gezamenlijke inkomen en € 28 733;
  - d. voor de gehuwde verzekerden die beiden de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, hebben bereikt € 346,75, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 22 676 het bedrag van € 346,75 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen dat gezamenlijke inkomen en € 22 676.

2. In het derde lid wordt 'het verzamelinkomen' telkens vervangen door: het bijdrageplichtige inkomen, bedoeld in artikel 16e, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg.

3. In het zesde lid wordt 'artikelen 1, 16d, zesde lid, onderdeel a en 16<sup>er</sup>' vervangen door: artikelen 16d, zesde lid, onderdeel a, en 16e, tweede tot en met het vijfde lid.

Q

Artikel 2.6.8 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid vervalt onder vernummering van het derde lid tot het tweede lid.
2. In het tweede lid (nieuw) wordt 'het eerste en tweede lid' vervangen door: het eerste lid.

R

Artikel 2.6.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel h, wordt 'de verzekerde die geïndiceerd is voor verblijf,' vervangen door: de verzekerde die blijktens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf,.
2. Het eerste lid, onderdeel l, vervalt onder verlettering van onderdeel m tot onderdeel l.
3. In het tweede lid wordt na 'kosten van vervoer' ingevoegd 'voor het ontvangen van begeleiding groep', wordt 'de verzekerde is geïndiceerd voor' vervangen door 'de verzekerde blijktens het indicatiebesluit is aangewezen op' en vervalt: als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ.
4. In het negende lid wordt 'de verzekerde die is geïndiceerd voor verblijf,' vervangen door: de verzekerde die blijktens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf,.



## S

Na artikel 2.6.9 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### Artikel 2.6.9a

1. De verzekerde kan het netto persoonsgebonden budget voor ten hoogste dertien weken per kalenderjaar buiten het Europese deel van Nederland gebruiken voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdelen j en k, indien die zorg is verkregen als voortzetting van reeds binnen het Europese deel van Nederland aangevangen zorg.
2. In afwijking van het eerste lid kan de verzekerde voor ten hoogste een jaar een netto persoonsgebonden budget gebruiken voor betaling van voortzetting van palliatief terminale zorg.
3. Indien de verzekerde langer dan zes weken aaneengesloten 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:

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

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal weken dat de verzekerde in Nederland 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.

## T

In artikel 2.6.10, zesde en zevende lid, wordt 'artikel 2.6.3, vijfde lid,' telkens vervangen door: artikel 2.6.3b, derde lid,.

## U

In artikel 2.6.11, onder h, wordt 'artikel 2.6.8, tweede en derde lid;' vervangen door: artikel 2.6.8, tweede lid;.

## V

Aan artikel 2.6.12, eerste lid, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel e door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

- f. met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit ten nadele van de verzekerde wordt herzien als gevolg van bezwaar of beroep.

## W

In artikel 2.6.13, achtste lid, wordt 'desbetreffende' vervangen door: desbetreffende.

## X

Artikel 2.6.15 vervalt.

## Y

Paragraaf 2.7. Vergoeding persoonlijke zorg vervalt.

## Z

Artikel 2.11.1 wordt als volgt gewijzigd:





1. Onderdeel a komt te vervallen.
2. De onderdelen b tot en met o worden geletterd a tot en met n.

AA

Artikel 2.11.2, eerste lid komt te luiden:

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, voor zover deze hulp wordt verleend aan verzekerden onder verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger en met personeel in dienst van de subsidieontvanger plaats vindt in diens abortuskliniek.

AB

Artikel 2.11.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel a wordt als volgt gewijzigd:

1°. '€ 428,35' wordt vervangen door: € 438,15;

2°. '€ 260,14' wordt vervangen door: € 266,70;

b. In onderdeel b wordt '€ 185,84' vervangen door: € 189,44;

c. In onderdeel c wordt '€ 109,49' vervangen door: € 111,61;

d. In onderdeel d wordt '€ 325,56' vervangen door: € 331,84;

e. In onderdeel e wordt '€ 78,42' vervangen door: € 81,52.

2. Het tweede, derde en vierde lid komen te luiden:

2. De subsidie wordt vermeerderd met een toeslag die wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

A: een toeslag voor huisvesting en de vaste installaties;

B: een toeslag voor overige kapitaallasten;

C: het totaal aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen aan verzekerden en niet-verzekerden;

D: het aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen aan verzekerden

3. De toeslag voor huisvesting en de vaste installaties bedraagt:

a. 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;

b. 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.

4. De toeslag voor overige kapitaallasten bedraagt:

a. één procent van de stichtingskosten, zijnde het totaal van de historische kosten van het stenen gebouw met de vaste installaties, de restauraties en verbouwingen van het stenen gebouw en de tuinaanleg, ten behoeve van de vorming van een onderhoudsvoorziening, en

b. € 24 567,53, indien het totale aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbe-



- handelingen aan verzekerden en niet-verzekerden lager is dan 1 500, of
- c. € 30 135,42, indien het totale aantal verrichtte zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen aan verzekerden en niet-verzekerden 1 500 of meer is.

AC

Bijlage 1 vervalt.

AD

Bijlage 2 komt te luiden:

ZZP	ZZP-code	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding	
				individueel	groep
1VV	750	1	1	2	
2VV	751	3	2	1	
3VV	752	4	1	2	
4VV	753	4	2	3	
5VV	754	4	3	4	
6VV	755	4	3	4	
7VV	756	4	3	6	
8VV	757	5	3	7	
9bVV	191	5	2	4	
10VV	759	7	5	4	
1GGZ B	860	1	0	3	
1GGZ B	860	1	0	3	4
2GGZ B	862	1	0	4	
2GGZ B	862	1	0	4	4
3GGZ B	864	1	0	5	
3GGZ B	864	1	0	5	4
4GGZ B	766	3	1	4	
4GGZ B	766	3	1	4	4
5GGZ B	768	2	1	5	
5GGZ B	768	2	1	5	5
6GGZ B	770	4	2	5	
6GGZ B	770	4	2	5	4
7GGZ B	772	3	2	7	
7GGZ B	772	3	2	7	5
1GGZ C	760	1		3	
1GGZ C	760	1		3	4
2GGZ C	762	1		5	
2GGZ C	762	1		5	4
3GGZ C	764	2		5	
3GGZ C	764	2		5	4
4GGZ C	866	2	3	4	
4GGZ C	866	2	3	4	4
5GGZ C	868	3	2	5	
5GGZ C	868	3	2	5	4
6GGZ C	870	5	3	5	
6GGZ C	870	5	3	5	4
1LVG	780	2		4	1
2LVG	781	2		6	1
3LVG	782	4		6	1
4LVG	783	5		7	2
5LVG	784	5		7	2
1SGLVG	790	3		7	3
1VG	800	2		3	
1VG	800	2		3	5
2VG	802	2		4	
2VG	802	2		4	5
3VG	804	1		5	



ZZP	ZZP-code	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding	
				individueel	groep
3VG	804	1		5	6
4VG	806	2	0	5	
4VG	806	2	0	5	6
5VG	808	4	1	5	
5VG	808	4	1	5	7
6VG	810	2		6	
6VG	810	2		6	8
7VG	812	4	0	7	
7VG	812	4	0	7	9
8VG	814	7	2	3	
8VG	814	7	2	3	7
1LG	820	2	0	4	
1LG	820	2	0	4	6
2LG	822	4	0	4	
2LG	822	4	0	4	6
3LG	824	4	0	3	
3LG	824	4	0	3	7
4LG	826	4	0	4	
4LG	826	4	0	4	6
5LG	828	5	1	4	
5LG	828	5	1	4	7
6LG	830	6	2	4	
6LG	830	6	2	4	6
7LG	832	6	2	5	
7LG	832	6	2	5	5
1ZGvis	840	2		3	
1ZGvis	840	2		3	6
2ZGvis	842	2		5	
2ZGvis	842	2		5	5
3ZGvis	844	3	1	5	
3ZGvis	844	3	1	5	5
4ZGvis	846	6	1	5	
4ZGvis	846	6	1	5	7
5ZGvis	848	6	1	6	
5ZGvis	848	6	1	6	7
1ZGaud	850	1		5	
1ZGaud	850	1		5	8
2ZGaud	852	5	2	7	
2ZGaud	852	5	2	7	9
3ZGaud	854	7	3	7	
3ZGaud	854	7	3	7	9
4ZGaud	856	3		7	
4ZGaud	856	3		7	7

## ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2013.

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

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn*



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

#### 1.1 Inleiding

Met de onderhavige regeling is de Regeling subsidies AWBZ (hierna: de Regeling) per 1 januari 2013 gewijzigd. De wijzigingen betreffen het ten behoeve van de subsidies in 2013 trendmatig aanpassen van de bedragen. Daarnaast zijn de subsidieparagrafen om andere redenen aangepast. Op die redenen wordt hierna (of in het artikelsgewijze deel) ingegaan.

#### 1.2 Onderdeel MEE-organisaties

De belangrijkste wijzigingen van de regeling betreffen, naast korting op het macrobudget voor de MEE-organisaties, tevens de verhoging van het plafond voor de collectieve diensten en de verplichting voor de MEE-organisaties om schriftelijke afspraken te maken met gemeenten over de onderlinge samenwerking. De wijzigingen hebben niet alleen tot doel om de samenwerking en afstemming tussen MEE-organisaties en gemeenten te intensiveren en daarmee ook de doelmatigheid te bevorderen, maar staan ook in het teken van de voorgenomen overheveling van de MEE-gelden naar gemeenten (visiebrief cliëntondersteuning van 22 juni 2011, kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 197).

#### 1.3 Onderdeel Persoonsgebonden budget

De aanleiding voor de wijzigingen op het terrein van het persoonsgebonden budget (hierna: pgb) ligt met name in de afspraken die in het Begrotingsakkoord 2013 over het pgb zijn gemaakt. Een belangrijk uitgangspunt bij deze afspraken is dat het pgb naar de toekomst financieel solide blijft. Dat wil zeggen dat de verwachte uitgaven voor het pgb in lijn zijn met de beschikbare middelen voor het pgb. Bij het Begrotingsakkoord 2013 is vanaf 2013 € 150 miljoen voor het pgb extra beschikbaar gekomen. Vanuit dit nieuwe financiële perspectief zijn nieuwe afspraken gemaakt die vervolgens in deze regeling zijn uitgewerkt.

##### 1.3.1 Aanleidingen

In de brief Hervorming langdurige zorg d.d. 24 juni 2012 (Kamerstukken II 2011/12 30 597, nr. 255) zijn de afspraken over het pgb uit het Begrotingsakkoord 2013 nader toegelicht. Afgesproken is de in 2012 geïntroduceerde vergoeding persoonlijke zorg (hierna: vpz) te integreren in de pgb-paragraaf. Bij deze integratie zijn enkele kenmerken van de vpz meegenomen naar het pgb, zoals de verplichte oriëntatie op de zorg in natura. In het Begrotingsakkoord 2013 zijn verder afspraken gemaakt die gaan over de toegangsvoorwaarden en de pgb-tarieven. In paragraaf 1.3.2 worden de relevante wijzigingen van de Regeling toegelicht. Met het vervallen van de vpz is ook de bezwaaradviescommissie vergoeding persoonlijke zorg overbodig geworden. Deze commissie houdt derhalve per 1 januari 2013 op te bestaan. Dit is toegelicht in een brief aan de Tweede Kamer van 31 oktober 2012 (Kamerstukken II, 2012/13, 33 400, nr. 15).

Op 1 januari 2013 zijn de Wet AWBZ-zorg buitenland (Stb. 2012, 77) en de bijbehorende wijziging van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met de voorwaarden voor de vergoeding van de aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de vaststelling van een wachttijd voor deze aanspraken in werking getreden. Op basis van deze nieuwe regelgeving is de pgb-regeling aangescherpt voor de situaties dat verzekerden met een pgb in het buitenland verblijven of zich voor het eerst in Nederland vestigen. Dit wordt in paragraaf 1.3.3 toegelicht.

##### 1.3.2. Wijzigingen ten opzichte van 2012

1. De toegangscriteria veranderen voor nieuwe pgb-houders.
2. De tarieven veranderen voor verzekerden met een pgb op basis van een verblijfsindicatie

###### 1.3.2.1 Toegangscriteria voor nieuwe pgb-houders

De voorwaarden waaronder een verzekerde in aanmerking komt voor een pgb, zijn ten opzichte van het subsidiejaar 2012 gewijzigd. Deze voorwaarden zijn alleen van toepassing op verzekerden die niet reeds in 2012 een pgb of vpz ontvingen. Het gaat om de volgende wijzigingen:

- Voorafgaande oriëntatie van de verzekerde op de zorg in natura  
Voordat een verzekerde zich bij het zorgkantoor meldt voor een pgb, moet hij zich eerst oriënteren op de beschikbare zorg in natura om te bezien of passende zorg beschikbaar is. Een beroep op het

pgb is alleen mogelijk als de verzekerde van oordeel is dat dergelijke passende zorg in natura niet beschikbaar is. De verzekerde geeft in het budgetplan aan bij wie hij zich heeft georiënteerd en waarom deze zorg niet passend is. Als de verzekerde zich kennelijk niet heeft georiënteerd op de beschikbare zorg in natura, of de verzekerde in het budgetplan heeft aangegeven dat hij voornemens is om het persoonsgebonden budget uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverleners, zal het zorgkantoor het pgb weigeren. Deze voorwaarde en weigeringsgronden zijn overgenomen uit de vervallen vpz-paragraaf (2.7).

- Verruiming van het aantal functies dat toegang biedt  
In 2012 konden alleen verzekerden met een indicatie voor verblijf een nieuwe budgethouder worden en konden verzekerden met een extramurale AWBZ-indicatie van ten minste 10 uur onder voorwaarden toegang krijgen tot de vpz. In 2013 kunnen verzekerden met een indicatie voor persoonlijke verzorging en verpleging, al dan niet in combinatie met begeleiding, voor alle geïndiceerde functies weer toegang krijgen tot het pgb. Dit betekent bijvoorbeeld dat verzekerden met een AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging en begeleiding toegang krijgen tot de pgb-regeling voor beide functies (vanwege de indicatie voor persoonlijke verzorging).
- Het 10-uurscriterium alleen nog bij de functie begeleiding  
Ook het 10-uurscriterium is overgenomen uit de vpz. Dit criterium was onderdeel van de vpz zodat alleen verzekerden met een substantiële zorgvraag (minimaal tien uur zorg per week) een vpz konden krijgen. Vanwege het beschikbaar komen van extra financiële middelen vanuit het Begrotingsakkoord 2013 is het mogelijk meer verzekerden toegang te geven tot het pgb. Daarmee heeft het 10-uurscriterium in de pgb-paragraaf in 2013 een andere invulling gekregen. Het 10-uurscriterium geldt vanaf 1 januari 2013 alleen voor nieuwe verzekerden die uitsluitend op de functie begeleiding zijn aangewezen, al dan niet in combinatie met de functie kortdurend verblijf. Om toegang te krijgen tot het pgb moet uit het AWBZ-indicatiebesluit blijken dat die verzekerde recht heeft op ten minste 10 uur begeleiding per week. Voor het berekenen van het 10-uurscriterium wordt aangesloten bij hetgeen daarover geregeld was in de vervallen paragraaf 2.7. Net als bij de vpz mogen leden uit een leefeenheid het aantal uren begeleiding bij elkaar optellen. In 2013 tellen echter alleen het aantal geïndiceerde uren voor de functie begeleiding mee. De uren voor de geïndiceerde functies persoonlijke verzorging en verpleging vallen buiten het 10-uurscriterium, omdat deze geïndiceerde functies de verzekerde reeds zelfstandig toegang geven tot het pgb. Ook in het geval een lid uit de leefeenheid reeds een pgb ontvangt kan ieder ander lid uit de leefeenheid met een AWBZ-indicatie, ongeacht de inhoud van deze indicatie, in aanmerking komen voor een pgb.
- Alleen een pgb bij een zorgbehoefte van ten minste een jaar  
Verzekerden met een zorgbehoefte van minder dan een jaar kunnen in beginsel geen beroep meer doen op het pgb. Het doel hiervan is dat verzekerden met een kortdurende zorgbehoefte alleen nog gebruik maken van zorg in natura. Daarmee komen verzekerden met een kortdurende zorgvraag, bijvoorbeeld voor verpleging zoals bij wondverzorging, niet meer in aanmerking voor een pgb. Palliatief terminale zorg is van deze maatregel uitgezonderd, zodat verzekerden met een indicatie voor palliatief terminale zorg zonder verblijf of voor een zzp 10VV, ook in aanmerking komen voor een pgb. Deze uitzondering voor palliatief terminale zorg behoeft geen expliciete regeling nu het CIZ voor palliatief terminale zorg zonder verblijf indicaties afgeeft die geldig zijn tot de verzekerde overlijdt. In de uitvoeringspraktijk wordt aan een dergelijke indicatie een geldigheidsduur van 100 jaar gegeven, en wordt voor palliatief zorg met verblijf (zzp 10VV) standaard een indicatie voor 15 jaar gegeven.  
Omdat de zorgbehoefte en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit van elkaar kunnen afwijken, is bepaald dat verzekerden met een indicatiebesluit korter dan een jaar, maar mét een langdurige zorgbehoefte, wel in aanmerking komen voor een pgb. Het Zorgindicatiebesluit (hierna: Zib) is per 1 januari 2013 zo aangepast dat het CIZ expliciet de bevoegdheid krijgt om vast te stellen of de zorgbehoefte korter of langer is dan een jaar. Het CIZ voert deze toetsing alleen uit bij verzekerden die bij de aanvraag van een indicatiebesluit hebben aangegeven voornemens te zijn het indicatiebesluit met een pgb tot gelding te brengen en die een indicatiebesluit hebben met een geldigheidsduur korter dan een jaar (artikel 14, eerste lid, van het Zib). De uitkomst van deze toetsing wordt voor deze verzekerden onderdeel van het indicatiebesluit. Ook de bureaus jeugdzorg gaan deze werkwijze volgen. Daartoe is een werkinstructie opgesteld. Op basis van het indicatiebesluit bepaalt het zorgkantoor of de verzekerde toegang heeft tot het pgb.  
Deze toetsing is onderdeel van alle indicatiebesluiten die vanaf 1 januari 2013 worden afgegeven. Aangezien voor 1 januari 2013 afgegeven indicatiebesluiten ook na 1 januari kunnen leiden tot een aanvraag voor een pgb, is een overgangperiode bepaald. Verzekerden die een indicatiebesluit hebben voor korter dan een jaar dat is afgegeven in de periode 30 november tot en met 31 december 2012 behouden toegang tot het pgb, mits zij voor 1 februari 2013 een pgb aanvragen.  
Omdat het uitgangspunt is dat een verzekerde een langdurige zorgbehoefte moet hebben om een pgb te kunnen krijgen, worden vanaf 1 januari 2013 geen pgb's verstrekt voor herstellende zorg die wordt geboden op basis van het zzp VV 9b. Bij een zzp VV 9b is er sprake van een kortdurende zorgvraag, waarbij de nadruk ligt op behandeling in een verpleeghuis. Zowel nieuwe budgethouders als huidige budgethouders die, eventueel na herindicatie, voor het eerst worden geïndiceerd



- voor zzp VV 9b krijgen geen toegang meer tot het pgb. Aan budgethouders aan wie op dit moment een pgb is toegekend op grond van zzp VV 9b kan voor 2013 geen pgb worden toegekend.
- **Verplicht gesprek van nieuwe pgb-houders (aanvragers) met het zorgkantoor**  
In 2012 is al het beleid ingezet waarbij zorgkantoren een gesprek voeren met mensen die willen kiezen voor een pgb. Uit een evaluatie van dit beleid blijkt dat dit gesprek een meerwaarde heeft. De verzekerde wordt meer bewust gemaakt van de vaardigheden die nodig zijn om goed met een pgb om te kunnen gaan. Ook biedt dit gesprek het zorgkantoor de gelegenheid de verschillende mogelijkheden om de zorg in te vullen toe te lichten. Dit gesprek is voor het zorgkantoor bovendien van belang om te bepalen in hoeverre de verzekerde bewust kiest voor een pgb en om vast te stellen welke ondersteuning toekomstige budgethouders in hun eerste periode als pgb-houder moet worden aangeboden. In artikel 2.6.4 is opgenomen dat de verzekerde, wil hij een pgb kunnen krijgen, een dergelijk gesprek met het zorgkantoor moet voeren over het budgetplan als het zorgkantoor daarom verzoekt. Het zorgkantoor kan de verzekerde voor een gesprek oproepen.

### 1.3.2.2 *Tariefswijzigingen*

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om de groei ruimte van de AWBZ te baseren op demografische ontwikkelingen. Voor de pgb-regeling is dit uitgewerkt door de pgb-tarieven in 2013 niet te indexeren.

De tarieven voor verzekerden met een pgb op basis van een verblijfsindicatie zijn per 1 januari 2013 gewijzigd. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om de verhoging van de zzp-tarieven voor de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg die in 2012 is ingevoerd per 1 januari 2013 ongedaan te maken. Vanwege dit besluit komt ook de voor 2012 ingevoerde tariefsverhoging van 5% in de pgb-regeling voor verzekerden met een zzp voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, te vervallen.

Ten tweede zijn deze pgb-tarieven gewijzigd omdat ze voorheen hoger waren dan de beschikbare middelen voor zorg vanuit zorg in natura. Voor nieuwe pgb-houders met een verblijfsindicatie zijn de tarieven met ingang van 1 januari 2013 gelijkgesteld aan de zorgcomponent van de tarieven voor zorg in natura, aangevuld met een toeslag van € 3 332 (zie artikel 2.6.6, derde lid). Deze toeslag was in 2012 € 10 562. Voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief geldt vervolgens een ophoging van het pgb met € 4 000, zoals is toegezegd aan de Tweede Kamer in de brief van 4 december 2012, DLZ-U-3145781.

Op basis van deze nieuwe pgb-tarieven is als bijlage 2 van deze regeling een nieuwe toekenningstabel opgesteld. Voor de verzekerden die in 2012 reeds een pgb hadden met een verblijfsindicatie wordt het verschil tussen de tarieven in drie jaar afgebouwd. In 2013 wordt een eerste stap gezet door voor die groep de pgb-tarieven te laten dalen met 5%.

Van deze laatste maatregel zijn drie groepen uitgezonderd. Ten eerste de groep pgb-houders die eerder budgetgarantie hebben gekregen, omdat zij vanwege de invoering van de zzp-systematiek met een terugval in het pgb-budget te maken kregen (artikel 2.6.6a, derde lid, aanhef en onder a). De tweede groep zijn de verzekerden in kleinschalige pgb-gefinancierde woonvoorzieningen (zie artikel 2.6.6a, derde lid, aanhef en onder b). Ten derde de groep waarvan in 2012 het pgb is opgehoogd vanwege meerzorg (artikel 2.6.6a, derde lid, aanhef en onder c).

Samenvattend geldt het volgende voor verzekerden met een verblijfsindicatie:

- voor nieuwe pgb-houders (die dus in 2012 geen pgb ontvingen) en voor budgethouders die in 2012 een pgb ontvingen op basis van een extramurale indicatie, gelden vanaf 1 januari 2013 de nieuwe pgb-tarieven;
- voor verzekerden die in 2012 reeds een pgb hadden op basis van een verblijfsindicatie geldt het volgende:
  - maatregel 1: het pgb daalt met 5% voor cliënten met een zzp VG, zzp LG, zzp LVG en zzp GGZ (B en C), zzp ZG vanwege het terugdraaien van de eenmalige verhoging van hun tarief in 2012. Deze maatregel geldt ook voor verzekerden met een dergelijk zzp die in een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief wonen.
  - maatregel 2: vanwege het gelijktrekken van de pgb-tarieven met de zorg in natura dalen de pgb-tarieven in 2013 met 5%, uitgezonderd voor verzekerden met budgetgarantie en de verzekerden die in een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief wonen.
  - de maatregelen 1 en 2 worden niet bij elkaar opgeteld. Dit betekent een maximale daling van het tarief in 2013 van 5%.

### 1.3.3. *AWBZ-buitenland*

Op 1 januari 2013 zijn de Wet AWBZ-zorg buitenland (Stb. 2012, 77) en onderliggende regelgeving in werking getreden. Doel van die wet is om – in een breder kader van financiële houdbaarheid van de AWBZ – te voorkomen dat de AWBZ-uitgaven in het buitenland zullen stijgen, vanwege het vrijwel



ontbreken van wettelijke belemmeringen voor het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland. In de Memorie van Toelichting bij de wet (Kamerstukken II 2009/10 32 154, nr. 3) is aangekondigd dat de Regeling subsidies AWBZ wordt aangescherpt voor situaties dat verzekerden met een pgb in het buitenland verblijven. Daarbij is tevens aangekondigd dat de periode bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt beperkt tot dertien weken.

Bij de aanscherping die met deze wijziging wordt uitgevoerd kan een pgb-houder zijn zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland voortzetten. Deze mogelijkheid geldt alleen voor bestaande budgethouders. In andere situaties kan een verzekerde de mogelijkheden die in de Wet AWBZ-zorg buitenland worden gecreëerd benutten om via een vergoedingsregeling zorg in het buitenland in te kopen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. In aansluiting op de Wet AWBZ-zorg buitenland en de onderliggende regelgeving is met deze regeling geregeld dat een verzekerde ten hoogste dertien weken in het buitenland zijn pgb in het buitenland kan besteden. Daarnaast is, net als voor zorg in natura, een uitzondering gemaakt voor palliatief terminale zorg. In lijn met een motie van het Kamerlid Wolbert (PvdA) (Kamerstukken II 2011/12, 32 154, nr. 17) krijgen verzekerden de mogelijkheid met een indicatie voor palliatief terminale zorg in het land van herkomst afscheid te nemen van hun familie en mogen daarom langer dan drie maanden ten laste van de AWBZ zorg inroepen. Zij krijgen een maximaal een jaar lang een pgb in het buitenland.

Bij zorg in natura kan de verzekerde onder omstandigheden een vergoeding krijgen voor niet-gecontracteerde zorg die is verkregen in het buitenland. De in rekening gebrachte kosten worden vergoed tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. In afwijking hiervan zal het pgb-budget bij besteding langer dan zes weken aaneengesloten per jaar in het buitenland worden aangepast aan de hand van de reeds geldende door het CVZ vastgestelde aanvaardbaarheidspercentages.

#### **1.4 Onderdeel Abortusklinieken**

De wijziging van de regeling betreft een verduidelijking van de toewijzing van de middelen.

#### **1.5 Consultatie, effecten en uitvoering**

De Regeling is tot stand gekomen in samenspraak met het College voor Zorgverzekeringen.

Het onderdeel MEE-organisaties is daarnaast afgestemd met MEE Nederland. Daarbij is onder meer gesproken over de wijze waarop de verlaging van het macrobudget neerslaat op de verschillende MEE-organisaties.

De MEE-organisaties worden met de voorgestelde wijzigingen ten aanzien van de verhouding tussen collectieve en individuele diensten en de verplichting om schriftelijke afspraken te maken met gemeenten over de onderlinge samenwerking gestimuleerd om in overleg met gemeenten te komen tot meer collectieve – en naar verwachting meer doelmatige – vormen van dienstverlening.

Ten aanzien van het onderdeel persoonsgebonden budget is dit, daar waar de pgb-maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 betrekking hebben op de werkzaamheden van bij de uitvoering betrokken organisaties, afgestemd. Via het College voor Zorgverzekeringen zijn de zorgkantoren vroegtijdig geïnformeerd over de uitwerking van de pgb-maatregelen, zodat zij hun werkprocessen hierop hebben ingericht. Ook het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg hebben ten aanzien van het bepalen van de langdurige zorgbehoefte hun werkprocessen aangepast. Het CVZ draagt zorg voor communicatie richting de zorgkantoren over de wijzigingen. De wijzigingen in het onderdeel pgb zullen gevolgen hebben voor bestaande budgethouders. Daar waar wenselijk en mogelijk is gekozen voor een overgangsregeling of een budgetgarantie om de gevolgen voor individuele budgethouders zo beperkt mogelijk te houden. Met Per Saldo, CIZ, CVZ en ZN zijn gezamenlijke afspraken gemaakt over de communicatie van de pgb-maatregelen richting de zorgkantoren en de (potentiële) budgethouders.

Ten aanzien van het onderdeel abortusklinieken zij de onder de regeling vallende klinieken geïnformeerd over de gevolgen van de gewijzigde berekening van de toeslagen. De wijziging betreft een verduidelijking van de toewijzing van de middelen. In de praktijk zal dit hooguit tot kleine aanpassingen gaan van het subsidiebudget van de individuele klinieken.

## **2. Artikelsgewijs**

### **Artikel I**

#### ***Onderdeel A***

In artikel 1.1.1 zijn enkele begripsbepalingen gewijzigd. In onderdeel r is het begrip 'bestedingsplan'



vervangen door 'budgetplan'. Niet alleen is het woord budgetplan inmiddels ingeburgerd bij zorgkantoren, het CVZ en de budgethouders, maar sinds het vervallen van de vpz, waarin het bestedingsplan ook werd gebruikt, is het passend om bij het pgb te spreken van het budgetplan. De omschrijving van het begrip 'leefeenheid' (onderdeel o) is zodanig verruimd dat ook meerderjarig ongehuwden, die niet een duurzaam huishouden voeren, een leefeenheid kunnen vormen. Het moet dan wel gaan om verzekerden die bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad zijn. Hierdoor kan een verzekerde met een inwonende schoondochter, broer of zus, of grootouder, een leefeenheid vormen.

Daarnaast zijn met de nieuwe onderdelen s en t begripsbepalingen opgenomen van respectievelijk het begrip 'langdurige zorgbehoefte' en het begrip 'zorgzwaartepakket'. Bij een langdurige zorgbehoefte gaat het om een zorgvraag die, volgens het indicatiebesluit, langer dan een jaar na de datum waarop de zorgvrager op de geïndiceerde vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen zal bestaan. Bij het begrip 'zorgzwaartepakket' is verwezen naar de betekenis die de Regeling zorgaanspraken AWBZ er in bijlage 2 van die regeling aan geeft.

Onderdeel u voorziet in een begripsomschrijving van het begrip 'kleinschalig wooninitiatief'. Van een kleinschalig wooninitiatief is sprake indien een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners een persoonsgebonden budget ontvangen voor ten minste de functies persoonlijke verzorging en begeleiding individueel en hiervoor door bundeling van persoonsgebonden budgetten gezamenlijk de zorg inkopen. Ook moeten de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, of op meerdere woonadressen binnen een straal van 100 meter, waarin ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Er is derhalve geen sprake van een daartoe geschikte verblijfsruimte bij verkeersruimten (gangen, overloop etc.), of bij opslagruimten, wasruimten, of (onverwarmde) bijkeukens. In dergelijke ruimten zullen de bewoners immers geen gezamenlijke (sociale) activiteiten kunnen ontplooiën.

### **Onderdeel B**

De wijziging betreft het indexeren van het plafondbedrag, een verlaging van het plafondbedrag met 1,5% efficiencykorting en met 22,8 miljoen euro aanvullende subsidiekorting. Tot slot wordt het plafondbedrag verhoogd met een groei ruimte van 4,4 miljoen euro.

De wijziging in het tweede lid betreft het indexeren van het plafondbedrag en een verlaging van het plafondbedrag met 1,5% efficiencykorting.

### **Onderdeel C**

De behoefte aan sociale kaarten is afgenomen. Dit is de reden om deze niet meer in de Regeling op te nemen. Met de gewijzigde bepaling wordt ruimte geschapen voor de MEE-organisaties om invulling te geven aan het scheppen van randvoorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie in samenspraak met en afstemming met gemeenten en lokale partijen.

Door de wijziging in het tweede lid wordt het deel van het subsidieplafond voor collectieve en individuele cliëntondersteuning dat ten hoogste ingezet kan worden ten behoeve van collectieve cliëntondersteuning verhoogd van 18% naar 30%. De reden daarvoor is het bevorderen van de samenwerking tussen MEE-organisaties en gemeenten. Tevens is het doel om door middel van meer collectieve dienstverlening individuele hulpvragen te voorkomen of te ondervangen, en daarmee een andere en meer efficiënte inzet van de MEE-middelen te bevorderen. Medio 2013 wordt deze wijziging van de plafondbedragen geëvalueerd om vast te stellen of deze maatregel doelmatig is en of aanvullende maatregelen gewenst zijn.

Bij het bepalen van het nieuwe maximumbedrag voor collectieve cliëntondersteuning is overigens rekening gehouden met een wijziging van het aantal inwoners in Nederland.

Het vierde lid vervalt, omdat met de verhoging van het aandeel voor collectieve diensten naar 30% de noodzaak vervalt van de uitzondering voor de betreffende MEE-organisaties.

### **Onderdeel D**

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

Dienst A	3,3958 uur;
Dienst B1	12,6129 uur;
Dienst B2	17,4641 uur;
Dienst B3	14,5534 uur;
Dienst B4	8,2469 uur;
Dienst B5	10,6725 uur;





Dienst C	10,1874 uur;
Dienst D	20,3747 uur;
Dienst E	6,7916 uur.

Het aantal werkbare uren per consulent per jaar is 1200 uur. Het uurtarief voor dienst C bedroeg in 2012 € 114,50. Indexeren van het bedrag met 2,54% leidt voor 2013 tot een uurtarief van € 117,40. Het uurtarief voor de overige diensten bedroeg in 2012 € 81,47. Indexeren van het bedrag met 2,54% leidt voor 2013 tot een uurtarief van € 83,54.

Deze uurtarieven zijn gebaseerd op 1200 werkbare uren per consulent per jaar.

De uurtarieven zijn vervolgens vermenigvuldigd met de normtijden.

De wijziging van de normbedragen betreft het indexeren van de normbedragen en het verlagen van de normuren met 1,5%.

### **Onderdelen E en AC**

In 2013 vindt geen herverdeling plaats. De tekst van artikel 2.5.4a (oud) en de bijbehorende bijlage 1 komen daarom te vervallen. In plaats daarvan bevat artikel 2.5.4a (nieuw) de regels voor de verdeling van het beschikbare budget voor collectieve en individuele diensten samen. Het subsidieplafond voor collectieve en individuele cliëntondersteuning bedraagt in 2013 91,224% van het subsidieplafond in 2012. Wanneer het totaal van de aangevraagde subsidies de beschikbare middelen overstijgt, wordt als uitgangspunt genomen dat niet meer dan 91,224% van de voor 2012 verleende subsidies wordt toegekend. MEE-organisaties kunnen, binnen het daartoe in artikel 2.5.3 gestelde maximum, zelf de omvang bepalen van de subsidie voor collectieve cliëntondersteuning. Aldus wordt – uitgaande van het in 2012 totaal verleende subsidiebedrag voor collectieve en individuele cliëntondersteuning, de verschuiving in de verhouding tussen collectieve en individuele cliëntondersteuning en rekening houdend met de verlaging van het budget – per MEE-organisatie het subsidiebedrag voor individuele cliëntondersteuning berekend dat in ieder geval binnen het beschikbare budget voor collectieve en individuele cliëntondersteuning blijft. Wanneer er dan nog middelen resteren, wordt dat verdeeld naar rato van het aangevraagde bedrag voor individuele cliëntondersteuning.

### **Onderdeel F**

Wijziging betreft een verlaging van het bedrag met 1,5%.

### **Onderdeel G**

Als gevolg van het derde en het vierde lid loopt de definitieve vaststelling van de subsidies voor de MEE-organisaties vertraging op. Zeker met het oog op de voorgenomen decentralisatie van de ondersteuning naar de gemeenten is dat ongewenst.

De uitvoering van het derde lid en het vierde lid is daarbij erg ingewikkeld en tijdrovend.

### **Onderdeel H**

Met de bepaling dat MEE-organisaties schriftelijke afspraken met gemeenten maken over de samenwerking wordt beoogd deze samenwerking verder te intensiveren, mede met het oog op de decentralisatie van de ondersteuning naar gemeenten.

De MEE-organisatie doet uiterlijk 1 april 2013 verslag op basis van het standaardformulier dat MEE-organisaties en gemeenten hebben opgesteld. In het verslag vermeldt de MEE-organisatie welke samenwerkingsafspraken de MEE-organisatie met elke gemeente in haar werkgebied heeft gemaakt voor het subsidiejaar 2013. Binnen drie maanden na afloop van het subsidiejaar doet de MEE-organisatie verslag over de uitvoering van de samenwerkingsafspraken in het afgelopen subsidiejaar.

### **Onderdeel I**

In artikel 2.6.2 zijn enkele technische wijzigingen doorgevoerd, zoals het aanpassen van verwijzingen naar andere artikelen en het aanduiden van een gewijzigd subsidiebedrag voor persoonsgebonden budgetten.

### **Onderdeel J**

Artikel 2.6.3 is opnieuw vastgesteld. In dit artikel worden de voorwaarden gesteld waaronder verzekerden in aanmerking komen voor een pgb. De hoofdregel daarvoor staat in het eerste lid, dat bepaalt dat een verzekerde een pgb kan krijgen indien hij is geïndiceerd voor één of meer van de genoemde vormen van zorg: verblijf, persoonlijke verzorging, verpleging, of begeleiding, al dan niet in



combinatie met vervoer. In het tweede lid worden verzekerden uitgezonderd van de toegang tot een pgb indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit met een geldigheidsduur korter dan een jaar (onder a), de verzekerde uitsluitend is aangewezen op begeleiding of kortdurend verblijf (onderdeel b), of hij is aangewezen op één van de in onderdeel c genoemde zorgzwaartepakketten. Omdat een verzekerde alleen een pgb kan krijgen voor in onderdeel j van artikel 1.1.1 genoemde zorgvormen, tellen zorgvormen die daar niet genoemd zijn, zoals behandeling, niet mee. Een verzekerde die bijvoorbeeld een indicatie heeft voor begeleiding en behandeling wordt, in de toepassing van artikel 2.6.3, aangemerkt als een verzekerde die uitsluitend is aangewezen op de functie begeleiding. Die verzekerde heeft daarom geen recht op een pgb.

De leden drie en vier geven uitzonderingen op de respectievelijk in het tweede lid, onder a en b, genoemde uitzonderingen. De verzekerden die onder een van deze leden vallen kunnen dus, ondanks het bepaalde in het tweede lid, toch een pgb krijgen.

Het derde lid geeft twee uitzonderingen op de in het tweede lid, onder a, genoemde uitzonderingsgrond voor verzekerden met een indicatiebesluit met een geldigheidsduur korter dan een jaar. Het derde lid, onder a, bepaalt dat een verzekerde met een langdurige zorgbehoefte in aanmerking komt voor een pgb, ondanks zijn indicatiebesluit met een geldigheidsduur korter dan een jaar. Het indicatiebesluit geeft, indien dat besluit is genomen op of na 1 januari 2013, aan of de verzekerde een langdurige zorgbehoefte heeft. Zie ook paragraaf 1.3.2.1 van het algemene deel van deze toelichting. Ook verzekerden met een indicatiebesluit dat is vastgesteld na 30 november 2012, maar vóór 1 januari 2013, zijn uitgezonderd van het vereiste om een langdurige zorgbehoefte te hebben indien zij voor 1 februari 2013 een persoonsgebonden budget aanvragen (derde lid, onderdeel b).

In het vierde lid wordt afgeweken van het tweede lid, onder b, door te bepalen dat bepaalde verzekerden een pgb kunnen krijgen terwijl zij zelf uitsluitend zijn aangewezen op begeleiding of kortdurend verblijf. In onderdeel a is het 10-uurscriterium opgenomen dat in 2012 in paragraaf 2.7 (vergoeding persoonlijke zorg) was opgenomen. Dat onderdeel bepaalt dat een verzekerde met een indicatie voor uitsluitend begeleiding een pgb kan krijgen indien hij is aangewezen op meer dan tien uur per week aan begeleiding. Als de verzekerde deel uitmaakt van een leefeenheid, en hij tezamen met andere leden van die leefeenheid is aangewezen op tien of meer uren per week begeleiding, kan de verzekerde een pgb krijgen op grond van onderdeel b van het vierde lid. In het vijfde en zesde lid wordt aangegeven hoe het aantal geïndiceerde uren wordt berekend. Ook als de verzekerde lid is van een leefeenheid en een ander lid van die leefeenheid reeds een pgb ontvangt, kan die verzekerde een pgb krijgen op basis van een indicatie voor uitsluitend de functie begeleiding of kortdurend verblijf (onderdeel c).

In de opsomming van gevallen wordt het woord 'of' gebruikt. Daaronder wordt mede begrepen de situatie dat meer dan een van de genoemde gevallen zich tegelijk voordoen.

### **Onderdeel K**

Met dit onderdeel is een nieuw artikel 2.6.3a ingevoegd dat overgangsrecht biedt voor personen die in 2012 reeds een pgb of vpz hadden. In het tweede lid wordt bepaald dat het zorgkantoor, in afwijking van het eerste lid, een verzekerde die blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 9B VV, 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 zorgaanpak AWBZ, alleen een persoonsgebonden budget verleent indien de verzekerde in een eerdere subsidieperiode als bedoeld in het eerste lid, was aangewezen op hetzelfde zorgzwaartepakket.

Het nieuwe artikel 2.6.3b bevat enkele vereisten waar verzekerden aan moeten voldoen om een pgb toegewezen te krijgen. In het eerste lid is geregeld dat het zorgkantoor een verzekerde alleen een pgb verleent indien de verzekerde gebruik heeft gemaakt van een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier. Dit was voorheen geregeld in artikel 2.6.3, derde lid. Deze eis geldt niet voor huidige budgethouders, die op grond van artikel 2.6.3a een pgb krijgen (artikel 2.6.3b, tweede lid). Het derde lid van artikel 2.6.3b is gelijk aan het vervallen lid vijf van artikel 2.6.3.

### **Onderdeel L**

Aan artikel 2.6.4 zijn twee nieuwe onderdelen toegevoegd. Deze onderdelen zijn inhoudelijk gelijk aan de onderdelen c en d, van het eerste lid van het vervallen artikel 2.7.3. Op grond van onderdeel l van het eerste lid moet een pgb worden geweigerd als de verzekerde zich, gelet op de door hem verstrekte gegevens en bescheiden, kennelijk onvoldoende heeft georiënteerd op het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod. Het is niet het zorgkantoor dat bepaalt of er een beschikbaar aanbod is, maar de verzekerde zelf. Het zorgkantoor kan weigeren als duidelijk geen sprake is geweest van voldoende oriëntatie op het beschikbare aanbod in natura. In onderdeel m is geregeld dat het pgb moet worden geweigerd als de verzekerde in het budgetplan heeft aangegeven dat hij voornemens is om de vergoeding uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders.



Met dit onderdeel zijn in artikel 2.6.4. enkele technische wijzigingen en tekstuele verduidelijking aangebracht. Onderdeel j van het eerste lid en het zesde lid zijn in artikel 2.6.3 geplaatst.

### **Onderdeel M**

Aan artikel 2.6.5 is een tweede lid toegevoegd. In dat lid is het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering van overeenkomstige toepassing verklaard op het pgb. Deze wijziging hangt mede samen met de wijzigingen op grond van de Wet AWBZ-zorg buitenland.

### **Onderdeel N**

De in artikel 2.6.6, derde lid, genoemde ophoging van € 10 562 is verlaagd naar € 3 332, omdat de tarieven voor pgb's hierdoor in de praktijk te hoog uitvielen. Zie ook paragraaf 1.3.2.2 van het algemene deel van toelichting. In die paragraaf is toegelicht dat de in 2012 ingevoerde tariefsverhoging voor verzekerden met een pgb op basis van een verblijfsindicatie is komen te vervallen, behalve voor verzekerden met een zzp VV. Daarmee is het percentage van 5% in het artikel komen te vervallen. Voor de verzekerden met een zzp VV is de ophoging verwerkt in de toekenningstabel in bijlage 2. Voor verzekerden die wonen in kleinschalige wooninitiatieven en ten minste een pgb ontvangen voor persoonlijke verzorging en begeleiding individueel geldt per 1 januari 2013 een extra ophoging van het pgb van € 4000.

### **Onderdeel O**

Met onderdeel N wordt een nieuw artikel 2.6.6a ingevoegd. In het eerste en derde lid van dat artikel wordt de budgetgarantie geregeld voor bepaalde groepen budgethouders. In paragraaf 1.3.2.2 van het algemene deel van deze toelichting is reeds ingegaan op de verschillende groepen die een budgetgarantie krijgen.

Met het tweede lid van artikel 2.6.6a is bepaald dat een verzekerde die woonachtig is in een 'thuisituatie' niet als bewoner van een kleinschalig wooninitiatief wordt aangemerkt. Hier is sprake van als de verzekerde woonachtig is bij zijn ouders, voogden of pleegouders. Deze verzekerden worden dus uitgezonderd van de budgetgarantie op grond van artikel 2.6.6a, eerste lid, onder b.

Met het vierde en vijfde lid wordt voorkomen dat de verzekerde een garantiebedrag krijgt dat even hoog blijft bij een veranderde besteding. Het garantiebedrag is het 'normale' bruto pgb-bedrag dat op grond van artikel 2.6.6, eerste lid, is berekend, vermeerderd met een ophoging om het op grond van het eerste of het derde lid gegarandeerde pgb-bedrag te krijgen. In het vierde lid is geregeld dat indien de verzekerde ten opzichte van 2012 minder of andere functies met een pgb tot gelding brengt en dit een lager bruto pgb tot gevolg heeft, de ophoging niet zo hoog zal zijn dat het garantiebedrag als bedoeld in het eerste en derde lid wordt bereikt. De vermindering van het bruto pgb dat met de wijziging in afname van functies met het pgb wordt veroorzaakt, wordt dus in mindering gebracht op het budget dat op grond van het eerste of derde lid is gegarandeerd. Het vijfde lid biedt een soortgelijke bepaling voor de situatie dat een verzekerde een pgb aanvraagt op grond van een gewijzigde indicatie. Een overstap naar een zorgzwaartepakket dat leidt tot een lager bruto pgb dan in 2012 is verkregen, wordt dus niet gecompenseerd met een hoger ophogingsbedrag om het garantiebedrag te krijgen. Ook hier wordt het verschil tussen de reguliere bruto pgb-bedragen van 2012 en 2013 in mindering gebracht op de in het eerste en derde lid bedoelde garantiebedragen.

In het zesde en zevende lid is geregeld dat alleen verzekerden die reeds pgb-houders waren een garantiebedrag krijgen. De verzekerden die op grond van het eerste lid, onder a, van artikel 2.6.6a in aanmerking komen voor een garantiebedrag, krijgen dit alleen indien zij sinds de eerste pgb-verlening op grond van een zorgzwaartepakket, onafgebroken een pgb hebben gekregen. Verzekerden worden ook als 'bestaande' budgethouders aangemerkt indien de verleningen van pgb's alleen zijn onderbroken met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen of door verblijf in een instelling.

### **Onderdeel P**

In artikel 2.6.7 zijn de nieuwe eigen bijdragen vastgesteld voor het jaar 2013. Ook zijn de verwijzingen naar de leeftijd van 65 jaar waarop men recht krijgt op een ouderdomspensioen ingevolge de Algemene Ouderdomswet (AOW) gewijzigd. Vanaf 2012 wordt deze leeftijd stapsgewijs verhoogd naar 67 jaar in 2023 en vanaf 2024 gekoppeld aan de stijging van de levensverwachting. Dit is geregeld in de Wet verhoging AOW- en pensioenrichtleeftijd. Omdat mensen door het stapsgewijs verhogen van de AOW-leeftijd verschillende AOW-leeftijden kunnen hebben, is er voor gekozen de leeftijdsgrens van '65 jaar' te vervangen door 'de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet'.

### **Onderdelen Q en U**

In artikel 2.6.8 is de berekeningswijze voor het pgb dat in het buitenland wordt besteed vervallen. Dit



lid is onderdeel geworden van het nieuwe artikel 2.6.9a dat een regeling geeft voor het besteden van pgb's in het buitenland. Zie ook de toelichting op de Wet AWBZ-zorg buitenland in paragraaf 1.3.3 van het algemene deel van deze toelichting. Met onderdeel T wordt artikel 2.6.11 in lijn gebracht met het nieuwe artikel 2.6.8.

### **Onderdeel R**

In artikel 2.6.9 is onderdeel I vervallen. Het is voor verzekerden daarom niet meer verplicht om een separate bankrekening te gebruiken voor het pgb (onderdeel Q, tweede lid).

Met het derde lid van dit onderdeel is verduidelijkt dat het pgb alleen besteed mag worden aan vervoer indien deze kosten gemaakt worden voor het ontvangen van begeleiding groep.

### **Onderdeel S**

Dit onderdeel voegt een nieuw artikel 2.6.9a in dat ziet op het recht om een pgb te besteden in het buitenland. In paragraaf 1.3.3 van het algemene deel van de toelichting is dit reeds toegelicht.

### **Onderdeel T**

Met dit onderdeel worden de verwijzingen in artikel 2.6.10, zesde en zevende lid, naar het oude artikel 2.6.3, vijfde lid, veranderd in verwijzingen naar het artikel 2.6.3b, derde lid. Die laatste bepaling is inhoudelijk gelijk aan het vervallen artikel 2.6.3, vijfde lid.

### **Onderdeel V**

In het vervallen 2.6.3, achtste lid, was een grond opgenomen om de subsidieverlening te wijzen nadat indicatiebesluit als gevolg van bezwaar of beroep wordt herzien. Deze wijzigingsgrond is aan het eerste lid van artikel 2.6.12 toegevoegd.

### **Onderdeel W**

Dit onderdeel herstelt een schrijffout in artikel 2.6.13.

### **Onderdeel X**

Artikel 2.6.15 is vervallen. In het nieuwe artikel 2.6.9a over budgetgarantie zijn delen van die vervallen bepaling opgenomen.

### **Onderdeel Y**

Paragraaf 2.7, waar de subsidie voor de Vergoeding persoonlijke zorg was geregeld, vervalt.

### **Onderdeel Z**

De Stichting Stimezo Alkmaar wordt geschrapt omdat de stichting is opgehouden te bestaan.

### **Onderdeel AA**

De tekst van artikel 2.11.2, eerste lid is geredigeerd om de leesbaarheid te verbeteren. De strekking van het lid is ongewijzigd gebleven.

### **Onderdeel AB**

In artikel 2.11.4, eerste lid zijn de bedragen geïndexeerd voor het jaar 2013.

Artikel 2.11.4, tweede lid is herschreven om de toeslag beter te kunnen verdelen tussen verzekerden en niet-verzekerden. De behandelingen aan deze populatie worden immers in één en dezelfde abortuskliniek verricht. Daarom wordt uitgegaan van het toekennen van één toeslagbedrag in combinatie met het opbouwen van een onderhoudsvoorziening als toeslag voor de overige kosten van een abortuskliniek.

Om te kunnen bewerkstelligen dat de huisvestingstoelage en de toeslag overige kapitaalslasten zo zuiver mogelijk naar rato worden verdeeld over de verzekerden en niet-verzekerden, is als parameter gekozen voor het nemen van de verrichtingen en de overtijdbehandelingen. De reden om te kiezen voor deze parameter is ingegeven door het feit dat de abortusklinieken verplicht zijn de verrichtingen en overtijdbehandeling te registreren en uit te splitsen naar verzekerden en niet-verzekerden. De



---

gekozen formule voor de berekening van de toeslag sluit hierdoor goed aan op de praktijk van de abortusklinieken.  
Langs deze weg wordt voorkomen dat subsidiegelden zouden worden aangewend voor niet-verzekerden.

**Onderdeel AD**

Bijlage 2 is opnieuw vastgesteld.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn*