

Reglement PGB Experiment GGZ 2009

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2009.

Met inachtneming van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet gelden bij de toekenning van het persoonsgebonden budget (PGB) inzake de GGZ door de zorgverzekeraar de volgende voorwaarden:

Artikel 1

- lid 1 De zorgverzekeraar kent het (voorschot op het) budget slechts toe indien door of namens de verzekerde, in overeenstemming met de bepalingen in dit artikel, aannemelijk is gemaakt dat hij/zij 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 over te leggen van de behandelend huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidsarts of medisch specialist. Daarnaast dient vooraf een behandelplan van de beoogde behandelaar te worden overgelegd met de volgende gegevens:
- naam, adres en geboortedatum verzekerde;
 - de indicatie voor de zorg;
 - de aard, inhoud en de 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;
 - als het gaat om een prestatie waarvoor geen DBC is vastgesteld: de prestatieomschrijving van de eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in de betreffende beleidsregel van de NZa.
- 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 behandelaar 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.
- lid 3 Bij de aanvraag voor een persoonsgebonden budget dient te worden vermeld:
- of aan de verzekerde al, anders dan op grond van een persoonsgebonden budget, ten laste van de zorgverzekering zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - of verzekerde voor de behandeling van dezelfde aandoening al een persoonsgebonden budget is toegekend.
- lid 4 Een persoonsgebonden budget wordt niet toegekend, indien:
- zich een situatie als genoemd in het derde lid, onder a of b, van dit artikel voordoet; of
 - de verzekerde verblijft in een (psychiatrische) instelling of ziekenhuis.

Artikel 2

- lid 1 Het besluit dat een (voorschot op het) budget is toegekend, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld, waarbij informatie kan worden opgenomen over de omvang van het (voorschot op het) budget en de administratieve afhandeling.
- lid 2 De zorgverzekeraar voldoet het (voorschot op het) budget in redelijke door hem te bepalen termijnen.
- lid 3 De zorgverzekeraar houdt zich het recht voor om in plaats van geld op geld waardeerbare coupons te verstrekken.

Artikel 3

Het (voorschot op het) budget is gemaximeerd tot de werkelijke kosten, maar tot ten hoogste het bedrag gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst passend is te achten, verminderd met, indien en voor zover van toepassing, een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg of dienst.

Artikel 4

De verzekerde dient kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen en dient zich daartoe te wenden tot een zorgverlener of instelling die bevoegd is tot het verlenen van zorg zoals genoemd is in de artikelen 26 en 27 van de overeenkomst basisverzekering PNO Ziektekosten 2009.

Artikel 5

- lid 1 De verzekerde moet zorgdragen voor een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener.
- lid 2 De verzekerde dient overeenkomsten met de door hem gecontracteerde zorgverlener en de declaraties van de betreffende zorgverlener gedurende een periode van vijf jaar te bewaren. Indien de zorgverzekeraar naar de betreffende gegevens informeert dient de verzekerde deze per ommekeer te kunnen overleggen.

Artikel 6

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat de, door of namens de zorgverlener, ondertekende declaratie gespecificeerd is. De betreffende declaratie dient te bevatten:

- a. de aard van de behandeling (als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgelegd: de toepasselijke DBC; als het gaat om een prestatie waarvoor geen DBC is vastgesteld: de prestatieomschrijving van de eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in de betreffende beleidsregel van de NZa);
- b. de datum van de behandeling;
- c. de duur van de behandeling;
- d. het gedeclareerde bedrag;
- e. het uurtarief van de zorgverlener;
- f. het sofinummer van de zorgverlener;
- g. naam en adres van de zorgverlener.

Artikel 7

- lid 1 De verzekerde verantwoordt op eigen initiatief binnen vier weken na het einde van een voorschotperiode aan de zorgverzekeraar de verrichte betalingen. Deze verantwoording vindt plaats door overlegging van de originele nota van de genoten zorg of dienst.
- lid 2 De verzekerde moet bij de verantwoording betreffende de laatste voorschotperiode een overzicht aan de zorgverzekeraar verstrekken met de namen, adressen en sofinummers van de ingeschakelde zorgverleners.