

DSW

Reglement PGB Experiment GGZ 2009



1. Algemeen

- 1.1 Een persoonsgebonden budget kan, op aanvraag van de verzekerde of een persoon die door de verzekerde gemachtigd is, worden verstrekt voor geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.
- 1.2 De verzekerde heeft recht op een persoonsgebonden budget indien de zorgverzekeraar hem schriftelijk een persoonsgebonden budget heeft toegekend.
- 1.3 Het recht op uitkering van een persoonsgebonden budget is mede onderworpen aan de voorwaarden en beperkingen, vervat in de toekenningsbeslissing van de zorgverzekeraar.

2. Aanvraag persoonsgebonden budget

- 2.1 Een persoonsgebonden budget wordt toegekend indien, overeenkomstig het bepaalde in dit artikel, aannemelijk is gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg.
- 2.2 De verzekerde moet een verwijzing overleggen van een (huis)arts, bedrijfsarts of medisch-specialist.
- 2.3 Indien het een jeugdige betreft als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, kan ook een verwijzing worden overgelegd van een stichting als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg respectievelijk een arts of andere behandelaar.
- 2.4 Voorts moet een behandelplan van de hand van de beoogde zorgaanbieder worden overgelegd, dat de volgende gegevens bevat:
 - a. naam, adres en geboortedatum van de verzekerde;
 - b. de indicatie voor zorg;
 - c. de aard, inhoud en duur van de beoogde zorg;
 - d. naam, adres en kwalificatie van de beoogde zorgaanbieder;
 - e. als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgesteld: de naar verwachting toe te passen DBC;
 - f. het concrete behandeldoel.
- 2.5 Bij de aanvraag om een persoonsgebonden budget moet worden vermeld of:
 - a. aan de verzekerde reeds zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - b. hem voor de behandeling van dezelfde aandoening reeds een persoonsgebonden budget is toegekend.
- 2.6 De verzekerde is verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken of zijn behandelaar te machtigen nadere informatie te verstrekken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

3. Toekenning persoonsgebonden budget

- 3.1 Een persoonsgebonden budget kan worden toegekend voor zorg, te verlenen door een van de volgende zorgaanbieders:
- GGZ-instelling (waaronder een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling, een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis en een RIAGG);
 - vrijgevestigd psychiater of zenuwarts;
 - klinisch psycholoog;
 - psychotherapeut;
 - gz-psycholoog;
 - eerstelijns-psycholoog;
 - kinder- en jeugdpsycholoog;
 - orthopedagoog-generalist.
- 3.2 Onverminderd het hiervoor bepaalde wordt een persoonsgebonden budget niet toegekend:
- aan de verzekerde aan wie reeds zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - voor zorg waarvoor reeds een persoonsgebonden budget is toegekend;
 - voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat de zorgverzekeraar een beslissing op de aanvraag om een persoonsgebonden budget heeft genomen.
- 3.3 De frequentie waarmee de verzekerde verantwoording moet afleggen aangaande de besteding van het persoonsgebonden budget wordt per individueel geval bepaald en zal in de toekenningsbeschikking worden vastgelegd.

4. Hoogte van het persoonsgebonden budget

- 4.1 Als kosten van zorg worden in aanmerking genomen de werkelijke kosten, echter ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.
- 4.2 Indien op grond van artikel 11 lid 3 Zorgverzekeringswet is bepaald dat een deel van de kosten van zorg voor rekening van de verzekerde komt (eigen bijdrage), wordt dat deel op de overeenkomstig 4.1 berekende vergoeding in mindering gebracht.

5. Uitkering van het persoonsgebonden budget

- 5.1 De verzekerde zal een voorschot ontvangen ter hoogte van de overeenkomstig 4.1. berekende vergoeding minus de eventueel daarop in mindering gebrachte eigen bijdrage.
- 5.2 Indien het opstellen van het behandelplan niet reeds via zorg in natura of restitutie is gefinancierd, kunnen de gemaakte kosten voor het opstellen van het behandelplan worden opgevoerd in het kader van het PGB.
- 5.3 Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt, of het budget aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het budget door DSW Zorgverzekeraar is verstrekt, vordert DSW Zorgverzekeraar het teveel verstrekte (deel van het) budget als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6: 203 van het Burgerlijk Wetboek.

DSW



Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantcontact. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam



Bel (010) 2 466 466 of ga naar www.dsw.nl

Reglement PGB Experiment GGZ 2009