

**Regeling
Persoonsgebonden budget AWBZ
2007**

Paragraaf 2.6

Persoonsgebonden budget

Artikel 2.6.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

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

Artikel 2.6.2

1. Aan zorgkantoren wordt op aanvraag per kalenderjaar een subsidie verleend die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.3 tot en met 2.6.13 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten.
2. Het subsidieplafond voor de in het eerste lid bedoelde activiteiten bedraagt € 1.039.000.000.
3. Voor verleende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het eerste lid wordt een maximale subsidie in aanmerking genomen, dat wordt berekend overeenkomstig de volgende formule: $(A \times B) / C \times € 1.039.000.000$ waarbij wordt verstaan onder:
A: het aantal verzekerden in de regio van de subsidie-ontvanger waaraan op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar een subsidie was verleend op grond van deze paragraaf;
B: het gemiddeld op jaarbasis op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar door de subsidie-ontvanger aan de onder A bedoelde verzekerden verleende netto persoonsgebonden budget;
C: de som van de tellers voor alle subsidie-ontvangers tezamen.
4. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor persoonsgebonden budgetten voor verzekerden woonachtig in zijn regio.
5. In afwijking van het vierde lid kan het zorgkantoor ook bestedingen door een zorgkantoor in een andere regio ten laste van het subsidie brengen, na schriftelijke toestemming van het College voor zorgverzekeringen.
6. Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.
7. Voor de toepassing van hoofdstuk I wordt de in het eerste lid bedoelde subsidie beschouwd als een projectsubsidie, met dien verstande dat de aanvraag van de subsidie in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, niet vergezeld gaat van een projectplan.
8. Het College voor zorgverzekeringen kan bij de subsidievaststelling van enig jaar onbenutte subsidiegelden overhevelen van het ene zorgkantoor naar het andere zorgkantoor.

Artikel 2.6.3

1. Onverminderd artikel 2.6.2 wordt aan zorgkantoren op aanvraag per kalenderjaar een subsidie verleend die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.14 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten aan de verzekerden die geen persoonsgebonden budget wordt verstrekt vanwege de volledige benutting van de beschikbare middelen, bedoeld in artikel 2.6.2, tweede lid.
2. Het subsidieplafond voor de activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 25.000.000.
3. De subsidie, bedoeld in het eerste lid, wordt verdeeld met inachtneming van de door het College voor zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregels.
4. Het vierde tot en met achtste lid van artikel 2.6.2 zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 2.6.4

1. Een zorgkantoor verleent een verzekerde een netto persoonsgebonden budget voor zover:
 - a. de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 2.6.1, onderdeel b, c of d, en
 - b. de verzekerde voor die vorm of die vormen van zorg een netto persoonsgebonden budget heeft aangevraagd.
2. In afwijking van het eerste lid weigert het zorgkantoor verlening van een netto persoonsgebonden budget indien:
 - a. de verzekerde op de dag waarop de subsidieperiode zou aanvangen anders dan terzake van kortdurend verblijf in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet zal verblijven;
 - b. de verzekerde op grond van een wettelijk voorschrift, anders dan de AWBZ, recht heeft op de geïndiceerde zorg, of op een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten daarvan;
 - c. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben;
 - d. binnen de maximale subsidie als bedoeld in artikel 2.6.2, tweede en derde lid, en artikel 2.6.3, tweede en derde lid, geen ruimte voor verlening van een persoonsgebonden budget aanwezig is en de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd niet onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode.
3. In afwijking van het eerste lid kan het zorgkantoor verlening van een netto persoonsgebonden budget weigeren indien de verzekerde zich niet heeft gehouden aan bij de verstrekking van een eerder persoonsgebonden budget opgelegde verplichtingen.

Artikel 2.6.5

- Het netto persoonsgebonden budget wordt verleend voor een subsidieperiode die:
- a. niet eerder aanvangt dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het budget wordt verleend, en
 - b. eindigt met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit zijn geldigheidsduur verliest.

Artikel 2.6.6

1. Het bruto persoonsgebonden budget bedraagt per kalenderjaar voor:
 - a. persoonlijke verzorging:

1e klasse 1:	€ 1.416
2e klasse 2:	€ 4.248
3e klasse 3:	€ 7.785
4e klasse 4:	€ 12.033
5e klasse 5:	€ 16.279
6e klasse 6:	€ 20.526
7e klasse 7:	€ 25.480
8e klasse 8:	€ 31.850

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 € 1.416;
 - b. verpleging:

1e klasse 0:	€ 1.221
2e klasse 1:	€ 3.645
3e klasse 2:	€ 7.286
4e klasse 3:	€ 13.356
5e klasse 4:	€ 20.645
6e klasse 5:	€ 27.928

7e klasse 6: € 35.216

8e klasse 7: € 43.716

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 € 2.433;

c. ondersteunende begeleiding in uren:

1e klasse 1: € 1.768

2e klasse 2: € 5.305

3e klasse 3: € 9.726

4e klasse 4: € 15.031

5e klasse 5: € 20.333

6e klasse 6: € 25.639

7e klasse 7: € 31.825

8e klasse 8: € 39.783

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 € 1.768;

d. ondersteunende begeleiding in dagdelen:

1e klasse 1: € 2.297

2e klasse 2: € 4.597

3e klasse 3: € 6.894

4e klasse 4: € 9.193

5e klasse 5: € 11.491

6e klasse 6: € 13.789

7e klasse 7: € 16.088

8e klasse 8: € 18.386

9e klasse 9: € 20.684

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 uren de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.297

e. ondersteunende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2.576

2e klasse 2: € 5.151

3e klasse 3: € 7.727

4e klasse 4: € 10.303

5e klasse 5: € 12.879

6e klasse 6: € 14.900

7e klasse 7: € 17.476

8e klasse 8: € 19.773

9e klasse 9: € 22.072

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 uren de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.297;

f. activerende begeleiding in uren:

1e klasse 1: € 2.712

2e klasse 2: € 8.135

3e klasse 3: € 14.916

4e klasse 4: € 23.052

5e klasse 5: het bedrag genoemd bij klasse 4, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 4 overschrijdt en een bedrag van € 2.712;

g. activerende begeleiding in dagdelen:

1e klasse 1: € 2.642

2e klasse 2: € 5.285

3e klasse 3: € 7.926

4e klasse 4: € 10.570

5e klasse 5: € 13.212

6e klasse 6: € 15.855

7e klasse 7: € 18.496

8e klasse 8: € 21.139

9e klasse 9: € 23.781

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 uren de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.642;

h. activerende begeleiding in dagdelen, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2.920

2e klasse 2: € 5.840

3e klasse 3: € 8.760

4e klasse 4: € 11.679

5e klasse 5: € 14.599

6e klasse 6: € 16.965

7e klasse 7: € 19.885

8e klasse 8: € 22.528

9e klasse 9: € 25.169

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 uren de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.642;

i. kortdurend verblijf:

€ 96 per etmaal.

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

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

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

5. Indien de subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$A \times (B/C),$$

waarbij wordt verstaan onder:

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

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

C: het aantal dagen in het kalenderjaar.

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

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

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

Artikel 2.6.7

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

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

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

2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt per kalenderjaar niet meer dan:

- a. voor de ongehuwde verzekerde jonger dan 65 jaar € 216,39, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 16 137 het bedrag van € 216,39 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 16 137;
- b. voor de ongehuwde verzekerde van 65 jaar of ouder € 216,39, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 14 162 het bedrag van € 216,39 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 14 162;
- c. voor de gehuwde verzekerden indien een van beiden jonger is dan 65 jaar of beiden jonger zijn dan 65 jaar € 310,25, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 20 810 het bedrag van € 310,25 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 20 810;
- d. voor de gehuwde verzekerde die beiden 65 jaar of ouder zijn € 310,25, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 19 837 het bedrag van € 310,25 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 19 837.
3. Bij de uitvoering van het tweede lid gaat het zorgkantoor uit van het verzamelinkomen in het kalenderjaar voorafgaande aan het peiljaar indien aan de verzekerde op 31 december van het voorgaande kalenderjaar een persoonsgebonden budget is verleend en het verzamelinkomen in het peiljaar op 1 maart van het kalenderjaar niet bekend is bij het zorgkantoor.
4. Het zorgkantoor vermindert de bijdrage die de verzekerde op grond van het tweede en derde lid maximaal verschuldigd is met een eigen bijdrage die verschuldigd is ingevolge de Wet maatschappelijke ondersteuning en het aandeel van de kosten van maatschappelijke ondersteuning dat bij de toekenning van een financiële tegemoetkoming ingevolge die wet voor eigen rekening komt alsmede met een bijdrage die verschuldigd is op grond van artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg.
5. De artikelen 1 en 16e van het Bijdragebesluit zorg zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 2.6.8

1. Het netto persoonsgebonden budget bedraagt het verschil tussen het bruto persoonsgebonden budget en de eigen bijdrage.
2. Indien de verzekerde langer dan zes weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en in het buitenland zorgverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

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 voor zorgverzekeringen vastgestelde aanvaardbaarheidspercentage¹.

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

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

¹ Zie bijlage

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

Artikel 2.6.9

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

a. de verzekerde gebruikt het budget uitsluitend voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 2.6.1, onderdeel b of d, en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten;

b. de zorg die de verzekerde inkoop, is kwalitatief verantwoord;

c. de verzekerde sluit een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener of zorgverlenende instantie waarin ten minste de volgende afspraken zijn opgenomen:
1°. declaraties voor verleende zorg worden niet betaald indien zij niet binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend bij de verzekerde zijn ingediend,
2°. een declaratie van een zorgverlener bevat een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren, het sociaal-fiscaal nummer en de naam en het adres van de zorgverlener, en wordt door de zorgverlener ondertekend,
3°. een declaratie van een zorgverlenende instantie bevat het btw-nummer van die instantie, een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het tarief, het aantal te betalen uren, dagdelen of etmalen en de naam en het adres van de zorgverlenende instantie, en wordt namens de zorgverlenende instantie ondertekend;

d. de verzekerde bewaart de in onderdeel c bedoelde overeenkomsten en declaraties gedurende zeven jaren en stelt deze, desgevraagd, ter beschikking van het zorgkantoor;

e. de verzekerde legt binnen zes weken na het einde van een voorschotperiode door middel van invulling van een daartoe aan het eind van iedere voorschotperiode door het zorgkantoor toegezonden formulier aan het zorgkantoor verantwoording af over het gebruik van het voorschot en eventuele eerder verleende voorschotten voor zover deze nog niet voor betalingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waren gebruikt;

f. bij de verantwoording over de laatste voorschotperiode van een kalenderjaar dan wel, in het kalenderjaar waarin de subsidieperiode eindigt, de laatste voorschotperiode in de subsidieperiode, voegt de verzekerde per zorgverlener of zorgverlenende instantie een formulier waarop hij naam, adres en sociaal-fiscaal nummer van de zorgverlener respectievelijk naam, adres en btw-nummer van de zorgverlenende instantie heeft aangetekend, alsmede het in dat kalenderjaar aan die zorgverlener of die zorgverlenende instantie betaalde bedrag;

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

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

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

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

3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a en e, mag de verzekerde in een kalenderjaar maximaal 1,5% van het voor dat jaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste € 250 en ten hoogste € 1.250, gebruiken voor andere betalingen dan betalingen bedoeld in onderdeel a, en geldt de verantwoordingsplicht, bedoeld in onderdeel e, niet voor dit deel van het budget.

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

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

6. Onderdeel f van het eerste lid is niet van toepassing indien de verzekerde verplicht is tot loonheffing.
7. Onderdeel g van het eerste lid geldt niet voor zover de verzekerde voor ondersteunende of activerende begeleiding zowel een AWBZ-aanspraak tot gelding brengt als een netto persoonsgebonden budget ontvangt.
8. Het College voor zorgverzekeringen stelt standaardmodellen op voor de formulieren, bedoeld in het eerste lid, onderdelen e en f.
9. In afwijking van het eerste lid, onderdeel e, is de verzekerde aan wie maandelijks een voorschot wordt uitbetaald slechts verplicht om binnen zes weken na het einde van ieder kwartaal verantwoording af te leggen.

Artikel 2.6.10

1. Het zorgkantoor bevoorschot de verzekerde het verleende netto persoonsgebonden budget:
 - a. per jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 2.500 of minder bedraagt;
 - b. per half jaar, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 5.000 of minder, maar meer dan € 2.500 bedraagt;
 - c. per kwartaal, indien het tot een jaarbedrag herleide budget € 25.000 of minder, maar meer dan € 5.000 bedraagt;
 - d. per maand, indien het tot een jaarbedrag herleide budget meer dan € 25.000 bedraagt.
2. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of eindigt, wordt voor de toepassing van het eerste lid het voor dat jaar beschikbare budget tot een jaarbedrag herleid door het desbetreffende budget te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar en de noemer gelijk is aan het aantal dagen van de subsidieperiode in het kalenderjaar.
3. Indien het zorgkantoor op basis van een verantwoording als bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel e, van mening is dat een voorschot is gebruikt voor andere betalingen, dan betalingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel, deelt het zorgkantoor dit binnen zes weken na ontvangst van de desbetreffende verantwoording aan de verzekerde mee.

Artikel 2.6.11

1. De verleningsbeschikking van het zorgkantoor aan de verzekerde bevat ten minste de volgende gegevens:
 - a. de subsidieperiode;
 - b. het bruto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
 - c. de hoogte van de eigen bijdrage en de wijze waarop deze bijdrage is berekend;
 - d. het netto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
 - e. de wijze waarop het netto persoonsgebonden budget wordt bevoorschot;
 - f. de verplichtingen van de verzekerde;
 - g. de hoogte van het bedrag waarover de subsidie-ontvanger geen verantwoording hoeft af te leggen en de wijze waarop dat bedrag is berekend;
 - h. indien van toepassing: het bedrag, bedoeld in artikel 2.6.8, tweede tot en met vijfde lid;
 - i. de mededeling dat de in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel f, bedoelde formulieren door het zorgkantoor worden doorgezonden aan de belastingdienst.
2. Indien het bedrag, bedoeld in artikel 2.6.8, tweede tot en met vijfde lid, pas na de bekendmaking van de verleningsbeschikking bekend wordt, is het zorgkantoor bevoegd om in afwijking van het eerste lid, een aanvullende verleningsbeschikking te geven waarin slechts de in het eerste lid, onderdeel d, g en h genoemde gegevens worden vermeld.
3. Indien de subsidieperiode in meer dan één kalenderjaar gelegen is, deelt het zorgkantoor vanaf het kalenderjaar na het jaar waarin de subsidie is verleend de verzekerde jaarlijks het bedrag van het netto persoonsgebonden budget voor het in dat jaar gelegen deel van de subsidieperiode mede.

Artikel 2.6.12

1. Onverminderd de intrekings- of wijzigingsgronden, genoemd in artikel 4:48, eerste lid, onderdelen c en d, van de Algemene wet bestuursrecht wordt de verleningsbeschikking ingetrokken of gewijzigd:

- a. met ingang van de dag gelegen na de dag waarop de verzekerde overlijdt;
- b. met ingang van de dag waarop de verzekerde langer dan twee maanden verblijft in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet;
- c. met ingang van de dag vanaf welke de verzekerde schriftelijk heeft aangegeven geen prijs meer te stellen op het budget;
- d. met ingang van de dag waarop 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. met ingang van de dag waarop het zorgkantoor, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben.

2. De verleningsbeschikking kan worden ingetrokken of gewijzigd:

- a. met ingang van de dag waarop het zorgkantoor constateert dat meer dan 1,5% van een verleend voorschot is gebruikt voor andere betalingen, dan betalingen als bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel a;
- b. met ingang van de dag waarop de verzekerde de bij of krachtens artikel 2.6.9 opgelegde overige verplichtingen niet nakomt.

Artikel 2.6.13

1. Na afloop van ieder kalenderjaar wordt de subsidie voor het desbetreffende kalenderjaar vastgesteld.

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

3. Een bij het zorgkantoor ingediend verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode in het kalenderjaar of, indien het tweede lid van toepassing is, in de subsidieperiode, dient als aanvraag tot subsidievaststelling.

4. Het zorgkantoor stelt het netto persoonsgebonden budget binnen zes weken na de aanvraag tot subsidievaststelling vast.

5. Artikel 4:46 van de Algemene wet bestuursrecht is van toepassing, met dien verstande dat het persoonsgebonden budget wordt vastgesteld op de som van:

- a. 1,5% van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste op € 250 en ten hoogste op € 1.250, en
- b. het restant van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget voor zover er betalingen mee zijn verricht als bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel a.

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

7. Het zorgkantoor vordert onverschuldigd betaalde bedragen van de verzekerde terug of verrekent deze met door hem aan de verzekerde terzake van persoonsgebonden budgetten verschuldigde bedragen.

Artikel 2.6.14

1. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de formulieren, bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdelen e en f, naar waarheid zijn ingevuld.

2. Het College voor zorgverzekeringen bepaalt welke gegevens de zorgkantoren bij de uitvoering van deze paragraaf registreren.

3. Het zorgkantoor bewaart de in het tweede lid bedoelde gegevens gedurende ten minste vijf jaar.

Artikel 2.6.15

Een zorgkantoor dat op basis van een met een gemeente afgesloten overeenkomst persoonsgebonden budgetten op grond van artikel 41 van de Wet maatschappelijke ondersteuning verleent, brengt de kosten van die persoonsgebonden budgetten ten laste van deze subsidieparagraaf voor zover die kosten het gevolg zijn van de uitvoering van artikel, 2.6.8, vierde of vijfde lid.

Toelichting

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

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

Artikel 2.6.1

Artikel 2.6.1 bevat een aantal definities van begrippen waarvan in de rest van deze paragraaf gebruik wordt gemaakt.

Onder persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en vervoer wordt in deze paragraaf verstaan hetgeen daar onder wordt verstaan in het Besluit zorgaanpak AWBZ. Anders dan in dat besluit, hoeft de persoonlijke verzorging, de verpleging of de ondersteunende en activerende begeleiding echter niet door een toegelaten instelling te worden verleend. De verzekerde aan wie een pgb wordt verstrekt kan derhalve de geïndiceerde zorg ook inkopen bij een natuurlijke persoon, of bij een rechtspersoon die of ander organisatorisch verband dat niet tot het verlenen van AWBZ-zorg is toegelaten. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat een aanspraak op vervoer slechts kan bestaan in combinatie met een aanspraak op ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen, en mits er een medische noodzaak voor het vervoer bestaat. Dit is geregeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanpak AWBZ.

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

Wat betreft onderdeel f het volgende. De aan de verzekerde te verstrekken subsidie - in deze regeling het 'netto persoonsgebonden budget' genoemd - is, zo bepaalt artikel 2.6.7, eerste lid, gelijk aan het bruto persoonsgebonden budget verminderd met een bedrag dat de verzekerde geacht wordt zelf voor het inkopen van de zorg in te zetten (eigen bijdrage). Deze eigen bijdrage zou de verzekerde ook verschuldigd zijn geweest indien hij de desbetreffende zorg in natura zou hebben genoten. Door ook het bedrag dat in totaal aan zorg besteed zou moeten worden met 'persoonsgebonden budget' aan

te duiden (zij het met het voorvoegsel 'bruto') wordt benadrukt dat het voor inkoop van zorg beschikbare budget gelijk is aan dit bruto bedrag, en dat de verzekerde een deel van dit budget wordt verstrekt (het netto persoonsgebonden budget) terwijl hij het andere deel zelf moet fourneren.

De pgb-regeling nieuwe stijl gaat uit van een getrapte subsidie: het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verstrekt de zorgkantoren subsidie, waarmee deze de in hun regio wonende verzekerden op hun beurt subsidies verstrekken. Laatstbedoelde subsidies heten de 'netto persoonsgebonden budgetten' (zie ook artikel 2.6.1, onderdeel f). Dit is geregeld in artikel 2.6.2.

Artikel 2.6.2

Artikel 2.6.2 regelt de subsidieverlening aan de zorgkantoren. Deze geschiedt op aanvraag. Het zorgkantoor hoeft, in afwijking van hetgeen in de algemene subsidiebepalingen van de Regeling subsidies AWBZ geregeld is, jegens het CVZ niet aannemelijk te maken dat er in zijn regio behoefte bestaat aan pgb's, noch dat de subsidie voldoende zal zijn om in deze behoefte te voorzien. Ook hoeft de aanvraag niet vergezeld te gaan van een projectplan. Het zorgkantoor mag de verleende subsidie namelijk alleen gebruiken voor het verstrekken van pgb's, zodat aard en doel van de besteding van de subsidie duidelijk zijn (opgemerkt wordt dat de kosten die het zorgkantoor maakt voor de uitvoering van de subsidieregeling niet op grond van de voorliggende regeling, maar op een andere titel worden vergoed). Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de subsidie door het zorgkantoor moet worden besteed. Deze is neergelegd in de artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.14. Daarnaast bevat hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ een aantal algemene regels die bij het gebruik van projectsubsidies in acht moeten worden genomen. Het naleven van de in deze paragraaf en - voor zover van toepassing - van de in hoofdstuk I neergelegde regels is te zien als een tot de zorgkantoren gerichte subsidieverplichting, als bedoeld in artikel 4:37, eerste lid, van de Awb. Indien een zorgkantoor deze regels niet in acht neemt, kan het CVZ na de subsidieperiode - dat wil zeggen het kalenderjaar - ingevolge artikel 4:46, tweede lid, onderdeel b, van de Awb de subsidie op een lager bedrag vaststellen dan waarvoor deze was verleend en eventueel teveel betaalde voorschotten terugvorderen (artikel 4:57 Awb).

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

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

De nieuwe verdeelsleutel sluit beter aan bij deze regionale verschillen.

De factoren A, B en C worden door het CVZ vastgesteld op grond van de maandelijkse monitoring door de zorgkantoren. Daarin vermelden zorgkantoren onder ander welke verplichtingen zij op jaarbasis hebben ten opzichte van de budgethouders aan wie op de peildatum een PGB is toegekend.

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

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

artikel 2.6.2 geregeld dat deze subsidie voor de toepassing van hoofdstuk I als projectsubsidie wordt beschouwd.

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

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

Artikel 2.6.3

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

De artikelen 2.6.4 tot en met 2.6.13 gaan over de wijze waarop de zorgkantoren de aan hun verleende subsidie als pgb dienen door te verstrekken aan hun verzekerden. Conform de Awb zijn er drie soorten beschikkingen die de pgb-verstrekking regelen. Ten eerste de verleningsbeschikking, die de verzekerde over een bepaalde subsidieperiode het recht geeft op een subsidie indien - en in het geval van het netto pgb ook: voor zover - hij de daarmee te verrichten activiteiten met inachtneming van de daaraan verbonden verplichtingen verricht. Ten tweede de voorschotbeschikking, die bepaalt op welke wijze het verleende budget aan de verzekerde wordt bevoorschot. Ten derde de vaststellingsbeschikking, die na afloop van ieder kalenderjaar respectievelijk het einde van de subsidieperiode, wordt gegeven, en waarmee het zorgkantoor definitief het recht op en de hoogte van het budget over dat kalenderjaar respectievelijk over de periode tussen 1 januari en het einde van de subsidieperiode vaststelt. Indien de term 'verstrekking' wordt gebruikt, wordt daarmee de verlening of de vaststelling, dan wel beide, bedoeld.

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

Artikel 2.6.4

Artikel 2.6.4 geeft de voorwaarden voor de verlening van een netto pgb.

Het eerste lid bevat de noodzakelijke voorwaarden voor het kunnen verlenen van een budget: (a) de verzekerde is geïndiceerd voor persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, kortdurend verblijf of vervoer, en (b) de verzekerde heeft voor die vormen van zorg, waarvoor hij een pgb wenst te ontvangen, een pgb-aanvraag ingediend. Het is mogelijk dat een verzekerde die volgens zijn indicatiebesluit op verschillende van eerdergenoemde vormen van zorg is aangewezen, voor de ene een pgb aanvraagt, en voor de andere kiest voor het ontvangen van zorg in natura op grond van de AWBZ.

Verblijf, derhalve ook kortdurend verblijf, kan alleen tezamen met een andere functie worden geïndiceerd (artikel 9 Besluit zorgaanpak AWBZ). Dat doet er niet aan af dat

het mogelijk is om desgevraagd alleen een pgb voor kortdurend verblijf te verstrekken. Dit geldt zelfs indien betrokkene volgens zijn indicatiebesluit is aangewezen op behandeling (waarvoor geen pgb kan worden verstrekt) en kortdurend verblijf. Daarentegen kan geen "los" pgb voor vervoer - dat ingevolge artikel 10 van het Besluit zorgaanpak AWBZ slechts in combinatie met ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen kan worden geïndiceerd - worden verleend.

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

Het tweede lid van artikel 2.6.4 geeft aan wanneer het zorgkantoor een aanvraag tot verlening van een pgb moet weigeren. Dit is allereerst het geval indien de verzekerde op het moment waarop de pgb-subsidieperiode zou aanvangen, in een instelling zal verblijven. De reden hiervoor is, dat verblijf nog in combinatie met andere vormen van zorg wordt bekostigd (productfinanciering). Het kunnen verlenen van enerzijds een pgb voor de in artikel 2.6.1, onderdeel b, genoemde vormen van zorg en anderzijds het leveren van verblijf in natura, zou daarom tot een gedeeltelijk dubbele bekostiging leiden. De mogelijkheid van verblijf in natura met een pgb voor één van de andere vormen van zorg waarvoor de verzekerde is geïndiceerd, zal worden heroverwogen op het moment dat de bekostiging van verblijf niet meer gecombineerd met andere vormen van zorg plaatsvindt. Overigens kan, zoals uit voorgaande blijkt, voor tijdelijk verblijf wel een pgb worden verleend. Dit houdt verband met het feit dat tijdelijk verblijf niet ingaat tegen het beleid van het scheiden van wonen en zorg.

Ten tweede is er een weigeringsgrond indien de verzekerde op basis van een wettelijk voorschrift anders dan de AWBZ recht heeft op dezelfde zorg als de geïndiceerde zorg naar ten minste dezelfde klasse, of op (ten minste) een daarmee overeenkomende vergoeding.

Het tot gelding kunnen brengen van een aanspraak op AWBZ-zorg is op zich geen reden om een aanvraag tot pgb-verlening te weigeren. Immers, het pgb kan juist slechts verleend worden indien de verzekerde voor zo'n aanspraak is geïndiceerd, hetgeen, gezien de systematiek van de AWBZ, automatisch met zich brengt dat de verzekerde de aanspraak tot gelding kan brengen. Het is echter uiteraard niet de bedoeling dat de verzekerde naast een pgb voor de vorm(en) van zorg waarvoor dat pgb is toegekend, tevens zorg in natura op grond van de AWBZ geniet. Of dit gedurende de subsidieperiode niet zal gebeuren, is niet bij de pgb-verlening te constateren. Daarom worden de zorgkantoren in artikel 2.6.9, onderdeel g, verplicht, de verzekerden op hun beurt de verplichting op te leggen, dat zij gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het pgb is verstrekt, niet tevens rechten op AWBZ-zorg tot gelding brengen. Het niet voldoen aan een subsidieverplichting kan leiden tot wijziging of intrekking van de subsidieverlening (artikel 2.6.13, tweede lid, onderdeel b) en tot terugvordering van het ten onrechte bevoorschotte of vastgestelde bedrag (artikel 2.6.13, zevende lid). Overigens geldt iets dergelijks ook voor de eerste weigeringsgrond: ook hier is het mogelijk dat de verzekerde die voor verblijf is geïndiceerd, bij de aanvraag van een pgb voor een andere geïndiceerde vorm van zorg verklaart niet in een instelling te zullen gaan verblijven, waarna hij dat later toch gaat doen. In artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel h, wordt het zorgkantoor dan ook de verplichting opgelegd de verzekerde bij de subsidieverlening te verplichten geen gebruik te maken van het geïndiceerde verblijf.

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

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

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

Artikel 2.6.5

Artikel 2.6.5 regelt de periode waarvoor het pgb wordt verleend, de subsidieperiode. Deze periode start niet eerder dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het budget wordt verleend, en loopt tot de dag waarop de geldigheidsduur van het indicatiebesluit eindigt.

Indicatiebesluiten kunnen, afhankelijk van de vragen of de geïndiceerde zorg een tijdelijk of permanent karakter heeft en of de benodigde zorg naar aard of inhoud nog zal wijzigen, voor perioden van langer dan een kalenderjaar - met een maximum van vijf jaren - worden gegeven. Artikel 2.6.5 brengt met zich, dat het netto pgb - afhankelijk van de duur van de indicatie en de datum waarop de verzekerde het pgb aanvraagt - voor meer kalenderjaren kan worden verleend. Voor de verzekerde heeft dit als voordeel, dat niet aan het einde van ieder kalenderjaar een nieuwe verlening hoeft te worden aangevraagd. Het aanvragen van een nieuwe verlening is pas aan de orde na afloop van een indicatieperiode. Dit ligt ook in de rede, aangezien een nieuwe indicatie van de verzekerde kan leiden tot indicatie van andere vormen van zorg of een andere omvang van de aangewezen zorg, hetgeen op zijn beurt gevolgen kan hebben voor het pgb.

Artikel 2.6.6

Artikel 2.6.8, eerste lid, bevat de hoofdregel voor de berekening van de omvang van het te verlenen netto pgb: dit pgb is gelijk aan de waarde van het bruto pgb minus het bedrag van de eigen bijdrage dat betrokkene verschuldigd zou zijn indien hij de desbetreffende zorg in natura zou hebben ontvangen. Artikel 2.6.6 geeft regels over de berekening van het bruto pgb.

In het indicatiebesluit bepaalt het CIZ voor iedere geïndiceerde vorm van zorg (exclusief behandeling of verblijf) de bijbehorende zorgzwaarte ('klasse') in uren respectievelijk dagdelen. Het eerste lid van artikel 2.6.6 geeft het bij iedere klasse respectievelijk het bij kortdurend verblijf behorende bedrag. Dit bedrag is het bedrag waarmee de verzekerde de voor hem geïndiceerde zorg - voor zover hem daar een budget voor wordt verleend - zou moeten kunnen inkopen, dat wil zeggen: is het bruto pgb. Heeft de verzekerde voor meer vormen van zorg een budget aangevraagd, dan bedraagt het bruto pgb de som van de op grond van het eerste lid te bepalen bedragen. Als eerder gezegd wordt van de verzekerde verwacht dat hij een deel van de benodigde zorg zelf financiert (de eigen bijdrage); het andere deel kan hij financieren uit het hem verstrekte netto pgb.

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

De bijtelling voor vervoer in de onderdelen f en g van het eerste lid gaat uit van een bedrag van € 5 per dagdeel (voor de heen- en terugreis tezamen), met een maximum van € 25 per week (prijspeil 2003). Dit laatste houdt verband met het feit dat een verzekerde bij begeleiding op meerdere dagdelen per dag veelal slechts éénmaal op die dag heen en weer zal hoeven te reizen.

Artikel 2.6.5 leidt ertoe, dat de subsidie voor meerdere jaren kan worden verleend. Het derde en vierde lid van artikel 2.6.6 bewerkstelligen, dat in dergelijke gevallen het bruto pgb (en daarmee het netto pgb) ieder jaar wordt geïndexeerd, en wel met het percentage waarmee de bedragen van het eerste lid ieder jaar zullen worden verhoogd.

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

Op 3 maart 2005 heb ik het CVZ verzocht om te bevorderen dat zorgkantoren tot € 300 per dag onverkort uitvoering geven aan het indicatiebesluit. Met artikel 2.6.6, zesde lid veranker ik die gedragslijn in de pgb-regeling. Indien sprake is van toekenning van een persoonsgebonden budget van meer dan € 300 per dag dan zal dat beperkt worden tot de kosten van verblijf. Dit is niet het geval, indien een arts, niet zijnde een arts van de verzekerde, aangeeft dat op medische gronden een contra-indicatie voor verblijf bestaat.²

Met het negende lid wordt invulling gegeven aan de motie-Smits, waarin de regering wordt verzocht instrumenten als zorgzwaartefinanciering en pgb zo in te richten dat zelfstandig wonen mogelijk is en blijft (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 26 631, nr. 122).

Artikel 2.6.7

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

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

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

Het tweede lid regelt het inkomensafhankelijk maximum. Van toepassing zijn dezelfde maximering en hetzelfde inkomensbegrip als voor zorg in natura. Dat betekent dat ook voor het pgb een bepaald percentage van het verzamelinkomen met een minimum geldt.

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

Artikel 2.6.8

Het eerste lid van artikel 2.6.8 bevat de hoofdregel over de omvang van de aan de verzekerde te verlenen subsidie: het netto persoonsgebonden budget is gelijk aan het bruto persoonsgebonden budget, verminderd met de eigen bijdrage.

² Deze zin is niet langer actueel

Een pgb zal ook aan in het buitenland verblijvenden (bijvoorbeeld de zogenoemde 'overwinteraars' in Spanje) kunnen worden verstrekt. Het kan echter zijn, dat de inkoop van zorg in het buitenland goedkoper is dan de inkoop van zorg in Nederland. Het tweede lid van artikel 2.6.8 leidt ertoe dat in dat geval het budget wordt omgerekend naar het buitenlandse prijspeil.

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

Het vierde lid zorgt ervoor dat ieder kalenderjaar maximaal 10% van de niet bestede gelden naar het volgende jaar mag worden overgeheveld. Dit is nodig nu de subsidie - die op zich voor meerdere jaren verleend kan worden - per kalenderjaar wordt vastgesteld. Deze systematiek geldt ook indien het pgb van de verzekerde op 31 december eindigt en op 1 januari een nieuw pgb ingaat (vijfde lid).

Artikel 2.6.9

Artikel 2.6.9, eerste lid, bevat een opsomming van de verplichtingen die het zorgkantoor de verzekerde bij de verlening van het pgb dient op te leggen. Allereerst betreft dit de verplichting om het budget niet anders te besteden, dan voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 2.6.1, onderdeel b of d en de daarmee noodzakelijk verbonden kosten (onderdeel a). Bij met de betaling van de zorg noodzakelijk verbonden kosten dient onder meer te worden gedacht aan secundaire arbeidsvoorwaarden van de zorgverlener - tot het bij cao overeengekomen niveau - voor het geval de budgethouder werkgever is. De budgethouder-werkgever doet er verstandig aan zich te verzekeren tegen de risico's van het doorbetalen van het loon van de zorgverlener bij ziekte, en tegen het risico van een hoge WAO-premie bij arbeidsongeschiktheid. De werkgever-budgethouder zal zijn administratie kosteloos kunnen uitbesteden aan een facilitaire organisatie. Deze organisatie zal ook - voor de budgethouder kosteloze - verzekeringen tegen eerdergenoemde risico's aanbieden. Een budgethouder die hier geen gebruik van wenst te maken, zal de risico's zelf moeten dekken. De premies voor dergelijke verzekeringen zijn derhalve niet te zien als met de betaling van de zorg noodzakelijk verbonden kosten. Indien de budgethouder voor het vinden van een zorgaanbieder een derde heeft ingeschakeld en hij die derde voor de bemiddeling betaalt, kunnen onder 'noodzakelijk met de betaling van de zorg verbonden kosten' ook deze bemiddelingskosten worden geschaard.

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

Onderdeel a verhindert niet dat zorg wordt ingekocht waarvoor de verzekerde niet geïndiceerd is, dan wel dat zorg wordt ingekocht waarvoor betrokkene wel geïndiceerd is, maar waarvoor hij heeft aangegeven geen pgb te willen ontvangen. Voor deze ruime bestedingsmogelijkheid is gekozen met het oog op de uitvoerbaarheid van de regeling door de zorgkantoren. Indien de verzekerde het budget voor de inkoop van andere zorg gebruikt dan waarvoor het is verleend, en vervolgens een aanvraag indient om een hogere subsidieverlening opdat alsnog de zorg kan worden ingekocht waarvoor het was verleend, zal deze aanvraag uiteraard worden afgewezen. Tevens verhindert het onderdeel niet, dat de verzekerde, indien hem een budget voor meer vormen van zorg is toegekend, besluit het budget anders te verdelen dan de verdeling waarop de verlening was gebaseerd. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat, tenzij de verzekerde een indicatie voor ondersteunende of activerende begeleiding inclusief vervoer heeft en daar

een pgb voor ontvangt, een pgb niet gebruikt kan worden voor de inkoop van vervoer. Dit is geregeld in het tweede lid. Overigens is combinatie van het tot gelding brengen van een AWBZ-aanspraak op zorg in natura en het gebruiken van een deel van het - voor andere vormen van zorg verleende - pgb voor aanvullende inkoop van dezelfde zorg, gezien het eerste lid, onderdeel g, niet toegestaan. Een uitzondering hierop is indien iemand zowel voor ondersteunende of activerende begeleiding in dagdelen, als in uren is geïndiceerd.

De regel dat het budget gebruikt dient te worden voor de inkoop van zorg en met de zorg verbonden kosten kent een uitzondering: maximaal 1,5% van het budget, met een minimum van € 250 en een maximum van € 1.250 op jaarbasis, mag vrij besteed worden (artikel 2.6.9, derde lid). Hoewel het de bedoeling is dat dit bedrag aan zijdelings met de zorg verbonden kosten wordt besteed (bijvoorbeeld een bloemetje bij ziekte van de zorgverlener of het geven van een kerstgratificatie) wordt dit niet voorgeschreven. Over de besteding van deze 1,5% hoeft geen verantwoording te worden afgelegd, en de besteding ervan wordt dan ook niet gecontroleerd. Start of eindigt een subsidieperiode niet met ingang van 1 januari, maar gedurende een kalenderjaar, dan worden het minimum- en maximumbedrag evenredig verlaagd (artikel 2.6.9, vierde lid).

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

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

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

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

Uit de evaluatie van het pgb nieuwe stijl is gebleken dat met name de maandelijkse verantwoording een belasting vormt voor budgethouders en zorgkantoren. In het negende lid, is geregeld dat deze categorie budgethouders slechts eens per kwartaal verantwoording hoeft af te leggen.

Het zorgkantoor gaat op basis van de ingeleverde verantwoordingen na, of de verzekerde het voorschot heeft gebruikt waarvoor het mag worden gebruikt. Zo niet, dan deelt het zorgkantoor dit binnen zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier aan de verzekerde mee (artikel 2.6.10, derde lid). Dit betekent overigens niet, dat de verzekerde hiermee van verdere controle is gevrijwaard. Het kan immers zijn dat hij het verantwoordingsformulier niet naar waarheid heeft ingevuld. Het zorgkantoor zal steekproefsgewijs nagaan of het budget ook werkelijk correct is besteed (artikel 2.6.14, eerste lid) en zal in dat verband de in onderdeel d bedoelde bescheiden bij budgethouders opvragen.

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

Onderdeel g beoogt te regelen dat voor zorg waarvoor een pgb is verleend, niet tevens AWBZ-aanspraken tot gelding worden gebracht. Zoals in de toelichting op artikel 2.6.4 is aangegeven, kan een pgb pas worden verleend indien is komen vast te staan dat er een aanspraak op AWBZ-zorg bestaat. Het is de bedoeling, dat het pgb in de plaats komt van de daarmee overeenkomende AWBZ-aanspraak, zodat de verzekerde voor een zelfde vorm van geïndiceerde zorg niet tegelijkertijd een pgb en zorg in natura kan krijgen. Het heeft weinig zin om het genieten van zorg in natura waarvoor ook een pgb wordt aangevraagd als verplichte weigeringsgrond voor de verleningsbeschikking op te nemen. Immers, dat zou er niet aan in de weg staan dat een verzekerde na een positieve verleningsbeschikking zich alsnog voor zorg in natura meldt. Om toch te bereiken dat dezelfde vorm van zorg niet enerzijds in natura wordt genoten en anderzijds via een pgb kan worden ingekocht, is in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel g, geregeld dat het pgb wordt verleend onder de verplichting dat geen AWBZ-zorg in natura wordt geconsumeerd voor vormen van zorg waarvoor het pgb is verleend. Doet de betrokkene dit toch, dan kan bij een nieuwe, tussentijds afgegeven subsidieverleningsbeschikking, de subsidie worden verlaagd of ingetrokken (artikel 2.6.12, tweede lid; de verzekerde heeft zich immers niet aan zijn subsidieverplichtingen gehouden), waarna terugvordering of verrekening zal volgen (artikel 2.6.13, zevende lid).

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

Onderdeel h verplicht het zorgkantoor de verzekerde op zijn beurt te verplichten tijdens de subsidieperiode niet te gaan verblijven in een instelling. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting op artikel 2.6.4.

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

Het niet of niet volledig nakomen van de bij de pgb-verlening opgelegde voorwaarden kan leiden tot wijziging of intrekking van de verleningsbeschikking (artikel 2.6.12) en daarmee ook van de beschikking tot voorschotverlening, alsmede tot vaststelling van de subsidie (na afloop van de subsidieperiode) op een lager bedrag dan het bedrag waarvoor de subsidie was verleend (artikel 4:46, tweede lid, Awb en artikel 2.6.13, vijfde lid) waarna terugvordering van het teveel bevoorschotte bedrag dient te volgen (artikel 2.6.13, zevende lid).

Artikel 2.6.10

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

In artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel e, is geregeld, dat de verzekerde zich binnen zes weken na iedere voorschotperiode over het gebruik van het voorschot dient te verantwoorden. Het zorgkantoor gaat, op basis van die verantwoording, na of het voorschot is gebruikt voor de activiteiten waarvoor het pgb is verleend (dit zijn de in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel a, opgesomde activiteiten). Indien dit niet het geval is, zendt het zorgkantoor de verzekerde binnen zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier een mededeling, waarin het aangeeft van mening te zijn dat de verantwoorde betalingen niet subsidiabel zijn. Deze mededeling is geen beschikking in de zin van de Awb. Dit betekent dat de subsidieverlening en de voorschotvaststelling ongewijzigd blijven. De verzekerde kan ervoor kiezen in het restant van de subsidieperiode een bedrag ter grootte van het verkeerd bestede bedrag alsnog wèl aan

subsidiabele activiteiten te besteden, in welk geval het bedrag kan meetellen voor de subsidievaststelling. Uiteraard krijgt de verzekerde echter geen nieuw voorschot voor het verkeerd bestede bedrag. Het verzenden van de mededeling sluit niet uit dat het zorgkantoor daarnaast kan besluiten de subsidieverlening in te trekken omdat niet voldaan is aan de subsidieverplichtingen (art. 2.6.12, tweede lid, onderdeel a). Dit laatste geschiedt uiteraard wél bij beschikking. Het ligt voor de hand dat het zorgkantoor hier in ieder geval gebruik van maakt indien het de indruk heeft dat het voorschot bewust verkeerd is besteed. Doorgaan met voorschotverstrekking om de subsidie na de vaststelling alsnog te korten of op nul vast te stellen, vergroot immers het risico op oninbare (terug)vorderingen. Het tussentijds wijzigen of intrekken van de verleningsbeschikking, leidt, gezien de formulering van artikel 2.6.10, eerste lid, automatisch tot nihilstelling of verlaging van de voorschotten (de wijziging of intrekking van de voorschotbeschikking zal uit een oogpunt van doelmatige uitvoering gelijktijdig met de wijziging of intrekking van de verleningsbeschikking dienen te geschieden). Verzekerden die het voorschot te goeder trouw aan de verkeerde zorg hebben besteed, krijgen door middel van de waarschuwing het signaal, dat zij hun budget anders zullen moeten besteden.

Artikel 2.6.11

Artikel 2.6.11, eerste lid, somt op wat ten minste in de verleningsbeschikking dient te staan.

In artikel 2.6.8, derde en vierde lid, is geregeld dat het bedrag van het netto pgb dat op grond van de overige leden van dat artikel is berekend, nog verhoogd wordt met een eventueel overschot van een budget over een daaraan onmiddellijk voorafgaande subsidieperiode. Of sprake is van een overschot, zal echter pas bij de subsidievaststelling over het laatste kalenderjaar (of deel daarvan) van het eerdere budget duidelijk worden. Het moment waarop dat gebeurt kan liggen na het moment waarop een nieuw pgb is verleend. Is dat het geval, dan is de mededeling dat het overschot als het ware bij het nieuwe netto pgb mag worden opgeteld, juridisch gezien een wijzigingsbeschikking op de verleningsbeschikking van het nieuwe budget, en daarmee weer een nieuwe verleningsbeschikking. Het tweede lid van artikel 2.6.11 leidt ertoe, dat in die wijzigingsbeschikking niet alle informatie hoeft te worden opgenomen die ook al in de verleningsbeschikking van het nieuwe budget moest worden opgenomen.

Artikel 2.6.8, vierde lid, leidt ertoe dat ook telkens maximaal 10% van het in een kalenderjaar niet bestede bedrag, meegenomen mag worden naar het volgende kalenderjaar. Indien dit in de verleningsbeschikking is aangekondigd, hoeft de vaststelling van het daadwerkelijk over te hevelen bedrag niet als wijzigingsbeschikking vorm te worden gegeven. Het is echter uiteraard wel van belang dat de verzekerde in het nieuwe kalenderjaar de exacte hoogte van het in dat jaar te besteden bedrag verneemt (overigens speelt hier ook de in artikel 2.6.8 neergelegde indexatie een rol). Artikel 2.6.11, derde lid, bepaalt dat de zorgkantoren hem hiervan op de hoogte brengen.

Artikel 2.6.12

Artikel 2.6.12 geeft een limitatieve opsomming van gevallen waarin de beschikking tot subsidieverlening nog gedurende de subsidieperiode ingetrokken of gewijzigd moet (eerste lid) dan wel kan (tweede lid) worden. Hoewel het op zich mogelijk is de verleningsbeschikking niet te wijzigen en vervolgens bij de subsidievaststelling de subsidie op een lager bedrag vast te stellen dan het bedrag waarvoor deze is verleend, is het toch wenselijk ook in deze gevallen de mogelijkheid van tussentijdse intrekking of verlaging van de subsidie te regelen. Die intrekking of verlaging leidt namelijk ook tot intrekking of verlaging van de voorschotten. Zou pas bij de subsidievaststelling worden ingegrepen, dan zou het van de verzekerde terug te vorderen onverschuldigd betaalde bedrag veel groter zijn. Door middel van een tussentijdse wijziging van de verlenings- en voorschotbeschikking kan het zorgkantoor derhalve het ontstaan van oninbare vorderingen tegengaan.

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

Artikel 2.6.13

De beschikking tot subsidieverlening geeft de verzekerde het recht op subsidie, onder de voorwaarde dat hij zich aan de subsidieverplichtingen houdt. Pas de beschikking tot subsidievaststelling geeft de verzekerde een onvoorwaardelijk recht op subsidie. De subsidievaststelling vindt na ieder kalenderjaar plaats, met dien verstande dat de laatste vaststelling na het einde van de subsidieperiode plaatsvindt indien die subsidieperiode niet op 31 december eindigt. Dit is geregeld in artikel 2.6.13.

De vaststelling geschiedt binnen zes weken na de ontvangst van het verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode, welk formulier op zijn beurt binnen zes weken na het eind van de laatste voorschotperiode in een kalenderjaar respectievelijk in de subsidieperiode moet zijn ingediend. Om de verzekerde niet met onnodig papierwerk te belasten, is in het derde lid geregeld dat de indiening van dit verantwoordingsformulier tevens de aanvraag tot subsidievaststelling behelst. Dient de verzekerde geen verantwoordingsformulier over de laatste voorschotperiode in, dan handelt hij in de eerste plaats in strijd met zijn subsidieverplichtingen (artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel e) zodat verleende subsidie verlaagd kan worden (artikel 2.6.12). Daarnaast dient het zorgkantoor de verzekerde in dat geval een termijn te stellen om het verantwoordingsformulier en daarmee de aanvraag alsnog in te dienen. Houdt de verzekerde zich ook daar niet aan, dan kan het zorgkantoor de subsidie ambtshalve vaststellen (artikel 4:44, derde en vierde lid, Awb).

Artikel 4:46, eerste lid, Awb stelt voorop dat de subsidievaststelling geschiedt overeenkomstig de subsidieverlening. De subsidie kan echter lager worden vastgesteld indien de activiteiten waarvoor de subsidie is verleend niet of niet geheel hebben plaatsgevonden, indien de subsidie-ontvanger niet heeft voldaan aan de aan de subsidie verbonden verplichtingen, indien de subsidie-ontvanger onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beschikking op de aanvraag tot subsidieverlening zou hebben geleid, dan wel indien de subsidieverlening anderszins onjuist was en de subsidie-ontvanger dit wist of behoorde te weten (artikel 4:46, tweede lid, Awb). Deze gronden voor verlaging van het uiteindelijk verstrekte bedrag, worden in het vijfde lid van artikel 2.6.13 van toepassing verklaard, met dien verstande dat de bevoegdheid tot lagere vaststelling bij het niet volledig verricht zijn van de activiteiten waarvoor de subsidie is verricht, is omgezet in een verplichting tot lagere vaststelling, namelijk tot op het bedrag waarvoor daadwerkelijk uitgaven als bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel a, zijn gedaan (met dien verstande dat het budget, in verband met het vrij te besteden bedrag, in ieder geval altijd op 1,5 % van het beschikbare jaarbudget, maar - op jaarbasis - op minimaal € 250 en maximaal € 1.250, wordt vastgesteld).

Indien het pgb op een lager bedrag wordt vastgesteld dan waarvoor het is verleend - en op basis waarvan het derhalve is bevoorschot - dient het teveel betaalde van de verzekerde te worden teruggevorderd of te worden verrekend met nog door het zorgkantoor ter zake van pgb's te verstrekken bedragen (artikel 2.6.13, zevende lid). Artikel 4:57 Awb leidt er toe dat de terugvordering binnen vijf jaar na de subsidievaststelling dient te geschieden.

Artikel 2.6.14

De vaststelling van de netto persoonsgebonden budgetten geschiedt in principe op basis van de door de verzekerde ingevulde verantwoordingsformulieren. Het is echter mogelijk dat de verzekerde die formulieren niet naar waarheid invult. Artikel 2.6.14 verplicht de

zorgkantoren met steekproeven na te gaan of de verantwoordingsformulieren naar waarheid zijn ingevuld. Van verzekerden die ten onrechte kosten hebben opgevoerd, kan het pgb ook na de vaststelling ervan nog worden teruggevorderd (artikel 4:49 Awb juncto artikel 2.6.13, vijfde en zevende lid).

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

Artikel 2.6.15

In het kader van de Wmo is een overgangsbepaling van toepassing die er toe moet leiden dat aan budgethouders in 2007 een pgb voor huishoudelijke verzorging wordt verleend op grond van de regels van de AWBZ en de daaronder hangende pgb-regeling. Dat betekent dat die budgethouders ook recht hebben op meename van het niet in 2006 bestede deel van hun budget, maar maximaal 10% daarvan, zoals bedoeld in artikel 2.6.8, vierde en vijfde lid. Met deze overgangsbepaling is geregeld dat de kosten van deze overheveling ten laste van het algemeen fonds blijven vallen.

Aanvaardbaarheidspercentages 2007

zoals bedoeld in de artikel 2.6.8, tweede lid

Albanië	31%	Libanon.....	45%
Armenië.....	31%	Luxemburg.....	100%
Aruba.....	60%	Malediven.....	40%
Australië.....	96%	Malta.....	68%
Bosnië.....	43%	Marokko.....	40%
België.....	100%	Mexico.....	44%
Brazilië.....	46%	Nederlandse Antillen.....	52%
Brazilië (Sao Paulo).....	58%	Nieuw-Zeeland.....	71%
Brits Guyana.....	48%	Noorwegen.....	100%
Canada.....	100%	Oostenrijk.....	100%
Colombia	48%	Pakistan.....	36%
Denemarken.....	100%	Polen.....	48%
Dominicaanse Republiek....	37%	Portugal.....	71%
Duitsland.....	100%	Roemenië.....	40%
Egypte.....	40%	Rusland.....	87%
Filipijnen.....	40%	Servië.....	43%
Finland.....	100%	Singapore.....	51%
Frankrijk.....	100%	Slowakije.....	48%
Frans Guyana.....	48%	Spanje.....	87%
Ghana	34%	Sri Lanka.....	38%
Griekenland.....	75%	Suriname.....	48%
Hongarije.....	53%	Syrië.....	40%
Hong Kong.....	40%	Thailand.....	41%
Ierland.....	100%	Tsjechië.....	57%
IJsland.....	100%	Tunesië.....	37%
India.....	36%	Turkije.....	40%
Indonesië.....	34%	Verenigd Koninkrijk.....	100%
Iran.....	34%	Verenigde Staten.....	100%
Israël.....	66%	Zuid-Afrika.....	65%
Italië.....	94%	Zuid-Korea.....	74%
Japan.....	100%	Zweden.....	100%
Kenia.....	34%	Zwitserland.....	100%
Kroatië.....	43%		

De aanvaardbaarheidspercentages voor ontbrekende landen kunnen worden opgevraagd bij het College voor zorgverzekeringen.