Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4472423-1100879-LZ

Bijlage(n)

Kenmerk afzender

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 2 juli 2026
Betreft Meerzorg thuis

Geachte voorzitter,

De meerzorgregeling is bedoeld voor de meest zorgintensieve cliënten uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om cliënten met een bijzondere zorgbehoefte, dat wil zeggen een behoefte aan zorg die hoger is dan de zorg waarin de hoogste zorgprofielen in de Wlz kan voorzien. Dit vraagt om duidelijke regelgeving wie voor meerzorg in aanmerking komt. Dat is momenteel niet het geval voor cliënten die hun zorg thuis ontvangen op basis van een persoonsgebonden budget (pgb) en/of een modulair pakket thuis (mpt). Onder meer het Zorginstituut Nederland en de Centrale Raad van Beroep hebben mij hierop gewezen[1]. Cliënten en hun naasten die meerzorg ontvangen of hiervoor een aanvraag doen en zorgkantoren hebben hier last van. Ik betreur dit. Mijn voornemen is de regelgeving per 1 januari 2027 te verduidelijken en de effecten hiervan te volgen. In deze brief ga ik in op de verduidelijking van de regelgeving. Allereerst ga ik in op de huidige uitvoering van de regeling door zorgkantoren, daarna op de beoogde verduidelijking en de rol en verantwoordelijkheden van zorgkantoren bij het toekennen van meerzorg. Ik sluit deze brief af met verbeteringen in de uitvoering van de meerzorgregeling en met monitorinformatie die nu beschikbaar is. Over diverse onderwerpen zijn moties ingediend die in deze brief aan bod komen en hiermee worden afgedaan. Met deze brief voldoe ik tevens aan mijn toezegging om uw Kamer voor deze zomer over meerzorg thuis te informeren.

1. Uitvoering meerzorgregeling door zorgkantoren

Beleidskader Meerzorg pgb 2026 de basis voor een uniforme uitvoering
Vanaf 1 maart 2026 geven de zorgkantoren op basis van het beleidskader Meerzorg pgb 2026 op een landelijk uniforme manier invulling aan het beoordelen van een aanvraag voor meerzorg thuis. Zoals toegelicht in de brief over meerzorg van 13 februari jl. gaan de zorgkantoren hierbij uit van een stapsgewijze beoordeling[2]. De motie Westerveld verzoekt de regering om het definitieve

[1] Zorginstituut Nederland, 'Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb', oktober 2023. Het betreft de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 22 oktober 2025 (ECLI:NL:CRVB:2025:1517).
[2] TK, 34104, nr. 465.

beleidskader meerzorg in samenspraak met cliënten en belangenorganisaties voor cliënten vast te stellen[3]. Dit verzoek is voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), omdat het vaststellen van het beleidskader een verantwoordelijkheid is van de zorgkantoren. Zoals ik heb vermeld in het Commissiedebat pgb van 23 juni jl. geeft ZN aan dat het beleidskader in de ontwikkelfase onder meer is besproken met cliëntenorganisaties en het Zorginstituut. Hierbij is toegelicht hoe het beleidskader tot stand is gekomen en zijn de ontvangen reacties meegewogen. Duidelijk is ook dat wanneer er nieuwe regelgeving is, zorgkantoren hun beleidskader zullen aanpassen en opnieuw met betrokken partijen bespreken.

Beleidskader meerzorg uitgewerkt in een richtlijn
De zorgkantoren hebben gezamenlijk een richtlijn opgesteld die een nadere invulling geeft van hun beleidskader. In deze richtlijn wordt onder meer uitgewerkt hoe zorgkantoren vaststellen of er sprake is van een bijzondere, profieloverstijgende zorgbehoefte. Zorgkantoren hebben hierbij de zorgprofielen als uitgangspunt genomen. Deze zorgprofielen geven een omschrijving van de aard, inhoud en globale omvang van de zorgbehoefte op meerdere gebieden, zoals sociale redzaamheid, verpleging en gedragsproblematiek. Zorgkantoren hebben voor de zorgprofielen die recht kunnen geven op meerzorg een beperkingenbeeld opgesteld dat past bij elk zorgprofiel. Hierbij is gebruik gemaakt van informatie van het CIZ, zoals de gemiddelde beperkingenscores op de genoemde gebieden. De zorgkantoren geven aan dat dit beperkingenbeeld een belangrijk hulpmiddel is bij de medische inhoudelijke beoordeling of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Voor een aantal zorgkantoren is deze manier van beoordelen van meerzorg niet nieuw. Wel nieuw is dat zij hun beoordeling op basis van deze richtlijn beter navolgbaar kunnen maken. Binnenkort komt een handreiking beschikbaar waarin zorgkantoren hun werkwijze op basis van de richtlijn nader toelichten.

In deze handreiking wordt ook uitgelegd hoe de zorgkantoren invulling geven aan extra maatwerk door, als sluitstuk van een aanvraag voor meerzorg, extra kosten toe te kennen als er sprake is van een bijzondere omgevingsfactor, bijvoorbeeld als er (nog) geen passende zorg in natura beschikbaar is.

ZN geeft aan dat de zorgkantoren elkaars beoordelingen door middel van een maandelijkse intervisie volgen om een eenduidige uitvoering te waarborgen en waar nodig verbeteringen in het proces door te voeren. Met deze inspanningen van de zorgkantoren ga ik ervan uit dat zorgkantoren aanvragen voor meerzorg op een landelijk uniforme manier gaan beoordelen. Ik waardeer de inzet van de zorgkantoren en ZN om tot een gelijkgerichte uitvoering van de meerzorgregeling te komen.

Stand van zaken invoering beleidskader en herbeoordelingen
De zorgkantoren zijn momenteel bezig om hun werkprocessen aan te passen aan het beleidskader en de richtlijn. Bij zorgkantoren die al grotendeels volgens het beleidskader werkten gaat dat sneller dan bij zorgkantoren waar dit minder het geval was. Daarmee is sprake van een geleidelijke invoering vanaf 1 maart 2026. ZN geeft daarnaast aan dat zorgkantoren uitvoering hebben gegeven aan hun toezegging om cliënten persoonlijk te benaderen die vanaf 1 januari 2025 een aanvraag voor meerzorg hebben ingediend en die op grond van hun beleidskader

[3] TK, 36800, nr. 161.

mogelijk wel in aanmerking komen voor meerzorg. Deze actie is op 1 april jl. afgerond. Volgens ZN zijn tientallen cliënten benaderd. Meer precieze landelijke cijfers ontbreken. De zorgkantoren zijn op dit moment de aanvragen van deze cliënten opnieuw aan het beoordelen of hebben de herbeoordeling uitgesteld naar 2027, waarbij deze cliënten hun toegekende meerzorgbudget behouden.

De motie Westerveld verzoekt de regering om gezinnen en cliënten van wie de aanvraag is afgewezen tot tenminste 2027 coulance te verlenen[4]. Dit verzoek is aan ZN voorgelegd, omdat dit valt onder de beslisruimte van de zorgkantoren. Zoals ik heb vermeld in het Commissiedebat pgb van 23 juni jl. geeft ZN aan dat zorgkantoren voor aanvragen voor meerzorg vanaf 1 maart 2026 gezamenlijk hebben afgesproken dat, als een cliënt op basis van het beleidskader meerzorg niet meer in aanmerking komt voor meerzorg vanwege een bijzondere zorgbehoefte of als er geen sprake is van een bijzondere situatie, er een overgangstermijn van één jaar wordt gehanteerd. Het uitgangspunt hierbij is dat cliënten binnen deze termijn een passende oplossing hebben gevonden. Als blijkt dat dit niet lukt, passen zorgkantoren in overleg met de cliënt maatwerk toe. Ik volg of dit tot knelpunten leidt.

2. Per 1 januari 2027 verduidelijking regelgeving over meerzorg thuis

Mijn voornemen is om per 1 januari 2027 in de Regeling langdurige zorg (Rlz) te verduidelijken welk referentiepunt zorgkantoren moeten hanteren bij het vaststellen van een bijzondere zorgbehoefte. Ik volg hierbij het advies van het Zorginstituut Nederland om uit te gaan van de aard en inhoud van het geïndiceerde zorgprofiel[5]. Dit betekent dat er sprake is van meerzorg als de cliënt naar aard en inhoud een bijzondere zorgbehoefte heeft ten opzichte van de zorgbehoefte die volgt uit het best passend zorgprofiel. Deze beoordeling is cliëntgebonden, waarbij de setting waarin deze cliënt de zorg ontvangt, thuis of in een zorginstelling, geen onderdeel is van deze beoordeling. Dit betekent dat als wordt vastgesteld dat een cliënt met een pgb thuis een bijzondere zorgbehoefte heeft, dit ook zou moeten gelden als die cliënt verblijft in een zorginstelling.

De overwogen alternatieven voor beoordeling 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 samen hoeven te hangen met een bijzondere zorgbehoefte. De kostengrens en urengrens hebben 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 meerzorg. Daarmee zijn deze alternatieven niet geschikt om te beoordelen of de zorgbehoefte bijzonder is. Dit verhoudt zich niet met het oorspronkelijke idee dat meerzorg alleen is bedoeld voor cliënten met een uitzonderlijke complexe zorgvraag.

De inhoudelijke beoordeling of op basis van aard en inhoud van het zorgprofiel sprake is van een bijzondere zorgbehoefte is al onderdeel van het gezamenlijke beleidskader van de zorgkantoren. Met deze verduidelijking sluit ik hierop aan. Daarmee is deze verduidelijking ook uitvoerbaar voor de zorgkantoren.

[4] TK, 36800 XVI, nr. 161.
[5] Zorginstituut Nederland, 'Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb', oktober 2023.

Zorgkantoren geven aan dat hun medisch adviseurs in staat zijn tot een navolgbaar en onderbouwd oordeel te komen of een cliënt een bijzondere zorgbehoefte heeft. De keuze om de toegang tot meerzorg op deze manier vast te stellen leidt ertoe dat voor cliënten met een pgb en/of mpt de huidige 25%-drempel op basis van uren komt te vervallen.

Bij de wijziging van de regelgeving ga ik ook op andere onderdelen aansluiten bij het beleidskader van de zorgkantoren. Zo gaat de regelgeving aansluiten bij de stapsgewijze beoordeling van de aanvraag van meerzorg. Bij deze beoordeling bekijkt het zorgkantoor eerst of de aanvraag voor meerzorg is op te lossen met de verschillende beschikbare maatwerkopties, zoals de regeling Extra kosten thuis (EKT) die de mogelijkheid biedt om tot maximaal 25% extra kosten toe te staan bovenop het basisbedrag waarmee er meer ruimte is om de zorg thuis te organiseren. Daarnaast zijn er in de thuissituatie extra toeslagen mogelijk, zoals de toeslag voor thuiswonende kinderen met meerdere complexe beperkingen voor de inzet van extra dagbesteding in groepsverband. Daarbij zal ik in de regeling een mogelijkheid opnemen, als sluitstuk van de stapsgewijze beoordeling van de aanvraag voor meerzorg, extra kosten toe te staan bij bijzondere omgevingsfactoren. Het vorige kabinet onderstreepte het belang dat zorgkantoren oog moeten hebben voor specifieke omstandigheden van hun verzekerden die hun zorg thuis ontvangen en ik erken dit belang ook en wil dit sluitstuk in de regelgeving daarom opnemen. Vanuit de Kamer is de wenselijkheid hiervan eveneens benadrukt.

Het vervolgtraject is dat het Zorginstituut Nederland, ZN en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de voorgenomen wijziging van de Rlz op uitvoerbaarheid toetsen. Daarna volgt de internetconsultatie. In het najaar wordt de inbreng verwerkt in de wijziging van de Rlz, waarbij publicatie van de regeling in de Staatscourant voor het einde van het jaar is beoogd.

Met het verduidelijken van de regelgeving, zoals hierboven geschetst, geef ik invulling aan de motie Krul/van Dijk om de toegang tot meerzorg zo onafhankelijk en objectief mogelijk vast te stellen wanneer iemand in aanmerking komt voor meerzorg[6]. Het aspect van onafhankelijkheid uit deze motie komt in de volgende paragraaf aan de orde. Ook wordt uitvoering gegeven aan de motie Westerveld om in de regeling eenduidigheid, transparantie en toegankelijkheid als uitgangspunten te hanteren[7]. Deze motie vraagt ook de complexiteit van (zorg)regelingen stapsgewijs terug te brengen. Het voornemen is om in 2027 met zorgkantoren en belangenorganisaties tot een vereenvoudiging van de maatwerktoeslagen te komen in de Rlz. De motie vraagt echter ook om een breder perspectief. Ik zal de Kamer bij de volgende voortgangsrapportage van de werkagenda VN-verdrag 2025-2030 hierover informeren.

3. Rollen en verantwoordelijkheden bij het toekennen van meerzorg

De motie Tijmstra verzoekt de mogelijkheden voor onafhankelijke indicatiestelling bij de meerzorgregeling uit te werken[8]. Met het beleidskader en de richtlijn hebben de zorgkantoren een uniforme en transparante beoordeling van meerzorg vormgegeven. Deze beoordeling wordt uitgevoerd door een medisch adviseur en een verpleegkundige van het zorgkantoor. De medisch adviseur beoordeelt

[6] TK, 25 657, nr. 365.
[7] TK, 34 104, nr. 456.
[8] TK, 34104, nr. 454.

medisch-inhoudelijk en onafhankelijk of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. De verpleegkundige beoordeelt vervolgens de in te zetten zorg die passend is bij de vastgestelde beperkingen. Bij het vaststellen van de aard en omvang van de zorgbehoefte baseert de medisch adviseur zich op de informatie van de behandelaar(s) van de cliënt. Dit is een onderdeel van het aanvraagformulier meerzorg. Ook is het mogelijk dat advies wordt gevraagd bij ter zake deskundigen, zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) bij gedragsproblematiek. Deze informatie van deskundigen wordt getoetst op volledigheid. Zo nodig vraagt het zorgkantoor extra informatie op. De medisch adviseur doet onderzoek op basis van het dossier en verricht in het algemeen geen medisch lichamelijk onderzoek of diagnostiek. Op basis van een volledig beeld van de aandoeningen maakt de medisch adviseur een vertaalslag naar de aard, omvang en blijvendheid van de beperkingen van de cliënt en stelt vervolgens vast of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Dat doen de zorgkantoren op basis van het beleidskader meerzorg pgb en de richtlijn op dezelfde manier. Hiermee wordt geborgd dat de toegang tot meerzorg overal op dezelfde wijze plaatsvindt. Met deze rol heeft de medisch adviseur van het zorgkantoor een duidelijke meerwaarde ten opzichte van bijvoorbeeld de situatie dat dit door de betreffende behandelaar van de cliënt wordt aangegeven. Ook is op deze manier de onafhankelijkheid beter geborgd.

Bij meerzorg thuis toetst het zorgkantoor of de zorg thuis verantwoord kan worden gegeven en welke zorg thuis passend is bij de bijzondere zorgbehoefte. Bij het bepalen van de omvang van de zorg vindt ook een toets plaats op een doelmatige en rechtmatige inzet van de zorg. Dit zijn wettelijke taken van het zorgkantoor. Met de keuze om bij de toegang tot meerzorg aan te sluiten bij de aard, inhoud en globale omvang van het zorgprofiel is het in beginsel ook mogelijk om de toegang tot meerzorg bij het CIZ te beleggen. Hier kies ik echter niet voor. Het CIZ toetst niet de benodigde inzet van de zorg thuis en heeft hiervoor ook niet de expertise. Een belangrijk nadeel van deze variant zou daarnaast zijn dat de cliënt altijd te maken zou krijgen met twee instanties die de meerzorgaanvraag beoordelen: het CIZ die zou gaan over de toegang tot meerzorg en het zorgkantoor zou vervolgens gaan over de omvang van meerzorg.

Meerzorg is vaak tijdelijk, vraagt om periodieke herbeoordeling (bijvoorbeeld of doelstellingen zijn behaald) en kan zich voordoen nadat het CIZ een indicatie voor het best passend zorgprofiel heeft gesteld. Bij al deze situaties zou deze variant betekenen dat de cliënt telkens opnieuw met twee instanties te maken krijgt. Dit leidt tot een ongewenste stapeling van procedures met meer administratieve lasten. De motie Westerveld vraagt de regering om dit juist te voorkomen[9]. Ook vervalt bij deze optie de mogelijkheid om de stapsgewijze beoordeling van zorgkantoren toe te passen, waarbij bij de aanvraag voor meerzorg vanuit een breder perspectief wordt gekeken dan alleen of er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Een wijziging van verantwoordelijkheden tussen het CIZ en de zorgkantoren vergt een wetswijziging die enkele jaren in beslag neemt. Om bovengenoemde redenen kies ik ervoor om de beoordeling of er sprake is van meerzorg en de omvang van de meerzorg bij het zorgkantoor te laten.

Vanaf 2016 geeft het CIZ bij de indicatiestelling voor cliënten met specifieke problematiek, zoals kinderen en volwassen met het zorgprofiel met vg5 en vg8 met somatische problematiek, het kenmerk "onderzoek doen naar meerzorg" in de

[9] TK 24 170, nr. 456.

informatieketen mee naar het zorgkantoor, het zogeheten "meerzorgvinkje". Dit kenmerk is onderdeel van het indicatiebesluit. Uit gesprekken met ZN, het CIZ en cliëntorganisaties is gebleken dat in de huidige uitvoeringspraktijk de meerwaarde van deze toevoeging zeer beperkt is en onduidelijkheid veroorzaakt bij cliënten. Het kan voorkomen dat cliënten die dit kenmerk niet hebben wel voor meerzorg in aanmerking komen en ook de omgekeerde situatie komt voor. Ik wil deze onduidelijkheid wegnemen door in de Rlz de betreffende bepaling waarin dit wordt geregeld te laten vervallen. Dit zorgt voor duidelijkheid bij zowel cliënten, zorgkantoren en het CIZ en sluit aan bij de verantwoordelijkheden van beide uitvoeringsorganisaties. Het CIZ stelt het best passend zorgprofiel vast en het zorgkantoor gaat over het toekennen van meerzorg.

4. Verbeteringen in de uitvoering

Cliëntenorganisaties geven aan dat een betere communicatie vanuit zorgkantoren een belangrijk aandachtspunt blijft. Cliëntorganisaties en ZN hebben recentelijk afgesproken dat zij met elkaar in gesprek gaan op welke punten de communicatie beter kan aansluiten bij de wensen van cliënten.

Het toekennen van meerzorg is in principe altijd tijdelijk, omdat periodiek een herbeoordeling van de cliëntsituatie en de zorginzet nodig is. Bijvoorbeeld of met de ingezette extra financiële middelen de beoogde doelstellingen zijn bereikt (bijvoorbeeld het verminderen van probleemgedrag) of dat een bepaalde intensieve zorginzet nog nodig is (bijvoorbeeld intensieve wondverzorging). De termijn waarbinnen de herbeoordeling plaatsvindt, is afhankelijk van de specifieke, individuele cliëntsituatie een varieert tussen de één en drie jaar. Bij een toekenning van drie jaar wordt aangesloten bij het huisbezoek dat ook één keer in de drie jaar plaatsvindt. De zorgkantoren geven aan dat, gelet op de bijzonderheid van elke individuele cliëntsituatie, er geen algemene regels zijn op te stellen over de meest wenselijke duur van de toekenning. Ik hoor van cliënt-vertegenwoordigers dat zij het vooral belastend vinden dat ook bij een ongewijzigde situatie bij een heraanvraag het gehele aanvraagformulier moet worden ingevuld. Zoals ik heb vermeld in het Commissiedebat pgb van 23 juni jl. hebben zorgkantoren aangegeven hier gezamenlijk naar te gaan kijken.

5. Monitorinformatie

Naar aanleiding van de motie Vervuurt en Westerveld om de Kamer periodiek te informeren over onder meer de aanvragen voor meerzorg thuis heb ik onderstaande informatie van de zorgkantoren over de eerste vijf maanden van 2026 ontvangen[10]. Per Saldo en Metgezel hebben aangegeven dat, gelet op de beperkte ervaringen van cliënten met het beleidskader, zij nog geen enquêtes hebben uitgezet. Dat doen ze dit najaar. Op dat moment is een meer compleet beeld te geven van de ervaringen met het nieuwe beleidskader.

Volgens ZN zijn bij de zorgkantoren in de periode januari tot en met mei 2026:

- 300 aanvragen voor meerzorg toegekend;
- 15 aanvragen voor meerzorg afgewezen;
- 24 bezwaren binnengekomen op eerder genomen besluiten van het zorgkantoor.

[10] TK, 34 104, nr. 457.

ZN geeft als toelichting bij deze cijfers dat ze betrekking hebben op een periode die twee fasen omvat: de oude werkwijze voor 1 maart 2026 en de nieuwe werkwijze daarna, die nog in ontwikkeling is. Daarmee geven deze cijfers nog geen volledig beeld van de effecten van de nieuwe werkwijze. De bezwaren hebben grotendeels betrekking op besluiten die volgens de oude systematiek zijn genomen.

Aanvullend op deze gegevens, geeft het Zorginstituut Nederland aan dit jaar tot op heden zes aanvragen voor advies over meerzorggeschillen in bezwaar te hebben ontvangen van zorgkantoren, waarvan momenteel twee in behandeling.

ZN heeft met de cliëntenorganisaties afgesproken dat ze periodiek gezamenlijk de belangrijkste uitkomsten uit de (her)beoordelingen op basis van beleidskader gaan bespreken. Daar zal ik bij aansluiten, zodat ik een goed beeld blijf houden van de gevolgen van het beleidskader.

6. Tot slot

De afgelopen periode heeft tot veel onzekerheid en onduidelijkheid geleid bij cliënten en hun naasten over hun aanvraag voor meerzorg. Deze onzekerheid heeft veel impact gehad en heeft dat nog steeds. Uit gesprekken met cliëntenorganisaties komt naar voren dat bij cliënten en ouders nog veel onzekerheid is over hun meerzorgaanvraag, bijvoorbeeld omdat de aanvraag nog in behandeling is of de beoordeling is uitgesteld naar 2027. Deze onzekerheid is deels het gevolg van de huidige overgangssituatie. Zorgkantoren geven aan met het beleidskader rust en duidelijkheid te willen bieden. Daarnaast werken de zorgkantoren samen met de cliëntenorganisaties aan het verbeteren van de communicatie. Mijn inspanningen zijn erop gericht om de regelgeving per 1 januari 2027 te verduidelijken. Daarnaast zal ik de ontwikkelingen in de uitvoering blijven volgen. Hiermee geef ik invulling aan mijn verantwoordelijkheden. Dit najaar zal ik uw Kamer opnieuw over de stand van zaken informeren.

Hoogachtend,

de minister van Langdurige Zorg,
Jeugd en Sport,

Mirjam Sterk