



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 december 2017, kenmerk 170374-LZ, houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met het afschaffen van het zorgprofiel VV10 en enige andere wijzigingen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 11.1.8 van de Wet langdurige zorg, artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg en de artikelen 3.1.1, 3.3.2.2, 3.5.2, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.6, 3.6.7 en 3.7.2 van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 2.2, eerste lid, worden onder verlettering van onderdeel d tot onderdeel f twee onderdelen ingevoegd, luidende:

- d. de verzekerde is aangewezen op palliatief terminale zorg en hij verblijft in een instelling en voor zover:
 - 1°. er een noodzaak is tot zeer intensieve 24-uurszorg, die op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is;
 - 2°. er een noodzaak is tot bestrijding van zware pijn, verwardheid, benauwdheid of onrust; en
 - 3°. er sprake is van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg, of.
- e. de verzekerde is aangewezen op palliatief terminale zorg en hij zijn recht op zorg tot gelding brengt met een volledig pakket thuis, of.

B

Na artikel 4.5 wordt aan hoofdstuk 4 een artikel toegevoegd, luidende:

Artikel 4.6

Bij de berekening van het in artikel 3.3.2.2, vijfde lid, aanhef, van het besluit genoemde aantal uren zorg via een modulair pakket thuis, geldt dat een dagdeel voor de modules begeleiding groep en behandeling groep geldt als een uur en dat een etmaal logeeropvang geldt als zes uren.

C

Artikel 5.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde en vijfde lid wordt 'die krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg' vervangen door: die is aangewezen op palliatief terminale zorg.
2. Er worden vier leden toegevoegd, luidende:
 6. De Wlz-uitvoerder kan de voor het modulair pakket thuis ten hoogste toelaatbare kosten verhogen in geval van een verzekerde die een tijdelijke behoefte heeft aan verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialistische behandeling, voor zover die verhoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om die verpleging te ontvangen.
 7. Het zorgkantoor kan het persoonsgebonden budget verhogen in geval van een verzekerde die een tijdelijke behoefte heeft aan verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialis-



tische behandeling, voor zover die verhoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om die verpleging te ontvangen.

8. In 2017 kan de Wlz-uitvoerder de voor het modulair pakket thuis ten hoogste toelaatbare kosten verhogen in geval van een verzekerde die op 31 december 2016 zijn recht op zorg tot gelding bracht met een modulair pakket thuis in combinatie met een maatwerkvoorziening inhoudende het schoonhouden van zijn woonruimte op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, indien hij op grond van die maatwerkvoorziening meer ontving dan hij aan zorg in de vorm van schoonhouden van de woonruimte ontvangt op grond van de wet.
9. In 2017 kan het zorgkantoor het persoonsgebonden budget verhogen in geval van een verzekerde die op 31 december 2016 zijn recht op zorg tot gelding bracht met een persoonsgebonden budget in combinatie met een maatwerkvoorziening inhoudende het schoonhouden van zijn woonruimte op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, indien hij op grond van die maatwerkvoorziening meer ontving dan hij aan zorg in de vorm van schoonhouden van de woonruimte ontvangt op grond van de wet.

D

In artikel 5.10 wordt 'de artikelen 8.2 en 8.4 van deze regeling' vervangen door: de artikelen 8.2, 8.4, 8.6 en 8.8 van deze regeling.

E

Artikel 5.13 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Een persoonsgebonden budget voor een verzekerde die blijkens een indicatiebesluit is aangewezen op zorg, bedraagt in 2018 ten hoogste voor:
 - a. persoonlijke verzorging:
 - 1^e klasse 1: € 1.577
 - 2^e klasse 2: € 4.732
 - 3^e klasse 3: € 8.661
 - 4^e klasse 4: € 13.392
 - 5^e klasse 5: € 18.096
 - 6^e klasse 6: € 22.828
 - 7^e klasse 7: € 28.335
 - b. verpleging:
 - 1^e klasse 0: € 1.349
 - 2^e klasse 1: € 4.051
 - 3^e klasse 2: € 8.102
 - 4^e klasse 3: € 14.854
 - 5^e klasse 4: € 22.957
 - 6^e klasse 5: € 31.060
 - c. begeleiding individueel:
 - 1^e klasse 1: € 2.093
 - 2^e klasse 2: € 6.278
 - 3^e klasse 3: € 11.492
 - 4^e klasse 4: € 17.770
 - 5^e klasse 5: € 24.009
 - 6^e klasse 6: € 30.289
 - 7^e klasse 7: € 37.594
 - 8^e klasse 8: € 46.993
 - d. begeleiding groep:
 - 1^e klasse 1: € 2.581
 - 2^e klasse 2: € 5.164
 - 3^e klasse 3: € 7.745
 - 4^e klasse 4: € 10.328
 - 5^e klasse 5: € 12.909
 - 6^e klasse 6: € 15.491
 - 7^e klasse 7: € 18.073
 - 8^e klasse 8: € 20.654
 - 9^e klasse 9: € 23.237
 - e. begeleiding groep, inclusief vervoer:
 - 1^e klasse 1: € 2.892



- 2^e klasse 2: € 5.781
- 3^e klasse 3: € 8.674
- 4^e klasse 4: € 11.562
- 5^e klasse 5: € 14.457
- 6^e klasse 6: € 17.037
- 7^e klasse 7: € 19.620
- 8^e klasse 8: € 22.202
- 9^e klasse 9: € 24.784

- f. schoonhouden van de woonruimte:
 - 1^e klasse 1: € 3.537

2. In het derde lid wordt '€ 4.102' vervangen door: € 4.246.

3. Het vierde lid komt te luiden:

- 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; en
 - b. een verzekerde als bedoeld in artikel 9.3d, eerste lid.

4. In het vijfde lid wordt '101,35%' vervangen door: 103,52%.

F

Artikel 5.13a, eerste lid, komt te luiden:

- 1. Indien een verzekerde als bedoeld in 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 2018 ten hoogste voor:
 - a. persoonlijke verzorging:
 - 1^e klasse 1: € 1.495
 - 2^e klasse 2: € 4.485
 - 3^e klasse 3: € 8.223
 - 4^e klasse 4: € 12.711
 - 5^e klasse 5: € 17.196
 - 6^e klasse 6: € 21.681
 - 7^e klasse 7: € 26.914
 - 8^e klasse 8: € 33.644
 - 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 € 1.495
 - b. verpleging:
 - 1^e klasse 0: € 1.349
 - 2^e klasse 1: € 4.051
 - 3^e klasse 2: € 8.102
 - 4^e klasse 3: € 14.854
 - 5^e klasse 4: € 22.957
 - 6^e klasse 5: € 31.060
 - 7^e klasse 6: € 39.160
 - 8^e klasse 7: € 48.614
 - 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 € 2.701
 - c. begeleiding individueel:
 - 1^e klasse 1: € 1.984
 - 2^e klasse 2: € 5.952
 - 3^e klasse 3: € 10.914
 - 4^e klasse 4: € 16.867
 - 5^e klasse 5: € 22.819
 - 6^e klasse 6: € 28.772
 - 7^e klasse 7: € 35.716
 - 8^e klasse 8: € 44.645
 - 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 € 1.984
- d. begeleiding groep:
- 1^e klasse 1: € 2.452
 - 2^e klasse 2: € 4.906
 - 3^e klasse 3: € 7.357
 - 4^e klasse 4: € 9.811
 - 5^e klasse 5: € 12.265
 - 6^e klasse 6: € 14.717
 - 7^e klasse 7: € 17.170
 - 8^e klasse 8: € 19.622
 - 9^e klasse 9: € 22.075
 - 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 € 2.452
- e. begeleiding groep, inclusief vervoer:
- 1^e klasse 1: € 2.747
 - 2^e klasse 2: € 5.492
 - 3^e klasse 3: € 8.239
 - 4^e klasse 4: € 10.984
 - 5^e klasse 5: € 13.734
 - 6^e klasse 6: € 16.185
 - 7^e klasse 7: € 18.639
 - 8^e klasse 8: € 21.091
 - 9^e klasse 9: € 23.545
 - 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 € 2.452
- f. kortdurend verblijf gedurende niet meer dan twee etmalen per week: € 107 per etmaal.

G

Artikel 5.15 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '101,35%' vervangen door '103,52%' en wordt '31 december 2016' vervangen door: 31 december 2017.
2. In het tweede lid wordt '2016' vervangen door: 2017.
3. In het derde lid wordt '2016' telkens vervangen door: 2017.

H

In artikel 5.15a, eerste lid, wordt '€ 222.889' vervangen door: € 230.735.

I

Artikel 5.16 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt de komma vervangen door een puntkomma.
2. Het tweede lid komt te luiden:
 2. Door het zorgkantoor kan de goedkeuring slechts worden gegeven, indien:
 - a. de zorgovereenkomst voldoet aan de eisen, bedoeld in het eerste lid; en
 - b. uit de omschrijving van de wijze waarop de zorgverlener voorziet in de behoefte aan zorg van de verzekerde, blijkt dat de overeenkomst:
 - 1^o strekt tot de inkoop van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, huishoudelijke hulp en vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;
 - 2^o strekt tot inkoop van logeeropvang; of
 - 3^o betrekking heeft op de kosten van zorginfrastructuur als bedoeld in artikel 5.17, eerste lid, onderdeel b.



J

In artikel 5.17, eerste lid, wordt '€ 4.102' vervangen door: € 4.246.

K

In artikel 5.20, tweede lid, onderdeel b, wordt 'het persoonsgebonden budget' vervangen door: het persoonsgebonden budget.

L

In artikel 5.23, derde lid, onderdeel e, en vierde lid, wordt 'de Sociale verzekeringbank' vervangen door: de Sociale verzekeringsbank.

M

Artikel 8.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '€ 19.270,4 miljoen' vervangen door: € 19.592,1 miljoen.
2. Het tweede lid komt te luiden:
 2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 17.550,7 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 2.041,4 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten. Daarbij is rekening gehouden met overhevelingen door de Wlz-uitvoerders tussen de dekkaders voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten tot en met 1 november 2017.

N

Artikel 8.6 komt te luiden:

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:	85.099.564
Friesland:	114.500.000
Drenthe:	85.812.045
Zwolle:	74.938.744
Twente:	89.752.403
Apeldoorn, Zutphen, en omstreken:	46.109.515
Arnhem:	127.034.096
Nijmegen:	68.677.579
Utrecht:	136.371.455
Flevoland:	30.178.801
't Gooi:	56.133.761
Noord-Holland Noord:	60.249.095
Kennemerland:	36.946.039
Zaanstreek/Waterland:	28.153.025
Amsterdam:	69.984.272
Amstelland en de Meerlanden:	17.519.179
Zuid-Holland Noord:	40.079.483
Haaglanden:	86.812.552
Westland Schieland Delfland:	49.296.511
Midden-Holland:	30.633.250
Rotterdam:	73.468.864
Zuid-Hollandse Eilanden:	49.385.091
Waardenland:	45.617.827
Zeeland:	41.496.900
West-Brabant:	85.797.535
Midden-Brabant:	67.393.765
Noordoost Brabant:	88.524.917
Zuidoost Brabant:	83.454.266
Noord- en Midden-Limburg:	67.895.240
Zuid-Limburg:	86.439.324
Midden IJssel:	17.606.000

O

Na artikel 8.6 wordt aan hoofdstuk 8 twee artikelen toegevoegd, luidende:



Artikel 8.7

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, bedraagt voor het jaar 2018: € 20.947,4 miljoen.
2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 18.708,6 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 2.238,9 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 1 november 2017.

Artikel 8.8

De bedragen die in 2018 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's de achter die regio's opgenomen bedragen:

Groningen:	95.000.000
Friesland:	117.000.000
Drenthe:	93.061.197
Zwolle:	80.180.485
Twente:	100.000.000
Apeldoorn, Zutphen, en omstreken:	50.109.515
Arnhem:	140.000.000
Nijmegen:	68.677.579
Utrecht:	149.757.454
Flevoland:	32.178.801
't Gooi:	61.192.477
Noord-Holland Noord:	74.152.195
Kennemerland:	39.946.039
Zaanstreek/Waterland:	30.153.025
Amsterdam:	76.301.551
Amstelland en de Meerlanden:	16.949.179
Zuid-Holland Noord:	39.509.483
Haaglanden:	101.360.947
Westland Schieland Delfland:	52.894.148
Midden-Holland:	33.625.350
Rotterdam:	81.012.760
Zuid-Hollandse Eilanden:	53.968.180
Waardenland:	45.617.827
Zeeland:	45.323.899
West-Brabant:	96.371.513
Midden-Brabant:	82.457.237
Noordoost Brabant:	101.960.202
Zuidoost Brabant:	91.950.674
Noord- en Midden-Limburg:	70.149.894
Zuid-Limburg:	98.780.079
Midden IJssel:	19.250.000

P

In artikel 9.1, tweede lid, wordt na 'Artikel 3.1.2, eerste lid, tweede volzin,' ingevoegd: van de wet.

Q

De artikelen 9.3b en 9.3c vervallen.

R

Artikel 9.3d wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'hetBesluit zorgaanspraken AWBZ' vervangen door: het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
2. In het vierde lid wordt 'overgangrecht' vervangen door: overgangsrecht.

S

Artikel 9.3e komt te luiden:

Artikel 9.3e

Een verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere



Ziektekosten op grond van een indicatie voor extramurale zorg een persoonsgebonden budget ontving of zorg in natura genoot, die voor 1 januari 2015 via de cliëntenorganisaties leder(in) of Per Saldo een indicatie als bedoeld in artikel 3.2.3 van de wet heeft aangevraagd en aan wie het CIZ op basis van een advies van een van deze of van beide cliëntenorganisaties deze indicatie heeft verschaft en die op 1 januari 2017 op grond van het indicatiebesluit is aangewezen op zorg, ontvangt van het CIZ een op 1 januari 2017 ingaand indicatiebesluit als bedoeld in artikel 3.2.3 van de wet, en zijn de artikelen 9.3 en 9.3a van overeenkomstige toepassing.

T

In artikel 9.5 wordt 'de zorgverzekeraar' vervangen door: het zorgkantoor.

U

De artikelen 9.7 en 9.12 vervallen.

V

In artikel 9.13 wordt 'persoongebonden budget' vervangen door: persoonsgebonden budget.

W

Bijlage A wordt als volgt gewijzigd:

1. Het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg vervalt.
2. Het zorgprofiel VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging komt te luiden:

Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging; sector verpleging en verzorging.																															
Zorgprofiel																															
<p>Bij cliënten heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid. Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingsniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid).</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van <i>sociale redzaamheid</i> op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten. Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende <i>psychosociale/cognitieve functies</i> continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon. Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden.</p> <p>Ten aanzien van <i>mobiliteit</i> hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel.</p> <p>In het kader van herstel is <i>verpleegkundige aandacht</i> nodig. Meestal is geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>.</p> <p>De cliënten kunnen soms gedragproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.</p> <p>De aard van het <i>begeleidingsdoel</i> is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang.</p> <p>Het <i>beperkingenbeeld</i> van de cliënt verandert langzaam.</p> <p>De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden) aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag.</p> <p>Cliënten hebben behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid.</p> <p>Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaren, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> is meestal een somatische of psychogeriatrische ziekte/ aandoening.</p>	<p>Gemiddelde scores beperkingen</p> <table border="1"> <caption>Gemiddelde scores beperkingen</caption> <thead> <tr> <th>Beperking</th> <th>Gemiddelde score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sociale redzaamheid</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>Psychosociaal/cognitief</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>ADL</td> <td>1,8</td> </tr> <tr> <td>Mobiliteit</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Verpleging</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>Gedragsproblematiek</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aard van de psychiatrische problematiek</p> <table border="1"> <caption>Aard van de psychiatrische problematiek</caption> <thead> <tr> <th>Aard</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>actieve aard</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>passieve aard</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>n.v.t.</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aard van het begeleidingsdoel</p> <table border="1"> <caption>Aard van het begeleidingsdoel</caption> <thead> <tr> <th>Aard</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>stabilisatie</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>begeleiding bij achteruitgang</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>ontwikkelingsgericht</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>	Beperking	Gemiddelde score	Sociale redzaamheid	2,5	Psychosociaal/cognitief	2,0	ADL	1,8	Mobiliteit	1,5	Verpleging	1,0	Gedragsproblematiek	0,5	Aard	Percentage	actieve aard	10%	passieve aard	10%	n.v.t.	80%	Aard	Percentage	stabilisatie	40%	begeleiding bij achteruitgang	20%	ontwikkelingsgericht	40%
Beperking	Gemiddelde score																														
Sociale redzaamheid	2,5																														
Psychosociaal/cognitief	2,0																														
ADL	1,8																														
Mobiliteit	1,5																														
Verpleging	1,0																														
Gedragsproblematiek	0,5																														
Aard	Percentage																														
actieve aard	10%																														
passieve aard	10%																														
n.v.t.	80%																														
Aard	Percentage																														
stabilisatie	40%																														
begeleiding bij achteruitgang	20%																														
ontwikkelingsgericht	40%																														

ARTIKEL II

Aan artikel V van de Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 oktober 2017, kenmerk 1238942-168244-Z, houdende vaststelling per 1 januari 2018 van bedragen krachtens het Besluit langdurige zorg en het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 (Stcrt. 2017, 60664) wordt een lid toegevoegd, luidende:

6. Het in artikel 16d, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg genoemde bedrag wordt vastgesteld op: € 14,60.

ARTIKEL III

Het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg in bijlage A bij de Regeling langdurige zorg zoals dat profiel luidde op de dag voor inwerkingtreding van artikel I, onderdeel C, blijft van toepassing op de verzekerde die op die dag krachtens zijn indicatiebesluit was aangewezen op dat zorgprofiel gedurende de looptijd van dat indicatiebesluit.

ARTIKEL IV

Het in artikel I, onderdeel C, onder 2, toegevoegde artikel 5.3, achtste en negende lid, vervalt met ingang van 1 januari 2018.



ARTIKEL V

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2018, met uitzondering van artikel I, onderdeel B, het in artikel I, onderdeel C, onder 2, toegevoegde artikel 5.3, achtste en negende lid, en artikel I, onderdelen M en N.
2. Artikel I, onderdeel B, treedt in werking met ingang van 1 april 2018.
3. Het in artikel I, onderdeel C, onder 2, toegevoegde artikel 5.3, achtste en negende lid, treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2017.
4. Artikel I, onderdelen M en N, treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

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

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*



TOELICHTING

Algemeen

Inleiding

In deze regeling is een aantal wijzigingen van de Regeling langdurige zorg (Rlz) opgenomen. Het betreffen wijzigingen met betrekking tot indexering van pgb-bedragen, een overgangsregeling schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde en de tijdsaanduiding van dagdelen en etmalen ten behoeve van de urenberekening voor de eigen bijdrage. Daarnaast bevat deze regeling twee beleidsmatige wijzigingen. Dit zijn:

- Het schrappen van het zorgprofiel beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg (het voormalige ZZP-10VV) uit bijlage A van deze regeling met als doel het laten vervallen van de indicatiestelling door het CIZ hiervoor.
- Het borgen van gespecialiseerde verpleging op voorschrift van de medisch specialist voor de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb). Deze verpleging aan Wlz-cliënten wordt per 1 januari 2018 niet langer bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet, maar vanuit de Wlz.

Tot slot is er een aantal technische wijzigingen opgenomen.

Vervallen van de indicatiestelling voor het zorgprofiel beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (het voormalige ZZP-10 VV).

Mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangen hun palliatief terminale zorg vanuit de Wlz op het moment dat zij behoefte aan deze zorg hebben. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase en voor deze vorm van zorg wordt in de regel een termijn van drie maanden aangehouden. Cliënten kunnen palliatief terminale zorg zowel thuis als in een zorginstelling ontvangen. De voorkeur die een cliënt heeft voor de plaats van overlijden is hierbij het uitgangspunt. Daar waar zorg uit het vigerende zorgprofiel van de cliënt onvoldoende is om de benodigde palliatief terminale zorg te kunnen bieden, moeten zorgaanbieders en cliënten snel extra financiële ruimte kunnen krijgen als de situatie daarom vraagt. Om dit proces te versnellen vervalt per 1 januari 2018 de CIZ-indicatiestelling van het zorgprofiel 'beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg'. Voor cliënten die verblijven in een instelling en de zorg afnemen in de vorm van een zorgprofiel of cliënten die de zorg afnemen in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt) blijft er een prestatie bestaan die gelijk is aan de huidige NZa-prestatie ZZP-10 VV. Indien de benodigde zorg niet meer past binnen het vigerende zorgprofiel kunnen zorgaanbieders vanuit alle sectoren de prestatie declareren in plaats van het vigerende zorgprofiel als aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze regeling, wordt voldaan. Deze voorwaarden zijn gelijk aan de voorwaarden die het CIZ nu heeft opgenomen in haar Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017. Ook voor cliënten die thuis verblijven kunnen zorgaanbieders direct de benodigde PTZ bij een Wlz-cliënt inzetten. Voor zowel cliënten die verblijven in een instelling als cliënten die thuis verblijven met de leveringsvormen vpt of mpt, hoeft er vooraf geen toestemming te worden gegeven door het zorgkantoor voor de inzet van zorg die niet binnen het vigerende zorgprofiel past. Cliënten die hun zorg via een pgb willen organiseren en waarvan de palliatief terminale zorg niet meer past binnen het vigerende zorgprofiel, kunnen de uitbreiding van zorg, onder begeleiding van een terminaliteitsverklaring, rechtstreeks aanvragen bij het zorgkantoor. In alle andere situaties geldt dat een terminaliteitsverklaring van de arts die beschikt over voldoende informatie om een oordeel over de levensverwachting te kunnen geven, wordt opgenomen in de administratie van de aanbieder en beschikbaar is bij eventuele controles. Dit levert tijdwinst op en beperkt administratieve lasten. Ik heb gekeken of het mogelijk is om de terminaliteitsverklaring in zijn geheel af te schaffen, maar dat is volgens partijen op dit moment nog onwenselijk (ook zorgkantoren moeten enige zekerheid hebben dat het echt gaat om palliatieve zorg en moeten dat kunnen monitoren).

Gespecialiseerde verpleging

Per 1 januari 2018 wordt uitvoering gegeven aan het standpunt van Zorginstituut Nederland dat alle verpleging aan cliënten met een Wlz-indicatie onder de Wlz valt. Alleen de verpleging aan Wlz-cliënten, die onder de directe aansturing van een medisch specialist plaatsvindt, valt onder de Zvw. Dit blijft voor alle Wlz-cliënten onder de Zvw. Dit heeft tot gevolg dat met ingang van 1 januari 2018 voor verzekerden met een Wlz-indicatie de gespecialiseerde verpleging in de thuissituatie die wel is voorgeschreven door de medisch specialist, maar niet onder directe aansturing van de medisch specialist plaatsvindt, gefinancierd zal moeten worden op grond van de Wlz. Voor mensen die in een Wlz-instelling wonen of hun zorg via een vpt krijgen, valt deze gespecialiseerde verpleging onder de integrale bekostiging van het zorgprofiel. Hiervoor worden de ZZP en VPT tarieven per 1 januari 2018



met 0,03 € verhoogd¹. De huidige regelingen om Wlz-zorg thuis te kunnen ontvangen via de leveringsvormen mpt en pgb, voorzien echter niet in de (tijdelijke) extra kosten voor deze verpleging. Daarom heb ik besloten om de regeling extra kosten thuis (EKT) voor deze zorg uit te breiden zonder dat daarbij voor deze groep de maximumgrens van 125% geldt. De mogelijkheid tot inzet van gespecialiseerde verpleging boven de doelmatigheidsgrens (financiële grens tussen thuis wonen en verblijf in een instelling), geldt alleen voor zover de cliënt binnen zijn mpt en pgb-budget geen financiële ruimte meer heeft om deze verpleging te bekostigen. De inzet van deze door de medisch specialist voorgeschreven verpleging is tijdelijke situatie en wordt daarom in beginsel begrensd tot drie maanden. Na drie maanden is een herbevestiging van de medisch specialist noodzakelijk voor het kunnen toekennen van extra financiële middelen. Deze zorg is mogelijk via een pgb en mpt. Omdat deze verpleging per direct na voorschrift van de medisch specialist moet worden geboden, heb ik met de zorgkantoren afgesproken dat vooraf goedkeuring van het zorgkantoor niet nodig is. Bij cliënten met een mpt controleert het zorgkantoor de inzet van deze verpleging achteraf.

Cliënten met een pgb kunnen het zorgkantoor om een ophoging van hun pgb in het lopende jaar verzoeken als het pgb niet toereikend is om deze zorg te betalen. Budgethouders worden geïnformeerd over de voorwaarden om voor deze ophoging in aanmerking te komen.

Budgethouders die deze zorg in natura willen afnemen, kunnen bij het zorgkantoren informeren bij welke zorgaanbieders deze zorg is ingekocht.

Overgangsregeling schoonhouden van de woonruimte voor het jaar 2017

Verder is een verhoging van de maximaal toelaatbare kosten of het budget opgenomen. Sinds 1 januari 2017 krijgen Wlz-cliënten die gekozen hebben voor de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt) hun huishoudelijke hulp vanuit de Wlz. Daarvoor leverden gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 aan Wlz-cliënten de huishoudelijke hulp die hun zorg in de vorm van een mpt geleverd kregen.

Bij dit overhevelingstraject is signaleerd dat de door gemeenten geboden omvang aan huishoudelijke hulp niet altijd past binnen het voor 2017 al toegekende budget in mpt en persoonsgebonden budget (pgb). Dit kan discontinuïteit in de zorgverlening veroorzaken bij individuele mpt- en pgb-cliënten. Om te voorkomen dat cliënten abrupt zouden worden geconfronteerd met een vermindering in de zorgverlening van huishoudelijke hulp wordt geregeld dat zorgkantoren de ruimte krijgen om af te wijken van de binnen de Wlz vastgestelde doelmatigheidsgrens. Daarmee kunnen zorgkantoren in individuele gevallen waar nodig maatwerk bieden. Deze beoordeling is aan het zorgkantoor. Met de zorgkantoren is eerder afgesproken dat zij gedurende het jaar 2017 met cliënten of budgethouders bekijken of er binnen het zorgprofiel andere keuzes kunnen worden gemaakt, zodat betrokken cliënten na 2017 binnen het toegestane kader blijven.

Toezicht en handhaving

Controle op de juistheid van de declaraties van de extra ingezette omvang van zorg bij palliatief terminale zorg en gespecialiseerde verpleging, vindt door de zorgkantoren achteraf plaats via materiële controle en benchmarking.

Bestuurlijke en administratieve lasten

Ten aanzien van het schrappen van het zorgprofiel beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg geldt het volgende. Met het afschaffen van de indicatiestelling door het CIZ en het afschaffen van het vooraf aanvragen bij het zorgkantoor, is er sneller toegang tot deze zorg en worden de administratieve lasten voor zorgaanbieders en cliënten teruggebracht.

Ten aanzien van het borgen van gespecialiseerde verpleging op voorschrift van de medisch specialist voor de leveringsvormen mpt en het pgb geldt het volgende.

In die situaties waar deze vorm van verpleging niet vanuit het reguliere budget in mpt en pgb kan worden bekostigd, wordt voor het toekennen van extra middelen, gebruik gemaakt van de reeds bestaande overdracht van de medisch specialist aan de verpleegkundige.

Fraudetoets

Risico op fraude door deze regeling is matig.

Aan het kunnen toekennen van extra middelen ligt ten aanzien van:

- palliatief terminale zorg een verklaring van de behandelend arts ten grondslag; en
- gespecialiseerde verpleging een overdracht van de medisch specialist aan de verpleegkundige ten grondslag.

¹ Kamerstukken II 2016/17, 34 104, nr. 177.



Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Per 1 januari 2018 kan een verzekerde niet meer geïndiceerd worden voor zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg. Dit zorgprofiel komt namelijk te vervallen (zie wijziging artikel I, onderdeel W, onder 1). Hierdoor wordt geregeld dat indien een verzekerde per 1 januari 2018 aangewezen is op palliatief terminale zorg hij recht heeft op meer zorg dan de zorg waar hij volgens zijn zorgprofiel recht op heeft. Op grond van artikel 1.1.1 van het Besluit langdurige zorg (Blz) wordt onder palliatief terminale zorg verstaan zorg die betrekking heeft op de levensfase waarin de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden. Als de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 2.2, eerste lid, onderdelen d of e, van de Rlz komt hij in aanmerking voor meer zorg. De voorwaarden zijn gelijk aan de voorwaarden die volgens de NZa beleidsregels gelden voor prestatie zzp 10 VV. Voor de verzekerde die verblijft in een instelling gelden de voorwaarden dat er een noodzaak is tot zeer intensieve 24-uurszorg, die op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is, er een noodzaak is tot bestrijding van zware pijn, verwardheid, benauwdheid of onrust en dat er sprake is van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg. In artikel 2.2, eerste lid, onderdeel e, van de Rlz wordt geregeld dat een verzekerde die een volledig pakket thuis ontvangt recht heeft op meer zorg indien deze behoefte aan zorg zich voordoet in de terminale levensfase en een arts die beschikt over voldoende informatie om een oordeel over de levensverwachting te kunnen geven verklaart dat sprake is van een levensverwachting korter dan drie maanden.

Onderdeel B

Met ingang van 4 januari 2016 bepaalt artikel 3.3.2.2 van het Blz dat verzekerden die de zorg enkel via een mpt ontvangen en daarmee 20 uur of minder zorg in natura per maand ontvangen, de laagst mogelijke eigen bijdrage voor het mpt opgelegd zullen krijgen (een bedrag van € 23,- per maand). Met de grens van maximaal 20 uur aan zorg per maand wordt voorkomen dat de eigen bijdrage voor het mpt boven de kostprijs van de zorg kan komen. Het tiende lid van artikel 3.3.2.2 van het Blz biedt een grondslag om regels te stellen over de verschillende tijdsaanduidingen die per zorgvorm worden gehanteerd en de wijze waarop die meetellen voor de berekening van de urengrens. Onderdeel B van deze regeling biedt die nadere specificering, door in het nieuwe artikel 4.6 van de Rlz te bepalen dat:

- de zorgvormen begeleiding groep en behandeling groep die in modules van een dagdeel worden geleverd/bekostigd, als één uur meetellen voor de urenberekening, en
- een etmaal logeeropvang geldt als zes uren.

Voor de overige zorgvormen binnen het mpt worden geen afwijkende regels gesteld, omdat deze per uur worden afgenomen/bekostigd en dus voor de urenberekening voor de eigen bijdrage bij het MPT gewoon als één uur gelden. Bij de zorgvormen die als dagdeel worden geleverd gaat het om de modules begeleiding groep en behandeling groep. Doordat deze zorgvormen niet per dagdeel meetellen als vier geleverde uren, komen mensen minder snel aan een inkomensafhankelijke bijdrage omdat ze meer dan twintig uur zorg krijgen. Bij logeeropvang is deze lijn doorgetrokken en ook gekozen om het etmaal (zes dagdelen van vier uur), mee te tellen als zes uren zorg. Deze wijziging vergt aanpassingen in het berichtenverkeer tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en het CAK. Deze bepaling treedt om die reden pas op 1 april 2018 in werking.

Onderdeel C

Op grond van artikel 5.3, vierde en vijfde lid, van de Rlz kan de Wlz-uitvoerder de ten hoogste toelaatbare kosten verhogen bij een verzekerde met een indicatiebesluit zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg voor zover die verhoging nodig om de palliatief terminale zorg thuis te kunnen ontvangen. Aangezien het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg komt te vervallen, vervalt de verwijzing naar dat zorgprofiel in artikel 5.3, vierde en vijfde lid, van de Rlz. Daarvoor in de plaats komt dat er een verklaring van een arts moet zijn waarin hij verklaart dat die verzekerde terminaal is.

In het zesde en zevende lid wordt geregeld dat een Wlz-cliënt die behoefte heeft aan verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialistische behandeling, een verhoging kan krijgen van de ten hoogste toelaatbare kosten respectievelijk het pgb. Deze verhoging wordt slechts verleend indien die verhoging noodzakelijk is om die verpleging te kunnen krijgen.

In het achtste en negende lid wordt geregeld dat een Wlz-cliënt die op 31 december 2016 meer maatwerkvoorziening inhoudende het schoonhouden van de woonruimte ontving, dan hij op grond van de Wlz ontvangt, in 2017 een verhoging van de ten hoogste toelaatbare kosten respectievelijk het pgb kan krijgen. Aangezien deze verhoging uitsluitend mogelijk is voor 2017 vervallen het achtste en



negende met ingang van 1 januari 2018 (artikel IV van deze regeling).

Onderdelen E, F, G, H en J

De bedragen in de artikelen 5.13, 5.13a, 5.15a en 5.17 van de Rlz en het percentage in artikel 5.13 en 5.15 van de Rlz worden in deze onderdelen geïndexeerd. Artikel 5.13, vierde lid, onderdeel b, vervalt omdat het verwijst naar uitgewerkt overgangsrecht.

Onderdelen I, K, L, P, R, T en V

In deze onderdelen zijn technische wijzigingen van de artikelen 5.16, 5.20, 5.23, 9.1, 9.3d, 9.5 en 9.13 van de Rlz opgenomen.

Onderdelen D, M, N en O

In de artikelen 8.5 en 8.6 zijn de gewijzigde plafondbedragen voor 2017 opgenomen. In de artikelen 8.7 en 8.8 zijn de subsidieplafonds voor 2018 opgenomen. In artikel 5.10 wordt ook een verwijzing naar de artikelen 8.6 en 8.8 opgenomen.

Onderdelen F, Q en S

De artikelen 9.3b, 9.3c en 9.3e, onderdeel b, van de Rlz zijn uitgewerkt per 1 juli 2017 en komen te vervallen. De aanhef van artikel 5.13a, eerste lid, van de Rlz wordt hier op aangepast.

Onderdeel U

Het overgangsrecht zoals opgenomen in de artikelen 9.7 en 9.12 is inmiddels uitgewerkt en komt te vervallen.

Onderdeel W

Het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg komt te vervallen. Om die reden vervalt het zorgprofiel uit Bijlage A van de Rlz. Verder vervallen in bijlage A in het zorgprofiel VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging twee zinnen die niet goed aansloten op de doelstelling van de Wlz, en daarmee niet meer relevant zijn bij het kiezen door het CIZ van het best passende zorgprofiel.

Artikel II

Op grond van artikel 8.3, zesde lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) worden de bedragen en percentages geïndexeerd conform de artikelen 6, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, en 19 van het Bijdragebesluit zorg ten behoeve van de cliënten die recht hebben op zorg op basis van een GGZ-C-indicatie op grond van het overgangsrecht van artikel 8.4 van de Wmo 2015. Het regime van de met ingang van 1 januari 2015 vervallen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is op grond van artikel 8.3 van de Wmo 2015 van toepassing zolang het overgangsrecht krachtens artikel 8.4 van de Wmo 2015 blijft gelden. Dit onderdeel indexeert het uurtarief dat van toepassing is op overgangsccliënten met een GGZ-C-indicatie die hun zorg buiten een instelling (extramuraal) van het college geleverd krijgen in de vorm van begeleiding en persoonlijke verzorging. De bijdragen voor deze vormen van zorg worden in uren en dagdelen berekend.

Artikel III

Het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg komt te vervallen per 1 januari 2018. Voor verzekerden die vóór 1 januari 2018 zijn geïndiceerd voor dat zorgprofiel blijft dat zorgprofiel gelden zoals het luidde op de dag voor de dag waarop het zorgprofiel vervalt.

Artikel IV

Artikel 5.3, achtste en negende lid, van de Rlz dat in artikel I, onderdeel C, onder 2, van deze wijzigingsregeling wordt toegevoegd, vervalt per 1 januari 2018 omdat deze leden uitsluitend betrekking hebben op 2017.

Artikel V

Deze regeling treedt grotendeels in werking op 1 januari 2018. Artikel I, onderdeel B, treedt in werking op 1 april 2018. Artikel 5.3, achtste en negende lid, van de Rlz dat met artikel I, onderdeel C, onder 2,



van deze wijzigingsregeling wordt toegevoegd, treedt in werking op de dag na de publicatie van de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2017. Artikel I, onderdelen M en N, treedt ook in werking op de dag na de publicatie van de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*