

# Analyse markteffecten opheffen beperking paramedische zorg

Eindrapportage



14 maart 2023

# Inhoudsopgave

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Samenvatting</b>                                | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Introductie</b>                                 | <b>4</b>  |
|          | Potentiële effecten                                | 4         |
|          | Onjuist declareren                                 | 4         |
|          | Conclusies tussenrapportage december 2021          | 5         |
| <b>3</b> | <b>Resultaten</b>                                  | <b>6</b>  |
|          | Gesprekken   | 6         |
|          | Analyses   | 7         |
|          | Effect schrappen beperking                         | 7         |
|          | Afbakeningsprobleem Wlz                            | 8         |
|          | Sessies zorgverzekeraars en zorgkantoren           | 10        |
| <b>4</b> | <b>Conclusies, aanbevelingen en vervolgstappen</b> | <b>11</b> |
|          | Aanbevelingen                                      | 11        |
|          | Vervolgacties                                      | 12        |

# 1 Samenvatting

Per 2021 is zorg dat valt onder de ‘Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandelingen (emb)’ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. In de eerstelijns regelgeving fysiotherapie en oefentherapie stond echter dat Wlz-instellingen geen eerstelijns paramedische zorg in rekening konden brengen. We willen het voor instellingen mogelijk maken deze zorg te kunnen (blijven) declareren. Daarom is de beperking om prestaties uit de regels voor fysiotherapie en oefentherapie in rekening te brengen per 1 januari 2021 opgeheven. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om de (markt)effecten van het schrappen van de beperking te onderzoeken.

Uit analyses van declaratiedata en uit gesprekken met Wlz-instellingen komt naar voren dat het opheffen van de beperking geen gevolgen heeft gehad voor het beleid of de werkwijze van zorginstellingen. Zij brachten ook voor het opheffen van de beperking al prestaties uit de regels van eerstelijns paramedische zorg in rekening. Naar aanleiding van onze analyses en de gevoerde gesprekken is de focus gedurende dit project verschoven naar de afbakening tussen algemene en specifieke paramedische zorg. Zorgaanbieders maken veelal een keuze tussen het declareren van alle paramedische zorg in ofwel de Zvw ofwel de Wlz. Deze afweging lijkt niet zorginhoudelijk. Dit is zorgelijk omdat de cliënt, doordat specifieke paramedische zorg in de Zvw wordt gedeclareerd, ten onrechte te maken kan krijgen met maximumvergoedingen en/of eigen betalingen. Daarnaast krijgt de cliënt door behandeling vanuit de Zvw mogelijk niet altijd passende zorg geboden. Dat komt doordat er bij specifieke paramedische zorg meer sturing is op kwaliteit en juiste zorg. Bovendien kan sprake zijn van dubbele bekostiging wanneer paramedische zorg die in het Wlz-tarief is inbegrepen óók ten laste van de Zvw in rekening wordt gebracht. Vanuit de directie Toezicht is recent een onderzoek gestart naar aanleiding van een melding over (mogelijke) dubbele bekostiging.

Wij doen de aanbeveling om paramedische zorg voor Wlz-cliënten in één domein onder te brengen. Op deze manier kunnen we conflicten en geschillen voorkomen en zorgen dat cliënten niet (ten onrechte) met maximumvergoedingen of eigen betalingen te maken krijgen. In lijn met eerder advies van Zorginstituut Nederland kan er bijvoorbeeld voor gekozen worden alle paramedische zorg integraal onderdeel te laten zijn van de Wlz. Voor de korte termijn ligt er toegevoegde waarde in het wijzen van zorgaanbieders en brancheverenigingen op de geldende regelgeving en de werkwijze die daarbij hoort. De NZa zal dit rapport daarom publiceren en daarover via haar kanalen communiceren. In 2024 zal de NZa bovendien een effectmeting uitvoeren, waarbij de uitgevoerde analyses worden herhaald.

## 2 Introductie

Met ingang van 2021 is zorg die valt onder de ‘Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandelingen (emb)’, bekostigd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De paramedische zorg onder deze tijdelijke subsidieregeling werd voornamelijk gegeven door Wlz-instellingen. Vanaf de overheveling naar de Zvw gelden de regels van eerstelijns paramedische zorg. In de eerstelijns regelgeving fysiotherapie en oefentherapie stond dat Wlz-instellingen geen eerstelijns paramedische zorg in rekening konden brengen. We willen het voor instellingen mogelijk maken deze zorg te kunnen (blijven) declareren. Daarom is de beperking om prestaties uit de regels voor fysiotherapie en oefentherapie in rekening te brengen per 1 januari 2021 opgeheven. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om de (markt)effecten van het schrappen van de beperking te onderzoeken.

Eind 2021 heeft de NZa aan de directeur Curatieve Zorg van VWS al een rapportage opgeleverd met daarin de eerste inzichten. Op basis van de daarin beschreven bevindingen hebben wij gesprekken met verschillende zorgaanbieders en andere partijen gevoerd en nieuwe analyses uitgevoerd. Naar aanleiding daarvan is de focus verschoven naar de afbakening tussen algemene en specifieke paramedische zorg. Dit in afwijking van de oorspronkelijke opdracht. Hierover heeft reeds meerdere malen afstemming plaatsgevonden met VWS.

In dit rapport gaan we allereerst in op de potentiële (markt)effecten. Vervolgens vindt u een samenvatting van onze eerdere bevindingen uit december 2021. Daarna bespreken wij de resultaten van gevoerde gesprekken en presenteren wij onze meest recente analyses.

### Potentiële effecten

Met het vervallen van de tijdelijke subsidieregeling verwachten wij een natuurlijke stijging van het macrokader paramedische zorg. Een deel van de kosten die voorheen in de tijdelijke subsidieregeling werden gemaakt, zullen nu immers overvloeien naar de paramedische zorg binnen de Zvw. Daarnaast kan een verschuiving plaatsvinden van het type aanbieder dat de paramedische zorg verleent. Hiermee bedoelen we een verschuiving van de eerstelijns paramedische praktijk naar de instelling. Het is nu namelijk ook toegestaan dat een Wlz-instelling of een ggz-aanbieder deze eerstelijns paramedische zorg verleent. In deze gevallen gaat het om verschuiving van type aanbieder die de zorg levert, maar niet om een stijging van het macrokader paramedische zorg.

### Onjuist declareren

Voor Wlz-cliënten bestaat het onderscheid tussen ‘algemene paramedische zorg’ en ‘specifieke paramedische zorg’. Dat staat in het ‘Standpunt paramedische zorg in de Wlz’ van Zorginstituut Nederland. De specifieke paramedische zorg is paramedische zorg in het kader van de indicatie en/of behandeling en valt onder de Wlz. Deze wordt bekostigd via de zzp’s, vpt’s en mpt’s (hierna aangeduid als ‘pakket’) met maximumtarieven. De algemene paramedische zorg kent geen samenhang met indicatie en/of behandeling en valt onder de Zvw. Deze wordt bekostigd via de eerstelijns paramedische prestaties met vrije tarieven. Wlz-instellingen konden al (onrechtmatig) specifieke paramedische zorg als algemene paramedische zorg bestempelen, zodat dit niet uit het eigen (Wlz) budget bekostigd hoeft te worden. Door het opheffen van de beperking kunnen Wlz-instellingen ook de algemene paramedische zorg zelf declareren. Dit kan leiden tot een stijging van het macrokader van paramedische zorg door onrechtmatig gebruik, door specifieke paramedische zorg als algemene paramedische zorg in rekening te brengen. Anderzijds wordt algemene paramedische zorg veelal niet vergoed vanuit de

basisverzekering. Daardoor kan het voor de cliënt voordeliger zijn deze als specifieke paramedische zorg ten laste van de Wlz komt.

In de (Zvw-)ggz speelde eerder een soortgelijk risico. De paramedische zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van een primaire diagnose valt onder de gespecialiseerde ggz. Dit werd tot en met 2021 bekostigd via dbc's met maximumtarieven. Per 1 januari 2022 geldt het Zorgprestatie­model. De overige paramedische zorg, vallend onder de eerstelijns paramedische zorg, werd bekostigd via prestaties met vrije tarieven. Eerder werden deze kosten door ggz-instellingen al als onderdeel van de geschreven tijd op een dbc in rekening gebracht. Indien er meer fysiotherapie werd gegeven, dan paste daar een dbc met een hoger tarief bij. Het probleem van de 'zaag­tang' bij dbc's bestaat met de invoering van het Zorgprestatie­model per 1 januari 2022 niet meer. Doordat elk consult op zichzelf gedeclareerd kan worden, verdwijnt de prikkel om zorg die niet zou leiden tot een hogere dbc op een andere wijze te declareren. In onze analyse lag en ligt de focus daarom op Wlz-instellingen.

Daarnaast zou het opheffen van de beperking voor Wlz-instellingen en ggz-aanbieders om de prestaties uit de regelgeving voor fysiotherapie en oefen­therapie in rekening te brengen, kunnen leiden tot onrechtmatig gebruik. Of een stijging van het onrechtmatig gebruik te verwachten is, is niet te voorspellen. Wel wordt de drempel, door het opheffen van de beperking, verlaagd.

## **Conclusies tussenrapportage december 2021**

In de tussenrapportage constateerden wij dat conclusies over het effect van het opheffen van de beperking niet getrokken kunnen worden op basis van het landelijk gedeclareerde bedrag aan paramedische zorg.<sup>1</sup> Dit komt door een natuurlijke groei van het totale bedrag in 2021 door patiënten die revalideren na corona en door klachten naar aanleiding van thuiswerken. Wanneer we kijken naar het gemiddeld gedeclareerd bedrag per jaar aan paramedische zorg voor Wlz-clie­nten, zien wij een vergelijkbare trend. Op basis daarvan zien wij vooralsnog geen signalen dat het opheffen van de beperking in 2021 tot een stijging van de kosten in de paramedische zorg heeft geleid. Uit onze analyse van Wlz-instellingen volgde bovendien dat de gemiddelde omzet­verhouding tussen de gedeclareerde paramedische zorg en totale Wlz-omzet in 2021 iets lager ligt dan in de jaren 2018 t/m 2020 (0,11% versus 0,12%).

Op basis van deze analyse is een aantal aanbieders uitgenodigd voor een gesprek. Enerzijds om meer inzicht te krijgen in de declaratiesystematiek van deze aanbieders en anderzijds om meer gevoel te krijgen bij de waarde van de uitgevoerde analyse.

<sup>1</sup> De analyses in de tussenrapportage van december 2021 zijn gebaseerd op de cijfers van de eerste zes maanden van elk jaar. Hier is voor gekozen omdat de declaratiedata van 2021 op dat moment nog niet compleet waren.

# 3 Resultaten

In dit hoofdstuk geven we de resultaten van gevoerde gesprekken en aanvullende analyses weer. Er wordt kort stilgestaan bij de analyses uit de eerdere rapportage over de effecten van het opheffen van de beperking. Vervolgens richten wij ons op de analyses met betrekking tot het afbakeningsprobleem.

## Gesprekken

In juli 2022 hebben wij 3 Wlz-instellingen geselecteerd op basis van onze eerdere bevindingen (van eind 2021) en een herhaling van de destijds uitgevoerde analyse. Met deze 3 instellingen zijn wij in gesprek gegaan, waarbij steeds meerdere vertegenwoordigers – waaronder de bestuursvoorzitters – namens de instellingen onze gesprekspartner waren. Tijdens deze gesprekken kwam een beperking in onze eerdere analyse naar boven, die maakte dat de selectie weinig zei over het declaratiegedrag van de betreffende aanbieders.<sup>2</sup> Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met een zorginkoper van een zorgkantoor en met beleidsadviseurs van branchevereniging ActiZ.

Uit deze gesprekken komt naar voren dat:

- de subsidieregeling voor paramedische zorg niet veel werd gebruikt;
- het opheffen van de beperking geen gevolgen heeft gehad voor het beleid of de werkwijze van zorginstellingen;
- zorginstellingen ook voor het opheffen van de beperking al prestaties uit de regelgeving van eerstelijns paramedische zorg in rekening brachten;
- aanbieders in sommige gevallen paramedische zorg op één agb-code in rekening brengen (vaak van een afzonderlijke juridische entiteit);
- bij cliënten met een indicatie zonder behandeling in sommige gevallen alle paramedische zorg ten laste wordt gebracht van de Zvw, terwijl deze cliënten ook aanspraak kunnen hebben op vergoeding uit de Wlz;
- het onderscheid tussen algemene paramedische zorg en specifieke paramedische zorg niet altijd duidelijk is, of wordt gezien als een theoretisch onderscheid (cliënten die langer thuis wonen zullen namelijk ook langer naar bijvoorbeeld hun eigen huisarts of paramedicus gaan);
- de regelgeving kan zorgen voor misverstanden of onduidelijkheid, bijvoorbeeld of voor het declareren van paramedische zorg een regiebehandelaar aangewezen moet worden en wie die regiebehandelaar dan moet zijn;
- veronderstelt kan worden dat door de vaak complexe zorgvraag bij verpleeghuiscliënten al snel is voldaan aan de criteria voor specifieke paramedische zorg;
- zorginstellingen desondanks veelal de afweging lijken te maken tussen declaratie binnen de Zvw óf binnen de Wlz, zonder daarbij rekening te houden met de (complexiteit van de) zorgvraag van de cliënt;
- de keuze om zorg ten laste van de Zvw in rekening te brengen, gevolgen heeft voor cliënten die geen of een beperkte aanvullende verzekering hebben afgesloten. Dat kan namelijk betekenen dat een cliënt de paramedische zorg zelf moet betalen en daardoor de keuze maakt van die zorg af te zien;
- daarmee de vraag rijst of alle cliënten passende zorg geboden krijgen.

<sup>2</sup> Er is in de analyse op agb-code-niveau onvoldoende rekening gehouden met de situatie waarin alle paramedische zorg van een instelling op een andere vestigings-agb-code dan de Wlz zorg is gedeclareerd. De analyse is vervolgens aangepast, waarbij agb-codes van verschillende instellingen zijn samengenomen en vervolgens opnieuw naar de verhouding van omzet in de paramedische zorg ten opzichte van omzet in de Wlz is gekeken. In deze rapportage is afgezien van een vergelijkbare analyse.

Hoewel met name is gesproken over (eerstelijns) paramedische zorg en het schrappen van de beperking, kwam uit de gesprekken verder naar voren dat:

- het gegeven dat cliënten steeds langer en vooral zelfstandig thuis blijven wonen een uitdaging vormt, omdat personeel ook intramuraal nodig is;
- er sprake is van een personeelstekort, met name bij het verzorgende personeel.

## Analyses

In de tussenrapportage van december 2021 concludeerden wij dat er geen signaal was dat het schrappen van de beperking tot een toename van kosten in de Zvw paramedie had geleid. Daarnaast kwam uit de gevoerde gesprekken naar voren dat Wlz-instellingen ook vóór 2021 in de Zvw paramedische zorg konden declareren, ondanks de beperking in de regelgeving. Dit, in combinatie met de gevolgen van het coronavirus, maakt een analyse van het effect van het schrappen van de beperking bijzonder lastig. Het verklaart ook waarom er geen duidelijk effect zichtbaar was in onze analyses. We zullen hier een paar analyses herhalen om vervolgens de focus te verleggen naar het signaal dat veel Wlz-instellingen geen afweging lijken te maken tussen specifieke en algemene paramedische zorg.

## Effect schrappen beperking

Alle analyses zijn gedaan op basis van Vektis-declaratiedata. Op het moment van schrijven zijn de gegevens van 2021 vrijwel compleet en kunnen we een goede vergelijking met voorgaande jaren maken. Figuur 1 laat het totale, door Wlz-instellingen<sup>3</sup> en ggz-aanbieders<sup>4</sup>, gedeclareerde bedrag aan paramedische zorg in de Zvw zien. Allereerst valt op dat – hoewel de beperking pas per 1 januari 2021 is geschrapt – aanbieders voor 2021 ook al in staat waren om paramedische zorg in de Zvw te declareren. Voor Wlz-instellingen zien we in 2020<sup>5</sup> een daling van het totale gedeclareerde bedrag in de paramedische zorg. Ondanks enig herstel in 2021 ligt het jaarlijkse bedrag nog onder het niveau van 2019. Relateren we de omzetcijfers van eerstelijns paramedische zorg door Wlz-instellingen aan de totale omzet in de paramedische zorg in de Zvw dan zien we zelfs een lichte daling van 2% naar 1,6%. We zien geen tekenen dat Wlz-instellingen na het schrappen van de beperking méér in de Zvw zijn gaan declareren.

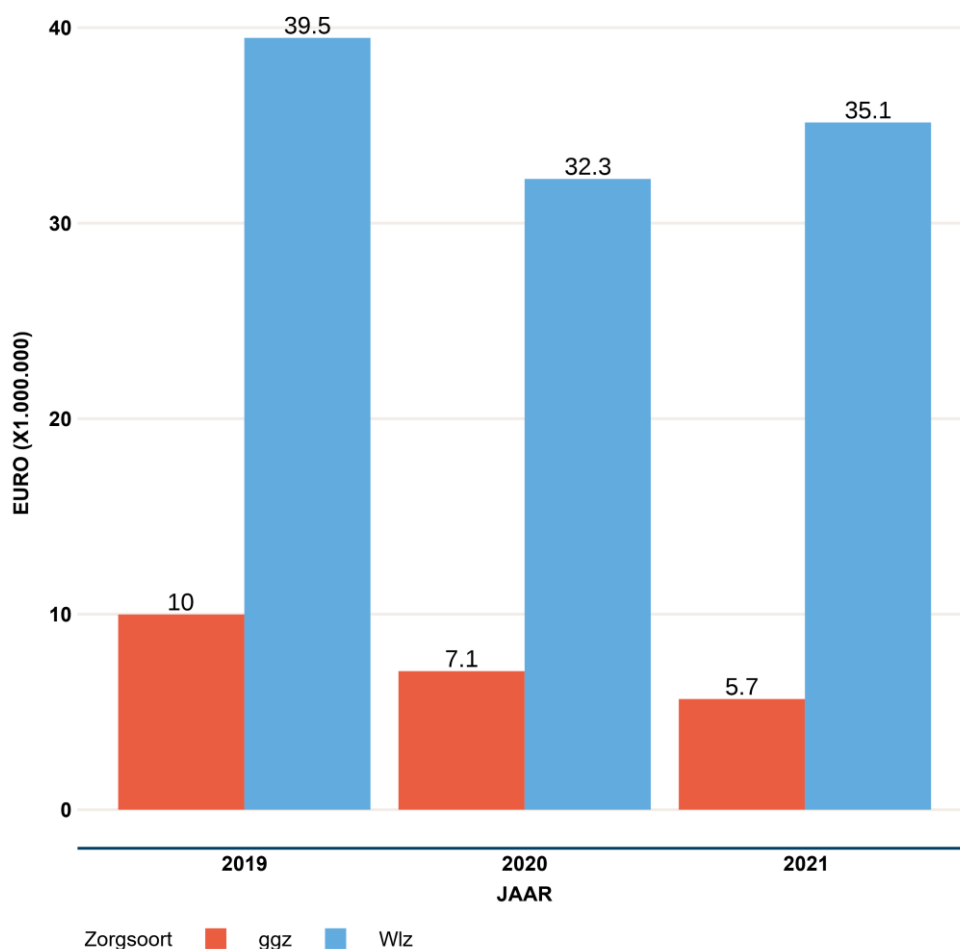
Voor ggz-aanbieders zien we een iets andere trend op een andere schaal. Waar Wlz-instellingen rond de 35 miljoen euro declareren in de Zvw paramedie ligt dit bedrag voor ggz-aanbieders in 2019 op 10 miljoen euro. Ook bij deze groep zien we een lichte dip in 2020. In tegenstelling tot de groep Wlz-instellingen zien we echter dat deze daling zich doorzet in 2021. De ggz data over 2021 zijn echter mogelijkheid nog niet helemaal compleet in verband met aanleveringsproblemen. Het effect hiervan is beperkt. Het aandeel van ggz-aanbieders in de paramedische zorg daalde van 0.51% naar 0.26%.

<sup>3</sup> Alle agb-codes die beginnen met '65', '60', '30', '47', '73', '75', '46' of '42'.

<sup>4</sup> Alle agb-codes die in 2019, 2020 en/of 2021 in de ggz hebben gedeclareerd.

<sup>5</sup> Deze lichte daling is (waarschijnlijk) grotendeels te wijten aan de gevolgen van het coronavirus.

**Figuur 1. Totaal gedeclareerd bedrag paramedische zorg (Zvw) door Wlz- en ggz-instellingen**



## Afbakeningsprobleem Wlz

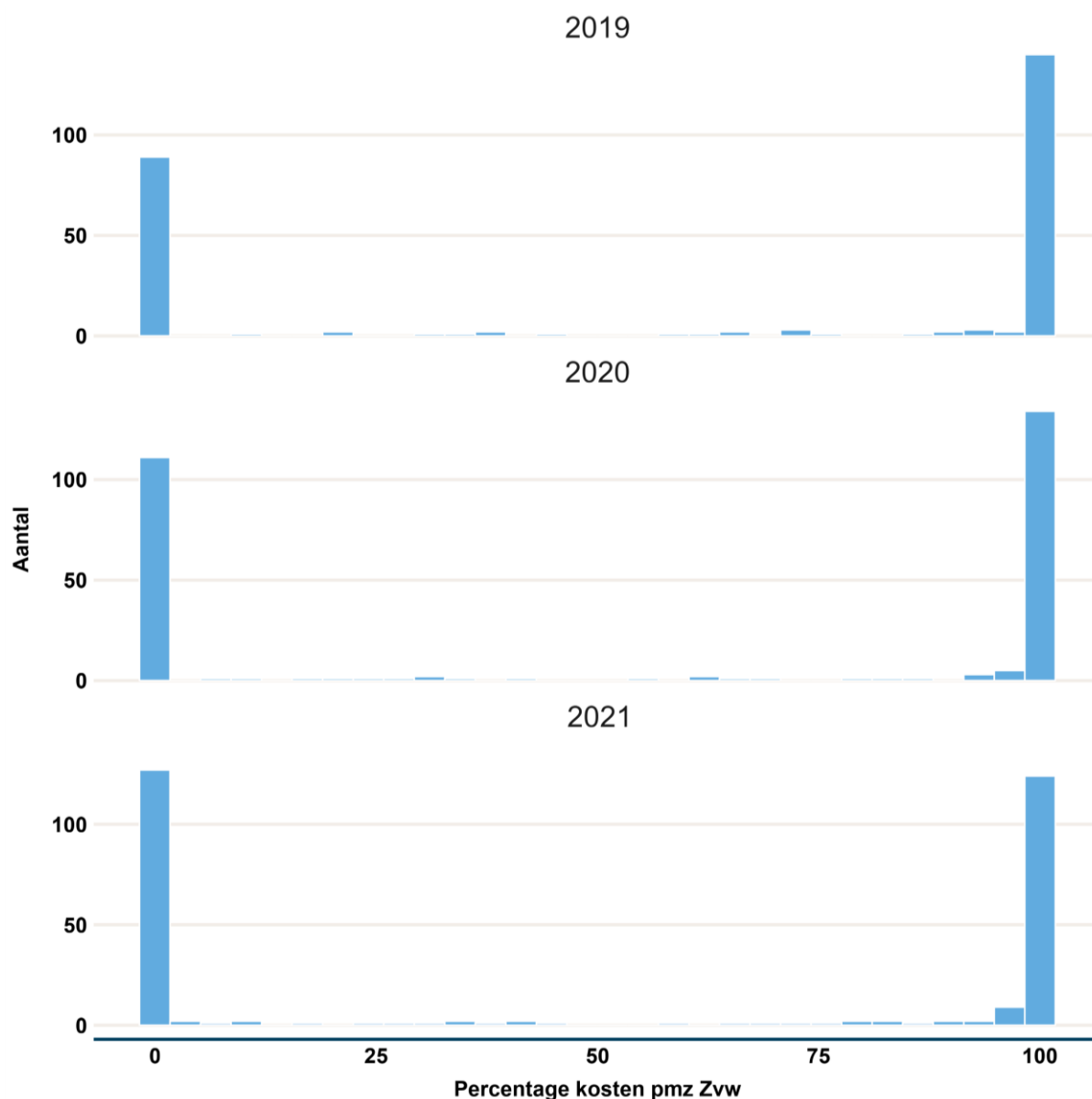
Een terugkerend thema tijdens de gevoerde gesprekken met Wlz-instellingen was de afweging tussen algemene en specifieke paramedische zorg. Deze afweging wordt door aanbieders niet of nauwelijks gemaakt. Op basis van de declaratiedata is het niet mogelijk vast te stellen of een behandeling onder de Wlz of Zvw had moeten vallen omdat daarvoor informatie over de zorgvraag nodig is. Dit maakt toezicht op de afbakeningsproblematiek lastig en arbeidsintensief. Voor elk geval is het nodig om de cliëntendossiers in te zien. Wel is het mogelijk om per instelling te kijken hoeveel paramedische zorg in de Zvw (algemeen) en Wlz (specifiek) is gedeclareerd en zo het grote geheel te bekijken. Specifieke paramedische zorg voor cliënten met een pakket exclusief behandeling kan worden gedeclareerd met de prestatiecode H330. Voor cliënten met een pakket inclusief behandeling kan het aandeel specifieke paramedische zorg niet worden achterhaald, omdat de paramedische zorg in die gevallen al in het tarief is verrekend. Figuur 2 geeft een histogram van het percentage paramedische zorg gedeclareerd in de Zvw weer (van het totaal Zvw plus prestatiecode H330). Bij een zorginhoudelijke afweging verwachten wij dat het merendeel van de Wlz instellingen tussen de 0 en 100% zou vallen, omdat per cliënt wordt bekeken of bekostiging in de Zvw (algemene paramedische zorg) of Wlz (specifieke paramedische zorg) van toepassing is en dat daarmee een verdeling tussen declaraties in de Zvw en Wlz ontstaat. De figuur laat echter zien dat het overgrote deel van de aanbieders alle paramedische zorg in ofwel de Wlz ofwel in de Zvw declareert en er dus geen differentiatie plaatsvindt. Het lijkt er sterk op dat het tijdens de gesprekken ontstane beeld een landelijk fenomeen is.



Dit gedrag heeft verschillende gevolgen. Wanneer een instelling alle specifieke paramedische zorg via de Zvw declareert, zijn cliënten aangewezen op een aanvullende zorgverzekering of eigen betaling, met een beperkt aantal vergoede behandelingen. Dit is duidelijk nadelig voor de cliënt en bovendien hebben zij wettelijk aanspraak op de zorg vanuit de Wlz. Wanneer het gaat om cliënten met een pakket inclusief behandeling gaat het zelfs om dubbele bekostiging omdat de kosten al gedekt worden door het tarief van het pakket. De directie Toezicht van de NZa heeft op dit moment hierover één concrete, recente melding in behandeling.

**Figuur 2. Percentage kosten paramedische zorg in de Zvw voor de jaren 2019, 2020 en 2021.**

Een percentage van 100% betekent dat alle paramedische zorg ten laste van de Zvw komt, een percentage van 0% betekent dat alle paramedische zorg ten laste van de Wlz komt.



## **Sessies zorgverzekeraars en zorgkantoren**

In februari 2023 zijn 2 sessies georganiseerd voor vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgverzekeraars en zorgkantoren. In deze sessies zijn bovenstaande uitkomsten en een de conclusies gepresenteerd en is gesproken over een mogelijke aanpak. Uit de sessies kwam naar voren dat het declaratiegedrag en de werkwijze van zorgaanbieders het gevolg is van onduidelijkheid in de regelgeving. Dit heeft (mogelijk) rechtsongelijkheid tot gevolg. Volgens deelnemers aan de sessies moet de oplossing gezocht worden in het verduidelijken van de aanspraak. Op korte termijn kan het raadzaam zijn zorgaanbieders en brancheverenigingen via communicatie te wijzen op de (juiste werkwijze volgens) de geldende regelgeving. Men ziet hierbij vooral een rol weggelegd voor de NZa en voor zorgkantoren.

# 4 Conclusies, aanbevelingen en vervolgstappen

- Het effect van het opheffen van de beperking is lastig te onderzoeken, onder andere door effecten van de coronapandemie. Het totaal aan door Wlz-instellingen gedeclareerde eerstelijns paramedische zorg is in 2021 licht gestegen ten opzichte van 2020, maar ten opzichte van 2019 juist iets afgenomen. We zien dus geen toename na het opheffen van de beperking.
- De mogelijke prikkelwerking voor Wlz-instellingen om meer ten laste van de Zvw te brengen, lijkt daarmee uit te blijven.
- Dit is in lijn met de resultaten uit onze tussenrapportage van december 2021.
- Wij hebben nu meer duiding waarom we geen verschil zien: doordat o.a. Wlz-instellingen al voor het opheffen van de beperking eerstelijns paramedische zorg konden declareren (en vergoed kregen) heeft het opheffen van de beperking geen gevolgen gehad voor het beleid of de werkwijze van zorginstellingen.
- Aanbieders maken veelal een keuze tussen het declareren van alle paramedische zorg in ofwel de Zvw ofwel de Wlz. Deze afweging lijkt dus niet zorginhoudelijk.
- Dit betekent dat er sprake is van onrechtmatige declaraties wanneer de verkeerde financieringsstroom is gekozen.
- Dit verhaal wordt ondersteund door een nieuwe analyse. Het lijkt er sterk op dat het tijdens de gesprekken ontstane beeld een landelijk fenomeen is.
- Deze onrechtmatige declaraties zijn echter niet per se het gevolg van bewust handelen. Vooral onbekendheid met of onduidelijkheid over het onderscheid tussen algemene paramedische zorg en specifieke paramedische zorg lijkt daarbij een rol te spelen.
- Er kan daarnaast sprake zijn van dubbele bekostiging wanneer paramedische zorg die in het Wlz-tarief is inbegrepen óók ten laste van de Zvw in rekening wordt gebracht.
- Door specifieke paramedische zorg in de Zvw te declareren, kan de cliënt ten onrechte te maken krijgen met maximumvergoedingen en/of eigen betalingen.
- De cliënt krijgt daarnaast door behandeling vanuit de Zvw mogelijk niet altijd passende zorg geboden, omdat er bij specifieke paramedische zorg meer sturing is op kwaliteit en juiste zorg.

## Aanbevelingen

- Om conflicten en geschillen te voorkomen en te zorgen dat cliënten niet (ten onrechte) met maximumvergoedingen of eigen betalingen te maken krijgen, is onze aanbeveling paramedische zorg voor Wlz-cliënten in één domein onder te brengen. In lijn met eerder advies over de 'Positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz' van Zorginstituut Nederland kan er bijvoorbeeld voor gekozen worden alle paramedische zorg integraal onderdeel te laten zijn van de Wlz.
- Een wijziging als hierboven bedoeld is waarschijnlijk niet op korte termijn te realiseren. Daarom ziet de NZa toegevoegde waarde in het wijzen van zorgaanbieders en brancheverenigingen op de geldende regelgeving en de werkwijze die daarbij hoort. Daarnaast zal de NZa zorgkantoren stimuleren hierover te communiceren naar zorgaanbieders in hun regio. Op die manier willen we negatieve effecten zoveel mogelijk voorkomen. We zien dit als passende interventie, omdat hier sprake lijkt te zijn van een landelijk en sectorbreed fenomeen. Een effectmeting in 2024 moet duidelijk maken of zorgaanbieders (sectorbreed) hun declaratiewijze hebben aangepast.

## Vervolgacties

- Vanuit de directie Toezicht is een onderzoek gestart naar aanleiding van een melding over (mogelijke) dubbele bekostiging. Dit onderzoek betreft een zorginstelling in de gehandicaptenzorg die volgens de melder fysiotherapie zou laten vergoeden vanuit de Zvw, terwijl betreffende cliënten een zorgindicatie hebben voor verblijf en behandeling. Zorg van specifiek paramedische aard is daarbij onderdeel van de behandeling.
- De NZa zal dit rapport publiceren en daarover in een passende vorm communiceren. Dit draagt eraan bij negatieve effecten zoveel mogelijk te voorkomen.
- In 2024 zal de NZa een effectmeting uitvoeren, waarbij de uitgevoerde analyses zullen worden herhaald. Afhankelijk daarvan zal de NZa nagaan of en zo ja welke vervolgacties passend zijn.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht  
T 030 - 296 81 11 • E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl) • [www.nza.nl](http://www.nza.nl)