

53 Persoonsgebonden budget en zorg in natura

1 Inleiding

In het werk kom je de termen persoonsgebonden budget (PGB) en zorg in natura vaak tegen. Het zijn twee manieren waarop de cliënten de vergoedingen voor de zorg kunnen inzetten. Dit thema gaat over wat deze vormen inhouden.

De zorg voor mensen met een beperking, chronisch zieken en ouderen wordt mogelijk gemaakt via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Het zorgkantoor kent de budgetten voor de AWBZ toe aan cliënten. Gemeenten kennen budgetten voor de WMO toe. Omdat deze wetten de basis vormen van de persoonsgebonden budgetten en zorg in natura behandelen we die als eerste. We gaan ook in op de functie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

- Aanspraken op zorg:**
- 2 Wet maatschappelijke ondersteuning
 - 3 Algemene wet bijzondere ziektekosten
 - 4 Eigen bijdrage
 - 5 zorg in natura
 - 6 persoonsgebonden budget
 - 7 combineren PGB en zorg in natura

2 Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning is met name bedoeld om integratie en participatie van alle burgers mogelijk te maken en te zorgen dat mensen zoveel mogelijk voor zichzelf en elkaar zorgen. Cliënten kunnen bij de gemeente een aanvraag indienen om aanspraak te maken op gelden uit deze wet. Elke gemeente bepaalt zelf waar zij het geld aan besteedt. De tekst hieronder laat zien wat de bedoeling van de WMO is.

- De WMO regelt dat mensen die hulp nodig hebben in het dagelijkse leven ondersteuning krijgen van hun gemeente. Het gaat om voorzieningen als hulp in het huishouden, een rolstoel of woningaanpassing.
- De WMO ondersteunt mensen die zich inzetten voor hun medemens of buurt. Het gaat bijvoorbeeld om familieleden, burens of vrienden, die langdurig voor een chronisch zieke of gehandicapte zorgen en om vrijwilligers.
- De WMO stimuleert activiteiten die de onderlinge betrokkenheid in buurten en wijken vergroten.
- De WMO helpt gemeenten te bouwen voor de toekomst met in het achterhoofd de behoeften van de bewoners, ook op het gebied van zorg en hulp.
- De WMO biedt ondersteuning om te voorkomen dat mensen later zwaardere vormen van hulp nodig hebben. Het gaat bijvoorbeeld om opvoedingsondersteuning en activiteiten tegen eenzaamheid.
- De WMO regelt dat er hulp en opvang is voor kwetsbare burgers. Hierbij kun je denken aan mensen die verslaafd en/of dakloos zijn en bijvoorbeeld personen die te maken hebben met geweld thuis.

(Bron: gemeente Abcoude)

De gemeente kent op basis van het indicatiebesluit een budget toe voor zorg in het kader van de WMO. Het kan zowel om een PGB gaan als zorg in natura. De toekenning (beschikking) wordt op papier thuisgestuurd. In de beschikking staat het budget, waarvoor het toegekend wordt en wanneer het overgemaakt wordt. Als het om huishoudelijke hulp gaat, wordt ook aangegeven voor welke periode het bedrag is.

Voor hulp bij het huishouden hanteert de gemeente een lijst met tarieven. Voor eenvoudige hulp bij het huishouden geldt een lager tarief dan voor meer uitgebreide vormen van huishoudelijke verzorging. Voor rolstoelen, scootmobielen, woningaanpassingen, woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen gaat de gemeente, voor de hoogte van het bedrag, uit van de eisen aan deze voorzieningen die in het indicatiebesluit staan.

3 Algemene wet bijzondere ziektekosten

De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekering vallen. Het gaat om medische kosten die door vrijwel niemand op te brengen zijn. Op grond van de AWBZ krijgt de cliënt bijzondere ziektekosten vergoed, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling. Het kan zowel om een vergoeding in de vorm van een PGB gaan als om zorg in natura.

De AWBZ onderscheidt vijf soorten zorg, die 'functies' worden genoemd

- 1 Persoonlijke verzorging – als u thuis hulp nodig heeft bij de dagelijkse verzorging. Denk aan douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
- 2 Verpleging – als u thuis medische hulp nodig heeft. Bijvoorbeeld wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.
- 3 Begeleiding – iemand ondersteunt u in het dagelijkse leven, bijvoorbeeld bij het indelen van de dag. Begeleiding kan in een groep (dit noemen we BG groep) of persoonlijk (dit noemen we BG individueel).
- 4 Verblijf - als u niet meer zelfstandig kunt blijven wonen. Denk aan een tijdelijk of permanent verblijf in een verpleeg of verzorgingshuis.
- 5 Behandeling – hierbij gaat het om herstel of verbeteren van uw aandoening en voorkomen dat uw aandoening erger wordt. Voorbeeld: opnieuw leren lopen na een hersenbloeding. Behandeling kan ook gaan om het verbeteren van uw vaardigheden of gedrag. Voorbeeld: leren omgaan met woedeaanvallen.

(Bron: folder CIZ)

Het zorgkantoor is de instantie die de AWBZ namens alle zorgverzekeraars uitvoert. Voor de AWBZ is Nederland verdeeld in 32 regio's. In elke regio is één zorgkantoor. Het zorgkantoor in de regio weet alles over de AWBZ-zorg in het algemeen en in de regio. Het zorgkantoor maakt afspraken met regionale zorgaanbieders over welke zorg die zullen gaan leveren en zorgt voor de toekenning van de persoonsgebonden budgetten.

4 Eigen bijdrage

Zowel in het kader van de AWBZ als de WMO kan van de cliënt een eigen bijdrage gevraagd worden. Daarmee wordt een deel van de kosten voor de zorg betaald.

De eigen bijdrage voor AWBZ-zorg geldt voor cliënten boven de 18 jaar en voor verpleging, persoonlijke verzorging, een zorgzwaartepakket, huishoudelijke hulp en begeleiding. Voor een tijdelijk verblijf in een instelling geldt geen eigen bijdrage. De hoogte van de bijdrage wordt vastgesteld op basis van het verzamelinkomen van de cliënt en de partner, het aantal personen binnen het huishouden, de leeftijd en de ontvangen zorg. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) int die eigen bijdragen.

Gemeenten stellen zelf de eigen bijdrage vast voor de WMO-zorg. Het gaat zowel om het PGB als zorg in natura. Afhankelijk van de gemeente kan de eigen bijdrage oplopen tot het gehele bedrag dat de gemeente uitkeert op grond van de indicatie.

De gemeente bepaalt zelf of zij een PGB bruto of netto uitkeert, dat wil zeggen inclusief of zonder eigen bijdrage. Wordt de PGB bruto uitgekeerd, dan int het CAK de eigen bijdrage bij de cliënt.

5 Zorg in natura

Bij zorg in natura levert een zorgaanbieder, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, de geïndiceerde zorg. Het gaat daarbij om de zorg in het kader van de AWBZ en soms ook om zorg in het kader van de WMO, bijvoorbeeld hulp in de huishouding.

De cliënt kiest zelf de zorgaanbieder uit. Meestal wordt daar bij de indicatiestelling al naar gevraagd omdat het indicatiebesluit dan ook naar deze zorgaanbieder gestuurd kan worden. De zorgaanbieder neemt dan vervolgens contact op met de cliënt. De cliënt kan met de zorgaanbieder afspraken maken over de manier waarop de zorg wordt verleend. De zorgaanbieder regelt de zorgverlener en regelt de administratie rondom de zorgverlening.

Als de zorgaanbieder een wachtlijst heeft, zorgt het zorgkantoor tijdelijk voor een goed alternatief, bijvoorbeeld een zorgaanbieder die geen wachtlijst heeft.

6 Persoonsgebonden budget

Een persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee de cliënt zelf zorg, hulp en begeleiding kan inkopen voor de vijf eerder genoemde functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.

Het PGB werkt schematisch als volgt

- 1 De cliënt vraagt een indicatie aan
- 2 De benodigde zorg wordt vastgesteld
- 3 De cliënt kiest tussen zorg in natura of een PGB
- 4 Het zorgkantoor kent het PGB toe
- 5 Het zorgkantoor stort het PGB op de bankrekening
- 6 De cliënt koopt zorg in
- 7 De cliënt legt verantwoording af
- 8 Terugbetaling niet uitgegeven geld

2

Voordelen van een PGB

De cliënt kan op deze manier veel zelf regelen (dagen en tijden bijvoorbeeld), zodat hij niet afhankelijk is van traditionele zorgaanbieders. Dat is bijvoorbeeld prettig als de cliënt iemand in zijn omgeving kent die de zorg kan leveren. Een voordeel is ook dat het meestal om één of enkele vaste zorgverleners gaat, die ze zelf kiezen.

Nadelen van een PGB

Een nadeel kan zijn dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor door wie, wanneer, waar en hoe de benodigde zorg wordt verleend. Hij moet zelf personeel werven en zorgovereenkomsten afsluiten. Hij moet de zorgverlener(s) zelf uitbetalen, een administratie bijhouden en verantwoording afleggen bij het zorgkantoor over de besteding van zijn PGB.

We behandelen nu de 6 fasen.

6.1 De cliënt vraagt een indicatie aan

De ondersteuning die nodig is, vraagt de cliënt aan op basis van een indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is een onafhankelijke organisatie die de zorgbehoefte van cliënten onafhankelijk, objectief en integraal beoordeelt en vaststelt. Vrijwel alle AWBZ-zorg begint bij het CIZ. Een uitzondering vormen jeugdigen (jonger dan 18 jaar) met een psychiatrische aandoening. Zij worden voor AWBZ-zorg geïndiceerd door Bureau Jeugdzorg. Het CIZ stelt in veel gemeenten ook de indicatie voor de Wet maatschappelijke ondersteuning, onder andere voor rolstoelen, woonvoorzieningen en vervoer.

6.2 De benodigde zorg wordt vastgesteld

Het CIZ beoordeelt of de cliënt recht heeft op zorg. Op basis van dit indicatiebesluit stelt het zorgkantoor het zorgbudget voor de AWBZ-zorg vast. Het CIZ stelt ook voor veel gemeenten een indicatiebesluit vast in het kader van de WMO en voor sociaal-medische voorzieningen zoals parkeerkaarten, bijzondere bijstand en verhuisurgenties.

Heeft een cliënt ondersteuning nodig, dan neemt hij dus eerst contact op met het CIZ en vraagt de indicatie aan. Het CIZ bezoekt voor de beoordeling eventueel de cliënt thuis en praat met de cliënt, gezinsleden, mantelzorgers en eventueel een maatschappelijk werker of trajectbegeleider. Heeft hij zich een goed beeld gevormd van de cliënt, de situatie en de zorg die geleverd kan worden door het gezin, vrienden of familie dan maakt hij een indicatiebesluit op. Dit indicatiebesluit (beschikking) heeft betrekking op de zorg die aanvullend op de zorg door gezinsleden, familie, vrijwilligers en mantelzorgers geleverd wordt.

De zorg die door gezinsleden, familie, vrijwilligers en mantelzorgers geleverd kan worden, betreft alleen de taken die er altijd in een gezin zijn, zoals boodschappen doen, koken, klusjes als kapotte lampen vervangen en vervoer naar familie. Dat noemen we de 'gebruikelijke zorg'. In principe doen huisgenoten die taken. Indien dat om de een of andere reden niet mogelijk is, kan er echter ook een indicatie voor gegeven worden. Bijvoorbeeld als een huisgenoot overbelast dreigt te raken of voor zijn werk veel buiten de deur is.

Voorbeelden gebruikelijke zorg

Sophie is twee jaar. Ze heeft het syndroom van Down. Haar moeder wil een paar dagen in de week gaan werken. Haar ouders willen graag zorg en opvang voor Sophie als zij naar hun werk zijn. Deze opvang wordt niet betaald uit de AWBZ. Hoewel Sophie het syndroom van Down heeft, betekent dit niet dat AWBZ-zorg nodig is. Sophie's ouders hebben een ouderlijke zorgplicht en kunnen daarom geen beroep doen op AWBZ-zorg.

Als u kortdurend zorg nodig heeft, gaan we er in eerste instantie van uit dat uw partner u helpt bij de dagelijkse verzorging, zoals eten, drinken, wassen en aankleden. Als de zorg langer duurt dan drie maanden of als u geen partner heeft maar huisgenoten, familie, vrienden of burens u zorg bieden, dan noemen we dit mantelzorg. Bij het (tijdelijk) wegvallen van mantelzorg komt u wel in aanmerking voor AWBZ-zorg.

(Bron: folder CIZ)

De cliënt krijgt de beschikking binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend, thuis gestuurd. In de beschikking staat:

- voor welke functies de cliënt is geïndiceerd (bijvoorbeeld verpleging);
- op welke hoeveelheid/klasse de cliënt recht heeft (bijvoorbeeld 1 tot 2 uur per week);
- hoelang de cliënt recht heeft op de zorg (bijvoorbeeld 1 jaar).

Als de cliënt geïndiceerd is voor langdurig verblijf dan staat in het indicatiebesluit een zorgzwaartepakket (klassen en functies) vermeld. Er zijn 3 zorgzwaartepakketten: voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ze hebben betrekking op woonzorg, dagbesteding en behandeling.

Vóórdat de termijn van de indicatiestelling verloopt, moet de cliënt opnieuw geïndiceerd worden door het CIZ. Daarvoor moet de cliënt zelf tijdig contact opnemen met het CIZ en een herindicatie aanvragen.

Als de cliënt het niet eens is met het indicatiebesluit, dan kan hij binnen zes weken na de dagtekening van het indicatiebesluit bezwaar aantekenen bij het CIZ. Het CIZ hoort het standpunt en neemt een nieuw besluit. Als de cliënt het ook met dat besluit niet eens is, kan hij in beroep gaan bij de rechter. Dit geldt ook voor de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg.

Nadat door het CIZ de indicatie gesteld is, kiest de cliënt zelf of hij zorg in nature wil of een PGB.

6.3 De cliënt kiest tussen zorg in natura of een PGB.

'Zorg in natura' is de hulp die zorginstellingen leveren. Bij zorg in natura wordt de zorg door de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener vergoed. De cliënt heeft daar geen omkijken meer naar.

Met een PGB kopen cliënten zelf de zorg in die zij willen. Als de cliënt de zorg zelf in wil kopen, doet hij een aanvraag voor een PGB bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor stort de vergoeding dan op de rekening van de cliënt. De cliënt koopt de zorg in bij een instelling naar keuze en/of betaalt particuliere hulpverleners. Bij een PGB moet de cliënt een administratie bijhouden van de uitgaven. Deze uitgaven verantwoordt hij achteraf bij het zorgkantoor. Als er geld overblijft van het toegekende budget, wordt dat achteraf terugbetaald.

De cliënt kan zowel voor de vergoeding via de WMO als de AWBZ kiezen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget (PGB). Een combinatie van een PGB met zorg in natura is ook mogelijk. Kiest de cliënt voor zorg in natura, dan regelt het zorgkantoor of de gemeente de zorg.

- 
- Zorg in natura:**
- vrijwel geen administratie
 - kans op wisselende zorgverleners
 - zorgverlening kan op wisselende tijdstippen plaats vinden
- Persoonsgebonden budget:**
- zelf bepalen door wie, wanneer, waar en hoe de benodigde zorg wordt verleend
 - zelf personeel werven
 - afspraken maken
 - zelf zorgverlener uitbetalen
 - administratie bijhouden
 - verantwoording afleggen
- 3

Kiezen voor zorg in natura is gemakkelijker dan kiezen voor een PGB. Wie voor een PGB kiest, moet zich grondig in de regels verdiepen.

6.4 Het zorgkantoor kent het PGB toe.

Het PGB moet de cliënt bij het zorgkantoor in de regio aangevraagd worden. Thuiszorginstellingen of andere hulpverleners kunnen daarbij helpen. Het zorgkantoor berekent de hoogte van het budget op basis van de indicatie van het CIZ of Bureau Jeugdzorg en stelt het budget officieel vast. Dat wordt 'toekennen' genoemd. Er zijn vaste PGB-tarieven per functie en klasse.

Het PGB heeft een zogenaamd 'subsidieplafond'. Dat betekent dat het zorgkantoor een vast bedrag beschikbaar heeft om uit te geven aan PGB. Als dat bedrag volledig is uitgegeven kan het zorgkantoor geen PGB's meer toekennen. Dan komt de cliënt op een wachtlijst te staan. Het zorgkantoor zal dan kijken of zorg in natura mogelijk is. Het PGB wordt berekend op basis van de klassen waarvoor de cliënt is geïndiceerd. Voor al die klassen zijn door het ministerie van VWS tarieven vastgesteld. Als voor meer functies een PGB wordt toegekend, worden de verschillende bedragen bij elkaar opgeteld. De tarieven gelden 'op jaarbasis'. Als het PGB voor een periode korter dan een jaar wordt toegekend, wordt het bedrag natuurlijk lager.

Mevrouw de Vries wordt op 1 oktober geïndiceerd voor persoonlijke verzorging klasse 3. Het tarief bedraagt € 8.089 per jaar. Mevrouw de Vries krijgt voor dit jaar 92 dagen PGB (31 dagen in oktober, 30 dagen in november en 31 dagen in december): $92/366 \times € 8.089 = € 2.038,87$.

In december ontvangt mevrouw de Vries bericht over de PGB-tarieven voor volgend jaar. Het hiervoor berekende PGB heet het 'bruto-PGB'. Als het bruto-PGB hoger is dan € 300 per dag, kan het zorgkantoor besluiten om het PGB te beperken tot de kosten van opname, met een minimum van € 300 per dag.

Het zorgkantoor kent het PGB toe vanaf de datum van het indicatiebesluit. Soms start het PGB op een latere datum. Bijvoorbeeld omdat de cliënt nog in het ziekenhuis verblijft, maar binnenkort naar huis gaat. Het PGB start dan pas als de cliënt naar huis gaat. De cliënt kan bij de indicatiestelling zelf de door hem gewenste ingangsdatum aangeven, maar niet met terugwerkende kracht.

Het zorgkantoor kent het PGB in principe toe tot de einddatum van het indicatiebesluit. Maar het kan zijn dat deze eerder beëindigd wordt, bijvoorbeeld als de cliënt in een zorginstelling wordt opgenomen of als de cliënt zich niet aan de verplichtingen houdt.

6.5 Het zorgkantoor stort het PGB op de bankrekening.

De betaling van het toegekende PGB- of AWBZ-zorgbudget gebeurt in voorschotten. Afhankelijk van de hoogte van de PGB vindt de uitbetaling plaats per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar. Dat heet het ‘bevoorschottingsritme’.

6.6 De cliënt koopt zorg in.

De cliënt kiest zelf zijn hulpverleners en begeleiders uit. Of hij huurt een organisatie in die in zijn opdracht gaat werken. Er is geen PGB mogelijk voor behandeling en langdurig verblijf. Deze zorg wordt altijd in natura geleverd.

De cliënt sluit met de zorgverlener een zorgovereenkomst af. In de zorgovereenkomst staat welke soort zorg is afgesproken en de prijs die daarvoor betaald wordt. Het zorgkantoor stuurt bij de toekenning een set modelovereenkomsten toe. Ook het SVB Servicecentrum PGB heeft modelovereenkomsten.

SVB Servicecentrum PGB

Veel budgethouders vinden het prettig om zelf hun PGB te kunnen beheren. Maar arbeidsrecht en belastingrecht zijn ingewikkeld. Het SVB Servicecentrum PGB kan u daarbij, gratis, ondersteunen.

Als een werknemer op meer dan drie dagen per week voor u werkt, kunt u de SVB vragen om de salarisadministratie voor u te verzorgen. Dat kan ook als uw zorgverlener op drie dagen of minder dan drie dagen per week bij u werkt en u met de zorgverlener hebt afgesproken dat u voor de inhouding en afdracht van loonbelasting zorgt (opting in).

Verder voert de SVB voor alle budgethouders de volgende taken uit:

- Als u wettelijk verplicht bent het loon aan uw zieke zorgverlener door te betalen, dan betaalt de SVB hiervoor een vergoeding aan u uit. Hierdoor kunt u uw zieke zorgverlener doorbetalen én van uw PGB een vervangende zorgverlener betalen. De ontvangen vergoeding verantwoordt u aan het zorgkantoor. Het gedeelte van de vergoeding dat u niet gebruikt voor vervangende zorg betaalt u terug aan het zorgkantoor.
- De SVB beantwoordt telefonisch uw vragen op het terrein van arbeidsrecht.
- De SVB stuurt u modelovereenkomsten toe.
- De SVB heeft voor alle budgethouders een WA-verzekering en een verzekering voor rechtsbijstand afgesloten. Op de WA-verzekering kunt u een beroep doen als de zorgverlener schade veroorzaakt. U kunt een beroep doen op de rechtsbijstandsverzekering als u een arbeidsrechtelijk conflict heeft met uw zorgverlener.

U ontvangt een voorlichtingsmap van het zorgkantoor. In die map zitten ook de brochure van de SVB en een set modelovereenkomsten. U kunt de brochure ook opvragen bij het SVB Servicecentrum PGB.

6.7 De cliënt legt verantwoording af.

De cliënt moet achteraf schriftelijk verantwoording afleggen over zijn uitgaven bij het zorgkantoor. Hoe vaak dit moet, hangt af van de hoogte van het PGB.

Het PGB mag alleen besteed worden voor de inkoop van de volgende zorgsoorten:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- tijdelijk verblijf (logeeropvang).

Het PGB hoeft niet per se besteed te worden aan de functie(s) waarvoor de cliënt geïndiceerd is. Als de cliënt bijvoorbeeld geïndiceerd is voor persoonlijke verzorging mag het PGB ook besteed worden aan bijvoorbeeld verpleging. Als het PGB ook is toegekend voor begeleiding in dagdelen mag het, als de cliënt medisch geïndiceerd is voor vervoer, het PGB ook besteed worden aan gemaakte kosten voor vervoer.

Het PGB kan verder besteed worden aan de kosten van bemiddeling bij het organiseren van de zorg, maar niet voor de kosten van bemiddeling bij het aanvragen van een PGB of het beheren en verantwoorden van het PGB.

Voor de verantwoording krijgt de cliënt een verantwoordingsformulier van het zorgkantoor. Het zorgkantoor controleert of het verantwoordingsformulier correct is ingevuld. Ook kan het zorgkantoor de declaraties en zorgovereenkomsten opvragen.

Tot slot moet de cliënt ieder jaar per zorgverlener een opgaafformulier voor de Belastingdienst invullen, zodat de Belastingdienst weet welke zorgverleners de cliënt betaalt. Daarvoor ontvangt de cliënt een standaardformulier van het zorgkantoor. Op grond van belastingwetgeving moet de PGB-administratie zeven jaar bewaard worden.

Op de PGB-site van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) staat meer informatie over het afleggen van verantwoording.

6.8 De cliënt betaalt niet uitgegeven geld terug aan het zorgkantoor.

Geld dat na afloop van het jaar niet uitgegeven is, moet aan het zorgkantoor terugbetaald worden. Er is echter een vrij besteedbaar bedrag, 1,5% van het netto PGB met een minimum van € 250, waarover geen verantwoording afgelegd hoeft te worden.

De heer K. heeft een netto PGB van € 10.000. De heer K. heeft € 8.000 uitgegeven aan zorg. Eigenlijk zou hij € 2.000 terug moeten betalen aan het zorgkantoor. Het vrij besteedbare bedrag is € 250. De heer K. hoeft daarom maar $(€ 2.000 - € 250 =)$ € 1.750 terug te betalen.

Ten slotte. Er zijn organisaties die advies en hulp kunnen geven, zoals het Servicecentrum PGB van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en Per Saldo (de vereniging van budgethouders) en Naar Keuze.

7 Combineren PGB en zorg in natura

De cliënt kan een PGB ook combineren met zorg in natura. Het is mogelijk dat de cliënt een bepaalde functie zelf wil regelen en een andere functie liever in natura wil krijgen. De cliënt vraagt dan een PGB aan voor de functie die hij zelf wil regelen en laat de andere functie in natura leveren.

Natasja heeft een ongeluk gehad. Zij kan zich niet zelfstandig aankleden. Dagelijks moeten haar wonden verzorgd worden. Bij het aankleden en het huishouden wil een vriendin wel helpen. Maar de wondverzorging doet een deskundige. Zij wil haar opleiding vervolgen en heeft daar vervoer voor nodig. Zij vraagt een PGB aan bij het CIZ voor persoonlijke verzorging en een PGB bij de gemeente voor hulp in de huishouding en vervoer. De wondverzorging wordt in natura geleverd.

Eén deel van een functie middels een PGB en een ander deel van dezelfde functie in natura regelen, kan echter niet. Natasja kan dus bijvoorbeeld niet een vriendin met een PGB betalen om zich te laten wassen en de overige persoonlijke verzorging in natura regelen. Beiden horen tot dezelfde functie: persoonlijke verzorging.

Bij de functie begeleiding is er onderscheid tussen 'zorg in uren' en 'zorg in dagdelen'. De cliënt kan er voor kiezen om voor de 'zorg in uren' een PGB te vragen, terwijl de 'zorg in dagdelen' in natura wordt geleverd, of andersom.

Als de cliënt wordt geïndiceerd voor 'begeleiding in dagdelen' beoordeelt het CIZ of Bureau Jeugdzorg of er een medische noodzaak bestaat om het vervoer ook vanuit de AWBZ te financieren. Als dat het geval is, mag de PGB in het kader van de AWBZ ook besteed worden aan de gemaakte kosten voor vervoer.