

Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Reglement persoonsgebonden budget
verpleging en verzorging.
Geldig vanaf 1 januari 2022.



Reglement PGB Verpleging en Verzorging 2022

Inhoud

1 Begripsomschrijvingen	3
2 Voorwaarden voor toegang tot het pgb	5
2.1 Doelgroep	5
2.2 Overige voorwaarden voor toegang tot het pgb	5
3 Wanneer kennen wij een pgb niet toe (weigeringsgronden)	7
4 Hoe kunt u een pgb aanvragen	8
5 Het toekennen van een pgb	9
6 Declareren en vergoeding	11
6.1 Declareren	11
6.2 Vergoeding	11
6.3 Wat vergoeden wij niet	12
7 Overige verantwoordelijkheden en verplichtingen	13
8 Herziening, intrekking en beëindiging	15
8.1 Gronden voor herziening of intrekking	15
8.2 Wanneer eindigt uw pgb	15

Reglement PGB Verpleging en Verzorging 2022

1 Begripsomschrijvingen

Dit reglement maakt deel uit van de basisverzekeringen Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis van De Friesland Zorgverzekeraar.

AGB-code

Een Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code) is een landelijke code waarmee de zorgaanbieder kan worden herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijk register. Dit systeem wordt beheerd door Vektis. De AGB-code wordt landelijk gebruikt binnen het communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Zie voor meer informatie www.agbcode.nl.

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Budgetplan

Een overzicht van de door u voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget.

Familieid in eerste of tweede graad

Uw (adoptie)ouder(s), uw (adoptie)kind(eren), de (adoptie)ouder(s) van uw partner, de (adoptie)kind(eren) van uw partner, de partner van uw (adoptie) kinderen (schoonzoon of schoondochter), grootouders, kleinkinderen, broers, zussen van uzelf of uw partner. Met partner wordt hier uitsluitend bedoeld echtgeno(o)t(e) of geregistreeerde partner.

Formele zorgverlener

- a. Een organisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er), niet zijnde uw partner of een familieid in de eerste of tweede graad, die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en als zodanig met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88 staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. En die een AGB-code heeft uit de categorieën 41 (zzp-er wijkverpleging), 42 (zorgaanbieders), 75 (thuiszorginstellingen), 91 (verpleegkundigen) of 98 (declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars). Een formele zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid, óf;
- b. Een verpleegkundige, niet zijnde uw partner of een familieid in de eerste of tweede graad, die is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die niet is ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. In afwijking hiervan wordt een verpleegkundige met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code aangemerkt als informele zorgverlener.

Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgverlener gecontracteerd en deze declareert de zorg rechtstreeks bij ons.

Informele zorgverlener

Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval:

- a. uw ouders, verzorgers, partner, familieleden in de 1e of 2e graad (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als uw formele zorgverlener) en/of;
- b. zorgverleners die niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- c. zorgverleners die geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Inhoudsdeskundige medisch adviseur

De arts of verpleegkundige die ons adviseert over medische aangelegenheden die liggen op het deskundigheidsgebied zoals die blijkt uit de BIG-registratie. En die in dit kader functioneel leiding geeft aan de functionele eenheid of eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor specifieke (gekwalificeerde) doeleinden.

Partner

Uw echtgenoot, geregistreerd partner of andere levenspartner, ongeacht of u daarmee samenwoont en/of een gezamenlijke huishouding voert.

Pgb

Het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. U ontvangt een budget in uren per kalenderjaar, gebaseerd op het aantal toegekende uren voor verpleging en verzorging.

Toekenningsverklaring

Schriftelijke verklaring die u van ons ontvangt als wij u een pgb toekennen, uw toegekende pgb verlengen of bij wijziging van het toegekende pgb. In de toekenningsverklaring is de periode van toekenning van het pgb opgenomen en het aantal uren zorg dat u maximaal over de periode van toekenning mag declareren.

Verpleging en verzorging

De aanspraak Verpleging en verzorging zonder verblijf zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering.

Vertegenwoordiger

Uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die u op eigen kracht als uw vertegenwoordiger aanwijst en die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een van de ouders voor zover deze het ouderlijk gezag heeft (voor een persoon jonger dan 18 jaar) of een door de Rechtbank vastgestelde voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zvw

Zorgverzekeringswet.

2 Voorwaarden voor toegang tot het pgb

2.1 Doelgroep

U behoort tot een van de volgende doelgroepen:

- a. U bent langdurig (langer dan een jaar) aangewezen op verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering;
- b. U bent aangewezen op palliatieve terminale zorg. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

2.2 Overige voorwaarden voor toegang tot het pgb

- 2.2.1 U dient aan alle in artikel 2.2.2 t/m 2.2.6 genoemde voorwaarden te voldoen. Mocht u hier naar ons oordeel niet aan voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb verlenen, of aanvullende eisen stellen waaraan u moet voldoen om alsnog of opnieuw in aanmerking te komen voor een pgb.
- 2.2.2 U heeft een geldige indicatie voor verpleging en verzorging, die op het moment van ontvangst van uw pgb-aanvraag niet ouder is dan drie maanden. Voor deze indicatie geldt het volgende:
 - a. er moet sprake zijn van een onafhankelijke indicatiestelling door minimaal een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist. Als het om medische kindzorg gaat dan dient de indicerende een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde te zijn, werkzaam bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). De indicatiestelling moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en het Begrippenkader Indicatieproces van V&VN. En voor kinderen onder de 18 jaar moet de indicatie ook voldoen aan de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). De indicatie moet in uw eigen omgeving en in uw aanwezigheid zijn gesteld. Voor medische kindzorg geldt dat de indicatie is gesteld in aanwezigheid van zowel het kind als (een van) de ouders of een andere wettelijke vertegenwoordiger. Wij accepteren geen indicaties die zijn gesteld door uw partner, door uw (wettelijke) vertegenwoordiger, door een familielid in de eerste of tweede graad of door een natuurlijke persoon die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren en die niet werkzaam is voor een door ons voor verpleging en verzorging gecontracteerde zorgaanbieder. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij in dit artikel stellen, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen;
 - b. als u naast uw pgb ook gebruikmaakt van verpleging en verzorging door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg rechtstreeks bij ons declareert, mag de indicatie voor uw totale zorgbehoefte slechts door één zorgaanbieder zijn gesteld. U heeft dan één indicatie voor uw totale behoefte aan verpleging en verzorging.
- 2.2.3 U bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg verstaan wij in hoeverre met het pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Wij toetsen of de manier waarop u de zorg wilt inzetten gezien uw zorgvraag effectief is.
- 2.2.4 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming van de afgesloten contracten. In onder meer de volgende situaties beoordelen wij of u aan deze voorwaarde voldoet:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zvw of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb op grond van de Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft surséance van betaling aangevraagd;
 - e. u heeft een betalingsachterstand in de premie van meer dan vier maanden.

- 2.2.5 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de door u gecontracteerde zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
- 2.2.6 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

3 Wanneer kennen wij een pgb niet toe (weigeringsgronden)

- 3.1 Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen en de voorwaarden van uw basisverzekering, kennen wij u geen pgb toe als een van de volgende situaties van toepassing is:
- 3.1.1 u wilt alleen maar zorg of andere diensten inkopen bij zorgaanbieders die met ons een contract hebben gesloten voor het leveren van deze zorg of diensten;
 - 3.1.2 u verleent geen of onvoldoende medewerking aan een door ons georganiseerd 'Bewust Keuzegesprek' of aan een huisbezoek;
 - 3.1.3 u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb op grond van de Zvw niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - 3.1.4 de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen is op u, of, als u jonger dan achttien jaar bent, op één van uw ouders of voogden, van toepassing verklaard, of er is daartoe een verzoek bij de Rechtbank ingediend;
 - 3.1.5 u bent failliet verklaard, of, als u jonger dan achttien jaar bent, één van uw ouders of voogden;
 - 3.1.6 u schakelt een vertegenwoordiger in die niet voldoet aan de definitie van (wettelijk) vertegenwoordiger zoals opgenomen in artikel 1;
 - 3.1.7 u wilt met uw pgb uitsluitend zorg inkopen bij uw wettelijke vertegenwoordiger die niet uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad is;
 - 3.1.8 wij constateren dat uw indicatie niet (meer) passend is bij uw zorgvraag.
 - 3.1.9 u heeft volgens de basisregistratie personen geen woonadres;
 - 3.1.10 uw vrijheid is u rehtens (op grond van wet- en regelgeving) ontnomen;
 - 3.1.11 u ontvangt verpleging en verzorging van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en wilt daarnaast een pgb voor een deel van de geïndiceerde zorg.
- 3.2 Als u een (wettelijke) vertegenwoordiger inschakelt kunnen wij u een pgb weigeren als wij een gegronde reden hebben om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
- a. tegen betaling uw pgb beheert;
 - b. bij een eerder pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - c. volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - d. zijn vrijheid is ontnomen;
 - e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
 - f. failliet is verklaard, of;
 - g. op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

4 Hoe kunt u een pgb aanvragen

- 4.1 Als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, komt u in aanmerking voor een pgb. U kunt een pgb aanvragen door middel van het indienen van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: het deel voor de verpleegkundige (deel 1) en het deel voor de verzekerde (deel 2). De formulieren voor het aanvragen van een pgb vindt u op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.
- 4.2 Het verpleegkundig deel moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. In dit deel van het aanvraagformulier vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.
- 4.3 In het verzekerde deel geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt maken en voor hoeveel uren. Ook kunt u hierin aangeven hoeveel uren u zelf inkoop met uw pgb en hoeveel uren u gebruik wilt maken van door ons gecontracteerde zorg.
- 4.4 Het aanvraagformulier bestaande uit deel 1 en 2 moet u in zijn geheel volledig ingevuld en ondertekend naar ons opsturen. Daarnaast kunnen wij u in het kader van het beoordelen van uw aanvraag uitnodigen voor een zogenoemd 'Bewust Keuzegesprek'. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb-aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren over wat de keuze voor u betekent. Dit gesprek kan ook telefonisch plaatsvinden. Vervolgens beoordeelt De Friesland de aanvraag voor het pgb op basis van alle delen van het aanvraagformulier en het 'Bewust Keuzegesprek'.
- 4.5 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, kunnen wij uw aanvraag niet beoordelen.
- 4.6 U bent verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken, of uw verpleegkundige of huisarts te machtigen nadere (medische) informatie te verstrekken aan de inhoudsdeskundige medisch adviseur van De Friesland, als deze informatie nodig is voor de beoordeling van uw pgb-aanvraag.
- 4.7 Als er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen, dient u aan te kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dienen aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).
- 4.8 Als u op palliatieve terminale zorg bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
- 4.9 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd gedurende de periode van toekenning en u een nieuwe indicatie heeft ontvangen, moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.8. Bij een gewijzigde zorgvraag kunt u zelf contact opnemen met een verpleegkundige voor een nieuwe indicatie. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld kan ook minstens een keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgvraag.
- 4.10 Wij informeren u schriftelijk of per mail over onze beslissing uw aanvraag voor een pgb al dan niet toe te kennen. Op deze beslissing is de geschillenregeling van toepassing zoals genoemd in artikel 2.12 van uw basisverzekering. Tijdens de looptijd van de afhandeling van het geschil zorgen wij ervoor, eventueel in overleg met u, dat u de benodigde zorg ontvangt.

5 Het toekennen van een pgb

- 5.1 De Friesland beoordeelt uw aanvraag voor een pgb aan de hand van het pgb-aanvraagformulier (deel 1 en 2) en eventueel een 'Bewust Keuzegesprek'. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, kennen wij u een pgb toe. In dat geval ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring waarin de periode van toekenning van het pgb is opgenomen, het aantal uren zorg dat u maximaal over de periode van toekenning mag declareren en de hoogte van het bedrag dat wij maximaal over de toegekende periode vergoeden.
- 5.2 De ingangsdatum van het pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag, inclusief eventuele bijlagen, hebben ontvangen. Deze datum is vermeld op de toekenningsverklaring. Op uw verzoek kunnen wij het pgb ook per een latere datum in laten gaan.
- 5.3 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. U moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Uw nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 5.4 Bij een (tussentijdse) herindicatie kunt u uw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. U moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Uw nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen.
- 5.5 De periode van toekenning is maximaal een kalenderjaar en eindigt uiterlijk op 31 december of per de datum waarop uw indicatie eindigt, als dit een eerdere datum is.
- 5.6 Als u al verpleging en verzorging uit uw basisverzekering ontvangt op het moment dat u een aanvraag voor een pgb indient, moet u deze zorg zelf beëindigen vóór de ingangsdatum van het pgb. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u deze zorg naast het pgb gedeeltelijk blijft ontvangen. Wij kennen u dan maximaal het aantal uren zorg toe waarop u volgens uw indicatie bent aangewezen, onder aftrek van de uren verpleging en verzorging die u buiten het pgb blijft ontvangen.
- 5.7 Het pgb wordt per kalenderjaar berekend.
- 5.8 Als uw basisverzekering of uw pgb op een eerdere datum eindigt dan de einddatum vermeld op uw toekenningsverklaring, dan wordt het toegekende pgb op de volgende wijze verlaagd: $(\text{het oorspronkelijke toegekende aantal uren pgb}) \times (\text{het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest}) : 365 = (\text{het verlaagde aantal uren pgb})$. Als wij meer uren hebben betaald dan waarop u volgens deze berekening recht heeft, vorderen wij het bedrag aan teveel betaalde uren van u terug.
- 5.9 Als u een nieuwe aanvraag heeft ingediend omdat er een herindicatie is gesteld, herberekenen wij uw pgb op basis van deze nieuwe aanvraag. Het nieuwe pgb wordt berekend per de ingangsdatum van de nieuwe toekenning, zoals beschreven in de artikelen 5.2 en 5.3.
- 5.10 Als u in een periode van toekenning minder uren zorg heeft ontvangen dan het aan u over deze periode toegekende pgb in uren, nemen wij dit overschot in uren na afloop van de periode niet mee naar een nieuwe toekenningsperiode.
- 5.11 De Friesland vult geen tekorten op uw pgb aan. Als het geïndiceerde aantal uren zorg voor u niet (meer) toereikend is, moet u een nieuwe indicatie aanvragen.
- 5.12 Wij kennen u een pgb toe voor maximaal twee jaar. De datum waarop de toekenning afloopt is vermeld op uw toekenningsverklaring. Als u na deze datum nog steeds een pgb wilt ontvangen, moet u een nieuwe indicatie aanvragen en moet u een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4.

- 5.13 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. De geïndiceerde zorg is doelmatig wanneer deze past bij uw zorgbehoefte. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. Ook kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen bij een andere verpleegkundige. De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt dan met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie). Na dit overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan.
- 5.14 Wanneer de indicatie niet voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging zoals de beroepsgroep die heeft opgesteld, dan vragen wij u om een nieuwe indicatie aan te vragen.
- 5.15 Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is bij het indiceren het uitgangspunt van het Normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: naasten en mantelzorgers, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van u als zorgvrager. Daarom zal de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling zorgvuldig afwegen wat u en uw netwerk zelf kunnen oplossen. Dit betekent dat de indicatiesteller onder andere uw netwerk in kaart brengt en zorgvuldig afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door hen kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de indicatiesteller daarbij maakt, moet in de indicatie worden opgenomen.

6 Declareren en vergoeding

6.1 Declareren

- 6.1.1 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene voorwaarden van uw basisverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
- 6.1.2 U kunt uw nota's bij ons declareren vanaf de ingangsdatum van het toegekende pgb zoals vermeld in de toekenningsverklaring die u van ons heeft ontvangen.
- 6.1.3 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners waarmee u op basis van uw pgb een overeenkomst heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Voor de declaratie van uw nota's moet u gebruikmaken van de declaratieformulieren pgb die u op onze website defriesland.nl/pgb kunt vinden. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.
- 6.1.4 Geleverde zorg declareert u bij ons nadat de zorg is verleend. Wij betalen u dus geen voorschot.
- 6.1.5 U mag geen zorg declareren over de periode van opname zoals bedoeld in artikel 8.2.1 onder e.
- 6.1.6 Met het indienen van de nota's verklaart u dat deze juist zijn en overeenkomen met de geleverde uren zorg. U dient de nota's dus vooraf goed te controleren. De Friesland mag controles uitvoeren om vast te stellen dat de zorg die u heeft gedeclareerd ook daadwerkelijk is geleverd door de door u gecontracteerde zorgverlener. Ook kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen.
- 6.1.7 Een formele zorgverlener is verplicht een AGB-code te hebben. Deze AGB-code moet u vermelden op de declaratie. Als geen AGB-code op de declaratie is vermeld, kunnen wij deze niet betalen.
- 6.1.8 Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
- 6.1.9 U mag alleen zorg declareren in uren en minuten, afgerond op 5 minuten. De zorg moet werkelijk zijn verleend en in overeenstemming zijn met de indicatiestelling, de pgb-aanvraag en de toekenningsverklaring. U mag daarom niet een vast maandloon declareren. Hiervoor geldt een uitzondering. Als u op 31 december 2016 al een vast maandloon met uw zorgverlener had afgesproken en de loonadministratie op deze datum door de SVB werd uitgevoerd, mag u dit in 2022 nog steeds declareren.
- 6.1.10 Wij vragen u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg is verleend bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw budget.

6.2 Vergoeding

- 6.2.1 Vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele en informele zorgverleners hanteren wij verschillende tarieven voor vergoeding.
- Voor informele zorgverleners geldt een uurtarief van maximaal € 23,52 voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging.
 - Voor formele zorgverleners vergoeden wij maximaal de volgende tarieven:
 - persoonlijke verzorging pgb € 34,20 per uur;
 - verpleging pgb € 53,04 per uur.
- U mag met uw zorgverlener ook hogere tarieven afspreken. Het meerdere boven ons maximumtarief blijft dan voor uw eigen rekening.
- 6.2.2 De Friesland vergoedt alleen de werkelijk verleende uren verpleging en verzorging, tot maximaal het toegekende aantal uren pgb.
- 6.2.3 Wij vergoeden alleen zorg die is geleverd binnen de looptijd van het pgb.
- 6.2.4 Wij vergoeden over de periode van toekenning nooit meer dan het bedrag dat overeenkomt met de geïndiceerde uren verpleging en persoonlijke verzorging vermenigvuldigd met het daarbij horende tarief zoals opgenomen in artikel 6.2.1 onder b.
- 6.2.5 Gedeclareerde bedragen waarvan achteraf blijkt dat wij deze ten onrechte aan u hebben vergoed, vorderen wij terug.
- 6.2.6 In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 2.8.4 onder f. dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw pgb-declaraties. Daarnaast is in artikel 2.9 onder n. opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw pgb-declaraties.

6.3 Wat vergoeden wij niet

- 6.3.1 Wij vergoeden geen kosten bovenop de tarieven zoals genoemd in artikel 6.2.1, zoals bijvoorbeeld reiskosten, hulpmiddelen, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.
- 6.3.2 Wij vergoeden niet de gedeclareerde uren als deze in strijd zijn met artikel 7.2.
- 6.3.3 Wij vergoeden geen zorg verleend door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, met uitzondering van zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad.
- 6.3.4 Als u meer uren zorg declareert dan het over de toekenningsperiode toegekende aantal uren pgb, vergoeden wij deze meerdere uren niet.
- 6.3.5 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 worden betaald.
- 6.3.6 De volgende kosten vallen buiten het pgb:
- a. indicatiestelling;
 - b. evaluatie van de behoefte aan zorg;
 - c. casemanagement;
 - d. verpleegkundige dagopvang en verblijf;
 - e. zorg verleend door een zorgverlener die werkzaam is voor een door De Friesland voor verpleging en verzorging gecontracteerde instelling.

Wij vergoeden de zorg genoemd onder a. t/m e. op reguliere wijze (in natura of op basis van restitutie) vanuit uw basisverzekering.

7 Overige verantwoordelijkheden en verplichtingen

- 7.1 Als u ervoor kiest om zorg in te kopen via een pgb, betekent dit dat u zelf overeenkomsten moet sluiten met zorgaanbieders. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. Dit geldt niet alleen voor formele zorgverleners, maar ook voor informele zorgverleners. Een voorbeeldovereenkomst vindt u op de website van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), svb.nl/pgb. Een overeenkomst moet minimaal de volgende informatie bevatten:
- gegevens van de budgethouder (en wettelijke vertegenwoordiger indien aanwezig);
 - gegevens van de zorgverlener/zorginstelling;
 - wat de relatie is tussen u en de zorgverlener;
 - ingangsdatum van de overeenkomst;
 - geldigheidsduur van de overeenkomst (bepaalde tijd/onbepaalde tijd);
 - een omschrijving van de werkzaamheden van de zorgverlener;
 - de gemaakte werkafspraken (variabel of vast aantal uren per week);
 - de hoogte van de vergoeding/het tarief;
 - ondertekening door zowel de budgethouder/wettelijk vertegenwoordiger als de zorgverlener/zorginstelling.
- 7.2 U dient erop toe te zien dat de door u ingekochte partner en familieleden in de eerste of tweede graad op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, in totaal niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Dit maximumaantal uren per week geldt ook als aan meerdere personen zorg wordt verleend. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 7.3 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de door u ingekochte zorg.
- 7.4 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw pgb in overeenstemming is met de toekenning. Wij adviseren u de toegekende uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw pgb.
- 7.5 U bent verplicht een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb voor minimaal vijf jaar te bewaren. Dit dossier bevat ten minste: het volledige aanvraagformulier pgb (alle delen en bijlagen), zorgovereenkomsten met zorgverleners, uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten, facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, tijdseenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat, betalingsbewijzen (bijv. bewijzen van bankbetalingen of loonstaten van de SVB), kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van de bij De Friesland ingediende declaraties. Ook als de SVB uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 7.6 U bent verplicht ons op ons verzoek gegevens uit het dossier bedoeld in artikel 7.5 te overhandigen.
- 7.7 Als uw huidige indicatie verloopt, bent u zelf verantwoordelijk voor het tijdig bij uw verpleegkundige aanvragen van een nieuwe indicatie. Met tijdig bedoelen wij dat u voldoende tijd heeft om de overeenkomsten met uw zorgverleners aan te passen, als de indicatie wijzigt.
- 7.8 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt en uw huidige indicatie nog niet is verlopen, moet u meteen een nieuwe indicatie aanvragen bij uw verpleegkundige. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als om een verbetering van uw gezondheidssituatie.
- 7.9 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode een of meer buitenlandse zorgaanbieders inkopen met uw pgb, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden.

- 7.10 U bent verplicht de volgende wijzigingen meteen aan ons door te geven:
- a. U voldoet niet meer aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;
 - b. U heeft een gewijzigde indicatie ontvangen. In dat geval bent u ook verplicht een volledige nieuwe aanvraag in te dienen zoals bedoeld in artikel 4;
 - c. U heeft een indicatie voor de Wlz ontvangen;
 - d. U besluit gedurende de looptijd van het pgb voor een deel van uw huidige indicatie gebruik te maken van zorg in natura of via restitutie door een door ons gecontracteerde of niet gecontracteerde zorgaanbieder;
 - e. U heeft voor verpleging en verzorging een combinatie van pgb en zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en de verhouding tussen het aantal uren gecontracteerde zorg en pgb wijzigt;
 - f. U ontvangt nog uitsluitend verpleging en verzorging van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
 - g. U krijgt gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger of u krijgt voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger;
 - h. U heeft gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer.
- 7.11 Als er sprake is van een van de situaties genoemd in artikel 7.10 onder a. of c. t/m h., kunt u dit aan ons doorgeven door middel van het toesturen van het wijzigingsformulier dat u op onze website vindt. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.
- 7.12 U bent verplicht minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, ontvangt u een nieuwe indicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.4.
- 7.13 Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur, kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.
- 7.14 U bent verplicht mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.

8 Herziening, intrekking en beëindiging

8.1 Gronden voor herziening of intrekking

8.1.1 Wij kunnen uw pgb herzien of intrekken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning in een van de volgende situaties:

- a. u heeft onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens zou tot een andere beslissing hebben geleid;
- b. u kunt onvoldoende aannemelijk maken dat met het pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- c. u stelt de door ons gevraagde informatie niet of niet tijdig ter beschikking;
- d. u werkt niet of onvoldoende mee aan een dossieronderzoek;
- e. wij constateren bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving;
- f. wij constateren dat u naast uw pgb verpleging en verzorging van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt en u heeft dit niet aan ons gemeld;
- g. u heeft zich niet gehouden aan de verplichtingen zoals opgenomen in dit reglement;
- h. u voldoet aan een van de weigeringsgronden zoals genoemd in artikel 3.

8.2 Wanneer eindigt uw pgb

8.2.1 Uw pgb eindigt automatisch per de datum waarop:

- a. uw indicatie voor verpleging en verzorging waarop de toekenning is gebaseerd eindigt;
- b. de periode waarover het pgb is toegekend afloopt;
- c. u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;
- d. u ons verzoekt het pgb te beëindigen;
- e. u langer dan zestig dagen verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van uw basisverzekering;
- f. u uitsluitend verpleging en verzorging ontvangt van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
- g. u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt of voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt en u met deze (wettelijke) vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat bent de taken en verplichtingen die aan het pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren;
- h. u gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer heeft en u naar ons oordeel niet zelf in staat bent de taken en verplichtingen die aan het PGB verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren;
 - i. u een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wlz;
 - j. een van de situaties genoemd in artikel 3.1.4 tot en met 3.1.10 van toepassing is.

8.2.2 Als uw pgb is geëindigd omdat de situatie beschreven onder artikel 8.2.1 onder e. van toepassing was, 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. U moet dit binnen vier weken na de datum van het ontslag uit de instelling telefonisch, per e-mail of schriftelijk aan ons doorgeven. Als u dit schriftelijk door wilt geven kunt u gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u op onze website vindt. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen. Als de aard, omvang en/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 volledige nieuwe aanvraag in te dienen.

Klantenservice & contact

Heeft u vragen?



Kijk op defriesland.nl/pgb

Zelf uw zorgzaken regelen? Dit kan in uw persoonlijke omgeving via mijndefriesland.nl



Liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn op werkdagen bereikbaar via (058) 291 38 27 van 08.00 - 17.00 uur.



Schrijven mag natuurlijk ook

De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden

U vindt ons ook op social media



Kijk op defriesland.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van uw vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van De Friesland, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Basisverzekering: De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565, statutaire zetel Leeuwarden.
Aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300, statutaire zetel Zeist.

Wij doen ons uiterste best om goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door, zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is De Friesland hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleen.