

persoonsgebonden budget GGZ

reglement geldend vanaf 1 januari 2009

I. Algemeen gedeelte

1.1 Algemeen

Dit Reglement persoonsgebonden budget GGZ De Goudse is de nadere uitwerking van de aanspraak als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden De Goudse Zorg Polis Natura en De Goudse Zorg Polis Restitutie, artikel 24, Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ, zoals die geldt vanaf 1 januari 2009.

De doelstelling van het PGB GGZ is om de verzekerde maximale inbreng en verantwoordelijkheid te geven bij de zorgverlening die voor hem nodig is.

1.2 Voor welke zorg

Een persoonsgebonden budget GGZ kan, op aanvraag, worden verstrekt voor geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening. Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden De Goudse Zorg Polis Natura en De Goudse Zorg Polis Restitutie, artikel 34, Verblijf.

1.3 Wanneer recht op een persoonsgebonden budget GGZ

De verzekerde heeft recht op een persoonsgebonden budget GGZ als de zorgverzekeraar hem schriftelijk een persoonsgebonden budget heeft toegekend.

II. Aanvraag persoonsgebonden budget GGZ

2.1 Wanneer bestaat aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ

De verzekerde heeft aanspraak op een door de zorgverzekeraar te verstrekken PGB GGZ, als hij aannemelijk kan maken met een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist dat hij een behandelindicatie heeft voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ die gericht is op het herstel van een psychische aandoening.

2.2 Verwijzingseisen jeugdigen

Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg gelden, afhankelijk van de aard van de zorg, dezelfde verwijzingseisen zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden De Goudse Zorg Polis Natura en De Goudse Zorg Polis Restitutie, artikel 22 en 23.

2.3 Aanvraagprocedure

De verzekerde stuurt de verwijfsbrief zoals vermeld in artikel 2.1 samen met een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier PGB GGZ naar de afdeling PGB van de zorgverzekeraar. Het aanvraagformulier PGB GGZ is opgenomen in bijlage 1 van dit Reglement.

2.4. Verstreking van informatie

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.

III. Toekenning

persoonsgebonden budget GGZ

3.1 Wanneer toekenning persoonsgebonden budget GGZ

Een persoonsgebonden budget GGZ zoals omschreven in artikel 2.1 kan worden toegekend voor de betreffende zorg, als deze wordt verleend door een van de volgende zorgaanbieders:

3.1.1 eerstelijnspsychologische zorg:

een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, gedragstherapeut, cognitief therapeut, verslavingsarts, seksuoloog, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, en orthopedagog-generalist;

3.1.2 specialistische GGZ:

psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

3.2 Wanneer geen toekenning persoonsgebonden budget GGZ

Een PGB GGZ wordt niet toegekend:

3.2.1 aan de verzekerde aan wie al zorg wordt verleend ten laste van de zorgverzekering voor de aandoening waarvoor het PGB GGZ wordt aangevraagd;

3.2.2 voor zorg waarvoor al een PGB GGZ is toegekend;

3.2.3 voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat de zorgverzekeraar een beslissing op de aanvraag voor een PGB GGZ heeft genomen.

IV. Hoogte persoonsgebonden budget GGZ

4.1 Hoogte van het persoonsgebonden budget GGZ

De hoogte van het persoonsgebonden budget GGZ is in principe gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de zorg als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Dit op basis van artikel 11.4 van de verzekeringsvoorwaarden van de De Goudse Zorg Polis Natura en de De Goudse Zorg Polis Restitutie.

Als de verzekerde zorg ontvangt van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan wordt de hoogte van het persoonsgebonden budget GGZ aangevuld tot het bedrag zoals afgesproken tussen de betreffende zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Voorzover van toepassing voor de betreffende zorg(vorm) wordt op het bedrag een eigen risico en een eventueel geldende eigen bijdrage in mindering gebracht.

4.2. Voortzetting behandeling

Als de zorgaanbieder voor specialistische GGZ het nodig acht de behandeling langer voort te zetten dan het verstrekte persoonsgebonden budget GGZ financieel mogelijk maakt, dan dient de verzekerde een aanvullende aanvraag te sturen naar de afdeling PGB van de zorgverzekeraar.

Een aanvullende aanvraag bestaat uit:

– het aanvraagformulier zoals opgenomen in bijlage 1 van dit Reglement;

– een behandelplan;

– een raming van de kosten van de behandeling;

– de DBC-code, als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgesteld.

Deze aanvullende aanvraag dient de verzekerde in te dienen bij de zorgverzekeraar op het moment dat het al toegekende persoonsgebonden budget GGZ nog toereikend is om de

behandeling gedurende ten minste een maand voort te zetten. Als de aanvraag voor een persoonsgebonden budget GGZ niet tijdig bij de zorgverzekeraar is ingediend, waardoor de verzekerde vooraf geen machtiging heeft, dan loopt de verzekerde de kans dat er geen aanspraak bestaat op een aanvullend persoonsgebonden budget GGZ en eventuele kosten voor eigen rekening komen.

4.3 Toestemming

De verzekerde ontvangt schriftelijk toestemming van de zorgverzekeraar met vermelding van de hoogte van het toegekende PGB-budget.

V. Uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ

5.1 Recht op uitkering

De verzekerde heeft recht op uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ onder de voorwaarde dat:

- 5.1.1 aan de verzekerde de zorg wordt verleend waarvoor het persoonsgebonden budget is toegekend;
- 5.1.2 de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan de verzekerde in rekening brengt, en;
- 5.1.3 de zorgverzekeraar de nota voor de kosten van zorg ontvangt.

5.2 Uitkering persoonsgebonden budget GGZ

5.2.1 Het persoonsgebonden budget GGZ wordt in de vorm van een voorschot verstrekt en wordt uitgekeerd in evenveel termijnen als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht.

5.2.2 Uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ vindt plaats door betaling van de kosten van zorg, tot het onder artikel 4 omschreven maximum, door de zorgverzekeraar aan de verzekerde.

5.2.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde schriftelijk over de betaling zoals genoemd in artikel 5.2.2.

aanvraagformulier PGB GGZ

Bijlage 1

1. PERSOONSgegevens

klantnummer		
naam en voorletters		<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
straat en huisnummer		
postcode	plaats	
telefoon	mobiel	e-mail
geboortedatum (d-m-j)	nationaliteit	burgerservicenummer

2. AANVULLENDE INFORMATIE AANVRAAG PGB

Verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist is bijgevoegd?
Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijsbrief wordt opgesteld door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

nee ja, behandelindicatie voor: eerstelijnspsychologische zorg specialistische GGZ

Let op! Om uw aanvraag voor een PGB GGZ in behandeling te kunnen nemen moet de verwijzer aangeven dat u een behandelindicatie heeft voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ die gericht is op het herstel van een psychische aandoening. Eerstelijnspsychologische zorg kan worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, gedragstherapeut, cognitief therapeut, verslavingsarts, seksuoloog, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagogog-generalist. Specialistische GGZ kan worden verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling.

Behandelplan van de beoogde zorgaanbieder is bijgevoegd?
Voor een eerste aanvraag van een PGB GGZ is het niet noodzakelijk om een behandelplan aan te reiken.

ja nee

Let op! Om de hoogte van een aanvullend PGB GGZ vast te kunnen stellen zoals omschreven in artikel 4.2 van dit reglement, dient u een behandelplan over te leggen. Dit behandelplan moet de volgende gegevens bevatten:

- naam, adres en geboortedatum van de verzekerde
- de indicatie voor zorg
- de aard, inhoud en duur van de beoogde zorg
- naam, adres en kwalificatie van de beoogde zorgaanbieder
- als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgesteld, de toepasselijke DBC

3. OVERIGE VRAGEN

Maakt u op dit moment al aanspraak op zorg ten laste van de zorgverzekering voor de aandoening waarvoor het PGB GGZ wordt aangevraagd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Ontvangt u op dit moment al een PGB?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft de beoogde zorgaanbieder een overeenkomst gesloten met de zorgverzekeraar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bent u al begonnen met een behandeling waarvoor u een PGB GGZ aanvraagt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verblijft u op dit moment in een instelling voor gezondheidszorg?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Doorloopt u op dit moment (het voortraject van) een schuldsanering?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

4. ONDERTEKENING

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld, gecontroleerd en aangevuld met de juiste informatie.

datum (d-m-j)	plaats	handtekening
---------------	--------	--------------

Na ondertekening retourneert u dit formulier met de verwijsbrief en een eventueel behandelplan naar:
De Goudse Zorg, Postbus 2561, 6401 DB Heerlen