

BELEIDSREGEL CA-292



Toeslag extreme zorgbehoefte

Kenmerk
CA-292

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 verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
- 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 toeslag extreme zorgbehoefte met nummer CA-199 eindigt op 31 december 2008.
- d. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt, loopt tot en met 31 december 2009.
- e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel toeslag extreme zorgbehoefte'.

2. Voorwaarden aanvraag toeslag extreme zorgbehoefte

Een aanvraag van de toeslag voor cliënten met een extreme zorgbehoefte kan uitsluitend worden ingediend indien is voldaan aan de in dit artikel opgenomen (cumulatieve) voorwaarden:

- 2.1 De zorgaanbieder dient gezamenlijk met het aangewezen zorgkantoor een aanvraag bij de NZa in voor verwerking in het budget van een toeslag voor cliënten met een extreme zorgbehoefte, waarbij wordt voldaan aan beleidsregelonderdeel 3 van deze beleidsregel. Eenzijdige verzoeken worden door de NZa zonder inhoudelijke toetsing afgewezen;
- 2.2 Een aanvraag als bedoeld in beleidsregelonderdeel 2.1 heeft uitsluitend betrekking op één van de volgende categorieën van cliënten:
 - a. Cliënten waarvoor in het voorafgaande jaar al een toeslag extreme zorgbehoefte in de aanvaardbare kosten is opgenomen.
 - b. Nieuwe cliënten waarvoor geldt dat de kosten inzake de zorgverlening aan de betreffende cliënten van dusdanige omvang zijn dat deze niet binnen de reguliere beleidsregels (inclusief eventueel voor de betreffende cliënt ingecalculeerde hardheidsclausule, bestendig beleid of zorg-op-maat gelden) opgevangen kunnen worden. Daarbij worden ook als nieuwe

cliënten beschouwd de cliënten die reeds opgenomen zijn én daarnaast, ondersteund door een positief advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) als bedoeld in onderdeel 3.1 onder b, worden geconfronteerd met een zodanige toename van zorgzwaarte dat er hierdoor voor de betreffende cliënt feitelijk een nieuwe situatie is ontstaan;

Kenmerk
CA-292
Pagina
2 van 8

- 2.3 Voor cliënten als bedoeld in onderdeel 2.2. onder a en b geldt dat de cliënten geïndiceerd dienen te zijn voor de functie verblijf én dat de betreffende cliënten daadwerkelijk in de voor verblijf met behandeling toegelaten instelling verblijven. Aanvragen van zorgaanbieders die niet beschikken over een toelating verblijf met behandeling worden zonder inhoudelijke toetsing afgewezen;
- 2.4 Voor het indienen van een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 geldt een drempelbedrag van € 90.000. Een aanvraag waarvan de totale kosten van de zorgverlening aan de cliënt, berekend conform het door de NZa beschikbaar gestelde NZa-sjabloon 2009 het drempelbedrag niet overschrijdt, wordt zonder inhoudelijke toetsing afgewezen;

3. Inhoud aanvraag toeslag extreme zorgbehoefte

Een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in onderhavig onderdeel:

- 3.1 Indien de toeslag wordt aangevraagd voor een cliënt als bedoeld in onderdeel 2.2 onder b, dan bevat de aanvraag:
- Een financieel en zorginhoudelijk onderbouwd zorgplan. Hiervoor heeft de NZa een berekeningenformulier (sjabloon) ontwikkeld en;
 - een positief en geldig advies van de CCE met betrekking tot elk van de vier aandachtspunten zoals opgenomen in beleidsregelonderdeel 4.1 en 4.2. en;
 - het Zorgzwaartepakket (ZZP) van de cliënt.
- 3.2 Een aanvraag als bedoeld in artikel 3.1 waarbij geen positief advies van het CCE of het ingevulde NZa-sjabloon is bijgevoegd is onvolledig en wordt door de NZa niet in behandeling genomen.
- 3.3 Indien de toeslag wordt aangevraagd voor een cliënt als bedoeld in onderdeel 2.2. onder a kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder volstaan met een vermelding van de betreffende cliënt en de berekende (doorlopende) toeslag in het budgetformulier van het jaar 2009.

4. Positief advies Centra voor Consultatie en Expertise (CCE-advies) bij aanvraag toeslag extreme zorgbehoefte

- 4.1 In het CCE advies als bedoeld in onderdeel 3.1 onder b wordt ingegaan op de volgende vier aandachtspunten en wordt over ieder aandachtspunt positief geadviseerd:
- Is er sprake van een extreme zorgbehoefte en;
 - beschikt de zorgaanbieder over een voldoende onderbouwd individueel zorgplan en;
 - zijn de in het zorgplan genoemde benodigde zorgmiddelen in kwantitatieve zin passend voor het zorgplan en;
 - is er in het geval van een toename van de zorgzwaarte sinds 1 januari 2004 in inhoudelijk opzicht sprake van een zodanige toename van de zorgzwaarte dat er feitelijk een nieuwe situatie voor de betreffende cliënt is ontstaan.

- 4.2 Uitgangspunt is dat het CCE-advies geldig is voor een door het CCE te bepalen periode van maximaal 5 jaar, of totdat de betreffende cliënt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geherindiceerd is. Na verstrijken van de geldigheidsduur van de CCE-verklaring, dan wel na herindicatie door het CIZ dienen zorgaanbieder en zorgkantoor een nieuwe CCE-verklaring bij een aanvraag als bedoeld in beleidsregelonderdeel 2.1 te voegen.
- 4.3 De zorgaanbieder stelt het zorgkantoor te allen tijde op de hoogte van ingrijpende wijzigingen in het zorgplan. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop de afgegeven CCE-verklaring ziet in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe CCE-verklaring noodzakelijk is.
- 4.4 Indien een cliënt naar een nieuwe zorgaanbieder verhuist die het zorgplan van de oude zorgaanbieder niet integraal overneemt, dient de nieuwe zorgaanbieder opnieuw een CCE-advies aan te vragen alvorens een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 bij de NZa in te dienen. Vorenstaande geldt niet indien de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan van de oude aanbieder integraal overneemt, in dat geval dienen zowel de oude aanbieder en het oude zorgkantoor als de nieuwe aanbieder en het nieuwe zorgkantoor hiervoor te tekenen op het hiertoe door de NZa beschikbaar gestelde formulier,

5. Berekening van de toeslag

- 5.1 De toeslag wordt berekend door de totale berekende integrale loon- en materiële kosten conform het NZa-sjabloon te verminderen met het bedrag dat voor deze cliënt reeds uit hoofde van de toepassing van de reguliere beleidsregels in de aanvaardbare kosten is opgenomen. Deze aftrek bedraagt minimaal € 90.000. Om dubbele bekostiging te voorkomen dienen eventuele subsidies voor de uitvoering van het zorgplan verrekend te worden met de berekende integrale loon- en materiële kosten.

6. Nacalculatie van de toeslag

- 6.1 Op de vastgestelde toeslagen wordt nagecalculeerd voor zover de periode waarover de toeslag is vastgesteld afwijkt van de daadwerkelijke periode waarover de toeslag van toepassing is. Voor zover een zorgaanbieder de toeslag vooruitlopend op de daadwerkelijke (intensievere) zorgverlening heeft aangevraagd zal de toeslag nagecalculeerd worden voor dat deel waarover de cliënt de (intensievere) zorg niet heeft ontvangen.

Op de hoogte van de ingecalculerde toeslag wordt noch positief, noch negatief nagecalculeerd.

7. Overgangsregeling cliënten zonder hoogste ZZP

- 7.1 Met ingang van 1 januari 2010 staat de toeslag op grond van deze beleidsregel uitsluitend open voor cliënten met de ZZP's VG-7, LG-7, ZG-3-auditief, ZG-5-visueel, LVG-5 of SGLVG. Het jaar 2010 zal voor cliënten met een ZZP die niet VG-7, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-5 of SGLVG inhoudt een overgangsjaar zijn waarin voor deze cliënten uitsluitend nog in het jaar 2010 de toeslag kan worden aangevraagd. In 2011 zal voor deze cliënten niet langer een toeslag kunnen worden aangevraagd.

TOELICHTINGKenmerk
CA-292Pagina
4 van 8

De regeling '*gehandicapten met een extreme zorgbehoefte*' is een regeling voor de financiering van de zorg voor cliënten die zeer intensieve zorg nodig hebben. Onder bepaalde voorwaarden kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een individueel bepaalde toeslag extreme zorgzwaarte voor een specifieke cliënt toekennen. De instelling vraagt de financiering voor iedere cliënt afzonderlijk aan bij de NZa. In verband met de bijzondere problematiek dient de zorgaanbieder als onderdeel van deze beleidsregel het zorgplan inhoudelijk te laten toetsen door het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). De regeling is zo opgezet dat instellingen de kosten boven de € 90.000,- per cliënt per jaar vergoed krijgen.

Voor een correcte uitvoering van de Beleidsregel toeslag extreme zorgbehoefte moet de NZa beschikken over een positief advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Door het grote beroep dat de instellingen op deze beleidsregel doen, vraagt de procedure aandacht en heeft de NZa de beleidsregel op een aantal punten verduidelijkt. De inhoud is evenwel nog dezelfde. De NZa kan niet voldoende benadrukken dat een zorgvuldige uitvoering van deze toeslag voor een zeer groot deel afhankelijk is van de gedragingen van zorgaanbieders en zorgkantoren. Het is aan de zorgaanbieders om slechts voor die cliënten die niet passen binnen de reguliere bekostiging een aanvraag op grond van deze beleidsregel in te dienen. Eerder is overeengekomen dat zorgkantoren de aanvragen van instellingen die meer dan 5% van hun bewoners aanmelden als extreem zorgbehoefstig extra kritisch zullen beoordelen (zie toelichting bij Beleidsregel toeslag extreme zorgbehoefte d.d. 13-07-2006).

In het hiernavolgende volgt een artikelsgewijze toelichting op de verschillende onderdelen van de beleidsregel.

Onderdeel 2

In onderdeel 2 van deze beleidsregel zijn de voorwaarden opgenomen op grond waarvan een aanvraag van een toeslag voor cliënten met een extreme zorgbehoefte kan worden ingediend.

Ten eerste dient een aanvraag door zorgaanbieder en zorgkantoor gezamenlijk te worden ingediend. Door een zorgaanbieder kan geen eenzijdige aanvraag worden ingediend, het zorgkantoor moet altijd mee tekenen. Eenzijdige aanvragen zal de NZa dan ook altijd afwijzen.

Een aanvraag dient te voldoen aan hetgeen is opgenomen in onderdeel 3 van de beleidsregel. In onderdeel 3 zijn de inhoudelijke schriftelijke voorwaarden nader vormgegeven, zoals de verplichting een positief advies van de CCE bij te voegen. De rol van het zorgkantoor is dat deze de aanvraag vooraf toetst aan de formele en financiële voorwaarden die in onderhavige beleidsregel opgenomen zijn. Deze toetsing houdt in dat het zorgkantoor beoordeelt of een cliënt op of na 1 januari 2004 bij de betreffende instelling in zorg genomen is én of het totaalbedrag dat met de zorgverlening gemoeid is boven de reeds ingecalculerde budgetbedragen uitkomt (met een minimum van € 90.000,-), zie hierna.

Verder is de taak van het zorgkantoor om te controleren of de toeslag in de jaren daarna nog volgens de voorwaarden van de beleidsregel gecontinueerd kan worden. Hierbij dient te worden gedacht aan verhuizingen, geldigheidsduur CCE-advies, herindicaties, hoogste ZZP en dergelijke. Over de rol van het CCE en van het zorgkantoor heeft de NZa op 20 juni 2006 een circulaire (CARE/AWBZ/06/12c) verstuurd waarin de procedurele kant van de aanvraag uiteengezet is, deze circulaire is qua inhoud nog altijd actueel.

Kenmerk
CA-292

Pagina
5 van 8

Als tweede en derde voorwaarde is aangegeven op welke cliënten de aanvraag betrekking kan hebben en dat deze cliënten dienen te verblijven bij een zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijf met behandeling. De beleidsregel is derhalve uitsluitend van toepassing op zorgaanbieders die beschikken over een toelating voor plaatsen verblijf én behandeling. Cliënten die verblijven op een toegelaten plaats zonder behandeling (een zogenaamde GVT-plaats) komen niet voor een toeslag in aanmerking. Het moet dus gaan om intramurale plaatsen, voor cliënten die hun zorg extramuraal ontvangen kan derhalve geen toeslag op grond van de beleidsregel worden afgesproken. Dient een zorgaanbieder die niet is toegelaten voor verblijf met behandeling voor een cliënt desalniettemin een aanvraag om een toeslag in, dan wordt deze afgewezen.

In het vorenstaande is al uiteengezet dat een voorwaarde is dat de totale zorgkosten van de cliënt minimaal € 90.000,- moeten bedragen alvorens een aanvraag kan worden ingediend. Aanvragen die het bedrag van € 90.000,- niet te boven gaan, worden afgewezen.

Onderdeel 3

Aanvragen als bedoeld in onderdeel 2.1 dienen aan bepaalde vereisten te voldoen en kunnen in de normale budgettrondes (maart en november 2009) ingediend worden.

Voor het voldoen aan de voorwaarde dat de zorgaanbieder een financieel en zorginhoudelijk onderbouwd zorgplan moet indienen, heeft de NZa een berekeningenformulier, het zogenaamde NZa-sjabloon ontwikkeld. Hiermee kan de hoogte van de toeslag worden bepaald. Instellingen dienen derhalve bij de aanvraag het originele –ingevulde- sjabloon te hanteren. De NZa heeft het sjabloon voor 2009 zodanig aangepast dat dit in overeenstemming is met het sjabloon zoals dat met de invoering van ZZP's in 2010 gehanteerd gaat worden. Net zoals dat in het jaar 2008 en daarvoor gebeurde, berekent het sjabloon nog steeds de totale loon- en materiële kosten per cliënt, maar heeft de berekening een meer normatief karakter gekregen. Het nieuwe sjabloon gaat uit van de personeelsinzet uitgedrukt in uren per AWBZ-functie, vermenigvuldigd met gestandaardiseerde uurprijzen per AWBZ-functie. Deze uurtarieven geven dekking aan de direct cliëntgebonden tijd, de indirect cliëntgebonden tijd, de niet cliëntgebonden tijd en de overheadkosten. In de uurtarieven zit wel een vergoeding voor de diverse hotelmatige kosten opgenomen, maar er zijn geen kapitaalslasten in verwerkt.

Volgende vereiste is dat er een positief advies wordt afgegeven door het CCE. De beoordeling door het CCE richt zich uitsluitend op de zorginhoudelijke aspecten van een aanvraag. Indien een zorgaanbieder een aanvraag in de budgetronde van de NZa verwerkt wil zien, moet rekening worden gehouden met een minimale doorlooptijd van drie maanden die het CCE nodig heeft om een advies op te stellen. Voorwaarde hiervoor is wel dat de aanvragen bij het CCE compleet worden ingediend én formeel en financieel zijn getoetst door het zorgkantoor. De zorgaanbieder dient het volledig ingevulde NZa-sjabloon (zie hiervoor) bij het indienen van de aanvraag bij het CCE mee te sturen.

Tot slot dienen zorgaanbieders de ZZP-indicatie van de cliënt voor wie de toeslag wordt aangevraagd te vermelden. Met de invoering van zorgzwaartebekostiging is het voornemen om als voorwaarde voor de toeslag op grond van deze beleidsregel op te nemen dat de cliënt dient te beschikken over één van de volgende ZZP's: VG-7, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-5 of SGLVG. Voor cliënten die niet beschikken over één van de hiervoor genoemde ZZP-indicatie betekent dit dat deze vanaf 1 januari 2010 niet meer in aanmerking komen voor de toeslag. De NZa acht het noodzakelijk dat 2010 voor deze cliënten een overgangsjaar is in die zin dat voor deze cliënten in 2010 de toeslag nog kan worden aangevraagd. Voor een uitwerking zij verwezen naar de toelichting bij artikel 7. Van belang is aldus dat zorgaanbieders, zorgkantoren en het CCE met vorenstaande voorwaarde rekening houden. Deze beleidsregel heeft een einddatum van 31 december 2009.

Kenmerk
CA-292
Pagina
6 van 8

Aanvragen dienen compleet bij de NZa te worden ingediend. Compleet wil in dit verband zeggen inclusief CCE-advies en een volledig ingediend NZa-sjabloon. Indien de zorgaanbieder bij het opstellen van de budgetformulieren voor de maartronde 2009 nog niet over de benodigde CCE-adviezen beschikt, kan de aanvraag vooruitlopend op de afgifte van deze adviezen al wel bij de NZa ingediend worden, echter deze aanvraag kan dan door de NZa niet worden beoordeeld in de budgetronde van maart 2009. Eerst nadat de aanvraag volledig is, dus na ontvangst van het CCE-advies door de NZa, zal de NZa de aanvraag in behandeling kunnen nemen, dat zal dan evenwel in de volgende budgetronde (november 2009) zijn. De zorgaanbieder wordt na ontvangst van het CCE-advies wel geacht dit zo spoedig mogelijk alsnog naar de NZa te zenden om de aanvraag aldus alsnog te completeren. Overigens worden zorgaanbieders ook bij een definitief negatief CCE-advies verzocht dit zo spoedig mogelijk aan de NZa door te geven.

Onderdeel 4

Het CCE stelt voor de zorgaanbieder een uitgebreide rapportage op waarin ingegaan wordt op de zorgzwaarte van de cliënt. Voor de uitvoering van de beleidsregel wordt hiervan een beknopte samenvatting opgesteld. Daarnaast zal het CCE ten behoeve van de NZa een samenvatting (conclusieblad) van hun advies opstellen waarin antwoord wordt gegeven op de vier vragen. Er is sprake van een positief CCE-advies als er op alle vier de vragen bevestigend geantwoord wordt. Voor cliënten die reeds voor 1 januari 2004 in zorg zijn genomen, geldt dat er sprake moet zijn van een zodanige toename van de zorgvraag (inhoudelijk als ook financieel) dat er in feite gesproken kan worden van een nieuwe situatie voor de betreffende cliënt. De inhoudelijke toets hierop maakt deel uit van het CCE-advies. De vraag over de verzwaaring van een cliënt na 1 januari 2004 (vraag 4) mag eventueel ook beantwoord worden met 'N.V.T.' indien de cliënt op die datum nog niet in de instelling van de zorgaanbieder was opgenomen.

Verder staat in het CCE-advies een aantal overige gegevens van de cliënt vermeld:

- Naam en geboortedatum van de cliënt;
- Datum opname in instelling;
- Datum afgifte CCE-advies;
- Vervaldatum CCE-advies;
- ZZP indicatie.

Zowel de beknopte samenvatting als ook het conclusieblad dienen bij het indienen van de aanvraag bij de NZa meegestuurd te worden.

Het CCE-advies is maximaal 5 jaar geldig na afgifte, of zoveel korter indien het CCE op inhoudelijke gronden verwacht dat de zorgvraag van de cliënt gedurende deze periode niet stabiel is. Indien de geldigheidsduur van het CCE-advies is verstreken dan wel de cliënt door het CIZ wordt geherindiceerd, dient een nieuw CCE-advies te worden aangevraagd en bij de NZa te worden ingediend tezamen met de aanvraag om de toeslag.

Kenmerk
CA-292
Pagina
7 van 8

Vastgestelde toeslagen welke respectievelijk eindigen voor 1 maart of 1 november 2009 zullen voorafgaand aan de toetsing van de nieuwe (of verzwaarde) cliënten aan het beschikbare macrokader op het individuele budget van de betreffende zorgaanbieder in mindering worden gebracht en worden toegevoegd aan de landelijk beschikbare en geormerkte middelen. Dit geldt niet indien een cliënt met een toegekende toeslag verhuist naar een andere zorgaanbieder, én de nieuwe zorgaanbieder neemt het zorgplan integraal over van de huidige zorgaanbieder. In deze gevallen kan de toeslag overgeheveld worden naar de nieuwe zorgaanbieder. Hiertoe dienen beide zorgaanbieders samen met de betrokken zorgkantoren een gezamenlijk verzoek bij de NZa in te dienen. De NZa heeft hiervoor een speciaal aanvraagformulier beschikbaar gesteld. Dit formulier is te downloaden van de NZa website: www.nza.nl. Uit vorenstaande volgt dat indien de cliënt verhuist, en de nieuwe zorgaanbieder neemt het zorgplan van de oude aanbieder niet integraal over, door de nieuwe aanbieder een nieuw CCE-advies zal moeten worden aangevraagd en bij de NZa zal moeten worden ingediend.

Vorenstaande geldt ook indien en zodra door de bestaande aanbieder ingrijpende wijzigingen in het zorgplan van de cliënt voor wie al een toeslag wordt ontvangen, worden doorgevoerd. In dat geval dient de zorgaanbieder dit aan het zorgkantoor te melden en dient het zorgkantoor te beoordelen of een nieuwe verklaring dient te worden aangevraagd.

Onderdeel 5

Na ontvangst van het CCE-advies beoordeelt de NZa de geraamde kosten per cliënt aan de hand van het NZa- sjabloon. Het totale kostenbeslag van de regeling extreme zorgzwaarte zal kort na het verstrijken van de indieningstermijnen (voor 2009 zijn dat 1 maart en 1 november) getoetst worden aan de op landelijk niveau hiervoor beschikbaar gestelde middelen. Bij overschrijding hiervan zullen conform de bepalingen uit de Beleidsregel contracteerruimte de gehonoreerde aanvragen evenredig gekort worden.

Onderdeel 6

Op de hoogte van de ingecalculerde toeslag wordt niet nagecalculeerd. Waarop wel nagecalculeerd wordt is de periode waarover de toeslag in de aanvaardbare kosten is opgenomen. De toeslag wordt standaard voor een heel jaar in de aanvaardbare kosten van de zorgaanbieder verwerkt. Indien de daadwerkelijke besteding van deze middelen later is gestart dan 1 januari of eerder is gestopt dat 31 december zal er een evenredig deel van de toegekende toeslag weer verrekend worden.

Dit heeft betrekking op cliënten die na 1 januari in zorg genomen worden of op cliënten die voor het einde van het jaar de instelling weer verlaten c.q. zijn overleden. Daarnaast speelt dit artikel ook een rol in die situaties waarbij de zorgaanbieder de toeslag heeft aangevraagd, maar totdat er zekerheid verkregen is dat de toeslag ook daadwerkelijk in het budget verwerkt zal worden, nog niet overgegaan is tot het daadwerkelijk leveren van de (intensievere) zorg.

Onderdeel 7

In de voorgaande jaren speelde het criterium van de geïndiceerde ZZP geen rol bij het beoordelen van de aanvragen extreme zorgzwaarte. Met ingang van 2010 is dit wel van belang, omdat op grond van ZZP's ook zal worden bekostigd. Met ingang van 1 januari 2010 staat de toeslag op grond van deze beleidsregel open voor cliënten met de ZZP's VG-7, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4 of SGLVG. Het jaar 2010 zal voor cliënten met een ZZP die niet VG-7, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4 of SGLVG inhoudt een overgangsjaar zijn waarin voor deze cliënten uitsluitend nog in het jaar 2010 de toeslag kan worden aangevraagd (ter overgang). In 2011 zal voor deze cliënten niet langer een toeslag kunnen worden aangevraagd.

Voor cliënten voor wie in 2010 de toeslag wordt aangevraagd, maar die niet beschikken over een van de genoemde ZZP's geldt dat voor deze cliënten geen toeslag kan worden aangevraagd, en geldt derhalve de overgangsregeling ook niet.

Voor cliënten die in 2009 geïndiceerd zijn voor één van de volgende ZZP's: VG-7, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4 of SGLVG geldt deze vorenstaande niet omdat deze cliënten ook onder de nieuw te ontwerpen regeling aanspraak kunnen maken op de toeslag, mits voldaan is aan alle voorwaarden.