

Regeling 2014
Persoonsgebonden budget AWBZ

Laatst verwerkt wijzigingsbesluit:
13 december 2013

(2013149715)

Paragraaf 2.6

Persoonsgebonden budget AWBZ

Artikel 1.1.1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- i.** AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- j.** persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en vervoer: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- k.** kortdurend verblijf: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, gedurende niet meer dan twee etmalen per week, met dien verstande dat de desbetreffende zorg niet door een instelling hoeft te worden verleend;
- l.** verblijf: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- m.** indicatiebesluit: een beschikking als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder d, van het Zorgindicatiebesluit;
- n.** Keurmerkinstituut: het te Zoetermeer gevestigde Keurmerkinstituut B.V.;
- o.** leefeenheid: twee of meer bewoners van één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, in de volgende samenstelling:
 - 1°. een of meer gehuwde verzekerden, al dan niet tezamen met een of meer minderjarige verzekerden,
 - 2°. een meerderjarige ongehuwde verzekerde tezamen met een of meer minderjarige verzekerden, of
 - 3°. een meerderjarige verzekerde met een of meer andere meerderjarige verzekerden en het bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad betreft;.
- p.** persoonsgebonden budget: een subsidie waarmee de verzekerde onder de in paragraaf 2.6 genoemde voorwaarden aan hem te verlenen zorg als bedoeld in onderdelen j en k kan inkopen;
- q.** vergoeding persoonlijke zorg: een subsidie waarmee de verzekerde in 2012 onder de in paragraaf 2.7, zoals die paragraaf luidde voor 1 januari 2013, genoemde voorwaarden aan hem te verlenen zorg als bedoeld in onderdelen j en k kon inkopen;
- r.** budgetplan: een overzicht van de door de verzekerde voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget.
- s.** langdurende zorgbehoefte: een zorgbehoefte die, blijkens het indicatiebesluit, ten minste een jaar na de datum waarop de verzekerde volgens dat besluit op de geïndiceerde vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen zal bestaan;
- t.** zorgzwaartepakket: hetgeen daaronder wordt verstaan in de Regeling zorgaanspraken AWBZ;
- u.** kleinschalig wooninitiatief: een woonsituatie waarbij
 - a. minimaal 3 en maximaal 26 bewoners een persoonsgebonden budget ontvangen voor ten minste de functies persoonlijke verzorging en begeleiding individueel en hiervoor door bundeling van persoonsgebonden budgetten gezamenlijk de zorg inkopen, en
 - b. de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, of op meerdere woonadressen binnen een straal van 100 meter, waarin ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten;
- v.** Sociale verzekeringsbank: Sociale verzekeringsbank, genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen;
- w.** trekkingsrecht: persoonsgebonden budget waaruit betalingen worden verricht door de Sociale verzekeringsbank en waarover de verantwoording door tussenkomst van de Sociale verzekeringsbank wordt gedaan;
- x.** bestaande budgethouder: verzekerde waarvan de subsidieperiode voor het te verlenen persoonsgebonden budget:
 - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen aansluit op een eerdere subsidieperiode voor een persoonsgebonden budget of een vergoeding persoonlijke zorg, of
 - b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de AWBZ of Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansloot op een eerdere subsidieperiode voor

een persoonsgebonden budget of een vergoeding persoonlijke zorg.

Artikel 2.6.1

(Vervallen)

Artikel 2.6.2

- 1 Het College voor zorgverzekeringen verleent aan zorgkantoren op aanvraag een subsidie die is bestemd voor het met inachtneming van de artikelen 2.6.3 tot en met 2.6.14 verstrekken van netto persoonsgebonden budgetten alsmede voor het verstrekken van de vergoedingen persoonlijke zorg die tot en met 2012 zijn verleend met inachtneming van deze regeling.
- 2 Het subsidieplafond voor de in het eerste lid bedoelde activiteiten bedraagt voor het jaar 2014 € 2.655.000.000 .
- 3 Voor verleende persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het eerste lid wordt voor het jaar 2014 een maximale subsidie in aanmerking genomen, die wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:
$$((A \times B) / C) \times 2.555.000.000$$
waarbij wordt verstaan onder:
A: het bedrag dat het zorgkantoor op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar aan subsidies heeft verstrekt voor persoonsgebonden budgetten en vergoedingen persoonlijke zorg;
B: het bedrag dat het zorgkantoor op 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar heeft gereserveerd ten behoeve van de nog voor dat subsidiejaar te verlenen subsidies voor persoonsgebonden budgetten en vergoedingen persoonlijke zorg aan verzekerden aan wie op 31 augustus subsidie is verleend en waarvan de subsidieperiode vóór of op 31 december van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar eindigt.
C: de som van de tellers voor alle zorgkantoren tezamen.
- 4 Voor het jaar 2014 wordt € 100.000.000 verdeeld met inachtneming van door het College voor zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregels.
- 5 Het zorgkantoor verleent slechts subsidie voor persoonsgebonden budgetten voor verzekerden woonachtig in zijn regio.
- 6 Artikel 1.1.3, eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing.
- 7 Voor de toepassing van hoofdstuk I wordt de in het eerste lid bedoelde subsidie beschouwd als een projectsubsidie, met dien verstande dat de aanvraag van de subsidie in afwijking van artikel 1.6.1, tweede lid, niet vergezeld gaat van een projectplan.

Artikel 2.6.3

- 1 Het zorgkantoor verleent een verzekerde een persoonsgebonden budget indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op verblijf of op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, onderdeel j.
- 2 In afwijking van het eerste lid verleent het zorgkantoor een verzekerde geen persoonsgebonden budget indien de verzekerde:
 - a. beschikt over een indicatiebesluit met een geldigheidsduur korter dan een jaar, tenzij sprake is van een langdurige zorgbehoefte
 - b. uitsluitend is aangewezen op begeleiding, kortdurend verblijf of een combinatie van begeleiding en kortdurend verblijf, of
 - c. is aangewezen op een zorgzwaartepakket 9B VV, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 1B GGZ, 2B GGZ, 3B GGZ, 4B GGZ, 5B GGZ, 6B GGZ of 7B GGZ.
- 3 Het tweede lid, onderdeel b, is niet van toepassing indien:
 - a. de verzekerde bijkennis het indicatiebesluit is aangewezen op tien of meer uren per week begeleiding,
 - b. leden van een leefeenheid tezamen, voor zover zij niet in een instelling verblijven als

bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet, aangewezen zijn op tien of meer uren per week begeleiding, of

c. de verzekerde lid is van een leefeenheid en een ander lid van die leefeenheid op grond van het eerste lid of artikel 2.6.3a een persoonsgebonden budget ontvangt.

- 4 Het aantal geïndiceerde uren als bedoeld in het derde lid, onder a en b, wordt berekend door optelling van de gemiddelden van de geïndiceerde klassen voor de functie begeleiding, als genoemd in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014, waarbij een dagdeel geldt als een uur.
- 5 Het gemiddelde, bedoeld in het vierde lid, wordt bepaald door op een decimaal achter de komma naar boven af te ronden.

Artikel 2.6.3a

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

Artikel 2.6.3b

- 1 Het zorgkantoor verleent een verzekerde alleen een netto persoonsgebonden budget indien de verzekerde gebruik heeft gemaakt van een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier en de aanvraag is vergezeld van een budgetplan dat is ingericht volgens het door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde model.
- 2 Het eerste lid is niet van toepassing op een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3a.
- 3 Op verzoek van de verzekerde die de leeftijd van 21 jaar nog niet heeft bereikt of diens wettelijk vertegenwoordiger, wordt een persoonsgebonden budget verleend aan een organisatie die belast is met de ondertoezichtstelling op de verzekerde of die een reclasseringsmaatregel uitoefent krachtens een uitspraak van de rechter of het Openbaar Ministerie op grond van artikel 14d, artikel 15b, tweede lid, of Boek I, Titel VIII A Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 2.6.3c

- 1 Met ingang van 1 januari 2014 kan op verzoek van een verzekerde een trekkingsrecht worden verleend dan wel diens verleende persoonsgebonden budget worden omgezet in een verlening van een trekkingsrecht. Het verzoek wordt gedaan met een door het zorgkantoor vastgesteld aanvraagformulier.
- 2 Met ingang van de volgende data wordt een verzekerde uitsluitend een trekkingsrecht verleend:
 - a.** 1 januari 2014 indien de verzekerde woonachtig is in een regio van de zorgkantoren OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A., Zorgkantoor DSW B.V. of Salland Zorgkantoor B.V.;
 - b.** een door het zorgkantoor te bepalen datum in de eerste zes maanden van 2014 indien de verzekerde woonachtig is in een regio van een ander zorgkantoor dan genoemd in onderdeel a en indien het zorgkantoor die datum acht weken tevoren bekend heeft

gemaakt;

c. 1 juli 2014 indien de verzekerde woonachtig is in een regio van een zorgkantoor anders dan bedoeld in de onderdelen a en b.

3 Het tweede lid is niet van toepassing op een bestaande budgethouder.

4 Het zorgkantoor kan een verleend persoonsgebonden budget met ingang van een door het zorgkantoor te bepalen datum in 2014 omzetten in een verlening van een trekkingsrecht indien het zorgkantoor die datum acht weken tevoren bekend heeft gemaakt en de verzekerde toestemming geeft om zijn persoonsgegevens door te geven aan de Sociale verzekeringsbank ten behoeve van het doen van de betalingen uit en de verantwoording over het persoonsgebonden budget.

5 Aan een verzekerde die op enig moment een trekkingsrecht heeft ontvangen wordt geen persoonsgebonden budget verstrekt anders dan een trekkingsrecht.

Artikel 2.6.4

1 Het zorgkantoor weigert verlening van een netto persoonsgebonden budget indien:

a. de verzekerde geen volledig ingevuld budgetplan heeft overgelegd volgens het door het College voor zorgverzekeringen vastgestelde model;

b. de verzekerde weigert het budgetplan desgevraagd met het zorgkantoor te bespreken of, na voor zulk een gesprek te zijn opgeroepen, zonder geldige reden niet verschijnt;

c. de verzekerde het door het zorgkantoor vastgestelde aanvraagformulier niet volledig en juist heeft ingevuld;

d. de verzekerde op de dag waarop de subsidieperiode zou aanvangen, anders dan terzake van kortdurend verblijf, in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet zal verblijven;

e. de verzekerde op grond van een wettelijk voorschrift, anders dan de AWBZ, recht heeft op de zorg waarop hij blijkens het indicatiebesluit is aangewezen, of op een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten daarvan;

f. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor maatschappelijk werk of de Raad voor de kinderscherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben;

g. binnen de maximale subsidie als bedoeld in artikel 2.6.2, derde lid, rekening houdend met een reservering ten behoeve van de uitvoering van het derde lid, geen ruimte voor verlening van een persoonsgebonden budget aanwezig is;

h. de verzekerde, of, indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, één van diens ouders of voogden, surseance van betaling heeft aangevraagd of failliet is; verklaard;

i. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, ten aanzien van één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;

j. de verzekerde blijkens de gemeentelijke basisadministratie niet beschikt over een woonadres;

k. de verzekerde het zorgkantoor geen toestemming geeft om zijn persoonsgegevens door te geven aan het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid van de AWBZ, ten behoeve van de vaststelling van de op het bruto persoonsgebonden budget in mindering te brengen eigen bijdrage en, voor het geval een trekkingsrecht wordt aangevraagd, de Sociale verzekeringsbank ten behoeve van het doen van de betalingen uit en de verantwoording over het persoonsgebonden budget;

l. de verzekerde zich niet heeft gehouden aan bij de verstrekking van een eerder persoonsgebonden budget opgelegde verplichtingen;

m. de verzekerde zich, gelet op de door hem verstrekte gegevens of bescheiden, kennelijk onvoldoende heeft georiënteerd op het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod;

- n.** de verzekerde, gelet op de door hem verstrekte gegevens of bescheiden, voornemens is om het persoonsgebonden budget uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverleners;
 - o.** de verzekerde naar het oordeel van het zorgkantoor niet in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de aan een persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
 - p.** de verzekerde naar het oordeel van het zorgkantoor niet in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de door hem verkozen zorgverlener of zorgverlenende instantie op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
 - q.** naar het oordeel van het zorgkantoor onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit.
- 2 Het eerste lid, onderdelen a, b, c, g, m en n is niet van toepassing op een bestaande budgethouder.
 - 3 In afwijking van het eerste lid, onderdeel d, kan het zorgkantoor een persoonsgebonden budget verlenen voor begeleiding groep indien de verzekerde verblijft in een instelling waar de dagbesteding geen onderdeel vormt van het door het zorgkantoor gecontracteerde verblijf.
 - 4 Bij de uitvoering van het eerste lid, onderdeel g, gaat het zorgkantoor uit van de ontvangstdatum van het in artikel 2.6.3, derde lid, bedoelde aanvraagformulier of indien het aanvraagformulier is ontvangen voor de datum van het indicatiebesluit, de datum van het indicatiebesluit.

Artikel 2.6.5

- 1 Het netto persoonsgebonden budget wordt verleend voor een subsidieperiode die:
 - a.** niet eerder aanvangt dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het budget wordt verleend, en
 - b.** eindigt met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit zijn geldigheidsduur verliest, doch uiterlijk op 31 december 2014.
- 2 Het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering is van overeenkomstige toepassing op het persoonsgebonden budget.

Artikel 2.6.6

- 1 Indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij uitsluitend is aangewezen op een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, onderdeel j, bedraagt het bruto persoonsgebonden budget in 2014 maximaal voor:
 - a.** persoonlijke verzorging:
 - 1e klasse 1: € 1.409
 - 2e klasse 2: € 4.226
 - 3e klasse 3: € 7.748
 - 4e klasse 4: € 11.975
 - 5e klasse 5: € 16.201
 - 6e klasse 6: € 20.428
 - 7e klasse 7: € 25.358
 - 8e klasse 8: € 31.698
 - 9e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1.409;
 - b.** verpleging:
 - 1e klasse 0: € 1.272
 - 2e klasse 1: € 3.817
 - 3e klasse 2: € 7.634

4e klasse 3: € 13.995

5e klasse 4: € 21.629

6e klasse 5: € 29.263

7e klasse 6: € 36.896

8e klasse 7: € 45.802

9e klasse 8: het bedrag genoemd bij klasse 7, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 7 overschrijdt en een bedrag van € 2.545;

c. begeleiding individueel:

1e klasse 1: € 1.869

2e klasse 2: € 5.608

3e klasse 3: € 10.282

4e klasse 4: € 15.891

5e klasse 5: € 21.499

6e klasse 6: € 27.107

7e klasse 7: € 33.651

8e klasse 8: € 42.063

9e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1.869;

d. begeleiding groep:

1e klasse 1: € 2.310

2e klasse 2: € 4.622

3e klasse 3: € 6.932

4e klasse 4: € 9.244

5e klasse 5: € 11.555

6e klasse 6: € 13.865

7e klasse 7: € 16.177

8e klasse 8: € 18.487

9e klasse 9: € 20.798

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.310;

e. begeleiding groep, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2.588

2e klasse 2: € 5.175

3e klasse 3: € 7.763

4e klasse 4: € 10.348

5e klasse 5: € 12.939

6e klasse 6: € 15.248

7e klasse 7: € 17.561

8e klasse 8: € 19.871

9e klasse 9: € 22.183

10e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.310;

f. kortdurend verblijf:

€ 101 per etmaal.

- 2 Indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op verblijf bedraagt het bruto persoonsgebonden budget in 2014 maximaal voor:

a. persoonlijke verzorging:

1e klasse 1: € 1.486

2e klasse 2: € 4.458

3e klasse 3: € 8.160

4e klasse 4: € 12.618

5e klasse 5: € 17.050
6e klasse 6: € 21.508
7e klasse 7: € 26.696

b. verpleging:

1e klasse 0: € 1.272
2e klasse 1: € 3.817
3e klasse 2: € 7.634
4e klasse 3: € 13.995
5e klasse 4: € 21.629
6e klasse 5: € 29.263

c. begeleiding individueel:

1e klasse 1: € 1.972
2e klasse 2: € 5.915
3e klasse 3: € 10.827
4e klasse 4: € 16.742
5e klasse 5: € 22.621
6e klasse 6: € 28.537
7e klasse 7: € 35.420
8e klasse 8: € 44.275

d. begeleiding groep:

1e klasse 1: € 2.432
2e klasse 2: € 4.865
3e klasse 3: € 7.297
4e klasse 4: € 9.731
5e klasse 5: € 12.163
6e klasse 6: € 14.595
7e klasse 7: € 17.028
8e klasse 8: € 19.460
9e klasse 9: € 21.893

e. begeleiding groep, inclusief vervoer:

1e klasse 1: € 2.724
2e klasse 2: € 5.447
3e klasse 3: € 8.172
4e klasse 4: € 10.893
5e klasse 5: € 13.620
6e klasse 6: € 16.051
7e klasse 7: € 18.485
8e klasse 8: € 20.917
9e klasse 9: € 23.350.

- 3 Indien het bruto persoonsgebonden budget voor meer vormen van zorg wordt verleend, bedraagt het bruto persoonsgebonden budget maximaal de som van de met behulp van het eerste dan wel het tweede lid bepaalde bedragen.
- 4 Indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op verblijf wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend door het zorgzwaartepakket met toepassing van de bijlage 2 van deze regeling om te rekenen naar een of meer klassen, bedoeld in het tweede lid. Indien de verzekerde niet in een instelling verblijft, hoort het zorgkantoor het bruto persoonsgebonden budget vervolgens op met € 3.332. Het zorgkantoor verhoogt het aldus opgehoogde persoonsgebonden budget vervolgens op met € 4.000 voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief en ten minste een persoonsgebonden budget ontvangt voor persoonlijke verzorging en begeleiding individueel.
- 5 Het zorgkantoor kan onder daarbij te stellen voorwaarden in het voordeel van de verzekerde afwijken van het derde lid indien het, met overeenkomstige toepassing van artikel 1a, tweede lid, van de Regeling zorgaanspraken AWBZ, oordeelt dat de verzekerde aanspraak heeft op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid van dat artikel aanspraak heeft. Het zorgkantoor meldt de toepassing van de eerste volzin onverwijld

aan het College voor zorgverzekeringen volgens een door het College voor zorgverzekeringen vastgesteld model.

- 6 Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, wordt het maximum bruto persoonsgebonden budget vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 7 Indien toepassing van de voorgaande leden leidt tot een verlening van een bruto persoonsgebonden budget van meer dan € 300,-- per dag, beperkt het zorgkantoor de maximum verlening tot de kosten van verblijf, onder aftrek van de woonlasten, met een minimum van € 300,-- per dag.
- 8 Indien het verleende bruto persoonsgebonden budget € 300,-- per dag of meer bedraagt dan meldt het zorgkantoor dit aan het College voor zorgverzekeringen volgens een door het College voor zorgverzekeringen vastgesteld model.

Artikel 2.6.6a

- 1 Het zorgkantoor hoogt het bruto persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van het bruto persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2013, indien de verzekerde volgens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, en
 - a. het persoonsgebonden budget bij de eerste verlening op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde was aangewezen op een zorgzwaartepakket, op grond van een beleidsregel van het College zorgverzekeringen of op grond van artikel 2.6.15, zoals dat artikel luidde voor 1 januari 2013, was opgehoogd tot een garantiebedrag of
 - b. aan de verzekerde in 2012 een persoonsgebonden budget is verleend op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op verblijf en de verzekerde vanaf 30 december 2012 ononderbroken woonachtig was in een kleinschalig wooninitiatief.
- 2 Een verzekerde die inwoont bij ouders, voogden of pleegouders, als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de jeugdzorg, wordt niet aangemerkt als bewoner van een kleinschalig wooninitiatief.
- 3 Het zorgkantoor hoogt het bruto persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van 90% van het bruto persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2013, indien
 - a. dat persoonsgebonden budget was verleend op grond van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op verblijf;
 - b. de verzekerde volgens het geldende indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, en
 - c. het eerste lid niet op de verzekerde van toepassing is.
- 4 Indien de aanvraag betrekking heeft op minder of andere vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdelen j en k, dan het persoonsgebonden budget dat in 2013 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid verminderd met het verschil tussen de budgetten waartoe die vormen van zorg leiden.
- 5 Indien de aanvraag voor een persoonsgebonden budget is gebaseerd op een ander indicatiebesluit dan de verlening van het persoonsgebonden budget in 2012 en de verzekerde volgens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket dat leidt tot een lager bruto persoonsgebonden budget dan in 2013 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid verminderd met het verschil tussen de budgetten waartoe die zorgzwaartepakketten leiden.
- 6 Het eerste lid, onder a, is alleen van toepassing indien aan de verzekerde, vanaf de eerste verlening van een persoonsgebonden budget op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat hij was aangewezen op een zorgzwaartepakket, in ieder opvolgende subsidieperiode een persoonsgebonden budget is verleend, al dan niet na een onderbreking als bedoeld in het zevende lid, onder a of b.
- 7 Het eerste lid, onder b, en derde lid zijn alleen van toepassing indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:

- a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of
- b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de AWBZ of Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansloot op een eerdere subsidieperiode.

Artikel 2.6.7

- 1 De verzekerde van achttien jaar of ouder aan wie een persoonsgebonden budget is verleend is een bijdrage verschuldigd van:
 - a. 33% van het bruto persoonsgebonden budget voor persoonlijke verzorging;
 - b. 20% van het bruto persoonsgebonden budget voor verpleging;
 - c. 27% van het bruto persoonsgebonden budget voor begeleiding.
- 2 De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt in 2014 niet meer dan:
 - a. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, nog niet heeft bereikt € 247,68, met dien verstande dat indien zijn bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 23.295 het bedrag van € 247,68 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 23.295;
 - b. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, heeft bereikt € 247,68, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 16.456 het bedrag van € 247,68 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen zijn bijdrageplichtige inkomen en € 16.456;
 - c. voor de gehuwde verzekerden indien een van beiden de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, nog niet heeft bereikt of beiden die leeftijd nog niet hebben bereikt € 354,57, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 29.174 het bedrag van € 354,57 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 29.174;
 - d. voor de gehuwde verzekerden die beiden de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, hebben bereikt € 354,57, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke bijdrageplichtige inkomen meer bedraagt dan € 22.957 het bedrag van € 354,57 wordt verhoogd met 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 22.957.
- 3 Bij de uitvoering van het tweede lid gaat het zorgkantoor uit van het bijdrageplichtige inkomen, bedoeld in artikel 16a, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg, in het kalenderjaar voorafgaande aan het peiljaar indien aan de verzekerde op 31 december van het voorgaande kalenderjaar een persoonsgebonden budget is verleend en het bijdrageplichtige inkomen, bedoeld in artikel 16a, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg, in het peiljaar op 1 maart van het kalenderjaar niet bekend is bij het zorgkantoor.
- 4 Het zorgkantoor vermindert de bijdrage die de verzekerde op grond van het tweede en derde lid maximaal verschuldigd is met een eigen bijdrage die verschuldigd is ingevolge de Wet maatschappelijke ondersteuning en het aandeel van de kosten van maatschappelijke ondersteuning dat bij de toekenning van een financiële tegemoetkoming ingevolge die wet voor eigen rekening komt alsmede met een bijdrage die verschuldigd is op grond van artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg.
- 5 Op de met toepassing van het eerste tot en met het vierde lid vastgestelde eigen bijdrage wordt een korting van 33% toegepast.
- 6 De artikelen 1, 16d, zesde lid, onderdeel a en 16e, tweede tot en met vijfde lid van het Bijdragebesluit zorg zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 2.6.8

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

- 2 Indien de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan of aansluitend op de subsidieperiode een netto persoonsgebonden budget voor hetzelfde kalenderjaar werd of wordt verleend en dat budget niet volledig werd of wordt besteed, wordt het op grond van het eerste lid berekende netto persoonsgebonden budget verhoogd met een bedrag gelijk aan dit niet bestede deel.

Artikel 2.6.9

- 1 Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:
 - a.** de verzekerde gebruikt het persoonsgebonden budget uitsluitend voor het betalen of, indien een trekkingsrecht is verleend, het door de Sociale verzekeringsbank doen betalen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k, of van bemiddelingskosten onder de in onderdeel k opgenomen voorwaarden;
 - b.** de zorg die de verzekerde inkoopt, is kwalitatief verantwoord;
 - c.** de verzekerde sluit een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener of zorgverlenende instantie waarin ten minste de volgende afspraken zijn opgenomen:
 - 1°. indien een trekkingsrecht is verleend: de wijze waarop de zorgverlener voorziet in de behoefte aan zorg van de verzekerde;
 - 2°. declaraties voor verleende zorg worden niet betaald indien zij niet binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend bij de verzekerde zijn ingediend,
 - 3°. een declaratie van een zorgverlener bevat een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren, het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaal nummer en de naam van de zorgverlener, en wordt door de zorgverlener ondertekend,
 - 4°. een declaratie van een zorgverlenende instantie bevat het nummer waarmee die instantie staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het tarief, het aantal te betalen uren, dagdelen of etmalen en de naam en het adres van de zorgverlenende instantie, en wordt namens de zorgverlenende instantie ondertekend;
 - d.** de verzekerde stelt, op verzoek van het zorgkantoor, de in onderdeel c bedoelde overeenkomsten en declaraties alsmede zijn rekeningafschrift op papier of op een andere duurzame drager, tot vijf jaar na de datum van de subsidievaststelling ter beschikking van het zorgkantoor. De rekeningafschriften bevatten in ieder geval de perioden waarop zij betrekking hebben, de datum en het bedrag van de door de verzekerde verrichte betalingen, bedoeld in onderdeel a, alsmede de rekeningnummers waarop deze betalingen zijn bijgeschreven;
 - e.** de verzekerde legt door middel van invulling en ondertekening van een daartoe door het zorgkantoor toegezonden formulier verantwoording af over de besteding van het verleende persoonsgebonden budget;
 - f.** bij de verantwoording over de laatste verantwoordingsperiode van een kalenderjaar voegt de verzekerde per zorgverlener of zorgverlenende instantie een formulier waarop hij naam, adres en burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaal nummer van de zorgverlener respectievelijk naam, adres en het nummer van de Kamer van Koophandel van de zorgverlenende instantie heeft aangetekend, alsmede het in dat kalenderjaar aan die zorgverlener of die zorgverlenende instantie betaalde bedrag;
 - g.** de verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak op zorg tot gelding;
 - h.** de verzekerde die geïndiceerd die volgens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, brengt gedurende de subsidieperiode zijn aanspraak op verblijf niet tot gelding;
 - i.** de verzekerde draagt er zorg voor dat een zorgverlener op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is niet meer dan veertig uur in één week voor hem werkzaamheden verricht;
 - j.** de verzekerde verricht uitsluitend girale betalingen aan de zorgverlener of, indien een trekkingsrecht is verleend, laat de betalingen aan de zorgverlener verrichten door de Sociale verzekeringsbank;

- k.** de verzekerde besteedt het persoonsgebonden budget uitsluitend aan bemiddelingkosten indien aan de verzekerde een persoonsgebonden budget is verleend voor een subsidieperiode die eindigde op 31 december 2011 en de organisatie waaraan de verzekerde bemiddelingskosten betaalt beschikt over een door het Keurmerkinstituut vastgesteld keurmerk voor bemiddelingsbureaus;
- l.** de verzekerde waar een trekkingsrecht aan is verleend:
- 1°. legt de overeenkomst, bedoeld in onderdeel c, ter goedkeuring voor aan het zorgkantoor;
 - 2°. stelt de overeenkomsten en declaraties, bedoeld in onderdeel c, op papier of op een andere duurzame drager onverwijld ter beschikking van de Sociale verzekeringsbank;
 - 3°. legt de verantwoording, bedoeld in de onderdelen e en f, door tussenkomst van de Sociale verzekeringsbank af;
- m.** de verzekerde, niet zijnde een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6.3a, die blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op respijtzorg besteedt het persoonsgebonden budget niet aan een huisgenoot, partner of ouder die feitelijk gebruikelijke zorg op zich dient te nemen, maar daartoe niet in staat is wegens overbelasting of dreigende overbelasting;
- n.** de verzekerde besteedt het persoonsgebonden budget niet aan kortdurend verblijf buiten de Europese Unie, tenzij het een bestaande budgethouder betreft.
- o.** de verzekerde deelt het zorgkantoor op diens verzoek of onverwijld uit eigen beweging alle feiten en omstandigheden mee waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij van invloed kunnen zijn op de verstrekking van het persoonsgebonden budget.
- 2 In afwijking van het eerste lid, onderdeel a, mag het budget slechts besteed worden aan kosten van vervoer voor het ontvangen van begeleiding groep indien een budget verleend is voor begeleiding groep inclusief vervoer of indien de verzekerde blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket VV.
 - 3 In afwijking van het eerste lid, onderdelen a en e, mag de verzekerde in een kalenderjaar maximaal 1,5% van het voor dat jaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste € 250 en ten hoogste € 1.250, gebruiken voor andere betalingen dan betalingen bedoeld in onderdeel a, en geldt de verantwoordingsplicht, bedoeld in onderdeel e, niet voor dit deel van het budget.
 - 4 Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, worden de bedragen, genoemd in het derde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.
 - 5 Onderdeel f van het eerste lid is niet van toepassing indien de verzekerde verplicht is tot loonheffing.
 - 6 Voor de toepassing van het eerste lid, onderdeel g, worden begeleiding individueel en begeleiding groep aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg.
 - 7 Het College voor zorgverzekeringen stelt standaardmodellen op voor de formulieren, bedoeld in het eerste lid, onderdelen e en f.
 - 8 De verantwoording, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, wordt aan het zorgkantoor afgelegd binnen zes weken na:
 - a.** afloop van de subsidieperiode, indien het tot een jaarbedrag herleide netto persoonsgebonden budget minder dan € 5.000 bedraagt;
 - b.** het einde van de eerste helft van een kalenderjaar en voorts na afloop van de subsidieperiode, indien het tot een jaarbedrag herleide netto persoonsgebonden budget € 5.000 of meer bedraagt;
 - c.** de omzetting op grond van artikel 2.6.3c van een persoonsgebonden budget naar een trekkingsrecht.
 - 9 In afwijking van het eerste lid, onderdeel a, mag de verzekerde die blijkens het indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, het persoonsgebonden budget ook gebruiken voor betaling van huishoudelijke hulp.
 - 10 In afwijking van het eerste lid, onderdeel a, het tweede lid en het negende lid komen bestedingen van de verzekerde na de datum van de omzetting op grond van artikel

2.6.3c naar een trekkingsrecht, niet ten laste van het persoonsgebonden budget.

Artikel 2.6.9a

- 1 De verzekerde kan het netto persoonsgebonden budget voor ten hoogste dertien weken per kalenderjaar tijdens verblijf buiten het Europese deel van Nederland gebruiken voor betaling van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdelen j en k, indien die zorg is verkregen als voortzetting van reeds binnen het Europese deel van Nederland aangevangen zorg.
- 2 In afwijking van het eerste lid kan de verzekerde voor ten hoogste een jaar tijdens verblijf buiten het Europese deel van Nederland een netto persoonsgebonden budget gebruiken voor betaling van voortzetting van palliatief terminale zorg.
- 3 Indien de verzekerde langer dan zes weken aaneengesloten buiten het Europese deel van Nederland verblijft en daar zorgverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal weken dat de verzekerde binnen het Europese deel van Nederland verblijft;

B: het getal 52;

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

D: het aantal weken dat de verzekerde buiten het Europese deel van Nederland verblijft;

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

Artikel 2.6.9b

Indien een trekkingsrecht is verleend, verricht de Sociale verzekeringsbank ten behoeve van de verzekerde uitsluitend betalingen uit het persoonsgebonden budget:

- a.** overeenkomstig de door de verzekerde met de zorgverlener gesloten, geldige overeenkomst die is goedgekeurd door het zorgkantoor;
- b.** tot afdracht van eventuele loonheffing;
- c.** ter verkrijging door de verzekerde van gelden voor het verrichten van betalingen als bedoeld in artikel 2.6.9, derde lid;
- d.** die ook overigens in overeenstemming zijn met deze regeling en met de beschikking tot verlening van het trekkingsrecht.

Artikel 2.6.10

- 1 Het zorgkantoor bevoorschot de verzekerde het verleende netto persoonsgebonden budget:
 - a.** per kwartaal, indien het tot een jaarbudget herleide bedrag € 15.000 of minder bedraagt;
 - b.** per maand, indien het tot een jaarbudget herleide bedrag meer dan € 15.000 bedraagt.
- 2 Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, wordt voor de toepassing van het eerste lid het voor dat jaar beschikbare budget tot een jaarbedrag herleid door het desbetreffende budget te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar en de noemer gelijk is aan het aantal dagen van de subsidieperiode in het kalenderjaar.
- 3 Het zorgkantoor betaalt het voorschot uit op de bankrekening van de verzekerde.

- 4 In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor het voorschot van de minderjarige verzekerde uit op de bankrekening van diens ouders of voogd, tenzij de ouder of voogd verzoekt om overmaking op rekening van de minderjarige.
- 5 In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor het voorschot van de verzekerde die onder curatele staat zoals bedoeld in artikel 1:378 e.v. BW of onder bewindvoering staat zoals bedoeld in artikel 1:431 e.v. BW uit op de door de curator of bewindvoerder ten name van de verzekerde geopende bankrekening.
- 6 In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor, indien het zorgkantoor op grond van artikel 2.6.3b, derde lid, het persoonsgebonden budget heeft verleend aan een organisatie die is belast met de ondertoezichtstelling op de verzekerde, het voorschot uit op de bankrekening van die organisatie.
- 7 In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor, indien het zorgkantoor op grond van artikel 2.6.3b, derde lid, het persoonsgebonden budget heeft verleend aan een organisatie die een reclasseringsmaatregel uitoefent krachtens een uitspraak van de rechter of het Openbaar Ministerie op grond van artikel 14d, artikel 15b, tweede lid, of Boek I, Titel VIII A Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen van het Wetboek van Strafrecht, het voorschot uit op de bankrekening van die organisatie.
- 8 In afwijking van het derde lid betaalt het zorgkantoor het voorschot op verzoek van de verzekerde die verblijft in een klooster, uit op de bankrekening van dat klooster, indien de verzekerde op grond van kerkrechtelijke voorschriften niet over een eigen bankrekening mag beschikken.
- 9 Indien een trekkingsrecht is verleend, wordt:
 - a. het voorschot, bedoeld in het eerste lid, verlaagd voor zover de verzekerde blijkens de verantwoording, bedoeld in artikel 2.6.9, achtste lid, onderdeel c, meer heeft besteed van het verleende persoonsgebonden budget dan aan voorschotten is verstrekt tot de datum van de omzetting op grond van artikel 2.6.3c naar een trekkingsrecht;
 - b. het voorschot, bedoeld in het eerste lid, verhoogd voor zover de verzekerde blijkens de verantwoording, bedoeld in artikel 2.6.9, achtste lid, onderdeel c, minder heeft besteed van het verleende persoonsgebonden budget dan aan voorschotten is verstrekt tot de datum van de omzetting op grond van artikel 2.6.3c naar een trekkingsrecht en de verzekerde het verschil heeft terugbetaald aan het zorgkantoor;
 - c. het voorschot in afwijking van het derde lid betaald aan de Sociale verzekeringsbank.

Artikel 2.6.11

De verleningsbeschikking van het zorgkantoor aan de verzekerde bevat ten minste de volgende gegevens:

- a. de subsidieperiode;
- b. het verleende bruto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en de wijze waarop deze bijdrage is berekend;
- d. het netto persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
- e. de wijze waarop het netto persoonsgebonden budget wordt bevoorschot;
- f. de verplichtingen van de verzekerde;
- g. de hoogte van het verantwoordingsvrije bedrag, en de wijze waarop dat bedrag is berekend;
- h. indien van toepassing: het bedrag, bedoeld in artikel 2.6.8, tweede lid;
- i. de mededeling dat de in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel f, bedoelde formulieren door het zorgkantoor worden doorgezonden aan de belastingdienst.

Artikel 2.6.12

- 1 Het zorgkantoor wijzigt de verleningsbeschikking of trekt deze in:
 - a. met ingang van de dag gelegen na de dag waarop de verzekerde overlijdt;
 - b. met ingang van de dag waarop de verzekerde langer dan twee maanden verblijft in een instelling als bedoeld in de AWBZ of de Zorgverzekeringswet;
 - c. met ingang van de dag vanaf welke de verzekerde schriftelijk heeft aangegeven geen

prijs meer te stellen op het budget;

d. met ingang van de dag waarop de verzekerde op grond van een wettelijk voorschrift, anders dan de AWBZ, recht heeft op de geïndiceerde zorg, of op een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten daarvan;

e. met ingang van de dag waarop het zorgkantoor, op advies van een instelling voor maatschappelijk werk of de Raad voor de kinderscherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben;

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

2 De verleningsbeschikking kan worden ingetrokken of gewijzigd:

a. met ingang van de dag waarop de verzekerde de bij of krachtens artikel 2.6.9 opgelegde overige verplichtingen niet nakomt;

b. met ingang van de dag waarop de verzekerde, of, indien de verzekerde jonger is dan achttien jaar, één van diens ouders of voogden, surseance van betaling heeft aangevraagd of failliet is verklaard;

c. met ingang van de dag waarop ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde jonger is dan achttien jaar, ten aanzien van één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;

d. met ingang van de dag waarop de verzekerde blijkens de gemeentelijke basisadministratie niet beschikt over een woonadres.

Artikel 2.6.13

1 Bij de verantwoording over de eerste helft van het kalenderjaar als bedoeld in artikel 2.6.9, achtste lid, onderdeel b, besluit het zorgkantoor binnen zes weken na ontvangst van de desbetreffende verantwoording of het voorschot is gebruikt voor betalingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel. Het zorgkantoor kan in dat besluit het voorbehoud maken dat het opvragen van de in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel d, bedoelde documenten tot een ander oordeel kan leiden.

2 Na afloop van iedere subsidieperiode wordt de subsidie voor de desbetreffende subsidieperiode vastgesteld.

3 Een bij het zorgkantoor ingediend verantwoordingsformulier over de laatste verantwoordingsperiode zoals bedoeld in artikel 2.6.9, achtste lid, dient als aanvraag tot subsidievaststelling.

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

5 Het persoonsgebonden budget wordt vastgesteld op de som van:

a. 1,5% van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget, maar ten minste op € 250 en ten hoogste op € 1.250, en

b. het restant van het voor het kalenderjaar beschikbare netto persoonsgebonden budget:

1°. voor zover er betalingen mee zijn verricht met inachtneming van artikel 2.6.9;

2°. voor zover deze betalingen betrekking hebben op kosten die niet hoger zijn dan:

- hetzij € 63 per uur, € 58 per dagdeel of, indien het kortdurend verblijf betreft, € 101 per etmaal, hetzij een door de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg vastgesteld hoger tarief;

- voor zover het bemiddelingskosten betreft, € 250 per jaar indien het verleende bruto persoonsgebonden budget op jaarbasis € 25.000 of minder bedraagt en € 500 per jaar indien het verleende bruto persoonsgebonden budget op jaarbasis meer dan € 25.000 bedraagt, en;

3°. voor zover het aantal door de zorgverlener voor de verzekerde gewerkte uren niet

- afwijkt van het Arbeidstijdenbesluit dan wel artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel i.
- 6 In afwijking van het vijfde lid, onderdeel b, subonderdeel 2°, is een tarief van ten hoogste € 20 per uur, € 20 per dagdeel of, indien het kortdurend verblijf betreft, € 30 per etmaal van toepassing, tenzij het een bestaande budgethouder betreft of de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door:
- 1°. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdelen a, c, d of e, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k;
- 2°. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdeel b, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k, en die toebehoort aan een zelfstandige zonder personeel waaraan een geldige beschikking als bedoeld in artikel 3.156 van de Wet inkomstenbelasting 2001 is afgegeven;
- 3°. een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k.
- 7 Het zesde lid, onderdeel b, subonderdeel 2° en 3°, is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad is van de verzekerde.
- 8 Indien de verzekerde geen betalingen heeft gedaan als bedoeld in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel a, dan wordt de subsidie, in afwijking van het vijfde lid, vastgesteld op nihil.
- 9 Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, worden de bedragen, genoemd in het vijfde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Artikel 2.6.14

- 1 Het zorgkantoor voert haar controle- en incassowerkzaamheden uit op basis van door het College voor zorgverzekeringen op te stellen protocollen.
- 2 Het College voor zorgverzekeringen bepaalt welke gegevens de zorgkantoren bij de uitvoering van deze paragraaf registreren.
- 3 Het zorgkantoor bewaart de in het tweede lid bedoelde gegevens gedurende ten minste vijf jaar.

Bijlage 2 van de Regeling subsidies AWBZ

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

2VG	802	2		4	5
3VG	804	1		5	
3VG	804	1		5	6
4VG	806	2	0	5	
4VG	806	2	0	5	6
5VG	808	4	1	5	
5VG	808	4	1	5	7
6VG	810	2		6	
6VG	810	2		6	8
7VG	812	4	0	7	
7VG	812	4	0	7	9
8VG	814	7	2	3	
8VG	814	7	2	3	7
1LG	820	2	0	4	
1LG	820	2	0	4	6
2LG	822	4	0	4	
2LG	822	4	0	4	6
3LG	824	4	0	3	
3LG	824	4	0	3	7
4LG	826	4	0	4	
4LG	826	4	0	4	6
5LG	828	5	1	4	
5LG	828	5	1	4	7
6LG	830	6	2	4	
6LG	830	6	2	4	6
7LG	832	6	2	5	
7LG	832	6	2	5	5
1ZGvis	840	2		3	
1ZGvis	840	2		3	6
2ZGvis	842	2		5	
2ZGvis	842	2		5	5
3ZGvis	844	3	1	5	
3ZGvis	844	3	1	5	5
4ZGvis	846	6	1	5	
4ZGvis	846	6	1	5	7
5ZGvis	848	6	1	6	
5ZGvis	848	6	1	6	7
1ZGaud	850	1		5	
1ZGaud	850	1		5	8
2ZGaud	852	5	2	7	
2ZGaud	852	5	2	7	9
3ZGaud	854	7	3	7	
3ZGaud	854	7	3	7	9
4ZGaud	856	3		7	
4ZGaud	856	3		7	7

Aanvaardbaarheidspercentages 2014
zoals bedoeld in de artikel 2.6.8, tweede lid

Andorra	100%	Mexico	43%
Aruba	60%	Monaco	100%
Australië	100%	Nieuw-Zeeland	72%
Bosnië	43%	Noorwegen	100%
België	100%	Oostenrijk	100%
Bonaire	52%	Polen	48%
Canada	100%	Portugal	69%
Curaçao	52%	Roemenië	33%
Denemarken	100%	Rusland	38%
Duitsland	100%	Saba	52%
Finland	100%	Servië	43%
Frankrijk	100%	Singapore	100%
Griekenland	78%	Sint Eustatius	52%
Hongarije	57%	Sint Maarten	52%
Hong Kong	100%	Slowakije	50%
Ierland	100%	Spanje	85%
IJsland	100%	Suriname	48%
Israël	83%	Thailand	31%
Italië	92%	Tsjechië	59%
Japan	89%	Turkije	41%
Kroatië	44%	Verenigd Koninkrijk	100%
Liechtenstein	100%	Verenigde Staten	100%
Luxemburg	100%	Zuid-Afrika	42%
Maleisië	37%	Zuid-Korea	72%
Malta	63%	Zweden	100%
		Zwitserland	100%

Het aanvaardbaarheidspercentage voor alle ontbrekende landen is 30%.