

Reglement PGB Experiment GGZ Zorgverzekeraar DSW 2008

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 toepasselijke 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:
 - a. GGZ-instelling (waaronder een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling, een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis en een RIAGG);
 - b. vrijgevestigd psychiater of zenuwarts;
 - c. klinisch psycholoog;
 - d. psychotherapeut;
 - e. gz-psycholoog;
 - f. eerstelijns-psycholoog.
- 3.2 Onverminderd het hiervoor bepaalde wordt een persoonsgebonden budget niet toegekend:
 - a. aan de verzekerde aan wie reeds zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - b. voor zorg waarvoor reeds een persoonsgebonden budget is toegekend;
 - c. voor zorg, te verlenen door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. In dit geval kan zorg in natura worden genoten;
 - d. voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat de zorgverzekeraar een beslissing op de aanvraag om een persoonsgebonden budget heeft genomen.

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 heeft recht op uitkering van het persoonsgebonden budget onder de voorwaarde dat:
 - a. aan de verzekerde de zorg is verleend waarvoor het persoonsgebonden budget is toegekend,
 - b. de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan de verzekerde in rekening heeft gebracht, en
 - c. de zorgverzekeraar de nota voor de kosten van zorg heeft ontvangen.
- 5.2 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 Zorgverzekeraar DSW is verstrekt, vordert Zorgverzekeraar DSW het teveel verstrekte (deel van het) budget als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6: 203 van het Burgerlijk Wetboek.
- 5.3 Het persoonsgebonden budget wordt steeds in één keer uitgekeerd.
- 5.4 Deze uitkering van het persoonsgebonden budget vindt plaats door betaling van de kosten van zorg, tot het onder 4 omschreven maximum, door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder.