



Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 december 2016, kenmerk 1059209-158925-LZ, houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met wijzigingen in het informeel tarief, tarieven voor het pgb en enkele andere wijzigingen

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 3.3.2, achtste lid, en 3.3.3, eerste, zesde en achtste lid, van de Wet langdurige zorg, artikel 49e van de Wet marktordening gezondheidszorg en artikel 3.2.5 van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3.4 vervalt.

B

Artikel 5.1 komt te luiden:

Artikel 5.1

1. Bij het bepalen van de totale kosten van een modulair pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet blijven buiten beschouwing de kosten van modules voor begeleiding groep en behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de wet.
2. In afwijking van het eerste lid blijven in geval van een verzekerde die geïndiceerd is voor een zorgprofiel in de sector verpleging en verzorging bij het bepalen van de totale kosten van een modulair pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet, buiten beschouwing de kosten van individuele behandeling als onderdeel van de module behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de wet.
3. Voor het modulair pakket thuis is het bedrag beschikbaar, bedoeld in het eerste en tweede lid, verminderd met het aan de verzekerde volgens hoofdstuk 5 verleende persoonsgebonden budget.

C

Artikel 5.13 komt te luiden:

1. Een persoonsgebonden budget voor een verzekerde die blijkens een indicatiebesluit is aangewezen op zorg, bedraagt in 2017 ten hoogste voor:
 - a. persoonlijke verzorging:
 - 1^e klasse 1: € 1.523
 - 2^e klasse 2: € 4.571
 - 3^e klasse 3: € 8.366
 - 4^e klasse 4: € 12.936
 - 5^e klasse 5: € 17.481
 - 6^e klasse 6: € 22.052
 - 7^e klasse 7: € 27.372
 - b. verpleging:
 - 1^e klasse 0: € 1.303
 - 2^e klasse 1: € 3.913
 - 3^e klasse 2: € 7.826



- 4^e klasse 3: € 14.349
 - 5^e klasse 4: € 22.176
 - 6^e klasse 5: € 30.004
 - c. begeleiding individueel:
 - 1^e klasse 1: € 2.022
 - 2^e klasse 2: € 6.065
 - 3^e klasse 3: € 11.101
 - 4^e klasse 4: € 17.166
 - 5^e klasse 5: € 23.193
 - 6^e klasse 6: € 29.259
 - 7^e klasse 7: € 36.316
 - 8^e klasse 8: € 45.395
 - d. begeleiding groep:
 - 1^e klasse 1: € 2.493
 - 2^e klasse 2: € 4.988
 - 3^e klasse 3: € 7.482
 - 4^e klasse 4: € 9.977
 - 5^e klasse 5: € 12.470
 - 6^e klasse 6: € 14.964
 - 7^e klasse 7: € 17.459
 - 8^e klasse 8: € 19.952
 - 9^e klasse 9: € 22.447
 - e. begeleiding groep, inclusief vervoer:
 - 1^e klasse 1: € 2.793
 - 2^e klasse 2: € 5.584
 - 3^e klasse 3: € 8.379
 - 4^e klasse 4: € 11.169
 - 5^e klasse 5: € 13.965
 - 6^e klasse 6: € 16.457
 - 7^e klasse 7: € 18.952
 - 8^e klasse 8: € 21.447
 - 9^e klasse 9: € 23.941
 - f. schoonhouden van de woonruimte:
 - 1^e klasse 1: € 3.417
2. Het persoonsgebonden budget wordt berekend door het in het indicatiebesluit opgenomen zorgprofiel of een zorgzwaartepakket, indien het een verzekerde betreft die krachtens overgangrecht beschikt over een zorgzwaartepakket krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met toepassing van bijlage C bij deze regeling om te rekenen naar een of meer klassen, bedoeld in het eerste lid.
3. Het zorgkantoor verhoogt het persoonsgebonden budget met € 4.102 voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief.
4. Het eerste tot en met derde lid zijn niet van toepassing op:
- a. een verzekerde als bedoeld in artikel 9.3, eerste lid, die er niet op grond van het tweede lid van dat artikel voor gekozen heeft om zorg te ontvangen krachtens een indicatiebesluit in een bij hem best passend zorgprofiel als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, van het Besluit;
 - b. een verzekerde als bedoeld in artikel 9.3b, eerste lid; en
 - c. een verzekerde als bedoeld in artikel 9.3d, eerste lid.
5. Het persoonsgebonden budget voor de verzekerde, bedoeld in het vierde lid, bedraagt 101,35% van het persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2016.

D

Artikel 5.13a wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Indien een verzekerde als bedoeld in artikel 9.3b, eerste lid, of artikel 9.3d, eerste lid, een herindicatie aanvraagt dan wel in het geval van een herziening van het indicatiebesluit van deze verzekerde op grond van artikel 3.2.4 aanhef en onderdeel b, van de wet, bedraagt in afwijking van artikel 5.13, vijfde lid, het persoonsgebonden budget voor de verzekerde in 2017 ten hoogste voor:



- a. persoonlijke verzorging:
- 1^e klasse 1: € 1.444
 - 2^e klasse 2: € 4.333
 - 3^e klasse 3: € 7.944
 - 4^e klasse 4: € 12.279
 - 5^e klasse 5: € 16.611
 - 6^e klasse 6: € 20.944
 - 7^e klasse 7: € 25.999
 - 8^e klasse 8: € 32.500
 - 9^e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1.444
- b. verpleging:
- 1^e klasse 0: € 1.303
 - 2^e klasse 1: € 3.913
 - 3^e klasse 2: € 7.826
 - 4^e klasse 3: € 14.349
 - 5^e klasse 4: € 22.176
 - 6^e klasse 5: € 30.004
 - 7^e klasse 6: € 37.829
 - 8^e klasse 7: € 46.961
 - 9^e klasse 8: het bedrag genoemd bij klasse 7, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 7 overschrijdt en een bedrag van € 2.609
- c. begeleiding individueel:
- 1^e klasse 1: € 1.917
 - 2^e klasse 2: € 5.750
 - 3^e klasse 3: € 10.542
 - 4^e klasse 4: € 16.293
 - 5^e klasse 5: € 22.043
 - 6^e klasse 6: € 27.793
 - 7^e klasse 7: € 34.502
 - 8^e klasse 8: € 43.126
 - 9^e klasse 9: het bedrag genoemd bij klasse 8, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal uren waarmee het geïndiceerde aantal uren de bovengrens van klasse 8 overschrijdt en een bedrag van € 1.917
- d. begeleiding groep:
- 1^e klasse 1: € 2.369
 - 2^e klasse 2: € 4.739
 - 3^e klasse 3: € 7.107
 - 4^e klasse 4: € 9.477
 - 5^e klasse 5: € 11.848
 - 6^e klasse 6: € 14.216
 - 7^e klasse 7: € 16.586
 - 8^e klasse 8: € 18.954
 - 9^e klasse 9: € 21.324
 - 10^e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.369
- e. begeleiding groep, inclusief vervoer:
- 1^e klasse 1: € 2.653
 - 2^e klasse 2: € 5.306
 - 3^e klasse 3: € 7.959
 - 4^e klasse 4: € 10.610
 - 5^e klasse 5: € 13.267
 - 6^e klasse 6: € 15.634
 - 7^e klasse 7: € 18.005
 - 8^e klasse 8: € 20.373
 - 9^e klasse 9: € 22.744
 - 10^e klasse 10: het bedrag genoemd bij klasse 9, vermeerderd met een bedrag gelijk aan het product van het aantal dagdelen waarmee het geïndiceerde aantal dagdelen de bovengrens van klasse 9 overschrijdt en een bedrag van € 2.369
- f. kortdurend verblijf gedurende niet meer dan twee etmalen per week: € 103 per etmaal.

2. In het tweede lid wordt 'artikel 5.13, derde lid' vervangen door: artikel 5.13, eerste lid, onderdeel f.



E

In artikel 5.14, eerste lid, wordt 'artikel 5.13' vervangen door: artikelen 5.13 of 5.13a'.

F

Artikel 5.15 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '100,42%' vervangen door: 101,35%.
2. In het eerste, tweede en derde lid wordt '2015' telkens vervangen door: 2016.

G

In artikel 5.15a, eerste lid, wordt '€ 219.000' vervangen door: € 222.889.

H

In artikel 5.17, eerste lid, wordt '€ 4.047' vervangen door: € 4.102.

I

Artikel 5.22 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste en tweede lid komen te luiden:
 1. Het uit het persoonsgebonden budget te betalen bruto loon of de te betalen vergoeding aan een zorgaanbieder bedraagt ten hoogste € 20 per uur of per dagdeel, tenzij de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door:
 - a. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdelen a, c, d of e, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 3.3.3 van de wet;
 - b. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdeel b, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 3.3.3 van de wet, en die toebehoort aan een zelfstandige zonder personeel;
 - c. een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 3.3.3 van de wet.
 2. In afwijking van het eerste lid wordt een bruto uurloon dan wel vergoeding van ten hoogste € 63 per uur of € 58 per dagdeel gehanteerd of een bruto loon dan wel vergoeding van ten hoogste het door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg vastgestelde hoger tarief, indien:
 - a. de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een onderneming als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a of b, of een persoon als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c; of
 - b. een verzekerde voor 1 januari 2014 een persoonsgebonden budget ontving als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en onafgebroken een persoonsgebonden budget als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de wet heeft ontvangen.
2. In het derde lid wordt 'Het tweede lid' vervangen door: Het eerste lid.
3. In het vierde lid wordt 'het aantal' vervangen door: Het aantal.

J

Hoofdstuk 8 komt te luiden:

Hoofdstuk 8. Financiële bepalingen

Artikel 8.1

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, bedraagt voor het jaar 2015: € 17.870,1 miljoen.



2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 16.385,1 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 1.485,0 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten.

Artikel 8.2

De bedragen die in 2015 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's de achter die regio's opgenomen bedragen:

Groningen:	€ 74.679.562
Friesland:	€ 88.972.423
Drenthe:	€ 68.702.737
Zwolle:	€ 59.572.060
Twente:	€ 65.301.325
Apeldoorn, Zutphen, en omstreken:	€ 34.427.626
Arnhem:	€ 96.542.977
Nijmegen:	€ 51.041.555
Utrecht:	€ 96.514.184
Flevoland:	€ 20.783.554
't Gooi:	€ 38.653.462
Noord-Holland Noord:	€ 48.335.180
Kennemerland:	€ 28.633.505
Zaanstreek/Waterland:	€ 20.277.657
Amsterdam:	€ 46.271.294
Amstelland en de Meerlanden:	€ 11.930.959
Zuid-Holland Noord:	€ 30.082.354
Haaglanden:	€ 55.359.335
Delft Westland Oostland:	€ 18.943.688
Midden-Holland:	€ 22.443.074
Rotterdam:	€ 45.803.763
Nieuwe Waterweg Noord:	€ 12.791.303
Zuid-Hollandse Eilanden:	€ 34.025.072
Waardenland:	€ 31.939.982
Zeeland:	€ 28.884.591
West-Brabant:	€ 59.082.555
Midden-Brabant:	€ 52.785.559
Noordoost Brabant:	€ 62.390.852
Zuidoost Brabant:	€ 60.744.905
Noord-en Midden-Limburg:	€ 50.597.924
Zuid-Limburg:	€ 57.544.570
Middel-IJssel:	€ 10.915.415

Artikel 8.3

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, bedraagt voor het jaar 2016: € 18.608,2 miljoen.
2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 16.782,5 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 1.825,7 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten.
Daarbij is rekening gehouden met overhevelingen door de Wlz-uitvoerders tussen de deelka-
ders voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten tot en met 21 november 2016.

Artikel 8.4

De bedragen die in 2016 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's de achter die regio's opgenomen bedragen:

Groningen:	89.148.317
Friesland:	105.223.393
Drenthe:	76.882.167
Zwolle:	67.360.494
Twente:	81.047.823
Apeldoorn, Zutphen, en omstreken:	41.394.995
Arnhem:	118.769.899
Nijmegen:	61.038.392
Utrecht:	117.889.857
Flevoland:	26.232.098
't Gooi:	48.223.818
Noord-Holland Noord:	4.339.992
Kennemerland:	33.716.501
Zaanstreek/Waterland:	24.859.860
Amsterdam:	61.602.461
Amstelland en de Meerlanden:	15.820.579
Zuid-Holland Noord:	37.400.483



Haaglanden:	73.476.816
Westland Schieland Delfland:	43.108.778
Midden-Holland:	27.141.031
Rotterdam:	60.745.405
Zuid-Hollandse Eilanden:	41.683.544
Waardenland:	38.398.152
Zeeland:	36.122.835
West-Brabant:	75.388.525
Midden-Brabant:	62.014.320
Noordoost Brabant:	76.358.433
Zuidoost Brabant:	73.583.357
Noord- en Midden-Limburg:	63.201.736
Zuid-Limburg:	76.323.787
Midden IJssel:	17.208.188

Artikel 8.5

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, bedraagt voor het jaar 2017: € 19.270,4 miljoen.
2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 17.153,7 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 2.116,8 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten. Daarbij is rekening gehouden met overhevelingen door de Wlz-uitvoerders tussen de deekaders voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten tot en met 21 november 2016.

Artikel 8.6

De bedragen die in 2017 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's de achter die regio's opgenomen bedragen:

Groningen:	105.619.564
Friesland:	107.000.000
Drenthe:	86.812.045
Zwolle:	74.938.744
Twente:	96.022.403
Apeldoorn, Zutphen, en omstreken:	50.109.515
Arnhem:	140.714.096
Nijmegen:	68.677.579
Utrecht:	139.671.455
Flevoland:	31.078.801
't Gooi:	57.133.761
Noord-Holland Noord:	61.649.095
Kennemerland:	39.946.039
Zaanstreek/Waterland:	29.453.025
Amsterdam:	79.984.272
Amstelland en de Meerlanden:	15.649.579
Zuid-Holland Noord:	36.716.483
Haaglanden:	87.052.560
Westland Schieland Delfland:	49.296.511
Midden-Holland:	30.633.250
Rotterdam:	78.968.864
Zuid-Hollandse Eilanden:	49.385.091
Waardenland:	43.117.827
Zeeland:	42.796.972
West-Brabant:	89.317.480
Midden-Brabant:	69.993.765
Noordoost Brabant:	86.024.917
Zuidoost Brabant:	87.178.786
Noord- en Midden-Limburg:	71.395.240
Zuid-Limburg:	90.425.543
Midden IJssel:	20.000.000

K

Aan Hoofdstuk 9 wordt na artikel 9.12 een artikel toegevoegd, luidende:

Artikel 9.13

Voor de verzekerde die op 31 december 2016 een persoonsgebonden budget ontving op grond van de wet en waarvoor het op grond van artikel 5.22 zoals dat luidde op 31 december 2016 uit het persoonsgebonden budget te betalen bruto loon of de te betalen vergoeding aan een zorgaanbie-



der ten hoogste het in het eerste lid van dat artikel genoemde bedrag of tarief bedroeg, blijft dat bedrag of tarief gelden.

L

Aan de aanhef van Bijlage c wordt na 'Met inbegrip van klassen voor vormen van zorg per zorgzwaar-
tepakket op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor verzekerden die krachtens
overgangsrecht toegang hebben verkregen tot zorg krachtens de Wet langdurige zorg' toegevoegd:

Tot ieder zorgprofiel behoort tevens schoonhouden van de woonruimte, klasse 1.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn*



TOELICHTING

Algemeen

In deze regeling is een aantal wijzigingen van de Regeling langdurige zorg (Rlz) opgenomen. Inhoudelijk wordt er een wijziging aangebracht ten opzichte van het informeel tarief. Ook zijn de nieuwe tarieven met betrekking tot het persoonsgebonden budget (pgb) met deze regeling in de Rlz opgenomen. Tot slot is een aantal technische wijzigingen opgenomen.

Informeel tarief

Het informeel tarief gaat ook gelden voor budgethouders die op of na 1 januari 2017 naar de Wlz terugkeren.

Op 1 januari 2014 is het informele tarief voor nieuwe budgethouders in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd. Het informeel tarief houdt in dat er een vergoeding van ten hoogste € 20 per uur of per dagdeel gehanteerd moet worden indien er sprake is van een informele zorgverlener (in plaats van een formeel tarief van € 63 per uur of € 58 per dagdeel). Per 1 januari 2015 is de langdurige zorg echter hervormd. Dit heeft er toe geleid dat mensen met extramurale indicaties vanuit de AWBZ zijn overgegaan naar het gemeentelijk domein (op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 of de Jeugdwet) of naar de zorgverzekeraar (op grond van de Zorgverzekeringswet). Tijdens de herindicatie-trajecten zijn echter sommige uitgestroomde budgethouders weer ingestroomd in de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze groep 'terugkeerders' is naar de oude tekst van de regeling geen 'nieuwe instromer'. Voor hen blijft het formele tarief gelden. Omdat de herindicatie-trajecten van gemeenten en verzekeraars zijn afgerond, zijn mogelijk onbedoeld uitgestroomde budgethouders inmiddels weer in de Wlz ingestroomd. Deze budgethouders hebben hiervoor ruim (vanaf 1 januari 2015 tot en met 31 december 2016) de tijd gehad.

Financiële consequenties

Het van toepassing zijn van het informeel tarief op alle nieuw instromende budgethouders in de Wlz heeft geen specifieke financiële gevolgen en leidt niet tot verandering in het huidige uitgavenpatroon van de Wlz. De hoogte van het pgb verandert namelijk niet. Deze wijziging ziet alleen op de inkoop van zorg met het pgb. Op de zorginkoop van budgethouders die na 1 januari 2017 instromen is het informele tarief ad € 20 per uur van toepassing in plaats van het formele tarief van € 63 per uur of € 58 per dagdeel.

Consequenties administratieve lasten

De SVB heeft aangegeven dat deze wijziging geen administratieve gevolgen voor haar heeft. Omdat op nieuw instromende budgethouders, niet zijnde herinstromers, het informeel tarief reeds van toepassing was, kunnen zorgkantoren hun huidige uitvoeringspraktijk voortzetten. Daarom heeft deze wijziging geen effect op de omvang van de administratieve lasten voor zorgkantoren.

Fraudetoets

Op de wijziging met betrekking tot het informeel tarief is een fraudetoets uitgevoerd. Uit deze toets is gebleken dat de wijzigingen geen additionele fraudegevoeligheden met zich meebrengen.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

De subsidiëring van eerstelijns verblijf op grond van artikel 11.1.5, eerste lid, van de Wlz eindigt per 1 januari 2017. Om die reden vervalt artikel 3.4 van de Rlz.

Onderdeel B

In dit onderdeel wordt artikel 5.1 gewijzigd. In het eerste lid vervalt het onderdeel betreffende het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde omdat deze zorg per 1 januari 2017 weer onderdeel zal uitmaken van het pakket van zorg van de Wlz. Artikel 5.1, eerste lid, regelt nu dat het budget dat voor de verzekerden beschikbaar is voor het modulair pakket thuis, gelijk is aan het pgb



dat verleend kan worden volgens hoofdstuk 5, verminderd met het pgb dat verleend kan worden voor begeleiding groep en vermeerderd met de kosten voor begeleiding groep, behandeling groep en individuele behandeling.

Verder wordt geregeld dat het eerste lid niet geldt voor de verzekerde die geïndiceerd is voor een zorgprofiel in de sector verpleging en verzorging. Het budget dat voor verzekerden met een zorgprofiel in de sector verpleging en verzorging beschikbaar is voor het modulair pakket thuis, is gelijk aan het pgb dat verleend kan worden volgens hoofdstuk 5, vermeerderd met de kosten van individuele behandeling. Daarom wordt in het tweede lid geregeld dat de kosten voor behandeling individueel buiten beschouwing blijft bij het bepalen van de totale kosten van een modulair pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet. Hiermee sluit artikel 5.1 aan bij de praktijk.

Onderdelen C, D, F, G en H

De bedragen in de artikelen 5.13, 5.13a, 5.15, 5.15a en 5.17 zijn geïndexeerd.

Aangezien per 1 januari 2017 het schoonhouden van de woonruimte onderdeel uitmaakt van zorg op grond van de Wet langdurige zorg, is in artikel 5.13, eerste lid, onderdeel f, een tarief voor het schoonhouden van de woonruimte opgenomen. Om die reden kan artikel 5.13, derde lid, vervallen.

Op grond van artikel 9.3, tweede lid, heeft de verzekerde als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, met ingang van 1 januari 2017 de mogelijkheid het zorgkantoor te verzoeken een vergoeding toe te kennen voor het schoonhouden van zijn woonruimte, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, onderdeel 2°, van de wet indien en voor zover hij deze ook op 31 december 2016 ontving.

Het vierde lid regelt dat artikel 5.13 niet geldt voor verzekerden als bedoeld in 9.3, eerste lid, die op grond van artikel 9.3, tweede lid, er voor hebben gekozen om zorg te ontvangen op grond van een indicatiebesluit in een bij hem best passend zorgprofiel. Ook voor verzekerden als bedoeld in de artikelen 9.3b, eerste lid, en 9.3d, eerste lid, geldt artikel 5.13 niet.

Onderdeel E

In dit onderdeel is een technische wijziging van artikel 5.14 opgenomen.

Onderdeel I

Met dit onderdeel wordt artikel 5.22 van de Rlz gewijzigd. Met deze wijziging wordt geregeld dat het informeel tarief ook gaat gelden voor budgethouders die op of na 1 januari 2017 naar de Wlz terugkeren.

Voor budgethouders die vóór 1 januari 2017 zijn teruggekeerd naar de Wlz – nadat ze tijdelijk een pgb uit een ander domein hebben ontvangen – is overgangsrecht opgenomen in artikel 9.13 van de Rlz. Voor hen blijft het tarief op grond van het op die datum luidende artikel 5.22, eerste lid, gelden.

Onderdeel J

In de artikelen 8.5 en 8.6 zijn de voor pgb's op grond van de Wlz beschikbare bedragen voor 2017 opgenomen. Het totaal voor de pgb's op grond van de Wlz is voor 2017 € 2.116,8 miljoen.

De bedragen voor de jaren 2015 en 2016 zoals opgenomen in de artikelen 8.1 tot en met 8.4 zijn aangepast in verband met overhevelingen door de Wlz-uitvoerders tussen de dekkaders voor zorg in natura en pgb. De Wlz-uitvoerders hebben deze overhevelingen aangemeld bij de NZa. De overhevelingen tot en met 21 november 2016 zijn verwerkt. Per saldo is hierdoor het landelijk beschikbare bedrag voor zorg in natura verhoogd en het bedrag voor persoonsgebonden budgetten verlaagd. De bedragen voor het jaar 2017 in de artikelen 8.5 en 8.6 zijn gebaseerd op de kader- en voorhangbrief langdurige zorg 2017 (Kamerstukken II 2016/17, 34 104, nr. 149). Zoals aangegeven in deze brief heb ik de Wlz-uitvoerders de gelegenheid gegeven om uiterlijk 1 november 2016 bij de NZa aan te geven hoe zij hun regionale Wlz-kader voor het jaar 2017 willen verdelen over zorg in natura en pgb. De verdeling in de voorliggende Rlz is gebaseerd op de ontvangen opgaven van de Wlz-uitvoerders.

Onderdeel K

Voor verzekerden waarvoor op grond van artikel 5.22 van de Rlz, zoals het luidde op 31 december 2016, het formeel tarief geldt, blijft het formeel tarief gelden. Dit geldt dus voor verzekerden die voor 1 januari 2014 een pgb op grond van de AWBZ hadden en tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017 tijdelijk geen pgb op grond van de Wlz hebben gehad en voor laatstgenoemde datum weer terugkeren



naar de Wlz. Voor deze verzekerden blijft het tarief gelden op grond van artikel 5.22, zoals dat luidde voor de wijziging.

Onderdeel L

Omdat per 1 januari 2017 het schoonhouden van de woonruimte onderdeel uitmaakt van zorg op grond van de Wlz, wordt in Bijlage c bij de regeling opgenomen dat het schoonhouden van de woonruimte behoort tot ieder zorgprofiel.

Artikel II (Inwerkingtreding)

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2017.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn*