

Achmea Zorgverzekeraar

Achmea Reglement

Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging

Ingaande 1 januari 2015



Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

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

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

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

Dit recht vloeit voort uit:

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

Artikel 13 a van de Zvw is de grondslag voor het toekennen van een pgb vv. Op moment van publicatie van dit document is nog niet duidelijk of artikel 13 a Zvw in werking treedt per 1 januari 2015. Mocht artikel 13 a Zvw per 1 januari 2015 niet of gewijzigd in werking treden, dan behouden de Achmea Zorgverzekeraars zich het recht voor om wijzigingen in dit Reglement aan te brengen, dan wel dit Reglement in te trekken.

Dit artikel 13 a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar nadere voorwaarden kan vaststellen voor de toegang tot het pgb vv. Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het pgb vv die in het voorjaar 2014 zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en budgethoudersvereniging Per Saldo.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

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

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

In het vervolg van dit reglement noemen wij deze zorgverzekeraars de Achmea Zorgverzekeraars.

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

Artikel 2 Doelgroep pgb vv

Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv.

U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

- 1) U jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - 24 - uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen;Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd.
- 2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.

Artikel 3 Toegang tot het pgb vv

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Artikel 4 Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb vvv

- 4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit 3 delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerde deel en (III) het budgetplan. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerde deel (II) en het budgetplan (III) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt dit aanvraagformulier ook bij ons opvragen.
- 4.2 In deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. De verpleegkundige legt de indicatie van uw zorgbehoefte vast. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.
- 4.3 In deel III van het aanvraagformulier (budgetplan) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan – met toepassing van de criteria onder artikel 3 – van welke zorgverlener(s) u gebruik wilt gaan maken.

- 4.4** Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.
- 4.5** Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts, te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering.
- 4.6** Wij beoordelen uw pgb vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier. Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een “bewust keuze gesprek”. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een pgb vv voor u betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing.
- Bij de beslissing wordt u schriftelijk of per mail geïnformeerd over het toekennen of afwijzen van het pgb vv. Bij toekenning wordt het pgb vv vastgesteld op basis van de volledige set aan gegevens van het pgb-aanvraagformulier.
 - Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht houdt u recht op uw aanspraak.
- 4.7** U krijgt geen pgb vv als u:
- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;
 - niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;
 - tegelijkertijd, gedurende de looptijd van het pgb vv, verpleging en verzorging ontvangt van een zorgverlener die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;
 - een pgb vv aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb vv is toegekend;
 - onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
 - geen medewerking (meer) verleent aan een “bewust keuze gesprek” dat door ons wordt georganiseerd;
 - zich bij de verstrekking van het pgb vv of pgb in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen.
- 4.8** Toekennen pgb vv
- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toestemmingsbrief, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed.
 - De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. De toekenning van het pgb vv wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.
 - Ontvangt u al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv indient? Dan moet u deze zorg zelf beëindigen, voordat het pgb vv, zoals opgenomen in de toestemmingsbrief, ingaat. Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.
 - In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie.
- 4.9** Wanneer wordt uw pgb vv herzien of ingetrokken?
- Uw pgb vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum als:
- a) u de informatie die wij bij u opvragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
 - b) u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
 - c) er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis wet en/of regelgeving naar voren komen;
 - d) u onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
 - e) u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid;
 - f) u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb vv;
 - g) als u niet meewerkt aan het huisbezoek in relatie tot de dossiercontrole;
 - h) u niet het reglement pgb vv naleeft.

- 4.10** Uw pgb vv eindigt met ingang van de dag waarop:
- uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt;
 - de periode waarvoor het pgb vv is toegekend, afloopt;
 - u niet meer behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2;
 - u niet meer voldoet aan de specifieke criteria als bedoeld in artikel 3;
 - u langer dan 2 maanden verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van de Wet langdurige zorg (Wlz).
 - u langer dan 2 maanden verblijft in een instelling wanneer dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

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

- 4.11** Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U moet dan een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe pgb vv aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan een verrekening plaats. Het oude pgb vv wordt berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 5.2. Het nieuwe pgb vv wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe pgb vv.

Artikel 5 Vaststelling van de hoogte van het pgb vv

- 5.1** Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Uw budget wordt samengesteld op basis van tarieven voor formele zorgverleners en het tarief voor natuurlijke personen.

De maximum tarieven zijn als volgt:

- Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten
- Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten
- Natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten

Voor zorg geleverd door natuurlijke personen geldt het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 a lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding.

Voor de besteding van dit pgb vv verwijzen wij naar artikel 7.11.

- 5.2** Als uw verzekering of uw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb vv naar rato verlaagd. Uw pgb vv zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb vv) maal (het aantal dagen dat uw pgb vv en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365).

Artikel 6 Verantwoordelijkheden verzekerde met een pgb vv

- 6.1** Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv, betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgverlener en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- 6.2** De zorgverlener kan ook een natuurlijk persoon zijn. Ook in dat geval moet er een overeenkomst gesloten worden tussen u en die persoon. U en de natuurlijk persoon ondertekenen deze overeenkomst. Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- 6.3** Als de zorg die door een natuurlijk persoon geboden wordt (mede) voorbehouden handelingen betreft, dan moet dit conform de Wet BIG plaatsvinden. Dit betekent dat er een, door een daartoe bevoegd medisch professional getekend, uitvoeringsverzoek moet zijn. Dit uitvoeringsverzoek moet u als bijlage meesturen bij het pgb-aanvraagformulier.
- 6.4** U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop.
- 6.5** De indicerende verpleegkundige is verantwoordelijk voor indicatiestelling. De indicerende verpleegkundige is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoop met uw pgb vv.
- 6.6** U kunt tijdens de pgb vv periode geen gebruik maken van verpleging en verzorging via zorg in natura.

- 6.7** U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal 5 jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste: de volledige pgb- aanvraagformulieren set, zorgovereenkomsten, het eventueel benodigde uitvoeringsverzoek dat door een bevoegd medisch professional is getekend, beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger, kopie nota's van zorgverleners en kopie ingediende declaraties. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 6.8** U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts om uw medische gegevens omtrent deze pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur.

Artikel 7 Hoe kunt u declareren?

- 7.1** Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.
- 7.2** U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in uw toestemmingsbrief staat vermeld.
- 7.3** De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb vv aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
- 7.4** Het totaal van de ingediende nota's over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget pgb vv.
- 7.5** U bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners of natuurlijke personen.
- 7.6** Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 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.
- 7.7** 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 of natuurlijke personen die u hebt gecontracteerd. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
- 7.8** Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw pgb vv wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 7.9** Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het pgb vv wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
- 7.10** 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.
- 7.11** Voor de besteding van het pgb vv, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgverleners in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijke personen. De maximum tarieven zijn als volgt:
- Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten
 - Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten
 - natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten
- 7.12** De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het pgb vv. Deze zorg wordt vergoed op basis van artikel 28 verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van uw basisverzekering.

Artikel 8 Overgangsregeling

- 8.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ pgb had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt in 2015. Als dit het geval is, dan is het onderstaande op u van toepassing.
- 8.2 Uw recht op persoonlijke verzorging en verpleging vanuit de AWBZ wordt per 1 januari 2015 omgezet naar een aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de Zorgverzekeringswet, conform het gestelde in artikel 1.1.
- 8.3 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een pgb vv zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015.
- 8.4 De overgangsbepaling van artikel 8.3 geldt niet als u uw pgb vv volledig bij een door ons gecontracteerde zorgverlener heeft ingekocht en u ook op basis van de criteria in dit reglement geen aanspraak kan maken op een pgb vv. Zodra deze situatie is geconstateerd wordt de zorg in natura ingekocht.
- 8.5 De artikelen 2, 3, 4 (excl. 4.9, 4.10 en 4.11), 5 (excl. 5.2) en 6.6 zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt.
- 8.6 De artikelen 4.9, 4.10, 4.11 en 5.2. zijn wel van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt.
- 8.7 Na afloop van deze overgangsregeling blijven alle overige artikelen in dit reglement onverkort van toepassing op uw pgb vv.

Artikel 9 Hoe kunt u uw pgb vv verlengen?

- 9.1 De looptijd van uw pgb vv is maximaal 5 jaar vanaf het moment dat het pgb vv aan u is toegekend en zolang 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-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 4.
- 9.2 Binnen de looptijd van uw pgb vv, wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) aan u een pgb vv toegekend. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
- 9.3 In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen staat de looptijd van uw pgb vv beschreven. Mochten zich tussentijds verbeteringen in uw gezondheidstoestand voordoen dan moet u dat zo spoedig mogelijk melden aan ons.
- 9.4 Voor de indicatie geldt het volgende. Wanneer uw huidige indicatie verloopt dan moet u zelf bij de verpleegkundige minimaal 6 weken voor het aflopen van de indicatie een nieuwe indicatie aanvragen.

Artikel 10 Begripsbepalingen

Budgetplan

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

Formele zorgverlener

Zorgverlener die persoonlijke zorg levert zoals bedoeld in de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit zijn zowel natuurlijke personen als rechtspersonen die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen en voldoen aan de hieronder opgesomde kwalificaties:

- Deze formele zorgverlener is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- Verpleegkundigen met de volgende diploma's: A, B of Z, MBO-V, HBO-V of diploma verpleegkundige met niveau 4 en 5 vallen onder deze categorie. Zij moeten daarbij een geldige inschrijving in het BIG-register hebben.
- Daarnaast wordt ook de Helpende Zorg en Welzijn (niveau 2) en Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (niveau 3) als formele zorgverlener aangemerkt.
- Uit te breiden met professionals met een andere opleiding dan hierboven opgesomd, nader door de zorgverzekeraar te bepalen, waaronder diploma Pedagogisch Werker (S)PW (niveau 2, 3, 4), Medewerker maatschappelijke zorg MMZ (niveau 3 en 4) en Medewerker Gehandicaptenzorg (niveau 3 en 4).

Al deze zorgverleners moeten bevoegd (geschoold) en bekwaam (praktijkvaardig) zijn om de verpleegkundige en/of verzorgende zorgverlening uit te voeren op grond van de voor hun geldende wet- en regelgeving.

Daarbij geldt dat alleen zorgverleners die feitelijk de zorg verlenen bij de verzekerde in aanmerking komen voor deze typering van formele zorgverlener. Hierdoor worden rechtspersonen en ZZP-ers die andere zorgverleners inzetten dan uit bovenstaande opsomming is toegestaan, uitgesloten, als vallend onder de definitie van formele zorgverlener, zoals hierboven is bedoeld.

Natuurlijk persoon

Natuurlijk persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent in het kader van het pgb vv en die niet valt onder de definitie van formele zorgverlener.

Verpleging en verzorging

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

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35 – 39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is één van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar) of een voogd, curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Zorg in natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen.

Zorgplan

Het zorgplan beschrijft uw zorgvraag en wijze van zorgverlening. Het zorgplan wordt vanwege de indicatiestelling door de verpleegkundige in overleg met u opgesteld.

Bijlagen

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

- PGB pgb-aanvraagformulieren-set. Het pgb-aanvraagformulieren-set bestaat uit 3 delen:
 - (I) Verpleegkundig deel
 - (II) Verzekerde deel
 - (III) Budgetplan
- Restitutienota pgb vv
- Voorbeeld zorgovereenkomst (verzekerde – zorgverlener)

