

# Toetsingskader meerzorg 2026

# Toetsingskader voor het beoordelen van aanvragen van meerzorg 2026

## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Belangrijke documenten
3. Pijlers voor meerzorg
4. Check vooraf
5. Uitgangspunten bij beoordelen meerzorg
6. Toetsingscriteria
7. Hulp bij beoordelen (vanuit vragenlijst en rekentool)

### 1. Inleiding

Deze notitie geeft een richting en kaders voor het beoordelen van meerzorg-aanvragen. De informatie hierin helpt om op een eenduidige manier de aanvragen te beoordelen. Daarnaast geeft het aanvragers een handvat voor wat er wel en niet aangevraagd kan worden.

### 2. Belangrijke documenten

Een aantal documenten helpt bij het (beoordelen van) aanvragen. Een van de belangrijkste documenten is de beschrijving van de procedure meerzorg. Het is goed om de volgende documenten door te nemen. Ze vormen de onderlegger voor de beoordeling:

- Beleidsdocument: "Samenwerken aan passende meerzorg"
- Voorschrift zorgtoewijzing
- Aanvraagformulier Meerzorg 2026 (inhoudelijke vragenlijst en rekentool).
- ClZ zorgprofielen

### 3. Pijlers voor meerzorg

Drie elementen wegen mee bij meerzorg:

#### Kwaliteit van leven

Draagt de aangevraagde meerzorg voor de cliënt bij aan verbetering of handhaving van voldoende kwaliteit van leven gezien zijn mogelijkheden en beperkingen?

#### Doelmatigheid

De inzet en het beoogde resultaat van goedgekeurde meerzorg wordt altijd geëvalueerd; zijn de aangevraagde middelen voor de meerzorg effectief en efficiënt ingezet? Hierbij wordt ook naar goede voorbeelden in het land gekeken.

#### Maatschappelijk verantwoord

Is het redelijk om de gevraagde financiële middelen voor meerzorg toe te wijzen? Hierbij wordt gekeken naar wat er al is gedaan om meerzorg te voorkomen, of er andere opties zijn en wat er gebeurt als de meerzorg niet wordt toegekend.

### 4. Check vooraf

Voordat een aanvraag inhoudelijk wordt beoordeeld, vindt op een aantal punten een controle plaats. Dit gebeurt zowel door de zorgaanbieder als door het zorgkantoor.

#### Check vooraf door zorgaanbieder:

- Bij een aanvraag meerzorg wordt van de zorgaanbieder, voordat een aanvraag naar het zorgkantoor gaat, een check verwacht op legitimiteit. Een afweging hierbij is of er behoefte is aan meerzorg of dat mogelijk een interne of externe collegiale consultatie (bijv. CCE) passender is.
- Vragen die hierbij passen zijn: Is beeldvorming en diagnostiek helder? Is er sprake van handelingsverlegenheid? Is de basiszorg<sup>1</sup> op orde?  
De persoonlijk begeleider stelt samen met de behandelaar en de manager vast op welke wijze meerzorg voorkomen wordt. Uiteraard altijd in afstemming met cliënt(vertegenwoordiger).
- Bij meerzorg gaat het om zorgvragen die het zorgprofiel in uren met minimaal 25% overstijgen. De beschrijving van de zorgprofielen zijn hier te vinden: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2026-01-01/0#BijlageA>

#### Check vooraf door zorgaanbieder en zorgkantoor:

- Is voor deze cliënt een passend zorgprofiel vastgesteld, en zo ja, betreft dit een indicatie waarvoor meerzorg kan worden aangevraagd?
- Is de aanvraag juist en volledig ingevuld?
- Zijn er andere mogelijkheden dan meerzorg om de zorgvraag goed te kunnen bedienen? Deze dienen eerst ingezet te worden.

### **5. Uitgangspunten bij beoordelen van meerzorg**

- De middelen zijn bedoeld voor beantwoording van een intensieve en/of complexe zorgvraag en verbetering van de context.
- Meerzorg wordt alleen ingezet als de organisatie de zorg vanuit het reguliere zorgzwaartepakket goed geregeld heeft en de zorg en organisatie vanuit het zorgprofiel op orde zijn.
- Meerzorg is - waar dit mogelijk is - gericht op tijdelijkheid en afbouw vindt plaats op basis van geformuleerde doelen.
- Beschikkingen worden passend afgegeven voor maximaal 3 jaar. Dit is o.a. afhankelijk van de doelen en het perspectief van de cliënt en eventueel groep.
- Bij meerzorg gaat het om zorg en context, niet om welzijnsactiviteiten.

### **6. Toetsingscriteria**

#### Algemeen:

- Waarom past de zorgvraag niet binnen het reguliere zorgprofiel?
- Is de zorg vanuit het reguliere zorgzwaartepakket op orde?
- Wat is er gedaan om meerzorg te voorkomen?
- Is er sprake van een meerzorg behoefte?
- Wat zijn de mogelijkheden zonder meerzorg?
- Op welke wijze is dit intern besproken?
- In hoeverre heeft de gekozen werkwijze bijgedragen aan het beoogde resultaat en staat dit in verhouding tot de kosten?
- Is dit de meest optimale zorg in de meest optimale context?

#### Kwaliteit van leven:

---

<sup>1</sup> Zoals omschreven in Voorschrift Zorgtoewijzing, uitgangspunten meerzorg: "Daarmee wordt bedoeld dat de zorgaanbieder de zorg kan leveren zoals die beschreven is voor de zorgprofielen waarvoor hij gecontracteerd is (en die aan hem worden toegewezen)".

- Draagt het beoogde plan (mogelijk) bij aan de kans op ontwikkeling/behoud van kwaliteit van leven?
- Wat zou er gebeuren als de Meezorg niet verleend/verlengd wordt?

Doelmatigheid:

- Wordt er op de meest doelmatige manier gewerkt aan het verbeteren van de context en de doelen?
- Oordeel of dit meest effectieve en/of efficiënte oplossing is.

Maatschappelijk verantwoord:

- Controleer of de hoogte van het aangevraagde meezorg-profiel/maatwerkbedrag in lijn ligt met andere vergelijkbare toegekende meezorgaanvragen in het land.
- Meezorg kent een tijdelijk karakter. Is er nagedacht over hoe men richting afbouw zou kunnen gaan? Is er mogelijk al gemiddeld in uren?

## 7. Hulp bij beoordelen

### De vragenlijst

Hieronder een handvat hoe je de vragen vanuit de vragenlijst kunt beoordelen:

#### Inzicht in de huidige situatie en zorgvraag van de cliënt.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Beschrijf in het kort wie de cliënt is en de complexiteit waarom Meezorg nodig is?</li><li>• Waarom kan de zorgvraag niet binnen het geïndiceerde zorgprofiel geleverd worden?</li><li>• Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de cliënt welke van invloed zijn op de meezorg (life- events).</li><li>• Beschrijf aard en ernst, gevolgen, waar, wanneer, hoe, oorzaak, frequentie.</li><li>• Eventuele bijkomende psychische c.q. psychiatrische en/of somatische/medische problematiek.</li><li>• Voor welke uitdaging staan zorgprofessionals bij het beantwoorden van de zorgvraag van de cliënt?</li><li>• Wat gebeurt er met deze cliënt als er geen meezorg geboden wordt? Wat voor invloed heeft dat op de betrokkenen rondom de cliënt?</li></ul>	<p>Beoordeel of hier kernachtig is weergegeven wie de cliënt is en waar de complexiteit rondom de zorgvraag zit en waarom deze niet binnen het beschreven zorgprofiel geleverd kan worden? De vragen zijn ondersteunend om de meezorg aanvraag te kunnen beoordelen.</p> <p>In de toets wordt gekeken naar:</p> <p>Oordeel: Is de aanvraag een meezorg vraag?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kan een goed beeld worden gevormd van de cliënt of de groep?</li><li>• Wordt vanuit de aanvraag duidelijk waardoor de zorgvraag niet passend is binnen het reguliere ZZP? Waaruit blijkt dat het de basis overstijgt?</li><li>• Het gaat hierbij om feiten en het verschil tussen het gefinancierde zorgprofiel en de zorgvraag.</li></ul> <p>Oordeel over de complexiteit:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wat staat er in het reguliere zorgzwaarte profiel? In welke mate overstijgt deze vraag het reguliere profiel?</li></ul> <p>Meezorg is bedoeld voor cliënten met een complexe en/of intensieve zorgvraag waarbij het -tijdelijk- niet lukt om dit uit de reguliere zorg en middelen te organiseren. De termijn en intensiteit waarvoor dit nodig is hangt af van de vraag en de directe, indirecte en bredere context van de cliënt.</p> <p>Verderop in de vragenlijst wordt deze context uitgebreid beschreven.</p>
--	---

Inzicht in het perspectief en de doelen waaraan wordt gewerkt om tot een passende, gewenste situatie te komen.

<p><b>Doelen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuleer de meerzorgdoelen SMART</li> <li>• Specifiek/Plan van aanpak: Wat wil je bereiken? Hoe wordt er aan de doelen gewerkt?</li> <li>• Meetbaar: Hoe kunnen/gaan we dit doel meten?</li> <li>• Acceptabel/Realistisch: Is het doel haalbaar?</li> <li>• Tijdsgebonden: Hoeveel tijd is er voor nodig om de doelen te behalen?</li> </ul>	<p><b>Oordeel over de doelen en het perspectief:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelen zijn altijd gericht op acties die streven naar het 'normale' leven.</li> <li>• Doelen zijn goed omschreven en gaan over bijvoorbeeld de noodzakelijke medische, psychosociale zorg, orthopedagogisch behandel- en begeleidingsklimaat, enzovoort.</li> <li>• De doelen zijn gericht op onderwerpen zoals veiligheid, intimiteit en seksualiteit, ontwikkelen beeldvorming, hechting, traumaverwerking, stabilisatie na trauma/verhuizing, afbouw vrijheidsbeperkende maatregelen of regievoering.</li> </ul> <p><b>De doelen worden beoordeeld met behulp van de volgende vragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn doelen realistisch en meetbaar?</li> <li>• Zijn de doelen helder met een concrete doelstelling en beoogd resultaat en tijdspad?</li> <li>• Wat is het effect voor de cliënt?</li> <li>• Zijn de doelen overstijgend aan het zorgprofiel?</li> <li>• Wat is de meerwaarde van de inzet van meerzorg? Wat gebeurt er als de meerzorg niet wordt verleend/verlengd?</li> <li>• Wordt de zorgintensiteit verminderd bij het behalen van de doelen? Is er perspectief op afbouw?</li> <li>• Heeft de zorgaanbieder voldoende capaciteit en expertise in huis om aan de zorgvraag te voldoen? Of: is de zorgaanbieder voldoende bewust welke expertise wordt gemist en hoe dat via externen in huis te halen?</li> <li>• Is de wenselijke context passend bij de zorgvraag en ondersteunend aan afbouw meerzorg?</li> <li>• Stabilisatie kan een doel zijn. Soms kan bij stabilisatie worden afgebouwd. Soms juist niet. Wat is bij deze zorgvraag logisch?</li> </ul>
---	---

De context speelt in de zorg een heel belangrijke rol. De context kan een zorgvraag nog intensiever maken. Bij de beoordeling van de aanvraag wordt goed gekeken naar de reden van de aanvraag en welke rol de context hierin heeft. Het streven naar verbetering van de context dient hierin terugkomen.

<p><b>Context</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZZP mix/samenstelling</li> <li>• Setting</li> <li>• Inzet professionals (vaste medewerkers /PNIL/CCE/externe expertise, etc.)</li> <li>• Middelen/maatregelen (Wzd)</li> <li>• Belangrijke betrokkenen van cliënt (familie/verwanten)</li> </ul> <p><b>Wenselijke context</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholing/expertise aanpassingen/verbouwingen</li> <li>• Hoe staan de eventuele aangevraagde middelen in verhouding tot de gestelde doelen?</li> </ul>	<p><b>Oordeel over de context in relatie met meerzorg</b></p> <p>De context speelt in de zorg een heel belangrijke rol. De context kan een zorgvraag nog intensiever maken. Bij de beoordeling van de aanvraag wordt goed gekeken naar de reden van de aanvraag en welke rol de context hierin heeft. Het streven naar verbetering van de context dient hierin terug te komen.</p> <p>De volgende punten zijn in de beschrijving van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke contextuele factoren zijn mogelijk van invloed op de complexe /intensieve zorgvraag?</li> <li>• Wat doet de organisatie of het management om deze contextuele factoren te beïnvloeden?</li> <li>• Is er breed en met meerdere deskundigen naar de zorgvraag gekeken?</li> <li>• Is setting en de samenstelling van de groep passend? Bijvoorbeeld als iemand in een appartement woont verder weg van de gezamenlijke ruimtes waardoor meer 1 op 1 begeleiding nodig is.</li> <li>• Hoe is het gesteld met het verloop van cliënten en personeel? Of het ziekteverzuim in een team en personeelsgebrek/-wisselingen?</li> <li>• Staan orthopedagogen/psychologen (en artsen, paramedici, therapeuten) dichtbij of op afstand?</li> </ul> <p>Is de wenselijke context passend bij de zorgvraag en ondersteunend aan afbouw meerzorg?</p>
---	--

Inzicht in de resultaten door de inzet van meerzorg.

<p><b>Beschrijf wat meerzorg werkelijk oplevert voor zowel de cliënt als de omgeving. Beschrijf daarbij waar en wanneer afbouw mogelijk is en hoe dit wordt gerealiseerd.</b></p>	<p><b>Wat levert de Meerzorg op en hoe wordt er gekeken naar afbouw?</b></p> <p>Wat is de motivatie van de meerzorg-(her)aanvraag? Voor de beoordeling is het belangrijk de achterliggende motivatie scherp te hebben. Zit de problematiek in cliënt gebonden aspecten, de context, groepssamenstelling, of in niet op orde hebben van de basis? Dat staat hier beschreven. Is de motivatie niet gericht op de cliëntgebonden aspecten? Dan is een kritische blik nodig: Is meerzorg dan wel de juiste financieringsvorm? Of speelt er een onderliggend probleem dat moet worden opgelost?</p> <p>Er wordt gecontroleerd op de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Waarom is de vraag (nog) niet passend binnen het huidige profiel?</li><li>• Is er een meerzorg behoefte ja of nee?</li><li>• Vormen de doelen, doelgroep en context een consistent verhaal?</li><li>• Is duidelijk waarom meerzorg nodig is?</li><li>• Wat wil de aanbieder met meerzorg bereiken?</li><li>• Wat is met meerzorg al bereikt?</li><li>• Wordt begrepen waarom de cliënt doet wat hij/zij doet?</li><li>• Is de context helder en is duidelijk welke gevolgen de context heeft op de zorgvraag?</li><li>• Wanneer is het goed voor cliënt en begeleider? Kan dat worden uitgebouwd?</li><li>• Is het reëel en haalbaar qua uitvoering (personeel, prioriteit, zorzvraag)?</li><li>• Kan de aanbieder dit waarmaken? Doen we samen de goede dingen?</li><li>• Zijn C.O.T., CCE, Crisisregisseur of andere deskundigen (intern/extern) betrokken geweest? Zo ja, wat waren de adviezen/uitkomsten hiervan?</li></ul>
---	--



**Her-aanvraag (alleen invullen bij een her-aanvraag).**

<p><b>Beschrijf wat meerzorg tot nu toe heeft opgeleverd voor zowel de cliënt als de omgeving. (context)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wat heeft de Meerzorg opgeleverd?</li><li>• Welke doelen zijn er wel/niet gerealiseerd en aan welke doelen wordt er de komende periode gewerkt?</li><li>• Welke extra inzet is er nog nodig qua intensiteit en duur?</li><li>• Waarom moet Meerzorg worden gecontinueerd en hoe wordt er naar afbouw gekeken?</li><li>• In welke mate is er gebruik gemaakt van externe expertise?</li></ul>	<p>Bij een her-aanvraag wordt er teruggekeken op de vorige aanvraag.</p> <p><b>Controle op doelen en resultaten:</b> Bij een her-aanvraag vindt controle plaats op de doelen en resultaten. Het is belangrijk om de voortgang die is gemaakt en de evaluatie van de inzet van meerzorg te delen.</p> <p><b>Neem daarbij het volgende mee:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe is gewerkt aan de doelen en wat was hiervan het resultaat (evaluatie)?</li><li>• Wat is met meerzorg bereikt? Wat heeft het de cliënt opgeleverd? Wat heeft het de groep opgeleverd? En wat het team?</li><li>• Is er een inhoudelijke evaluatie over het rendement van de indirecte kosten aanwezig?</li><li>• Wat zeggen verwanten van de cliënt over de behaalde resultaten?</li><li>• Heeft de aanvrager kritisch gekeken of er gewerkt is aan afbouw? Zo niet, waarom niet?</li><li>• Zijn doelen in de nieuwe aanvraag een logisch vervolg op voorgaande doelen?</li><li>• Sluiten de nieuwe doelen aan op de oude visie en doelen van meerzorg? Als er verschillen zijn, waar komen die vandaan?</li><li>• Bij langdurige meerzorg (&gt; _y jaar) wordt in de beoordeling de meerzorg-geschiedenis meegenomen. Zijn de doelen veranderd? Is de zorg zwaarder? Waarom zijn doelen niet behaald? Moet het beeld herijkt worden? Moet er iemand meekijken? Is dit werkelijk het meest haalbare? Is dit uitgekristalliseerde zorg?</li><li>• Worden er voor dezelfde doelen en activiteiten in de her-aanvraag wederom middelen aangevraagd?</li><li>• Waarom is er (nog steeds) meer zorg nodig dan vanuit zorgprofiel kan worden geboden?</li></ul> <p><b>Leren van goede voorbeelden.</b> Bij de beoordeling vindt een check plaats of bij de her-aanvraag gebruik is gemaakt van goede voorbeelden. Misschien kan deze aanvraag als voorbeeld dienen? Bij de vervolg toekenning kan als extra voorwaarde gesteld worden dat er gebruik gemaakt dient te worden van een goed voorbeeld in het land.</p>
---	---

## De rekentool

Ook de rekentool geeft informatie voor de beoordeling. Hieronder enkele items om te checken:

### Zorg en ondersteuning

<b>Directe zorg</b>	<p><u>Er wordt bij directe zorg gekeken naar diverse punten, zoals:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De toegewezen indicatie is het vertrekpunt voor de beoordeling van de meerzorgaanvraag. Belangrijk document bij de beoordeling is de beschrijving van de zorgzwaartepakketten. Daar staat bijvoorbeeld in dat er sprake kan zijn van verpleegtechnische handelingen en intensieve verzorging. En dat het mogelijk is dat bij bepaalde onderdelen van de zorg de cliënt geholpen kan worden door 2 begeleiders.</li><li>• Extra inzet vanwege ziekte valt niet onder Meerzorg. Een tijdelijke ziekenhuisopname of operatie vormt geen grond voor Meerzorg.</li><li>• Betreft bij 1-op-1-inzet daadwerkelijk elk uur 1-op-1-begeleiding, of zijn er momenten (bijvoorbeeld tijdens rust) waarop dit niet nodig is?</li><li>• Wees kritisch op eventuele negatieve effecten van 1-op1-inzet op zowel cliënt als begeleider.</li><li>• Gaat het om directe zorg of om nabijheid en toezicht?</li><li>• Zijn de uren zorg in het weekend en door de week in evenwicht? Ook controle op eventuele min-uren (restpost).</li><li>• In een enkel geval ontvangt de client voor wie meerzorg wordt aangevraagd geen zorg inclusief BH en/of DB. In dit geval moet goed gekeken worden of inzet BH en/of DB voorliggend is.</li></ul> <p><u>Vragen die helpen om bovenstaande helder te krijgen zijn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wat zit er van deze zorg standaard in het zorgprofiel?<sup>2</sup></li><li>• Zijn er aparte toeslagen waar rekening mee gehouden moet worden?</li><li>• Zijn de directe zorguren redelijk?</li><li>• Zijn de uren zorg te herleiden uit de zorgvraag/doelen van de cliënt?</li><li>• Is te herleiden waaraan de uren zorg besteed worden (nacht, behandeling, rest)? Zijn deze uren onderbouwd? Sluiten de aangevraagde uren aan bij de visie en doelen van de meerzorg aanvraag?</li><li>• Welke medisch/ psychosociale zorg kan niet geleverd worden vanuit de toegekende indicatie?</li><li>• Wat zijn de risico's bij het niet toekennen van meerzorg?</li><li>• Kan iemand veilig alleen zijn, of is altijd direct toezicht of directe nabijheid nodig om schade voor te zijn?</li><li>• Zijn de uren reeds ingezet en welk effect wordt gezien?</li></ul>
---------------------	--

<sup>2</sup> Zie document Verantwoording keuzes meerzorgsystematiek.

## Zorg en ondersteuning

<b>Personele inzet</b>	<p>Checkpunten met betrekking tot de personele inzet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Is de personele inzet realistisch ten opzichte van de zorgvraag en het arbeidsmarkt tekort (kan de gevraagde meerzorg waargemaakt worden?)? (check dit aan de hand van het ZZP profiel in relatie tot de inzet)</li><li>• Hoe is de inzet van extra fte's onderbouwd?</li><li>• Kan de zorgaanbieder de aanvraag wel waarmaken? Gemiddeld kost een begeleider ca 55.000 euro per jaar. Dit betekent dat bij een aanvraag van 150.000 euro bijna 3 extra fte's ingezet kunnen worden. Hiermee kun je berekenen hoeveel extra diensten er ingezet kunnen worden.</li></ul> <p><u>Vragen die je kunt stellen om bovenstaande helder te krijgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wat is de basisbezetting?</li><li>• Vanuit basisindicatie moet/kan nabijheid worden geboden. Waarom is er méér nodig?</li><li>• Is nabijheid / 1-op-1 inzetten, hét antwoord? Nabijheid en 1-op-1 zijn verschillende dingen. Bij 1-op-1 inzet wordt iemand exclusief ingeroosterd op een cliënt. In een situatie van 1 begeleider op 4 cliënten kun je ook individuele momenten bieden en dit wordt ook wel 1-op-1 genoemd, maar is het niet in termen van bezetting.</li><li>• Wordt er speciaal geroosterd op extra inzet ('de cliënt-dienst') of wordt basisbezetting opgehoogd?</li><li>• Ben jij als begeleider enkel en alleen bezig met deze cliënt of doe je ook andere dingen? Hoe ziet jouw dag als begeleider eruit?</li><li>• Is back-up nodig? Hoe is dat geregeld?</li><li>• Zijn de momenten van extra inzet te plannen?</li><li>• Hoe is de bezetting in de nacht (wakende of slapende wacht, nabij of op afstand)?</li><li>• Zijn er verschillen in bezetting en inzet op wonen en dagbesteding? Zo ja, waarom zijn er verschillen?</li></ul>
------------------------	---

## Zorg en ondersteuning

<b>Context gebonden middelen</b>	<p>Contextgebonden middelen kunnen worden opgevoerd in de aanvraag meerzorg wanneer deze incidenteel zijn, een duidelijk effect hebben op de meerzorgmiddelen en in relatie staan tot de meerzorgdoelen.</p> <p>Deze middelen ondersteunen het te behalen doel en daarmee de afbouw van meerzorg. Het verband dient goed omschreven te zijn door de aanbieder.</p> <p>De aangevraagde context gebonden middelen dienen in het zorgplan van de cliënt te zijn opgenomen.</p> <p>Uitleg context gebonden middelen:</p> <p>Van oorsprong is de inzet van meerzorg bedoeld voor directe zorg. Omdat context in de nieuwe systematiek een belangrijke plek heeft, is er in de rekentool ruimte om context gebonden middelen op te geven.</p> <p>De context gebonden middelen zijn in 2 soorten onderverdeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uren: Deze uren kunnen opgenomen worden in de rekentool en tellen mee voor het bepalen van het meerzorgprofiel van de cliënt. De contextgebonden middelen in uren zijn aanvullend op de reguliere zorginzet vanuit het dagprogramma.</li><li>• De context gebonden middelen zijn in euro's en op jaarbasis.</li></ul> <p>Om de context gebonden middelen die in euro's opgevoerd worden op de juiste manier mee te nemen, is een drempel berekend wanneer dit bedrag extra mee kan tellen in de aanvraag. Deze drempel is er, omdat in de meerzorgprofielen en maatwerkbudgetten reeds context gebonden middelen zijn opgenomen.</p> <p>Wanneer er context gebonden middelen in euro's worden opgegeven, moeten deze boven de 7,12% van de totale aanvraag voor de individuele client of groep uitkomen om de mogelijkheid te hebben deze post met het zorgkantoor te bespreken. Het zorgkantoor zal beoordelen of deze extra aanvraag, boven op het aangevraagde meerzorgprofiel/maatwerkbedrag, zal worden toegekend. Tot slot mag</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• een aanvraag voor deskundigheidsbevordering niet gaan over reguliere deskundigheidsbevordering of over een gangbare methodiek;</li></ul>
----------------------------------	--

## Zorg en ondersteuning

<b>Context gebonden middelen</b>	<p><u>Check de volgende punten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kunnen de kosten ook anders gefinancierd worden? Bijvoorbeeld via hulpmiddelen, vanuit het reguliere pakket, via fondsen, of via regulier huisvestingsbudget?</li><li>• Zijn er alternatieven die geen of minder kosten met zich meebrengen?</li><li>• Past de aanvraag bij het meerzorgplan?</li><li>• Wordt antwoord gegeven op de vraag 'wat lost het op'? Wat heeft de cliënt hieraan? Is er een goede motivatie? Zijn de context gebonden middelen direct toe te wijzen aan de extreme zorg vraag? Ondersteunen de aangevraagde context gebonden middelen bij het realiseren van de doelstellingen?</li><li>• Wat gebeurt er als de vraag om context gebonden middelen afgewezen worden?</li><li>• Zijn de context gebonden middelen niet hoger dan 7,12% van de totale aanvraag? Dan vallen deze onder het meerzorgprofiel of binnen het maatwerkbedrag.</li></ul> <p><u>Voorbeelden context gebonden middelen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Context gebonden middelen in uren die direct toe te wijzen zijn aan de extreme zorgvraag: bijvoorbeeld voor extra overleg/ MDO, extra nabijheid van leidinggevende of gedragswetenschapper/ behandelaar.</li><li>• Eenmalige trainingen specifiek gericht op deskundigheidsbevordering rondom de zorgvraag van betreffende cliënt/cliëntgroep (geen reguliere trainingen).</li><li>• Kleine verbouwingen: tot maximaal €7.500 per groep. Alles wat daarboven komt in overleg. Bij individuele aanvragen wordt hetzelfde bedrag gehanteerd, maar dit dient wel in verhouding met de zorgvraag te zijn.</li><li>• Inventaris: alleen incidentele kosten, tot maximaal €5.000 per individu/groep. Alles wat daarboven komt in overleg.</li></ul> <p><u>Voorbeelden van context gebonden middelen die niet in aanmerking komen voor meerzorg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verlet kosten</li><li>• Reguliere trainingen en interne trainingen/expertise</li><li>• MDO, ORT en alle inzet van teammanagers rondom meerzorg (aanvraag)</li><li>• Bepaalde hulpmiddelen zoals bed, matras, snoezelkar, duo fiets</li><li>• Molest kosten</li><li>• Activiteiten als zwemmen, fietsen, vrijetijdsbesteding.</li><li>• Het ouder worden en palliatieve zorg hoort bij de (ouder wordende) cliëntenpopulatie op de groep. Deze kennis zou in de basis aanwezig moeten zijn vanwege de doelgroep en zijn géén indirecte kosten gekoppeld aan meerzorg.</li></ul>
----------------------------------	--

## Zorg en ondersteuning

<b>Nachtzorg</b>	<p>Voor de nachtzorg gelden de volgende kaders:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er is sprake van nachtzorg tussen 23:00 – 07:00 uur.</li></ul> <p>Er wordt gerekend met de daadwerkelijke momenten van zorg. Hieronder wordt verstaan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Standaard mag de zorgaanbieder bij een meerzorgaanvraag 2 uur nachtzorg opvoeren in de rekentool. Dit zit in het zorgprofiel.</li><li>b. Als men meer dan 2 uur opvoert moet het waarom hiervan onderbouwd worden op cliëntniveau. Alleen directe zorghandelingen komen in aanmerking voor meerzorg.</li></ol> <p>In de verrekening van de meerzorguren met het reguliere zorgprofiel wordt in de rekentool financieel twee uur per week verrekend.</p>
------------------	---

## Behandeling

<b>Inzet behandelaren</b>	<p><u>Inzet behandelaren</u></p> <p>Een behandelaar is iemand die de eindverantwoordelijkheid draagt van een behandeling binnen de Wlz-instelling.. Behandelaren zijn: gedragswetenschapper, AVG-arts, Specialist Ouderengeneeskunde, Psychiater, GZ-psycholoog en de orthopedagogische generalist behandelaar. Daarnaast de paramedische behandelaren: fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist.</p> <p>De inzet van behandeling dient goed onderbouwd te worden in de aanvraag en is specifiek gerelateerd aan meerzorg. De aangevraagde behandel-uren dienen in het zorgplan van de cliënt te zijn opgenomen.</p> <p><u>Voorbeeld van de inzet van behandelaren:</u></p> <p>Een gedragskundige heeft ongeveer 20 minuten per cliënt per week vanuit de ZZP-financiering.<sup>3</sup> Hetzelfde geldt voor een psychiater. Bij de beoordeling wordt gekeken of de onderbouwing duidelijk maakt dat deze inzet van behandeling specifiek is gerelateerd aan meerzorg.</p> <p>Het zorginstituut beschrijft wanneer een behandeling tot de aanspraak Wlz behoort.<sup>4</sup></p> <p><u>Voorbeelden van extra inzet van een gedragskundige/behandelaar binnen de meerzorg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluatie van escalatiemomenten</li><li>• Observaties en coaching op de werkvloer ten behoeve van deze cliënt</li><li>• Aanvullende diagnostiek en beeldvorming</li><li>• Inzet van een extern deskundige</li></ul> <p><u>Voorbeelden wat niet onder meerzorg valt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meerzorg-overleggen</li></ul>
---------------------------	--

<sup>3</sup> Zie document Verantwoording keuzes meerzorgsystematiek.

<sup>4</sup> [Behandeling \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overleggen met persoonlijk begeleider</li> <li>• Multidisciplinaire overleggen</li> <li>• Overleggen met dagbesteding</li> <li>• Reguliere diagnostiek</li> <li>• Overleggen met het hele team waarin betreffende cliënt centraal staat</li> <li>• Contact onderhouden met verwanten</li> <li>• Evaluatie WZD: toetsing middelen en maatregelen (onvrijwillige zorg)</li> <li>• Tijdsinvestering voor aanvragen meerzorg</li> </ul>
--	--

#### **Uitkomst in meerzorgprofiel of maatwerk**

<b>Meerzorg profiel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vergelijk het huidige meerzorgprofiel of maatwerkbedrag met een eerdere meerzorg toekenning, indien het een heraanvraag betreft.</li><li>• Wijkt dit (substantieel) af van de eerdere toekenning?</li><li>• Hoe komt dit? Inhoudelijke of financiële verklaring?</li></ul>
<b>Maatwerk</b>	<p>Als de vragenlijst en de rekentool niet uitkomt binnen een meerzorgprofiel is er sprake van maatwerk.</p> <p>Er zijn 2 redenen voor maatwerk:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Overschrijden meerzorgprofielen: Bij de maatwerk meerzorg als gevolg van overschrijden meerzorgprofielen is een verzwaard inhoudelijk en financieel beoordelingsbeleid nodig. Te denken valt aan inzet CCE op vraagstukken waarom er zoveel extra begeleiding is. Bij elke maatwerk meerzorg zou een duidelijk traject voor afbouw richting meerzorgprofielen afgesproken moeten worden. Beoordelaars kunnen collegiaal consult, de intervisie groep van ZN en/of de morele beraadkamer gebruiken.</li><li>2. Indicaties waarvoor relatief weinig meerzorg wordt aangevraagd: Bij de maatwerk meerzorg als gevolg van te kleine volumes om meerzorgprofielen uit te werken, wordt op individueel clientniveau beoordeeld en is er sprake van een cliëntgebonden dagbedrag.</li></ol>

#### **Algemeen oordeel ingevulde vragenlijst en rekentool**

<b>Algemeen oordeel</b>	<p>De optelsom van zowel de vragenlijst als de rekentool maakt dat er een beoordeling van de meerzorg aanvraag komt.</p> <p>Er zijn 3 uitkomsten:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Afwijzen aanvraag: Aanvraag voldoet niet aan boven genoemde criteria.</li><li>2. Bijstellen aanvraag: Aanvraag dient op basis van bovengenoemde criteria bijgesteld te worden.</li><li>3. Toekennen aanvraag: Aanvraag kan toegekend worden.</li></ol> <p>De reden van afwijzen, bijstellen of toekennen wordt naar de zorgaanbieder onderbouwd en vastgelegd.</p> <p>Bij toekenning kan in de beschikking het perspectief meegegeven worden. Bijvoorbeeld nu toekennen VG7 profiel 4, volgende toekenning maximaal profiel 3. Of voor een client met maatwerk als gevolg van overschrijden meerzorgprofielen het perspectief wanneer deze client binnen een meerzorgprofiel kan passen.</p>
-------------------------	---