

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van \*\*

tot wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met gespecialiseerde zorg in verband met zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoeningen en dementie met zeer ernstig probleemgedrag

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3.1.1, vierde lid, van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

## **ARTIKEL I**

A

In artikel 1.1 worden in de alfabetische volgorde de volgende begripsomschrijvingen ingevoegd, luidende:

*dementie met zeer ernstig probleemgedrag*: dementie in combinatie met een gedragsstoornis die geen gevolg is van een andere aandoening en die zeer ernstig en frequent of langdurig tot uiting komt in gedrag dat een gevaar vormt voor de cliënt of zijn omgeving;

*zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening*: chronische gerontopsychiatrische aandoening waarbij sprake is van daaruit voortvloeiende ernstige psychiatrisch gerelateerde gedragsproblemen en van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen in combinatie met problemen met betrekking tot cognitie, (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen, of sociaal functioneren.

B

Artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel 10° vervalt "of".
2. Onder vervanging van ", of" aan het slot van onderdeel 11° door een puntkomma worden twee onderdelen ingevoegd, luidende:

12°. gespecialiseerde zorg in verband met dementie met zeer ernstig probleemgedrag die gericht is op verbetering van het probleemgedrag en waarbij sprake is van verblijf in een instelling;

13°. gespecialiseerde zorg in verband met een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening waarbij sprake is van verblijf in een instelling.

## **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2025.

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

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

C. Helder

## TOELICHTING

### I. Algemeen

#### **1. Doel van deze regeling**

In de Regeling langdurige zorg (Rlz) is een voorziening opgenomen voor meer zorg<sup>1</sup>. Dit houdt in dat een verzekerde recht heeft op meer zorg dan op basis van zijn indicatie als naar het oordeel van het zorgkantoor dit nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg. Het betreft meer zorg voor kleine specifieke doelgroepen verzekerden met een aandoening of ziekte die gespecialiseerde zorg nodig hebben waarvoor zeer specifieke kennis vereist is en waarbij de betreffende doelgroep kleiner is dan 1.500 cliënten (lvhc, zie paragraaf 2). Verschillende doelgroepen kunnen op grond van de Rlz reeds aanspraak maken op meer zorg. Met deze wijziging van de Rlz zijn twee ziektebeelden toegevoegd op grond waarvan verzekerden aanspraak kunnen maken op gespecialiseerde (meer)zorg, te weten verzekerden met dementie en zeer ernstig probleemgedrag (hierna ook: D-zep) en verzekerden met een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (hierna ook: GP+).

De bekostiging hiervan is opgenomen in de NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz. De aanvullende bekostiging onder deze beleidsregel is vormgegeven middels een integraal tarief (kosten zorgzwaartepakket en aanvullende kosten in verband met meer zorg). Deze regeling maakt de bekostiging van gespecialiseerde zorg voor de genoemde doelgroepen mogelijk, als onderdeel van langdurige zorg.

#### **2. Laag volume hoog complexe zorg**

Binnen de reikwijdte van de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen, zo is uit onderzoek van KPMG gebleken,<sup>2</sup> een aantal verschillende ziektebeelden waarbij sprake is van een klein aantal verzekerden met een zeer complexe en omvangrijke zorgbehoefte. Deze groepen worden laag volume hoog complexe (lvhc) doelgroepen genoemd.

Het gaat bij een lvhc-doelgroep om een klein aantal verzekerden waarbij de zorgvraag toepassing van specifieke kennis en expertise vergt om de kwaliteit van de zorg te borgen. De zorg voor cliënten binnen de lvhc-doelgroep vraagt om samenwerking tussen verschillende gespecialiseerde disciplines, bijvoorbeeld samenwerking tussen deskundigen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, op het gebied van zorg voor verstandelijk gehandicapten of op het gebied van verpleging en verzorging ten behoeve van een integrale benadering van de somatische, psychische/psychiatrische en gedrags- en/of sociale problematiek. Ook is een passende fysieke omgeving en soms ook zeer intensieve begeleiding nodig. Vanwege schaalvoordelen en het opbouwen van en zorgdragen voor de continuïteit van gespecialiseerde expertise is het van belang alle voor de doelgroep benodigde disciplines, zoals behandelaren en begeleiders voor dagbesteding, binnen één organisatorische eenheid aan te bieden.

#### **3. Dementie met zeer ernstig probleemgedrag (D-zep)**

Met onderhavige wijziging is voorzien in een grondslag voor de vaststelling van de aanspraak op meer zorg voor verzekerden die behoefte hebben aan

---

<sup>1</sup> In de uitvoeringspraktijk wordt het begrip 'meer zorg' zoals opgenomen in artikel 2.2 van de Rlz veelal aan elkaar geschreven.

<sup>2</sup> KPMG-rapport 'Expertisecentra langdurige zorg (Wlz) mei 2019.

gespecialiseerde zorg in verband met D-zep. Daarbij wordt als voorwaarde gesteld dat de verzekerde verblijft in een instelling, waarmee is geborgd dat de gespecialiseerde zorg wordt verleend binnen de hierop toegeruste omgeving van een instelling. Om voor meer zorg in aanmerking te komen, is de verzekerde door een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater gediagnosticeerd met dementie én is er sprake van een gedragsstoornis die zich uit in zeer ernstig en frequent en/of langdurig probleemgedrag dat niet verklaard wordt door een andere aandoening. Het probleemgedrag vormt een direct gevaar voor de veiligheid van de cliënt en/of zijn omgeving. Alle mogelijkheden van reguliere zorg zijn uitgeput. Tijdelijke intensieve gespecialiseerde behandeling en benadering in een gespecialiseerde Wlz-behandelsetting zijn noodzakelijk om de gedragsstoornis te behandelen, zodat het probleemgedrag stabiliseert en verbetert, waarna verblijf binnen een reguliere Wlz-woonsetting kan plaatsvinden. De omvang van de doelgroep D-zep bestaat jaarlijks uit circa 300 verzekerden. In tegenstelling tot de andere lvhc-doelgroepen gaat het hier om een behandeling van tijdelijke aard in een gespecialiseerde Wlz-behandelsetting. Over het algemeen duurt het proces van stabilisatie en verbetering niet langer dan een jaar. Op het moment dat indicatie voor opname in de gespecialiseerde behandelsetting niet meer aan de orde is, wordt de cliënt teruggeplaatst naar zijn oorspronkelijke woonsetting of overgeplaatst naar een andere woonsetting, en vervalt de aanspraak op deze vorm van meer zorg.

#### **4. Zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (GP+)**

Met onderhavige wijziging is, net als dit voor D-zep is gedaan, voorzien in een grondslag voor de vaststelling van de aanspraak op meer zorg voor verzekerden die behoefte hebben aan gespecialiseerde zorg in verband met een zeer ernstige (chronische) gerontopsychiatrische aandoening welke in het zorgveld wordt geduid als GP+. Daarbij wordt eveneens als dit bij D-zep het geval is, als voorwaarde gesteld dat de verzekerde verblijft in een instelling. Daarmee is geborgd dat de gespecialiseerde zorg wordt verleend binnen de hierop toegeruste omgeving van een instelling. Om voor meer zorg in aanmerking te kunnen komen, dient de psychiatrische aandoening door een specialist ouderengeneeskunde of psychiater gediagnosticeerd of bevestigd te zijn. De actuele psychiatrische behandeling bevindt zich in een (min of meer) stabiele situatie. Het multidisciplinair team heeft vastgesteld dat naast de psychiatrische aandoening tevens sprake is van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen en gedragsproblemen in combinatie met problemen met betrekking tot cognitie, (i)ADL<sup>3</sup> en/of sociaal functioneren. Voornoemde problemen interacteren met elkaar en beïnvloeden elkaar wederzijds en leiden daarmee tot een complexe zorgvraag. Bij deze verzekerden is als gevolg van een cumulatie van voornoemde problemen sprake van een verlies aan zelfregie en een beperkt ziekte-inzicht. De psychiatrische problematiek staat op de voorgrond en is de oorzaak van de ernstige gedragsproblemen welke leiden tot ontregeling voor de cliënt zelf en/of de omgeving. De ernst van de gedragsproblemen maakt dat de draaglast en draagkracht van de verzekerde zelf, zijn directe omgeving, de betrokken professionals en het sociale netwerk wordt overschreden en dat er derhalve een uitzonderlijk en langdurig beroep op meerdere zorgspecialismen moet worden

---

<sup>3</sup> Bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) betreft het handelingen zoals zich wassen, zich kleden en het toiletteren. Bij de instrumentele dagelijkse levensverrichtingen (iADL) gaat het om beperkingen in complexe handelingen zoals het doen van boodschappen en de administratie. Hierdoor zijn er problemen met het voeren van een huishouden en het functioneren in de maatschappij. Problemen bij de ADL alsook bij de (i)ADL kunnen afzonderlijk van elkaar voorkomen, maar er kan ook sprake zijn van problemen op het terrein van beide levensverrichtingen.

gedaan. Uiteindelijk volstaat de reguliere zorg niet meer en is zorg in een specifiek sociotherapeutisch leefklimaat noodzakelijk om ernstige ontsporingen te voorkomen, zowel op het gebied van gedrag als op het gebied van de lichamelijke gezondheid. De omvang van de doelgroep GP+ bestaat uit circa 775 verzekerden.

### **5. Expertisecentra**

De hiervoor beschreven gespecialiseerde zorg die deze lvhc-doelgroepen ontvangen, wordt geleverd in een (onderdeel van een) instelling die hierin is gespecialiseerd, een zogenoemd expertisecentrum. In de praktijk is dit een doelgroepexpertisecentrum (DEC) of een regionaal expertisecentrum (REC). Voor de totstandkoming en verdere ontwikkeling van kennis en expertise over deze gespecialiseerde zorg en de hiervoor benodigde kennisinfrastructuur is de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) ingesteld. Met de door KPMG geïdentificeerde doelgroepen is de CEIz aan de slag gegaan om te komen tot de inrichting van een zorglandschap, de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur en ontwikkeling van gespecialiseerde aanbieders. Voor de verschillende doelgroepen bevindt deze ontwikkeling zich in een meer of minder gevorderd stadium.

### **6. Het recht op meer zorg**

Deze regeling voorziet in de mogelijkheid om bij het zorgkantoor een aanvraag te doen voor meer zorg. Verzekerden met D-zep en GP+, die in verband met deze aandoeningen een behoefte aan gespecialiseerde zorg hebben en in een instelling verblijven, komen hiervoor in aanmerking.

### **7. Beleidsregel Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**

In aansluiting op deze regeling werkt de NZa in een beleidsregel de voorwaarden voor deze vormen van gespecialiseerde zorg nader uit evenals hoe deze vormen van zorg in rekening kunnen worden gebracht.

### **8. Inkoop gespecialiseerde zorg**

Er zijn verschillende zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in de verzorging en behandeling van verzekerden met D-zep en GP+. Het is aan het zorgkantoor om de zorg bij deze zorgaanbieders in te kopen. De CEIz heeft vanuit haar huidige taak ruime ervaring op het terrein van advisering over gespecialiseerde zorg voor lvhc-doelgroepen binnen de Wlz. Zij voorziet in adviezen over het zorglandschap en de zorginhoud van expertiseczorg, waaronder kwaliteitscriteria voor deze gespecialiseerde zorg die op onafhankelijke wijze zorgvuldig worden getoetst en gewogen. Deze adviezen spelen een belangrijke rol bij het tot stand komen van zorgvuldige en onderbouwde keuzes bij de inkoop van expertiseczorg. Met gebruikmaking van de adviezen van de CEIz stellen de zorgkantoren in hun inkoopbeleid eisen aan de gespecialiseerde zorg. Indien zorgaanbieders aan die eisen voldoen, dan kan de gespecialiseerde zorg bij deze zorgaanbieders worden ingekocht. De adviezen van de CEIz zullen door de CEIz openbaar worden gemaakt.

### **9. Bekostiging en sturing**

De bekostiging van de gespecialiseerde zorg vindt met ingang van 2025 plaats op basis van de NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz. In 2024 werd de gespecialiseerde zorg voor de cliënten die tot de doelgroepen D-zep en GP+ behoren, voornamelijk bekostigd op basis van

ZZP VV 7, aangevuld met bekostiging vanuit de 'post' meer zorg<sup>4</sup>. Ten opzichte van de integrale bekostiging in 2024 is de nieuwe bekostiging van de gespecialiseerde zorg naar verwachting per saldo budgettair neutraal. Tegenover de hogere NZa-tarieven staat een lager bedrag aan meer zorg als bedoeld in artikel 2.2 eerste lid, onder a of b, of tweede lid, onder a, van de RIz.

### **10. Regeldruk**

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formele advies, omdat het, behoudens kennisnamekosten, geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

## **II. Artikelsgewijs**

### **Artikel I, onderdeel A**

In verband met het toevoegen van de aandoening dementie met zeer ernstig probleemgedrag (D-zep) en zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoeningen (GP+) in artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c, onder 12° en 13° (zie hierna onderdeel B), is in artikel 1.1. een definitie toegevoegd van beide aandoeningen.

### **Artikel I, onderdeel B**

In artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onderdeel c, worden voorwaarden genoemd op basis waarvan een aanspraak ontstaat op meer zorg. Voor een aanspraak op meer zorg op basis van het eerste lid, onderdeel c, gelden er in de bekostiging vaste toeslagen boven op de reguliere ZZP-bekostiging of is sprake van integrale tarieven (kosten ZZP en aanvullende kosten in verband met meer zorg). Dit laatste geldt voor de gespecialiseerde zorg in verband met de aandoeningen D-zep en GP+. Aan onderdeel c is onder 12° en 13° de gespecialiseerde zorg in verband met deze twee aandoeningen toegevoegd.

In het huidige artikel 2.2, derde lid, is vastgelegd dat in bepaalde gevallen een verzekerde alleen aanspraak heeft op meer zorg, indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel. Doordat in artikel 2.2, derde lid, niet is verwezen naar het eerste lid, onderdeel c, geldt deze voorwaarde derhalve niet voor verzekerden die behoefte hebben aan gespecialiseerde zorg in verband met de aandoeningen D-zep en GP+.

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

C. Helder

---

<sup>4</sup> Het betreft hier de meer zorg als bedoeld in artikel 2.2 eerste lid, onder a of b, of tweede lid, onder a van de RIz.