CONCEPT
t.b.v. internetconsultatie 14 september t/m 18 oktober 2026

Regeling van de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, van … 2026, nr.* , tot wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met het verduidelijken van het referentiepunt voor meer zorg

(KetenID: WGK28218)

de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,

Gelet op de artikelen 3.1.1, vierde lid, en 3.6.7 van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.2, tweede en derde lid, worden vervangen door drie leden, luidende:

2. Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, heeft recht op meer zorg indien de verzekerde een bijzondere zorgbehoefte heeft die wat betreft aard, inhoud en globale omvang groter is dan de zorgbehoefte behorend bij het best passende zorgprofiel vanwege zeer grote, complexe problematiek die het gevolg is van een aandoening, beperking, stoornis of handicap die niet gebruikelijk is binnen dit zorgprofiel.
3. Een verzekerde die recht heeft op meer zorg in verband met een bijzondere zorgbehoefte krijgt een periodieke herbeoordeling om vast te stellen of hij nog steeds een bijzondere zorgbehoefte heeft alsmede de omvang daarvan.
4. Indien een verzekerde met een bijzondere zorgbehoefte een modulair pakket thuis, een persoonsgebonden budget of een combinatie hiervan ontvangt, kan hij slechts recht op meer zorg hebben, indien hij het basisbedrag, genoemd in bijlage H, alsmede de aan hem toegekende extra kosten en verhogingen, bedoeld in de artikelen 5.1a tot en met 5.1f, volledig heeft of zal hebben benut.

B

Artikel 5.1e vervalt.

C

In artikel 5.1f, eerste en tweede lid, wordt "artikel 2.2, eerste of tweede lid" telkens vervangen door "artikel 2.2, eerste lid".

D

Na artikel 5.1f wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 5.1g

1. De Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor kan tijdelijk bijzondere kosten toestaan aan een verzekerde als bedoeld in artikel 2.2, eerste lid, onder a of b, indien:
a. de verzekerde een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget of een combinatie hiervan ontvangt, en hij het basisbedrag genoemd in bijlage H, en de extra kosten en verhogingen, bedoeld in de artikelen 5.1a tot en met 5.1f, volledig heeft of zal hebben benut;

b. de verzekerde geen recht heeft op meer zorg;
c. naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor sprake is van buiten de verzekerde om gelegen bijzondere omstandigheden die leiden tot een voor de verzekerde schrijnende situatie; en
d) naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor deze schrijnende situatie de inzet van extra zorg noodzakelijk maakt om de zorg passend bij de zorgbehoefte van de verzekerde te waarborgen.
2. De Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor kan bij zijn oordeel om bijzondere kosten toe te staan rekening houden met het aanbod van passende zorg in de regio.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

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

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,

W.R.C. Sterk

CONCEPT

TOELICHTING

I ALGEMEEN

Inleiding

De onderhavige wijziging van de Regeling langdurige zorg (Rlz) omvat een aantal wijzigingen die betrekking hebben op het recht op meer zorg. Het doel is voor verzekerden, zorgkantoren en instellingen het recht op meer zorg te verduidelijken. Gebleken is dat zorgkantoren de aanvragen van verzekerden met een persoonsgebonden budget (pgb) op verschillende wijze beoordeelden vanwege onduidelijke regelgeving. Op basis van het rapport van het Zorginstituut Nederland over dit thema hadden een aantal zorgkantoren hun wijze van beoordeling aangepast met als gevolg meer afwijzingen voor aanvragen van meer zorg[1].

Deze afwijzingen veroorzaakten onrust en onzekerheid, met name bij verzekerden die eerder wel meer zorg toegekend hadden kregen en waarbij de zorgbehoefte niet was veranderd. Dit leidde tot meerdere bezwaar- en beroepszaken. De Centrale Raad van Beroep constateerde in zijn uitspraak van 22 oktober 2025 dat de regelgeving ten aanzien van het referentiepunt voor het toekennen van meer zorg onduidelijk was en aanpassing behoeft[2]. Ook het Zorginstituut Nederland en de zorgkantoren hebben dit aangegeven. In de verschillende brieven aan de Tweede Kamer is deze verduidelijking van de Rlz per 1 januari 2027 in het vooruitzicht gesteld[3].

Vooruitlopend op nieuwe regelgeving hebben zorgkantoren binnen de bestaande regelgeving gezamenlijk de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 opgesteld. Hiermee wordt duidelijkheid en uniformiteit bij de beoordeling van aanvragen van meer zorg beoogd. In april 2026 hebben de zorgkantoren deze beleidsregels gepubliceerd in de Staatscourant en zijn zorgkantoren gestart deze beleidsregels te hanteren bij het beoordelen van de aanvragen van meer zorg voor cliënten met een pgb en/of modulair pakket thuis (mpt).

Met verduidelijking van de regelgeving wordt een meer gelijkgerichte uitvoering door zorgkantoren geborgd en wordt voor cliënten duidelijk wanneer er wel of geen aanspraak op meer zorg bestaat. Tevens wordt hiermee uitvoering gegeven aan de motie van het Kamerlid Krul[4]. In de onderhavige wijziging van de Rlz zijn meerdere aanpassingen aangebracht die bijdragen aan een consistente inrichting van de regelgeving ten aanzien van meer zorg die gelden voor alle leveringsvormen in de Wlz (verblijf, volledig pakket thuis (vpt), pgb en modulair pakket thuis (mpt). De wijziging van de regeling sluit nauw aan bij de begrippen zoals opgenomen in de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 van de zorgkantoren. De gewijzigde regeling in combinatie met de beleidsregels biedt het zorgkantoor de kaders waarbinnen voor individuele cliënten een passende oplossing kan worden gerealiseerd. De wijzigingen in de Rlz betreffen de volgende onderwerpen:

1. verduidelijken van het referentiepunt voor de aanspraak op meer zorg;
2. het laten vervallen van de 25%-grens voor de aanspraak op meer zorg;
3. schrappen bijzondere toegangscriteria voor meer zorg;
4. opnemen van de stapsgewijze beoordeling van een aanvraag voor meer zorg met betrekking tot verzekerden in de thuissituatie met een pgb en/of mpt;
5. opnemen van periodieke herbeoordeling van aanspraak op meer zorg bij een bijzondere zorgbehoefte;
6. toekennen van bijzondere kosten bij bijzondere omstandigheden met betrekking tot verzekerden in de thuissituatie met een pgb en/of mpt.

[1] Het rapport 'Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb' van het Zorginstituut, oktober 2023.

[2] ECLI:NL:CRVB:2025:1517.

[3] TK 34 104 nrs. 449, 453 en 465.

[4] TK 25 657 nr. 365.

De eerste drie wijzigingen volgen uit het advies van het Zorginstituut Nederland om de regelgeving op een aantal punten te verduidelijken. De vierde wijziging geeft aanvullende duidelijkheid over de volgorde van het toepassen van de bestaande maatwerkmogelijkheden door de zorgkantoren. Het opnemen van de periodieke herbeoordeling van een aanspraak op meer zorg bij een bijzondere zorgbehoefte (vijfde wijziging) volgt uit het gegeven dat de feitelijke zorgbehoefte in de loop der tijd kan veranderen en daarmee niet altijd voor langere tijd is vast te stellen, zoals benoemd in het rapport van het Zorginstituut[5]. De zesde wijziging, het toekennen van bijzondere kosten bij bijzondere omstandigheden, is een invulling van het voornemen dat is aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 8 september 2025[6]. De vierde en zesde wijziging zijn in lijn met de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 van de zorgkantoren. De wijzigingen worden hierna in afzonderlijke paragrafen nader toegelicht.

1. Verduidelijken referentiepunt voor de aanspraak op meer zorg

Het rapport 'Duiding en advies over toezicht in het kader van meer zorg bij de leveringsvormen mpt en pgb' van het Zorginstituut Nederland signaleert dat de regelgeving onvoldoende duidelijkheid geeft welk referentiepunt de zorgkantoren moeten aanhouden om te beoordelen of cliënten in de thuissituatie in aanmerking komen voor meer zorg. Het advies van het Zorginstituut Nederland om de aard, inhoud en globale omvang van het zorgprofiel als referentiepunt hiervoor te hanteren is opgevolgd. Deze keuze betekent dat er sprake is van meer zorg als de cliënt een bijzondere zorgbehoefte heeft die naar aard, inhoud en globale omvang groter is dan de zorgbehoefte die volgt uit het best passend zorgprofiel, vanwege zeer grote, complexe problematiek[7]. Deze problematiek is het gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap die niet gebruikelijk is binnen dit zorgprofiel. Dit referentiepunt sluit het beste aan bij de doelgroep waarvoor meer zorg is bedoeld, namelijk cliënten met een zeer grote, complexe zorgbehoefte.

Het gekozen referentiepunt voor de aanspraak op meer zorg geldt voor alle leveringsvormen in de Wlz, omdat de zorgbehoefte cliëntgebonden is en losstaat van de invulling van de zorg of de leveringsvorm. Dit betekent dat als wordt vastgesteld dat een verzekerde met een pgb thuis een bijzondere zorgbehoefte heeft, dit ook zou moeten gelden als die verzekerde verblijft in een instelling. Hierbij geldt dat meer zorg is bedoeld voor extra zorg in verband met een bijzondere zorgbehoefte en niet om het toezicht bij de zorg thuis te financieren. Zoals het Zorginstituut heeft toegelicht, wordt ook in de thuissituatie het noodzakelijk toezicht geboden vanuit het zorgprofiel.

De adviserend geneeskundige van het zorgkantoor beoordeelt medisch-zorginhoudelijk en onafhankelijk of er bij een verzekerde sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Daarvoor dient allereerst de zorgbehoefte van de verzekerde te worden vastgesteld. De adviserend geneeskundige van het zorgkantoor maakt op basis van het ICF-model een volledig beeld van de aandoeningen, beperkingen, stoornissen of handicaps van de verzekerde en maakt een vertaalslag naar de ernst, mate, frequentie en blijvendheid van de beperkingen en naar de behandelmogelijkheden[8]. Op basis hiervan objectiveert de adviserend geneeskundige de zorgbehoefte van de verzekerde op de gebieden die onderdeel uitmaken van het zorgprofiel, zoals sociale redzaamheid, verpleging en Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

Als hulpmiddel bij de beoordeling of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte hebben zorgkantoren voor de zorgprofielen die recht kunnen geven op meer zorg een beperkingenbeeld opgesteld dat past bij elk zorgprofiel[9]. Dit beperkingenbeeld geeft een invulling van de aard, inhoud

[5] Het rapport 'Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb' van het Zorginstituut, oktober 2023.
[6] TK 34 104 nr. 449.
[7] De zorgprofielen zijn omschreven in Bijlage A van de Rlz.
[8] ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. Het ICF-model is een door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkeld classificatiesysteem dat menselijk functioneren en gezondheidsproblemen in kaart brengt. Dit model kijkt niet alleen naar de ziekte zelf, maar naar de wisselwerking tussen iemands gezondheid, de omgeving en iemands dagelijks leven.
[9] Om in aanmerking te komen voor meer zorg dient de verzekerde te beschikken over een geïndiceerd zorgprofiel, zoals vermeld in artikel 2.2, lid 1 onder a en b van de Rlz, dat toegang geeft tot meer zorg.

en globale omvang van de zorgbehoefte. Hierdoor wordt duidelijk of de zorgbehoefte die de adviserend geneeskundige bij de verzekerde heeft vastgesteld, past binnen het beperkingenbeeld van het betreffende zorgprofiel. Het zorgkantoor beoordeelt de toegang tot meer zorg dus niet langer op basis van een uren- of kostennorm. Voor het opstellen van het beperkingenbeeld is gebruik gemaakt van informatie van het CIZ. De zorgkantoren hebben hun werkwijze beschreven in een openbare handreiking, waarmee de beoordeling van een aanvraag voor meer zorg transparant wordt. Hiermee is de basis gelegd voor een meer gelijkgerichte uitvoering door zorgkantoren en voor verzekerden navolgbare beslissingen.

De medische problematiek die kan leiden tot een bijzondere zorgbehoefte is zeer groot en complex en is aanleiding voor de inzet van extra personeel en/of specialistische inzet, zoals:

- de inzet van een extreme hoeveelheid zorg die verklaarbaar is uit de objectief vastgestelde aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;
- een medisch noodzakelijke vorm van toezicht die meer is dan gebruikelijk bij het zorgprofiel;
- een structurele inzet van bovengebruikelijke benodigde expertise die normaliter niet (structureel) voor cliënten met het betreffende zorgprofiel nodig is;
- een uitzonderlijke hoeveelheid zorgverleners die langdurig of blijvend tegelijkertijd nodig zijn voor de zorg van de cliënt.

Het gaat daarbij om zorg waarin ook bij verblijf in een passende instelling door die instelling vanuit dit zorgprofiel niet zou kunnen worden voorzien.

De overwogen alternatieven voor het referentiepunt voor de toegang tot meer zorg zijn een kostengrens of een urengrens. Belangrijkste afweging om hier niet voor te kiezen is dat beide alternatieven afhankelijk zijn van de zorgsetting en niet hoeven samen te hangen met een bijzondere zorgbehoefte. De kostengrens en urengrens hebben daarnaast het nadeel dat de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd (bijvoorbeeld veel extra begeleiding of de inzet van professionals tegen een hoger tarief) belangrijk wordt voor de toegang tot meer zorg. Daarmee zijn deze alternatieven niet geschikt om te beoordelen of de zorgbehoefte bijzonder is. Dit verhoudt zich ook niet met het oorspronkelijke idee dat meer zorg alleen is bedoeld voor cliënten met een zeer grote, complexe zorgvraag.

De werkwijze om bij aanvragen voor meer zorg te bezien of sprake is van een bijzondere zorgbehoefte is op zich ook niet nieuw voor cliënten die in een instelling verblijven. Volgens het Toetsingskader meerzorg 2026 van de gezamenlijke zorgkantoren dient voor een cliënt in een instelling de zorgaanbieder bij elke aanvraag voor meer zorg te onderbouwen waarom de zorgvraag niet past binnen het reguliere zorgprofiel.

2. Het laten vervallen van de 25%-grens

De voorwaarde in de Rlz dat slechts recht op meer zorg bestaat indien de 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, is geschrapt. Hoewel dit voor de bekostiging voor verblijf en vpt een legitieme drempel kan zijn om de zorg doelmatig in te kopen, is een bekostigingsdrempel naar zijn aard ongeschikt als onderdeel van de aanspraak op meer zorg, welke aanspraak in de Rlz wordt geregeld. Om die reden is de 25%-grens geschrapt uit de Rlz.

3. Schrappen bijzondere toegangscriteria voor meer zorg

Met het verduidelijken van het referentiepunt voor de aanspraak op meer zorg is het wenselijk om artikel 2.2, tweede lid (oud) te schrappen. In dit artikellid werden enkele situaties benoemd waarin zorgkantoren of Wlz-uitvoerders meer zorg konden toekennen. Het betrof situaties op grond waarvan het op voorhand aannemelijk is dat de zorg niet binnen de mogelijkheden van het

zorgprofiel kan worden georganiseerd. Nu is geregeld dat voor de aanspraak op meer zorg sprake moet zijn van een bijzondere zorgbehoefte, die de mogelijkheden van het zorgprofiel overstijgt, is het niet langer wenselijk om regels of procedures te handhaven die dit kunnen doorkruisen. Op grond van de Rlz beoordelen zorgkantoren en/of Wlz-uitvoerders de toegang tot meer zorg en beslissen zij over aanvragen van meer zorg van verzekerden. Het schrappen van het bovengenoemde artikellid draagt bij aan een eenduidige uitvoering van de regeling meer zorg en misverstanden worden daarmee voorkomen.

In de praktijk geeft het CIZ bij bepaalde problematiek van cliënten het zogenaamde "meerzorgvinkje". Met het schrappen van deze bepaling zal ook het CIZ niet langer de in het artikellid genoemde situaties bij de indicatiestelling beoordelen en zal het CIZ niet meer in het indicatiebesluit het "meerzorgvinkje" zetten. In de praktijk kon de situatie zich voordoen dat het CIZ dit kenmerk had meegegeven, maar het zorgkantoor of de Wlz-uitvoerder vervolgens vaststelde dat er geen meer zorg kon worden toegekend. Omgekeerd kunnen verzekerden in aanmerking komen voor meer zorg zonder het kenmerk meer zorg van het CIZ. Voor de uitvoeringspraktijk en met het oog op de daarmee gepaard gaande administratieve lasten had deze werkwijze geen toegevoegde waarde en leidde het tot onduidelijkheden.

4. Stapsgewijze beoordeling voor verzekerden in de thuissituatie met een pgb en/of mpt

Om in aanmerking te komen voor meer zorg dient de verzekerde te beschikken over een zorgprofiel, zoals vermeld in artikel 2.2, eerste lid, onder a en b, van de Rlz. In deze regeling is met het vierde lid van artikel 2.2 Rlz verduidelijkt dat verzekerden met een pgb en/of mpt pas in aanmerking kunnen komen voor meer zorg als er geen passende oplossing mogelijk is door middel van het basisbedrag dat hoort bij het zorgprofiel, vermeerderd met extra kosten thuis (EKT) en/of andere maatwerktoeslagen zoals opgenomen in hoofdstuk 5 van de Rlz[10].

In de beleidsregels Meerzorg pgb hebben zorgkantoren opgenomen dat wanneer een verzekerde een aanvraag voor meer zorg doet en bij de beoordeling blijkt dat de zorgvraag beantwoord kan worden binnen de mogelijkheden van het basisbedrag behorend bij het zorgprofiel of de extra kosten en verhogingen bedoeld in de artikelen 5.1a tot en met 5.1f Rlz, de zorgkantoren op basis van deze mogelijkheden de gevraagde zorg toekennen. Bij deze beoordeling geldt dat niet eerst een feitelijke uitputting van deze budgetten (EKT en andere maatwerktoeslagen) hoeft te hebben plaatsgevonden, maar ook de situatie dat het aannemelijk is dat EKT en andere maatwerktoeslagen ontoereikend zullen zijn. Indien de zorg niet binnen deze mogelijkheden kan worden toegekend, volgt een beoordeling of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte en wanneer hiervan sprake is wat de omvang is van de benodigde meer zorg. Bij meer zorg ontvangt de budgethouder het bedrag dat aanvullend nodig is boven het basisbedrag dat in Bijlage H is opgenomen voor het zorgprofiel waarover de verzekerde beschikt. Een maatwerktoeslag en meer zorg kunnen niet gelijktijdig aan een verzekerde worden toegekend.

In verband hiermee is artikel 5.1e van de Rlz komen te vervallen. In dit artikel werd bepaald dat het zorgkantoor een aanvraag voor meer zorg kan starten indien de verzekerde een zorgbehoefte heeft waarvan de kosten het bedrag overstijgen dat beschikbaar is na het toepassen van EKT en andere maatwerktoeslagen. Met het verduidelijken van het referentiepunt voor de toegang tot meer zorg en het in de regelgeving vastleggen van het stapsgewijs beoordelen door de zorgkantoren is artikel 5.1.e overbodig geworden.

5. Opnemen van periodieke herbeoordeling van aanspraak op meer zorg bij een bijzondere zorgbehoefte

De zorgbehoefte van een verzekerde kan in de tijd toe- of afnemen, ook als de aandoening of beperking van een verzekerde blijvend of levenslang aanwezig is. Het zorgkantoor of Wlz-uitvoerder geeft daarom voor een bepaalde tijd een beschikking voor meer zorg af. Het zorgkantoor beoordeelt periodiek of er nog sprake is van een bijzondere zorgbehoefte die

[10] Het basisbedrag als bedoeld in art. 1.1 van de Rlz.

aanleiding geeft om meer zorg toe te blijven kennen alsmede de omvang van deze meer zorg. Bij deze herbeoordeling kijkt het zorgkantoor naar de actuele cliëntsituatie en de hierbij passende zorginzet. Onder meer wordt bekeken of met de ingezette extra financiële middelen de beoogde doelstellingen zijn bereikt (zoals bijvoorbeeld de afbouw van probleemgedrag) of dat een bepaalde zorginzet nog nodig is (bijvoorbeeld intensieve wondverzorging) of moet worden geïntensiveerd vanwege een toename van de zorgbehoefte. De termijn waarbinnen de herbeoordeling plaatsvindt, is afhankelijk van de specifieke, individuele cliëntsituatie. Met deze regeling is verduidelijkt dat een herbeoordeling plaats moet vinden.

6. Bijzondere kosten in verband met bijzondere omstandigheden voor verzekerden in de thuissituatie met een pgb en/of mpt

In een brief van de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 8 september 2025 is het belang onderstreept dat zorgkantoren oog moeten hebben voor specifieke bijzondere omstandigheden van hun verzekerden die hun zorg thuis ontvangen via een mpt en/of pgb[11]. Dit sluit aan bij het voornemen om meer maatwerk te kunnen toepassen bij het organiseren van Wlz-zorg thuis[12]. Zorgkantoren hebben hiermee rekening gehouden bij het vaststellen van de beleidsregels Meerzorg pgb 2026. Op grond daarvan kan een zorgkantoor ingeval er geen sprake is van een bijzondere zorgbehoefte extra zorg toekennen bij bijzondere omstandigheden. Een vergelijkbare mogelijkheid is nu ook expliciet in de Rlz opgenomen.

Met artikel 5.1g kunnen bijzondere kosten tijdelijk worden toegekend als naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor sprake is van buiten de verzekerde om gelegen bijzondere omstandigheden die leiden tot een voor de verzekerde zodanig schrijnende situatie dat die situatie de inzet van extra zorg noodzakelijk maakt om de zorg passend bij de zorgbehoefte van de verzekerde te waarborgen. Om in aanmerking te komen voor bijzondere kosten bezien de zorgkantoren of de bestaande financieringsregelingen bij de zorg thuis (EKT/toeslagen) optimaal zijn benut. De Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor kan bij zijn oordeel om bijzondere kosten toe te staan rekening houden met het aanbod van passende zorg in de regio. Dit laatste vanwege het uitgangspunt in de Wlz dat de verzekerden aanspraak hebben op een passende en doelmatige oplossing. Pas als die niet voorhanden is, kan het zorgkantoor bijzondere kosten toestaan.

De omstandigheden om in aanmerking te komen voor bijzondere kosten zijn divers. De hieronder opgenomen omstandigheden zijn voorbeelden van bijzondere situaties om de verzekerde tijdelijk bijzondere kosten toe te staan, zulks er beoordeling van het zorgkantoor:

- Er is door de verzekerde aangetoond dat er geen passend aanbod voor zorg in natura beschikbaar is.
- De zorg kan niet op een andere, meer doelmatige wijze worden georganiseerd.
- Er is overbrugging noodzakelijk. Er is uitzicht op passende zorg in de toekomst maar die kan niet op korte termijn worden georganiseerd.
- Er is sprake van een situatie waarbij zorgval plaatsvindt, omdat een verzekerde vanuit een eerder (aansluitend op de huidige aanvraag voor meer zorg) toegekend budget voor meer zorg, dan wel vanuit een andere wet (zoals de Zorgverzekeringswet of Jeugdwet), een hoger pgb was toegekend en de zorginzet redelijkerwijs niet (meteen) op het nieuwe budget kan worden afgestemd.
- Binnen het gezin doet zich een bijzonderheid voor, die ontwrichtend is voor de zorginzet bij verzekerde. Extra zorg is noodzakelijk voor het behoud van de gezinssituatie. Zorg in natura of mantelzorg bieden hier redelijkerwijze geen uitkomst.

Welke omstandigheden in een specifieke cliëntsituatie als bijzonder zijn aan te merken en leiden tot een voor de verzekerde schrijnende situatie wat betreft diens zorgbehoefte behoort tot de beleidsruimte van het zorgkantoor. Het is aan het zorgkantoor om dit vast te stellen en te beoordelen of individuele verzekerden voor bijzondere kosten in aanmerking komen. Het is aan zorgkantoren om dit in hun beleidsregels verder te uit te werken. Het zorgkantoor heeft in dit opzicht een grote mate van beleidsruimte.

[11] Zie TK 2025/26, 34 104, nr. 465, blz. 3.
[12] Zie TK 2024/25, 34 104, nr. 449.

De volgende voorbeelden zijn geen aanleiding om bijzondere kosten toe te kennen:

- De ingezette zorg is passend (en passend binnen het zorgprofiel), maar zo duur (door bijvoorbeeld een hoog uurtarief van de zorgverlener) dat het standaardbudget niet hoog genoeg is.
- Er is sprake van een zorgvraag die is ontstaan als gevolg van inadequate zorg. In deze situatie geldt dat eerst de basiszorg op orde moet worden gebracht.

De mogelijkheid om bijzondere kosten toe te kennen is een sluitstuk bij de beoordeling van een aanvraag voor meer zorg[13]. Als blijkt dat er geen sprake is van een bijzondere zorgbehoefte, beoordeelt het zorgkantoor of sprake is van een bijzondere omstandigheid. Indien dat aan de orde is, zullen zorgkantoren in de beschikking de meer zorg formeel afwijzen en in plaats daarvan bijzondere kosten toestaan in verband met bijzondere omstandigheden.

Anders dan bij de beoordeling van meer zorg, valt de beoordeling van bijzondere kosten buiten de adviestaak van het Zorginstituut. Op grond van artikel 10.3.1 Wlz heeft het Zorginstituut een wettelijke adviestaak bij de beoordeling van zorgbeschikkingen gebaseerd op een medisch oordeel. Dit geldt niet bij de beoordeling van bijzondere kosten. Externe omstandigheden die hogere zorgkosten meebrengen zijn niet aan te merken als zorgbehoefte waarbij een medisch oordeel nodig is. Daarmee heeft het Zorginstituut geen taak in het adviseren over bijzondere kosten en wel over meer zorg.

7. Uitvoerbaarheid

Het ontwerp van deze regeling is voorgelegd aan het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het CIZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De reacties bevatten een aantal aandachtspunten die zijn verwerkt in deze regeling en de toelichting.

Zorginstituut Nederland
Zorginstituut Nederland (hierna ook: het Zorginstituut) concludeert dat de voorgenomen wijziging van de Rlz uitvoerbaar is voor de uitoefening van zijn wettelijke adviestaak op grond van artikel 10.3.1 Wlz. Hieraan wordt het voorbehoud gekoppeld dat als het aantal adviesaanvragen of de complexiteit van de zaken substantieel toeneemt, dit alsnog gevolgen kan hebben voor de personele capaciteit en daarmee voor de financiële middelen die nodig zijn om de wettelijke taak binnen de daarvoor geldende termijnen uit te voeren. Het Zorginstituut geeft aan dat hoe de voorgestelde wijzigingen in de praktijk op de aard en omvang van de geschillen zullen uitwerken op dit moment niet goed is te voorspellen. Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen actief monitoren en op basis daarvan beoordelen of aanvullende maatregelen nodig zijn. De onderstaande adviezen van het Zorginstituut zijn overgenomen:

- In de regeling is het tijdelijke karakter van een toekenning van meer zorg expliciet gemaakt, mede door periodieke herbeoordeling toe te voegen.
- In de toelichting is verduidelijkt dat de adviestaak van het Zorginstituut op grond van artikel 10.3.1 Wlz niet ziet op de beoordeling van bijzondere kosten wegens bijzondere omstandigheden als bedoeld in artikel 5.1g Rlz.

Tevens zullen de toepassing en budgettaire gevolgen van artikel 5.1g Rlz samen met de zorgkantoren worden gemonitord.

NZa
De NZa heeft, op basis van een beoordeling van de directe en indirecte effecten van de voorgenomen wijziging van de regeling op de taakuitvoering van de NZa, vastgesteld dat de voorgenomen wijziging uitvoerbaar is. Voor de NZa betekent de wijziging van de regeling geen wezenlijke wijziging van haar toezichttaak. De NZa geeft aan dat de voorgestelde wijziging wel vraagt om keuzes in de focus van haar toezicht op de uitvoering door de zorgkantoren. Bijvoorbeeld door in het bijzonder aandacht te besteden aan onderwerpen als het borgen van een uniforme toepassing, het realiseren van een transparante besluitvorming, het borgen van

[13]Het zorgkantoor kan alleen bijzondere kosten toestaan indien de cliënt beschikt over een zorgprofiel genoemd in artikel 2.2, onder a en b van de Rlz.

voldoende capaciteit van de medische adviseurs om de medisch-inhoudelijke beoordeling uit te voeren en het zorgvuldig gebruik van de beoordelingsruimte die de regeling aan zorgkantoren laat ten aanzien van bijzondere kosten in verband met bijzondere omstandigheden.

CIZ
Het CIZ geeft in zijn reactie aan dat de impact van de voorgestelde wijziging op diens organisatie beperkt is en dat de wijziging van de regeling uitvoerbaar is. Het CIZ geeft aan ten minste twee maanden nodig te hebben om hun werkprocessen en informatiesystemen op 1 januari 2027 te hebben aangepast. Deze termijn is alleen haalbaar als de voorbereiding in nauw overleg met het ministerie van VWS plaatsvindt.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
ZN en de zorgkantoren geven aan dat de zorgkantoren de richting van de regeling onderschrijven. De verwachting is dat de regeling bijdraagt aan juridisch houdbare, navolgbare en uniform uitvoerbare beslissingen ten aanzien van de toekenning van meer zorg. Ook hechten zorgkantoren groot belang aan invoering per 1 januari 2027. De zorgkantoren geven aan dat de regeling op veel punten aansluit bij de beleidsregels Meerzorg pgb. ZN geeft aan dat de zorgkantoren de wijziging van de regeling op 1 januari 2027 uitvoerbaar achten. Op een aantal onderdelen zal ZN de beleidsregels Meerzorg pgb wijzigen om dit te laten aansluiten bij de regeling.

Zorgkantoren hebben ook aangegeven dat ten aanzien van de uitvoering een randvoorwaarde is dat zij als de 25%-grens in de regeling per 1 januari 2027 vervalt de huidige beoordelings- en omvangbepalingsmethodiek voor meer zorg bij verblijf en vpt kunnen voortzetten.
Het punt dat zorgkantoren hier naar voren brengen gaat over een doelmatige bekostiging van zorg en ziet niet op de aanspraak zelf. Zorgkantoren hebben de taak om hiervoor beleid te ontwikkelen. Op grond van artikel 4.2.5 Wlz zijn zorgkantoren verplicht hun werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren en treffen zij de nodige maatregelen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn. De zorgkantoren hebben uit oogpunt van de doelmatigheid beleidsruimte om bij verblijf en vpt in het kader van de bekostiging een drempel te hanteren. Bij verblijf en vpt kan de instelling - anders dan bij pgb en mpt - een niet substantiële hogere zorgbehoefte opvangen binnen het geldende integrale dagtarief. Er is met onderhavige wijziging van de Rlz geen wijziging in de bekostigingssystematiek voor verblijf en vpt beoogd.

De onderstaande punten van ZN en de zorgkantoren zijn overgenomen:
- In de toelichting is verduidelijkt dat bij het vergelijken van de "globale omvang" niet wordt teruggevallen op een uren- of kostennorm, maar de omvang van de zorgvraag wordt vergeleken met hetgeen over zorgomvang is opgenomen in de beschrijving van het zorgprofiel.
- De regeling ten aanzien van bijzondere kosten is meer gaan aansluiten bij de beleidsregels Meerzorg pgb.
- In de regeling en toelichting is aangegeven dat bij de stapsgewijze beoordeling het budget niet feitelijk hoeft te zijn uitgeput, maar ook de situatie dat het aannemelijk is dat EKT en andere maatwerktoeslagen ontoereikend zullen zijn.
- In de toelichting is uitgelegd dat een maatwerktoeslag en meer zorg niet gelijktijdig aan een verzekerde worden toegekend.

De voorgestelde wijziging heeft geen gevolgen voor het risico op fraude. Dit risico is bij meer zorg beperkt, omdat medische gegevens van cliënten afkomstig van behandelaren en ter zake deskundigen ten grondslag liggen aan de beoordeling van het zorgkantoor of er sprake is van meer zorg.

8. Toezicht en handhaving

Deze wijziging van de Rlz heeft geen consequenties voor de wijze waarop het toezicht op de naleving en de handhaving is ingericht.

9. Financiële gevolgen

Deze wijziging van de Rlz heeft geen financiële gevolgen. De wijziging beoogt primair de regelgeving ten aanzien van meer zorg te verduidelijken en sluit op de belangrijkste onderdelen aan bij hetgeen de zorgkantoren in hun gezamenlijke beleidsregels Meerzorg pgb 2026 en de handreiking hebben opgenomen.

De introductie van het toestaan van bijzondere kosten in verband met bijzondere omstandigheden (artikel 5.1g) heeft geen budgettaire consequenties aangezien het een verschuiving betreft van meer zorg naar bijzondere kosten. Het schrappen van de 25%-grens in artikel 2.2 Rlz heeft eveneens geen macromeerkosten tot gevolg. In de praktijk wordt bij een aanvraag voor meer zorg thuis (op basis van pgb en/of mpt) deze grens vrijwel altijd overschreden als daadwerkelijk is vastgesteld dat er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Bij de leveringsvormen verblijf en vpt zijn geen wijzigingen in de bekostiging beoogd.

10. Gevolgen voor regeldruk

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

De gevolgen voor de regeldruk bij cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en Zorginstituut Nederland zijn nihil, omdat de regelgeving nauw aansluit bij de bestaande uitvoeringspraktijk zoals beschreven in de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 van de zorgkantoren. Deze wijziging van de regelgeving heeft geen gevolgen voor de wijze waarop cliënten en zorgaanbieders meer zorg aanvragen. Voor het CIZ nemen de administratieve lasten beperkt af, omdat hun rol bij meer zorg komt te vervallen.

11. Doenvermogen

De wijziging van de Rlz richt vooral zich op een verduidelijking van welke verzekerden voor meer zorg in aanmerking komen en een verbreding van de beoordeling van een aanvraag voor meer zorg. De wijziging van de regeling heeft nauwelijks gevolgen voor doenvermogen van verzekerden of hun naasten, omdat de regelgeving nauw aansluit bij de bestaande uitvoeringspraktijk zoals beschreven in de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 van de zorgkantoren.

De wijziging van Rlz heeft geen gevolgen voor de wijze waarop verzekerden meer zorg kunnen aanvragen. Belangrijk is dat het zorgkantoor duidelijk aangeeft welke gegevens van de cliënt nodig zijn voor het beoordelen van een aanvraag van meer zorg. Alle zorgkantoren gebruiken hiervoor een landelijk uniform invulformulier dat zal worden voorzien van een meer uitgebreide toelichting. De bredere beoordeling van een aanvraag van meer zorg draagt eraan bij dat verzekerden niet opnieuw een aanvraag voor een andere maatwerkregeling hoeven in te dienen als hun aanvraag voor meer zorg wordt afgewezen.

Het aanvragen van meer zorg blijft het nodige vragen van het doenvermogen van de verzekerde of diens naasten. De aanvraag is arbeidsintensief en voor een deel van de verzekerden ingewikkeld. De gevraagde informatie is echter nodig voor het zorgkantoor om te kunnen beoordelen of meer zorg gerechtvaardigd is en of er eventueel andere opties zijn om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de verzekerde. Daarnaast is het aanvragen van meer zorg doorgaans een stressvolle activiteit, omdat de uitkomst belangrijk is hoe verzekerden en hun naasten hun leven kunnen inrichten. Voor ondersteuning bij het aanvragen van meer zorg kunnen cliënten terecht bij cliëntondersteuners.

12. Advies en consultatie

PM wordt ingevuld na internetconsultatie

CONCEPT

13. Inwerkingtreding

Het streven is deze regeling in werking te laten treden per 1 januari 2027. Publicatie van deze regeling is beoogd in november 2026. De uitvoerende instanties (zorgkantoren, CIZ) hebben aangegeven deze wijziging per 1 januari 2027 te kunnen uitvoeren.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdeel A

Artikel 2.2, tweede lid, Rlz (nieuw referentiepunt)

Het nieuwe tweede lid van artikel 2.2 Rlz maakt duidelijk wanneer een verzekerde recht heeft op meer zorg. Meer zorg betreft extra zorg die een Wlz-verzekerde nodig heeft vanwege een bijzondere, profieloverstijgende zorgbehoefte. Dit tweede lid omschrijft tevens wanneer sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. In de eerste plaats moet het hierbij gaan om een zorgbehoefte die wat betreft aard, inhoud en globale omvang groter is dan de zorgbehoefte die behoort bij het bij de verzekerde best passende zorgprofiel vanwege zeer grote, complexe problematiek. Dit laatste moet het gevolg zijn van een aandoening, beperking, stoornis of handicap die niet gebruikelijk is binnen dit zorgprofiel.

In Bijlage A van de Rlz zijn de zorgprofielen beschreven. Een zorgprofiel geeft een beschrijving van de aard, inhoud en globale omvang van de zorgbehoefte. De aard en inhoud verwijst naar de behoefte aan zorg op de volgende gebieden: sociale redzaamheid, psychosociale en cognitieve functies, algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), mobiliteit, verpleging, gedragsproblematiek en psychiatrische problematiek. De globale omvang van de zorgbehoefte verwijst naar de mate waarin de verzekerde beperkingen en participatieproblemen ondervindt op deze gebieden. Dit kan variëren van geen beperkingen tot en met het niet in staat zijn om de activiteit uit te voeren, waarbij de activiteit in het geheel moet worden overgenomen. Voor het voormelde gebied verpleging gaat het om de mate waarin verpleegkundige aandacht noodzakelijk is. Mede op basis van informatie van het CIZ, zoals de gemiddelde beperkingenscores op de genoemde gebieden, hebben de zorgkantoren een beperkingenbeeld opgesteld voor de zorgprofielen die toegang geven tot meer zorg. Deze zorgprofielen staan vermeld in artikel 2.2, eerste lid, onder a en b, Rlz. Het beperkingenbeeld is een hulpmiddel voor de adviserend geneeskundige van het zorgkantoor bij de medisch-zorginhoudelijke beoordeling of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Zie verder ook paragraaf 1 van het algemeen deel van deze toelichting.

Het zorgkantoor toetst of van een bijzondere zorgbehoefte sprake is door de zorgbehoefte van de verzekerde te vergelijken met de zorgbehoefte die volgt uit de hem best passende zorgprofiel.

Met dit nieuwe tweede lid is het derde lid (oud) over de 25%-grens voor meer zorg komen te vervallen. Zie verder ook paragraaf 2 van het algemeen deel van deze toelichting.

In artikel 2.2 is het tweede lid (oud) geschrapt. In dit artikellid werden enkele situaties benoemd waarin zorgkantoren meer zorg konden toekennen. Het ging om situaties waarbij op voorhand aannemelijk is dat de zorg niet binnen de mogelijkheden van het best passende zorgprofiel kan worden georganiseerd. Nu voor de aanspraak op meer zorg sprake moet zijn van een bijzondere zorgbehoefte, die de mogelijkheden van het zorgprofiel overstijgt, is het niet langer wenselijk om regels of procedures te handhaven die dit kunnen doorkruisen. Met het oog daarop is dit artikellid geschrapt. Op grond van dit artikellid nam het CIZ in haar uitvoeringspraktijk een meer zorg-kenmerk op in het indicatiebesluit. Deze procedure had geen waarde voor de uitvoeringspraktijk en kon leiden tot verkeerde verwachtingen bij cliënten. Met het vervallen van dit artikellid is voor de uitvoeringspraktijk verduidelijkt dat de beoordeling of sprake is van een bijzondere zorgbehoefte die toegang geeft tot meer zorg eenduidig ligt bij het zorgkantoor. Zie verder ook paragraaf 3 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 2.2, derde lid, Rlz (periodieke herbeoordeling aanspraak meer zorg bij bijzondere zorgbehoefte)

Het derde lid regelt dat een verzekerde aan wie meer zorg is toegekend, een periodieke herbeoordeling krijgt om te bezien of er nog sprake is van een bijzondere zorgbehoefte, alsmede de omvang van deze bijzondere zorgbehoefte. Zie verder ook paragraaf 5 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 2.2, vierde lid, Rlz (stapsgewijze beoordeling)

In dit vierde lid is opgenomen dat het zorgkantoor pas een aanvraag voor meer zorg op basis van een pgb en/of mpt in behandeling neemt, indien de mogelijkheden op basis van de basisbedragen (Bijlage H Rlz), extra kosten thuis (EKT) en de maatwerktoeslagen genoemd in de artikelen 5.1a tot en met 5.1d en 5.1f Rlz door de verzekerde zijn of zullen worden benut. Deze stapsgewijze beoordeling is eveneens al onderdeel van de beleidsregels Meerzorg pgb 2026 van de zorgkantoren. Zie verder ook paragraaf 4 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel I, onderdeel B (vervallen artikel 5.1e)

Artikel 5.1e is vervallen. In dit artikel werd bepaald dat het zorgkantoor een aanvraag voor meer zorg startte indien de verzekerde een zorgbehoefte heeft waarvan de kosten het bedrag overstijgen dat beschikbaar is na toepassing van de artikelen 5.1 tot en met 5.1d en 5.1f Rlz en de verzekerde voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2.2, eerste of tweede lid. Met het verduidelijken van het referentiepunt voor de toegang tot meer zorg in artikel 2.2, tweede lid, en het in artikel 2.2, vierde lid, vastleggen van het stapsgewijs beoordelen door zorgkantoren is artikel 5.1.e overbodig geworden. Zie verder ook paragraaf 6 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel I, onderdeel C (technische wijzigingen artikel 5.1f)

Deze technische wijziging is nodig, omdat artikel 2.2, tweede lid (oud), is vervallen (zie de toelichting bij artikel I, onderdeel A). Daarom moeten in artikel 5.1f van de Rlz de verwijzingen naar artikel 2.2, tweede lid, (oud) eveneens worden geschrapt. Dit onderdeel van artikel I strekt daartoe.

Artikel I, onderdeel D (bijzondere kosten in verband met bijzondere omstandigheden)

In het nieuw toegevoegde artikel 5.1g is de mogelijkheid opgenomen om – in het geval dat de cliënt geen aanspraak heeft op meer zorg, omdat naar het oordeel van het zorgkantoor geen sprake is van een bijzondere zorgbehoefte – tijdelijk bijzondere kosten toe te staan bij bijzondere omstandigheden die leiden tot een voor de verzekerde schrijnende situatie wat betreft diens zorgbehoefte. Zie verder ook paragraaf 6 van het algemeen deel van deze toelichting.

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,

W.R.C. Sterk

CONCEPT