Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2025–2026

34 104 Langdurige zorg

Nr. 471

BRIEF VAN DE MINISTER VAN LANGDURIGE ZORG, JEUGD EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 mei 2026

In 2019 is uw Kamer geïnformeerd over het opzetten van een infrastructuur voor laag volume hoog complexe zorg (LVHC-zorg). Doel hiervan is dat een aantal kleine, doch complexe cliëntgroepen in de langdurige zorg gespecialiseerde zorg kunnen ontvangen. Zij hebben immers recht op kwalitatief goede zorg. Over de voortgang hiervan is uw Kamer meermaals geïnformeerd.[1]

Ik ben verheugd u te kunnen informeren dat met de opname van de twee laatste cliëntgroepen per 2026 de structuur voor de LVHC-zorg is voltooid, zodat goede zorg voor een groep kwetsbare mensen mogelijk is. In deze brief blik ik terug op de ontwikkeling van LVHC-zorg en informeer ik u over de afspraken die ik heb gemaakt over de borging van de LVHC-structuur na 1 januari 2027.

Terugblik

Een kleine tien jaar geleden kwamen er signalen uit het veld dat een aantal cliëntgroepen gespecialiseerde zorg nodig heeft en hier onvoldoende zorgaanbod voor beschikbaar was. Het gaat bijvoorbeeld om cliënten met het syndroom van Korsakov of Huntington. Naar aanleiding van deze signalen heeft mijn ambtsvoorganger in 2019 hier nader onderzoek naar laten doen door KPMG. Hieruit bleek dat Wlz-cliënten uit een aantal specifieke doelgroepen die verblijven bij een zorgaanbieder vaker vastlopen in de reguliere zorginstellingen. Dit komt omdat de specifieke kennis en kunde vaak ontbreken in reguliere zorginstellingen. Vanwege het lage volume van deze cliëntgroepen was ook duidelijk dat de benodigde kennis en kunde niet vanzelf tot stand zouden gaan komen. Daarom werd sturing vanuit de overheid wenselijk geacht.

[1] Kamerstukken II 2020/2021, 31 765, nr. 519; Kamerstukken II 2021/2022, 34 104, nr. 342; Kamerstukken II 2022/2023, 34 104, nr. 363; Kamerstukken II 2022/2023 31 765 nr. 790

kst-34104-471
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2026

Na advies van KPMG en ook de NZa is gekozen om voor elke cliëntgroep de benodigde kennis en kunde te ontwikkelen. De *kennis* is en wordt ontwikkeld doordat voor elke cliëntgroep een eigen kenniscentrum is opgezet. De *kunde* is ontwikkeld door concentratie van het zorgaanbod, binnen een afdeling of locatie van een zorgaanbieder. Hierdoor ontwikkelen de zorgverleners die hier werkzaam zijn de benodigde expertise, aangezien zij zorg verlenen aan één specifieke cliëntgroep. Daarbij hebben alle zorgaanbieders en het kenniscentrum van één cliëntgroep zich verenigd, waardoor onderzoek, kennis en ervaringen onderling uitgewisseld worden. Hiermee ontstaat een lerende cirkel met als insteek dat de expertise en daarmee de kwaliteit van zorg kan blijven toenemen. Dit geheel noemen we de LVHC-infrastructuur.

Commissie Expertisecentra langdurige zorg

Om tot de beoogde LVHC-infrastructuur te komen, heeft mijn ambtsvoorganger in 2020 de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CEIz) ingesteld. Deze commissie – met onafhankelijke deskundigen – kreeg primair als taak om de regie te voeren op de inrichting van de LVHC-infrastructuur. De CEIz heeft in de afgelopen jaren zeer goed werk geleverd door het opzetten van de infrastructuur voor zeven cliëntgroepen. Het betreft de cliëntgroepen Korsakov, Huntington, Langdurig Bewustzijnsstoornis, Gerontopsychiatrie +, Dementie met zeer ernstige gedragsproblemen, Niet Aangeboren Hersenletsel + en Multiple Sclerose.[2] Het gaat hierbij niet om alle cliënten met één van deze aandoeningen, maar alleen om de cliënten met zeer zware en complexe zorgvragen. In totaal gaat het om ongeveer 2.700 cliënten die aanspraak kunnen maken op gespecialiseerde LVHC-zorg.

De CEIz adviseert welke zorg, onder welke voorwaarden, waar geleverd zou moeten worden en hoeveel plaatsen dit betreft. Daarbij houdt de CEIz rekening met zowel kwaliteits- als toegankelijkheidsaspecten, waaronder landelijke en regionale spreiding. De CEIz laat zich daarbij informeren door de afzonderlijke doelgroepennetwerken, waarin zowel zorgaanbieders, cliënten als een kenniscentrum vertegenwoordigd zijn. Voor de financiering van de kenniscentra is via ZonMw een subsidie ter beschikking gesteld. Zorgkantoren gebruiken het advies van de CEIz vervolgens voor de zorginkoop. Op deze manier wordt geborgd dat bij de landelijke en regionale inrichting van expertisecentra steeds een zorgvuldige, brede maatschappelijke belangenafweging plaatsvindt.

Inmiddels heeft de CEIz haar primaire taak zo goed als voltooid. De Commissie beëindigt met het verstrijken van de termijn per 31 december 2026 dan ook haar werkzaamheden. Ik wil mijn bijzondere waardering uitspreken voor het waardevolle werk dat de CEIz in de afgelopen zeven jaar heeft geleverd.

Ontwikkeling van gespecialiseerd LVHC-zorgaanbod

Niet alleen de CEIz, maar ook zorgaanbieders, zorgkantoren en de NZa hebben zich de afgelopen jaren ingezet om de LVHC-structuur te reali-

[2] Initieel ging het op basis van het KPMG-advies om tien cliëntgroepen. Drie daarvan zijn bij aanvang of gedurende het traject afgevallen. Het gaat om de cliëntgroepen (1) Lichte verstandelijke beperking met bijkomende problematiek, (2) Matige of ernstige verstandelijke beperking met zeer ernstige gedragsproblematiek en (3) Kinderen met Niet Aangeboren Hersenletsel. De eerste en tweede groep bleken beide al vroeg in het proces een groter volume te hebben om nog onder het criterium «laag volume» te vallen. Van de derde groep bleek vrij recent nog dat de opgezette structuur onvoldoende passend is, aangezien een significant deel buiten de Wlz valt. Voor deze drie groepen is of wordt een alternatief traject gelopen om te voorzien in de benodigde kennisontwikkeling.

seren. Graag benadruk ik het belang van hun werkzaamheden en de professionele toewijding die zij de afgelopen periode hebben getoond. Ongeveer 70 Wlz-zorgaanbieders uit het hele land hebben locaties en personeel beschikbaar gesteld om zich te specialiseren in deze cliëntgroepen. De zorg voor deze cliënten verbetert daardoor. Daarnaast heeft specialisatie op twee manieren ook een positieve uitwerking op zorgverleners. Ten eerste omdat specialisatie meer grip geeft op de complexe zorgvraag, waarbij vaak ook sprake is van ernstig probleemgedrag. Dit moet dan ook leiden tot minder uitval van personeel. Ten tweede omdat er meer mogelijkheden zijn ontstaan in de loopbaanontwikkeling voor zorgverleners in de langdurige zorg.

Voor LVHC-cliënten die niet willen of kunnen verhuizen naar een expertisecentrum, kunnen consultatietrajecten vanuit het expertisecentrum ingezet worden. Op deze manier wordt de opgedane kennis en kunde naar de cliënt gebracht. Hiermee is ook passende zorg gerealiseerd voor cliënten met een zeer complexe zorgvraag die in een regulier verpleeghuis verblijven.

De NZa heeft voor alle zeven cliëntgroepen en voor de consultatiefunctie tariefonderzoek uitgevoerd, prestatiebeschrijvingen opgesteld en kostendekkende tarieven vastgesteld. Zorgkantoren kopen op basis hiervan gespecialiseerde LVHC-zorg in. In het inkoopbeleid hebben de zorgkantoren opgenomen dat zij dit alleen inkopen bij expertisecentra die aantoonbaar voldoen aan de LVHC-kwaliteitsnormen.

Uitkomsten tussentijdse evaluatie

In 2025 is het LVHC-beleid geëvalueerd. Doel van deze evaluatie was ten eerste om na te gaan in hoeverre de beoogde infrastructuur tot stand is gekomen. Het tweede doel was om na te gaan of de LVHC-structuur ook resulteert in betere kwaliteit van zorg en daarmee betere kwaliteit van leven. Daarnaast is vooruitgeblikt hoe de LVHC-infrastructuur voor de toekomst te bestendigen, met als uitgangspunt dat de LVHC-zorg zoveel mogelijk meegaat in reguliere processen.

De uitkomst van de evaluatie[3] is dat de kennisinfrastructuur ook daadwerkelijk tot stand is gekomen zoals vooraf de bedoeling was. Of dit ook tot betere kwaliteit van zorg leidt, ligt weliswaar in de lijn der verwachting, maar het bleek nog te vroeg om dit in 2025 al als zodanig te kunnen concluderen. Daarom zal ik dit punt de komende jaren opnieuw laten monitoren en evalueren. Hierbij zal nauwe afstemming met ZonMw plaatsvinden, zodat ook de impact van de kenniscentra op de LVHC-zorg inzichtelijk wordt.

Voor de overstap naar reguliere zorginkoop zijn in het evaluatierapport adviezen gegeven op onder meer het gebied van governance, op het borgen van de kwaliteitseisen, monitoring en verlagen van de administratieve lasten. Deze adviezen worden ter harte genomen. Zo worden naar verwachting rond de zomer de LVHC-kwaliteitsnormen opgenomen in het Register kwaliteitsinstrumenten van het Zorginstituut. Ook ga ik erop toezien dat bij de doorontwikkeling van de LVHC-structuur de administratieve lastendruk verlaagd wordt.

[3] Eindrapport Beleidsevaluatie Laag Volume Hoog Complex, Significant Public, 11 november 2025.

Afspraken voor toekomstige borging LVHC-structuur

Naast de aandachtspunten vanuit de evaluatie zie ik ook de risico's dat met het einde van de CElz op termijn de LVHC-structuur bijvoorbeeld zou kunnen verdwijnen of juist onbeheersbaar groeit. Beide wil ik voorkomen, want het is van belang dat de LVHC-zorg ook in de toekomst beschikbaar blijft voor cliënten met een zware en complexe zorgvraag. Daarom heb ik recentelijk bestuurlijke afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Federatie LVHC[4] over de wijze waarop partijen in de periode 2027–2029 gezamenlijk – met ieder de eigen verantwoordelijkheden – regie voeren over de LVHC-structuur. Het doel is om zo per 2030 te komen tot een structurele verankering van de LVHC-structuur in het reguliere zorglandschap. Deze bestuurlijke afspraken zijn in de bijlage opgenomen.

In de periode 2027–2029 wordt over de eerste twee jaar een monitor uitgezet en vervolgens zal een eindevaluatie plaatsvinden. Mochten er de komende jaren ontwikkelingen plaatsvinden met ongewenste consequenties voor de LVHC-structuur, dan kan hier tijdig op bijgestuurd worden. Op deze manier zetten ZN, de Federatie LVHC en VWS zich er gezamenlijk voor in om de LVHC-structuur ook voor de toekomst te behouden. Hierdoor blijft gespecialiseerde zorg voor zeven kleine zeer complexe cliëntgroepen ook in de toekomst beschikbaar.

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,
W.R.C. Sterk

[4] De Federatie LVHC is recent opgericht: dit is de vereniging van alle LVHC-zorgaanbieders.