



# **Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008**

**geldend vanaf 1 januari 2008**

**als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering 2008,  
variant Natura en variant Restitutie**

## I. ALGEMEEN GEDEELTE

- 1.1. Dit Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008 is de nadere uitwerking van de aanspraak als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering 2008, variant Natura en variant Restitutie, artikel 24, Persoonsgebonden budget GGZ, zoals die geldt vanaf 1 januari 2008. 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. 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 SIZ Standaardverzekering 2008, variant Natura en variant Restitutie, artikel 34, Verblijf.
- 1.3. De verzekerde heeft recht op een persoonsgebonden budget GGZ als de maatschappij hem schriftelijk een persoonsgebonden budget heeft toegekend.

## II. AANVRAAG PERSOONSGEBONDEN BUDGET GGZ

- 2.1. De verzekerde heeft aanspraak op een door de maatschappij 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. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg gelden, afhankelijk van de aard van de zorg, dezelfde verwijzings-eisen zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering 2008, variant Natura en variant Restitutie, artikel 22 en 23.
- 2.3. 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 maatschappij, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het aanvraagformulier PGB GGZ is opgenomen in bijlage 1 van dit Reglement.
- 2.4. De verzekerde is verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken of zijn behandelaar te machtigen nadere informatie te verstrekken aan de medisch adviseur van de maatschappij.

## III. TOEKENNING PERSOONSGEBONDEN BUDGET GGZ

- 3.1. 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, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch psycholoog;
  - 3.1.2. specialistische GGZ:  
psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling.
- 3.2. 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 zorg, te verlenen door een zorgaanbieder met wie of waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten;
  - 3.2.4. voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat de maatschappij een beslissing op de aanvraag voor een PGB GGZ heeft genomen.

## IV. HOOGTE PERSOONSGEBONDEN BUDGET GGZ

- 4.1. De hoogte van het persoonsgebonden budget GGZ is gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de zorg als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Dit overeenkomstig artikel 12.4 van de verzekeringsvoorwaarden van de SIZ Standaardverzekering, variant Natura zoals die gelden vanaf 1 januari 2008. De hoogte van het PGB GGZ op grond van de SIZ Standaardverzekering, variant Restitutie is gelijk aan de vergoeding overeenkomstig artikel 12.2 van de verzekeringsvoorwaarden van de SIZ Standaardverzekering, variant Restitutie zoals die gelden vanaf 1 januari 2008. 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. Als de niet-gecontracteerde 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 medisch adviseur van de maatschappij, Postbus 541, 2600 AM Delft.

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 maatschappij 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 maatschappij 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. De verzekerde ontvangt schriftelijk toestemming van de maatschappij met vermelding van de hoogte van het toegekende PGB.

## V. UITKERING VAN HET PERSOONSGEBONDEN BUDGET GGZ

- 5.1. De verzekerde heeft recht op uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ onder de voorwaarde dat:
  - 5.1.1. aan de verzekerde de zorg is verleend waarvoor het persoonsgebonden budget is toegekend;
  - 5.1.2. de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan de verzekerde in rekening heeft gebracht, en;
  - 5.1.3. de maatschappij de nota voor de kosten van zorg heeft ontvangen.
- 5.2. Het persoonsgebonden budget GGZ wordt uitgekeerd in even veel termijnen als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht.
- 5.3. Uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ vindt plaats door betaling van de kosten van zorg, tot het onder artikel 4 omschreven maximum, door de maatschappij aan de zorgaanbieder.
- 5.4. De maatschappij informeert de verzekerde schriftelijk over de betaling zoals genoemd in artikel 5.3.

**1. Persoonsgegevens**

Klantnummer: \_\_\_\_\_

Volledige achternaam verzekerde: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Tussenvoegsels: \_\_\_\_\_

Sofinummer/burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geslacht: \* man/vrouw

Straat: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon overdag: \_\_\_\_\_

**2. Aanvullende informatie aanvraag PGB**

Verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist is bijgevoegd? \* ja/nee  
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.

**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, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch psycholoog. Specialistische GGZ kan worden verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling.

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

**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? *	ja/nee
Ontvangt u op dit moment al een PGB? *	ja/nee
Heeft de beoogde zorgaanbieder een overeenkomst gesloten met de maatschappij? *	ja/nee
Bent u al begonnen met een behandeling waarvoor u een PGB GGZ aanvraagt?*	ja/nee
Verblijft u op dit moment in een instelling voor gezondheidszorg? *	ja/nee
Doorloopt u op dit moment (het voortraject van) een schuldsanering? *	ja/nee

### 4. Ondertekening

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

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Na ondertekening retourneert u dit formulier met de verwijfsbrief en een eventueel behandelplan naar:

**SIZ**  
**Postbus 541**  
**2600 AM Delft**

\* S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.