



Reglement pgb wijkverpleging 2015

Energiek

Gepubliceerd op 23 december 2014

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2015 en treedt in plaats van het eerder gepubliceerd reglement pgb wijkverpleging 2015.

Eno Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983)

Artikel 1 Over het Reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van jouw basisverzekering staat waarop je recht hebt, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging 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 je zelf jouw zorg kunt inkopen. In dit reglement vind je meer informatie over het pgb vv, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe je dit kunt aanvragen en informatie over het declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden van jouw basisverzekering.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

Je hebt recht op verpleging en verzorging zoals is opgenomen in het artikel Verpleging en verzorging zonder verblijf in de verzekeringsvoorwaarden van jouw basisverzekering.

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. Dit artikel bepaalt dat de zorgverzekeraar nadere voorwaarden kan vaststellen voor de toegang tot het pgb vv. Zolang artikel 13a Zvw nog niet in werking is getreden, is de mogelijkheid om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg (op restitutiebasis) de grondslag voor het toekennen van een 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 je een basisverzekering hebt.

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, nader te bepalen.

Artikel 2 Doelgroep pgb vv

Als je een indicatie voor verpleging en verzorging hebt, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. Je komt in aanmerking voor het pgb vv als:

1. Je jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/ of verzorging door ingewikkelde lichamelijke medische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - vierentwintig 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. Je langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Hierbij geldt ook:
 - dat je 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 en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
 - dat je in staat bent op eigen kracht of met hulp van jouw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
 - dat je in staat bent de zorgaanbieders die jou 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 verpleging en verzorging

Heb je:

1. een door een wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden, én
2. behoor je tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
3. kies je er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd?

Dan kun je in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kun je zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

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

- je hebt vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- je 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;
- je hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die je nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Artikel 4 Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb verpleging en verzorging

4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb aanvraagformulier.

Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit drie delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerden deel en (III) het budgetplan. Het verpleegkundig deel (I) moet je laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna je beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) en het budgetplan (III) wordt door jouzelf volledig ingevuld en ondertekend. Je vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. Je kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.

4.2 In deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. De verpleegkundige legt de indicatie van jouw zorgbehoefte vast. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel III van het aanvraagformulier (budgetplan) geef je op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan – met toepassing van de criteria in artikel 3 – van welke zorgaanbieder(s) je gebruik wilt gaan maken.

4.4 Als jouw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij jouw aanvraag niet in behandeling.

4.5 Als wij hierom vragen, ben je verplicht nadere informatie te verstrekken (of jouw wijkverpleegkundige of huisarts, te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur.

4.6 Wij beoordelen jouw pgb vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier.

Eventueel kun je worden uitgenodigd voor een "bewust keuze gesprek". Je kunt dan in een persoonlijk gesprek jouw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen je informeren wat de keuze voor een pgb voor jou betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing.

Bij de beslissing word je 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 in artikel 24 van de Algemene bepalingen van de verzekeringsvoorwaarden van toepassing. Tijdens de behandeling van jouw klacht houd je recht op aanspraak.

4.7 Je krijgt geen pgb vv als u:

- tegelijkertijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;
- een pgb vv aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb vv is toegekend;
- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;
- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;
- 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;
- binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het pgb vv, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering.
- 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

- Jouw 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 je voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijg je toestemming voor een pgb vv. Wanneer je toestemming krijgt voor een pgb vv, ontvang je een schriftelijke toestemmingsbrief 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 jouw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het pgb vv wordt schriftelijk aan jou bevestigd. Op jouw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.
- Ontvang je al zorg in natura of heb je al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat je een aanvraag voor een pgb vv indient? Dan moet je deze zorg zelf beëindigen, voordat het pgb vv, zoals opgenomen in de toestemmingsbrief, ingaat. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december.
- In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij je toesturen leggen wij de looptijd van jouw pgb vast. Hierbij houden wij rekening met jouw indicatie.

4.9 Wanneer wordt jouw pgb vv herzien of ingetrokken?

Jouw pgb vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. je de informatie die wij bij jou opvragen niet of niet tijdig ter beschikking stelt;
- b. je niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- c. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis wet en/of regelgeving naar voren komen.
- d. je onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;

- e. je onjuiste of onvolledige gegevens hebt verstrekt en de juiste/ volledige gegevens tot een andere beslissing van ons zouden hebben geleid;
- f. je zelf verzoekt om beëindiging van het pgb vv;
- g. als je niet meewerkt aan het huisbezoek in relatie tot de dossiercontrole;
- h. je niet het Reglement pgb wijkverpleging naleeft.

4.10 Jouw pgb vv eindigt met ingang van de dag waarop:

- a. jouw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt;
- b. de periode waarvoor het pgb vv is toegekend, afloopt;
- c. je niet meer behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2;
- d. je niet meer voldoet aan de specifieke criteria als bedoeld in artikel 3;
- e. je langer dan twee maanden verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van de Wet Langdurige Zorg.
- f. Je langer dan twee maanden verblijft in een instelling waarbij het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw.
- g. jouw basisverzekering is geëindigd.

Na jouw 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 wijkverpleegkundige noodzakelijk. Je 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 jouw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

De maximum uurtarieven zijn als volgt:

	Uurtarief van ons	5 minutentarief van ons
Pgb formeel persoonlijke verzorging	€ 34,70	€ 2,89
Pgb natuurlijke personen verzorging	€ 20,00	€ 1,66
Pgb formeel verpleging	€ 54,80	€ 4,57
Pgb natuurlijke personen verpleging	€ 20,00	€ 1,66

Voor de besteding van dit budget verwijzen wij naar artikel 7.13.

5.2 Als jouw verzekering of jouw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt jouw pgb naar rato verlaagd. Jouw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal

dagen dat jouw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365).

Artikel 6 Verantwoordelijkheden verzekerde met een pgb budget verpleging en verzorging

- 6.1 Als je er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv, betekent dit dat je zelf overeenkomsten sluit met zorgaanbieders. Hierin leg je afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel je daarvoor betaalt.
De zorgaanbieder en jij tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij jou opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vind je op onze website of kun je bij ons opvragen.
- 6.2 De zorgaanbieder kan ook een natuurlijk persoon zijn. Ook in dat geval moet er een overeenkomst gesloten worden tussen jou en die persoon. Jij en de natuurlijk persoon ondertekenen deze overeenkomst. Wij kunnen deze overeenkomst bij jou opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vind je via onze website.
- 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. Wij kunnen je vragen dit uitvoeringsverzoek aan te leveren.
- 6.4 Je bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die je inkoopt.
- 6.5 De indicerende verpleegkundige is verantwoordelijk voor indicatiestelling, zorgplan en evaluatie van de indicatiestelling of herijking van de indicatie. De indicerende verpleegkundige is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die je inkoopt met uw pgb vv.
- 6.6 Je kunt tijdens de pgb periode geen gebruik maken van verpleging en verzorging via zorg in natura.
- 6.7 Je mag de geïndiceerde uren persoonlijke verzorging en het daarvoor toegekende budget niet inzetten voor de verpleging. Andersom mag je de geïndiceerde uren verpleging en het daarvoor toegekende budget niet inzetten voor de persoonlijke verzorging.
- 6.8 Je 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: het 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 zorgaanbieders en kopie ingediende declaraties. Je bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 6.9 Je geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts om jouw 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 jouw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur.

Artikel 7 Hoe kun je declareren?

- 7.1 Voor de declaratie van jouw nota's gebruikt je de daartoe bestemde formulieren. Je kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.
- 7.2 Je kunt jouw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in jouw toestemmingsbrief staat vermeld.
- 7.3 De nota's die je ontvangt van de zorgaanbieders, waar je op basis van jouw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleer je en dien je bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb vv aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.

Geleverde zorg kun je alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot. Door inzending van de nota's geef je 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 Het totaal van de ingediende nota's voor persoonlijke verzorging over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget pgb vv voor persoonlijke verzorging in geïndiceerde uren persoonlijke verzorging en in euro's.
- 7.6 Het totaal van de ingediende nota's voor verpleging over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget pgb vv in geïndiceerde uren verpleging en in euro's.
- 7.7 Je bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door jou gecontracteerde zorgaanbieders of natuurlijk personen.
- 7.8 Wij verzoeken je de nota'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 jouw budget.
- 7.9 Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgaanbieders of natuurlijk personen die je hebt gecontracteerd. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij je adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
- 7.10 Het eventueel niet gedeclareerde deel van jouw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 7.11 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget vv wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
- 7.12 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van jouw basisverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
- 7.13 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgaanbieders in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijke personen. Voor formele zorgaanbieders kunt u maximaal het tarief dat is opgenomen in artikel 5.1 onder 'pgb formeel' declareren. Voor zorg geleverd door natuurlijk personen kunt u maximaal het tarief dat is opgenomen in artikel 5.1 onder 'pgb natuurlijke personen' declareren.
- 7.14 De kosten van de indicatiestelling, zorgplan en evaluatie vallen buiten het pgb vv. Deze zorg wordt door ons ingekocht en rechtstreeks betaald aan de zorgaanbieder.

Artikel 8 Overgangsregeling

- 8.1 Het kan zijn dat je 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 jou van toepassing.
- 8.2 Jouw 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 Je behoudt jouw recht op zorg in de vorm van een pgb vv zolang de geldigheidsduur van jouw 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 je jouw pgb vv volledig bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder hebt ingekocht en je ook op basis van de criteria in dit reglement geen aanspraak kunt maken op een Zvw pgb vv. Zodra deze situatie is geconstateerd wordt de zorg in natura ingekocht.
- 8.5 De artikelen 2, 3, 4.1 tot en met 4.9, 5.1, 6.6, 6.7, 7.5 en 7.6 zijn niet van toepassing in de periode dat jij onder deze overgangsregeling valt.
- 8.6 Na afloop van deze overgangsregeling blijven alle overige artikelen in dit reglement onverkort van toepassing op uw pgb vv.

Artikel 9 Hoe kun je jouw pgb verlengen?

- 9.1 De looptijd van jouw pgb vv is maximaal vijf jaar vanaf het moment dat het pgb aan jou is toegekend en zolang je een geldige indicatie hebt. Als je na het einde van deze periode nog steeds een pgb vv wilt ontvangen, dan kun je een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, zoals beschreven in artikel 4.
- 9.2 Binnen de looptijd van jouw pgb vv, wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) aan jou een budget toegekend. Je ontvangt hierover automatisch een bericht van ons..
- 9.3 In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij je toesturen staat de looptijd van jouw pgb beschreven. Mochten zich tussentijds verbeteringen in jouw gezondheidstoestand voordoen dan moet je dat zo spoedig mogelijk melden aan ons.
- 9.4 Voor de indicatie geldt het volgende. Wanneer jouw huidige indicatie verloopt dan moet je zelf bij de wijkverpleegkundige minimaal zes weken voor het aflopen van de indicatie een nieuwe indicatie aanvragen.

Artikel 10 Begripsbepalingen

Op de begrippen in het reglement zijn de begripsomschrijvingen in de verzekeringsvoorwaarden van toepassing.

Daarnaast verstaan wij in dit reglement onder:

Budgetplan

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

Formele zorgaanbieder

Zorgaanbieder die persoonlijke zorg levert zoals bedoeld in de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) en is ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel. Dit zijn zowel natuurlijk personen als rechtspersonen die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen en voldoen aan de hieronder opgesomde kwalificaties:

- 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; of
- Helpenden Zorg en Welzijn (niveau 2); of Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg (niveau 3).

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

Natuurlijk persoon

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

Vorbehouden handelingen

Vorbehouden 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).

Zorg in natura

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

Bijlagen

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

- PGB aanvraagformulieren-set. Het pgb aanvraagformulieren-set bestaat uit drie delen:
 - (I) Verpleegkundig deel
 - (II) Verzekerde deel
 - (III) Budgetplan
- Model declaratieformulier pgb vv