

# **REGLEMENT PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING**

**Behorend bij de Alles Verzorgd Polis, Vrije Keus Polis  
en Zelf Bewust Polis**

**Geldig vanaf 1 januari 2019**

**DE FRIESLAND  
ZORGVERZEKERAAR**

## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

### 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](http://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 de 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 geregistreerde partner.

### Formele zorgverlener

- 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 of;
- 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

- Uw partner en uw familieleden in de eerste of tweede graad of;
- Een andere zorgverlener die niet onder de definitie van formele zorgverlener valt of;
- Een verpleegkundige die valt onder b. van de definitie van formele zorgverlener, met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code.

### 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 geïndiceerde 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 toekening van het pgb opgenomen en het aantal uren zorg dat u maximaal over de periode van toekening 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 familieid 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.

## **Artikel 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 een BIG-geregistreeerde verpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist, werkzaam voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. De indicatie moet in uw eigen omgeving zijn gesteld. 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;
- 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.

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 de volgende situaties beoordelen wij in ieder geval of u aan deze voorwaarde voldoet:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo 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.

## **Artikel 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';
- 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. In dat geval kunnen wij eventueel uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
- 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.
- 3.2 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:
- tegen betaling uw pgb beheert;
  - bij een eerder pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - zijn vrijheid is ontnomen;
  - onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
  - failliet is verklaard, of
  - op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

#### Artikel 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 inkoopt 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 medisch of verpleegkundig adviseur van De Friesland, als deze informatie nodig is voor de beoordeling van uw pgb-aanvraag.
- 4.7 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd gedurende de periode van toekenning en u een nieuwe indicatie heeft ontvangen, eindigt het al toegekende pgb per de datum van ingang van de herindicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.4. 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.
- 4.8 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.

## Artikel 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 In afwijking van artikel 5.2 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. op grond van de voorgaande indicatie was u een pgb toegekend;
- b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
- c. De Friesland heeft uw aanvraag voor een pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 Het pgb wordt per kalenderjaar berekend.

5.7 Als uw basisverzekering of uw pgb op een eerdere datum eindigt dan de einddatum vermeld op uw toekenningsverklaring, dan wordt het toegekende aantal uren op de volgende wijze verlaagd: (het oorspronkelijke toegekende aantal uren pgb) x (het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) : 365 = (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.

5.8 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.

5.9 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.

5.10 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.

5.11 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.

5.12 In afwijking van artikel 5.11 geldt voor verzekerden die op 31 december 2017 al een pgb van De Friesland ontvingen dat de toekenningsverklaring geldig is tot maximaal 1 januari 2020 of tot de datum waarop uw indicatie eindigt, als dit een eerdere datum is.

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. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.

## Artikel 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 Voor de declaratie van uw nota's moet u gebruikmaken van de declaratieformulieren pgb die u op onze website [defriesland.nl/pgb](http://defriesland.nl/pgb) kunt vinden. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.

6.1.4 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners waarmee u op basis van uw pgb een overeenkomst heeft gesloten, 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 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 2019 nog steeds declareren.

6.1.9 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.

a. Voor informele zorgverleners geldt een uurtarief van maximaal € 23,- voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging.

b. Voor formele zorgverleners vergoeden wij maximaal de volgende tarieven:

- persoonlijke verzorging pgb € 37,80 per uur;

- verpleging pgb € 57,00 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 m. 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.

f. Wij vergoeden geen gebruikelijke zorg. Hiermee bedoelen wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten (partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont).

## Artikel 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](http://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 gestelde indicatie. Wij adviseren u de geïndiceerde 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, 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 een door ons gecontracteerde zorgaanbieder;
- e. U heeft voor verpleging en verzorging een combinatie van pgb en zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en pgb 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.

## Artikel 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.

### 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.