



Beleidsregel Meerzorg pgb Zilveren Kruis Zorgkantoor

Zilveren Kruis Zorgkantoor,

gelet op artikel 2.2 lid 1 Rlz en de daarin besloten bevoegdheid om te beoordelen in hoeverre er sprake is van een zorgprofiel overstijgende zorgbehoefte,

en gelet op artikel 5.1e Rlz en de daarin besloten bevoegdheid om af te wijken van de bedragen genoemd in bijlage H Rlz,

besluit:

Artikel 1

Zorgkantoor Zilveren Kruis hanteert beleidsregels bij het beoordelen of er sprake is van een recht op Meerzorg en zo ja, de omvang van de Meerzorgtoeslag. Deze beleidsregel is opgenomen in hoofdstuk 1 tot en met 4 bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 maart 2026.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregel Meerzorg pgb Zilveren Kruis zorgkantoor.

Artikel 4

De Beleidsregel Meerzorg pgb Zilveren Kruis Zorgkantoor vervangen het Beleidskader Meerzorg vanaf 2024.

Artikel 5

Dit besluit wordt met de beleidsregel in de Staatscourant geplaatst.



Inleiding

Het kan gebeuren dat een Wlz-geïndiceerde meer zorg nodig heeft dan op grond van zijn indicatie mogelijk is. In bepaalde gevallen is het budget van het zorgprofiel onvoldoende om passende zorg thuis te bieden. Zorgkantoren kijken dan naar de aard van zorg zoals verwoord in de beschrijving van het zorgprofiel¹ of van daaruit sprake is van een bijzondere zorgbehoefte die niet passend is in die beschrijving.

Het uitgangspunt van zorgkantoren is dat er recht is op een budget dat toereikend is om op passende wijze te voorzien in de zorgbehoefte. De zorgbehoefte is daarmee leidend. De zorgbehoefte van de verzekerde is de behoefte aan zorg die medisch en zorginhoudelijk noodzakelijk is. Tegelijkertijd draagt het zorgkantoor de verantwoordelijkheid om zorgvuldig om te gaan met gemeenschapsgelden en onnodige uitgaven te voorkomen. In de beoordeling van Meezorg kijkt het zorgkantoor kritisch naar de doelmatigheid en rechtmatigheid van de zorg en worden persoonlijke belangen en collectieve belangen zorgvuldig afgewogen.

De beleidsregels bieden handvatten voor de beoordeling van Meezorg bij een pgb (persoonsgebonden budget). Kenmerkend voor een persoonsgebonden budget is dat de verzekerde zelf de regie heeft over de inrichting van de zorg. Wanneer Meezorg wordt aangevraagd heeft het zorgkantoor een actieve rol in de beoordeling van de zorg en de financiering ervan.

Hoofdstuk 1 Toegang tot Meezorg

Meezorg is een regeling voor extra zorg om te voorzien in een bijzondere zorgbehoefte. Een bijzondere zorgbehoefte is een situatie waarin de benodigde zorg (tijdelijk) meer betreft dan waarin vanuit het geïndiceerde (best passende) zorgprofiel kan voorzien. Meezorg gaat nadrukkelijk over een hogere zorgbehoefte waarbij om die reden de zorgvraag meer intensief of specialistisch van aard is.

1. Is er sprake van het best passende zorgprofiel?

Een verzekerde komt in aanmerking voor Wlz-zorg als hij in het bezit is van een door het CIZ geïndiceerd zorgprofiel². Als de zorgbehoefte na het indicatiebesluit van het CIZ veranderd is dan moet een herindicatie worden overwogen.

2. Is er sprake van een zorgprofiel met recht op Meezorg?

Verzekerde heeft één van de zorgprofielen of kenmerken zoals genoemd in artikel 2.2 lid 1 en 2 Rlz.

3. Zijn andere toeslagen dan Meezorg van toepassing?

Vervolgens wordt beoordeeld of er andere toeslagen van toepassing zijn. Dit is voorliggend op de Meezorg beoordeling. De toetsing is afgerond als er geen passende, voorliggende (maatwerk) toeslag is om de noodzakelijke zorg thuis verantwoord te organiseren.

4. Is er sprake van een zorgprofiel overstijgende zorgbehoefte?

Voor zover het zorgkantoor van oordeel is dat de zorgbehoefte van de verzekerde uitstijgt boven het geïndiceerde zorgprofiel (naar aard en omvang) dan kan de verzekerde toegang krijgen tot Meezorg. Meezorg kan alleen worden toegekend wanneer de verzekerde in het best passend profiel is geïndiceerd. Vaststaat dat de extra zorgbehoefte niet met een andere toeslag kan worden gecompenseerd en op dit zorgprofiel een Meezorgtoeslag kan worden aangevraagd. Als er twijfel bestaat over de passendheid van het zorgprofiel, dan kan tijdelijk extra budget worden toegekend voor een periode van bijvoorbeeld zes maanden. Voorwaarde is dat er in die periode samen met het CIZ wordt onderzocht wat het meest passende profiel is. In lijn met de duiding van Zorginstituut Nederland³ kijken zorgkantoren naar de aard, inhoud en globale omvang van de zorg zoals verwoord in de beschrijving van de zorgprofielen en of er vanuit daar sprake is van een bijzondere zorgbehoefte die niet passend is bij die beschrijving. De beoordeling moet zijn welke zorgmomenten of zorgbehoeften als Meezorg kunnen worden aangemerkt, en welke binnen het zorgprofiel vallen. Deze stap wordt uitgewerkt in hoofdstuk 2.

¹ Bijlage A. bij artikel 2.1 van de Regeling langdurige zorg

² 1 Art. 2.2 lid 1 Rlz

³ 1 Zorginstituut Nederland (2023) Duiding en advies over toezicht in het kader van Meezorg bij leveringsvormen mpt en pgb. Duiding en advies toezicht en Meezorg bij mpt en pgb | Zorginstituut Nederland

5a. Overstijgt de zorgbehoefte de aan het zorgprofiel verbonden bekostigingsuren met 25%?

Beoordeling van alle door de verzekerde aangeleverde uren door:

- beoordeling van het zorgmomentenoverzicht of het verzekerde zorg is;
- of de noodzaak van deze zorg medisch te onderbouwen is, en;
- of deze zorg doelmatig wordt ingezet.

Is er sprake van een zorgprofiel overstijgende zorgbehoefte dan moet de in uren gemeten zorgbehoefte ook voldoen aan de volumegrens die de wetgever in artikel 2.2 lid 3 Rlz heeft gesteld. Wanneer de benodigde zorguren 25% hoger uitvallen dan de bekostigingsuren die zijn verbonden aan het geldende zorgprofiel, dan bestaat toegang tot Meezorg.

5b. Is Meezorg noodzakelijk in verband met een bijzondere situatie

Als er volgens bovenstaande geen recht is op Meezorg, dan is er ruimte om de vraag te stellen, kijkend naar de omstandigheden, wat er nog mogelijk is aan extra zorg of extra budget. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 2 Beoordeling bijzondere zorgbehoefte die het zorgprofiel overstijgt.

De beantwoording van de vraag of sprake is van een bijzondere zorgbehoefte betreft een medisch zorginhoudelijke beoordeling ten opzichte van de in het zorgprofiel beschreven zorgbehoefte. Hierbij wordt beoordeeld of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte ten opzichte van het best passende zorgprofiel.

Voorbeelden van bijzondere zorgbehoeften zijn de volgende:

- De benodigdheid van een extreme hoeveelheid zorg zijn verklaarbaar uit een aandoening, stoornis of beperking.
- Een extra intensieve vorm van toezicht die anders is dan gebruikelijk bij het zorgprofiel.
- Structurele inzet van een boven gebruikelijke benodigde expertise die normaliter niet (structureel) voor verzekerden met dit zorgprofiel nodig is.
- Een extreme zorgzwaarte in de zin van een uitzonderlijke hoeveelheid zorgverleners die langdurig of blijvend tegelijkertijd nodig zijn voor de zorg aan de verzekerde.

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

Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten om te beoordelen of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte.

1. Zorgbehoefte

- a. De zorgbehoefte is gebaseerd op de daaruit voortvloeiende (ernst, soort, mate, frequentie en blijvendheid van) beperkingen die leiden tot de zorgbehoefte en is niet gebaseerd op de (hoeveelheid van) diagnoses en aandoeningen bij verzekerde.
- b. De zorgbehoefte van de verzekerde staat los van de invulling van de zorg of leveringsvorm. Het wonen in een ZIN-instelling of thuis heeft geen invloed op de zorgbehoefte van de verzekerde. In een instelling middelen de verschillen in zorgbehoefte van de verschillende bewoners met hetzelfde zorgprofiel zich uit. Thuis is dit niet mogelijk. Dit maakt echter niet dat daarmee de zorgbehoefte van een verzekerde zelf anders is wanneer de verzekerde thuis verblijft in plaats van in een instelling. Dit geldt ook voor het benodigde toezicht. In een instelling wordt tegelijkertijd opzichzelfstaand toezicht geboden aan andere verzekerden. Terwijl, men bezig is zorg te verlenen aan een verzekerde of aan de zorg gerelateerde activiteiten uit te voeren.

2. Toezicht

De behoefte aan (opzichzelfstaand) toezicht is cliëntgebonden en is daarmee thuis niet anders dan in een instelling. Het is wel zo dat het thuis minder doelmatig ingezet kan worden. Het uitgangspunt is dat toezicht verdisconteerd is in alle zorgprofielen en wordt van daaruit geboden⁴.

⁴ Zoals eerder overwogen (vergelijk de uitspraken van de Raad van 22 januari 2014, ECLI:NL:CRVB:2014:214 en van 25 april 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:1228) kan als de verzekerde ervoor kiest om zelf met een pgb zorg in te kopen, geen pgb worden verleend voor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, voor zover daarin niet kan worden voorzien door de in het ZZP begrepen zorgfunctie begeleiding. (uitspraak 2-1-2019, ECLI:NL:CRVB:2019:84)



3. Zorgprofiel

De benodigde zorg binnen een zorgprofiel kan in de loop der tijd uiteenlopen tussen verzekerden en binnen de zorg van individuele verzekerden. De ene verzekerde heeft bijvoorbeeld relatief meer begeleiding nodig. De andere verzekerde relatief meer of juist relatief minder verzorging. Een zorgprofiel bestaat uit een beschrijving van de zorgbehoefte naar aard, inhoud en globale omvang.

4 Beoordelaar

Bij het beoordelen van aanspraak op Meezorg wordt vastgesteld of en in hoeverre er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte ten opzichte van het geïndiceerde (best passende) zorgprofiel. Deze beoordeling wordt uitgevoerd door de adviserend geneeskundige en de adviserend verpleegkundige. Een adviserend geneeskundige is bij uitstek deskundig op het gebied van het maken van de vertaalslag van aandoeningen naar de soort, ernst, mate, frequentie en blijvendheid van beperkingen. Een adviserend verpleegkundige heeft met name expertise op het gebied van de in te zetten zorg die passend is bij de vastgestelde beperkingen. In een zorgkantoor is het overigens mogelijk dat deze professionals via een verlengde arm constructie bepaalde delen van hun verantwoordelijkheid delegeren.

5 Werkwijze beoordeling door de adviserend geneeskundige

Inventarisatie Stel vast of benodigde objectieve informatie vanuit de behandelsector beschikbaar is om de bijzondere zorgbehoefte mee vast te kunnen stellen. Leg vast welke bronnen zijn gebruikt voor de uitgevoerde beoordeling.

Probleemanalyse Beschrijf de aandoening(-en) van verzekerde, de daaruit voorkomende ernst van beperkingen, de frequentie, de behandelmogelijkheden en blijvende/prognose. Geef bij het beschrijven van de problematiek (in verband met de beschrijvingen van het profiel) en de ernst ervan, aandacht aan specifiek de volgende terreinen:

- a. sociale redzaamheid,
- b. psychosociaal/cognitief,
- c. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL),
- d. mobiliteit,
- e. verpleging,
- f. gedragsproblematiek.

Beschrijf of verwijst naar het betreffende profiel en beschrijf de mate van beperkingen op bovengenoemde terreinen.

Afweging Stel vast of en in hoeverre het beeld van betrokkene wel/niet grotendeels past binnen de kaders van het vastgestelde profiel en waarom en op welk gebied in geval van niet.

Conclusie Stel vast of er sprake is van een (medisch onderbouwde) bijzondere zorgbehoefte ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel. Hier kunnen ook andere suggesties, zoals voorliggende behandelingen, een beter passend zorgprofiel of veranderingen in context worden benoemd.

Hoofdstuk 3 Omvang van Meezorg zowel in zorgbehoefte als in het budget

Bij de vaststelling van de omvang van Meezorg, zowel in zorgbehoefte als in het budget dat daarbij hoort, zijn de volgende beleidsuitgangspunten vastgesteld. Deze uitgangspunten zijn het resultaat van een collectieve belangenafweging van de algemene belangen die met Meezorg gemoeid gaan. Naast deze collectieve belangenafweging dient er ook een individuele belangenafweging plaats te vinden.

3.1 Omvang van Meezorg: zorgbehoefte

1 Integrale beoordeling van individuele casuïstiek

Iedere Meezorgaanvraag wordt integraal- en individueel beoordeeld. Integraal betekent dat er naar zowel de zorg in natura, als de pgb-zorg gekeken wordt in zijn totaliteit. Individuele beoordeling wil zeggen dat het inherent is aan Meezorg dat elk individueel geval wordt beoordeeld op zijn specifieke omstandigheden. Ook bij verlenging van al toegekende Meezorg, wordt de aanvraag opnieuw integraal en individueel beoordeeld⁵.

⁵ Stcrt. 2019, 70431, blz. 22.

2a Doelmatigheid en rechtmatigheid

Elke Meerzorgaanvraag moet doelmatig en rechtmatig zijn⁶. Doelmatigheid wil zeggen: een optimale balans tussen kosten en zorgresultaten (waarbij zorgresultaten zowel kwaliteit als kwantiteit omvat)⁷. Deze definitie is onder te verdelen in drie punten:

- De zorg moet kwalitatief en kwantitatief verantwoord zijn (te weinig, te veel en/of kwalitatief onvoldoende zorg is dus niet doelmatig, gezien vanuit de zorgbehoefte).
- De kosten van individuele zorghandelingen moeten gerechtvaardigd worden door de kwaliteit/kwantiteit van de zorg (mede gezien in de context van de algehele zorgbehoefte en m.b.t. de inzet van mantelzorg).
- De kosten van het algehele budget moeten gerechtvaardigd zijn. Dit betekent dat zorg thuis niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling (zorg in natura).

Voldoet de zorg aan de drie bovenstaande punten, dan is de zorg doelmatig ingericht. Rechtmatig is alleen de zorg die voortkomt vanuit de geobjectiverde zorgbehoefte kan worden meegenomen in het vaststellen van de omvang. Het gaat dus niet om de gevraagde zorg.

2b Verantwoorde zorg thuis

Zorg thuis moet verantwoord ingezet worden. Inzet van één professionele zorgverlener (bijvoorbeeld een verpleegkundige, SPH'er of arts verstandelijk gehandicapten) kan onderdeel zijn van verantwoorde zorg om de kwaliteit van de zorg thuis te waarborgen (zie ook beleidsregel aanvullende verplichten inkoop pgb zorg). Een professionele zorgverlener is in staat om vanuit zorginhoudelijke expertise te bekijken of de zorg toereikend wordt ingevuld en of aan de zorgbehoefte van verzekerde wordt voldaan. Er wordt zorginhoudelijk advies gevraagd om te beoordelen of de in te kopen zorg op kwalitatieve en doelmatige wijze voorziet in de zorgbehoefte van de verzekerde. Een huisbezoek behoort hierbij tot de mogelijkheden.

3a. Sociale welzijnsactiviteiten vanuit individuele begeleiding i.p.v. dagbesteding

Er zijn ook verzekerden die geen behoefte hebben aan dagbesteding of geen passende dagbesteding kunnen vinden in hun regio. Voor hen geldt dat een andere optie is om individuele welzijnsactiviteiten af te nemen die vallen onder de Wlz-zorgfunctie begeleiding individueel. Voorwaarde hierbij is dat de dagbesteding niet wordt afgenomen en dat maximaal 25% van de begeleiding groep uren uit het zorgprofiel⁸, hiervoor ingezet mogen worden. In individuele gevallen kan hiervan afgeweken worden. Als er sprake is van dagbesteding, dan worden extra individuele welzijnsactiviteiten niet vergoed vanuit het pgb.

3b. Extra huishoudelijke hulp in gezinssituaties

Voor sommige Wlz-verzekerden geldt dat er behoefte is aan huishoudelijke hulp. In elk zorgprofiel is een vast bedrag vastgesteld voor deze huishoudelijke hulp (het maximumtarief bijlage H van de RIz). Hierdoor wordt er geen extra budget beschikbaar gesteld voor extra huishoudelijke hulp.

Hierop is een aantal medisch onderbouwde uitzonderingen die om extra hygiëne vragen:

- sprake van ernstige allergieën;
- sprake van ernstige luchtwegproblemen;
- sprake van een zeer nauwlettend dieet met een specifieke bereiding dat risico's meeneemt voor de verzekerde;
- sprake van structureel braken of diarree;
- sprake van ernstige gedragsproblematiek die zich uit in zelfbevuilding of bevuilding van leefruimtes.

4. Gebruikelijke en boven gebruikelijke zorg aan kinderen & samenwonende naasten

In de thuissituatie zijn er zorghandelingen die men mag verwachten van hun naasten. Deze gebruikelijke zorg maakt geen onderdeel uit van de Meerzorgaanvraag.

Onder gebruikelijke zorg wordt verstaan:

- **Kinderen onder de 18 jaar:** Dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling die kinderen horen te krijgen van hun (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers.

⁶ art. 3.2.1 lid 1 Wlz.

⁷ Nederlandse Zorgautoriteit, Rapport Doelmatige zorg in de Wlz, november 2016, blz. 11.

⁸ Dit betekent voor de VG-sector negen dagdelen, voor de LG-sector zeven dagdelen, voor de GGZ-sector vijf dagdelen en voor de VV-sector negen dagdelen.

- Daarbij hanteren we de categorieën zoals meest recent zijn vastgesteld door het ClZ in de beleidsregels indicatiestelling Wlz.
- Is er volgens deze categorieën sprake van gebruikelijk zorg, dan is de overweging altijd of de zorghandeling in dezelfde omvang (in tijd/intensiteit) ook noodzakelijk is bij kinderen zonder een beperking. Denk hierbij aan: uit bed halen en persoonlijke hygiëne, voeden, naar bed brengen.

Dit wordt beoordeeld aan de hand van het zorgplan en de aard van de individuele zorghandelingen.

- **Volwassenen:** Dagelijkse hulp en bijstand die verwacht mag worden van naasten onderling die een gezamenlijke huishouding voeren. Dit wordt beoordeeld aan de hand van het zorgplan en de aard van de individuele zorghandelingen.

Voor zorghandelingen door naasten die niet onder gebruikelijke zorg vallen kan mantelzorg wenselijk zijn, mits dit de wens van de mantelzorger is en niet leidt tot overbelasting. Mantelzorg kan niet worden afgedwongen.

5. Toezicht

Iedere Wlz-verzekerde maakt aanspraak op zorg zoals opgenomen in het geïndiceerde zorgprofiel. Permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid zijn toegangscriteria tot de Wlz. Toezicht is daarom een standaard onderdeel van ieder zorgprofiel. Het toezicht in dit zorgprofiel is gebaseerd op zorg in een instelling⁹.

Het uitgangspunt is dat er geen (extra) budget vrijgemaakt wordt voor toezicht thuis. In de basis wordt het toezicht in de thuissituatie geleverd door het sociale systeem van verzekerde (naasten en mantelzorgers)¹⁰.

Er is één uitzondering mogelijk op het uitgangspunt dat toezicht niet kan bijdragen aan de hoogte van het Meerzorg budget. Voor zover een verzekerde in een instelling (zorg in natura) ook bijzonder toezicht nodig zou hebben, dan verschilt het één-op-één toezicht in de thuissituatie niet van toezicht in een instelling. In zulke gevallen is het doelmatig om één-op-één toezicht in de thuissituatie ten laste te brengen van het Meerzorg budget.

Een voorbeeld hiervan is medisch noodzakelijk toezicht ter voorkoming van levensgevaarlijke situaties (actieve observatie) kan wél worden vergoed vanuit Meerzorg wanneer verzekerde een bijzondere zorgbehoefte heeft die maakt dat:

1. Verzekerde gedurende het hele etmaal permanent en onafgebroken toezicht en actieve observatie door een zorgverlener nodig heeft, omdat:
 - I. ingrijpen te allen tijde noodzakelijk kan zijn en,
 - II. zodra ingegrepen moet worden, dit onmiddellijk moet gebeuren en,
 - III. zonder tijdig ingrijpen zich een escalatie van (levens)bedreigende situaties op het gebied van de gezondheid van de verzekerde voordoet,en
2. het ingrijpen bestaat uit verpleegkundige zorghandelingen of zorghandelingen op het gebied van extreme gedragsproblemen.

6. Incidentele zorg

Soms kent de zorgbehoefte geen voorspelbaar patroon. Hierin maken we onderscheid tussen 'wat als zorg' en 'structureel variabele zorg'.

Wat als-zorg wil zeggen: zorg die geleverd zou moeten worden wanneer een bepaalde onzekere hypothetische situatie zich voordoet. Bijvoorbeeld: een vaste zorgverlener valt op onvoorspelbare wijze uit door ziekte, waardoor andere, mogelijk duurdere zorgverleners, de zorg moeten overnemen.

Structureel variabele zorg wil zeggen: zorg die vanwege haar aard moeilijk in vaste tijden en omvang is te kwalificeren. Structureel variabele zorg is gebaseerd op aantoonbaar fluctuerende zorgbehoefte en/of gebeurtenissen die hoogstwaarschijnlijk plaats zullen vinden en een impact hebben op de zorghandelingen. Het komt bijvoorbeeld voor dat verzekerden per week of zelfs per dag compleet

⁹ Toezicht in een instelling kan efficiënter worden ingezet doordat een zorgverlener toezicht kan houden op meerdere verzekerden en toezicht thuis per definitie één op één toezicht is. Eén op één toezicht is naar aard en omvang een andere zorghandeling dan toezicht in een instelling.

¹⁰ Duiding en advies over toezicht in het kader van Meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb – Zorginstituut Nederland, 26 september 2023.

andere zorg nodig hebben, doordat de zorgbehoefte sterk fluctueert. Denk hierbij aan onvoorspelbare epilepsieaanvallen en de zorghandelingen die daarmee gemoeid zijn. In dit soort gevallen is het niet mogelijk om tot een vast zorgplan te komen.

De belangrijkste factor die 'wat als'-zorg en (structureel) variabele zorg van elkaar onderscheidt is hoe waarschijnlijk het is dat de ter discussie staande zorg daadwerkelijk geleverd zal moeten worden, binnen de toekenningsperiode.

Uitgangspunt is dat 'wat als'-zorg' niet vooraf wordt meegenomen in het pgb vanwege zijn hypothetische aard. Mocht de situatie zich desondanks toch voordoen, dan kan een ophoging van het budget worden aangevraagd.

Structurele variabele zorg daarentegen wordt wel meegenomen in het pgb omdat dit de structurele zorgbehoefte betreft¹¹.

Hierbij wordt uitgemiddeld wat de gemiddelde zorginzet is geweest over een voorliggende periode. Dit wordt omgerekend naar de toekenningsperiode.

3.2 Omvang van Meezorg: budget

1a. Doelmatigheid en tarieven voor formele zorgverleners

Voor zover een verzekerde de zorg kan bekostigen binnen het basisbudget, gelden de maximale tarieven uit art. 5.22 Rlz. Wanneer een verzekerde bijvoorbeeld Meezorg of EKT aanvraagt, dan kijkt het zorgkantoor kritisch naar de hoogte van de tarieven¹². In andere woorden betekent dit dat de tarieven maximaal marktconform dienen te zijn om als doelmatig aangemerkt te worden¹³. Dit geldt voor zowel informele- als formele zorgverleners. Zodoende waarborgt het zorgkantoor dat de verzekerde ook in geval van Meezorg de noodzakelijke zorg kan inkopen zonder dat deze zorg onnodig duur is. Of een tarief marktconform is moet worden bepaald naar de omstandigheden van het geval. Welk tarief marktconform is, is immers afhankelijk van omstandigheden als de regio waarin de verzekerde woonachtig is, de leeftijd van de zorgverlener en de aard van de zorghandelingen die verricht dient te worden.

1b. Doelmatigheid en tarieven voor informele zorgverleners

Met betrekking tot de informele zorgverlener onder de 21 jaar geldt dat zij maximaal 25% boven het minimum jeugd uurloon¹⁴ mogen hanteren uit het pgb. Met betrekking tot een informele zorgverlener met zorgervaring- en/of opleiding onder de 21 jaar geldt dat zij het maximale informele uurtarief¹⁵ mogen hanteren. Op basis van aantoonbare deskundigheid en relevante opleiding(en) zijn uitzonderingen op bovenstaande mogelijk. Dit wordt beoordeeld door het zorgkantoor.

Voor informele zorgverleners met oude rechten¹⁶ geldt dat in beginsel geen reden bestaat om aan hen meer gemeenschapsgeld beschikbaar te stellen dan aan andere verzekerden met vergelijkbare zorgbehoefte en informele zorginzet. Onder meer op basis van aantoonbare deskundigheid en relevante opleiding(en) zijn uitzonderingen op bovenstaande mogelijk. Dit wordt beoordeeld door de Meezorgconsulent.

1c. Ophoging van uurtarieven binnen het pgb

Meezorg is niet bedoeld voor het ophogen van uurtarieven. Afhankelijke van het geval kan het zorgkantoor niettemin een verhoging van uurtarieven toestaan¹⁷. Het ophogen van uurtarieven van

¹¹ Hiermee wordt bedoeld op het feit dat het pgb in principe de volledige zorgbehoefte moet omvatten. Alle noodzakelijke zorg moet in beginsel te bekostigen zijn uit het Meezorgbudget. In gevallen waarin die noodzakelijke zorg niet in vaste uren te kwantificeren is, is het wenselijk dat er een manier is om de te verwachten kosten alsnog in het jaarbudget te verdisconteren. Zodoende voorkomen we dat verzekerden met onplanbare zorgmomenten onnodig tussentijdse ophogingen moet aanvragen.

¹² Dit vloeit voort uit het vereiste van doelmatigheid en de hoedanigheid van een pgb als volwaardig alternatief voor ZIN. Omdat het basisbudget correspondeert met de kosten zoals die zouden bestaan in ZIN, is kwalitatief verantwoorde zorg in beginsel altijd doelmatig wanneer deze binnen het basisbudget bekostigd wordt. Wanneer men buiten dit basisbudget treedt, is dit echter niet meer vanzelfsprekend. Daar past een grotere rol bij voor het zorgkantoor, wat betreft het beoordelen van de doelmatigheid van tarieven.

¹³ Zie in dit verband Rb. Noord-Nederland 1 februari 2019, ECLI:NL: RBNNE:2019:338, r.o. 4.5.

¹⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/minimumloon/bedragen-minimumloon/bedragen-minimumloon-2023>

¹⁵ Art. 5.22 lid 1 Rlz

¹⁶ Art. 5.22 lid 2b Rlz

¹⁷ ECLI:NL:CRVB:2025:780



zorgverleners is alleen mogelijk binnen de kaders van de jaarlijkse indexering¹⁸. Indexering kan worden geweigerd als het leidt tot ondoelmatige tarieven.

2 Vakantie

Uitgangspunt is dat alleen Wlz-verzekerde zorg ten laste mag komen van het pgb. Ook ten tijde van vakantie van de verzekerde kan er (extra) zorg nodig zijn. Alleen deze zorg kan meegenomen worden in de Meerzorg-aanvraag. Onkosten voor deze vakantie (waaronder vliegtickets, verblijfskosten en vervoer van zorgverleners en/of verzekerde) kunnen niet worden meegenomen in de Meerzorg-aanvraag. Voor zover het vakantieverblijf van de verzekerde valt onder de Wlz-zorgfunctie 'Logeren', dan kunnen de verblijfskosten van de verzekerde uit het pgb vergoed worden via het integrale logeertarief.

3. Tussentijdse heraanvragen

Met een tussentijdse heraanvraag wordt bedoeld op een aanvraag voor een hoger Meerzorg budget voordat de huidige Meerzorg beschikkingsperiode afloopt. Een heraanvraag kan worden ingediend als er sprake is van aantoonbare nieuwe feiten of omstandigheden. Een heraanvraag voor meer zorguren is alleen mogelijk voor zover aannemelijk wordt gemaakt dat er een verzwaring heeft plaatsgevonden in de zorgbehoefte of verandering van de zorgsituatie van verzekerde. Een heraanvraag voor hogere uurtarieven is alleen mogelijk voor zover er (tijdelijke) uitval van een bestaande zorgverlener plaatsvindt. Voor zover het niet mogelijk is om voorafgaand aan de verandering een heraanvraag te doen, kunnen heraanvragen met extra zorgkosten met terugwerkende kracht tot maximaal zes weken toegekend worden. Toekenning van het extra Meerzorg budget is alleen mogelijk als er een onderbouwing en specificatie van de extra zorg/uren aanwezig is.

Hoofdstuk 4 Bijzondere situaties

Als er in stap 1 geen profiel overstijgende zorgbehoefte wordt vastgesteld, dan kan er op basis van bijzondere omgevingsfactoren toch sprake zijn van een noodzaak voor zorg waardoor er een (tijdelijke) uitzondering van toepassing is.

Hiervan is sprake als:

- Er een medisch te objectiveren zorgbehoefte is **en**,
- reguliere voorzieningen/ regelingen optimaal zijn benut **en**,
- er buiten de persoon gelegen factoren sprake is van een bijzondere omgevingsfactor of een uitzonderlijke combinatie van omgevingsfactoren **en**,
- bovengenoemde punten leiden tot een noodzaak voor het inzet van extra zorg om de kwaliteit van leven en daarvoor noodzakelijke zorginzet te waarborgen. Waarbij Meerzorg hier de aanwezige toeslag voor is.

Van een bovenbedoelde uitzonderingssituatie is bijvoorbeeld sprake als:

- Er een situatie is waarbij zorgval plaats vindt, omdat een verzekerde vanuit een eerder (aansluitend op de huidige Meerzorgaanvraag) toegekend Meerzorgbudget, 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. Als hier sprake van is dan krijgt de client een overgangsregeling van maximaal 1 jaar.
- Zich binnen het gezin een zorg-gerelateerde bijzonderheid voor doet, 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.

¹⁸ Jaarlijkse indexering is gebaseerd op de indexeringscijfers van VWS