

Reglement pgb wijkverpleging  
ZorgDirect

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2018 en treedt in de plaats van het Reglement pgb wijkverpleging 2017.

Eno Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983)

## Inhoud

1	Begripsomschrijvingen.....	2
2	Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?.....	2
3	Indicatie pgb wijkverpleging .....	3
4	Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging .....	3
5	Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging.....	4
6	Aanvraag van het pgb.....	4
7	Beoordeling van de aanvraag.....	5
8	Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging .....	5
9	Hoogte van het pgb wijkverpleging .....	6
10	Wijzigingen en verlengen .....	6
11	Verplichtingen pgb-houder .....	7
12	Buitenland.....	7
13	Tarieven .....	8
14	Declareren .....	8
15	Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging .....	9
16	Overstappen.....	10

## 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Op de begrippen in dit Reglement zijn de begripsomschrijvingen van toepassing die zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 1.2 Daarnaast verstaan wij in dit Reglement onder:
- Bewuste-keuzegesprek:* een gesprek tussen u en ons voorafgaand aan de beoordeling van uw aanvraag en dat is bedoeld om u uw aanvraag te laten toelichten, te kijken of u in staat bent om het pgb te beheren en om u informatie te geven over de mogelijkheden van zorg in natura en pgb;
- Gebruikelijke zorg:* de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en inwonende kinderen elkaar geven. Als de zorgvraag van een verzekerde kan worden ingevuld met gebruikelijke zorg, dan bestaat op deze zorg geen aanspraak vanuit de Zorgverzekeringswet;
- Gespecialiseerde verpleging:* gespecialiseerde verpleging zoals nader beschreven in de Beleidsregel verpleging en verzorging van de Nederlandse Zorgautoriteit (BR/REG-18104 en opvolgende beleidsregels);
- MSVT:* medisch specialistische verpleging in de thuissituatie als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, zoals dat tot 1 januari 2018 gold;
- Pgb (wijkverpleging):* persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
- Reglement:* Reglement pgb wijkverpleging;
- Verpleegkundige:* verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;
- Vertegenwoordiger:* a. uw wettelijk vertegenwoordiger;  
b. uw bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad;  
c. uw echtgenoot, geregistreerde partner of een andere levensgezel.
- Voorbehouden handeling:* een voorbehouden handeling als bedoeld in Hoofdstuk IV van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- 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;
- Wijkverpleegkundige:* een verpleegkundige die is opgeleid met de graad van bachelor, ook wel wijkverpleegkundige niveau 5 genoemd;
- Zorg:* verpleging en/of verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
- Zorg in natura:* bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg en regelt de administratie daaromheen. Hierbij kan sprake zijn van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
- Zorgplan:* een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de wijkverpleging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde wijkverpleging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger. De eis van ondertekening geldt ook bij aanpassingen in het zorgplan.

## 2 Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?

- 2.1 U komt in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u beschikt over een geldige indicatie voor verpleging en verzorging als bedoeld artikel 3 van het Reglement; en
  - u voldoet aan de voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging als bedoeld in artikel 4 van het Reglement; en
  - geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement is van toepassing; en
  - u voldoet aan de overige voorwaarden die van toepassing zijn op het aanvragen en beheer van het pgb als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en dit Reglement.

### **3 Indicatie pgb wijkverpleging**

- 3.1 U komt in aanmerking voor een pgb als u beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2 Een wijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist moet de indicatie vaststellen, behalve in de volgende gevallen:
  - a. de indicatie voor verzekerden onder de 18 jaar moet zijn gesteld door een HBO kinderverpleegkundige met gebruikmaking van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS). De HBO kinderverpleegkundige moet werkzaam zijn bij een bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) of de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) aangesloten zorgaanbieder;
  - b. bij de indicatie voor palliatieve terminale zorg (ptz), moet een verklaring van uw behandelend arts zijn gevoegd waaruit blijkt dat de ingeschatte levensverwachting voor u minder is dan drie maanden.
- 3.3 De indicatie moet zijn vastgesteld conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Zo mag de indicatie geen Gebruikelijke zorg bevatten.
- 3.4 De indicatie moet door een onafhankelijk persoon zijn gesteld. De indicatiesteller mag niet uw (wettelijk) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn zijn.
- 3.5 De indicatie mag niet gesteld worden door een individuele zorgaanbieder die de zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
- 3.6 Als u een combinatie wenst van zorg in natura en een pgb, dan moet de indicatie door de zorgaanbieder zijn gesteld die ook de indicatie voor de zorg in natura heeft gesteld.
- 3.7 De indicatie mag niet ouder zijn dan drie maanden, te rekenen vanaf het moment van afgifte van de indicatie tot het moment dat uw aanvraag voor het pgb door ons is ontvangen.
- 3.8 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.
- 3.9 Uit de indicatie moet blijken dat u:
  - a. langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op de verpleging en/of verzorging bent aangewezen; of
  - b. op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting van u minder is dan 3 maanden.
- 3.10 U mag niet beschikken over meer dan één indicatie voor de zorg. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg dient in één indicatie te zijn verwoord.
- 3.11 Voor een herindicatie gelden dezelfde regels als voor een indicatie.

### **4 Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging**

- 4.1 U komt in aanmerking voor een pgb als naar ons oordeel is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
  - a. u bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wij kunnen u vragen om in uw aanvraag op te nemen op welke wijze u de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid. Wij kunnen de visie van de indicerend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen of uw zorgplan in lijn is met wat gezien uw situatie mogelijk is.
  - b. u bent 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. Wij kunnen toetsen of u op de hoogte bent van de rechten en verplichtingen die bij het Zvw-rgb horen en hoe u daar uitvoering aan denkt te geven;
  - c. u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af

te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Wij kunnen toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als u een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg;

- d. u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg via een pgb geleverd wil en kan krijgen. Om ons ervan te vergewissen dat de keuze voor een Zvw-pgb de bewuste keuze is van u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunnen wij u verzoeken een inhoudelijke motivering van uw aanvraag te geven.
- 4.2 Als u naar ons oordeel niet voldoet aan één of meerdere in artikel 4.1 genoemde voorwaarden, is het mogelijk dat wij aanvullende eisen stellen waar u aan moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb.

## 5 Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging

- 5.1 U komt niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als één of meerdere van de volgende weigeringsgronden van toepassing is:
- a. u bent bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
  - b. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
  - c. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
  - d. u, of, indien u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is failliet verklaard;
  - e. ten aanzien van u of, als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel is een verzoek daartoe bij de rechtbank ingediend;
  - f. u weigert een bewuste-keuzegesprek of verschijnt niet, na daartoe te zijn opgeroepen, terwijl u daarvoor geen geldige reden opgeeft, of u verleent geen medewerking aan een bewuste-keuzegesprek;
  - g. uw aanvraag is onvolledig of onduidelijk en u verleent geen medewerking aan een verzoek van ons om nadere informatie of toelichting ten behoeve van uw aanvraag te verschaffen;
  - h. u wilt gebruik maken van uitsluitend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) voor het verlenen van de zorg;
  - i. u wilt gebruik maken van zorg door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, niet zijnde uw partner, bloed of aanverwanten in de eerste of tweede graad;
  - j. de indicatie bevat uitsluitend andere zorg dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zoals Gebruikelijke zorg.
- 5.2 U komt voorts niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u de hulp daarvan nodig heeft voor het voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 van het Reglement):
- a. bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging waarbij deze persoon als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - c. zijn vrijheid rechtens is ontnomen;
  - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend.
  - e. failliet is verklaard;
  - f. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
  - g. hulp tegen betaling verleent.

## 6 Aanvraag van het pgb

- 6.1 U vraagt een pgb aan door het indienen van het pgb-aanvraagformulier en de eventuele bijlagen daarbij. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.

- 6.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) moet de indicerend verpleegkundige invullen en ondertekenen. Als bijlage bij deel I kunt u het zorgplan meesturen.
- 6.3 Deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) dient u (of uw (wettelijk) vertegenwoordiger) in te vullen. U geeft op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieders u gebruik wilt gaan maken.
- 6.4 Als u gedeeltelijk gebruik wilt maken van zorg in natura kunt u in dit deel ook aangeven voor welk deel van de geïndiceerde uren u gebruik wilt maken van zorg in natura en voor welk deel u gebruik wilt maken van een pgb.
- 6.5 Als u op het aanvraagformulier aangeeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgaanbieder, moet u daarbij aangeven hoe en met welke zorgaanbieder(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgaanbieder door ziekte, vakantie of anderszins.
- 6.6 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. Wij sturen u daarover bericht met het verzoek om de ontbrekende gegevens aan te vullen.
- 6.7 Als wij hierom vragen moet u nadere (medische) informatie met betrekking tot uw aanvraag verstrekken aan onze medisch adviseur of adviserend verpleegkundige, of uw verpleegkundige of medisch specialist of uw huisarts machtigen dit namens u te doen. Over een onduidelijkheid in de aanvraag kan onze adviserend verpleegkundige contact opnemen met de wijkverpleegkundige, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.

## **7 Beoordeling van de aanvraag**

- 7.1 Na ontvangst van uw aanvraag van het pgb kunnen wij u uitnodigen voor een bewuste-keuzegesprek.
- 7.2 Wij beoordelen uw aanvraag op basis van het pgb-aanvraagformulier en de daarbij horende bijlagen, waaronder bij voorkeur ook het zorgplan, en, indien van toepassing, het bewuste-keuzegesprek en de extra informatie als bedoeld in artikel 6.6 en 6.7 van het Reglement.
- 7.3 Bij een indicatie waarbij gedeeltelijk andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag voor een pgb voor die andere zorg afwijzen.
- 7.4 U ontvangt schriftelijk bericht over de toekenning of weigering van het pgb wijkverpleging.
- 7.5 Als u voor de zorg waarvoor u een pgb 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 indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgaanbieder(s) blijft afnemen.

## **8 Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging**

- 8.1 De ingangsdatum van het pgb wijkverpleging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende pgb-aanvraagformulier hebben ontvangen. Op uw verzoek kan de datum van het pgb ook op een latere datum ingaan.
- 8.2 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een herindicatie gelijk aan de ingangsdatum van de herindicatie, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- op grond van de voorgaande indicatie was u een pgb toegekend;
  - de ingangsdatum van de herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de einddatum van de voorgaande indicatie;
  - wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de herindicatie.

- 8.3 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een wijziging in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb gelijk aan de ingangsdatum van de wijziging in die verdeling, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:  
a. wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de wijziging in de verdeling van de zorg.
- 8.4 De toekenning van het recht op pgb wijkverpleging geldt voor de duur van de indicatie, maar maximaal voor een periode van twee jaar te rekenen vanaf de ingangsdatum van het pgb. In afwijking hiervan geldt een kortere looptijd, als deze in de toekenningsbrief is genoemd.
- 8.5 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging uitsluitend in verband met de afloop van de looptijd als bedoeld in 8.4 gelijk aan de dag die volgt op de dag waarop het huidige pgb eindigt, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:  
a. wij hebben uw aanvraag voor het nieuwe pgb ontvangen binnen vier weken voor afloop van de looptijd van uw huidige pgb.
- 8.6 Beschikt u op 1 januari 2018 al over een toekenning met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig, tenzij uw zorgvraag wijzigt.

## **9 Hoogte van het pgb wijkverpleging**

- 9.1 De hoogte van het pgb wijkverpleging, het budget, wordt per kalenderjaar vastgesteld en eindigt uiterlijk op 31 december van het betreffende jaar. Voorafgaande aan het betreffende jaar berichten wij u schriftelijk over de hoogte van het pgb voor het betreffende jaar, tenzij uw pgb per 1 januari van het betreffende jaar eindigt.
- 9.2 De hoogte van het pgb wijkverpleging wordt vastgesteld aan de hand van de toegekende uren en de voor het betreffende kalenderjaar geldende tarieven voor formele en informele zorgaanbieders als bedoeld in artikel 13.

## **10 Wijzigingen en verlengen**

- 10.1 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling noodzakelijk. Het kan gaan om een verslechtering of om een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe aanvraag voor een pgb indienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.2 De (wijk-/kinder-) verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan minstens een keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe aanvraag voor het pgb wijkverpleging indienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.3 Als in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb wijzigingen komen, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuwe aanvraag voor een pgb in te dienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de vervangen verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.4 Wanneer u van zorgaanbieder(s) verandert, moet u dit bij ons melden. Uw toekenning van het pgb blijft in stand, maar de hoogte van uw pgb kan wijzigen. Op basis van de melding vindt dan, als dat aan de orde is, een aanpassing en verrekening van het budget plaats.
- 10.5 U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond schriftelijk aan ons door geven.
- 10.6 Als u tijdens de looptijd van uw pgb voor een periode van maximaal twee maanden verbleven heeft in een instelling, omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of in een instelling voor eerstelijns verblijf, kunt u weer gebruik maken van uw pgb, zodra u weer thuis bent. U hoeft dan niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 10.1 of 10.3. Wel moet u een melding bij ons doen als u langer dan twee weken verbleven heeft in een instelling als bedoeld in de eerste zin van dit artikellid. De hoogte van het pgb wordt dan verlaagd naar rato van het aantal dagen (te rekenen

vanaf de eerste dag van opname) dat u opgenomen bent geweest.

## 11 Verplichtingen pgb-houder

- 11.1 U moet zelf zorgovereenkomsten sluiten met uw zorgaanbieder(s). U bent verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgovereenkomst(en) moeten volledig door u en de zorgaanbieder(s) worden ingevuld en door beiden ondertekend. Wij kunnen deze zorgovereenkomst(en) bij u opvragen. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
- uw naam-/adres-/woonplaats gegevens (naw-gegevens);
  - naw-gegevens van uw zorgaanbieder(s);
  - relatie tussen u en uw zorgaanbieder(s);
  - looptijd van de overeenkomst;
  - welke zorg zal worden geleverd;
  - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
  - welk tarief per uur en per vijf minuten u daarvoor zult betalen. Een vast maandloon is niet toegestaan;
  - AGB-code van de zorgaanbieder die in aanmerking komt voor het formele tarief;
  - ondertekening door u of uw wettelijk vertegenwoordiger en zorgaanbieder.
- U kunt daarbij gebruik maken van de modelovereenkomsten van SVB.
- 11.2 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor u aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.3 U bent er verantwoordelijk voor dat de zorg die u inkoop kwalitatief verantwoord is en doelmatig. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgaanbieders.
- 11.4 U bent er verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 11.5 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb het dossier voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
- a. de volledige pgb-aanvraagformulieren set inclusief bijlagen/zorgplan;
  - b. zorgovereenkomsten;
  - c. als u 18 jaar of ouder bent, de beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger;
  - d. facturen of urenregistraties met naam van de zorgaanbieder(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
  - e. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
  - f. kopieën van nota's van zorgaanbieders en kopieën van ingediende declaraties.
- Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgaanbieders betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 11.6 U bent verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 11.7 U geeft ons tijdig alle informatie die van invloed is op de verlening en hoogte van het pgb wijkverpleging.

## 12 Buitenland

- 12.1 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgaanbieder(s) inhuren, dan moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgaanbieder(s) declareren. U moet de toestemming schriftelijk bij ons aanvragen. Met uw aanvraag moet u meesturen:
- a. het indicatiebesluit
  - b. een offerte, waarin in elk geval is opgenomen:
    - i. de gewenste zorg;
    - ii. de periode waarvoor de zorg wordt aangevraagd;
    - iii. de naw-gegevens van de zorgaanbieders;
    - iv. de verwachte kosten van de zorg.

### 13 Tarieven

13.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg gelden formele en informele tarieven.

#### 13.2 *Formeel tarief*

Voor het formele tarief komen in aanmerking:

- a. de instelling die is ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel met een SBI code 86,87 of 88 en namens welke een verpleegkundige als bedoeld onder b de zorg verleent; en/of
- b. de verpleegkundige met niveau 4 en 5 die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een bloed- of aanverwante in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

13.3 U kunt voor de hiervoor genoemde 'formele zorgaanbieders' maximaal de tarieven die zijn opgenomen in de hierna volgende tabel declareren. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgaanbieder vermeldt.

Formele tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging formeel	€ 38,16	€ 3,18
Verpleging formeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 56,40	€ 4,70

Als u op 31 december 2017 al gebruik maakte van een pgb wijkverpleging voor MSVT, behoudt u in 2018 recht op het in 2017 voor die zorg geldende tarief.

In afwijking van het voorgaande in dit artikellid geldt het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de desbetreffende zorg vastgestelde maximumtarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, als dat vastgestelde maximumtarief lager is dan het maximumtarief dat is opgenomen in de tabel.

#### 13.4 *Informeel tarief*

Voor het informele tarief komen in aanmerking: alle rechtspersonen en natuurlijke personen die niet in aanmerking komen voor het formele tarief.

13.5 U kunt voor de hiervoor genoemde 'informele zorgaanbieders' maximaal € 23,- per uur voor verpleging en verzorging declareren. Dit bedrag vindt u terug in onderstaande tabel.

Informeel tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging informeel	€ 23,-	€ 1,91
Verpleging informeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 23,-	€ 1,91

### 14 Declareren

14.1 U mag alleen zorg declareren, die:

- a. al is geleverd. U mag geen zorg declareren die nog geleverd moet worden;
- b. is geleverd vanaf de datum waarop uw pgb is ingegaan. U mag geen zorg declareren die is geleverd voor de ingangsdatum van het pgb;
- c. in lijn is met de indicatiestelling en het toegekende pgb.

14.2 U mag geen vast maandloon declareren. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd. Het declareren van een vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2015 mag uw zorgaanbieder tijdelijk nog via een vast



maandloon worden uitbetaald als uw zorgaanbieder in 2015 al een zorgovereenkomst op basis van vast maandloon had.

- 14.3 Voordat u de nota's bij ons declareert, controleert u de nota's op juistheid. Door declaratie van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
- 14.4 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde, actuele formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.
- 14.5 U declareert de nota's in beginsel uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw pgb.
- 14.6 Wij hebben het recht om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgaanbieders 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.
- 14.7 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 14.8 U heeft geen recht op vergoeding via het pgb van:
- de kosten van de indicatiestelling;
  - evaluatie van de behoefte aan zorg;
  - casemanagement;
  - verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg;
  - de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg. Deze kosten kunnen vallen onder Zittend ziekenvervoer in uw verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering;
  - zorg die teveel door u is ingekocht en waardoor het maximum van uw pgb is overschreden.
- 14.9 De bepalingen over het indienen en vergoeden van nota's in de verzekeringsvoorwaarden zijn van overeenkomstige toepassing. Bij onderlinge strijdigheid hebben de bepalingen in het Reglement voorrang boven de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 14.10 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgaanbieders. Als u de door u gecontracteerde zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunt u te maken krijgen met bijkomende kosten, bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente. Deze bijkomende kosten mogen niet vanuit het pgb worden vergoed.

## 15 Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging

- 15.1 Uw pgb wijkverpleging eindigt met ingang van de dag dat:
- uw indicatie voor verpleging en verzorging is gewijzigd of is geëindigd;
  - de looptijd van het pgb wijkverpleging is geëindigd;
  - er een wijziging plaatsvindt in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb;
  - u langer dan twee maanden ben opgenomen in een instelling voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet;
  - u een indicatie heeft voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg;
  - u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb;
  - uw basisverzekering is geëindigd;
  - uw basisverzekering als gevolg van een wijziging van hetgeen is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheid meer biedt tot het verlenen van een pgb wijkverpleging.
- 15.2 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging, zo nodig met terugwerkende kracht, beëindigen of wijzigen:
- met ingang van de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor verlening als bedoeld in artikel 4.1 van het Reglement;
  - met ingang van de dag waarop een of meer van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement van toepassing wordt;
  - met ingang van de dag waarop u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger de aan u en uw (wettelijk) vertegenwoordiger opgelegde verplichtingen op grond van het Reglement niet nakomt;

- d. vanaf de ingangsdatum van het pgb, als u in het kader van de aanvraag onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van deze gegevens tot een ander besluit op de aanvraag zou hebben geleid;
- e. vanaf de ingangsdatum van het pgb, als de toekenning van het pgb anderszins onjuist was en u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger dit wist of behoorde te weten;
- f. met ingang van de dag waarop u ons niet of niet tijdig of slechts gedeeltelijk de informatie verstrekt die noodzakelijk is voor de controle op uw pgb;
- g. met ingang van de dag waarop u niet meewerkt aan dossieronderzoek;
- h. met ingang van de dag waarop er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving naar voren komen;
- i. met ingang van de dag waarop u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel 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 Zw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren;
- j. met ingang van de dag waarop u zorg in natura afneemt bij een zorgaanbieder die niet op uw aanvraagformulier is vermeld;
- k. met ingang van de dag dat u gebruik maakt van zorg in natura voor de zorg waarvoor u een pgb is toegekend.

15.3 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging met inachtneming van een redelijke termijn intrekken of wijzigen:

- a. als ons besluit op de aanvraag van het pgb niet juist was en u of uw vertegenwoordiger dit niet wist of behoorde te weten;
- b. als de voorwaarden voor verlening van het pgb wijzigen als gevolg van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.

15.4 Als uw uw pgb wijkverpleging eerder eindigt dan in de oorspronkelijke toekenning is bepaald, dan wordt de hoogte van uw pgb naar rato verlaagd. De hoogte van uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u inmiddels meer zorgkosten heeft gemaakt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u de teveel vergoede kosten aan ons terug te betalen.

## 16 Overstappen

16.1 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenning van het pgb nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenning over. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. U bewaart deze toekenning, zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.