

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging vanaf 1 januari 2027

De Friesland

65498-2701

Inhoud

Reglement PGB Verpleging en Verzorging 2027 3

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 kan je 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 het pgb 15

Reglement PGB Verpleging en Verzorging 2027

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 jou voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget.

Familielid in eerste of tweede graad

Je (adoptie)ouder(s), je (adoptie)kind(eren), de (adoptie)ouder(s) van je partner, de (adoptie)kind(eren) van je partner, de partner van je (adoptie) kinderen (schoonzoon of schoondochter), grootouders, kleinkinderen, broers, zussen van jezelf of je partner. Met partner wordt hier uitsluitend bedoeld echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner.

Formele zorgverlener

a. Een organisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er), niet zijnde je partner of een familielid 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 je partner of een familielid 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 je een arbeidsovereenkomst hebt 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. je ouders, verzorgers, partner, familieleden in de 1e of 2e graad (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als je 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 en/of;
d. een zorghulp of helpende lager dan opleidingsniveau 3.

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

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

Pgb

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

Toekenningsverklaring

Schriftelijke verklaring die je van ons ontvangt als wij je een pgb toekennen, je 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 je 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

Je partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die je op eigen kracht als jouw 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

Je behoort tot een van de volgende doelgroepen:

a. Je bent langdurig (langer dan een jaar) aangewezen op verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering;
b. Je bent aangewezen op palliatieve terminale zorg. Dit betekent dat door jouw 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. Je dient aan alle in artikel 2.2.2 t/m 2.2.6 genoemde voorwaarden te voldoen. Mocht je hier naar ons oordeel niet aan voldoen, dan zullen wij je geen toegang tot het pgb verlenen, of aanvullende eisen stellen waaraan je moet voldoen om alsnog of opnieuw in aanmerking te komen voor een pgb.

2.2.2. Je hebt een geldige indicatie voor verpleging en verzorging, die op het moment van ontvangst van jouw pgb-aanvraag niet ouder is dan drie maanden. Voor deze indicatie geldt het volgende:

a. er moet sprake zijn van een onafhankelijke indicatiestelling. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
- je (wettelijke) vertegenwoordiger en/of je partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is, en/of
- zelf zorg aan jou gaat leveren, en/of
- in dienst is bij een zorgverlener die de zorg deels aan jou gaat leveren, tenzij het gaat om een door ons gecontracteerde zorgverlener.
De indicatie moet worden gesteld door minimaal een BIG-geregistreerde 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 het op dat moment geldende normenkader en het Begrippenkader Indicatieproces van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). En voor kinderen onder de 18 jaar moet de indicatie ook voldoen aan de op dat moment geldende Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). De indicatie moet in jouw eigen omgeving en in jouw 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. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij in dit artikel stellen, dan vragen we je om een nieuwe indicatie aan te vragen;
b. als je naast jouw pgb ook gebruikmaakt van verpleging en verzorging door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg rechtstreeks bij ons declareert, mag de indicatie voor je totale zorgbehoefte slechts door één zorgaanbieder zijn gesteld. Je hebt dan één indicatie voor jouw totale behoefte aan verpleging en verzorging.

2.2.3. Je 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 je 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 jouw gezondheid. Wij toetsen of de manier waarop je de zorg wilt inzetten gezien je zorgvraag effectief is.

2.2.4. Je 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 je aan deze voorwaarde voldoet:

a. je hebt je bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo,
Zvw of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

b. je 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 jou afgesloten zorgverzekering;
c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan jou toegekend pgb op grond van de Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
d. je hebt surséance van betaling aangevraagd;
e. je hebt een betalingsachterstand in de premie van meer dan vier maanden.

2.2.5. Je bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de door jou 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. Je bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat je 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 de basisverzekering, kennen wij jou geen pgb toe als een van de volgende situaties van toepassing is:

3.1.1. je 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. je verleent geen of onvoldoende medewerking aan een door ons georganiseerd ‘Bewust Keuzegesprek’ of aan een huisbezoek;

3.1.3. je bent bij de eerdere verstrekking van een pgb op grond van de Zvw niet in staat gebleken je 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 jou, of, als je jonger dan achttien jaar bent, op één van jouw ouders of voogden, van toepassing verklaard, of er is daartoe een verzoek bij de Rechtbank ingediend;

3.1.5. je bent failliet verklaard, of, als je jonger dan achttien jaar bent, één van jouw ouders of voogden;

3.1.6. je schakelt een vertegenwoordiger in die niet voldoet aan de definitie van (wettelijk) vertegenwoordiger zoals opgenomen in artikel 1;

3.1.7. je wilt met jouw pgb uitsluitend zorg inkopen bij jouw wettelijke vertegenwoordiger die niet je partner of een familielid in de eerste of tweede graad is;

3.1.8. wij constateren dat jouw indicatie niet (meer) passend is bij jouw zorgvraag;

3.1.9. je hebt volgens de basisregistratie personen geen woonadres;

3.1.10. jouw vrijheid is je rechtens (op grond van wet- en regelgeving) ontnomen;

3.1.11. je 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 je een (wettelijke) vertegenwoordiger inschakelt kunnen wij je een pgb weigeren als wij een gegronde reden hebben om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

a. tegen betaling jouw 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 jou aan het pgb verbonden verplichtingen.

4. Hoe kan je een pgb aanvragen

4.1. Als je voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, kom je in aanmerking voor een pgb. Je 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 vind je op onze website. Op jouw verzoek kunnen wij je deze ook toesturen.

4.2. Het verpleegkundig deel moet je 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 geef je op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) je gebruik wilt maken en voor hoeveel uren. Ook kan je hierin aangeven hoeveel uren je zelf inkoopt met jouw pgb en hoeveel uren je gebruik wilt maken van door ons gecontracteerde zorg. Op het aanvraagformulier geef je ook aan hoe en met welke zorgverlener(s) je in je zorgbehoefte gaat voorzien bij (plotselinge) uitval van de door jou gecontracteerde zorgverlener(s) door bijvoorbeeld ziekte of vakantie.

4.4. Het aanvraagformulier bestaande uit deel 1 en 2 moet je in zijn geheel volledig ingevuld en ondertekend naar ons opsturen. Daarnaast kunnen wij je in het kader van het beoordelen van de aanvraag uitnodigen voor een zogenoemd ‘Bewust Keuzegesprek’. Je kunt dan in een persoonlijk gesprek jouw pgb-aanvraag toelichten en wij kunnen je informeren over wat de keuze voor jou 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 je pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, kunnen wij je aanvraag niet beoordelen.

4.6. Je bent verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken, of jouw 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 jouw pgb-aanvraag.

4.7. Als er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen, dien je aan te kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Als er sprake is van risicovolle handelingen moeten de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan. Is er sprake van voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet jouw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. Je moet, als we je daarom vragen, een uitvoeringsverzoek laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de op dat moment geldende ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging’ van ActiZ. Bij informele zorgverleners moet je, als we jou daarom vragen, aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bekwaam vindt om de handeling verantwoord uit te voeren.

4.8. Als je op palliatieve terminale zorg bent aangewezen, dien je een verklaring van je behandeld arts toe te voegen waaruit blijkt dat jouw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

4.9. Als de aard, omvang of duur van jouw zorgvraag is gewijzigd gedurende de periode van toekenning en je een nieuwe indicatie hebt ontvangen, moet je opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals omschreven in artikel 4. Bij een gewijzigde zorgvraag kun je zelf contact opnemen met een verpleegkundige voor een nieuwe indicatie. De verpleegkundige die jouw indicatie heeft gesteld kan ook minstens een keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij jouw zorgvraag.

4.10. Wij informeren je schriftelijk of per mail over onze beslissing jouw 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 je basisverzekering. Tijdens de looptijd van de afhandeling van het geschil zorgen wij ervoor, eventueel in overleg met jou, dat je de benodigde zorg ontvangt.

5. Het toekennen van een pgb

5.1. De Friesland beoordeelt jouw aanvraag voor een pgb aan de hand van het pgb-aanvraagformulier (deel 1 en 2) en eventueel een 'Bewust Keuzegesprek'. Als hieruit blijkt dat je voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, kennen wij je een pgb toe. In dat geval ontvang je een schriftelijke toekenningsverklaring waarin de periode van toekenning van het pgb is opgenomen, het aantal uren zorg dat je 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 jouw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag, inclusief eventuele bijlagen, hebben ontvangen. Deze datum is vermeld op de toekenningsverklaring. Op jouw verzoek kunnen wij bij een eerste aanvraag het pgb ook per een latere datum in laten gaan.

5.3. Als de geldigheidsduur van je toekenningsverklaring is verstreken, kan je jouw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. Je moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Je nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij jouw volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. Neem daarom op tijd vóór de einddatum van je huidige toekenningsverklaring contact op met jouw indicerend wijkverpleegkundige.

5.4. Bij een (tussentijdse) herindicatie kan je jouw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. Je moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Je nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij jouw 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 jouw indicatie eindigt, als dit een eerdere datum is.

5.6. Als je al verpleging en verzorging uit je basisverzekering ontvangt op het moment dat je een aanvraag voor een pgb indient, moet je deze zorg zelf beëindigen vóór de ingangsdatum van het pgb. Dit geldt niet als je op jouw aanvraagformulier hebt aangegeven dat je deze zorg naast het pgb gedeeltelijk blijft ontvangen. Wij kennen je dan maximaal het aantal uren zorg toe waarop je volgens jouw indicatie bent aangewezen, onder aftrek van de uren verpleging en verzorging die je buiten het pgb blijft ontvangen.

5.7. Het pgb wordt per kalenderjaar berekend.

5.8. Als je basisverzekering of je pgb op een eerdere datum eindigt dan de einddatum vermeld op jouw toekenningsverklaring, dan wordt het toegekende pgb op de volgende wijze verlaagd: (het oorspronkelijke toegekende aantal uren pgb) x (het aantal dagen dat jouw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) : 365 = (het verlaagde aantal uren pgb). Als wij meer uren hebben betaald dan waarop je volgens deze berekening recht hebt, vorderen wij het bedrag aan teveel betaalde uren van jou terug.

5.9. Als je een nieuwe aanvraag hebt ingediend omdat er een herindicatie is gesteld, herberekenen wij jouw 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 je in een periode van toekenning minder uren zorg hebt ontvangen dan het aan jou 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 jouw pgb aan. Als het geïndiceerde aantal uren zorg voor jou niet (meer) toereikend is, moet je een nieuwe indicatie aanvragen.

5.12. Wij kennen je een pgb toe voor maximaal twee jaar. In afwijking hiervan is het bij een verlenging van de indicatie in sommige maatwerksituaties mogelijk om een pgb met een looptijd van maximaal vijf jaar toe te kennen. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb. De datum waarop de toekenning afloopt is vermeld op jouw toekenningsverklaring. Als je na deze datum nog steeds een pgb wilt ontvangen, moet je een nieuwe indicatie aanvragen en moet je een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4.

5.13. Voor de vaststelling van de hoogte van je pgb gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Als er vragen zijn over de indicatiestelling dan kun je of

kunnen wij deze stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging valt, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen. 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 je 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 jouw zorgbehoefte. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. jouw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die jouw indicatie heeft opgesteld. Ook kunnen wij een herbeoordeling van de indicatie laten uitvoeren, als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 2.2.2. Wanneer wij een herbeoordeling laten uitvoeren, dan is deze in lijn met de op dat moment geldende Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie voor aanspraak ‘verpleging en verzorging in de eigen omgeving’ Zvw bij machtigingen beleid (pgb en niet-gecontracteerde zorgaanbieders). De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, stelt opnieuw een indicatie in jouw thuisomgeving. Je moet hierbij aanwezig zijn. De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt daarna met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie). Na dit overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan. Wij nemen de herbeoordeling vervolgens in behandeling. Ook bij een herbeoordeling kan de toekenning afwijken van de gestelde indicatie.

Als er overeenstemming is tussen de indicerend wijkverpleegkundige en onze medisch adviseur over wat aangemerkt wordt als rechtmatige en doelmatige zorg, dan leidt dat tot aanpassing van de indicatie. Deze overeenstemming (akkoord) wordt schriftelijk vastgelegd en beschouwen wij als bindend. Wij zijn niet gebonden aan een latere eenzijdige aanpassing/intrekking van het akkoord.

5.14. Wanneer de indicatie niet voldoet aan de op dat moment geldende normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging zoals de beroepsgroep die heeft opgesteld, dan vragen wij jou om een nieuwe indicatie aan te vragen.

5.15. Je hebt recht op een second opinion. Je kunt dan een andere onafhankelijke verpleegkundige vragen om de gestelde indicatie opnieuw te beoordelen. Met deze second opinion ga je terug naar de verpleegkundige van de eerste indicatie. Deze verpleegkundige houdt de regie over de indicatie.

5.16. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is bij het indiceren het uitgangspunt van het op dat moment geldende normenkader van V&VN. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: naasten en mantelzorgers, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van jou als zorgvrager. Dit betekent dat de indicatiesteller onder andere jouw netwerk in kaart brengt. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijg je dan ook geen pgb.

6. Declareren en vergoeding

6.1. Declareren

6.1.1. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.

6.1.2. Alleen jij, of je wettelijke vertegenwoordiger namens jou, kan je nota's bij ons declareren. Dit kan vanaf de ingangsdatum van het toegekende pgb zoals vermeld in de toekenningsverklaring die je van ons hebt ontvangen.

6.1.3. De nota's die je ontvangt van de zorgverleners waarmee je op basis van jouw pgb een overeenkomst hebt gesloten, controleer je en dien je bij ons in. Voor de declaratie van je nota's moet je de declaratieformulieren pgb gebruiken die je op onze website defriesland.nl/pgb kunt vinden. Op jouw verzoek kunnen wij je deze ook toesturen.

6.1.4. Geleverde zorg declareer je bij ons nadat de zorg is verleend. Wij betalen je dus geen voorschot.

6.1.5. Je 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 verklaar je dat deze juist zijn en overeenkomen met de geleverde uren zorg. Je dient de nota's dus vooraf goed te controleren. De Friesland mag controles uitvoeren om vast te stellen dat de zorg die je hebt gedeclareerd ook daadwerkelijk is geleverd door de door jou 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 je vermelden op de declaratie. Als geen AGB-code op de declaratie is vermeld, kunnen wij deze niet betalen.

6.1.8. Wij kunnen bij jou het diploma van je formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of jouw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

6.1.9. Je 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. Je mag daarom niet een vast maandloon declareren. Hiervoor geldt een uitzondering. Als je op 31 december 2016 al een vast maandloon met je zorgverlener had afgesproken en de loonadministratie op deze datum door de SVB werd uitgevoerd, mag je dit in 2027 nog steeds declareren.

6.1.10 Wij vragen je 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 jouw budget.

6.2. Vergoeding

6.2.1. Vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele en informele zorgverleners hanteren wij verschillende tarieven voor vergoeding.

a. Voor informele zorgverleners geldt een uurtarief van maximaal € 24,60 voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging.
b. Voor formele zorgverleners vergoeden wij maximaal de volgende tarieven:
    - persoonlijke verzorging pgb € 37,08 per uur;
    - verpleging pgb € 57,60 per uur.

Je mag met je zorgverlener ook hogere tarieven afspreken. Het meerdere boven ons maximumtarief blijft dan voor je eigen rekening.

6.2.2. Wij vergoeden 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 jou hebben vergoed, vorderen wij terug.

6.2.6. In de algemene voorwaarden van je zorgverzekering is opgenomen in artikel 2.8.4 onder f. dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met jouw pgb-

declaraties. Daarnaast is in artikel 2.9 onder m. opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met jouw 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 jouw (wettelijk) vertegenwoordiger, met uitzondering van zorg verleend door je partner of familielid in de eerste of tweede graad.

6.3.4. Als je meer uren zorg declareert dan het over de toekenningsperiode toegekende aantal uren pgb, vergoeden wij deze meerdere uren niet.

6.3.5. Je bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door jou gecontracteerde zorgverleners. Voor zover je niet tijdig aan je contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb worden betaald.

6.3.6. Wij vergoeden geen zorg vanuit jouw pgb die al vergoed wordt als onderdeel van andere te verzekeren prestaties, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC).

6.3.7. Wij vergoeden geen kosten voor ondersteuning bij jouw taken als werkgever of opdrachtgever van een zorgverlener (zoals kosten voor het verzorgen van betalingen).

6.3.8. 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 je basisverzekering.

7. Overige verantwoordelijkheden en verplichtingen

7.1. Als je ervoor kiest om zorg in te kopen via een pgb, betekent dit dat je zelf overeenkomsten moet sluiten met zorgaanbieders. Hierin leg je afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel je daarvoor betaalt. Dit geldt niet alleen voor formele zorgverleners, maar ook voor informele zorgverleners. En ook met een eventuele vervangende zorgverlener bij bijvoorbeeld vakantie of ziekte van jouw vaste zorgverlener, moet je een zorgovereenkomst afsluiten. Een voorbeeldovereenkomst vind je 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 jou 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. Je dient erop toe te zien dat de door jou ingekochte zorgverleners op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, in totaal niet meer dan veertig uur in één week voor jou aan werkzaamheden verrichten. Dit maximumaantal uren per week geldt ook als aan meerdere personen zorg wordt verleend. Wanneer jouw zorgverlener een dienstbetrekking heeft waarop het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, mag de werkweek inclusief de uren die uit een pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

7.3. Je bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de door jou ingekochte zorg.

7.4. Je bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van jouw pgb in overeenstemming is met de toekenning. Wij adviseren je de toegekende uren evenredig te verdelen over de looptijd van je pgb.

7.5. Je bent verplicht een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb voor minimaal vijf jaar te bewaren. Ook als de SVB jouw zorgverleners betaalt, moet je zelf dit dossier beheren. Dit dossier bevat ten minste:

- het volledige aanvraagformulier pgb (alle delen en bijlagen);
- zorgovereenkomsten met zorgverleners;
- jouw 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 staan;
- betalingsbewijzen (bijv. bewijzen van bankbetalingen of loonstaten van de SVB);
- kopieën van nota's van zorgverleners;
- kopieën van de bij De Friesland ingediende declaraties;
- kopie van diploma's van jouw formele zorgverleners.

7.6. Je bent verplicht ons op ons verzoek gegevens uit het dossier bedoeld in artikel 7.5 te overhandigen.

7.7. Als jouw huidige indicatie verloopt, ben je zelf verantwoordelijk voor het tijdig bij jouw indicerend verpleegkundige aanvragen van een nieuwe indicatie. Met tijdig bedoelen wij dat je voldoende tijd hebt om de overeenkomsten met jouw zorgverleners aan te passen, als de indicatie wijzigt.

7.8. Als de aard, omvang of duur van jouw zorgvraag wijzigt en je huidige indicatie nog niet is verlopen, moet je meteen een nieuwe indicatie aanvragen bij jouw indicerend verpleegkundige. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als om een verbetering van jouw gezondheidssituatie.

7.9. Als je tijdelijk in het buitenland verblijft en je wilt in deze periode een of meer buitenlandse zorgaanbieders inkopen met jouw pgb, dan moet je dit schriftelijk vooraf bij ons melden.

7.10. Je bent verplicht de volgende wijzigingen meteen aan ons door te geven:

a. Je voldoet niet meer aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;

b. Je hebt een gewijzigde indicatie ontvangen. In dat geval ben je ook verplicht een volledige nieuwe aanvraag in te dienen zoals omschreven in artikel 4;
c. Jehebt een indicatie voor de Wlz ontvangen;
d. Je besluit gedurende de looptijd van het pgb voor een deel van je huidige indicatie gebruik te maken van zorg in natura of via restitutie door een door ons gecontracteerde of niet gecontracteerde zorgaanbieder;
e. Je hebt 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. Je ontvangt nog uitsluitend verpleging en verzorging van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
g. Je krijgt gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger of je krijgt voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger;
h. Je hebt 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., kan je dit aan ons doorgeven door middel van het toesturen van het wijzigingsformulier dat je op onze website vindt. Op jouw verzoek kunnen wij je dit ook toesturen.

7.12. Je bent verplicht minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van jouw zorgbehoefte, als de wijkverpleegkundige die jouw zorgbehoefte heeft vastgesteld daarom vraagt. Als uit de evaluatie blijkt dat jouw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, ontvang je een nieuwe indicatie en moet je opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals omschreven in artikel 4.

7.13. Als je alleen zorg inkoopt 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. Je bent verplicht mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), bijvoorbeeld voor controledoeleinden. Jij en je 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 jouw pgb herzien of intrekken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning in een van de volgende situaties:

a. je hebt onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens zou tot een andere beslissing hebben geleid;
b. je kunt onvoldoende aannemelijk maken dat met het pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
c. je stelt de door ons gevraagde informatie niet of niet tijdig ter beschikking;
d. je 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 je naast jouw pgb verpleging en verzorging van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt en je hebt dit niet aan ons gemeld;
g. je hebt je niet gehouden aan de verplichtingen zoals opgenomen in dit reglement;
h. je voldoet aan een van de weigeringsgronden zoals genoemd in artikel 3.

8.2. Wanneer eindigt het pgb

8.2.1. Jouw pgb eindigt automatisch per de datum waarop:

a. jouw indicatie voor verpleging en verzorging waarop de toekenning is gebaseerd eindigt;
b. de periode waarover het pgb is toegekend afloopt;
c. je niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;
d. je ons verzoekt het pgb te beëindigen;
e. je langer dan zestig dagen verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering. Het gaat dan om bijvoorbeeld een ziekenhuis, een instelling voor eerstelijnsverblijf of een revalidatie-instelling. Als je na het verblijf opnieuw gebruik wilt maken van het pgb, moet je een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4;
f. je uitsluitend verpleging en verzorging ontvangt van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
g. je gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt of voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt en je 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. je gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer hebt en je 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. je een indicatie hebt 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.

Neem gerust contact met ons op als je vragen hebt

Dit kan veilig en snel via De Friesland App. Liever op een andere manier? Kijk voor alle contactmogelijkheden op **defriesland.nl/contact**.

Kijk op defriesland.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van jouw vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van De Friesland, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. Je 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 Leiden.

De Friesland is onderdeel van achmea

De Friesland

Gewoon voor elkaar