

Reglement PGB GGZ

ONVZ Zorgverzekeraar 2009

Dit reglement is een nadere uitwerking van de aanspraak als bedoeld in artikel 23 deel B (Omvang Dekking) van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering en is geldig vanaf 1 januari 2009.

Bij de toekenning van het persoonsgebonden budget (PGB) door de zorgverzekeraar gelden de volgende voorwaarden:

Artikel 1

lid 1 De zorgverzekeraar kent het budget slechts toe indien de verzekerde aannemelijk heeft gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg of dienst.

lid 2 De verzekerde dient ten aanzien van het gestelde in lid 1 vooraf een verwijzing te overleggen van de huisarts, de bedrijfsarts, de medisch specialist of de jeugdgezondheidszorgarts. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk, dan wel een verwijzing van een arts of andere zorgverlener genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Daarnaast dient vooraf een motivatie van de beoogde zorgverlener te worden overgelegd met de volgende gegevens:

- a. naam, adres, geboortedatum en BSN-nummer van verzekerde;
- b. de indicatie voor de zorg;
- c. de aard (eerstelijns- of tweedelijns zorg), inhoud (eerstelijnspsychologische zorg, psychotherapie, farmacotherapie, psychoanalyse of anders) en duur van de beoogde zorg;
- d. naam, adres en kwalificatie van de beoogde zorgverlener;
- e. als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgesteld: de toepasselijke DBC;
- f. als het gaat om een prestatie waarvoor geen DBC is vastgesteld: de prestatieomschrijving zoals opgenomen in de beleidsregel 'prestatiebeschrijvingen eerstelijnspsychologische zorg' van de NZa.

Als het opstellen van deze motivatie onderdeel is van intake of diagnostiek, kan de verzekerde met de eerdergenoemde verwijzing aanspraak maken op een persoonsgebonden budget ter bekostiging van de intake en/of diagnostiek.

lid 3 Bij de aanvraag voor een persoonsgebonden budget dient te worden vermeld:
a. of aan de verzekerde reeds zorg ten laste van de zorgverzekering wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
b. of aan de verzekerde voor de behandeling van dezelfde aandoening reeds een persoonsgebonden budget is toegekend;

lid 4 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op een persoonsgebonden budget is voorafgaande schriftelijke toekenning van de zorgverzekeraar vereist.

lid 5 Een persoonsgebonden budget wordt niet toegekend bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 22 lid 1 van deel B (Omvang Dekking) van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Artikel 2

lid 1 Het budget wordt verstrekt in de vorm van een voorschot ter hoogte van een bedrag gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst passend zijn te achten, verminderd met een van toepassing zijnde eigen bijdrage of een openstaand verplicht en/of vrijwillig eigen risico.

- lid 2 Als een persoonsgebonden budget wordt verstrekt voor zorg die deels pas op een later tijdstip zal worden betrokken, kan de zorgverzekeraar bepalen dat het toegekende budget in termijnen wordt uitgekeerd, waarbij tussentijds verantwoording moet worden afgelegd over de besteding van het budget.

Artikel 3

- lid 1 De verzekerde moet met het toegekende budget kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en dient zich daartoe te wenden tot een zorgverlener of instelling die bevoegd is tot het verlenen van zorg, zoals genoemd in artikel 21 en artikel 22 leden 2 tot en met 4 van deel B (Omvang Dekking) van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.
- lid 2 De verzekerde is verplicht zorg te dragen voor een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener. De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat de door of namens de zorgverlener ondertekende declaratie gespecificeerd is. Deze declaratie dient te bevatten:
- de aard van de behandeling (de gegevens zoals vermeld in artikel 1, lid 2 sub e en f);
 - de datum van de behandeling;
 - de duur van de behandeling;
 - het gedeclareerde bedrag met de specificatie;
 - naam, adres en BSN-nummer van de zorgverlener;
 - naam, adres en cliëntnummer van verzekerde.
- Deze overeenkomsten en declaraties dient de verzekerde ook na de verantwoording nog vijf jaren te bewaren.

Artikel 4

De verzekerde is verplicht uiterlijk op de op de toekenning vermelde datum aan de zorgverzekeraar verantwoording af te leggen over de verrichte betalingen. Bij deze verantwoording dient de verzekerde een overzicht te verstrekken met de namen, adressen en BSN-nummers van de ingeschakelde zorgverleners. Dit overzicht dient vergezeld te gaan van alle originele nota's.

Artikel 5

Als de zorgverzekeraar op grond van de verantwoording vaststelt dat het budget niet of niet volledig rechtmatig is besteed, of als de verzekerde de besteding van het ontvangen persoonsgebonden budget niet binnen de in artikel 4 van dit Reglement genoemde termijn heeft verantwoord, zal de zorgverzekeraar het te veel verstrekte deel van het voorschot verrekenen met nog uit te keren vergoedingen uit hoofde van de zorgverzekering van de verzekeringnemer, dan wel bij de verzekerde terugvorderen.