

**Regeling Persoongebonden budget
Verpleging en Verzorging
Verstandelijk Gehandicapten
Geestelijke gezondheidszorg
2002**

PGB-paragrafen uit de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet 2002

Inhoudsopgave

Tekst van de regeling

- PGB voor verpleging en verzorging..... 3
- PGB voor zorg voor verstandelijk gehandicapten.....10
- PGB voor geestelijke gezondheidszorg.....18
- Slot en overgangsbepalingen.....24

Toelichting

- PGB voor verpleging en verzorging.....25
- PGB voor zorg voor verstandelijk gehandicapten.....33
- PGB voor geestelijke gezondheidszorg.....37

Aanvaardbaarheidspercentages buitenland.....39

Paragraaf 2.5.1

Persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging

Artikel 2.5.1.1

1. Aan zorgkantoren wordt een projectsubsidie verleend die is bestemd voor: het verlenen van subsidies aan verzekerden in de vorm van persoonsgebonden budgetten ten behoeve van:

- a. verpleging en verzorging; en
- b. aanvullende productie voor verpleging en verzorging om bestaande wachtlijsten voor persoonsgebonden budgetten voor verpleging en verzorging weg te werken.

2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onder b en c, is niet van toepassing.

Artikel 2.5.1.2

Het subsidieplafond voor de in artikel 2.5.1.1, eerste lid, onder a, bedoelde activiteiten bedraagt voor het jaar 2002 € 212.211.760,31.

Artikel 2.5.1.3

1. Voor toegekende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in artikel 2.5.1.1, eerste lid, onder a, wordt een maximaal bedrag in aanmerking genomen, dat wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\left(\frac{A}{B} \times \text{€ } 127\,327\,056,19 \right) + \left(\frac{C}{D} \times \text{€ } 84\,884\,704,12 \right),$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal verzekerden van 65 jaar of ouder in de regio van de subsidieontvanger op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar;

B: het aantal verzekerden van 65 jaar of ouder in de regio's van alle subsidieontvangers tezamen op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar.

C: het aantal personen van 75 jaar of ouder in de regio van de subsidieontvanger zoals afgesproken en vastgesteld in het in 1999 gesloten voorjaarsakkoord verpleging en verzorging;

D: het aantal personen van 75 jaar of ouder in de regio van alle subsidieontvangers tezamen zoals afgesproken en vastgesteld in het in 1999 gesloten voorjaarsakkoord verpleging en verzorging;

2. In afwijking van artikel 1.6.1., tweede lid, gaat de aanvraag voor de in artikel 2.5.1.1, eerste lid, bedoelde activiteiten niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Artikel 2.5.1.4

1. Subsidie wordt aan het zorgkantoor slechts verleend indien het zorgkantoor bij de subsidieaanvraag schriftelijk instemt met uitbetaling van de persoonsgebonden budgetten namens hem door de Sociale Verzekeringsbank, overeenkomstig deze paragraaf.

2. Bij het verlenen van subsidie aan het zorgkantoor worden slechts persoonsgebonden budgetten in aanmerking genomen die zijn toegekend met inachtneming van deze paragraaf.

Artikel 2.5.1.5

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

2. In afwijking van het eerste 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. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze regeling in de eigen

regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen. Het College voor zorgverzekeringen kan voorwaarden verbinden aan deze overheveling.

Artikel 2.5.1.6

Subsidie voor de persoonsgebonden budgetten, bedoeld in artikel 2.5.1.1, onder b, wordt slechts verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. een persoonsgebonden budget wordt pas aan de verzekerde toegekend als vaststaat dat binnen het maximale subsidiebedrag voor de in artikel 2.5.1.1, onder a, bedoelde middelen, rekening houdend met door een ander zorgkantoor met toepassing van artikel 2.5.1.5, tweede lid, overgehevelde middelen, geen ruimte voor toekenning van een persoonsgebonden budget beschikbaar is;
- b. toekenning van een persoonsgebonden budget heeft plaats voor 10 december van het subsidiejaar.

Artikel 2.5.1.7

1. De persoonsgebonden budgetten zijn uitsluitend bestemd voor de betaling van:
 - a. de kosten van door de in aanmerking komende verzekerden ingekochte zorg als omschreven in artikel 15, eerste lid, onder a en b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering;
 - b. de kosten, met ingang van 1 april 2001, verband houdende met secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten.
2. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verzekerde ten aanzien van wie een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is afgegeven, waaruit volgt dat de verzekerde voorzienbaar langer dan drie maanden is aangewezen op hulp in de vorm van verpleging of verzorging in de thuissituatie.
3. Voor een persoonsgebonden budget komt niet in aanmerking de verzekerde die verblijft in een instelling waarin aan personen duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft.
4. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verzekerde die voor de uitvoering van de regeling door het zorgkantoor als zodanig is aangemeld bij de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe zendt het zorgkantoor een door hem ondertekende toekenningsbeschikking naar de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe hanteert de subsidieontvanger de door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde modellen.
5. De verzekerde komt slechts voor een persoonsgebonden budget in aanmerking voor zover het zorgonderdelen betreft die niet op andere wijze worden vergoed.
6. Het zorgkantoor stelt voor de toekenning van persoonsgebonden budgetten slechts voorwaarden die voldoen aan deze paragraaf.
7. De periode waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verleend, vangt niet eerder aan dan op de dag van verzending aan de verzekerde van de toekenningsbeschikking en uiterlijk zes maanden na de datum van de toekenningsbeschikking.
8. De verzekerde komt niet in aanmerking voor een persoonsgebonden budget indien de kosten van het persoonsgebonden budget ten opzichte van de kosten van opname in een instelling naar het oordeel van het zorgkantoor niet verantwoord zijn. De eerste volzin is niet van toepassing indien de opneming blijkt een verklaring van een onafhankelijk medicus niet tot de mogelijkheden behoort.
9. Toekenning en verlenging van het persoonsgebonden budget hebben plaats op aanvraag van de verzekerde.

Artikel 2.5.1.8

1. De zorgbehoefte van de verzekerde is in uren hulpverlening vastgesteld en vastgelegd. Daarbij wordt de volgende onderverdeling gehanteerd:

- a. alphahulp;
- b. huishoudelijke verzorging;
- c. verpleging;
- d. verzorging;
- e. gespecialiseerde verpleging;
- f. gespecialiseerde verzorging.

2. Omtrent de toekenning van het persoonsgebonden budget beslist het zorgkantoor na overleg met de verzekerde. De toekenning heeft plaats rekening houdend met de in het indicatiebesluit vastgestelde en schriftelijk vastgelegde zorgbehoefte.

3. De verzekerde kan de indicatie realiseren door een combinatie van zorgproducten in natura en een persoonsgebonden budget. Voor een zorgproduct dat tevens in natura wordt geleverd, wordt geen persoonsgebonden budget toegekend.

4. Het toe te kennen persoonsgebonden budget bedraagt per verzekerde per week maximaal het product van het voor die periode vastgestelde aantal uren hulpverlening en de in het zevende lid genoemde uurtarieven verminderd met een bijdrage, waarvan de hoogte wordt bepaald met overeenkomstige toepassing van paragraaf 2 van hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg. Artikel 16d, zesde en zevende lid, van het Bijdragebesluit zorg zijn van overeenkomstige toepassing.

5. Indien in de periode tot 1 maart van het subsidiejaar geen toepassing kan worden gegeven aan artikel 16e, eerste en tweede lid, van het Bijdragebesluit zorg, omdat het zorgkantoor niet beschikt over de inkomensgegevens van het peiljaar, wordt voor de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen voor de periode van 1 januari tot uiterlijk 1 maart van het subsidiejaar uitgegaan van het inkomen in het kalenderjaar dat aan het peiljaar is voorafgegaan.

6. Indien de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en hier hulpverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het toe te kennen bedrag berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

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

B: het getal 52;

C: het budget waarvoor de verzekerde op grond van zijn zorgbehoefte in aanmerking komt;

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

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

7. De uurtarieven voor in het eerste lid bedoelde zorgvormen bedragen:

- a. alfahulp: € 10¹;
- b. huishoudelijke verzorging: € 19,05;
- c. verpleging: € 41,95;
- d. verzorging: € 24,30;
- e. gespecialiseerde verpleging: € 46,75;
- f. gespecialiseerde verzorging: € 30,55.

8. Het zorgkantoor kent aan een verzekerde een lager budget toe dan voortvloeit uit de berekeningen volgens het tweede, vierde en vijfde lid indien:

- a. de verzekerde een lager budget vraagt; of

¹ Het voornemen bestaat om het alfahulptarief met terugwerkende kracht naar 1 januari 2002 te wijzigen in € 11,60.

b. de verzekerde in de periode voorafgaande aan de nieuwe toekenningsperiode minimaal 10% van zijn persoonsgebonden budget niet heeft besteed, tenzij uit een herindicatie blijkt dat de zorgvraag is toegenomen.

Artikel 2.5.1.9

1. De toekenning van het budget heeft plaats met inachtneming van het indicatiebesluit en rekening houdend met de termijn waarvoor dit indicatiebesluit geldt. Indien volgens het indicatiebesluit bij de verzekerde sprake is van een urgente situatie, wordt daarmee bij toekenning van de persoonsgebonden budgetten zoveel mogelijk rekening gehouden, met inachtneming van de reeds toegekende budgetten.

2. Op verzoek van de verzekerde of het zorgkantoor heeft herindicatie plaats.

3. Het zorgkantoor bericht de verzekerde uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode over de einddatum van die periode.

Artikel 2.5.1.10

1. Het College voor zorgverzekeringen draagt op aan de Sociale Verzekeringsbank de in het tweede tot en met het vierde lid omschreven taken uit te voeren.

2. Van het toegekende persoonsgebonden budget wordt een bedrag van € 1.089,07 op jaarbasis door de Sociale Verzekeringsbank rechtstreeks aan de verzekerde betaald.

3. Het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget wordt rechtstreeks beschikbaar gesteld voor betaling van door verzekerden gecontracteerde hulpverleners door de Sociale Verzekeringsbank, waarbij de verzekerde is aangemeld. De Sociale Verzekeringsbank draagt er zorg voor dat:

a. het budget op correcte wijze wordt aangewend voor de betaling van aan de verzekerde verleende zorg volgens de subsidieregeling;

b. de administratie, waarin begrepen die voor de werkgeversfunctie, in verband met de namens verzekerde verrichte betalingen ten laste van dit deel van het budget en de administratie van de werkgeversfunctie in verband met verrichte betalingen ten laste van de eigen middelen van verzekerde, op behoorlijke wijze plaatsheeft;

c. een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met loondoorbetaling bij ziekte, wettelijke aansprakelijkheid en het arbo-contract en per 1 april 2001 een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met juridische bijstand en schadevergoedingen in het kader van de afwikkeling van arbeidsconflicten;

d. budgethouders, desgevraagd, informatie kunnen inwinnen met betrekking tot vraagstukken over de bestedingsvrijheid en arbeidsrechtelijke aspecten; en

e. in die gevallen waar met het persoonsgebonden budget zorg in het buitenland wordt ingekocht, waarbij de Nederlandse fiscale- en sociale zekerheidswetgeving niet van toepassing is, slechts tarieven worden gehonoreerd die zijn berekend op basis van een door het College voor zorgverzekeringen vastgesteld aanvaardbaarheidspercentage.

4. Betalingen ten laste van het resterende deel, bedoeld in het derde lid, kunnen slechts plaatsvinden tot maximaal de omvang van dit resterende deel op basis van werkelijke kosten.

5. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of aan de bestedingsvoorwaarden wordt voldaan.

Artikel 2.5.1.11

1. Het zorgkantoor kent pas een persoonsgebonden budget aan de verzekerde toe indien het volgende schriftelijk is vastgelegd tussen het zorgkantoor en de verzekerde:

a. de verplichting van het zorgkantoor de verzekerde te informeren over de voorwaarden waaraan deze moet voldoen om in aanmerking te blijven komen voor een persoonsgebonden budget;

b. de hoogte van het toe te kennen persoonsgebonden budget en de periode waarvoor de toekenning geldt;

- c. de wijze waarop het forfaitaire deel van het budget beschikbaar wordt gesteld;
 - d. de wijze waarop de overige betalingen zullen plaatshebben;
 - e. de verplichting van verzekerde om:
 - 1°. kwalitatief verantwoorde hulp in te kopen,
 - 2°. zorg te dragen voor een schriftelijke overeenkomst met de hulpverlener of hulpverleningsinstantie waarin de aard van de te verlenen hulp staat vermeld op basis waarvan de hulpverlener of hulpverleningsinstantie kan worden betaald,
 - 3°. de schriftelijke overeenkomst, bedoeld onder 2°, en het Sofi-nummer van de door hem betaalde hulpverlener, voorzover van toepassing, over te leggen aan de Sociale Verzekeringsbank,
 - 4°. wijzigingen in de omstandigheden, die hebben geleid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget, tijdig te melden aan het zorgkantoor,
 - 5°. desgevraagd aan het zorgkantoor verantwoording af te leggen van de ten laste van het zorgbudget verrichte betalingen,
 - 6°. met de gecontracteerde hulpverlener overeen te komen dat deze de declaratie voor de hulpverlening bij de verzekerde indient binnen zes weken na de maand waarin de hulp is verleend op straffe van niet betaling,
 - 7°. met de gecontracteerde hulpverlener overeen te komen dat deze zijn declaratie voor de hulpverlening over enige maand, ineens en in zijn geheel indient,
 - 8°. een contract of een wijziging in het zorgcontract niet te laten ingaan voor de eerste van de maand waarin het zorgcontract door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen, en
 - 9°. de declaratie voor de hulpverlening binnen acht weken na de maand waarin de hulp is verleend bij de Sociale Verzekeringsbank in te dienen.
2. Onverminderd het eerste lid wordt een persoonsgebonden budget slechts toegekend indien de verzekerde met de hulpverlener is overeengekomen dat de vakantietoeslag maandelijks, tegelijk met het door de Sociale Verzekeringsbank aan de hulpverlener te betalen honorarium, wordt uitbetaald.
3. De ingangsdatum van een budgetovereenkomst of een wijziging op een budgetovereenkomst mag niet liggen voor de eerste van de maand waarin de budgetovereenkomst voor de eerste maal door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen.
4. Voorzover strikte handhaving van het eerste lid, onderdelen e, onder 6°, 8° en 9°, en het derde lid leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard voor de verzekerde, kan daarvan worden afgeweken

Artikel 2.5.1.12

Indien een verzekerde die beschikt over een persoonsgebonden budget op grond van deze regeling verhuist naar een andere regio, draagt het zorgkantoor van de oude woonregio zorg voor continuering van het persoonsgebonden budget tot en met 31 december van het subsidiejaar.

Artikel 2.5.1.13

1. De periode, waarvoor een persoonsgebonden budget wordt toegekend, bedraagt maximaal de termijn waarvoor het in artikel 2.5.1.7 bedoelde indicatiebesluit geldt, met dien verstande dat zij in ieder geval eindigt op 31 december van het subsidiejaar. Bij ongewijzigde omstandigheden wordt de toekenning ambtshalve verlengd tot het einde van de periode waarvoor het indicatiebesluit geldt. De in de tweede volzin bedoelde verlenging heeft niet plaats indien de resterende periode waarvoor het indicatiebesluit geldt korter is dan een maand. De tweede en derde volzin zijn van overeenkomstige toepassing op de toekenning van een persoonsgebonden budget ingevolge artikel 1p van de Ziekenfondswet dat op 31 december 2000 eindigde. Bij de melding van de verlenging van een toegekend persoonsgebonden budget aan de Sociale Verzekeringsbank hanteert het zorgkantoor de door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde modellen.

2. Een wijziging van een reeds toegekend persoonsgebonden budget gaat steeds in op de eerste dag van een maand. Een persoonsgebonden budget eindigt op de laatste dag van een maand.
3. De toekenningsperiode van het persoonsgebonden budget blijft ongewijzigd bij tussentijdse herindicatie en overige wijzigingen van het budget.
4. De periode waarvoor budget is toegekend, eindigt in ieder geval indien de verzekerde:
 - a. schriftelijk te kennen geeft niet langer prijs te stellen op de toekenning van een persoonsgebonden budget;
 - b. langer dan twee maanden aaneengesloten is opgenomen in een gezondheidszorginstelling;
 - c. gebruik maakt van krachtens de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of enigerlei andere regeling of verzekering voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komende verzorging of verpleging ten huize van de verzekerde;
 - d. binnen twee maanden na aanvang van de budgetperiode nog geen trekkingsrechten heeft geëffectueerd; of
 - e. overlijdt.
5. Bij toepassing van het vierde lid en bij een substantiële verlaging van het budget bij toepassing van artikel 2.5.1.8 juncto artikel 2.5.1.9 wordt rekening gehouden met de onvermijdbare kosten voor de verzekerde in verband met beëindiging of wijziging van de verplichtingen die de verzekerde aangaan in het kader van de besteding van het toegekende budget.
6. Indien de budgetperiode eindigt op 31 december van het subsidiejaar, kan maximaal 10% van de toegekende budgetten in dat subsidiejaar, niet meegerekend een overheveling van niet bestede persoonsgebonden budgetten uit een eerder jaar, worden besteed in daarop aansluitende budgetperioden in het volgende subsidiejaar. Het met toepassing van de eerste volzin overgehevelde bedrag bedraagt niet meer dan het op 31 december van dat subsidiejaar resterende niet bestede persoonsgebonden budget.

Artikel 2.5.1.14

Het College voor zorgverzekeringen kan bij het vaststellen van de subsidie op aanvraag een aanvullende subsidie aan het zorgkantoor verlenen voor extra kosten die voortvloeien uit geschillen over de toekenning of de hoogte van het persoonsgebonden budget, voor zover:

- a. daarmee het maximale bedrag voor de in artikel 2.5.1.2, onder a, bedoelde activiteiten subsidieverlening wordt overschreden; en
- b. het ontstaan van deze extra kosten in redelijkheid niet is toe te rekenen aan het zorgkantoor.

Artikel 2.5.1.15

1. De subsidieontvanger registreert op zorgvuldige wijze de toegekende persoonsgebonden budgetten en de bestedingsomvang hiervan.
2. De subsidieontvanger bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.

Artikel 2.5.1.16

1. Het College voor zorgverzekeringen draagt aan de Sociale Verzekeringsbank op de taken, omschreven in het tweede tot en met tiende lid, uit te voeren.
2. In afwijking van artikel 2.5.1.10, derde lid, betaalt de Sociale Verzekeringsbank het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget geheel of gedeeltelijk uit aan de verzekerden die door de zorgkantoren in de regio's Drenthe, Arnhem, Rijnmond (Rotterdam), Breda en Noord-Limburg zijn aangewezen als deelnemers aan een experiment persoonsgebonden budget twee-dagenregeling.

3. Betalingen als bedoeld in het tweede lid vinden slechts plaats ten behoeve van in de periode van 1 oktober 2000 tot en met 31 december 2002 verleende hulp door hulpverleners met wie de verzekerde een arbeidsverhouding als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, onderdeel c, van de Werkloosheidswet, de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering onderscheidenlijk artikel 5 van de Wet op de loonbelasting 1964 heeft.
4. De Sociale Verzekeringsbank betaalt het in het tweede lid bedoelde bedrag pas indien zij, mede op basis van de overeenkomst, bedoeld in artikel 2.5.1.11, eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 3^o, tot de overtuiging is gekomen dat tussen de verzekerde en de hulpverlener een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid zal ontstaan.
5. Binnen drie maanden na de betaling, bedoeld in het tweede lid, controleert de Sociale Verzekeringsbank of de arbeidsverhouding die tussen de verzekerde en de hulpverlener tot stand is gekomen, een arbeidsverhouding is als bedoeld in het derde lid. Indien bij deze controle blijkt dat de tot stand gekomen arbeidsverhouding een arbeidsverhouding is op grond waarvan de hulpverlener verzekerd is op grond van de in het derde lid bedoelde verzekeringen, alsmede loonbelastingplichtig is, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan de verzekerde en aan het zorgkantoor mee en betaalt de Sociale Verzekeringsbank de verzekerde een bedrag dat gelijk is aan de daaruit tot het moment van de mededeling voor de verzekerde voortvloeiende werkgeverslasten.
6. De Sociale Verzekeringsbank verricht de in het tweede lid bedoelde betalingen slechts indien de verzekerde schriftelijk heeft verklaard aan de volgende verplichtingen te zullen voldoen:
 - a. voor 31 januari van het jaar volgende op het kalenderjaar waarover een betaling als bedoeld in het tweede lid is ontvangen, legt de verzekerde het zorgkantoor een verantwoording over waaruit blijkt in hoeverre de betalingen zijn besteed aan de activiteiten waarvoor deze zijn bestemd;
 - b. de verzekerde zorgt ervoor dat rekeningen voor hulp als bedoeld in deze paragraaf uiterlijk op 31 januari 2003 zijn voldaan.
7. Indien tussen de verzekerde en de hulpverlener een andere arbeidsverhouding tot stand is gekomen dan een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit mee aan het zorgkantoor en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag terug voorzover de verzekerde dit nog niet voor betaling van hulp heeft gebruikt. De eerste volzin geldt niet indien beide zinnen van het vijfde lid van toepassing zijn.
8. Indien het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag geheel of gedeeltelijk is gebruikt voor het verrichten van betalingen anders dan betalingen voor hulp als bedoeld in deze paragraaf, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan het zorgkantoor mee, en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid betaalde bedrag van de verzekerde terug.
9. De Sociale Verzekeringsbank vordert overschotten die op 1 februari 2003 resteren van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag, terug.
10. De Sociale Verzekeringsbank voegt de op grond van het zevende, achtste of negende lid teruggevorderde bedragen toe aan het resterende budget, bedoeld in artikel 2.5.1.10, derde lid.
11. Artikel 2.5.1.10, derde lid, onderdelen a, b en e, en vierde lid, is niet van toepassing op de betalingen, bedoeld in het tweede lid.
12. Ten aanzien van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag zijn de verplichtingen, bedoeld in de subonderdelen 6^o, 7^o en 9^o van onderdeel e van het eerste lid alsmede het tweede lid van artikel 2.5.1.11, niet van toepassing.
13. Indien de tweede zin van het vijfde lid wordt toegepast, verhoogt het zorgkantoor het toegekende budget met het in die zin bedoelde bedrag.

Paragraaf 2.5.2

Persoonsgebonden budget voor zorg voor verstandelijk gehandicapten

Artikel 2.5.2.1

1. Aan zorgkantoren wordt een projectsubsidie verleend die is bestemd voor:
 - a. het verlenen van subsidies aan verzekerden in de vorm van persoonsgebonden budgetten ten behoeve van zorg voor verstandelijk gehandicapten; en
 - b. het verlenen van subsidies aan verzekerden in de vorm van persoonsgebonden budgetten ten behoeve van zorg voor verstandelijk gehandicapten om bestaande wachtlijsten voor persoonsgebonden budgetten voor zorg voor verstandelijk gehandicapten weg te werken.
2. Artikel 1.1.3, eerste lid, onder b en c, is niet van toepassing.

Artikel 2.5.2.2

Het subsidieplafond voor de in artikel 2.5.2.1, eerste lid, onder a, bedoelde activiteiten bedraagt voor het jaar 2002 € 162.638.832,80.

Artikel 2.5.2.3

1. Voor toegekende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in artikel 2.5.2.1, eerste lid, onder a, wordt een maximaal bedrag in aanmerking genomen, dat wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A}{B} \times \text{het in artikel 2.5.2.2 vermelde bedrag,}$$

waarbij wordt verstaan onder:

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

B: het aantal verzekerden in de regio's van alle subsidieontvangers tezamen op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar.

2. In afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, gaat de aanvraag voor de in artikel 2.5.2.1, eerste lid, bedoelde activiteiten niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Artikel 2.5.2.4

1. Subsidie voor toegekende persoonsgebonden budgetten wordt slechts verleend indien het zorgkantoor bij de subsidieaanvraag schriftelijk instemt met uitbetaling van de persoonsgebonden budgetten namens hem door de Sociale Verzekeringsbank, overeenkomstig deze paragraaf.
2. Bij het verlenen van subsidie worden slechts persoonsgebonden budgetten in aanmerking genomen die zijn toegekend met inachtneming van deze paragraaf.

Artikel 2.5.2.5

1. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor persoonsgebonden budgetten voor verzekerden in zijn regio.
2. In afwijking van het eerste 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. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze regeling in de eigen regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen. Het College voor zorgverzekeringen kan voorwaarden verbinden aan deze overheveling.

Artikel 2.5.2.6

Subsidie voor de persoonsgebonden budgetten, bedoeld in artikel 2.5.2.1, onder b, wordt slechts verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. een persoonsgebonden budget wordt pas aan de verzekerde toegekend als vaststaat dat binnen het maximale subsidiebedrag voor de in artikel 2.5.2.1, onder a, bedoelde middelen, rekening houdend met door een ander zorgkantoor met toepassing van artikel 2.5.2.5, tweede lid, overgehevelde middelen, geen ruimte voor toekenning van een persoonsgebonden budget beschikbaar is;
- b. toekenning van een persoonsgebonden budget heeft plaats voor 10 december van het subsidiejaar.

Artikel 2.5.2.7

1. De persoonsgebonden budgetten zijn uitsluitend bestemd voor de betaling van:

a. kosten van door de in aanmerking komende verzekerden ingekochte navolgende zorgonderdelen, te weten:

- 1°. begeleiding,
- 2°. verzorging,
- 3°. verpleging,
- 4°. behandeling,
- 5°. geneeskundig onderzoek,
- 6°. advisering en ondersteuning, of
- 7°. verblijf;

b. de kosten, met ingang van 1 april 2001, verband houdende met secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten.

2. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verzekerde die voor de uitvoering van deze regeling door het zorgkantoor als zodanig is aangemeld bij de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe zendt het zorgkantoor een door hem ondertekende toekenningsbeschikking naar de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe hanteert de subsidieontvanger de door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde modellen.

3. De periode waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verleend, vangt niet eerder aan dan op de dag van verzending aan de verzekerde van de toekenningsbeschikking en uiterlijk zes maanden na de verzenddatum van de toekenningsbeschikking.

4. Het zorgkantoor stelt voor de toekenning van persoonsgebonden budgetten slechts voorwaarden die voldoen aan deze paragraaf.

Artikel 2.5.2.8

1. Voor het toekennen van een persoonsgebonden budget gelden de volgende budgetcategorieën, bedragen en indicatievereisten:

Budgetcategorie	Bedrag op jaarbasis	Indicatievereiste
I	€ 2.582	A
II	€ 5.116	B
III	€ 7.650	C
IV	€ 12.766	D
IV a	€ 15.300	D en A
IV b	€ 17.834	D en B
V	€ 20.416	D en C F E
V a	€ 22.903	E en A
V b	€ 25.485	E en B
VI	€ 28.067	E en C
VII	€ 33.135	D en F
VIII	€ 38.203	G

waarbij wordt verstaan onder:

- A: het aangewezen zijn op een zeer lichte vorm van begeleid zelfstandig wonen of een zeer incidentele begeleiding in de thuissituatie gedurende maximaal 5 uren per week;
- B: het aangewezen zijn op een lichte vorm van begeleid zelfstandig wonen of een incidentele begeleiding in de thuissituatie gedurende maximaal 10 uren per week;
- C: het aangewezen zijn op een zware vorm van begeleid zelfstandig wonen, begeleiding in de thuissituatie in combinatie met begeleiding op een logeeradres of begeleiding in een dependance gedurende minimaal 11 uren en maximaal 25 uren per week;
- D: het aangewezen zijn van een volwassene op begeleiding buitenshuis, die voornamelijk overdag nodig is, gedurende meer dan 25 uur per week ;
- E: het aangewezen zijn van een kind op begeleiding buitenshuis, die voornamelijk overdag nodig is, gedurende meer dan 25 uur per week;
- F: het aangewezen zijn van een volwassene verblijf en begeleiding gedurende meer dan 25 uren per week;
- G: het aangewezen zijn van een kind op verblijf en begeleiding gedurende meer dan 25 uren per week.

Artikel 2.5.2.9

1. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verstandelijk gehandicapte die voldoet aan de indicatievereisten voor een van de in artikel 2.5.2.8 vermelde budgetcategorieën.

2. Onverminderd het derde lid wordt bij de toekenning het volgende in acht genomen:

- a. Indien de budgetperiode het gehele subsidiejaar betreft, wordt het in artikel 2.5.2.8 per budgetcategorie op jaarbasis vermelde bedrag als budget toegekend;
- b. Indien het budget voor een kortere periode dan een jaar wordt toegekend, wordt het toe te kennen bedrag berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A}{12} \times B,$$

waarbij wordt verstaan onder:

- A. aantal maanden van de budgetperiode in het subsidiejaar;
- B. het budget op jaarbasis;
- c. Indien de verzekerde zorg in natura geniet in een dagverblijf voor gehandicapten wordt het jaarbudget overeenkomstig de volgende formule berekend:

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

waarbij wordt verstaan onder:

- A: toe te kennen budget op grond van de totale zorgbehoefte;
- B: aantal dagdelen per week in dagverblijf;
- C: maximum aantal dagdelen per week in dagverblijf;
- D: budgetcategorie behorende bij indicatievereiste D of E; en
- d. Indien de verzekerde langer dan zes weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en hier hulpverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het toe te kennen bedrag berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

- A: het aantal weken dat de verzekerde in Nederland verblijft;
- B: het getal 52;

C: het budget waarvoor de verzekerde op grond van zijn zorgbehoefte in aanmerking komt;
D: het aantal weken dat de verzekerde in het buitenland verblijft;

E: het voor het betreffende land door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde aanvaardbaarheidspercentage;

3. Het zorgkantoor kent aan een verzekerde een lager budget toe dan voortvloeit uit de berekeningen volgens het eerste en het tweede lid indien:

a. de verzekerde een lager budget vraagt; of

b. de verzekerde in de periode voorafgaande aan de nieuwe toekenningsperiode minimaal 10% van zijn persoonsgebonden budget niet heeft besteed, tenzij uit een herindicatie blijkt dat de zorgvraag is toegenomen.

4. In gevallen van kennelijke hardheid kan het zorgkantoor aan de verzekerde die wordt ingedeeld in de budgetcategorieën VII en VIII een hoger budget toekennen dan voortvloeit uit de berekeningen volgens het tweede lid. Toepassing van dit lid meldt het zorgkantoor onmiddellijk aan het College voor zorgverzekeringen.

5. Toekenning en verlenging van het persoonsgebonden budget hebben plaats op aanvraag van de verzekerde.

Artikel 2.5.2.10

De personen die tot en met 31 december 2000 een persoonsgebonden budget ontvingen met toepassing van artikel 13 van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring persoonsgebonden budget 1999 komen, in afwijking van artikel 2.5.2.8, voor een zelfde budget in aanmerking in 2001 indien zij de wens hiertoe kenbaar maken aan het zorgkantoor.

Artikel 2.5.2.11

1. Het College voor zorgverzekeringen geeft opdracht aan de Sociale Verzekeringsbank tot uitvoering van de in de leden twee tot en met vier omschreven taken.

2. Van het toegekende persoonsgebonden budget wordt een bedrag van € 1.089,07 op jaarbasis door de Sociale Verzekeringsbank rechtstreeks aan de verzekerde betaald.

3. Het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget wordt rechtstreeks beschikbaar gesteld voor betaling van door verzekerden gecontracteerde hulpverleners door de Sociale Verzekeringsbank, waarbij de verzekerde is aangemeld. De Sociale Verzekeringsbank draagt er zorg voor dat:

a. het budget op correcte wijze wordt aangewend voor de betaling van aan de verzekerde verleende zorg volgens de subsidieregeling;

b. de administratie, waarin begrepen die voor de werkgeversfunctie, in verband met de namens verzekerde verrichte betalingen ten laste van dit deel van het budget en de administratie van de werkgeversfunctie in verband met verrichte betalingen ten laste van de eigen middelen van verzekerde, op behoorlijke wijze plaatsheeft;

c. een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met loondoorbetaling bij ziekte, wettelijke aansprakelijkheid en het arbo-contract en per 1 april 2001 een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met juridische bijstand en schadevergoedingen in het kader van de afwikkeling van arbeidsconflicten;

d. budgethouders, desgevraagd, informatie kunnen inwinnen met betrekking tot vraagstukken over de bestedingsvrijheid en arbeidsrechtelijke aspecten; en

e. in de gevallen waar met het persoonsgebonden budget zorg in het buitenland wordt ingekocht, waarbij de Nederlandse fiscale- en sociale zekerheidswetgeving niet van toepassing is, slechts tarieven worden gehonoreerd, die zijn berekend op basis van een door het College voor zorgverzekeringen vastgesteld aanvaardbaarheidspercentage.

4. Betalingen ten laste van het in lid 2 bedoelde resterende deel kunnen slechts plaatsvinden tot maximaal de omvang van dit resterende deel op basis van werkelijke kosten.

5. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of aan de bestedingsvoorwaarden wordt voldaan.

Artikel 2.5.2.12

1. Het zorgkantoor kent pas een persoonsgebonden budget aan de verzekerde toe indien het volgende schriftelijk is vastgelegd tussen het zorgkantoor en de verzekerde:

- a. de verplichting van het zorgkantoor de verzekerde te informeren over de voorwaarden waaraan deze moet voldoen om in aanmerking te komen voor een persoonsgebonden budget;
- b. de hoogte van het toegekende persoonsgebonden budget en de periode waarvoor de toekenning geldt;
- c. de wijze waarop het forfaitaire deel van het budget beschikbaar wordt gesteld;
- d. de wijze waarop de overige betalingen zullen plaatshebben; en
- e. de verplichting van verzekerde om:
 - 1°. kwalitatief verantwoorde hulp in te kopen,
 - 2°. zorg te dragen voor een schriftelijke overeenkomst met de hulpverlener onderscheidenlijk de hulpverleningsinstantie waarin de aard van de te verlenen hulp staat vermeld op basis waarvan de hulpverlener onderscheidenlijk de hulpverleningsinstantie kan worden betaald,
 - 3°. de schriftelijke overeenkomst, bedoeld hierboven onder 2°, en het Sofi-nummer van de door hem betaalde hulpverlener, voorzover van toepassing, over te leggen aan de Sociale Verzekeringsbank,
 - 4°. wijzigingen in de omstandigheden, die hebben geleid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget, tijdig te melden aan het zorgkantoor,
 - 5°. desgevraagd aan het zorgkantoor verantwoording af te leggen van de ten laste van het zorgbudget verrichte betalingen,
 - 6°. met de gecontracteerde hulpverlener overeen te komen dat deze de declaratie voor de hulpverlening bij de verzekerde indient binnen zes weken na de maand waarin de hulp is verleend op straffe van niet betaling,
 - 7°. met de gecontacteerde hulpverlener overeen te komen dat deze zijn declaratie voor de hulpverlening over enige maand, ineens en in zijn geheel indient,
 - 8°. een contract of een wijziging in het zorgcontract niet te laten ingaan voor de eerste van de maand waarin het zorgcontract door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen, en
 - 9°. de declaratie voor de hulpverlening binnen acht weken na de maand waarin de hulp is verleend bij de Sociale Verzekeringsbank in te dienen.

2. Onverminderd het eerste lid wordt een persoonsgebonden budget voor de periode vanaf 1 juni 1999 slechts toegekend indien de verzekerde schriftelijk met de hulpverlener is overeengekomen dat de vakantietoeslag maandelijks, tegelijk met het door de Sociale Verzekeringsbank aan de hulpverlener te betalen honorarium, worden uitbetaald.

3. De ingangsdatum van een budgetovereenkomst of een wijziging op een budgetovereenkomst mag niet liggen voor de eerste van de maand waarin de budgetovereenkomst voor de eerste maal door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen.

4. Voorzover strikte handhaving van het eerste lid, onderdeel e, onder 6°, 8° en 9°, en het derde lid leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard voor de verzekerde, kan daarvan worden afgeweken.

Artikel 2.5.2.13

1. De periode waarvoor de indicatie geldt bedraagt maximaal vijf jaar.

2. Op verzoek van de verzekerde of het zorgkantoor heeft herindicatie plaats.

3. Het zorgkantoor bericht de verzekerde uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode over de einddatum van die periode, tenzij de indicatieperiode korter dan twee maanden is.

Artikel 2.5.2.14

Indien een verzekerde die beschikt over een persoonsgebonden budget op grond van deze regeling verhuist naar een andere regio, draagt het zorgkantoor van de oude woonregio van de verzekerde zorg voor continuering van het persoonsgebonden budget tot 31 december van het subsidiejaar.

Artikel 2.5.2.15

1. De periode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt toegekend bedraagt maximaal 1 jaar en eindigt in ieder geval op 31 december van het subsidiejaar. Bij ongewijzigde omstandigheden wordt de toekenning ambtshalve verlengd tot het einde van de periode waarvoor het indicatiebesluit geldt. De in de vorige volzin bedoelde verlenging heeft niet plaats indien de resterende periode waarvoor het indicatiebesluit geldt korter is dan een maand.

De tweede en derde volzin zijn van overeenkomstige toepassing op de toekenning van een persoonsgebonden budget, ingevolge artikel 1p van de Ziekenfondswet, die op 31 december 2000 eindigde. Bij de melding van de verlenging van een toegekend budget aan de Sociale Verzekeringsbank hanteert het zorgkantoor de door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde modellen.

2. Een wijziging van een reeds toegekend persoonsgebonden budget gaat steeds in op de eerste dag van een maand. Het persoonsgebonden budget eindigt op de laatste dag van een maand.

3. De toekenningsperiode van het persoonsgebonden budget blijft ongewijzigd bij tussentijdse herindicatie en overige wijzigingen van het budget.

4. De periode, waarvoor een persoonsgebonden budget is toegekend, eindigt in elk geval indien de betrokken verzekerde:

- a. schriftelijk te kennen geeft niet langer prijs te stellen op de toekenning van een budget;
- b. categoriale zorg voor verstandelijk gehandicapten in natura ontvangt, daaronder niet begrepen de zorg die de verzekerde in natura ontvangt in een dagverblijf voor verstandelijk gehandicapten;
- c. binnen twee maanden na aanvang van de budgetperiode nog geen trekkingsrechten heeft geëffectueerd;
- d. als de verzekerde langer dan twee maanden aaneengesloten is opgenomen in een gezondheidszorginstelling; of
- e. overlijdt.

5. Bij toepassing van het vierde lid en bij een substantiële verlaging van het budget bij toepassing van artikel 2.5.2.8 juncto artikel 2.5.2.12 wordt rekening gehouden met de onvermijdbare kosten voor verzekerde in verband met beëindiging of wijziging van de verplichtingen die de verzekerde is aangegaan in het kader van de besteding van het toegekende budget.

6. Indien de budgetperiode eindigt op 31 december van het subsidiejaar, kan maximaal 10% van de toegekende budgetten in dat subsidiejaar, niet meegerekend een overheveling van niet bestede persoonsgebonden budgetten uit een eerder jaar, worden besteed in daarop aansluitende budgetperioden in het volgende subsidiejaar.

Het met toepassing van de eerste volzin overgehevelde bedrag bedraagt niet meer dan het op 31 december van dat subsidiejaar resterende niet bestede persoonsgebonden budget.

Artikel 2.5.2.16

Het College voor zorgverzekeringen kan bij het vaststellen van de subsidie op aanvraag een aanvullende subsidie aan het zorgkantoor verlenen voor extra kosten die voortvloeien uit geschillen over de toekenning of de hoogte van het persoonsgebonden budget, voor zover:

- a. daarmee het maximale bedrag voor de in artikel 2.5.2.1, onder a, bedoelde activiteiten wordt overschreden; en

b. het ontstaan van deze extra kosten in redelijkheid niet is toe te rekenen aan het zorgkantoor.

Artikel 2.5.2.17

1. De subsidieontvanger registreert op zorgvuldige wijze de toegekende persoonsgebonden budgetten en de bestedingsomvang hiervan.
2. De subsidieontvanger bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.

Artikel 2.5.2.18

1. Het College voor zorgverzekeringen draagt aan de Sociale Verzekeringsbank op de taken, omschreven in het tweede tot en met tiende lid, uit te voeren.
2. In afwijking van artikel 2.5.2.11, derde lid, betaalt de Sociale Verzekeringsbank het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget geheel of gedeeltelijk uit aan de verzekerden die door de zorgkantoren in de regio's Drenthe, Arnhem, Rijnmond (Rotterdam), Breda en Noord-Limburg zijn aangewezen als deelnemers aan een experiment persoonsgebonden budget twee-dagenregeling.
3. Betalingen als bedoeld in het tweede lid vinden slechts plaats ten behoeve van in de periode van 1 oktober 2000 tot en met 31 december 2002 verleende hulp door hulpverleners met wie de verzekerde een arbeidsverhouding als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, onderdeel c, van de Werkloosheidswet, de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering onderscheidenlijk artikel 5 van de Wet op de loonbelasting 1964 heeft.
4. De Sociale Verzekeringsbank betaalt het in het tweede lid bedoelde bedrag pas indien zij, mede op basis van de overeenkomst, bedoeld in artikel 2.5.2.12, eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 3^o, tot de overtuiging is gekomen dat tussen de verzekerde en de hulpverlener een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid zal ontstaan.
5. Binnen drie maanden na de betaling, bedoeld in het tweede lid, controleert de Sociale Verzekeringsbank of de arbeidsverhouding die tussen de verzekerde en de hulpverlener tot stand is gekomen, een arbeidsverhouding is als bedoeld in het derde lid. Indien bij deze controle blijkt dat de tot stand gekomen arbeidsverhouding een arbeidsverhouding is op grond waarvan de hulpverlener verzekerd is op grond van de in het derde lid bedoelde verzekeringen, alsmede loonbelastingplichtig is, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan de verzekerde en aan het zorgkantoor mee en betaalt de Sociale Verzekeringsbank de verzekerde een bedrag dat gelijk is aan de daaruit tot het moment van de mededeling voor de verzekerde voortvloeiende werkgeverslasten.
6. De Sociale Verzekeringsbank verricht de in het tweede lid bedoelde betalingen slechts indien de verzekerde schriftelijk heeft verklaard aan de volgende verplichtingen te zullen voldoen:
 - a. voor 31 januari van het jaar volgende op het kalenderjaar waarover een betaling als bedoeld in het tweede lid is ontvangen, legt de verzekerde het zorgkantoor een verantwoording over waaruit blijkt in hoeverre de betalingen zijn besteed aan de activiteiten waarvoor deze zijn bestemd;
 - b. de verzekerde zorgt ervoor dat rekeningen voor hulp als bedoeld in deze paragraaf uiterlijk op 31 januari 2003 zijn voldaan.
7. Indien tussen de verzekerde en de hulpverlener een andere arbeidsverhouding tot stand is gekomen dan een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit mee aan het zorgkantoor en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag terug voorzover de verzekerde dit nog niet voor betaling van hulp heeft gebruikt. De eerste volzin geldt niet indien beide zinnen van het vijfde lid van toepassing zijn.
8. Indien het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag geheel of gedeeltelijk is gebruikt voor het verrichten van betalingen anders dan betalingen voor hulp

als bedoeld in deze paragraaf, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan het zorgkantoor mee, en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid betaalde bedrag van de verzekerde terug.

9. De Sociale Verzekeringsbank vordert overschotten die op 1 februari 2003 resteren van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag, terug.

10. De Sociale Verzekeringsbank voegt de op grond van het zevende, achtste of negende lid teruggevorderde bedragen toe aan het resterende budget, bedoeld in artikel 2.5.2.11, derde lid.

11. Artikel 2.5.2.11, derde lid, onderdelen a, b en e, en vierde lid, is niet van toepassing op de betalingen, bedoeld in het tweede lid.

12. Ten aanzien van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag zijn de verplichtingen, bedoeld in de subonderdelen 6^o, 7^o, en 9^o van onderdeel e van het eerste lid alsmede het tweede lid van artikel 2.5.2.12, niet van toepassing.

13. Indien de tweede zin van het vijfde lid wordt toegepast, verhoogt het zorgkantoor het toegekende budget met het in die zin bedoelde bedrag.

Paragraaf 2.5.4

Persoonsgebonden budget voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 2.5.4.1

1. Aan zorgkantoren wordt een projectsubsidie verleend die is bestemd voor: het verlenen van subsidies aan verzekerden in de vorm van persoonsgebonden budgetten ten behoeve van het zorgonderdeel begeleiding als omschreven in paragraaf 5 van het Besluit zorgaanpak bijzondere ziektekostenverzekering.
2. Aan de zorgkantoren van de regio's Groningen, Alkmaar, Rijnmond (Rotterdam), Rijnmond (Schieland), 's Hertogenbosch en Eindhoven, wordt voor het jaar 2002 een projectsubsidie verleend die is bestemd voor het verlenen van subsidies aan verzekerden in de vorm van persoonsgebonden budgetten voor de begeleiding, bedoeld in het eerste lid, ten behoeve van aanvullende productie gericht op het wegwerken van wachtlijsten voor die persoonsgebonden budgetten.
3. Artikel 1.1.3, eerste lid, onder b en c, is niet van toepassing.

Artikel 2.5.4.2

1. Het subsidieplafond voor de in artikel 2.5.4.1, eerste lid, bedoelde activiteit bedraagt voor het jaar 2002 € 8.711.769,24.
2. Het subsidieplafond voor de activiteit, bedoeld in artikel 2.5.4.1, tweede lid, bedraagt voor het jaar 2002 € 1.588.230,76.

Artikel 2.5.4.3

1. Voor toegekende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in artikel 2.5.4.1, eerste respectievelijk tweede lid, wordt een maximaal bedrag in aanmerking genomen, dat wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A}{B} \times \text{het bedrag, vermeld in artikel 2.5.4.2, eerste lid respectievelijk tweede lid,}$$

waarbij wordt verstaan onder:

- A: het aantal verzekerden in de regio van de subsidieontvanger op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar;
- B: het aantal verzekerden in de regio's van alle subsidieontvangers tezamen op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar.
2. In afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, gaat de aanvraag niet vergezeld van de begroting en het projectplan.

Artikel 2.5.4.4

1. Subsidie wordt aan het zorgkantoor slechts verleend indien het zorgkantoor bij de subsidieaanvraag schriftelijk instemt met uitbetaling van de persoonsgebonden budgetten namens hem door de Sociale Verzekeringsbank, overeenkomstig deze paragraaf.
2. Bij het verlenen van subsidie aan het zorgkantoor worden slechts persoonsgebonden budgetten in aanmerking genomen die zijn toegekend met inachtneming van deze paragraaf.

Artikel 2.5.4.5

1. Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor persoonsgebonden budgetten voor verzekerden in zijn regio.
2. In afwijking van het eerste 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. Deze toestemming wordt slechts verleend indien de besteding van de subsidie door het zorgkantoor overeenkomstig deze regeling in de eigen

regio niet mogelijk is en dit in redelijkheid niet aan het zorgkantoor is toe te rekenen. Het College voor zorgverzekeringen kan voorwaarden verbinden aan deze overheveling.

Artikel 2.5.4.6

1. De persoonsgebonden budgetten zijn uitsluitend bestemd voor de betaling van:
 - a. de kosten van door de in aanmerking komende verzekerden ingekochte begeleiding;
 - b. de kosten, met ingang van 1 april 2001, verband houdende met secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten.
2. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verzekerde ten aanzien van wie een indicatie voor het zorgonderdeel begeleiding, bedoeld in artikel 2.5.4.1, eerste lid, door het zorgkantoor is vastgesteld. Het zorgkantoor hanteert in dit kader de in zijn regio voor de geestelijke gezondheidszorg gebruikelijke procedures.
3. Voor toekenning van een persoonsgebonden budget komt uitsluitend in aanmerking de verzekerde die voor de uitvoering van de regeling door het zorgkantoor als zodanig is aangemeld bij de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe zendt het zorgkantoor een door hem ondertekende toekenningsbeschikking naar de Sociale Verzekeringsbank. Hiertoe hanteert de subsidieontvanger de door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde modellen.
4. De verzekerde komt slechts voor een persoonsgebonden budget in aanmerking voor zover het begeleiding betreft die niet op andere wijze wordt vergoed.
5. Het zorgkantoor stelt voor de toekenning van persoonsgebonden budgetten slechts voorwaarden die voldoen aan deze paragraaf.
6. De periode waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verleend, vangt niet eerder aan dan op de dag van verzending aan de verzekerde van de toekenningsbeschikking en uiterlijk zes maanden na de datum van de toekenningsbeschikking.
7. Toekenning en verlenging van het persoonsgebonden budget hebben plaats op aanvraag van de verzekerde.
8. Het toe te kennen budget bedraagt voor verzekerden van 18 jaar en ouder maximaal € 25.820 per jaar en voor verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal € 39.700 per jaar. In afwijking van de eerste volzin kan het zorgkantoor voor de verzekerde die reeds in 2000 subsidie ingevolge artikel 1p van de Ziekenfondswet voor begeleiding ontving, voor het jaar 2001 een hoger persoonsgebonden budget per maand toekennen.
9. In gevallen van kennelijke hardheid kan het zorgkantoor aan de verzekerde een hoger budget toekennen dan de bedragen, genoemd in het achtste lid. Het zorgkantoor meldt de toepassing van de eerste volzin onmiddellijk aan het College voor zorgverzekeringen.

Artikel 2.5.4.7

1. De zorgbehoefte van de verzekerde is schriftelijk in uren begeleiding vastgesteld, waarbij de volgende onderverdeling in vormen van begeleiding wordt gehanteerd:
 - a. individuele begeleiding;
 - b. begeleiding aan twee of drie personen;
 - c. begeleiding aan een groep van vier personen;
 - d. begeleiding aan een groep van vijf tot en met elf personen;
 - e. begeleiding aan een groep van meer dan elf personen.
2. Omtrent de toekenning van het persoonsgebonden budget beslist het zorgkantoor na overleg met de verzekerde. De toekenning heeft plaats rekeninghoudend met de in de indicatie vastgestelde en schriftelijk vastgelegde zorgbehoefte.
3. Het toe te kennen persoonsgebonden budget bedraagt per verzekerde per maand het product van het voor die periode vastgestelde aantal uren begeleiding en de in het vijfde lid genoemde uurtarieven.
4. Indien de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en daar hulpverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en

sociale zekerheidswetgeving, wordt het toe te kennen bedrag berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

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

B: het getal 52;

C: het budget waarvoor de verzekerde op grond van zijn zorgbehoefte in aanmerking komt;

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

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

5. De uurtarieven voor in het eerste lid bedoelde zorgvormen bedragen:

a. individuele begeleiding: € 46,86;

b. begeleiding aan twee of drie personen: € 23,43;

c. begeleiding aan een groep van vier personen: € 15,54;

d. begeleiding aan een groep van vijf tot elf personen: € 9,33;

e. begeleiding aan een groep van meer dan elf personen: € 7,65.

6. Het zorgkantoor kent aan een verzekerde een lager budget toe dan voortvloeit uit de berekeningen volgens het tweede en derde lid indien:

a. de verzekerde een lager budget vraagt; of

b. de verzekerde in de periode voorafgaande aan de nieuwe toekenningsperiode minimaal 10% van zijn persoonsgebonden budget niet heeft besteed, tenzij uit een herindicatie blijkt dat de zorgvraag is toegenomen.

Artikel 2.5.4.8

1. Het College voor zorgverzekeringen draagt op aan de Sociale Verzekeringsbank de in het tweede tot en met het vierde lid omschreven taken uit te voeren.

2. Van het toegekende persoonsgebonden budget wordt een bedrag van € 1.089,07 op jaarbasis door de Sociale Verzekeringsbank rechtstreeks aan de verzekerde betaald.

3. Het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget wordt rechtstreeks beschikbaar gesteld voor betaling van door verzekerden gecontracteerde hulpverleners door de Sociale Verzekeringsbank, waarbij de verzekerde is aangemeld. De Sociale Verzekeringsbank draagt er zorg voor dat:

a. het budget op correcte wijze wordt aangewend voor de betaling van aan de verzekerde verleende zorg volgens de subsidieregeling;

b. de administratie, waarin begrepen die voor de werkgeversfunctie, in verband met de namens verzekerde verrichte betalingen ten laste van dit deel van het budget en de administratie van de werkgeversfunctie in verband met verrichte betalingen ten laste van de eigen middelen van verzekerde, op behoorlijke wijze plaatsheeft;

c. een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met loondoorbetaling bij ziekte, wettelijke aansprakelijkheid en het arbo-contract en per 1 april 2001 een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met juridische bijstand en schadevergoedingen in het kader van de afwikkeling van arbeidsconflicten;

d. budgethouders, desgevraagd, informatie kunnen inwinnen met betrekking tot vraagstukken over de bestedingsvrijheid en arbeidsrechtelijke aspecten; en

e. in die gevallen waar met het persoonsgebonden budget zorg in het buitenland wordt ingekocht, waarbij de Nederlandse fiscale- en sociale zekerheidswetgeving niet van toepassing is, slechts tarieven worden gehonoreerd die zijn berekend op basis van een door het College voor zorgverzekeringen vastgesteld percentage.

4. Betalingen ten laste van het resterende deel, bedoeld in het derde lid, kunnen slechts plaatsvinden tot maximaal de omvang van dit resterende deel op basis van werkelijke kosten.

5. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of aan de bestedingsvoorwaarden wordt voldaan.

Artikel 2.5.4.9

1. Het zorgkantoor kent pas een persoonsgebonden budget aan de verzekerde toe indien het volgende schriftelijk is vastgelegd tussen het zorgkantoor en de verzekerde:
 - a. de verplichting van het zorgkantoor de verzekerde te informeren over de voorwaarden waaraan deze moet voldoen om in aanmerking te blijven komen voor een persoonsgebonden budget;
 - b. de hoogte van het toe te kennen persoonsgebonden budget en de periode waarvoor de toekenning geldt;
 - c. de wijze waarop het forfaitaire deel van het budget beschikbaar wordt gesteld;
 - d. de wijze waarop de overige betalingen zullen plaatshebben;
 - e. de verplichting van verzekerde om:
 - 1°. kwalitatief verantwoorde hulp in te kopen,
 - 2°. zorg te dragen voor een schriftelijke overeenkomst met de hulpverlener of hulpverleningsinstantie waarin de aard van de te verlenen hulp staat vermeld op basis waarvan de hulpverlener of hulpverleningsinstantie kan worden betaald,
 - 3°. de schriftelijke overeenkomst, bedoeld onder 2°, en het sociaal-fiscaalnummer van de door hem betaalde hulpverlener, voorzover van toepassing, over te leggen aan de Sociale Verzekeringsbank,
 - 4°. wijzigingen in de omstandigheden, die hebben geleid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget, tijdig te melden aan het zorgkantoor,
 - 5°. desgevraagd aan het zorgkantoor verantwoording af te leggen van de ten laste van het zorgbudget verrichte betalingen,
 - 6°. met de gecontracteerde hulpverlener op straffe van niet betaling overeen te komen dat deze de declaratie voor de hulpverlening bij de verzekerde indient binnen zes weken na de maand waarin de hulp is verleend,
 - 7°. met de gecontracteerde hulpverlener overeen te komen dat deze zijn declaratie voor de hulpverlening over enige maand, ineens en in zijn geheel indient,
 - 8°. een contract of een wijziging in het zorgcontract niet te laten ingaan voor de eerste van de maand waarin het zorgcontract door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen, en
 - 9°. de declaratie voor de hulpverlening binnen acht weken na de maand waarin de hulp is verleend bij de Sociale Verzekeringsbank in te dienen.
2. Onverminderd het eerste lid wordt een persoonsgebonden budget slechts toegekend indien de verzekerde met de hulpverlener is overeengekomen dat de vakantietoeslag maandelijks, tegelijk met het door de Sociale Verzekeringsbank aan de hulpverlener te betalen honorarium, wordt uitbetaald.
3. De ingangsdatum van een budgetovereenkomst of een wijziging op een budgetovereenkomst mag niet liggen voor de eerste van de maand waarin de budgetovereenkomst voor de eerste maal door de Sociale Verzekeringsbank is ontvangen.
4. Voorzover strikte handhaving van het eerste lid, onderdeel e, onder 6°, 8° en 9°, en het derde lid leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard voor de verzekerde, kan daarvan door het zorgkantoor worden afgeweken

Artikel 2.5.4.10

1. Het budget wordt toegekend met inachtneming van de gestelde indicatie en rekening houdend met de termijn waarvoor de indicatie geldt.
2. Op verzoek van de verzekerde of het zorgkantoor heeft herindicatie plaats.
3. Het zorgkantoor bericht de verzekerde uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode over de einddatum van die periode. Dit lid is niet van toepassing bij een indicatie als bedoeld in het tweede lid.

Artikel 2.5.4.11

Indien een verzekerde die beschikt over een persoonsgebonden budget op grond van deze regeling verhuist naar een andere regio, draagt het zorgkantoor van de oude woonregio zorg voor continuering van het persoonsgebonden budget tot en met 31 december van het subsidiejaar.

Artikel 2.5.4.12

1. De periode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt toegekend, bedraagt maximaal de termijn waarvoor de indicatie, bedoeld in artikel 2.5.4.6, tweede lid, geldt.

2. Een wijziging van een reeds toegekend persoonsgebonden budget gaat steeds in op de eerste dag van een maand. Het persoonsgebonden budget eindigt op de laatste dag van een maand.

3. De toekenningsperiode van het persoonsgebonden budget blijft ongewijzigd bij tussentijdse herindicatie en overige wijzigingen van het budget.

4. De periode, waarvoor een persoonsgebonden budget is toegekend, eindigt in elk geval indien de verzekerde:

- a. schriftelijk te kennen geeft niet langer prijs te stellen op de toekenning van een budget;
- b. geestelijke gezondheidszorg, waarvan begeleiding onderdeel is, in natura ontvangt;
- c. binnen twee maanden na aanvang van de budgetperiode nog geen trekkingsrechten heeft geëffectueerd;
- d. indien de verzekerde langer dan twee maanden aaneengesloten is opgenomen in een gezondheidszorginstelling; of
- e. overlijdt.

5. Bij toepassing van het vierde lid en bij een substantiële verlaging van het budget bij toepassing van artikel 2.5.4.7 juncto artikel 2.5.4.10 wordt rekening gehouden met de onvermijdbare kosten voor verzekerde in verband met beëindiging of wijziging van de verplichtingen die de verzekerde is aangegaan in het kader van de besteding van het toegekende budget.

6. Indien de budgetperiode eindigt op 31 december van het subsidiejaar, kan maximaal 10% van de toegekende budgetten in dat subsidiejaar, niet meegerekend een overheveling van niet bestede persoonsgebonden budgetten uit een eerder jaar, worden besteed in daarop aansluitende budgetperioden in het volgende subsidiejaar. Het met toepassing van de eerste volzin overgehevelde bedrag bedraagt niet meer dan het op 31 december van dat subsidiejaar resterende niet bestede persoonsgebonden budget.

Artikel 2.5.4.13

Het College voor zorgverzekeringen kan bij het vaststellen van de subsidie op aanvraag een aanvullende subsidie aan het zorgkantoor verlenen voor extra kosten die voortvloeien uit geschillen over de toekenning of de hoogte van het persoonsgebonden budget, voor zover:

- a. door die extra kosten het maximale bedrag voor de in artikel 2.5.4.1, eerste lid, bedoelde activiteiten wordt overschreden; en
- b. het ontstaan van deze extra kosten in redelijkheid niet is toe te rekenen aan het zorgkantoor.

Artikel 2.5.4.14

1. De subsidieontvanger registreert op zorgvuldige wijze de toegekende persoonsgebonden budgetten en de besteding hiervan.

2. De subsidieontvanger bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.

Artikel 2.5.4.15

1. Het College voor zorgverzekeringen draagt aan de Sociale Verzekeringsbank op de taken, omschreven in het tweede tot en met tiende lid, uit te voeren.
2. In afwijking van artikel 2.5.4.8, derde lid, betaalt de Sociale Verzekeringsbank het resterende deel van het toegekende persoonsgebonden budget geheel of gedeeltelijk uit aan de verzekerden die door de zorgkantoren in de regio's Drenthe, Arnhem, Rijnmond (Rotterdam), Breda en Noord-Limburg zijn aangewezen als deelnemers aan een experiment persoonsgebonden budget twee-dagenregeling.
3. Betalingen als bedoeld in het tweede lid vinden slechts plaats ten behoeve van in de periode van 1 oktober 2000 tot en met 31 december 2002 verleende hulp door hulpverleners met wie de verzekerde een arbeidsverhouding als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, onderdeel c, van de Werkloosheidswet, de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering onderscheidenlijk artikel 5 van de Wet op de loonbelasting 1964 heeft.
4. De Sociale Verzekeringsbank betaalt het in het tweede lid bedoelde bedrag pas indien zij, mede op basis van de overeenkomst, bedoeld in artikel 2.5.4.9, eerste lid, onderdeel e, subonderdeel 3^o, tot de overtuiging is gekomen dat tussen de verzekerde en de hulpverlener een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid zal ontstaan.
5. Binnen drie maanden na de betaling, bedoeld in het tweede lid, controleert de Sociale Verzekeringsbank of de arbeidsverhouding die tussen de verzekerde en de hulpverlener tot stand is gekomen, een arbeidsverhouding is als bedoeld in het derde lid. Indien bij deze controle blijkt dat de tot stand gekomen arbeidsverhouding een arbeidsverhouding is op grond waarvan de hulpverlener verzekerd is op grond van de in het derde lid bedoelde verzekeringen, alsmede loonbelastingplichtig is, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan de verzekerde en aan het zorgkantoor mee en betaalt de Sociale Verzekeringsbank de verzekerde een bedrag dat gelijk is aan de daaruit tot het moment van de mededeling voor de verzekerde voortvloeiende werkgeverslasten.
6. De Sociale Verzekeringsbank verricht de in het tweede lid bedoelde betalingen slechts indien de verzekerde schriftelijk heeft verklaard aan de volgende verplichtingen te zullen voldoen:
 - a. voor 31 januari van het jaar volgende op het kalenderjaar waarover een betaling als bedoeld in het tweede lid is ontvangen, legt de verzekerde het zorgkantoor een verantwoording over waaruit blijkt in hoeverre de betalingen zijn besteed aan de activiteiten waarvoor deze zijn bestemd;
 - b. de verzekerde zorgt ervoor dat rekeningen voor hulp als bedoeld in deze paragraaf uiterlijk op 31 januari 2003 zijn voldaan.
7. Indien tussen de verzekerde en de hulpverlener een andere arbeidsverhouding tot stand is gekomen dan een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit mee aan het zorgkantoor en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag terug voorzover de verzekerde dit nog niet voor betaling van hulp heeft gebruikt. De eerste volzin geldt niet indien beide zinnen van het vijfde lid van toepassing zijn.
8. Indien het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag geheel of gedeeltelijk is gebruikt voor het verrichten van betalingen anders dan betalingen voor hulp als bedoeld in deze paragraaf, deelt de Sociale Verzekeringsbank dit aan het zorgkantoor mee, en vordert de Sociale Verzekeringsbank het op grond van het tweede lid betaalde bedrag van de verzekerde terug.
9. De Sociale Verzekeringsbank vordert overschotten die op 1 februari 2003 resteren van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag, terug.
10. De Sociale Verzekeringsbank voegt de op grond van het zevende, achtste of negende lid teruggevorderde bedragen toe aan het resterende budget, bedoeld in artikel 2.5.4.8, derde lid.

11. Artikel 2.5.4.8, derde lid, onderdelen a, b en e, en vierde lid, is niet van toepassing op de betalingen, bedoeld in het tweede lid.

12. Ten aanzien van het op grond van het tweede lid aan de verzekerde betaalde bedrag zijn de verplichtingen, bedoeld in de subonderdelen 6°, 7°, en 9° van onderdeel e van het eerste lid alsmede het tweede lid van artikel 2.5.4.9, niet van toepassing.

13. Indien de tweede zin van het vijfde lid wordt toegepast, verhoogt het zorgkantoor het toegekende budget met het in die zin bedoelde bedrag.

Hoofdstuk IV Slot- en overgangsbepalingen

Artikel 4.1.1.a

De artikelen 2.5.1.16, 2.5.2.18 en 2.5.4.15 vervallen met ingang van 1 maart 2003.

Artikel 4.1.3

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

De Minister voornoemd,

dr. E. Borst-Eilers

Toelichting

Paragraaf 2.5.1

Persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging

De financiering van het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging heeft plaats volgens de gebruikelijke getrapte subsidiëring. Het CVZ subsidieert de zorgkantoren die op hun beurt de verzekerden subsidiëren.

Evenals in 2001, worden in 2002 de financieel-administratieve taken die voortkomen uit het PGB, uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB draagt zorg voor uitbetaling van het forfaitaire bedrag (€ 1.089,07 op jaarbasis) aan de budgethouder. Daarnaast betaalt de SVB de door de budgethouder gecontracteerde hulpverleners. Indien nodig, draagt de SVB hierbij zorg voor de inhouding van loonbelasting en sociale premies.

Binnen de bovenstaande systematiek betaalt het CVZ de SVB namens de zorgkantoren. Dit kan alleen indien de zorgkantoren schriftelijk akkoord gaan met betaling van de SVB door het CVZ namens hen. Bij aanvraag van de subsidie moet het zorgkantoor verklaren akkoord te gaan met deze constructie.

De in artikel 2.5.1.1, onder b, bedoelde aanvullende productie is bedoeld voor het wegwerken van de bestaande wachtlijsten. Hiervoor worden extra middelen beschikbaar gesteld. De toekenning van de hier bedoelde persoonsgebonden budgetten kan ten laste van de subsidie plaatshebben tot uiterlijk 10 december van het subsidiejaar.

In artikel 2.5.1.2 is het plafond vermeld voor de in artikel 2.5.1.1, onder a, bedoelde persoonsgebonden budgetten. De grenzen voor de verdeling van dit plafond zijn aangegeven in artikel 2.5.1.3, eerste lid. Voor het vaststellen van de woonregio is de plaats waar de verzekerde als inwoner staat ingeschreven in het bevolkingsregister bepalend.

In artikel 2.5.1.3, tweede lid, is geregeld dat, in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, de aanvraag niet vergezeld gaat van de begroting en het projectplan. Dit houdt in dat het CVZ ook geen begroting hoeft goed te keuren. Wel blijft artikel 1.6.1 met betrekking tot de liquiditeitsprognose van toepassing. Deze blijft vereist, tenzij, zoals die bepaling regelt, de liquiditeitsbehoefte regelmatig verspreid is over de duur van het project.

De subsidies worden op aanvraag aan de zorgkantoren verleend. Subsidieverlening vindt slechts plaats onder de voorwaarde dat het zorgkantoor schriftelijk instemt met betaling van de persoonsgebonden budgetten namens hem door de SVB. Slechts de met inachtneming van deze paragraaf toegekende persoonsgebonden budgetten behoren tot de subsidiabele kosten (artikel 2.5.1.4, tweede lid).

De in artikel 2.5.1.5, tweede lid, bedoelde overheveling wordt van geval tot geval beoordeeld. Afhankelijk van de omstandigheden zullen bij verlening van de toestemming de nodige voorwaarden worden gesteld aan het overhevelende zorgkantoor. De laatste blijft verantwoordelijk voor de besteding van de aldus overgehevelde middelen.

De overheveling geldt slechts voor het kalenderjaar waarin de overheveling plaatsvindt. Het daarop volgende kalenderjaar ontvangen de regio's weer de op basis van de verdeelsleutel bij hun behorende budgetten.

Voor de overheveling zal slechts toestemming worden verleend als er in de overhevelende regio geen wachtlijsten zijn.

Het eerste lid van artikel 2.5.1.7 geeft aan waaraan een persoonsgebonden budget kan worden uitgegeven:

- a. aan de ingekochte verzekerde zorg; en
- b. aan de betaling per 1 april 2001 van kosten die samenhangen met secundaire arbeidsvoorwaarden zoals bijvoorbeeld, pensioenregeling, eindejaarsuitkering, beroepskosten enz.

Het tweede lid van artikel 2.5.1.7 geeft aan dat alleen verzekerden die in de thuissituatie langer dan drie maanden hulp nodig hebben in aanmerking kunnen komen voor een persoonsgebonden budget. Met thuissituatie wordt bedoeld de woon- en leefomgeving van de verzekerde. In het kader van het persoonsgebonden budget wordt hieronder evenwel niet verstaan een verzorgingshuis of daarmee gelijk te stellen instelling. Ter voorkoming van verdere misverstanden is nog eens uitdrukkelijk opgenomen dat de verzekerde die in een instelling verblijft waarin duurzaam verblijf en verzorging wordt geboden, niet in aanmerking komt voor een PGB. De bedoeling daarvan is dat wordt voorkomen dat dergelijke instellingen collectief voor hun bewoners een PGB aanvragen voor hulp die reeds in de instelling centraal wordt verleend. Het PGB is in beginsel ook niet bedoeld voor deze categorie hulpbehoevenden.

Het vierde lid van artikel 2.5.1.7 geeft aan dat de budgethouder door het zorgkantoor moet zijn aangemeld bij de SVB. Het zorgkantoor zendt daarvoor de budgetovereenkomst naar de SVB op een formulier zoals door het CVZ is vastgesteld.

Het zesde lid van artikel 2.5.1.7 sluit niet uit, dat het zorgkantoor administratieve aanwijzingen voor een adequate uitvoering van de regeling mag geven. Het zorgkantoor mag echter geen nadere, inhoudelijke voorwaarden stellen voor de toekenning van budgetten, zoals bijvoorbeeld het behoren tot een bepaalde doelgroep of het afwijken van het drie maandencriterium.

Het zevende lid van artikel 2.5.1.7 geeft aan voor welke periode een persoonsgebonden budget wordt verleend. Deze periode gaat op zijn vroegst in op de verzenddatum van de toekenningsbeschikking en uiterlijk 6 maanden na de datum van de toekenningsbeschikking van het zorgkantoor. De ingangsdatum dient in onderling overleg tussen de verzekerde en het zorgkantoor vastgesteld te worden. De ingangsdatum is het moment dat de verzekerde op grond van zijn contract met het zorgkantoor het budget kan effectueren.

Het achtste lid van artikel 2.5.1.7 houdt in dat geen budget wordt toegekend als de thuiszorg door middel van een persoonsgebonden budget, in vergelijking met de kosten van opname in een semi- of intramurale instelling voor die individuele patiënt, zodanig kostbaar is of wordt, dat het financieel niet langer verantwoord is de verzekerde een persoonsgebonden budget toe te kennen of te blijven toekennen. Als het zorgkantoor om hem moverende redenen dit artikel niet wenst toe te passen, moet hij voor "geïndiceerde" budgetten hoger dan € 294,96 per dag advies aan het CVZ vragen. Het kan zijn dat voor opname in een intramurale instelling medisch gezien een contra-indicatie bestaat. In dat geval is een verklaring in die zin van een onafhankelijk medicus nodig.

Het negende lid van artikel 2.5.1.7 geeft aan dat de cliënt verantwoordelijk is voor de aanvraag van een budget. Als de indicatieperiode is beëindigd, zal de cliënt dan ook zelf een budget voor de nieuwe indicatieperiode moeten aanvragen.

Artikel 2.5.1.8 betreft de indicatiestelling en budgetvaststelling.

Het eerste lid van artikel 2.5.1.8 bepaalt dat de indicatiestelling gedifferentieerd moet plaatshebben. De zorgproducten voor 2002 zijn geharmoniseerd met de zorg in natura. Ingevolge het tweede lid beslist het zorgkantoor over de toekenning van een persoonsgebonden budget en houdt daarbij rekening met het door de indicatiecommissie genomen besluit.

Op grond van het derde lid van artikel 2.5.1.8 krijgt de verzekerde de mogelijkheid een PGB V&V met zorg in natura te combineren. Bijvoorbeeld huishoudelijke hulp in natura en verpleging via een PGB. Binnen hetzelfde zorgproduct kan dit echter niet; dus bijvoorbeeld niet een deel verpleging in natura en een deel als PGB.

Het vierde lid van artikel 2.5.1.8 regelt de berekening en vaststelling van de maximale hoogte van het persoonsgebonden budget.

De procedure aangegeven in het vijfde lid van artikel 2.5.1.8 komt erop neer dat bij het ontbreken van de gegevens voor het vaststellen van de eigen bijdrage 2002, een budgetovereenkomst voor de normale periode kan worden afgesloten met toepassing van de eigen bijdrage 2001. Mocht later blijken dat de eigen bijdrage 2002 voor de betreffende cliënt is gewijzigd ten opzichte van 2001, zal uiterlijk 1 maart 2002 de budgetovereenkomst moeten worden aangepast, zonder dat verrekening behoeft plaats te vinden met de eigen bijdrage over de periode vanaf 1 januari 2002. Het voordeel van deze procedure is dat een normale budgetperiode kan worden aangehouden. Voor de cliënten voor wie de eigen bijdrage 2002 niet wijzigt ten opzichte van 2001, behoeft dan geen aanpassing plaats te vinden van het budget. De aanpassing van het budget vindt dan alleen plaats voor degenen voor wie de eigen bijdrage 2002 wel is gewijzigd.

Ter toelichting op het zesde lid van artikel 2.5.1.8 zij opgemerkt dat het kan zijn dat een verzekerde langdurig verblijft in een land waar de zorg goedkoper kan worden ingekocht dan in Nederland. Deze verzekerde beschikt over een budget dat veel hoger is dan nodig indien het budget uitsluitend wordt gebaseerd op zorginkoop in Nederland. De hoogte van het PGB moet dan ook worden afgesteld op de specifieke situatie van de verzekerde die langdurig in het buitenland verblijft.

Onder langdurig verblijf wordt verstaan dat een verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft.

Een vakantieperiode van maximaal 6 weken aaneengesloten in het buitenland zal gezien de definitie geen gevolgen hebben voor de hoogte van het PGB. Als de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, is er sprake van langdurig verblijf. In deze situatie moet onderzocht worden of dit verblijf gevolgen heeft voor de hoogte van het PGB. Hiervoor moet beoordeeld worden of de verzekerde in het buitenland zorg inkoopt, waarbij de Nederlandse fiscale- en sociale verzekeringswetgeving niet van toepassing is. Als deze situatie zich voordoet, moet de onderstaande procedure gevolgd worden.

Het CVZ stelt per land een "aanvaardbaarheidspercentage" vast. Dit percentage speelt een rol bij het bepalen van de hoogte van het PGB in de bovenstaande situatie.

Als de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft en hier ook buitenlandse hulpverleners inschakelt, moet gekeken worden wat het aanvaardbaarheidspercentage is in het betreffende land. Als dit percentage hoger of gelijk is aan honderd, heeft verblijf in het buitenland geen gevolgen voor de hoogte van het PGB. Als het aanvaardbaarheidspercentage lager is dan 100%, kan de verzekerde goedkopere zorg inkopen dan in Nederland. Om toch zoveel als mogelijk gelijkheid tussen verzekerden te garanderen moet bij de vaststelling van het PGB van de betreffende verzekerde een correctie toegepast worden. Daarvoor geldt de in het zesde lid opgenomen formule om de hoogte van

het nieuwe PGB vast te stellen. Als het onder E bedoelde percentage groter of gelijk is aan 100%, hoeft geen herberekening plaats te vinden.

Het vorenstaande geldt alleen in situaties waarbij de Nederlandse fiscale- en sociale verzekeringswetgeving niet van toepassing is. Als de verzekerde in het buitenland gebruik maakt van de diensten van een hulpverlener die wel onder de Nederlandse fiscale- en sociale verzekeringswetgeving valt, geldt het bovenstaande niet.

De tarieven in het zevende lid bedragen 75% van de maximum CTG-tarieven, met uitzondering van het tarief voor de alphahulp. Hiervoor geldt 100%.

In het achtste lid van artikel 2.5.1.8 wordt de mogelijkheid aan het zorgkantoor geboden een lager budget aan de verzekerde toe te kennen dan het budget dat voortkomt uit bovengenoemde berekening. Dat kan doordat de verzekerde zelf een lager budget vraagt. Het kan ook zo zijn dat een verzekerde in de periode direct voorafgaand aan de nieuwe toekenningsperiode ook de beschikking heeft gehad over een PGB. Indien de verzekerde in deze voorafgaande periode minimaal 10% van zijn PGB niet heeft besteed, dan stelt het zorgkantoor het budget voor de nieuwe budgetperiode lager vast. Dit kan echter alleen indien er sprake is van een ongewijzigde zorgvraag (gelijkblijvende indicatie). Als op basis van herindicatie wordt aangetoond dat er sprake is van een toename in de zorgvraag, wordt deze laatstgenoemde verlaging niet doorgevoerd.

Ingevolge artikel 2.5.1.9, eerste lid, wordt het budget toegekend waarbij onder meer wordt rekening gehouden met de termijn die de indicatiecommissie voor de indicatieperiode heeft gesteld. Bij toekenning van een PGB kan urgentie een rol kan spelen, als daarvan sprake is in het indicatiebesluit.

Voor alle duidelijkheid, is het belangrijk op te merken dat er een indicatie naar de aard en omvang van de hulpbehoefte moet worden gesteld. Er is geen aparte indicatie voor zorg in natura of een PGB. Na het indicatiebesluit bepaalt de cliënt welke vorm hij kiest. Met andere woorden: het is niet het indicatieorgaan dat vaststelt of iemand een PGB krijgt of zorg in natura. Die keuze maakt de cliënt. Het indicatieorgaan beslist alleen over de aard en omvang van de zorg die de cliënt behoeft.

Het tweede lid van artikel 2.5.1.9 geeft aan dat tussentijds een herindicatie door de cliënt kan worden aangevraagd. Ook het zorgkantoor kan tussentijds een herindicatie laten plaatsvinden.

Het derde lid van artikel 2.5.1.9 wijst er op dat ter voorkoming van vertraging in vaststelling van een budget het zorgkantoor de cliënt 2 maanden voor beëindiging van de indicatieperiode informeert over de beëindiging van deze periode. De cliënt zal dan zelf zo snel mogelijk (6 weken voor het einde van de indicatieperiode) herindicatie moeten aanvragen voor het continueren van het persoonsgebonden budget. Deze werkwijze veroorzaakt geen onnodige onderbreking van de budgetverlening.

In artikel 2.5.1.10 wordt de wijze geregeld waarop door de SVB het vastgestelde budget beschikbaar wordt gesteld. In voorkomende gevallen worden forfaitaire bedragen niet door het zorgkantoor teruggevorderd behalve in die gevallen waarin onomstotelijk kan worden aangetoond dat de budgethouder een budget heeft aangevraagd en ook heeft beëindigd louter en alleen om het forfaitaire bedrag te innen.

Het derde lid van artikel 2.5.1.10 geeft aan waarvoor de SVB het resterende bedrag mag aanwenden en waarvoor de SVB daarbij moet zorgdragen, bijvoorbeeld voor een collectieve verzekering voor juridische bijstand en schadevergoedingen tengevolge van arbeidsconflicten tussen budgethouder en hulpverlener.

Het vierde lid van artikel 2.5.1.10 geeft aan dat de cliënt niet méér bij de SVB kan declareren dan het resterende deel. Bij eventuele overschrijding van dat bedrag, mag dat niet worden verrekend met het PGB in de volgende budgetperiode. De cliënt zal dan ook de overschrijding zelf moeten betalen.

Het kan ook zijn dat de cliënt budget overhoudt in een budgetperiode. In dat geval komt deze onderschrijding niet ten goede aan de cliënt, maar tellen de werkelijk gemaakte kosten. Het overschot kan ook niet ten behoeve van de cliënt worden gereserveerd voor een volgende budgetperiode.

Op grond van het vijfde lid van artikel 2.5.1.10 controleert het zorgkantoor steekproefsgewijs of aan de bestedingsvoorwaarden wordt voldaan. Controle door het zorgkantoor op de kwaliteit van de zorg vindt alleen plaats wanneer signalen van bevoegde instanties (huisarts, thuiszorg, inspectie volksgezondheid) worden ontvangen, waaruit blijkt dat er sprake is van een onverantwoord niveau van zorg.

Artikel 2.5.1.11 bevat voorwaarden waaraan moet worden voldaan, als een verzekerde in aanmerking wil komen voor een persoonsgebonden budget.

Een aantal rechten en plichten is in het eerste lid van artikel 2.5.1.11 opgesomd, dat in ieder geval schriftelijk tussen het zorgkantoor en de verzekerde moet worden vastgelegd. Bij de zorg die op kwalitatief verantwoorde wijze wordt verleend, wordt in het kader van deze regeling uitgegaan van algemeen aanvaarde normen op het gebied van de thuiszorg. In het zorgcontract moeten de geïndiceerde zorgvormen worden opgenomen (eerste lid, onderdeel e, onder 2°).

Het eerste lid, onderdeel e, onder 6° en 7°, is getroffen in verband met de behoefte aan standaardisatie en om een betere aansluiting te verkrijgen met fiscale en sociale zekerheidsregelgeving. Van groot belang is dat de budgethouder de declaraties tijdig bij de SVB indient.

Het eerste lid, onderdeel e, onder 8°, strekt ertoe te voorkomen dat in verband met bijvoorbeeld een restbudget aan het einde van de budgetperiode, het zorgcontract en het uurtarief met terugwerkende kracht tot bijvoorbeeld het begin van de budgetperiode, alsnog worden gewijzigd. Dit onderdeel geldt ook voor andere wijzigingen in het zorgcontract.

Ingevolge het tweede lid van artikel 2.5.1.11 wordt de vakantietoeslag maandelijks gelijk met het honorarium door de SVB uitbetaald. De budgethouder zal dit, evenals het gestelde in het eerste lid, onderdeel e, onder 6° en 7°, met de hulpverlener in het zorgcontract moeten overeenkomen.

In het derde lid van artikel 2.5.1.11 wordt aangegeven dat een budgetovereenkomst en een wijziging daarin niet mag ingaan voor de eerste van de maand waarin de SVB de budgetovereenkomst voor de eerste maal ontvangt. Dit ter voorkoming van budgetovereenkomsten met al te grote terugwerkende kracht, hetgeen administratieve problemen kan opleveren.

Als het derde lid leidt tot onbillijkheid voor de verzekerde kan daarvan op grond van het vierde lid van artikel 2.5.1.11 worden afgeweken.

In artikel 2.5.1.12 is een regeling getroffen voor de situatie dat een verzekerde die beschikt over een budget, verhuist naar een andere regio. Deze verzekerde kan tot en met 31 december dit budget gebruiken vanuit zijn nieuwe woonplaats. Bij een in het kalenderjaar eventueel voorkomende herindicatie moet de verzekerde zich wenden tot het indicatieorgaan en het zorgkantoor in zijn nieuwe regio/woonplaats. Om in aanmerking te komen voor een budget vanaf 1 januari, moet de verzekerde zich wenden tot het zorgkantoor in zijn nieuwe woonregio. Dit laatste zorgkantoor moet zoveel als redelijkerwijs mogelijk is ervoor zorgdragen dat het budget wordt gecontinueerd. PGB financiering van de verhuisde

verzekerde door het verantwoordelijke zorgkantoor in de nieuwe woonregio heeft de hoogste urgentie en daarom absolute voorrang op alle andere verzekerden.

In artikel 2.5.1.13, eerste lid, is geregeld dat de toekenningsperiode maximaal de termijn is waarvoor het indicatiebesluit geldt, maar dat een persoonsgebonden budget nooit voor een langere termijn wordt toegekend dan tot en met 31 december van het subsidiejaar. Na 31 december kan echter bij ongewijzigde omstandigheden ambtshalve verlenging plaatsvinden voor de periode waarvoor de indicatie geldt. Deze verlenging heeft niet plaats als de periode waarvoor de indicatie in het volgende subsidiejaar geldt korter is dan een maand.

Van belang is dat de mogelijkheid van verlenging na 31 december door het zorgkantoor in de budgetovereenkomst met de budgethouder wordt opgenomen.

Op grond van het tweede lid van artikel 2.5.1.13 kan voortzetting op basis van herindicatie van een lopend budget alleen worden toegekend met ingang van de eerste dag van een maand, en kan het alleen eindigen op de laatste dag van een maand. Deze bepaling is opgenomen om aaneensluitende budgetperioden te garanderen.

Het derde lid van artikel 2.5.1.13 bepaalt dat een vastgestelde budgetperiode ongewijzigd blijft bij tussentijdse herindicatie. Als de herindicatie leidt tot een ander budget, vindt verrekening plaats binnen de lopende budgetperiode.

Uitgangspunt bij persoonsgebonden budgetfinanciering is dat verzekerden met het budget de benodigde zorg inkopen. Indien verzekerden hun budget niet gebruiken, bestaat er geen reden om dit budget toch op naam van deze verzekerden te handhaven. Als verzekerden binnen twee maanden nadat ze kunnen beschikken over een persoonsgebonden budget (dat wil zeggen het budget op grond van hun budgetovereenkomst met het zorgkantoor kunnen effectueren), nog steeds geen trekkingsrechten hebben geëffectueerd, moet de toekenning van het persoonsgebonden budget worden beëindigd (artikel 2.5.1.13, vierde lid, onder d).

Het vijfde lid van artikel 2.5.1.13 noemt de verplichtingen die een cliënt nog zou moeten nakomen bij het beëindiging of wijziging van het budget. Daarbij valt te denken aan arbeidsrechtelijke verplichtingen, zoals vakantiedagen of doorbetaling loon voor bepaalde tijd in verband met een opzegtermijn e.d. Na vergoeding van de onvermijdbare kosten bij het einde van de budgetovereenkomst vloeit het restant aan trekkingsrechten terug in het macrobudget van het betreffende zorgkantoor.

Het kan zijn dat een deel van het PGB op 31 december van het subsidiejaar overblijft. De budgethouder kan dan maximaal 10% van het in dat jaar genoten budget per 31 december 2001 overhevelen naar 2002.

Ter toelichting op het zesde lid van artikel 2.5.1.13 merk ik het volgende op.

Het kan zijn dat er twee aaneengesloten budgetperioden in een jaar voorkomen.

Bijvoorbeeld een budgetperiode die eindigt per 31 juli en een die eindigt per 31 december.

De budgetten van deze aaneengesloten budgetperioden worden samengeteld voor het vaststellen van de 10%. Op deze wijze worden de twee budgetperioden administratief beschouwd als een budgetperiode. Het restant van dit budget per 31 december van het subsidiejaar kan dan naar de budgetperiode in het volgende subsidiejaar worden overgeheveld, voorzover dat restant niet de vorengenoemde 10% overschrijdt. Bij de overheveling mag niet de overheveling worden meegerekend van het niet bestede budget uit het vorige subsidiejaar.

Als de budgetperioden niet aaneengesloten zijn, moet elke budgetperiode worden afgerekend en vloeit het restant terug naar de AWBZ. Er is dan geen overheveling mogelijk.

Voorbeeld:

In een subsidiejaar heeft een verzekerde twee budgetperioden. De eerste eindigt b.v. per 31 juli en de tweede per 31 december. De budgetten bedragen respectievelijk € 5.000 en € 7.500. Totaal in dat subsidiejaar heeft de verzekerde een budget gehad van € 12.500. Daarvan mag maximaal 10%, d.w.z. € 1.250 worden overgeheveld. De verzekerde heeft per 31 december van het subsidiejaar een niet besteed bedrag van het persoonsgebonden budget over van b.v. € 1.000. Per 31 december van dat subsidiejaar mag hij dan € 1.000 naar de volgende budgetperiode in het volgende subsidiejaar overhevelen. Als de verzekerde € 1.500 zou hebben overgehouden, zou hij slechts € 1.250 hebben mogen overhevelen. Dezelfde benadering geldt uiteraard als de budgetperiode het gehele jaar bestrijkt. Elk jaar wordt het over te hevelen bedrag opnieuw berekend zoals hierboven aangegeven, dat wil zeggen exclusief de overgehevelde bedragen uit de vorige jaren. De over te hevelen bedragen kunnen dus niet cumuleren.

Overboeking van het resterende budget over het voorgaande jaar vindt niet eerder plaats dan na verstrijken van de termijnen voor indiening van declaraties als vermeld in artikel 2.5.1.11.

Ten behoeve van de vereenvoudiging van de administratieve verplichtingen van het persoonsgebonden budget (PGB) is in de brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de tweede voortgangsrapportage PGB van 5 maart 2001 een voorstel uitgewerkt voor een nieuwe uitvoeringsstructuur voor de overeenkomsten die vallen onder de zogenoemde twee-dagenregeling huishoudpersoneel (Kamerstukken II 2000/01, 25 657, nr. 18). Het gaat er daarbij om dat de arbeidsverhouding van een persoon, die doorgaans minder dan drie dagen per week huiselijke of persoonlijke diensten verricht in het huishouden van de zorgvrager, niet als dienstbetrekking in de zin van de socialeverzekeringswetten of de Wet op de loonbelasting 1964 wordt aangemerkt. Voor dit type arbeidsverhouding hoeft de budgethouder dan geen socialeverzekeringspremies of loonbelasting af te dragen. De hulpverlener is op grond van de twee-dagenregeling niet verzekerd voor de socialeverzekeringswetten en moet zelf aangifte doen bij de Belastingdienst. Om na te gaan of het in deze brief opgenomen voorstel voor alle betrokken partijen tot een werkbare situatie leidt, is door toevoeging van artikel 2.5.1.16 uitvoering gegeven aan een experiment persoonsgebonden budget twee-dagenregeling. Het experiment beperkt zich tot budgethouders in de regio's Drenthe, Arnhem, Rijnmond (Rotterdam), Breda en Noord-Limburg. Het experiment beperkt zich tot de budgethouders uit de doelgroep die zijn uitgenodigd om aan het experiment deel te nemen en die zich vervolgens hebben aangemeld.

De budgethouders die deelnemen aan dit experiment krijgen, anders dan de andere budgethouders, zelf de beschikking over (een gedeelte van) hun PGB voor de betaling van hulpverleners met wie zij een arbeidsovereenkomst hebben afgesloten die valt onder de regeling twee dagen huishoudpersoneel. De deelnemende budgethouders ontvangen het betreffende gedeelte van hun PGB op een speciaal voor dit doel geopende bankrekening. Van deze bankrekening kan geen contant geld worden opgenomen en ook is het niet mogelijk om rood te staan. De deelnemers dienen na afloop van het kalenderjaar aan het zorgkantoor verantwoording af te leggen over de besteding van deze middelen.

De SVB betaalt de budgethouder pas nadat zij tot de overtuiging is gekomen dat het een arbeidsverhouding als bedoeld in het derde lid betreft. Dit voorlopig oordeel van de SVB heeft uitsluitend betrekking op de deelname aan het experiment. De betreffende uitvoeringsinstelling sociale verzekeringen beslist uiteindelijk over de vraag of een arbeidsverhouding onder de twee-dagenregeling huishoudpersoneel valt.

De SVB controleert binnen drie maanden na de betaling nogmaals of de arbeidsverhouding tussen de budgethouder en de hulpverlener een arbeidsverhouding is als bedoeld in het derde lid. Indien dit niet het geval blijkt te zijn, dan geeft de SVB de budgethouder één waarschuwing. Ook deelt de SVB dit mee aan het zorgkantoor van de verzekerde. De SVB betaalt de budgethouder voor deze periode eenmalig een aanvullend bedrag dat gelijk is aan de werkgeverslasten voor de sociale verzekeringen en de loonbelasting die de verzekerde verplicht is af te dragen. De werkgeverslasten die nadien ontstaan voor de verzekerde, omdat de arbeidsverhouding tussen budgethouder en hulpverlener geen arbeidsverhouding is als bedoeld in het derde lid, komen voor eigen rekening en risico van de verzekerde.

Omdat de budgethouders de betalingen zelf verrichten zonder tussenkomst van de SVB, kan de periode waarin de budgethouders nog betalingen kunnen doen voor de in het voorgaande kalenderjaar geleverde zorg worden beperkt tot één maand, namelijk tot uiterlijk 31 januari 2003. Het bedrag van het aan de verzekerde toegekende budget dat na deze datum resteert, wordt door de SVB teruggevorderd.

Het experiment persoonsgebonden budget twee-dagenregeling loopt van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002. De deelnemende budgethouders kunnen tot 31 januari 2003 betalingen verrichten voor de zorg die in 2002 in het kader van het experiment is geleverd. De deelnemers aan het experiment dienen voor 31 januari 2003 verantwoording af te leggen over de in 2002 gedane betalingen. Verder zal aan de deelnemers medewerking worden gevraagd aan een uit te voeren evaluatieonderzoek. Om deze redenen is er voor gekozen om artikel 2.5.1.16 pas op 1 maart 2003 te laten vervallen.

Paragraaf 2.5.2

Persoonsgebonden budget voor zorg voor verstandelijk gehandicapten

De financiering van het persoonsgebonden budget voor verstandelijk gehandicapten geschiedt eveneens volgens de gebruikelijke getrapte subsidiëring. Het CVZ subsidieert de zorgkantoren die op hun beurt de verzekerden subsidiëren. Evenals in 2001, worden in 2002 de financieel-administratieve taken die voortkomen uit het PGB, uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB draagt zorg voor uitbetaling van het forfaitaire bedrag (€ 1.089,07 op jaarbasis) aan de budgethouder. Daarnaast betaalt de SVB de door de budgethouder gecontracteerde hulpverleners. Indien nodig, draagt de SVB hierbij zorg voor de inhouding van loonbelasting en sociale premies.

Binnen de bovenstaande systematiek betaalt het CVZ de SVB namens de zorgkantoren. Dit kan alleen indien de zorgkantoren schriftelijk akkoord gaan met betaling van de SVB door het CVZ namens hen. Bij aanvraag van de subsidie moet het zorgkantoor verklaren akkoord te gaan met deze constructie.

De in artikel 2.5.2.1, onder b, bedoelde persoonsgebonden budgetten zijn bedoeld voor het wegwerken van de bestaande wachtlijsten. Hiervoor worden extra middelen beschikbaar gesteld. De toekenning van de hier bedoelde persoonsgebonden budgetten kan ten laste van de subsidie plaatshebben tot uiterlijk 10 december van het subsidiejaar.

In artikel 2.5.2.2 is het plafond vermeld voor de in artikel 2.5.1.1, onder a, bedoelde persoonsgebonden budgetten. De grenzen voor de verdeling van dit plafond zijn aangegeven in artikel 2.5.2.3, eerste lid. Voor het vaststellen van de woonregio is de plaats waar de verzekerde als inwoner staat ingeschreven in het bevolkingsregister bepalend.

In artikel 2.5.2.3, tweede lid, is geregeld dat, in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, de aanvraag niet vergezeld gaat van de begroting en het projectplan. Dit houdt in dat het CVZ ook geen begroting hoeft goed te keuren. Wel blijft artikel 1.6.1 met betrekking tot de liquiditeitsprognose van toepassing. Deze blijft vereist, tenzij, zoals die bepaling regelt, de liquiditeitsbehoefte regelmatig verspreid is over de duur van het project.

Voor een toelichting op de artikelen 2.5.2.4 en 2.5.2.5 verwijs ik naar de toelichting op de artikelen 2.5.1.4 en 2.5.1.5.

In artikel 2.5.2.7, eerste lid, wordt geregeld waarvoor de persoonsgebonden budgetten zijn bestemd, namelijk:

- a. de inkoop van de in dit lid opgesomde zorgonderdelen. Voor zover verzekerden die over een budget beschikken materiële kosten maken om de benodigde zorg te kunnen organiseren of waarborgen, kunnen deze kosten ook vanuit het persoonsgebonden budget betaald worden. Hierbij kan gedacht worden aan telefoonkosten, portokosten, kosten van briefpapier enzovoorts. In beginsel kunnen deze kosten vanuit het forfaitaire bedrag worden gefinancierd. Dit laatste met name omdat van de trekkingsrechten alleen de hulpverleners en/of de hulpverlening kunnen worden betaald;
- b. aan de betaling per 1 april 2001 van kosten die samenhangen met secundaire arbeidsvoorwaarden die budgethouders/werkgevers willen toepassen voor hun hulpverleners bijvoorbeeld, pensioenregeling, eindejaarsuitkering, beroepskosten enz.. Een en ander volgens de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten.

Ingevolge het tweede lid van artikel 2.5.2.7 meldt het zorgkantoor de verzekerde die de beschikking krijgt over een PGB aan bij de SVB. Het zorgkantoor stuurt daarvoor de budgetovereenkomst naar de SVB op een formulier zoals door het CVZ is vastgesteld.

In het derde lid van artikel 2.5.2.7 is bepaald dat de periode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt verleend, op zijn vroegst op de verzenddatum van de

toekenningsbeschikking en uiterlijk 6 maanden na de datum van de toekenningsbeschikking van het zorgkantoor. De ingangsdatum dient in onderling overleg tussen de verzekerde en het zorgkantoor vastgesteld te worden. De ingangsdatum is de datum vanaf wanneer de verzekerde op grond van zijn contract met het zorgkantoor het budget kan effectueren.

Het vierde lid van artikel 2.5.2.7 sluit niet uit, dat het zorgkantoor administratieve aanwijzingen voor een adequate uitvoering van de regeling mag geven. Het zorgkantoor mag echter geen nadere inhoudelijke voorwaarden stellen voor de toekenning van budgetten. Urgentie mag slechts een rol spelen bij de toekenning van budgetten als het zorgkantoor in overleg met de regionale oudervereniging(en) nader heeft bepaald of, en zo ja, op welke wijze urgentie een rol speelt. Hierbij dient wel voorop te staan dat zorgkantoren niet bevoegd zijn om een selectief doelgroepenbeleid te voeren bij de toekenning van het PGB. Met een selectief doelgroepenbeleid wordt uiteraard niet bedoeld op het in meer of mindere mate toekennen van een budget voor kortdurende of structurele zorg.

In artikel 2.5.2.8 is geregeld welke budgetcategorieën met bijbehorende bedragen en indicatievereisten gelden voor het toekennen van een persoonsgebonden budgetten en wat onder de indicatievereisten wordt verstaan.

De eerste budgetcategorie (categorie I) bedraagt € 2.582 per jaar. Verzekerden komen hiervoor in aanmerking als ze voldoen aan indicatievereiste A.

De tweede budgetcategorie (categorie II) bedraagt € 5.116 per jaar. Verzekerden komen hiervoor in aanmerking als zij voldoen aan indicatievereiste B.

De derde budgetcategorie (categorie III) bedraagt € 7.650 per jaar. Hiervoor komen verzekerden in aanmerking die voldoen aan indicatievereiste C.

Voor zover het kinderen betreft volgt nu de categorie waarin verzekerden kunnen worden ondergebracht die op grond van hun indicatie voor zorgonderdelen in aanmerking kunnen komen voor een dagverblijf (KDV) in natura. De keuze voor een PGB leidt tot indeling in categorie V, gekoppeld aan indicatievereiste E. Het bedrag is vastgesteld op € 20.416 per jaar.

Vervolgens worden twee subcategorieën onderscheiden (Va en Vb). Het betreft hier op de eerste plaats de samenloop van indicatievereiste E met indicatievereiste A. In dit geval komt de verzekerde in aanmerking voor een budget van € 22.903 (subcategorie Va). Daarnaast levert de combinatie van de indicatievereisten E en B een budget op van € 25.485 (subcategorie Vb).

De volgende categorie die van belang is voor kinderen is categorie VI. Deze categorie voorziet in de zorgvraag E + C. Het bijbehorende bedrag is € 28.067.

De laatste categorie voor kinderen is categorie VIII. Hierin vallen kinderen die voldoen aan indicatievereiste G. Het aan deze categorie gekoppelde bedrag is € 38.203.

Op grond van de indicatie voor zorgonderdelen komen deze kinderen bij keuze voor natura-zorg in aanmerking voor opname en verder verblijf in een zwakzinnigeninrichting.

Voor volwassenen geldt de volgende, gelijksoortige benadering.

Een volwassene die voldoet aan indicatievereiste D, komt in aanmerking voor budgetcategorie IV. Dit is een bedrag van € 12.766 op jaarbasis. Op grond van de indicatie voor zorgonderdelen komt deze verzekerde bij een keuze voor natura-zorg in aanmerking voor een dagverblijf (DVO).

Vervolgens worden subcategorieën onderscheiden (IVa en IVb). Het betreft hier op de eerste plaats de samenloop van indicatievereiste D met indicatievereiste A. In dit geval komt de verzekerde in aanmerking voor een budget van € 15.300 (budgetcategorie IVa). Daarnaast levert de combinatie van de indicatievereisten D en B een budget op van € 17.834 (budgetcategorie IVb).

Vervolgens is er sprake van een categorie die behoefte heeft aan verblijf plus begeleiding, zonder dat er sprake is van een begeleidingsbehoefte overdag ten laste van de AWBZ

(bijvoorbeeld mensen die overdag de sociale werkplaats bezoeken). Hiervoor dient categorie V, te weten € 20.416. De indicatievereiste hier is F.

Ook komen voor deze categorie de verzekerden in aanmerking die voldoen aan de indicatievereisten D + C. Het betreft hier de verzekerden wiens begeleidingsbehoefte niet zo intensief is dat zij op grond van de indicatie voor zorgonderdelen in natura in aanmerking zouden kunnen komen voor permanent verblijf. Naast de begeleidingsbehoefte buitenshuis is er ook sprake van een begeleidingsbehoefte thuis.

De hoogste categorie voor volwassenen is categorie VII. In deze categorie worden verzekerden ingedeeld die voldoen aan de indicatievereisten D + F. In natura termen zou hier sprake kunnen zijn van een indicatie voor zorgonderdelen die leidt tot intramurale 24-uurszorg of een combinatie van GVT en DVO. Het bedrag van categorie VII is € 33.135. Inclusief de eerder genoemde eigen bijdrage kan de verzekerde beschikken over een bedrag van ± € 38.203.

Op grond van artikel 2.5.2.9 komt alleen de verstandelijk gehandicapte die voldoet aan de indicatievereisten voor één van de in artikel 2.5.2.8 vermelde budgetcategorieën in aanmerking voor een persoonsgebonden budget. Het toe te kennen budget op jaarbasis is per budgetcategorie vermeld. In een aantal gevallen kan of moet op grond van het onderstaande afgeweken worden van deze bedragen.

Ten laste van deze regeling kan geen budget worden toegekend voor een periode na afloop van de regeling. Als een budget in de loop van het subsidiejaar wordt toegekend, kan dit slechts tot en met 31 december van dit jaar. Het jaarbudget moet in dergelijke gevallen dan ook naar evenredigheid gekort worden. Hiertoe moet de in artikel 2.5.2.9, eerste lid, onder b, opgenomen formule gebruikt worden.

Indien er na afloop van het subsidiejaar nog steeds sprake is van een geldige indicatie, dient als uitgangspunt te gelden dat in het jaar volgend op het subsidiejaar, een budget aan de betreffende verzekerde wordt toegekend op grond van de dan geldende regels.

De regeling biedt ook de mogelijkheid om een budget toe te kennen als er sprake is van een tijdelijke zorgvraag. Indien bij de indicatiestelling blijkt dat er sprake is van een tijdelijke behoefte aan zorg, dan kan voor deze periode een budget toegekend worden. Hierbij moet duidelijk zijn wat het begin en wat het eindpunt is van deze tijdelijke periode. Om de hoogte van het tijdelijke budget te kunnen bepalen dient eveneens de in de regeling opgenomen formule gebruikt te worden. Na afloop van de vastgestelde periode vervalt het persoonsgebonden budget.

Samenloop van een persoonsgebonden budget en het verkrijgen van dagverblijf in natura behoort tot de mogelijkheden. Bij de vaststelling van het budget op jaarbasis moet echter wel rekening worden gehouden met de zorg die reeds in natura wordt verkregen. Om de hoogte van het budget te bepalen wordt de in artikel 2.5.2.9 tweede lid, onder c, opgenomen formule gebruikt.

Voor een toelichting op artikel 2.5.2.9, tweede lid, onder d, verwijs ik naar de toelichting op artikel 2.5.1.8, zesde lid.

Ingevolge het tweede lid van artikel 2.5.2.9 kan het zorgkantoor aan de verzekerde een lager budget toekennen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een verzekerde die op grond van zijn handicap in beginsel in aanmerking kan komen voor de verstrekking opnemings- en verder verblijf in een zwakzinnigeninrichting in natura. Hier zou een budget tegenover staan van € 35.000 op jaarbasis. De verzekerde vraagt echter een budget van € 20.000. Deze vraag is altijd redelijk. Het bedrag van € 20.000 kan dan ook altijd worden toegekend in deze situatie. Verlaging van de toe te kennen bedragen kan alleen categoriegewijs plaatsvinden.

Ook kan het zijn dat een verzekerde in de periode direct voorafgaand aan de nieuwe toekenningsperiode ook de beschikking heeft gehad over een PGB. Indien de verzekerde in deze voorafgaande periode minimaal 10% van zijn PGB niet heeft besteed, dan stelt het zorgkantoor het budget voor de nieuwe budgetperiode lager vast. Dit kan echter alleen indien er sprake is van een ongewijzigde zorgvraag (gelijkblijvende indicatie). Als op basis van herindicatie wordt aangetoond dat er sprake is van een toename in de zorgvraag, wordt deze laatstgenoemde verlaging niet doorgevoerd.

Met betrekking tot de in het derde lid van artikel 2.5.2.9 genoemde kennelijke hardheid is het volgende van belang. In zeer bijzondere gevallen, waarin objectief vaststaat dat, gelet op alle omstandigheden, het budget gekoppeld aan de budgetcategorieën VII en VIII evident onredelijk is, kan het zorgkantoor besluiten het budget te verhogen. Hierbij dient gestreefd te worden naar optimale rechtsgelijkheid voor alle verzekerden. Om de hiertoe eventueel noodzakelijke stroomlijning en afstemming te kunnen bewerkstelligen is bepaald dat een verhoging van de twee genoemde budgetten moet worden gemeld aan het CVZ.

Toepassing van de bovenstaande hardheidsclausule kan alleen plaatsvinden als op grond van de indicatiestelling de hardheidsclausule aangewezen wordt geacht. Hierbij geldt de aard van de handicap als uitgangspunt. De zorg die een verzekerde bij een bepaalde zorgaanbieder wil inkopen, en de daaraan gekoppelde prijzen, spelen geen enkele rol bij beantwoording van de vraag of de hardheidsclausule van toepassing is.

Het is overigens van belang dat ook in gevallen waarin de hardheidsclausule wordt toegepast, snelle besluitvorming van het zorgkantoor plaatsvindt.

Voor een toelichting op de artikelen 2.5.2.11, 2.5.2.12, 2.5.2.14, 2.5.2.15, 2.5.2.16 en 2.5.2.18 verwijs ik naar de toelichting op de nagenoeg gelijklopende artikelen 2.5.1.10, 2.5.1.11, 2.5.1.12, 2.5.1.13, 2.5.1.14 en 2.5.1.16.

Paragraaf 2.5.4

Persoonsgebonden budget voor geestelijke gezondheidszorg

In 1997 en 1998 is geëxperimenteerd met een persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg (pgb-ggz) in drie regio's. Het jaar 1999 kan worden beschouwd als een overgangsjaar. Begin 2000 is de regeling nog steeds in experimentele vorm, uitgaande van het zorgonderdeel begeleiding, voortgezet. Wel is het maximale subsidiebedrag voor het jaar 2000 verhoogd tot f 5.000.000. Ook het aantal regio's is uitgebreid. Toegevoegd werden in 2000 Alkmaar en Twente.

Het CVZ heeft een quick scan per 1 september 2000 laten plaatsvinden. Naar aanleiding van de resultaten van dit bliksemonderzoek heeft het bestuur gerapporteerd en aanbevolen zo spoedig en krachtig mogelijk het pgb-ggz landelijk in te voeren.

Inmiddels is besloten tot landelijke invoering voor het pgb-ggz. Totaal is hiervoor beschikbaar een bedrag van f 19.100.000. Verdeling van dit bedrag op basis van inwonertallen over de zorgkantoorregio's betekent voor de zorgkantoren, die reeds gelden ontvingen in 2000, een iets hoger bedrag.

De in deze paragraaf opgenomen bepalingen sluiten zoveel mogelijk aan bij de bepalingen van de andere pgb-en. Dit geldt vooral voor die van uitvoeringstechnische aard. Voor de toelichting daarop verwijs ik naar de toelichting op de andere pgb-en.

Begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg kan worden omschreven als een sturende activiteit, die zich op het continuüm beweegt tussen activering en ondersteuning met als doel het voorkomen van terugval, het draaglijk maken respectievelijk stimuleren van zelfhandhaving/zelfredzaamheid.

De financiering van het persoonsgebonden budget voor geestelijke gezondheidszorg geschiedt eveneens volgens de gebruikelijke getrapte subsidiëring. Het CVZ subsidieert de zorgkantoren die op hun beurt de verzekerden subsidiëren. Evenals in 2000 en 2001, worden in 2002 de financieel-administratieve taken die voortkomen uit het pgb, uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB draagt zorg voor uitbetaling van het forfaitaire bedrag (€ 1.089,07 op jaarbasis) aan de budgethouder. Daarnaast betaalt de SVB de door de budgethouder gecontracteerde hulpverleners. Indien nodig, draagt de SVB hierbij zorg voor de inhouding van loonbelasting en sociale premies.

Binnen de bovenstaande systematiek betaalt het CVZ de SVB namens de zorgkantoren. Dit kan alleen indien de zorgkantoren schriftelijk akkoord gaan met de betaling van de SVB door het CVZ namens hen. Bij aanvraag van de subsidie moet het zorgkantoor verklaren akkoord te gaan met deze constructie.

Uit de stand van zaken medio 2001 is gebleken dat in een aantal regio's, met name die regio's die mee hebben gedaan aan de experimenten op het terrein van de persoonsgebonden budgetten voor de geestelijke gezondheidszorg (PGB-GGZ), reeds alle beschikbaar gestelde middelen waren ingezet. Voor zowel 2001 als 2002 is daarom een extra bedrag van f 3,5 mln. (€ 1.588.230,76) voor het PGB-GGZ beschikbaar voor wachtenden voor een PGB. De extra middelen zijn toegedeeld aan de zorgkantoren in regio's met wachtenden voor een PGB die hun maximaal beschikbare budget voor het jaar 2001 volledig hebben toegekend of waarvan verwacht wordt dat zij voor het einde van 2001 hun volledige budget hebben ingezet. De aanwijzing van de zorgkantoren in artikel 2.5.4.1, tweede lid, als subsidie-ontvangers van de extra middelen is gebaseerd op de stand van zaken zoals die door het College voor zorgverzekeringen medio september 2001 is gemeten.

In artikel 2.5.4.3, eerste lid, is opgenomen dat de verdeling van de extra beschikbare middelen over de aangewezen zorgkantoren plaatsvindt op basis van het aantal verzekerden in de betreffende regio's. Deze verdeelregel is ook toegepast bij de verdeling van de middelen die reeds beschikbaar zijn gesteld voor deze subsidie. Voor de formule voor de berekening van het maximumbedrag voor de in artikel 2.5.4.1, tweede lid, genoemde activiteiten geldt uiteraard dat onder B moet worden verstaan het aantal verzekerden van de zes zorgkantoren tezamen die in artikel 2.5.4.1, tweede lid, zijn genoemd, terwijl dat voor de toepassing van artikel 2.5.4.1, eerste lid, alle zorgkantoren tezamen zijn.

Voor het vaststellen van de regio (artikel 2.5.4.3, eerste lid) is de plaats waar de verzekerde als inwoner staat ingeschreven in het bevolkingsregister bepalend.

In artikel 2.5.4.3, tweede lid, is geregeld dat, in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, de aanvraag niet vergezeld gaat van de begroting en het projectplan. Dit houdt in dat het CVZ ook geen begroting hoeft goed te keuren. Wel blijft artikel 1.6.1 met betrekking tot de liquiditeitsprognose van toepassing. Deze blijft vereist, tenzij, zoals die bepaling regelt, de liquiditeitsbehoefte regelmatig verspreid is over de duur van het project.

Ingevolge het derde lid van artikel 2.5.4.6 meldt het zorgkantoor de verzekerde die de beschikking krijgt over een PGB aan bij de SVB. Het zorgkantoor stuurt daarvoor de budgetovereenkomst naar de SVB op een formulier zoals door het CVZ is vastgesteld.

In het achtste lid van artikel 2.5.4.6 is opgenomen dat het budget onderworpen is aan een maximum. Hierdoor is het mogelijk een optimaal aantal verzekerden gebruik te laten maken van de regeling.

Bij invoering van een maximaal jaarbudget moet nog een overgangsregeling voor degenen die meer zouden moeten ontvangen.

PGB - “aanvaardbaarheidspercentage” bij langdurig verblijf respectievelijk zorginkoop in het buitenland*

(zoals bedoeld in artikel 2.5.1.8, zesde lid, artikel 2.5.2.9, tweede lid 2, sub d en artikel 2.5.4.7, vierde lid.)

Land	Aanvaardbaarheidspercentage
Aruba	66%
Australië	72%
België	> 100%
Brazilië	46%
Brazilië (Sao Paulo)	58%
Canada	78%
Denemarken	> 100%
Dominicaanse Republiek	37%
Duitsland	> 100%
Filipijnen	40%
Finland	96%
Frankrijk	> 100%
Griekenland	45%
Hongarije	42%
Ierland	76%
IJsland	84%
Indonesië	34%
Israël	66%
Italië	66%
Japan	> 100%
Kenia	34%
Libanon	45%
Malta	68%
Marokko	34%
Nederlandse Antillen	66%
Nieuw-Zeeland	62%
Noorwegen	99%
Oostenrijk	> 100%
Pakistan	36%
Polen	39%
Portugal	49%
Slowakije	39%
Spanje	68%
Suriname	48%
Thailand	40,5%
Tsjechië	44%
Turkije	33%
Verenigd Koninkrijk	78%
Verenigde Staten	> 100%
Zweden	99%
Zwitserland	> 100%

* De “aanvaardbaarheidspercentages” van ontbrekende landen kunnen worden opgevraagd bij het College voor zorgverzekeringen.