

BELEIDSREGEL CA-309

Zorgzwaartetoeslag



Kenmerk
CA-309

1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en die wordt geleverd door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de functies verblijf en behandeling eventueel in combinatie met een of meer van de functies persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking.
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2009. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2008, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2009.
- c. De Beleidsregel zorgzwaartetoeslag met nummer CA-279 eindigt op 31 december 2008.
- d. De onderstaande bedragen zijn gebaseerd op prijspeil 2008.
- e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel zorgzwaartetoeslag'.

2. Zorgzwaartetoeslag

2.1 Cliëntgroepen

Bovenop het voor de zorgaanbieder geldende bedrag per verpleegdag kunnen productieafspraken worden gemaakt ter dekking van de extra kosten in verband met specifieke cliëntgroepen met een (zeer) hoge zorgvraag. Met een zeer hoge zorgvraag wordt bedoeld een gemiddelde zorg van 28 uur per cliënt per week. Met een hoge zorgvraag wordt bedoeld een gemiddelde zorg van 22 uur per cliënt per week.

Onder cliëntgroepen met een zeer hoge zorgvraag worden verstaan:

- comapatiënten;
- patiënten met chronische ademhalingsondersteuning;
- patiënten met Chorea van Huntington;
- reumapatiënten;
- patiënten met Korsakov;
- doofblinde verpleeghuiscliënten.

De cliënten zijn vanaf de geboorte doofblind en hebben vanaf hun geboorte een verstandelijke en/of lichamelijke en/of een geestelijke beperking. Het kan ook gaan om cliënten die een verstandelijke en/of lichamelijke en/of een geestelijke beperking hebben vóór de leeftijd van de taal- en spraakontwikkeling. Het betreft hier geen cliënten waarbij sprake is van ouderdomsdoofblindheid.

Onder cliëntgroepen met een hoge zorgvraag worden verstaan:

- verpleeghuiscliënten met een geronto-psychiatrische aandoening
Er moet sprake zijn van een psychiatrisch verleden van de cliënt voorafgaand aan het verpleeghuisverblijf.
- jong dementerenden met een ernstig regieverlies
De maximale leeftijd voor deze cliëntgroep is 65 jaar.
- verpleeghuiscliënten met een verstandelijke handicap
Er moet sprake zijn van voorafgaand verblijf van de cliënt in een gehandicapteninstelling.
- (jongere) verpleeghuiscliënten met complex niet-aangeboren hersenletsel. Het gaat hier om cliënten met plotseling traumatisch niet-aangeboren hersenletsel. Het betreft hier geen cliënten waarbij sprake is van ouderdomsziekten, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson. De maximale leeftijd voor deze cliëntgroep is 60 jaar.

Kenmerk
CA-309

Pagina
2 van 3

2.2 Beleidsregelwaarden

De maximale beleidsregelwaarden per gerealiseerde verpleegdag bedraagt voor de verschillende cliëntgroepen:

Cliëntgroepen met een zeer hoge zorgvraag

Cliëntgroep	Maximale beleidsregelwaarde
Comapatiënten	€ 101,48
Patiëntengroepen met chronische ademhalingsondersteuning	€ 101,48
Patiënten met Chorea van Huntington	€ 101,48
Reumapatiënten	€ 101,48
Patiënten met Korsakov	€ 66,56
Doofblinde verpleeghuiscliënten	€ 73,87

Cliëntgroepen met een hoge zorgvraag

Cliëntgroep	Maximale beleidsregelwaarde
Verpleeghuiscliënten met een geronto-psychiatrische aandoening	€ 30,19
Jong dementerenden met een ernstig regieverlies	€ 30,19
Verpleeghuiscliënten met een verstandelijke handicap	€ 30,19
(Jongere) verpleeghuiscliënten met complex niet-aangeboren hersenletsel	€ 30,19

Het is mogelijk om een lager bedrag dan het maximum af te spreken indien zorgaanbieder en zorgkantoor hierover overeenstemming bereiken.

In de bovengenoemde beleidsregelwaarden worden alle extra kostencomponenten geacht inbegrepen te zijn..

2.3 Productieafspraken

De zorgaanbieder kan een productieafspraken maken indien:

- a. de zorg(verlening) is geprotocolleerd en de zorgaanbieder deel uit maakt van het regionaal en/of landelijk netwerk;
- b. tussen zorgaanbieder en het aangewezen zorgkantoor overeenstemming bestaat over de productieafspraken voor zorgzwaarte. Uit de overeenkomst blijkt dat aan de voorwaarden voldaan wordt. Dit impliceert dat eenzijdige vaststellingsverzoeken zonder inhoudelijk oordeel worden afgewezen;
- c. de toeslag kan niet voor dezelfde patiënt gelijktijdig met de toeslag voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel (NAH-toeslag), de CVA-toeslag en de AIDS-toeslag in rekening worden gebracht. Daarnaast is een combinatie met individueel NZa-beleid niet toegestaan.