

Onderwerp:	Indicatiestelling voor verblijf in de vorm van zorgzwaartepakket
Samenvatting:	<p>In deze zaak heeft het CIZ 'verblijf' geïndiceerd. 'Met ingang van 1 juli 2007' moet het CIZ in dat geval indiceren, rekening houdend met de zorgzwaartebekostiging.</p> <p>De zorgzwaartebekostiging heeft geresulteerd in een aantal zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP is zelf géén aanspraak, maar betreft een volledig pakket van zorg (altijd inclusief de functie verblijf) dat aansluit op een combinatie van de grondslag/aandoening, de beperkingen en andere kenmerken van verzekerde (het cliëntprofiel), en het soort zorg waarop verzekerde in dat geval is aangewezen. De indicatiestelling wijzigt dus in die zin dat niet meer de omvang/klasse per zorgfunctie wordt bepaald, maar dat de totale omvang van de zorg in tijd wordt benoemd. Deze totale omvang wordt in een indicatiebesluit uitgedrukt in een ZZP. Uit het indicatiebesluit moet ten minste blijken welke grondslag aan de orde is, op welke zorgvormen de verzekerde is aangewezen en welke totale tijd daarvoor staat (zie artikel 13 Zib).</p>
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	24 september 2007

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 87-jarige man, alleenwonend in een ongelijkvloerse woning met traplift. Hij is bekend met meerdere somatische aandoeningen en een progressieve dementie, waardoor sterk toenemend cognitief disfunctioneren. Samen met de algehele achteruitgang passend bij de leeftijd van verzekerde, leidt dit ertoe dat steeds meer hulp, toezicht en bescherming noodzakelijk is.

Verzekerde wil niet naar een verpleeghuis en zou dreigen met suïcide als dit toch wordt doorgezet.

De dochter van verzekerde heeft mantelzorg geleverd, maar is nu overbelast. Zij heeft van de huisarts het advies gekregen voorlopig geen hulp c.q. zorg meer te verlenen aan haar vader.

Verzekerde had al een indicatie voor AWBZ-zorg (persoonlijke verzorging klasse 6, verpleging klasse 1 en ondersteunende begeleiding klasse 4).

Op 2 juli 2007 heeft de thuiszorginstelling, in overleg met de familie van verzekerde, spoedhulp aangevraagd, omdat verzekerde niet meer alleen zou kunnen zijn, maar niet kiest voor verblijf. Gevraagd is een indicatie voor persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding algemeen (= individueel), beide klasse 8 (20 - 24,9 uur).

Het CIZ heeft op 11 juli 2007 de volgende indicatie afgegeven:

- Ondersteunende begeleiding algemeen (= individueel) en persoonlijke verzorging, beide klasse 8 voor de periode van 1 juli 2007 tot en met 15 juli 2007;
- ZZP (zorgzwaartepakket) 5 VV voor de periode van 16 juli 2007 tot 16 juli 2012, inclusief een medische indicatie voor vervoer.

De zoon van verzekerde heeft tegen dit besluit bezwaar aangetekend, omdat hij het niet eens is met de vermindering van het aantal uren zorg. De indicatiesteller zou tijdens een huisbezoek hebben gezegd dat verzekerde meer zorg zou krijgen dan voorheen.

Het zorgkantoor zou volgens haar het geïndiceerde pakket verder aanvullen, maar het heeft alleen de functies ingevuld die behoren bij het ZZP 5 VV (= 18 uur zorg). Na 15 juli 2007 zou een levensbedreigende situatie zijn ontstaan, omdat de zorgbehoefte van verzekerde groter wordt, maar zijn zorg praktisch gezien gehalveerd is. Gezien de wachttijden zou, als verzekerde direct naar een verpleeghuis zou moeten, dit niet gerealiseerd kunnen worden. De thuiszorg zou dit wel kunnen opvangen, maar dan wel met de tot 16 juli 2007 geïndiceerde uren. Het CIZ zou overigens telefonisch hebben bevestigd dat sprake is van een foutieve, onbedoelde beslissing die echter niet omkeerbaar is.

De zoon wenst dat het CIZ het primaire besluit vernietigt en alsnog een indicatie afgeeft voor zorg in de thuissituatie, vergelijkbaar met de zorg zoals die voor de periode van 1 tot en met 15 juli 2007 werd geïndiceerd, tot verzekerde kan worden opgenomen in een instelling (Bruggerbosch).

Het CIZ is van plan het bezwaar ongegrond te verklaren. Het CIZ overweegt daarbij dat verzekerde op medisch-inhoudelijke gronden is aangewezen op verblijf.

Aangezien de mantelzorg die de dochter heeft verleend is weggefallen, is verzekerde volledig afhankelijk van anderen.

Op 18 juli 2007 heeft de zoon van verzekerde in reactie op de conceptbeslissing op bezwaar een brief aan het College gezonden, in afschrift aan het CIZ. Naar aanleiding daarvan heeft het CIZ de motivering van zijn conceptbeslissing op bezwaar aangepast.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (ZIB)

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verblijf, geregeld in de artikelen 4, 6 en 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

Op grond van artikel 13, eerste en tweede lid ZIB wordt in het indicatiebesluit onder meer aangegeven:

- de vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2 ZIB, waarop de zorgvrager is aangewezen;
- de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid Bza, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;
- de aandoening, beperking of handicap of het probleem als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm(en) van zorg is aangewezen.
- Uit het derde lid van hetzelfde artikel volgt dat, als een indicatieorgaan van mening is dat andere professionele zorg dan de zorg, bedoeld in artikel 2 ZIB (mede) noodzakelijk is, het indicatieorgaan daarover zo mogelijk advies geeft.

Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling (artikel 4 Bza).

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem,

gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling (artikel 6 Bza).

Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling, door een psychiater of zenuwarts of door een psychotherapeut (artikel 8, eerste lid Bza).

Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht (artikel 9, eerste lid Bza).

Op grond van artikel 2, tweede lid Bza bestaat slechts aanspraak op AWBZ-zorg voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

U baseert zich verder op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (Staatscourant 15 maart 2007, nr. 53).

Verblijf

Verblijf als functie omvat volgens de beleidsregels onder andere een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht.

- Onder een beschermende woonomgeving wordt verstaan een veilige en afgeschermd woon- en leefomgeving voor verzekerden die door hun beperkingen niet in staat zijn zelfstandig te leven en mogelijk gevaar voor zichzelf en anderen vormen. De bescherming richt zich primair op de verzekerde zelf, niet op zijn omgeving of de maatschappij. Als de verzekerde gevaar oplevert voor zichzelf of anderen kan gedwongen opname aan de orde zijn.
- Een therapeutisch leefklimaat is een woon- en leefomgeving waar, gelet op de beperkingen van de verzekerde, een adequate infrastructuur aan therapie- en zorgfuncties aanwezig is in de vorm van:
 - specifieke voorzieningen in de directe nabijheid, zoals oefen-, behandel- en snoezelruimten, specifieke badruimten, omdat de zorg frequent en intensief of specifiek is;
 - een specifiek woon- en leefklimaat, zoals een specifiek dagritme, specifieke omgangsvormen of sociale omgeving;
 - een structurerende omgeving.
- Permanent toezicht kan verschillende doelen hebben en verschillen in intensiteit. Afhankelijk daarvan kan de toezichtsfunctie op verschillende manieren vorm krijgen. Het toezicht kan gericht zijn op:
 - het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar of complicaties bij een ziekte;
 - het verlenen van zorg op ongeregelde en/of frequente tijden, omdat de verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
 - het ingrijpen bij gedragsproblemen:
 - * therapeutisch: gericht op verbetering van de gedragsstoornis of het aanleren van ander gedrag;
 - * of preventief: voorkomen van escalatie en gevaar.

ZZP 4 Ww Beschut wonen met dementiezorg

Deze cliëntengroep heeft vanwege matige dementiële problematiek, eventueel in combinatie met langdurende psychiatrische problematiek, begeleiding en verzorging nodig, in een beschutte woonomgeving.

De functies waarop de cliënt per week is aangewezen zijn ondersteunende begeleiding algemeen (= individueel) en persoonlijke verzorging. Bij de zorgverlening is een behandelaar betrokken (ca. 1½ uur per week). De totaal tijd inclusief dagbesteding, gemiddeld per week, is 13 uur.

ZZP 5 Ww Beschermde wonen met intensieve dementiezorg

Deze cliëntengroep heeft vanwege ernstige dementiële problematiek, behoefte aan intensieve begeleiding en verzorging nodig, in een beschermde woonomgeving. Dit betreft zowel oudere dementerenden als jong (ernstig) dementerenden. De functies waarop de cliënt per week is aangewezen zijn ondersteunende begeleiding algemeen (= individueel), persoonlijke verzorging en verpleging. Bij de zorgverlening is een behandelaar betrokken (ca. 1½ uur per week). De totaaltijd inclusief dagbesteding, gemiddeld per week, is 18 uur.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Deze casus betreft een 87-jarige man, alleenwonend in een ongelijkvloerse woning met traplift. In het indicatierapport staat dat verzekerde bekend is met meerdere somatische aandoeningen: behandelingen voor hart-/vaatziekte en darmkanker, heeft prostaatkanker, suikerziekte, slecht gezichtsvermogen linkeroog, liesbreuk en artrose van de knieën. Ook zou verzekerde geregeld depressief zijn met suïcidale neigingen. De belangrijkste ziekte is een progressieve dementie, waardoor sterk toenemend cognitief disfunctioneren. Dit leidt ertoe dat steeds meer hulp, toezicht en bescherming noodzakelijk is. Tijdens de bespreking op 5 juli 2007 van thuiszorg, huisarts, zoon en dochter, zijn alle betrokkenen het erover eens dat verzekerde versneld achteruitgaat en een verpleeghuisopname dichterbij komt.

De medisch adviseur is van oordeel dat het CIZ in deze zaak onderzoek heeft gedaan op het juiste deskundigheidsniveau, met raadpleging van alle betrokkenen. Het CIZ formuleert uiteindelijk een indicatierapport wat helder en inzichtelijk is. Toch zijn er enkele kanttekeningen te maken, zeker nu het CIZ de verblijfsindicatie afgeeft in de (nieuwe) vorm van een zorgzwaartepakket (ZZP).

Een belangrijke vraag die beantwoord moet worden is of verzekerde in deze casus is aangewezen op zorg die "noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht", zoals artikel 9 Bza aangeeft. Als die vraag bevestigend wordt beantwoord, volgt een indicatie voor de functie verblijf.

De beschrijving in het dossier van de situatie van verzekerde op het moment van indiceren, geeft een beschrijving van door de indicatiesteller vastgestelde beperkingen: er zijn stoornissen/beperkingen in oriëntatie, het psychosociaal functioneren en welbevinden, het motorisch functioneren, de sociale redzaamheid, de persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Ook zijn er beperkingen om sociale contacten aan te gaan. De huisarts, de thuiszorg en de zoon van verzekerde zijn van mening dat verzekerde met voldoende zorgmomenten, toezicht, sturing en hulp, in de thuissituatie geholpen kan worden, volgens de wens van verzekerde. De dochter, die tot nu toe als vaste mantelzorger fungeerde, dringt echter aan op opname in een instelling. Verzekerde zelf zou met suïcide dreigen als hij zijn woning moet verlaten.

Het dossier is naar het oordeel van de medisch adviseur op een aantal punten echter niet helder. Zo ontbreekt een onderbouwing van de mededeling van de huisarts van verzekerde dat er sprake is van een geobjectiverde psychogeriatrische aandoening, inclusief de ernst daarvan. Niet duidelijk is of er gebruik is gemaakt van door de beroepsgroep geaccepteerde beoordelingsmethodieken en of er eventueel sprake is geweest van raadpleging van een geriatr/psychiater of verpleeghuisarts, in het licht van de snelle achteruitgang bij complicerende somatische aandoeningen. Recente informatie over medicatiegebruik is niet in het dossier aanwezig. De huisarts noemt de depressie niet, terwijl minder recente informatie in het dossier spreekt van het gebruik van een antidepressivum. Of verzekerde nog steeds gebruik maakt van een slaapmiddel is niet duidelijk. Gebruik daarvan, al dan niet gecombineerd met andere medicatie, kan bijdragen aan sufheid, verwardheid en valrisico en het zicht op een juiste inschatting van de ernst van het ziektebeeld en de beperkingen van verzekerde vertroebelen. Er is

een alarmeringssysteem, zodat enige tijd alleen zijn mogelijk is, maar er is twijfel over het adequaat kunnen alarmeren door verzekerde. Er zijn dus signalen dat verzekerde op dit moment mogelijk niet in alle opzichten aan de criteria voor verblijf voldoet.

Op grond van het dossier, met name het snel progressieve beeld, merkt de medisch adviseur op dat het aannemelijk lijkt dat er een noodzaak is voor permanent toezicht, hetgeen het indiceren van de functie verblijf dan rechtvaardigt. Het CIZ moet de indicatie voor verblijf nog wel nader onderbouwen/motiveren. De medisch adviseur gaat er voornamelijk van uit dat er bij de verdere beoordeling van de conceptbeslissing op bezwaar geen onverwachte nieuwe zaken aan het licht komen.

Na de vaststelling dat verzekerde is aangewezen op de functie verblijf moet het CIZ beoordelen op welke zorgvorm(en) hij verder is aangewezen. De medisch adviseur is van oordeel dat het CIZ terecht stelt dat verzekerde, naast verblijf, is aangewezen op persoonlijke verzorging vanwege de volledige hulp die hij nodig heeft bij de ADL en op ondersteunende begeleiding vanwege het verlies van regie, handelingsstoornissen en dwaalgedrag in huis.

Verzekerde is tevens aangewezen op behandeling, vanwege de noodzaak voor een multidisciplinaire aanpak van de complexe problematiek op meerdere gebieden.

Vervolgens moet het CIZ de vraag beantwoorden in welke omvang verzekerde op zorg is aangewezen, met andere woorden: welk ZZP het meest aansluit bij de grondslag en beperkingen van verzekerde. Voor de hoofdtaak dementie waar in deze casus sprake van is, komen twee ZZP's in aanmerking: ZZP 4 VV ("beschut wonen met dementiezorg") en ZZP 5 VV ("beschermde wonen met intensieve dementiezorg").

Bij elk ZZP hoort een profielschets, waarbij ZZP 4 VV zich richt op de matig demente verzekerde en ZZP 5 VV op de ernstig demente verzekerde. Lastig is dat er overlap is in beide omschrijvingen, waarbij niet duidelijk is hoe 'zwaar' de verschillende kenmerken wegen bij de totale beoordeling.

Hierbij tekent de medisch adviseur nog aan dat een indicatie voor de functie verblijf niet uitsluit dat verzekerde die zorg thuis kan realiseren met behulp van een PGB of een 'volledig pakket thuis'.

Zoals hierboven al aangegeven, ontbreekt naar het oordeel van de medisch adviseur in het dossier een objectieve beoordeling van de ernst van de dementie van verzekerde. Het CIZ besluit tot ZZP 5 VV, op basis van de overige kenmerken van het profiel. Er zijn echter ook argumenten in het dossier te vinden die beter passen bij het profiel van ZZP 4 VV, zoals dat er (nog) woonbeleving is en dat er geen sprake is van ernstige gedragsproblemen. De bijkomende psychiatrische problematiek zou naar de mening van de medisch adviseur het gevolg kunnen zijn van de dreiging dat verzekerde de vertrouwde woonomgeving moet verlaten.

Samenvattend is de medisch adviseur van oordeel dat het CIZ de noodzaak tot het indiceren van de functie verblijf beter moet onderbouwen, met objectieve gegevens. Daarnaast moet het CIZ op basis van de in het dossier aanwezige (en nog onvolledige, zie boven) informatie nader motiveren waarom het juist voor ZZP 5 VV heeft gekozen en niet voor ZZP 4 VV.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving en het toepasselijke protocol juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

In de onderhavige zaak bent u van oordeel dat verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf. Met ingang van 1 juli 2007 moet u in dat geval indiceren, rekening houdend met de zorgzwaartebekostiging. Op grond van artikel 13, eerste en tweede lid ZIB moet u de vorm(en) van zorg indiceren waarop verzekerde is aangewezen en, als verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9 Bza, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen aangeven.

Aangezien het College verwacht dat er in de nabije toekomst meerdere geschillen zullen ontstaan naar aanleiding van de gewijzigde indicatiestelling voor verblijf, gaat het College eerst kort in op de consequenties van de zorgzwaartebekostiging.

Het zorgzwaartepakket¹

De zorgzwaartebekostiging heeft geresulteerd in een aantal zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP is zelf géén aanspraak, maar een nieuw bekostigingssysteem voor AWBZ-verblijf zoals omschreven in artikel 9 Bza. Een ZZP betreft een volledig pakket van zorg (altijd inclusief de functie verblijf) dat aansluit op een combinatie van de grondslag/aandoening, de beperkingen en andere kenmerken van verzekerde (het cliëntprofiel) en het soort zorg waarop hij of zij in dat geval is aangewezen. De beschrijvingen van de cliëntprofielen en de daaraan gekoppelde normtijden zijn gebaseerd op onderzoek. Op grond van de resultaten van dit onderzoek is vastgesteld dat een verzekerde met een bepaalde grondslag en passend in een bepaald cliëntprofiel, genoeg heeft aan een x aantal uren zorg, gemiddeld per week (de normtijd).

De indicatiestelling wijzigt dus in die zin, dat niet meer de omvang/klasse per zorgfunctie wordt bepaald, maar dat de *totale omvang* van de zorg in tijd wordt benoemd. Deze totale omvang wordt door het CIZ in een indicatiebesluit uitgedrukt in een ZZP, waarbij aangesloten wordt bij het bekostigingssysteem van de zorg. Het College acht dit niet onjuist als uit het indicatiebesluit ten minste blijkt welke grondslag aan de orde is, op welke zorgvormen de verzekerde is aangewezen en welke totale tijd daarvoor staat, zoals artikel 13 Zib voorschrijft.

De casus

In het onderhavige geval bent u van oordeel dat verzekerde is aangewezen op verblijf, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en behandeling gedurende 18 uur gemiddeld per week, dat wil zeggen in de vorm van ZZP 5 VV.

Het College is het met zijn medisch adviseur eens dat het dossier een aantal tegenstrijdigheden bevat waar het de noodzaak voor een indicatie voor verblijf betreft. Daarnaast is de mededeling van de huisarts dat er bij verzekerde sprake is van een geobjectiveerde psychogeriatrische aandoening niet onderbouwd en is de ernst van de aandoening niet duidelijk.

Gelet op het advies van zijn medisch adviseur is het College echter van oordeel dat verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9 Bza, met name gezien het snel progressieve beeld. Daarbij gaat het College er van uit dat nadere onderbouwing geen onverwachte nieuwe zaken aan het licht brengt.

Ook is het College het met zijn medisch adviseur eens dat verzekerde naast verblijf is aangewezen op persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en behandeling.

Er van uitgaande dat verzekerde is aangewezen op verblijf, moet u vervolgens de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen waarop verzekerde is aangewezen tezamen bepalen. Dit doet u door te beoordelen welk ZZP het meest passend is gezien de grondslag, beperkingen en overige kenmerken van verzekerde.

Zoals hiervoor al aangegeven komt uit het dossier niet naar voren wat de ernst van de psychogeriatrische aandoening van verzekerde is. U bent van mening dat verzekerde gezien de ernst van zijn aandoening past in het cliëntprofiel van ZZP 5 VV, gericht op verzekerden die zijn aangewezen op intensieve dementiezorg. Het College is het echter met zijn medisch adviseur eens dat er ook argumenten bestaan waarom verzekerde zou passen in het cliëntprofiel van ZZP 4 VV, gericht op verzekerden met matig dementiële problematiek.

Gezien het voorgaande is het College van oordeel dat u de indicatie voor verblijf nader moet onderbouwen met geobjectiveerde gegevens. Vervolgens moet u nader onderzoek doen naar de ernst van de aandoening van verzekerde. Als dit onderzoek al plaats heeft gevonden, moet u de ernst van de aandoening nader onderbouwen, waarna u uw keuze voor de omvang van de zorg, gebaseerd op ZZP 5 VV en niet op ZZP 4 VV, nader moet motiveren.

¹ De omschrijving van de zorgzwaartepakketten is opgenomen in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, Staatscourant 15 maart 2007, nr. 53

Doelmatigheid

Uit het dossier begrijpt het College dat verzekerde met de benodigde zorg thuis zou willen blijven wonen.

Als een verzekerde voldoet aan de voorwaarden van de functie verblijf zoals omschreven in artikel 9 Bza, betekent dat niet per definitie dat verblijf móet worden geïndiceerd.

Als een verzekerde thuis wil blijven en aangeeft niet voor verblijf geïndiceerd te willen worden, zoals in het onderhavige geval, bent u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening als bedoeld in artikel 2, lid 2 Bza verplicht te onderzoeken welke AWBZ-zorg verzekerde in de thuissituatie (in aanvulling op de aanwezige mantelzorg) nodig heeft. Deze hoeveelheid zorg moet u vervolgens afwegen tegen de zorg die in een voor verzekerde geschikte AWBZ-instelling nodig is. Bij het bepalen van dit omslagpunt wordt in zijn algemeenheid uitgegaan van de gemiddelde kosten per verzekerde in een AWBZ-instelling, afgezet tegen de AWBZ-zorg die in de thuissituatie is vereist (zie ook RZA 2007/80).

U geeft in de conceptbeslissing aan dat de keuze om thuis te verblijven kan worden gerealiseerd als verzekerde voldoende mantelzorgers kan inschakelen die met elkaar in staat zijn om het benodigde toezicht te leveren, in beginsel 150 uur per week.

Het College merkt op dat het niet duidelijk is waarop u deze benodigde omvang aan mantelzorg baseert. Evenmin is het voor het College duidelijk of u daadwerkelijk aan een toetsing van de doelmatigheid bent toegekomen. Als dit niet het geval is, is het College van oordeel dat u dit alsnog moet doen. Het College merkt overigens wel op dat, gezien het wegvallen van de hulp van de dochter als vaste mantelzorg, het aannemelijk is dat verblijf in een instelling in dit geval doelmatiger is.

Overbruggingszorg en 'volledig pakket thuis' (VPT)

De zoon van verzekerde heeft in het bezwaarschrift aangegeven dat er in het geval dat verzekerde de indicatie voor verblijf wél verzilvert, een wachtlijst is van circa 6 maanden. In de conceptbeslissing op bezwaar geeft u aan dat het zorgkantoor heeft aangegeven dat in het geval dat er overbruggingszorg nodig is, de zorginstelling(en) dat bij het zorgkantoor moeten melden. Het zorgkantoor zou dan op basis van de afgegeven indicatie een VPT vaststellen.

Het College wijst er echter op dat overbruggingszorg en VPT niet hetzelfde zijn.

Van overbruggingszorg is sprake als een verzekerde een indicatie heeft voor verblijf en hier ook gebruik van wil maken, maar die zorg niet beschikbaar is, bijvoorbeeld als gevolg van een wachtlijst. Verzekerde verblijft in dat geval omrijwillig in de thuissituatie. Ter overbrugging van de periode totdat de desbetreffende zorg wél beschikbaar is (opname in een instelling wél mogelijk is) heeft het zorgkantoor de plicht ervoor te zorgen dat verzekerde tijdens de wachttijd verantwoorde zorg ontvangt (zie ook RZA 2006/185 en circulaire CVZ 03/59).

Het VPT (artikel 14 Bza) heeft te maken met de manier waarop de zorg wordt geleverd. Verzekerden die zijn aangewezen op verblijf krijgen in dat geval alle zorg die ze anders in de instelling zouden hebben ontvangen, thuis aangeboden. Het VPT is *niet* afdwingbaar. Als er in de omgeving van de verzekerde geen aanbieder is die bereid is het VPT te leveren, is de verzekerde alsnog aangewezen op intramurale zorg. Het College adviseert u uw uitleg in de definitieve beslissing op bezwaar op dit punt aan te passen.

Uitleg spoedzorg

In de conceptbeslissing op bezwaar geeft u verder aan dat het zorgkantoor in een spoedgeval twee weken niet-uitstelbare zorg mag leveren. Het College merkt echter op dat het zorgkantoor de zorg in dat geval niet *levert*. Het zorgkantoor kan, gemandateerd door de zorgverzekeraar, een toewijzingsbesluit afgeven op basis waarvan gedurende *maximaal* twee weken zorg in natura verleend kan worden door een toegelaten instelling, zonder dat verzekerde over een geldig indicatiebesluit beschikt (zie ook RZA 2007/134). U merkt overigens terecht op dat de zorg, ook nu het ging om een spoedgeval, niet met terugwerkende kracht geïndiceerd had mogen worden, maar dat u dit besluit gezien het verbod op reformatio in peius handhaaft.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat uw beslissing dat verzekerde is aangewezen op verblijf, persoonlijke verzorg, ondersteunende begeleiding en behandeling nader onderbouwd dient te worden. Het College raadt u aan nader onderzoek te doen naar de ernst van de aandoening van verzekerde. Vervolgens raadt het College u aan om de omvang van de zorg waarop verzekerde gemiddeld per week is aangewezen opnieuw te beoordelen en te motiveren.

Tenslotte adviseert het College u om rekening te houden met zijn overige opmerkingen.