

Reglement Persoonsgebonden Budget, Verpleging en Verzorging

Ingangsdatum 1 januari 2016

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. inclusief Pro Life en ZieZo
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
OZF Zorgverzekeringen N.V.
FBTO Zorgverzekeringen N.V.
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen pgb vv) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het pgb vv, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over het declareren en de toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit:

- a) De Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de Zorgverzekeringswet');
- b) het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- c) de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling').

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de grondslag voor het toekennen van een pgb vv. Op moment van publicatie van dit document is nog niet duidelijk of artikel 13a Zvw in werking treedt per 1 januari 2016. Mocht artikel 13 a Zvw en daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2016 of latere datum in werking treden, dan behouden wij het recht voor om wijzigingen in dit Reglement aan te brengen die hier een direct gevolg van zijn, dan wel dit Reglement in te trekken. Dit artikel 13a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar nadere voorwaarden mag vaststellen voor de toegang tot het pgb vv.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het pgb vv die in het voorjaar 2014 zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en budgethoudersvereniging Per Saldo.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement pgb vv is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis, GezondSamenPolis Restitutie en GezondSamenPolis Natura;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Restitutie Polis;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis Basisverzekering;
- OZF Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Zorgpolis;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan en Zorg Plan Selectief;
- Volmachten van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat zijn: Caresco/Nedasco B.V. (statutair gevestigd te Amersfoort), IAK Volmacht B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven), Aevitae B.V. (statutair gevestigd te Heerlen) en Turien & Co Assuradeuren C.V. (statutair gevestigd te Alkmaar);
- Volmachten van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Avéro Achmea, die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea aanvullende verzekeringen uitvoeren. Dat zijn: Caresco/Nedasco B.V. (statutair gevestigd te Amersfoort), IAK Volmacht B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven), Aevitae B.V. (statutair gevestigd te Heerlen) en Turien & Co Assuradeuren C.V. (statutair gevestigd te Alkmaar);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken et cetera.

Artikel 2 Doelgroep pgb vv

Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

- 1) u jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg (IKZ) genoemd.

- 2) u jonger dan 18 jaar bent en bent aangewezen op verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Hiertoe dient u te beschikken over een indicatiestelling van de medisch specialist.
- 3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.
- 4) u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6. We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.

Artikel 3 Toegang tot het pgb vv

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

- 1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.
- 2) u bent in bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).
- 3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
- 4) uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:
 - u vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - u zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - u zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Artikel 4 Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb vv

Aanvraag

- 4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit 2 delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerde deel. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerde deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt dit aanvraagformulier ook bij ons opvragen.
- 4.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) bestaat uit de door de BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) vastgestelde indicatie en te beantwoorden vragen, zodat wij kunnen bepalen of de zorgvraag aansluit bij de in art. 3.4 genoemde voorwaarden. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.
- 4.3 In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgverlener(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgverlener(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgverlener(s) u zelf op basis van het pgb vv wenst te contracteren. Als er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg In Natura aan u levert of via het pgb vv, dan moet u dit direct aan ons te melden door een nieuw pgb vv aan te vragen.
- 4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.
- 4.5 Als wij hierom vragen, bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.

Toekenning

- 4.6 Wij beoordelen uw pgb vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulieren inclusief de bijbehorende bijlagen. Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een "bewust keuze gesprek". U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een pgb vv voor u betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing.
 - Bij de beslissing wordt u schriftelijk of per mail geïnformeerd over het toekennen of afwijzen van het pgb vv. Bij toekenning wordt het pgb vv vastgesteld op basis van de volledige set aan gegevens van het pgb-aanvraagformulier, inclusief de bijlagen, het bewust keuze gesprek en eventuele extra (mondelijke) toelichting van de verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld.
 - Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel 28 verpleging en verzorging in uw polisvoorwaarden is beschreven.

4.7 U krijgt geen pgb vv als:

- u niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;
- u niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;
- u de afgelopen 3 jaar in een schuldsaneringsregeling heeft gezeten (Wsnp);
- u een brief van ons heeft ontvangen, waarin staat dat wij van plan zijn om u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Zorginstituut, vanwege een betalingsachterstand in de premie van 4 maandpremies;
- u een pgb vv aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb vv is toegekend;
- u onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- u geen medewerking (meer) verleent aan een "bewust keuze gesprek" dat door ons wordt georganiseerd;
- binnen een periode van 5 jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-PGB, u betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;
- er een onderzoek loopt naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder toegekend pgb vv of een pgb op grond van de Wmo, Wlz of AWBZ);
- u zich bij de verstrekking van het pgb vv of pgb in de AWBZ of Wlz in 2015 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen;
- u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft, die is afgegeven door uw (wettelijk) vertegenwoordiger of familielid in de eerste of tweede lijn, of die is afgegeven door een directe relatie (medewerker, collega) of familie van uw (wettelijk) vertegenwoordiger;
- u zorg inkoop bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (bloed- of aanverwanten in de 1e en 2e graad).

4.8 Toekennen pgb vv

- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed. Een eventuele afwijzing van uw aanvraag wordt ook schriftelijk of per mail aan uw kenbaar gemaakt.
- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.
- De ingangsdatum van het pgb vv bij een nieuwe indicatie is de datum waarop de nieuwe indicatie is gesteld, hierbij geldt:
 - a. dat wij al eerder uw pgb aanvraag hebben beoordeeld op basis van de criteria in het Reglement en dit pgb vv aan u hebben toegekend;
 - b. de ingangsdatum van de nieuwe indicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de oude indicatie;
 - c. dat wij uw aanvraag voor een pgb vv ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende nieuwe indicatie.
- Ontvangt u al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv indient? Dan moet u deze zorg zelf beëindigen, voordat deze zorg via het pgb vv, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen op basis van Zorg in Natura.
- Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.
- In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie.

Beëindiging

4.9 Wanneer wordt uw pgb vv herzien of ingetrokken?

Uw pgb vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als:

- a) u de informatie die wij bij u opvragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- b) u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- c) er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis wet en/of regelgeving naar voren komen;
- d) u onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- e) u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid;
- f) u het reglement pgb vv niet naleeft;
- g) uw (wettelijke) vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn, op verantwoorde wijze uit te voeren;
- h) u Zorg In Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

4.10 Uw pgb vv eindigt met ingang van de dag waarop:

- a) uw indicatie voor verpleging en verzorging conform artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering eindigt;
- b) de periode waarvoor het pgb vv is toegekend afloopt;
- c) u niet meer behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2;
- d) u niet meer voldoet aan de specifieke criteria als bedoeld in artikel 3.4;
- e) u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- f) u verblijft in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- g) u volledig overstapt naar zorg in natura (ZIN);
- h) u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb vv;

Na uw ontslag uit de betreffende instelling, zoals genoemd onder e kunt u opnieuw een pgb vv aanvragen.

In de situaties zoals beschreven onder 4.10 c), d), e), f), g) en h) moet u zelf aangeven dat het pgb vv beëindigd moet worden. U kunt daarvoor gebruik maken van het wijzigingsformulier Zvw-rgb dat u kunt vinden op onze website of bij ons kunt opvragen. Voor de situatie zoals beschreven onder f, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledig nieuwe aanvraag in te dienen.

Artikel 5 Vaststelling van de hoogte van het pgb vv

- 5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd en de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd.
- 5.2 Als uw basisverzekering of uw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb vv naar rato verlaagd. Uw pgb vv zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb vv) maal (het aantal dagen dat uw pgb vv en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365).

Artikel 6 Verantwoordelijkheden verzekerde met een pgb vv

- 6.1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. Dit mag nooit uw maximumjaarbudget overschrijden. De zorgverlener en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op de website van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) via http://www.svb.nl/int/nl/ssp/direct_regelen/een_zorgovereenkomst_afsluiten/.
- 6.2 U dient er op toe te zien dat bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeids-tijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week voor u aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 6.3 U bent als verzekerde zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop.
- 6.4 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U bent verantwoordelijk dat uw indicatiestelling actueel is en blijft. Bij zowel een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie, dient u een nieuwe indicatie aan te vragen. Ook wanneer u van zorgverlener verandert, moet u een nieuwe pgb vv aanvragen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan een verrekening plaats. Het oude pgb vv wordt berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 5.2. Het nieuwe pgb vv wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe pgb vv.
- 6.5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 6.6 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoop met uw pgb vv. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
- 6.7 U bent verplicht een dossier pgb vv te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal 5 jaar te bewaren. Dit dossier bevat tenminste:
- de volledige pgb- aanvraagformulierenset inclusief de indicatie van de wijkverpleegkundige, het zorgplan, zorgovereenkomsten van al uw zorgverleners,
 - een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft,
 - facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
 - bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
 - kopieën van ingediende declaraties.
- U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 6.8 U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts om uw medische gegevens omtrent deze pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.
- 6.9 U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het wijzigingsformulier Zwv-vgb, die u kunt vinden op onze website of bij ons kunt opvragen.

Artikel 7 Hoe kunt u declareren?

- 7.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor informele zorgverleners en formele zorgverleners.

Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:

- een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of
- niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.

U kunt voor deze informele zorgverleners maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging en MSVT declareren.

Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de hieronder genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb vv en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,40	€ 3,20
Verpleging	€ 56,40	€ 4,70
MSVT voor kinderen tot 18 jaar	€ 61,20	€ 5,10

- 7.2 De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg kunt u niet vanuit het pgb vv declareren. Deze kosten vallen vanaf 1 januari 2016 onder de aanspraak zittend ziekenvervoer zoals bedoeld in artikel 19.2 Zittend ziekenvervoer van de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 7.3 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.

- 7.4 Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan zorgverleners e.a..
- 7.5 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
- 7.6 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Wij vergoeden alleen daadwerkelijke geleverde zorg die in lijn is met de indicatiestelling.
- 7.7 Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de indicatiestelling, pgb vv aanvraag en toestemming, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
- 7.8 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding.
- 7.9 U bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb vv worden betaald.
- 7.10 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw pgb vv.
- 7.11 Wij zijn gerechtigd controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
- 7.12 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw pgb vv wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 7.13 Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget pgb vv is bereikt. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons teruggevorderd.
In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 6.10 en 7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw pgb vv declaraties. Daarnaast is in artikel 9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw pgb vv declaraties.
- 7.14 De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het pgb vv. Deze zorg wordt vergoed op basis van artikel 28 verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van uw basisverzekering.
- 7.15 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverleners inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverleners declareren.

Artikel 8 Hoe kunt u uw pgb vv verlengen?

- 8.1 De looptijd van uw pgb vv is maximaal 5 jaar vanaf het moment dat het pgb vv, zolang u een geldige indicatie heeft en een pgb vv aan u is toegekend. Als u na de maximale looptijd van uw pgb vv van maximaal 5 jaar, nog steeds een pgb vv wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 4.
- 8.2 Binnen de looptijd van uw pgb vv, wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) aan u een pgb vv toegekend. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
- 8.3 Wanneer uw huidige indicatie verloopt dan moet u zelf bij de verpleegkundige minimaal 13 weken voor het aflopen van de indicatie een nieuwe indicatie aanvragen.

Artikel 9 Overgang van AWBZ pgb naar Zvw pgb vv

- 9.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ pgb had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie nog niet verlopen is. Uw recht op persoonlijke verzorging en verpleging vanuit de AWBZ is dan per 1 januari 2015 omgezet naar een aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- 9.2 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een pgb vv in 2016 zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ- indicatie niet is verlopen en er nog geen herindicatie door een verpleegkundige heeft plaatsgevonden. Per de ingangsdatum van de nieuwe indicatie beoordelen wij of u op basis van de criteria in dit reglement aanspraak houdt op een pgb vv.
- 9.3 U ontvangt van ons een verzoek tot het aanvragen van een herindicatie. Hierin nemen wij een termijn op waarbinnen wij uw nieuwe aanvraag voor een pgb vv willen ontvangen. Als wij na afloop van deze termijn geen aanvraag hebben ontvangen, beëindigen wij uw lopende pgb vv per de datum waarop de gestelde termijn afloopt.
- 9.4 Als uit uw nieuwe aanvraag blijkt dat u niet voldoet aan de criteria voor toegang tot het pgb vv zoals opgenomen in de artikelen 2 en 3 van dit reglement, beëindigen wij uw pgb vv 2 maanden na de datum van het toesturen van onze beslissing tot beëindiging.

Artikel 10 Wat gebeurt er als ik overstap naar een andere zorgverzekeraar?

Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over. Het aantal uren voor verpleging en/of verzorging en MSVT bij kinderen tot 18 jaar blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om de toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen. Na overstap gelden verder de voorwaarden uit het reglement van de nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 11 Begripsbepalingen

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 (concept) Besluit zorgverzekering (Bzv), per 1 januari 2015:

- 1) Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 - c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
- 2) Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

- 1e graad: de (adoptie)ouders van u en uw partner, de (adoptie)kinderen van u en uw partner en hun partners (uw schoonzonen/schoondochters);
- 2e graad: de grootouders van u en uw partner, de kleinkinderen van u en uw partner, de broers/zussen van u en uw partner en hun partner van u en uw partner (uw schoonzussen/zwagers);
- uw partner.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand

1. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
2. die niet beschikt over een geldig woonadres;
3. wiens vrijheid is ontnomen;
4. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
5. die surseance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
6. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders voor zover deze het ouderlijk gezag heeft of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Zorg in natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgverlener rechtstreeks gecontracteerd.

Zorgverlener

Met een zorgverlener bedoelen wij alle partijen die u gecontracteerd hebt om zorg te verlenen.

Bijlagen

Dit reglement bevat de volgende bijlagen die op onze website zijn terug te vinden:

- Zvw pgb aanvraagformulieren-set. De Zvw pgb-aanvraagformulieren-set bestaat uit 2 delen:
 - (I) Verpleegkundig deel
 - (II) Verzekerde deel
- declaratieformulier Zvw pgb
- wijzigingsformulier Zvw pgb

