

## BELEIDSREGEL CA-417

### Toeslag extreme zorgzwaarte

Kenmerk  
CA-417

#### 1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die wordt geleverd door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de functie verblijf in combinatie met één of meer van de functies behandeling, persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ en die zorg leveren aan cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2010.
- c. De bedragen zijn gebaseerd op definitieve indexen 2009 en voorschotpercentages 2010.
- d. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt, loopt tot en met 31 december 2010.
- e. De Beleidsregel toeslag extreme zorgzwaarte met nummer CA-376 komt te vervallen.
- f. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel toeslag extreme zorgzwaarte".

#### 2. Voorwaarden aanvraag toeslag extreme zorgzwaarte

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

- 2.1 De zorgaanbieder dient gezamenlijk met het aangewezen zorgkantoor een aanvraag in bij de NZa voor verwerking in het budget van een toeslag voor cliënten met een extreme zorgzwaarte, waarbij wordt voldaan aan onderdeel 3 van deze beleidsregel. In dit kader ingediende eenzijdige verzoeken worden door de NZa zonder inhoudelijke toetsing afgewezen.
- 2.2 Een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 heeft uitsluitend betrekking op één van de volgende categorieën van cliënten:
  - a. Cliënten voor wie in het voorafgaande jaar al een toeslag extreme zorgbehoefte in de aanvaardbare kosten is opgenomen.
  - b. Nieuwe cliënten voor wie geldt dat de kosten inzake de zorgverlening aan de betreffende cliënt van dusdanige omvang zijn dat deze niet binnen de voor deze cliënt geïndiceerde ZZP opgevangen kunnen worden.

- 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. Daarnaast dienen zij hun zorg in natura in de betreffende instelling te ontvangen of de zorg in de vorm van een VPT te ontvangen. Cliënten van wie de ZZP-indicatie omgezet is in functies/klassen conform de vertaaltabel ZZP van het CVZ komen niet voor een toeslag in aanmerking.
- 2.4 Voor een toeslag extreme zorgzwaarte komen alleen cliënten in aanmerking die voor één van de volgende ZZP's geïndiceerd zijn: VG-5, VG-7, LG-5, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4, LVG-5 of SGLVG. Deze voorwaarde geldt ook voor cliënten als bedoeld in onderdeel 2.2 onder a van deze beleidsregel. Voor zover cliënten als bedoeld in onderdeel 2.2 onder a niet geïndiceerd zijn voor de ZZP's VG-5, VG-7, LG-5, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4, LVG-5 of SGLVG geldt voor het jaar 2010 het overgangsregime als bedoeld in onderdeel 7.1 van deze beleidsregel.
- 2.5 Voor het indienen van een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 geldt een drempelbedrag. Aanvragen waarvan het totaal van de geïndiceerde ZZP en de financiële waarde van de vastgestelde uren meerzorg, berekend conform het door de NZa beschikbaar gestelde NZa-sjabloon 2010, het drempelbedrag niet overschrijden worden zonder inhoudelijke toetsing afgewezen. Het aantal uren meerzorg in deze berekening is gedefinieerd als het verschil tussen de werkelijke uren zorgverlening en het aantal uren zorg dat in de ZZP verdisconteerd is. Het drempelbedrag is per deelsector verschillend en bedraagt 120% van het beleidsregelbedrag dat hoort bij de in onderstaande tabel opgenomen ZZP's.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
2 van 11

Deelsector		Drempelberekening	
		Bedrag	Totaal uren
VG	(5)	€ 72.559 x 1,2 = € 87.071	27,46
	(7)	€ 90.024 x 1,2 = € 108.028	34,29
LG	(5)	€ 74.931 x 1,2 = € 89.917	28,24
	(7)	€ 83.089 x 1,2 = € 99.707	32,23
ZG	(3 aud)	€ 122.195 x 1,2 = € 146.634	49,08
ZG	(5 vis)	€ 86.348 x 1,2 = € 103.618	33,21
LVG	(4 & 5)	€ 86.107 x 1,2 = € 103.328	29,93
SGLVG		€ 112.223 x 1,2 = € 134.668	39,43

- 2.6 Cliënten die naast de geïndiceerde ZZP een toeslag ontvangen uit hoofde van een separaat toegelaten plaats (Multi Functionele Centra (MFC), observatie) komen niet in aanmerking voor een toeslag uit hoofde van deze beleidsregel.
- 2.7 De zorgaanbieder zal de verantwoording over de besteding van de toegekende toeslag afleggen in het nacalculatieformulier van het betreffende jaar.

### **3. Inhoud aanvraag toeslag extreme zorgzwaarte**

Kenmerk  
CA-417

Pagina  
3 van 11

*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:
- a. Een financieel en zorginhoudelijk onderbouwd zorgplan. Hiervoor heeft de NZa een berekeningenformulier (sjabloon) ontwikkeld. De uren meerzorg conform deze sjabloon dienen aan te sluiten bij de uren meerzorg uit het CCE-advies volgens onderdeel 3.1.b.
  - b. Een positief en geldig advies van het CCE met betrekking tot elk van de drie aandachtspunten zoals opgenomen in onderdeel 4.1.
- 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 2010.

### **4. Positief advies Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE-advies) bij aanvraag toeslag extreme zorgzwaarte**

- 4.1 In het CCE-advies als bedoeld in onderdeel 3.1 onder b. wordt ingegaan op de volgende drie aandachtspunten en wordt over ieder aandachtspunt positief geadviseerd:
- a. Is er sprake van een extreme zorgbehoefte? en
  - b. Beschikt de zorgaanbieder over een voldoende onderbouwd individueel zorgplan? en
  - c. Zijn de in de sjabloon berekende uren meerzorg en de onderverdeling daarvan in de diverse AWBZ-functies passend bij het geaccordeerde zorgplan?
- 4.2 Uitgangspunt is dat het CCE-advies geldig is voor een door het CCE te bepalen periode van maximaal vijf jaar, of totdat de betreffende cliënt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geherindiceerd is. Na verstrijken van de geldigheidsduur van het CCE-advies, dan wel na herindicatie door het CIZ dienen zorgaanbieder en zorgkantoor een nieuw CCE-advies bij een aanvraag als bedoeld in onderdeel 2.1 te voegen. Indien de indicatie van een cliënt na een herindicatie door het CIZ niet wijzigt vervalt de verplichting een nieuw CCE-advies aan te vragen.
- 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 het afgegeven CCE-advies ziet in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies 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. Hiervoor dienen zowel de oude aanbieder en het oude zorgkantoor als de nieuwe aanbieder en het nieuwe zorgkantoor te tekenen op het hiertoe door de NZa beschikbaar gestelde verhuisformulier.

## 5. Berekening van de toeslag

- 5.1 De toeslag wordt berekend door de opgave van de in het NZa-sjabloon vastgestelde en door het CCE geaccordeerde aantal uren meerzorg (uitgesplitst naar de diverse AWBZ-functies) te vermenigvuldigen met de door de NZa vastgestelde uurprijzen per AWBZ-functie.
- 5.2 Het aantal uren meerzorg dat gehanteerd wordt bij de berekening van de hoogte van de in te calculeren toeslag wordt berekend door de totale uren zorg te verminderen met 1,1 keer het aantal uren zorg dat in de ZZP verdisconteerd is.
- 5.3 Indien de beschikbare macromiddelen worden overschreden wordt er een korting op de berekende toeslagen extreme zorgzwaarte doorgevoerd conform het daarover gestelde in de Beleidsregel contracteerruimte 2010.

## 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 nooit positief nagecalculeerd. Op de hoogte van het toegekende en ingecalculerde toeslag wordt negatief nagecalculeerd indien en voor zover blijkt dat de toeslag niet (geheel of gedeeltelijk) is besteed aan de uitvoering van het zorgplan van de individuele cliënt. Het is de taak van het zorgkantoor dit laatste te controleren bij het opstellen van de definitieve nacalculatie over het betreffende jaar.
- 6.2 De toeslag is bedoeld als aanvulling op de reguliere ZZP. Indien en voor zover er uit de regeling declaratie AWBZ-zorg blijkt dat de ZZP voor een aantal dagen in het jaar niet gedeclareerd kan worden (bv ziekenhuisopname, afwezigheidsdagen), vervalt ook de toeslag over diezelfde periode.

**7. Overgangsregeling cliënten zonder hoogste ZZP**

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
5 van 11

Met ingang van 1 januari 2010 staat de toeslag op grond van deze beleidsregel uitsluitend open voor cliënten met de ZZP's VG-5, VG-7, LG-5, LG-7, ZG-3-auditief, ZG-5-visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG. Het jaar 2010 zal voor cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap én met een ZZP die niet tot één van de hiervoor genoemde ZZP's behoort én die reeds in 2009 beschikten over een toeslag extreme zorgbehoefte een overgangsjaar zijn waarin voor deze cliënten uitsluitend nog in het jaar 2010 de toeslag kan worden aangevraagd. Vanaf 2011 zal voor deze cliënten niet langer een toeslag kunnen worden aangevraagd.

**TOELICHTING**Kenmerk  
CA-417Pagina  
6 van 11

De Beleidsregel *toeslag extreme zorgzwaarte* regelt de bekostiging 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 onder bepaalde voorwaarden de uren meerzorg vergoed krijgen voor zover die uitstijgen boven 110% van het aantal uren zorg behorende bij de geïndiceerde ZZP.

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).

De regeling voor 2010 wijkt in hoofdlijnen niet af van de regeling zoals die t/m 2009 gehanteerd werd. Hij is alleen aangepast aan de invoering van de zorgzwaartebekostiging met ingang van 2010. Daarnaast is hij op één belangrijk punt aangescherpt. De toeslag kan niet meer voor alle cliënten met een extreme zorgzwaarte aangevraagd worden, maar alleen voor cliënten die geïndiceerd zijn voor een beperkt aantal zware ZZP's. Daarnaast is in de nieuwe regeling het zogenaamde 'verzwaringscriterium' vervallen. Voor bestaande cliënten wordt hierdoor de mogelijkheid verruimd om voor een toeslag aanmerking te komen.

De toeslag kan met ingang van 2010 ook aangevraagd worden door zorgaanbieders die een toelating hebben als V&V- of GGZ-instelling, echter alleen voor cliënten met een ZZP-score/indicatie die vermeld staan in onderdeel 2.4 van deze beleidsregel.

Door het grote beroep dat de instellingen op deze beleidsregel doen staan de beschikbare macrokaders sterk onder druk. 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 ZZP-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 van 13 juli 2006). Onderstaand volgt een 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 meetekenen. Eenzijdige aanvragen zal de NZa dan ook altijd afwijzen.

Een aanvraag dient te voldoen aan wat 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 (zoals de hoogste ZZP's, behalen drempelbedrag, geldigheidsduur CCE-advies, herindicaties, etc). Over de rol van het CCE en het zorgkantoor kan het volgende worden opgemerkt.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
7 van 11

De beoordeling door het CCE richt zich uitsluitend op de zorginhoudelijke aspecten van een aanvraag. De rol van het zorgkantoor is dat zij de aanvraag vooraf toetsen aan de formele en financiële voorwaarden die in de beleidsregel opgenomen zijn.

Het CCE zal ten behoeve van de NZa een samenvatting (conclusieblad) van hun advies opstellen waarin de volgende drie vragen zullen worden beantwoord:

- Is er sprake van extreme zorgzwaarte.
- Is er een kwalitatief goed individueel zorgplan en wordt aan de randvoorwaarden voldaan voor een goede invulling van het zorgplan.
- Zijn de in het zorgplan genoemde benodigde zorgmiddelen (personeel, materieel, e.d.) in kwantitatieve zin (niet financieel) passend voor het zorgplan.

Als tweede en derde voorwaarde opgenomen in de beleidsregel is aangegeven op welke cliënten de aanvraag betrekking kan hebben en dat deze cliënten hun zorg dienen te ontvangen van een zorgaanbieder die is toegelaten voor de functie verblijf. In tegenstelling tot eerdere jaren hoeft de cliënt niet fysiek te verblijven op een plaats die is toegelaten als een plaats verblijf inclusief behandeling. Met ingang van 2010 is het mogelijk de toeslag ook aan te vragen voor een cliënt die verblijft op een toegelaten plaats verblijf (zonder behandeling) of voor een cliënt die ervoor gekozen heeft de geïndiceerde zorg in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT) te ontvangen. 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. Dit geldt overigens ook voor cliënten van wie de ZZP-indicatie is omgezet in functies/klassen conform de vertaaltabel ZZP van het CVZ.

De vierde voorwaarde ziet op de ZZP die aan de cliënten is toegewezen. Alleen voor bepaalde ZZP's is het mogelijk de toeslag aan te vragen (zie verderop). In de vijfde voorwaarde wordt uiteengezet dat de totale zorgkosten van de cliënt boven een bepaalde drempelwaarde moeten uitstijgen. Of een aanvraag aan het drempelcriterium voldoet wordt berekend in het berekeningenformulier (sjabloon) dat per aanvraag ingevuld moet worden. Aanvragen die niet voldoen aan het drempelcriterium worden afgewezen. Om dubbele bekostiging te voorkomen is in de zesde voorwaarde aangegeven dat cliënten die een toeslag inzake observatie of MFC ontvangen niet voor een toeslag extreme zorgzwaarte in aanmerking kunnen komen.

### *Onderdeel 3*

Aanvragen als bedoeld in onderdeel 2.1 dienen aan bepaalde vereisten te voldoen en kunnen uitsluitend in de normale budgetrondes van november 2009 (productieafspraken 2010) en november 2010 (herschikking 2010) 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.

Dit formulier is te downloaden van de NZa-website [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Hiermee kan de hoogte van de toeslag worden bepaald. Instellingen dienen derhalve bij de aanvraag het originele –ingevulde– sjabloon te hanteren. De sjabloon is op enkele kleine punten aangepast ten opzichte van het sjabloon 2009. De wijzigingen hebben voornamelijk betrekking op de berekening van de drempel en de hoogte van de uiteindelijke toeslag.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
8 van 11

Om aan te sluiten bij het uitgangspunt dat er binnen de ZZZP-systematiek bij de bekostiging rekening gehouden wordt met bepaalde bandbreedtes worden slechts de uren meerzorg vergoed die uitstijgen boven de 110% van het aantal uren zorg in de geïndiceerde ZZZP. De achterliggende gedachte is dat er voor de zorgaanbieder zonder deze bekostigingsdrempel gemiddeld gezien teveel uren zorg bekostigd worden. Het sjabloon gaat uit van de personeelsinzet uitgedrukt in uren per AWBZ-functie, vermenigvuldigd met gestandaardiseerde uurtarieven per AWBZ-functie. Deze uurtarieven geven dekking aan de direct cliëntgebonden tijd, de indirect cliëntgebonden tijd, de niet cliëntgebonden tijd en (gedeeltelijk) de overheadkosten. In de uurtarieven zitten geen kapitaalslasten verwerkt.

Volgende vereiste is dat er een positief advies wordt afgegeven door het CCE. Het advies van 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 ZZZP-indicatie van de cliënt voor wie de toeslag wordt aangevraagd te vermelden. Een toeslag kan met ingang van 2010 alleen worden aangevraagd voor cliënten die beschikken over één van de volgende ZZZP's: VG5, VG7, LG5, LG7, ZG3-aud, ZG5-vis, LVG4, LVG5 of SGLVG. Voor nieuwe cliënten (cliënten ten behoeve van wie niet eerder een toeslag in 2009 en/of voorgaande jaren is verstrekt) die niet beschikken over één van de hiervoor genoemde ZZZP-indicaties betekent dit dat deze vanaf 1 januari 2010 niet meer in aanmerking komen voor de toeslag. De NZa acht het noodzakelijk dat 2010 voor bestaande cliënten (cliënten ten behoeve van wie reeds een toeslag is verstrekt in het jaar 2009 en/of voorgaande jaren) een overgangsjaar is in die zin dat voor deze cliënten in 2010 de toeslag nog kan worden aangevraagd, ook al beschikken deze cliënten niet over één van de hiervoor genoemde ZZZP's. Voor een uitwerking van de overgangsregeling wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 7. Van belang is aldus dat zorgaanbieders, zorgkantoren en het CCE met vorenstaande voorwaarde rekening houden. De NZa heeft dit beleid reeds in de Beleidsregel 2009 aangekondigd opdat zorgaanbieders voldoende tijd hebben én hebben gehad om zich voor te bereiden op het feit dat met ingang van 1 januari 2011 de toeslag voor bestaande cliënten die niet beschikken over één van de genoemde ZZZP's ook niet meer kan worden aangevraagd. Deze beleidsregel heeft een einddatum van 31 december 2010.

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 het jaar 2010 (november 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 die budgetronde. 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 2010, herschikkingronde 2010) 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.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
9 van 11

#### *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 drie vragen. Er is sprake van een positief CCE-advies als er op alle drie de vragen bevestigend geantwoord wordt.

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.
- Het aantal uren meerzorg (verdeeld naar AWBZ-functies) waar het advies op toeziet.

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 vijf 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 samen met de aanvraag om de toeslag. Mocht na een herindicatie door het CIZ blijken dat de indicatie van de betreffende cliënt niet gewijzigd is vervalt de verplichting een nieuw CCE-advies aan te vragen.

Afgegeven toeslagen die lopende het jaar eindigen vanwege één van de redenen genoemd in de beleidsregel zullen voorafgaand aan de toetsing van de nieuwe aanvragen aan het beschikbare macrokader op het individuele budget van de betreffende zorgaanbieder in mindering worden gebracht en zullen per budgetronde worden toegevoegd aan de resterende landelijk beschikbare en geormerkte middelen. Dit geldt niet indien een cliënt met een toegekende toeslag verhuist naar een andere zorgaanbieder, én de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan integraal overneemt 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](http://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 als een geheel nieuwe aanvraag bij de NZa zal moeten worden ingediend.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
10 van 11

Vorenstaande geldt ook indien en zodra door de bestaande aanbieder ingrijpende wijzigingen worden doorgevoerd in het zorgplan van de cliënt voor wie al een toeslag wordt ontvangen. In dat geval dient de zorgaanbieder dit aan het zorgkantoor te melden en dient het zorgkantoor te beoordelen of een nieuwe CCE-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 2010 zijn dat 1 november 2009 en 1 november 2010) 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 in principe alleen negatief nagecalculeerd. Indien uit de nacalculatie blijkt dat de ingecalculerde toeslag niet of slechts gedeeltelijk is ingezet ten behoeve van de cliënt voor wie de toeslag was toegekend zal de toeslag geheel of gedeeltelijk nagecalculeerd worden. Het zorgkantoor ziet erop toe dat de toeslag conform het door het CCE geaccordeerde zorgplan wordt ingezet. Daarnaast wordt nagecalculeerd op 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 dan 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 is overgegaan tot het daadwerkelijk leveren van de (intensievere) zorg.

#### *Onderdeel 7*

Tot en met 2008 speelde het criterium van de geïndiceerde ZZP geen rol bij het beoordelen van de aanvragen extreme zorgzwaarte.

Met ingang van 2009/2010 is dit wel van belang, omdat op grond van ZZP's ook zal worden bekostigd. De toeslag voor extreme zorgzwaarte wordt per jaar aangevraagd. Vanaf 1 januari 2010 staan aanvragen extreme zorgzwaarte uitsluitend open voor cliënten met een indicatie/score in de ZZP's VG5, VG7, LG5, LG7, ZG3-aud, ZG5-vis, LVG4, LVG5 of SGLVG. Vorenstaande is in de beleidsregel van 2009 reeds aangekondigd eveneens dat het jaar 2010 een overgangsjaar zou zijn voor toeslagen aan cliënten die tot en met 2009 zijn verstrekt maar niet voldoen aan de voorwaarde dat sprake is van één van de voornoemde ZZP's.

Het overgangsjaar geldt derhalve uitsluitend voor cliënten voor wie in het jaar 2009 of de jaren ervoor reeds toeslagen zijn verkregen. In het jaar 2011 is het niet langer mogelijk om voor deze cliënten een aanvraag in te dienen teneinde een toeslag te verkrijgen.

**Kenmerk**  
CA-417

**Pagina**  
11 van 11

De overgangsregeling ziet uitsluitend toe op het jaar 2010. Voor nieuwe cliënten in 2010 (d.w.z. cliënten voor wie de toeslag nog niet eerder is aangevraagd en afgegeven) geldt de overgangsregeling niet en kan de toeslag derhalve in 2010 niet worden aangevraagd indien zij niet beschikken over één van de hiervoor genoemde ZZP's. Indien sprake is van een herindicatie door het CIZ (uiterlijk vijf jaar na afgifte van de indicatie waarop de toeslag (afgegeven in de jaren 2009 en eerder) is gebaseerd) zal de cliënt moeten voldoen aan alle voorwaarden uit de nieuwe regeling extreme zorgzwaarte.