

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv) 2017

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv) 2017

Artikel 1: Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 13, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2017 van:

- Besured Ruime Keuze
- Bewuzt Basis
- De Goudse Zorg Polis Ruime Keuze
- De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Goede Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2017 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2: Doelgroep pgb vv

U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
2. Onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Deze zorg wordt intensieve kindzorg genoemd.

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
4. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang pgb vv

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een pgb 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 vv of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
 4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
 5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb vv verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv.

Artikel 4: Weigeringsgronden

Geen van de volgende weigeringsgronden zijn van toepassing op u:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb vv niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb vv verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een (telefonisch) "bewust-keuze gesprek" dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek blijkt dat:
 - u met uw pgb vv uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten of;
 - u een pgb vv aanvraagt voor gebruikelijke zorg, zoals vastgesteld door V&VN (zoals beschreven in de Bestuurlijke Afspraken Artikel 3.3b);
6. u zorg inkoop bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1 en 2.2. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. en 2.2. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van pgb waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

Artikel 5: Aanvraag pgb vv

- 1.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. U dient ons aanvraagformulier te gebruiken. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundige deel en (II) het verzekerde deel. Het verpleegkundige deel (I) bestaat uit de door de verpleegkundige (zoals beschreven in artikel 5.3) vastgestelde indicatie en te beantwoorden vragen zodat wij kunnen bepalen of uw zorgvraag aansluit bij de in artikel 5.3 en 5.4 genoemde voorwaarden. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg. Deel I van het aanvraagformulier moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt en moet door u beiden voor akkoord ondertekend worden. De indicatie dient gesteld te worden nadat de

verzekerde gezien is door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Het verzekerde deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. In het verzekerde deel (II) van het pgb-aanvraagformulier geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) uzelf op basis van het pgb vv wenst te contracteren. U vindt het pgb aanvraagformulier op onze website.

- 1.2 Wij adviseren u om, in verband met uw herindicatie, 13 weken voor het aflopen van uw huidige indicatie contact op te nemen met een indicatiesteller (zie artikel 5.3 en 5.4) en minimaal 6 weken voor uw huidige indicatie verloopt uw pgb-aanvraagformulier in te dienen. Wanneer u op zoek bent naar een indicatiesteller kunt u hiervoor gebruik maken van 'Vergelijk en Kies' op onze website. U moet hiervoor zoeken op 'verpleging en verzorging'. U vindt dan al onze gecontracteerde thuiszorgorganisaties. Het is ook mogelijk om hiervoor contact op te nemen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.
- 1.3 Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
2. Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en 3 en er zijn geen weigeringsgronden (artikel 4) van toepassing, krijgt u toestemming voor een pgb vv.
3. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging heeft opgesteld, nadat hij/zij u in uw thuissituatie heeft gezien;
4. Voor intensieve kindzorg, zorg zoals omschreven in artikel 2.2., bent u in het bezit van een indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorgstelsel (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de VGVK en/of BMKT aangesloten zorgverlener;
5. Voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) bent u in het bezit van een indicatie van de medisch specialist.
6. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. Bij het beoordelen van de aanvraag zullen wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
7. Indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
8. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
9. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
10. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
11. Indien u verbleven bent in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of Wlz, kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.

12. Indien u een combinatie wenst van een pgb vv en zorg in natura (ZIN), dan moet de indicatie van het pgb vv en de indicatie van ZIN door dezelfde zorgaanbieder gesteld worden. Dit houdt in dat de indicatie gesteld moet worden door de organisatie die de zorg in natura levert. Om een pgb vv in combinatie met ZIN aan te vragen geeft u dit aan op uw pgb-aanvraagformulier. Dit kunt u doen door bij punt 7 van deel II van uw aanvraagformulier aan te geven bij welke zorgaanbieder(s) u de zorg in wilt kopen op basis van de geïndiceerde uren pgb vv. Daarnaast geeft u bij punt 8 van deel II van het aanvraagformulier aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura gaat afnemen en welke afspraken u maakt met de zorgaanbieder(s) die uzelf op basis van het pgb vv wenst te contracteren.
13. Indien u met een pgb vv zorg wilt inkopen bij een door ons gecontracteerde aanbieder voor ZIN of bij een door ons gecontracteerde pgb-aanbieder, dan kunnen wij ervoor kiezen dat deel van de zorg aan te bieden als zorg in natura (ZIN). Als de betreffende zorgaanbieder van ZIN voor dat jaar zijn inkoopplafond al heeft bereikt, bieden wij u twee mogelijkheden:
 1. Wij bieden u een andere organisatie aan die de zorg in natura kan leveren;
 2. U kunt er voor kiezen om uw pgb vv bij een andere aanbieder in te zetten.
14. Per 1 januari 2017 zal een tijdelijke, onafhankelijke Adviescommissie Indicatiestellingen worden ingesteld. Deze commissie van deskundigen kan op ons verzoek een second opinion geven over de gestelde indicatie. In dit advies wordt een beoordeling gegeven over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de gestelde indicatie.

Artikel 6: Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan;
2. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het pgb vv, 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 vv 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. wij hebben uw aanvraag voor een pgb vv ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Dit is niet van toepassing indien het een herindicatie voor palliatieve terminale zorg (PTZ) betreft (zie artikel 5.1.3).
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. De looptijd van uw pgb vv is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het pgb vv aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een pgb vv wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe pgb vv aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van:
 - de aangevraagde uren pgb vv die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd, en/of de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd en;
 - de maximale tarieven voor formele en informele zorgverleners en;
 - het door u ingevulde schema bij punt 7 en 8 van deel 2: Verzekerde deel van het aanvraagformulier.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het pgb vv is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb vv naar rato verlaagd. Uw pgb vv zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
7. De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het pgb vv wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een pgb vv heeft aangevraagd al zorg in natura heeft, of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het pgb vv, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Bij de berekening van het budget wordt er gerekend met de tarieven voor formele en informele tarief artikel 7.2. Hierbij wordt gekeken naar het aanvraagformulier deel 2 waarop vermeld staat bij welke zorgaanbieders er zorg wordt ingekocht.

Artikel 7: declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in uw toekenningsverklaring staat vermeld. Voor het declareren dient u gebruik te maken van de restitutenota's voor pgb vv. Deze restitutenota's kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.
2. De pgb restitutenota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de pgb restitutenota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze pgb restitutenota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van AWBZ naar Zvw in 2015 mocht uw zorgverlener tijdelijk nog via een vast maandloon worden uitbetaald indien hij in 2015 al een overeenkomst op basis van vast maandloon had. Deze overgangsregeling stopt echter op 1 juli 2017. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten, mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de pgb restitutenota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw pgb vv.
6. Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 en 2.2. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het pgb vv. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging: € 37,86 per uur
 - Verpleging: € 56,44 per uur
 - MSVT: € 56,44 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging, verpleging en/ of MSVT
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb vv en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb vv worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Hiervoor kunt u het 'Aanvraagformulier Verpleging en verzorging buitenland' gebruiken, dit formulier is te vinden op onze website of telefonisch bij ons op te vragen. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. Houdt u er rekening mee dat door u in het buitenland gecontracteerde zorgverleners waarvoor de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving niet geldt, er lagere formele maximumtarieven gelden op grond van het voor dat land geldende 'aanvaardbaarheidspercentage'.

7. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten
8. Het declareren van zorg via een akte van cessie is niet toegestaan.

Artikel 8: Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde;
 - NAW gegevens zorgverlener;
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - looptijd van de overeenkomst;
 - welke zorg zal worden geleverd;
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website of de website van de Sociale Verzekeringsbank.

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe pgb vv aanvraag indienen. Dit is van toepassing wanneer:
 - uw gezondheidssituatie verbetert of verslechtert, en/of;
 - u van zorgverlener(s) verandert, en/of;
 - uw zorg voortaan (gedeeltelijk) geleverd wordt in zorg in natura in plaats van uit uw pgb vv.

Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude pgb vv wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6. Het nieuwe pgb vv wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe pgb vv.

5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
6. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. de volledige pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - b. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, de huisarts en de behandelend specialist om uw (medische) gegevens omtrent de pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over inclusief het vermelde aantal uren voor verpleging, verzorging en MSVT. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

Artikel 9: Herziening, intrekking of beëindiging

Uw PGB kan worden herzien, ingetrokken of beëindigd met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

1. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
4. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. u om beëindiging van het pgb vv verzoekt;
6. de toekenningsperiode van uw pgb vv eindigt;
7. u langer dan twee maanden in een instelling vanuit Wlz of Zvw verblijft;
8. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
9. uw zorgverzekering eindigt;
10. u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
11. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
12. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
13. u het reglement niet naleeft;
14. u gedurende de looptijd van het pgb vv een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier pgb vv. Dit formulier is te vinden op onze website of telefonisch bij ons op te vragen;
15. u zorg in natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Artikel 10: Begripsbepaling

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv), per 1 januari 2017:

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

Bewust keuzegesprek

Een (telefonisch) gesprek dat eventueel door ons wordt georganiseerd. In een "bewust keuzegesprek" kunt u uw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen informeren wat de keuze voor een pgb voor u betekent.

VGVK

VGVK staat voor Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg en is de brancheorganisatie van de aanbieders van intensieve verpleegkundige zorg aan kinderen van 0 tot 18 jaar.

BMKT

BMKT staat voor Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis en houdt zich bezig met de vormgeving van kwaliteitsgerichte zorg aan kinderen, die kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis nodig hebben.

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

Deze kwaliteitsnorm biedt handvatten (aan de indicatiesteller) om te bepalen of er een tolk moet worden ingezet, en zo ja, of dit een informele tolk kan zijn of dat een professionele tolk zou moeten worden ingeschakeld.

Handelsregister

Het handelsregister is de basisregistratie waarin alle bedrijven en rechtspersonen ingeschreven staan; met het handelsregister wordt ook wel de inschrijving bij de Kamer van Koophandel (KvK) bedoeld.

SBI codering

Elk bedrijf wat zich inschrijft in het Handelsregister krijgt één of meerdere SBI codes. Deze code geeft aan wat de activiteit van een bedrijf is. Een formele zorgverlener heeft de SBI code 86, 87 of 88.

AGB-code

Een unieke code voor zorgpartijen (ondernemingen, vestigingen en zorgverleners) die inzicht geeft in de kenmerken en actuele gegevens van alle declarerende ondernemingen in de zorg en individuele zorgverleners.

Bloed- en aanverwanten

Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

Zorg in Natura (ZIN)

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

Zorgverlener

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- a. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

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