



Stand van de Uitvoering 2023



De rol van het CIZ

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met 4 stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Deze 4 stelselwetten leggen de basis voor (financiering van) de zorg. De Zvw wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, de Wmo en de Jeugdwet worden uitgevoerd door de gemeenten en het CIZ heeft een rol binnen de Wlz. Het CIZ is een zelfstandig bestuursorgaan (zbo). Onze belangrijkste opdrachtgever is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS). Het CIZ wordt dan ook voornamelijk door VWS gefinancierd om onze wettelijke taken uit te voeren.

Wet langdurige zorg

Mensen in Nederland die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, kunnen gebruik maken van de Wlz. Het CIZ geeft voor deze mensen op een landelijk uniforme manier indicaties af. Cliënten met een indicatie kunnen die zorg thuis ontvangen of in een zorginstelling. Het CIZ toetst hiervoor of cliënten toegang hebben tot de Wlz op basis van de criteria die in deze wet zijn opgenomen.

Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) is er voor mensen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie of een gelijkgestelde aandoening. De wet regelt dat zij opgenomen kunnen worden als dit echt nodig is, maar zij dit zelf niet willen. Of hier zelf niet goed (meer) over kunnen beslissen. Het CIZ beoordeelt een aanvraag voor een besluit tot opname en verblijf in het kader van de Wet zorg en dwang (artikel 21). Ook heeft het CIZ een rol bij het indienen van verzoekschriften bij de rechtbank voor onvrijwillige opname.

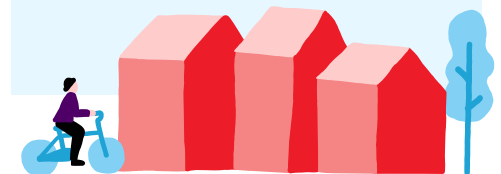
Advisering voor dubbele kinderbijslag

Daarnaast brengt het CIZ een advies uit aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) over de zorgbehoefte van kinderen, wanneer ouders een aanvraag indienen voor dubbele kinderbijslag bij intensieve zorg (DKIZ).

ADL-assistentie

Tot slot kunnen cliënten bij het CIZ ook een indicatie aanvragen voor ADL-assistentie (hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in een ADL-woning).

Overal waar 'hij' staat, kunt u ook 'zij' of 'hen' lezen.



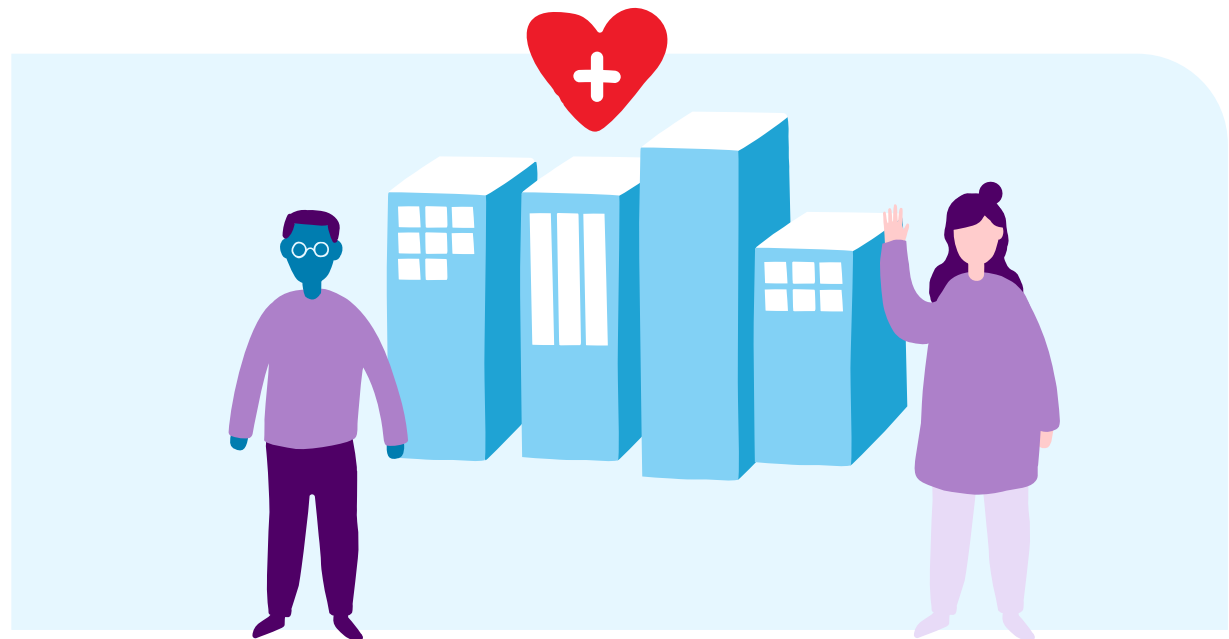
Introductie

De zorg in Nederland staat onder grote druk: burgers doen een steeds groter beroep op de zorg, er zijn steeds minder zorgverleners die zorg kunnen leveren en de zorguitgaven blijven maar stijgen. De wachtlijsten zijn lang. En we krijgen te maken met een dubbele vergrijzing¹, waardoor het probleem naar verwachting alleen maar groter zal worden. Het CIZ vindt het belangrijk om bij te dragen aan het functioneren van het zorgstelsel door signalen op te halen en knelpunten te signaleren en te bespreken met het ministerie van VWS. Deze signalen en knelpunten worden onder andere aangeleverd door onze medewerkers. Zij zijn dagelijks in contact met onze cliënten en zien in de praktijk wat het effect is van het zorgstelsel.

In deze Stand van de Uitvoering ziet u dan ook voorbeelden en citaten vanuit de dagelijkse praktijk terug.

¹ Dubbele vergrijzing is het verschijnsel dat niet alleen de groep ouderen in ons land steeds groter wordt, maar daarnaast de gemiddelde leeftijd ook steeds hoger wordt. Hierdoor neemt de vergrijzing op twee verschillende manieren toe: een dubbele vergrijzing.

Daarnaast zijn wij in contact met andere betrokkenen uit het zorgdomein. We gebruiken hiervoor ook de data die we verzamelen vanuit onze werkzaamheden. Ook dit geeft een interessante kijk op signalen en knelpunten. Een aantal willen we graag toelichten.



Actuele stand van zaken CIZ

De huidige situatie bij het CIZ kenmerkt zich door een hoge werkvoorraad, hoge werkdruk en - net als andere organisaties - een hoog ziekteverzuim, op het moment van schrijven 7,4%. CIZ treft de nodige maatregelen, maar die leiden pas over enige tijd tot het beoogde resultaat. Daarbij ziet het CIZ zich nu ook in toenemende mate geconfronteerd met de krapte op de arbeidsmarkt.

Veel van de in deze Stand genoemde knelpunten kennen hun oorzaak buiten het CIZ (zoals tekorten thuiszorg, wachtlijsten voor opname), maar hebben wel hun effect op het functioneren van het CIZ. Deels vormen deze de oorzaken van een veel hogere aanvraagstroom dan alleen op basis van demografische ontwikkelingen mag worden verwacht. Daarmee blijft de druk op de dienstverlening hoog, lopen de doorlooptijden op en kan dit consequenties hebben voor de cliënt.

Nieuwbouw zaakstelsel

Een belangrijke ontwikkeling voor het CIZ is de overgang naar een nieuw zaakstelsel. Om blijvend een goede dienstverlening, passend bij behoefte van de cliënt, te kunnen garanderen. Uitrol van dit stelsel is beoogd in de loop van 2024, maar dat vraagt de komende tijd eerst nog veel inspanningen van de medewerkers van het CIZ. Enerzijds is het van belang dat de toekomstige gebruikers goed mee kunnen kijken en beslissen op de nieuwe functionaliteit en anderzijds zien we ons de komende tijd geconfronteerd met een zogenaamde "freeze". Waardoor er geen nieuwe aanpassingen of verbeteringen in het huidige stelsel kunnen worden toegepast. Tegelijkertijd moeten we wel aanvragen blijven behandelen.

Vanuit de vorige Stand van de Uitvoering

Voordat we ingaan op de onderwerpen van deze Stand, willen we eerst kort terugblikken op de onderwerpen die we vorig jaar in onze eerste Stand van de Uitvoering hebben beschreven. Deze is in juni 2022 aan de Tweede Kamer aangeboden.

Op een aantal onderwerpen hebben we enige vooruitgang geboekt, maar we zien ook dat veel onderwerpen hardnekkig zijn. We blijven hier dan ook aandacht voor houden. Domeinsamenwerking en privacywetgeving komen in deze Stand daarom opnieuw aan bod.



Toegankelijkheid

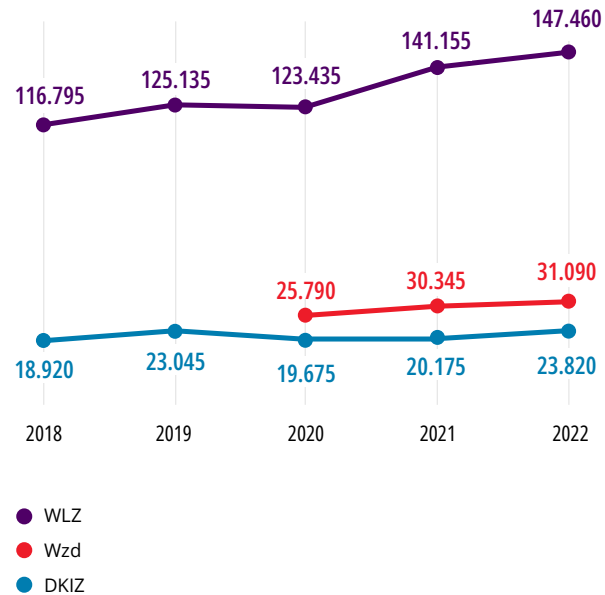
Steeds hogere aanvraagstroom

De dubbele vergrijzing zorgt ervoor dat de aanvraagstroom ook de komende jaren continu blijft stijgen. De groep ouderen in de samenleving wordt relatief steeds groter en mensen worden steeds ouder. Al enkele jaren zien we dat er steeds meer aanvragen voor een Wlz-indicatie bij ons worden ingediend. Dit kan als gevolg hebben dat cliënten langer dan gewenst op hun indicatiebesluit moeten wachten. Dit is onwenselijk, mede omdat het indienen van een aanvraag voor een cliënt en zijn betrokkenen vaak een onzeker en spannend traject is.

CIZ heeft zich gehouden aan de wettelijke termijn, toch zou het wat sneller moeten en kunnen. Een termijn van 6 weken in een stressvolle situatie is heel lang.'

Gelijktijdig zien we dat de zorgketen in alle facetten onder druk staat. Cliënten blijven vaak langer (noodgedwongen) thuis wonen, maar kunnen daar niet altijd de benodigde zorg ontvangen doordat er een tekort is aan zorgverleners. Hierdoor zien we dat cliënten als oplossing (onterecht) worden doorverwezen naar de Wlz.

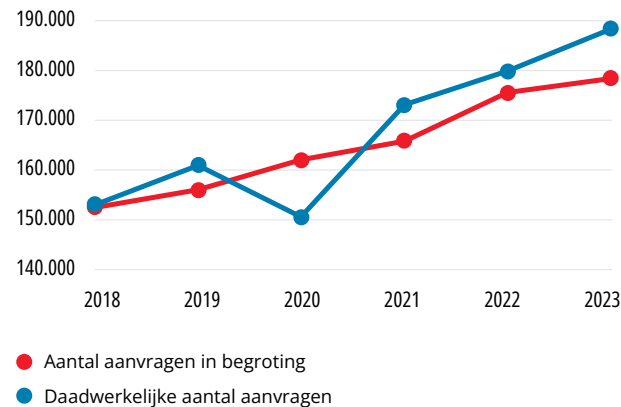
Aanvragen 2018 - 2022



De aanvraagstroom komt al enige tijd hoger uit dan is meegenomen in het meerjaren financieel kader. En hoewel er later in het jaar altijd wel weer aanvullende middelen beschikbaar komen, staat het CIZ daarmee steeds op achterstand om de inmiddels opgebouwde werkvoorraden weg te werken. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt en de inwerktijd die een nieuwe medewerker nodig heeft, is dat geen duurzame oplossing. Onlangs hebben we afspraken met VWS kunnen maken die zich uitstrekken over meerdere jaren. En hoewel daarmee de hoge werkvoorraden, de hoge werkdruk en de grote kans op verzuim niet direct substantieel zijn verminderd, zijn wij van mening dat deze nieuwe afspraken kunnen zorgen voor een betere borging van de dienstverlening en stabiliteit in onze personele formatie over een langere periode.



Aanvraagstroom vs. begroting



Tegelijkertijd zorgt de toenemende krapte op de arbeidsmarkt ervoor dat we de continue toename in de aanvraagstroom niet uitsluitend met alleen maar extra budget kunnen oplossen, omdat we niet langer in staat zullen zijn om het benodigde personeel hiervoor te werven.

Om hier al een stap in te zetten zijn wij bezig met het inrichten van zoveel mogelijk standaardprocessen voor de indicatiestelling. Dit doen wij onder het motto 'standaard waar mogelijk, maatwerk waar nodig'. Voor de cliënt levert dit grote voordelen op, zoals een snellere aanvraagprocedure, een sneller besluit en beperking van de administratieve lasten.

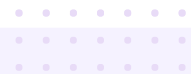
We kijken naar mogelijkheden om processen te standaardiseren en te laten ondersteunen door automatisering. Het digitaal aanvragen van een indicatie wordt in dit traject dusdanig vergemakkelijkt dat we verwachten dat de digitale aanvraag de norm wordt. Daarnaast ondersteunen we cliënten voor wie het niet mogelijk is om een digitale aanvraag te doen en blijft er ruimte voor maatwerk wanneer dit nodig is voor de cliënt.

Voor oudere mensen die zelf een aanvraag moeten doen, is het heel moeilijk om dit op de juiste manier te doen.'

We houden hierbij rekening met het 'doenvermogen' van onze cliënten, omdat niet iedereen digivaardig is. We leveren hier onder andere een bijdrage aan door deel te nemen aan het project 'Digitale inclusie'. Voor dit project zijn er fysieke loketten ingericht om mensen die niet digitaalvaardig zijn, te helpen met het digitale contact met de overheid.

Gegevensuitwisseling

Op dit moment maakt de AVG gegevensuitwisseling tussen partijen maar beperkt mogelijk. Terwijl gegevensuitwisseling tussen organisaties het voor de cliënt juist makkelijker kan maken. De cliënt wordt dan niet steeds gevraagd naar (medische) informatie die hij al eerder heeft gegeven, en hij hoeft deze niet opnieuw op te zoeken en versturen. Ook voor de zorgaanbieder en voor ons kan dit een lastenverlichting betekenen. Wij hoeven de gegevens van de cliënt niet opnieuw op te vragen en in te voeren, waardoor we sneller tot een besluit kunnen komen, wat in het voordeel van de cliënt is.



Als wij een cliënt afwijzen voor de Wlz en terugverwijzen naar de Wmo, hebben wij geen mogelijkheid om de aangeleverde informatie direct door te sturen naar de gemeente. Cliënten moeten dan opnieuw een aanvraag indienen bij de Wmo en opnieuw precies dezelfde informatie aanleveren.

We zien het knelpunt van beperkt kunnen uitwisselen van gegevens ook bij het uitwisselen van signalen over onrechtmatigheid en fraude. Het CIZ werkt bij de aanpak van fraude in de zorg samen met de ketenpartijen. In de praktijk blijkt het ontzettend ingewikkeld om vermoedelijke fraude goed te onderzoeken, vast te stellen en aan te pakken. Huidige wetgeving is niet altijd sluitend genoeg om onze vaak kwetsbare cliënten tegen frauduleuze zorgaanbieders te beschermen.

Daarbij komt dat de Centrale Raad van Beroep in een aantal uitspraken over het intrekken van een Wlz-indicatie heeft geoordeeld dat het CIZ bij een herindicatie niet mag toetsen aan de toegangscriteria van de Wlz. Eenmaal toegang tot de Wlz, betekent levenslang toegang tot de Wlz en tot de zorg die op basis van de Wlz wordt bekostigd. Een indicatiebesluit mag alleen worden ingetrokken of herzien als er sprake is van aantoonbare fraude of foutieve informatie. Omdat fraude in de indicatiestelling door het CIZ vrijwel niet kan worden vastgesteld, worden door deze uitspraken de mogelijkheden om daadwerkelijk een indicatie in trekken ernstig beperkt. Het CIZ is met het ministerie van VWS in gesprek over de kaders en beperkingen van deze uitspraken, de mogelijke gevolgen en de te nemen vervolgstappen.



Als CIZ mogen wij wel signalen van fraude ontvangen van gemeenten, maar we mogen onze fraudesignalen niet met hen delen.

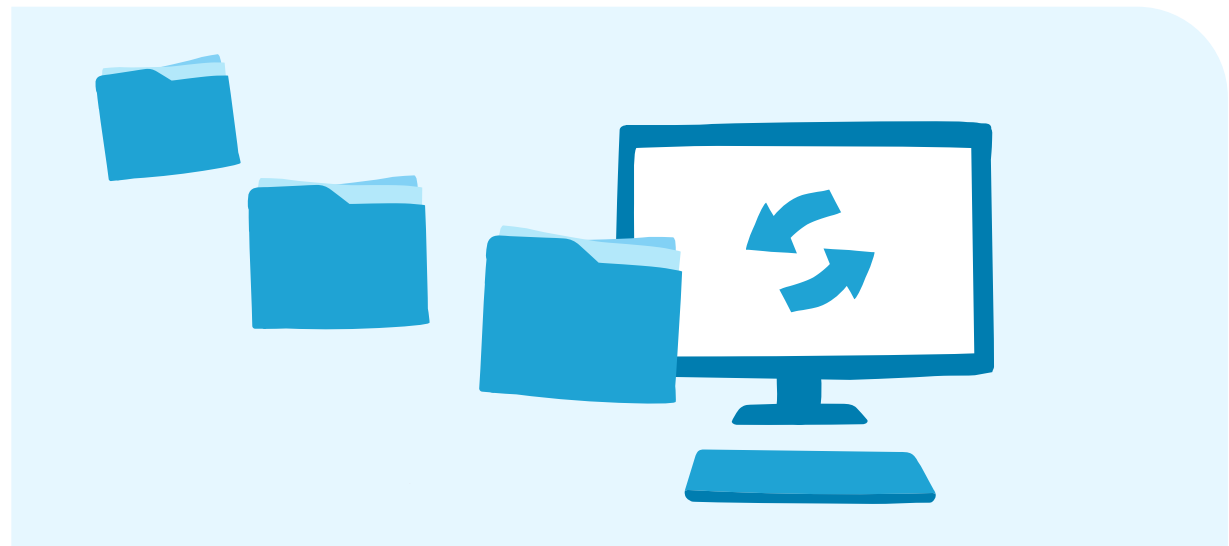
Om efficiënt en effectief te kunnen samenwerken bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg, zijn wettelijke grondslagen voor het delen van (persoons)gegevens tussen de ketenpartners een noodzakelijke randvoorwaarde. Wetgeving om dit te verbeteren is in de maak, al biedt ook deze wetgeving niet voor alle partijen een grondslag om gegevens uit te wisselen. De nieuwe Verzamelwet biedt wel de mogelijkheid dat gegevens binnen het CIZ hergebruikt kunnen worden.

Gegevensuitwisseling moet natuurlijk wel veilig worden gedaan en de cliënt moet goed weten wat er met zijn gegevens gebeurt. Het CIZ maakt zich er hard voor om ondanks de beperkingen die wetgeving met zich mee brengt, het belang van de cliënt voorop te zetten.



Het afgelopen jaar heeft het CIZ zich samen met het ministerie van Sociale zaken, ministerie van Volksgezondheid en de SVB ingezet om het mogelijk te maken om ouders die recht hebben op dubbele kinderbijslag hier actief op te wijzen. De AVG maakte dit onmogelijk. Door een zeer zorgvuldig en transparant proces in te richten, is er een manier gevonden om het belang van de cliënt het zwaarst te laten wegen en gegevensuitwisseling toch mogelijk te maken. De vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft op 26 januari 2023 haar steun uitgesproken om de gegevensvergelijking uit te voeren. Inmiddels heeft de specifieke groep ouders een brief ontvangen.

De beperkingen en onmogelijkheden ten aanzien van gegevensuitwisseling, kunnen voor organisaties verlamvend werken. In het komende jaar willen we graag met VWS en andere dienstverleners in gesprek om met elkaar tot concrete voorstellen en ideeën te komen hoe gegevensuitwisseling, als dat nodig en gewenst is, juist wél kan. Wij zien bijvoorbeeld mogelijkheden voor de toekomst met persoonlijke gezondheidsdossiers (en/of Europese initiatieven). De cliënt hoeft dan alleen aan te klikken dat hij deze gegevens wil delen en met wie.



Het stelsel en zijn wetgeving

Wachlijsten

De afgelopen jaren zien we de wachlijsten voor verschillende zorgvormen toenemen. De toegenomen vraag naar zorg en beperkte beschikbaarheid van personeel spelen hierbij een belangrijke rol. Er ontstaat hierdoor een verschil tussen wat wij vanuit het CIZ bepalen welke zorg het best passend is en de mogelijkheden die een cliënt vervolgens heeft om de zorg daadwerkelijk te ontvangen. Vanuit de praktijk ontvangen wij signalen dat de cliënt wel recht heeft op zorg uit de Wlz, maar deze zorg niet altijd volledig ontvangt door wachlijsten of personeelstekorten. Hoewel de cliënt de verwachting heeft opgenomen te worden in een instelling krijgt hij een vorm van overbruggingszorg thuis. De cliënt die zorg thuis ontvangt krijgt vanuit de Wlz soms minder zorg dan hij vanuit de Zvw kon declareren.

Het is niet uit te leggen aan de betrokken mantelzorgers dat hun familie geen gebruik meer kan maken van de vertrouwde hulp omdat deze niet gecontracteerd is in het juiste systeem, en dat tegelijkertijd in dat juiste systeem geen nieuwe hulp beschikbaar is.'

In sommige gevallen raken zij daarbij ook nog de vaste hulpverleners kwijt omdat niet alle partijen een Wlz-contract hebben.

Een tekort aan beschikbare woonvormen voor mensen met een Wlz-indicatie, speelt hierin een grote rol. We zien dit met name bij de indicaties voor de laagste en de hoogste zorgprofielen.



Vanuit het gehele land ontvangen we signalen dat de zorg behorende bij de 'GGZ Wonen 5-indicatie' weinig is ingekocht door zorgkantoren, mede door de hoge eisen die het profiel stelt aan de locatie en zorgverlening. Met als gevolg dat een groep zeer kwetsbare cliënten hun zorgindicatie niet kan verzilveren. In de praktijk leidt dit in sommige gevallen tot een aanvraag voor een lager zorgprofiel, zodat zij toch zorg kunnen ontvangen.

Samen met het ministerie van VWS en andere betrokken partijen, zoekt het CIZ naar oplossingen om de GGZ wonen 5 wel beschikbaar te maken voor cliënten die deze zorg nodig hebben.

Als je een indicatiebesluit krijgt voor beschermd wonen en intensieve zorg denk je: "Ik wacht op een plaatsing" - echter blijkt bij contact met het verpleegtehuis dat er een hogere indicatie nodig is voor opname.'

Dit veroorzaakt dat meer mensen zich 'preventief' aanmelden voor de Wlz, in de hoop dat zij bij achteruitgang wel in een zorginstelling kunnen gaan wonen. Zonder Wlz-indicatie kom je niet op de wachtlijst. Mensen vragen dus alvast een Wlz-indicatie aan terwijl zij nog niet voldoen aan de criteria van de Wlz. Met als gevolg dat zij het hele aanvraagproces doorlopen en op een later moment opnieuw een aanvraag moeten doen omdat zij dan wél voldoen aan de criteria. Daarnaast is dit één van de oorzaken van de hogere aanvraagstroom.

Als mensen in aanmerking komen voor een plek in het verpleeghuis blijkt dat er in veel gevallen geen plek is voor hun partner. Dit veroorzaakt dat echtparen noodgedwongen gescheiden leven. We merken dat er steeds minder plekken voor partnerverblijf beschikbaar zijn. Dit komt doordat het voor zorginstellingen financieel ingewikkeld is om de plekken bekostigd te krijgen. Met name wanneer de cliënt met een hoge zorgvraag overlijdt, en de partner met een lage zorgbehoefte in de instelling achter blijft.

Houdbaarheid zorgprofielen

Als het CIZ heeft vastgesteld dat iemand voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz, stelt het CIZ het best passende zorgprofiel vast. Deze zorgprofielen staan beschreven in de Regeling langdurige zorg (Rlz). In de basis loopt de zorgzwaarte op naarmate het zorgprofiel hoger wordt. Dat geldt ook voor het tarief dat aan het zorgprofiel is gekoppeld.

De vastgestelde profielen zijn gebaseerd op de mensen die zorg in een instelling ontvingen in het begin van deze eeuw. In de tussentijd zijn de profielen niet meer als geheel geëvalueerd of aangepast.

De verouderde profielen kunnen leiden tot een knelpunt in de veranderende maatschappij en het nabije toekomstbeeld. Zo zijn er in het WOZO-programma 3 uitgangspunten afgesproken waar die verandering uit gaat bestaan: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. De rode draad hierbij is dat het altijd 'samen' is: samen met naasten, met de samenleving, met de informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) en samen met andere professionals (over de domeinen heen). De sociale context wordt binnen de indicatiestelling Wlz juist niet meegewogen. Dit staat in schril contrast tot de andere stelselwetten.

Daarnaast veroorzaken de tarief- en bekostigingsverschillen tussen de stelselwetten of binnen de Wlz-zorgprofielreeksen, en de mogelijkheid van meerzorg, druk op specifieke profielen.



Er zijn 2 soorten revalidatie voor kwetsbare ouderen. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de Zorgverzekeringswet en Herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz (indicatie VV9B). Wanneer iemand al aangewezen is op de Wlz of ook na revalidatie voldoet aan de Wlz-criteria, wordt de revalidatie bekostigd vanuit de Wlz. In alle andere gevallen wordt revalidatie vanuit de Zvw bekostigd. Inhoudelijk zou de revalidatiezorg vanuit de Wlz en de Zvw hetzelfde moeten zijn en mogen beide 6 maanden duren. Echter in de praktijk zorgt de bekostigingswijze vanuit de Zvw ervoor dat er niet voldoende financiële middelen gekoppeld worden aan een traject om 6 maanden revalidatie van te betalen. Dit kan ervoor zorgen dat zorgaanbieders een patiënt liever opnemen met een VV9B vanuit de Wlz, zodat zij langer de tijd hebben voor de revalidatie. We krijgen signalen dat de samenwerking tussen professionals hierdoor regelmatig onder spanning komt te staan omdat zij de bekostiging van de vervolgplek niet rond krijgen. Gevolg hiervan is dat cliënten langer in het ziekenhuis moeten blijven en niet de best passende zorg ontvangen.

We zien regelmatig verzoeken om een herindicatie. Niet omdat de beschrijving in het zorgprofiel niet meer passend is, maar omdat de zorg die de cliënt voor het bijbehorende tarief kan ontvangen vanuit het zorgprofiel, niet meer passend en toereikend is. Bijvoorbeeld omdat de frequentie van de verpleegkundige zorg niet meer geleverd kan worden vanuit een ander, 'lager' profiel.

Verder horen wij de vraag naar tijdelijke indicaties vanuit de brancheorganisaties. Langdurige behandeling is voor de Wmo en Zvw financieel niet aantrekkelijk, waardoor er naar de Wlz wordt gewezen om dergelijke behandeling te bekostigen. Binnen de huidige wet- en regelgeving geldt echter dat Wlz-indicaties voor onbepaalde tijd zijn met uitzondering van de GGZ-B, VV9B en de SGLVG-indicaties. Dit maakt dat de burger die een langdurige behandeling toch nodig heeft voor bepaalde tijd, hier nu geen gebruik van kan maken. Of lang moet wachten voordat is bepaald wie ervoor zal gaan betalen. Op dit moment voeren het CIZ en VWS gesprekken over oplossingen van de knelpunten op verschillende individuele zorgprofielen, echter de zorgprofielen kun je eigenlijk niet los van elkaar zien. We vragen daarom om onderhoud op alle zorgprofielen, rekening houdend met de verschillende doelgroepen en criteria in samenspraak met de brancheorganisaties, het ministerie van VWS, ZINL en de NZa.



Eigen bijdrage

Voor zowel de Wlz als de Wmo geldt dat cliënten een eigen bijdrage moeten betalen om zorg en ondersteuning te ontvangen. De hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz is afhankelijk van de leveringsvorm en het inkomen en vermogen van een cliënt. De Wlz kent een hoge en een lage eigen bijdrage. Cliënten die intramuraal in een instelling wonen of meer dan 20 uur per week zorg thuis ontvangen, betalen de hoge eigen bijdrage. Cliënten die thuis wonen en minder dan 20 uur per week zorg ontvangen betalen de lage eigen bijdrage. Het CAK is verantwoordelijk voor het vaststellen en innen van deze bijdrage.

Cliënten krijgen het advies om alvast een Wlz-indicatie aan te vragen in verband met de wachtlijsten voor een zorginstelling. Zij voldoen aan de criteria van de Wlz en ontvangen een indicatie, maar willen de zorg op dat moment nog niet in een instelling ontvangen. Het gevolg hiervan is dat hun zorg niet per se verandert, maar zij hier wel een hogere eigen bijdrage voor betalen.

Cliënten die thuis blijven wonen met een Wlz-indicatie, kunnen geconfronteerd worden met een veel hogere eigen bijdrage voor vergelijkbare zorg die zij eerder vanuit de Wmo/Zvw ontvingen. Daarnaast horen we van medewerkers dat thuiswonende cliënten geregeld het CIZ verzoeken om de Wlz-indicatie te beëindigen vanwege de hogere eigen bijdrage. Dit is in de meeste gevallen echter niet meer mogelijk, omdat de cliënt vanwege zijn zorgbehoefte wel toegang heeft tot de Wlz.

Verder krijgen we signalen dat de hogere eigen bijdrage in de Wlz een drempel kan vormen voor cliënten om überhaupt een Wlz-indicatie aan te vragen. We krijgen tijdens de aanvraagprocedure verzoeken van cliënten om het onderzoek af te breken nadat zij zijn geïnformeerd over de hoogte van de eigen bijdrage die zij moeten betalen als zij een indicatie krijgen. Het gevolg is dat deze cliënten niet de best passende zorg ontvangen.

Wij informeren (potentiële) aanvragers tijdens de aanvraagprocedure actief over de eigen bijdrage. Echter, dit kunnen we maar tot op zekere hoogte doen, omdat wij geen gegevens hebben over het inkomen en dus geen zicht hebben op de hoogte van de eigen bijdrage. Het informeren doen we daarnaast via onze website, waar naast algemene informatie over de eigen bijdrage, ook een verwijzing naar de website van het CAK staat. Op deze website is een rekentool te vinden voor het berekenen van de hoogte van de eigen bijdrage.

Toch blijft het zorgstelsel complex voor de cliënt. Er zijn vaak veel verschillende partijen, zorgverleners en instanties betrokken bij een cliënt. En vaak in een korte tijd. Het is voor een cliënt dan niet altijd duidelijk wie welke informatie heeft of hoort te geven.

Voor een cliënt is het geen geheel. Het zijn hokjes; dat wordt niet goed uitgelegd. Zorginstellingen zien een stukje, het CIZ ziet een stukje. Het CAK ziet een stukje. Ze kunnen niet voor elkaar praten. Daardoor zien cliënten bijvoorbeeld pas na het ingaan van de indicatie wat er financieel gebeurt. Terwijl de hele wereld anders in elkaar zit. Er is eigenlijk geen keus, je kan maar 1 kant op.'

Het CIZ vindt het daarom ook van belang dat zorgaanbieders en onafhankelijke cliënt-ondersteuners cliënten goed informeren over de (mogelijke) gevolgen van een Wlz-indicatie wanneer zij de indicatie als voorwaarde stellen om op de wachtlijst geplaatst te worden. We vragen hier aandacht voor in ons relatiebeheer met zorgaanbieders. We merken dat het geven van informatie cliënten bewust maakt van de eigen bijdrage; het blijft echter een drempel voor cliënten om de overgang te maken naar de Wlz.

Domeinoverstijgende samenwerking

Het CIZ hecht veel belang aan een goede samenwerking over de domeinen heen (Jeugdwet, Wmo, Zvw, Wlz). Op die manier kunnen we de cliënt zo snel als mogelijk passende hulp bieden. Voor cliënten en professionals is het stelsel met de verschillende wetten best ingewikkeld.



Wanneer een cliënt psychische problemen heeft en langdurig behoefte heeft aan begeleid wonen en behandeling is het vaak een zoektocht vanuit welke wet de zorg betaald moet worden. Voor de bekostiging van de GGZ-behandeling staat de zorgverzekeraar aan de lat. Begeleid wonen kan vanuit de Wmo worden bekostigd, maar de langdurige zorgbehoefte maakt dat cliënten en professionals bij deze combinatie van zorg ook vaak denken aan de Wlz.

We merken dat er gemeenten zijn die cliënten die een Wmo-aanvraag doen, in eerste instantie doorverwijzen naar het CIZ. Zij stellen als voorwaarde dat de cliënt een afwijzing nodig heeft voor een Wlz-indicatie om in aanmerking te komen voor hulp vanuit de Wmo.

Dit komt door artikel 2.3.5 lid 6 Wmo 2015¹ waarin staat dat de Wlz voorliggend is op de Wmo 2015. Vervolgens wijst het CIZ de indicatie voor deze cliënten in 9% van de gevallen af omdat zij niet voldoen aan de criteria van de Wlz. Na deze afwijzing voor de Wlz moet de cliënt opnieuw een aanvraag voor de Wmo indienen bij de gemeente. Cliënten voelen zich hierdoor van het kastje naar de muur gestuurd.

Niet alleen de neiging vanuit de gemeentelijke teams om mensen eerst door te sturen naar het CIZ voor een beoordeling op de Wlz, maar ook de eerder genoemde tekorten en wachtlijsten, maken dat er meer aanvragen bij het CIZ worden gedaan dan eerder geprognoseerd. Dat zorgt ervoor dat de doorlooptijden oplopen waardoor de cliënt langer moet wachten op zijn indicatiebesluit.

Gemeenten, Zvw en CIZ moeten meer investeren in de samenwerking om een cliënt direct toe te leiden naar het juiste domein. Het vergroten van de kennis van professionals over de verschillende

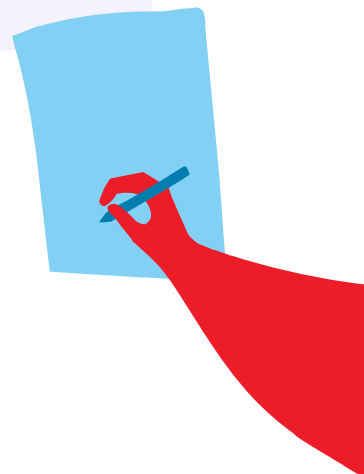
¹ Artikel 2.3.5 lid 6: Het college kan een maatwerkvoorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Wet langdurige zorg, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.

wetten is hierbij nodig. Het is van belang dat we elkaar tijdig weten te vinden en laagdrempelig met elkaar afstemmen.

Investeren in betere samenwerking kost tijd. Zo kunnen de verschillende domeinen elkaar beter begrijpen en samen tot de juiste zorg voor de cliënt komen. We willen voorkomen dat cliënten een aanvraag doen bij het verkeerde loket of tussen wal en schip terecht komen.



Op de website [ciz.nl](https://www.ciz.nl) is een Wlz-check gemaakt. Door een aantal vragen te beantwoorden, wordt zichtbaar of een aanvraag voor de Wlz zinvol is. Als dat niet het geval is, geven we aan waar de cliënt wel terecht kan met zijn vraag.



Het CIZ zoekt de domeinoverstijgende samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars op wanneer een cliënt mogelijk wel toegang heeft tot de Wlz maar de zorg uit een ander domein beter passend lijkt te zijn, of omdat dit nadrukkelijk de wens is van de cliënt.

Het CIZ werkt mee aan Werk aan Uitvoering (de WaU) een overheidsbreed programma ter verbetering van de publieke dienstverlening. De WaU biedt de mogelijkheid om verbinding te zoeken en een lerend platform te ontwikkelen, bijvoorbeeld ten aanzien van het omgaan met maatwerksituaties.



Een cliënt die een lage indicatie (LG2) had ontvangen, kwam erachter dat veel van haar vaste zorgverleners geen Wlz-contract hadden. Hierdoor moest de cliënt noodgedwongen andere zorgverleners gaan zoeken, terwijl zij graag haar eigen zorgverleners wilde houden. Op verzoek van de cliënt heeft het CIZ contact opgenomen met de gemeente, om te onderzoeken of de cliënt terug kon naar de Wmo/Zvw.

Colofon

CIZ
Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
www.ciz.nl

2e editie Stand van de Uitvoering
Uitgave mei 2023
Auteur: CIZ
Ontwerp: OSAGE