

Marktonderzoek Fysiotherapeutische zorg

Eindrapport marktonderzoek paramedische zorg



4 februari 2026

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Samenvatting en belangrijkste conclusies	4
1.1 Samenvatting	4
1.2 Conclusies	5
1.2.1 Situatie in het hier en nu	5
1.2.2 Toekomstige situatie	6
2 Inleiding	7
2.1 Onderzoeksvragen	7
2.2 Proces	8
2.3 Partijen	8
2.4 Onderzoeksopzet en methoden	8
2.5 Uitgangspunten	9
2.6 Leeswijzer	9
3 Toegankelijkheid borgen	10
3.1 Vraag naar fysiotherapie	10
3.2 Aanbod van fysiotherapeutische zorg	11
3.2.1 In – en uitstroom	12
3.2.2 Leeftijdsopbouw	17
3.2.3 Ziekteverzuim	18
3.2.4 Productiviteit	18
3.2.5 Wachttijden	19
3.2.6 Reistijd	22
3.2.7 Inkomenseffect	22
3.3 Samenvattend	23
4 Contractering en marktdynamiek	24
4.1 Contractering	24
4.1.1 Inkoopproces	24
4.1.2 Contracten	25
4.2 Omzet en tarieven	26
4.2.1 Ongecontracteerde zorg	26

4.2.2	Uitgaven	27
4.2.3	Tarieven	28
4.2.4	Algemeen beeld hoogte tarieven/vergoedingen	31
4.3	Marktdynamiek (stand van de markt)	32
4.3.1	Financiële gezondheid aanbieders	32
4.3.2	Verschil in beloning	33
4.4	Samenvattend	34
5	Transitie naar passende zorg	35
5.1	Verbreden rol fysiotherapeut	35
5.2	Verdeeldheid beroepsgroep	35
5.3	Regionale samenwerking	36
5.4	Verzekerde aanspraak en bekostiging	36
5.5	Kwaliteitskader en ontwikkeling	37
5.6	Uitdagingen en randvoorwaarden voor Passende Zorg	37
5.7	Samenvattend	37
6	Handelingsperspectief	38
6.1	Partijen aan zet	38
6.2	Inzicht in feiten: onderzoek en monitoring	38
6.3	Cao	39
6.4	Formele instrumenten NZa	39
6.4.1	De zorgplicht van zorgverzekeraars	40
6.4.2	Aanmerkelijke marktmacht	40
6.4.3	Regels ter bevordering van concurrentie	41
6.5	Tariefregulatie	41
6.5.1	Minimumtarieven	42
6.5.2	Vrije tarieven	45
6.6	Samenvattend	46
7	Disclaimer	47
8	Bijlage	48
8.1	Verslag expertmeeting minimumtarieven	48

1 Samenvatting en belangrijkste conclusies

1.1 Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om breed onderzoek te doen naar het functioneren van de markt voor paramedische zorg met bijzondere aandacht voor het borgen van de toegankelijkheid nu en in de toekomst. Dit eindrapport bevat de analyse van de fysiotherapiemarkt en mogelijke oplossingsrichtingen voor potentiële knelpunten, waaronder, conform de motie van de Tweede Kamer, expliciet de verkenning van minimumtarieven als optie voor de tarifiering van fysiotherapeuten.

Kort samengevat concluderen wij dat er op dit moment geen stelselbreed toegankelijkheidsprobleem zichtbaar is, maar de toekomstbestendigheid van de fysiotherapie wel vraagt om gezamenlijke inzet van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vrijwillige samenwerking komt moeilijk van de grond door uiteenlopende belangen, wat op de (middel)lange termijn risico's kan opleveren. Daarom is monitoring van vraag, aanbod, tarieven, arbeidsmarkt en toegankelijkheid essentieel om deze risico's tijdig te signaleren. Hierin ligt de verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders om deze informatie te verzamelen en te delen en bij de NZa om deze te duiden. Wanneer dergelijke gesignaleerde risico's zich voordoen, zijn de interventiemogelijkheden van de NZa echter beperkt: de zorgplicht is slechts beperkt toepasbaar (doordat een groot deel van de zorg onder de aanvullende verzekering valt), Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) is alleen inzetbaar in individuele gevallen en niet bedoeld voor bredere marktproblemen en generieke regels (art. 45 Wmg) zijn alleen mogelijk bij structurele belemmeringen.

Tegelijkertijd ervaren zorgaanbieders een zwakke onderhandelingspositie binnen het vrije-tarievenstelsel. Daarbij zijn minimumtarieven verkend als mogelijke oplossingsrichting, maar vormen een zwaar beleidsinstrument dat alleen kan worden ingezet bij aantoonbaar marktfalen, waarvan momenteel geen sprake is. Tegen deze achtergrond is het noodzakelijk dat VWS de gemaakte afspraken uit bestaande visies (zoals het IZA en het programma Versterking Eerstelijnszorg) actief blijft opvolgen en dat partijen onderling blijven samenwerken om de sector structureel te versterken.

Naast toegankelijkheid en marktdynamiek staat in dit onderzoek ook de rol van fysiotherapie in de transitie naar Passende Zorg centraal. Overheidspartijen, zorgverzekeraars en beroepsvertegenwoordigers zien fysiotherapeuten als een belangrijke schakel tussen curatieve zorg, preventie en het sociaal domein. Zij kunnen bijdragen aan het voorkomen van zwaardere zorg, het ontlasten van huisartsen en het versterken van zelfredzaamheid van patiënten. In de praktijk komt deze rol echter nog beperkt tot zijn recht. De huidige verzekerde aanspraak is gefragmenteerd en beperkt, de bekostiging is grotendeels gebaseerd op productie en beloont samenwerking en preventie onvoldoende, en de beroepsgroep kent vaak (nog) een lage organisatiegraad. Hierdoor is de positie van fysiotherapeuten in regionale samenwerkingsverbanden kwetsbaar en is hun betrokkenheid bij integrale zorgpaden niet vanzelfsprekend.

Om de bijdrage van fysiotherapie aan Passende Zorg te versterken zijn structurele randvoorwaarden nodig. Zolang deze randvoorwaarden ontbreken, blijft de rol van fysiotherapie in Passende Zorg vooral beleidsmatig en afhankelijk van lokale initiatieven en experimenten. Ontwikkelingen in toegankelijkheid, arbeidsmarkt en contractering beïnvloeden rechtstreeks in hoeverre fysiotherapeuten deze rol

daadwerkelijk kunnen vervullen. De signalen over achterblijvende tarieven, loonontwikkeling en toenemende uitstroom vergroten het risico dat het potentieel van fysiotherapie binnen Passende Zorg in de praktijk onvoldoende kan worden benut. Dit vraagt om duidelijke keuzes van politiek en beleid: te beginnen met een passende en samenhangende aanspraak voor fysiotherapeutische zorg, die de beroepsgroep een volwaardige en serieuze positie geeft binnen het zorgstelsel, en met het beschikbaar stellen van de financiële middelen die nodig zijn om deze positie ook daadwerkelijk waar te maken.

1.2 Conclusies

Deze belangrijkste conclusies bevatten een duiding van de huidige situatie en schetst een beeld over de toekomstige situatie van de fysiotherapiesector. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen wat nu zichtbaar is en wat zich naar verwachting op de middellange termijn zal ontwikkelen. Op basis hiervan formuleren we de implicaties voor beleid en de benodigde gezamenlijke aanpak.

1.2.1 Situatie in het hier en nu

Op dit moment functioneert de fysiotherapiesector over het algemeen goed: er zijn geen acute signalen van verminderde toegankelijkheid en er zijn geen structurele problemen zichtbaar in de zin van wachttijden, bereikbaarheid of het beschikbare aanbod. Tegelijkertijd laten de onderliggende trends, zoals achterlopende beloning voor eerstelijnsfysiotherapeuten in loondienst, financiële druk bij (sommige) praktijken en geleidelijke toename van de uitstroom, zien dat de sector kwetsbaar is. Deze ontwikkelingen vormen geen bewijs voor marktfalen, maar vragen wel om de juiste inzet van veldpartijen en overheid omdat deze trends wijzen op een toekomstig risico voor de continuïteit van zorg. Tegen deze achtergrond ziet de NZa geen aanleiding voor ingrijpende marktinterventies zoals minimumtarieven. Er is immers geen sprake van aantoonbaar marktfalen, en minder ingrijpende maatregelen liggen nadrukkelijk eerst voor de hand.

Wanneer de toegankelijkheid daadwerkelijk onder druk komt te staan, heeft de NZa binnen de huidige wetgeving slechts beperkte formele instrumenten om in te grijpen: de zorgplicht geldt alleen voor het basispakket en een groot deel van de fysiotherapie valt in de aanvullende verzekering. Het AMM-instrument kan alleen worden ingezet in individuele situaties en niet bij bredere marktproblemen. De NZa concludeert dat de aanpak nu moet bestaan uit het periodiek verkrijgen van inzicht in ontwikkelingen van vraag en aanbod, wachttijden, arbeidsmarkt en de financiële positie van zorgaanbieders. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars dragen hierbij de verantwoordelijkheid om deze informatie te verzamelen en te delen, zodat zij hun rol en taken naar behoren kunnen uitvoeren. Daarbij blijft de onafhankelijke duiding door de NZa nodig. Aangezien het verkrijgen van inzicht in de eerdergenoemde ontwikkelingen niet direct beschikbaar zijn, zal de NZa eerst zelf structureel het benodigde inzicht monitoren.

Tegen deze achtergrond is zichtbaar dat fysiotherapeuten weliswaar overwegend toegankelijk zijn voor patiënten, maar dat hun rol in de transitie naar Passende Zorg in het hier en nu nog beperkt tot zijn recht komt. Hoewel veldpartijen fysiotherapeuten zien als sleutelspeler in preventie, herstel en het voorkomen van zwaardere zorg, sluiten de huidige aanspraak, bekostiging en organisatiegraad hier onvoldoende op aan. Ontwikkelingen in tarieven, arbeidsmarkt en financiële druk raken daarmee niet alleen de toekomstige toegankelijkheid, maar ook het vermogen van fysiotherapeuten om hun beoogde rol in een sterke eerste lijn waar te maken. Daardoor blijft de bijdrage van fysiotherapie aan Passende Zorg in belangrijke mate afhankelijk van lokale initiatieven en experimenten, in plaats van structureel verankerd te zijn in het zorgstelsel.

1.2.2 Toekomstige situatie

Voor de middellange termijn voorziet de NZa risico's voor de toegankelijkheid van de fysiotherapie. Deze risico's vragen om keuzes en inzet die verder gaan dan de oplossingen die in het verleden zijn geprobeerd. Sectorinitiatieven vanuit aanbieders of zorgverzekeraars, zoals onderlinge samenwerking tussen aanbieders, eenzijdige visievorming of cao-initiatieven zijn waardevol, maar hebben tot nu toe weinig structurele verbetering gebracht. Mogelijk omdat er onvoldoende draagvlak was bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk.

De NZa ziet brede en effectieve samenwerking binnen de sector als noodzakelijke voorwaarde voor een toekomstbestendige fysiotherapie. Dit geldt niet alleen tussen zorgaanbieders onderling, maar ook tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en hun branchevertegenwoordigers. Daarbij ligt primair de verantwoordelijkheid bij de veldpartijen zelf om gezamenlijk tot afspraken te komen.

Vrijwillige inspanningen hebben tot op heden echter onvoldoende resultaat opgeleverd. Wanneer samenwerking onvoldoende van de grond komt, kan meer richting en facilitering vanuit de NZa hierbij meerwaarde bieden. Veldpartijen dragen een grote verantwoordelijkheid om gezamenlijk een gedeelde visie te ontwikkelen op een toekomstbestendige sector, waarin toegankelijkheid, kwaliteitsontwikkeling en waardering van zorgverleners, al dan niet via een cao, centraal staan. Daarvoor is periodiek en feitelijk inzicht in vraag en aanbod noodzakelijk. Overheidspartijen zoals de NZa (toegankelijkheid) en Zorginstituut (aanspraak in relatie tot een kwaliteitskader) kunnen veldpartijen waar nodig stimuleren en faciliteren om deze gezamenlijke inzet waar te maken.

Daarnaast zijn duidelijke stelselkeuzes vanuit VWS en politiek nodig om de sector daadwerkelijk toekomstbestendig te maken en de rol van fysiotherapie in Passende Zorg te versterken. Dit omvat onder meer:

- het realiseren van een passende aanspraak in het basispakket, bijvoorbeeld door de chronische lijst over te hevelen;
- het beschikbaar stellen van financiële middelen;
- het ondersteunen van een kwaliteitskader en samenwerking op regionaal niveau, zodat fysiotherapeuten een structurele positie krijgen in zorgpaden en preventieve zorg.

De NZa benadrukt dat deze keuzes nodig zijn om fysiotherapie een serieuze en structurele rol in Passende Zorg te geven. Alleen met samenhangende stelselkeuzes, voldoende financiële ruimte en een sterke positie van de beroepsgroep kan de fysiotherapie daadwerkelijk bijdragen aan een toekomstbestendig en toegankelijk zorgstelsel.

2 Inleiding

De NZa heeft in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar het functioneren van de paramedische zorgmarkt (fysiotherapie, logopedie, oefentherapie, ergotherapie, diëtiëk)¹, inclusief het deel zorg die niet (volledig) wordt vergoed en consumenten dus zelf betalen. Aanleiding voor de opdracht van het ministerie van VWS waren toenemende signalen over knelpunten in deze sector, waaronder lange wachtlijsten, hoge uitstroomcijfers onder zorgaanbieders, onvrede over de hoogte van vergoedingen en het contracteerproces. De NZa is gestart met de fysiotherapeutische zorg, omdat de meeste signalen over deze zorgsector gingen. In het onderzoek gaat het om zowel fysiotherapeutische zorg die onder de basisverzekering valt (zoals bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringen) als de zorg die via de aanvullende verzekering wordt vergoed. Het marktonderzoek brengt in kaart of er op dit moment toegankelijkheidsproblemen zijn of dat deze zich in de toekomst kunnen voordoen. In het eerste kwartaal van 2026 start het onderzoek naar de overige paramedische zorgsectoren.

2.1 Onderzoeksvragen

Het ministerie van VWS heeft in haar verzoek drie kwetsbare kenmerken van de fysiotherapiesector benoemd: een groot aantal kleine aanbieders, een beperkt organisatievermogen en digitale contractering. Deze kenmerken komen overeen met die van de kraamzorg en wijkverpleging. In deze sectoren is eerder landelijk ingegrepen, omdat de marktdynamiek daar leidde tot een sterke focus op betaalbaarheid van zorg, ten koste van de toegankelijkheid op de lange termijn. Dit risico doet zich ook voor in de paramedische zorg. Het ministerie wil daarom weten hoe de markt voor fysiotherapeutische zorg functioneert, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid van de zorg nu en in de toekomst. Op hoofdlijnen staan de volgende vragen centraal:

- 1 Welk risico is er en hoe groot is dat risico dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg nu en in de toekomst in het gedrang komt?
- 2 Welke kwetsbaarheden in de marktdynamiek dragen bij aan dit risico? Daarbij gaat het om marktfactoren en vormen van marktfalen, zoals het keuzegedrag van verzekerden, toetredingsdrempels voor aanbieders, de wijze van contractering en inkoopprikkels. Ook is de vraag of het toezicht op de zorgplicht hierbij toereikend is.
- 3 Welke oplossingsrichtingen zijn er om problemen en risico's voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te ondervangen?

Hierbij is door het ministerie specifiek aandacht gevraagd voor inzicht in aantallen aanbieders- en patiënten, uitgaven aan de sector, keuze voor de mate van regulering, dekking in de basis- en aanvullende verzekering, de in- en uitstroom in opleidingen, vergrijzing, kwetsbaarheden in de marktdynamiek, keuzegedrag voor de aanvullende verzekering, toetredingsdrempels voor aanbieders, het contracteerproces en de zorgplicht.

Daarnaast is gevraagd om oplossingsrichtingen die mogelijke problemen en risico's voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ondervangen, waarbij aandacht is voor administratieve lasten, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van paramedische zorg. Aspecten die het ministerie vooraf heeft benoemd als mogelijke oplossingsrichtingen zijn onder meer kwaliteit- en

¹ De formele opdrachtbrief van VWS bevat ook de sector huidtherapie. Aangezien deze sector buiten de bevoegdheid van NZa valt is deze sector niet meegenomen.

toegankelijkheidsnormen, regulering van tarieven of tariefsoorten, zoals minimumtarieven en het opnemen van zorg in het basispakket.

2.2 Proces

In december 2024 gaf het ministerie van VWS de NZa de opdracht om breed te onderzoeken of de markt voor paramedische zorg voldoende functioneert. In januari 2025 stemde het ministerie van VWS in met een gefaseerde aanpak, waarmee zorgvuldigheid en voortgang werd gecombineerd. Deze keuze werd mede ingegeven door signalen uit het veld en de aangenomen motie Krul², die pleitte voor tijdige inzichten in de toegankelijkheid van paramedische zorg en oplossingen voor de tarifiering van fysiotherapeuten.

De eerste fase richtte zich op de fysiotherapeutische zorgmarkt. De voorbereidingsfase, inclusief het opstellen van het onderzoeksplan, de opdrachtschrijving en het aanbestedingstraject, werd afgerond eind maart 2025. Vanwege de beperkte doorlooptijd werd het kwantitatieve deel van het onderzoek uitbesteed aan een externe partij, onder begeleiding van de NZa.

De resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse zijn gepresenteerd tijdens een klankbordsessie aan VWS, de beroepsverenigingen van de verschillende paramedische zorgsectoren en de zorgverzekeraars³. Tijdens de klankbordsessie is de eerste input van betrokken beroepsvertegenwoordigers en zorgverzekeraars op de resultaten opgehaald. Het tussenrapport is begin juni 2025 opgeleverd aan het ministerie van VWS voor het commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel. Het concept-eindrapport is halverwege november 2025 geconsulteerd aan de betrokken beroepsvertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Op 4 februari 2026 is het definitieve eindrapport opgeleverd aan het ministerie VWS.

2.3 Partijen

In dit rapport worden diverse partijen benoemd. Soms worden deze aangeduid als veldpartijen of overheidspartijen. Met veldpartijen bedoelen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars, al dan niet vertegenwoordigd door de betreffende vertegenwoordigers Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en/of Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Met beroepsvertegenwoordigers worden het KNGF en SKF bedoeld. Onder overheidspartijen vallen de NZa, het ministerie van VWS, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorginstituut Nederland (ZINL) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

2.4 Onderzoeksopzet en methoden

De bevindingen in dit eindrapport zijn gebaseerd op zowel een kwantitatieve als kwalitatieve analyse. De kwantitatieve analyse is gebaseerd op basis van data en is uitgevoerd door Gupta Strategists B.V. (hierna: Gupta). Gupta heeft voor haar analyses gebruik gemaakt van door de NZa aangeleverde Vektis-data en openbare informatiebronnen zoals CBS Statline, Nivel, pensioenfondsen voor

² [Eerstelijnszorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

³ Tijdens de klankbordsessie waren vertegenwoordigers van VWS, ZN, NVD, NVLF, NKFG, Ergotherapie Nederland en de NZa aanwezig.

fysiotherapeuten (SPF) en het BIG-register. Daarnaast is *mystery shopping*⁴ toegepast om de wachttijden bij fysiotherapiepraktijken inzichtelijk te krijgen.

De kwalitatieve analyse is uitgevoerd via interviews met drie zorgverzekeraars: Zilveren Kruis, ONVZ en Salland, die respectievelijk een grote, middelgrote en kleinere verzekeraar vertegenwoordigen.

Daarnaast zijn ook het KNGF en het SKF geïnterviewd om inzicht te verkrijgen in de standpunten van beroepsvertegenwoordigers binnen de fysiotherapeutische zorg.

2.5 Uitgangspunten

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars voor zorg in de basisverzekering (Zvw-zorg). Zorgverzekeraars moeten op grond van hun zorgplicht borgen dat verzekerden de zorg (of vergoeding van de kosten daarvan) krijgen waar zij aanspraak op hebben. De zorgverzekeraar moet daartoe voor zijn eigen verzekerden de beschikbaarheid van voldoende zorg organiseren, welke zorg kwalitatief goed is, en deze zorg tijdig (laten) leveren aan zijn verzekerden en op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde. Bovenstaande is meer toegelicht in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht Zvw van de NZa.

2.6 Leeswijzer

Het eerstvolgende hoofdstuk behandelt de inzichten over de vraag, het aanbod en de toegankelijkheid van fysiotherapie. Hoofdstuk 4 gaat in op de contractering en marktdynamiek van de fysiotherapie, terwijl hoofdstuk 5 de visie en de transitie naar passende zorg centraal stelt. Hoofdstuk **Fout!**

Verwijzingsbron niet gevonden. beschrijft de mogelijkheden om te werken aan een toekomstbestendige sector. Op basis van deze bevindingen wordt tot slot een conclusie getrokken over de toegankelijkheid en marktdynamiek van fysiotherapie.

⁴ *Mystery shopping* betreft een vorm van veldonderzoek en werd ingezet om de wachttijden van fysiotherapiepraktijken te meten. Praktijken werden door een combinatie van stratified en non-random sampling geselecteerd. Vervolgens zijn de praktijken telefonisch benaderd voor het maken van een afspraak.

3 Toegankelijkheid borgen

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de vraag en het aanbod van fysiotherapeutische zorg, de wachttijden en de trends in organisatiegraad, praktijkvormen en dienstverbanden binnen de fysiotherapie.

3.1 Vraag naar fysiotherapie

Veldpartijen ervaren een gestage toename van de vraag naar (verzekerde) fysiotherapie. Ze verwachten dat dit zich in de (nabije) toekomst verder doorzet door onder meer de vergrijzing van de bevolking. Daarnaast kan volgens veldpartijen de mogelijke (toekomstige) verplaatsing van (fysiotherapeutische) zorg van de tweede naar de eerste lijn hier ook aan bijdragen.

In de cijfers lijken we echter een andere beweging te zien, waarin juist een afname van het feitelijke zorggebruik zichtbaar is tussen 2019 en 2024, met gemiddeld 0,2% per jaar. Data uit Vektis toont aan dat het aantal behandelingen, het aantal patiënten en het gemiddelde aantal behandelingen per patiënt overwegend constant zijn gebleven gedurende deze periode. Om de juiste verbanden te leggen in dit onderzoek is het essentieel onderscheid te maken tussen de begrippen 'zorggebruik' en 'zorgvraag'. Het zorggebruik betreft daadwerkelijk geleverde (verzekerde) zorg, zoals het aantal behandelingen en patiënten, terwijl zorgvraag verwijst naar de geformuleerde behoefte aan zorg. Daarnaast bestaat er ook het begrip "zorgbehoefte", wat veelal de onuitgesproken behoefte aan zorg is. In dit rapport doen wij geen uitspraken over de zorgbehoefte, omdat dit begrip buiten de scope van het onderzoek valt en daarom niet is meegenomen. Binnen het onverzekerde domein kan de zorgvraag toenemen of afnemen, maar hierover is geen data beschikbaar. Veel behandelingen worden pas vanaf de 21e behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Patiënten zonder aanvullende verzekering dragen de kosten van de eerste 20 behandelingen zelf, waardoor deze zorg niet in de declaratiedata van de NZa zichtbaar is. De tarieven die in deze situatie worden gehanteerd liggen doorgaans hoger dan de gecontracteerde tarieven en worden besproken in paragraaf 4.2.3.

Zorgmijding vormt een aanvullende complicerende factor voor het inzicht in de werkelijke zorgvraag. Onder zorgmijding wordt verstaan het uitstellen of afzien van zorg, waardoor het zorggebruik negatief wordt beïnvloed. Door het ontbreken van gegevens over zorg in het onverzekerde domein en over zorgmijding is er geen volledig beeld van de werkelijke zorgvraag.

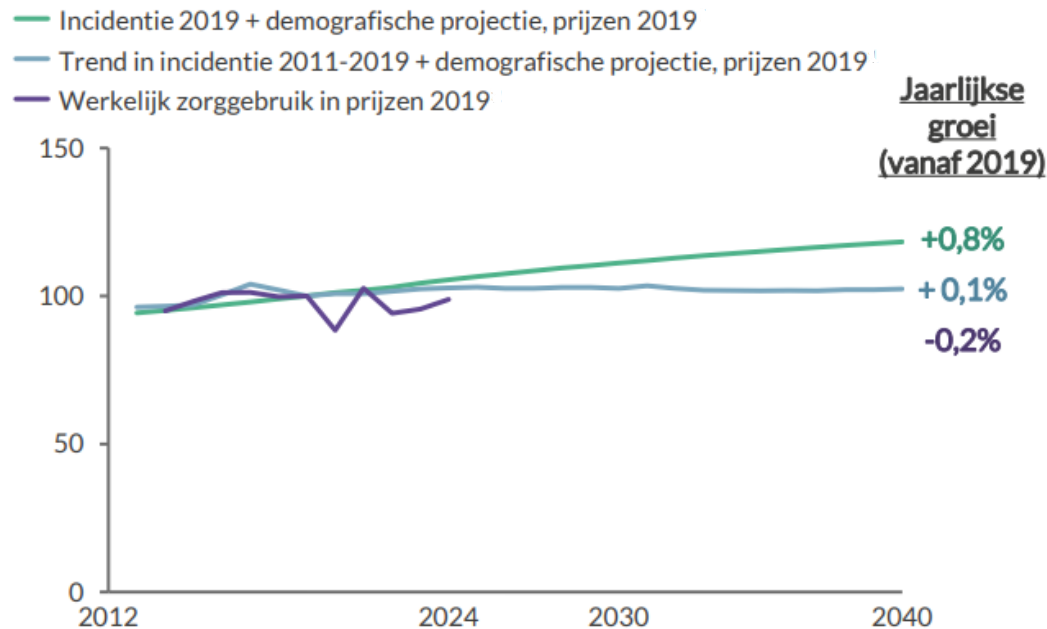
Voor een prognose van het zorggebruik naar fysiotherapie voor de komende jaren zijn twee scenario's uitgewerkt (zie Grafiek 1). Het gaat hierbij om zorg uit de basis- en aanvullende verzekering. In scenario één groeit het zorggebruik naar fysiotherapie jaarlijks met 0,8%. In dit scenario is de aanname gedaan dat het zorggebruik per persoon per leeftijdscategorie constant blijft, gebaseerd op de zorgtrend tussen 2011 en 2019. In scenario twee groeit het zorggebruik naar fysiotherapie jaarlijks met 0,1%, gebaseerd op de ontwikkeling van het zorggebruik tussen 2011 en 2019 (bron: CBS Statline Primos bevolkingsprognose; RIVM kosten van ziekten). Bij beide scenario's gaan we uit van gelijkblijvend beleid. Mogelijke toekomstige beleidswijzigingen die de zorgvraag zouden kunnen beïnvloeden, zijn in de berekeningen buiten beschouwing gelaten. Voorbeelden van dergelijke beleidsontwikkelingen zijn:

- De uitbreiding van de vergoeding van fysiotherapie binnen het basispakket kan leiden tot een stijging van de zorggebruik van fysiotherapie.
- Bewegingen als Passende Zorg kunnen resulteren in een afname van de inzet van formele zorg, doordat mensen meer zelf doen, hulpvragen scherper worden gescheiden van zorgvragen en zorg doelmatiger wordt ingezet.

- Programma's zoals De Juiste Zorg op de Juiste Plek, die stimuleren dat zorg dichterbij mensen thuis wordt gegeven, kunnen ervoor zorgen dat meer mensen fysiotherapie in de eerste lijn nodig hebben.

Grafiek 1 Prognose gebruik fysiotherapie uitgedrukt in constante⁵ uitgaven per persoon

[Index in prijzen van 2019; gebruik fysiotherapie 2013-2040 met start prognose in 2019; 2019 = 100]



3.2 Aanbod van fysiotherapeutische zorg

Sinds 2019 steeg het aantal fysiotherapeuten per praktijk jaarlijks met 1,5%. Tegelijkertijd neemt het aantal zelfstandige fysiotherapeuten af, wat leidt tot een verschuiving in de arbeidsverhouding: het aandeel fysiotherapeuten in loondienst groeit, terwijl het aantal zelfstandigen, inclusief praktijkhouders, licht daalt.

Het gemiddelde aantal gewerkte uren per fysiotherapeut per week is in de periode 2014-2024 toegenomen van 27,8 uur naar 28,8 uur. Hoewel dit een stijging van de individuele arbeidsinspanning laat zien, geven veldpartijen aan dat een groter deel van de beschikbare tijd wordt besteed aan nevenactiviteiten en niet-direct-patiëntgebonden werkzaamheden. Deze omvatten onder meer administratie, overleg, bijscholing, netwerkactiviteiten en activiteiten buiten het zorgdomein, zoals fitness en lifestyleadvies. In sommige praktijken wordt hierdoor het bedrijfsmodel verbreed met diensten die geen fysiotherapie zijn.

Een toename in het aantal fysiotherapeuten per praktijk leidt dus mogelijk niet in meer één-op-één beschikbare patiëntgebonden zorgcapaciteit, doordat niet alle extra capaciteit wordt ingezet voor behandelingen. Tegelijkertijd blijkt uit het kostenonderzoek van Gupta dat fysiotherapeuten, in vergelijking met andere paramedische beroepsgroepen, juist een relatief groot deel van hun werktijd besteden aan declarabele direct patiëntgebonden activiteiten en minder aan (declarabele) indirecte tijd.

⁵ Niet rekening houdend met toekomstige inflatie.

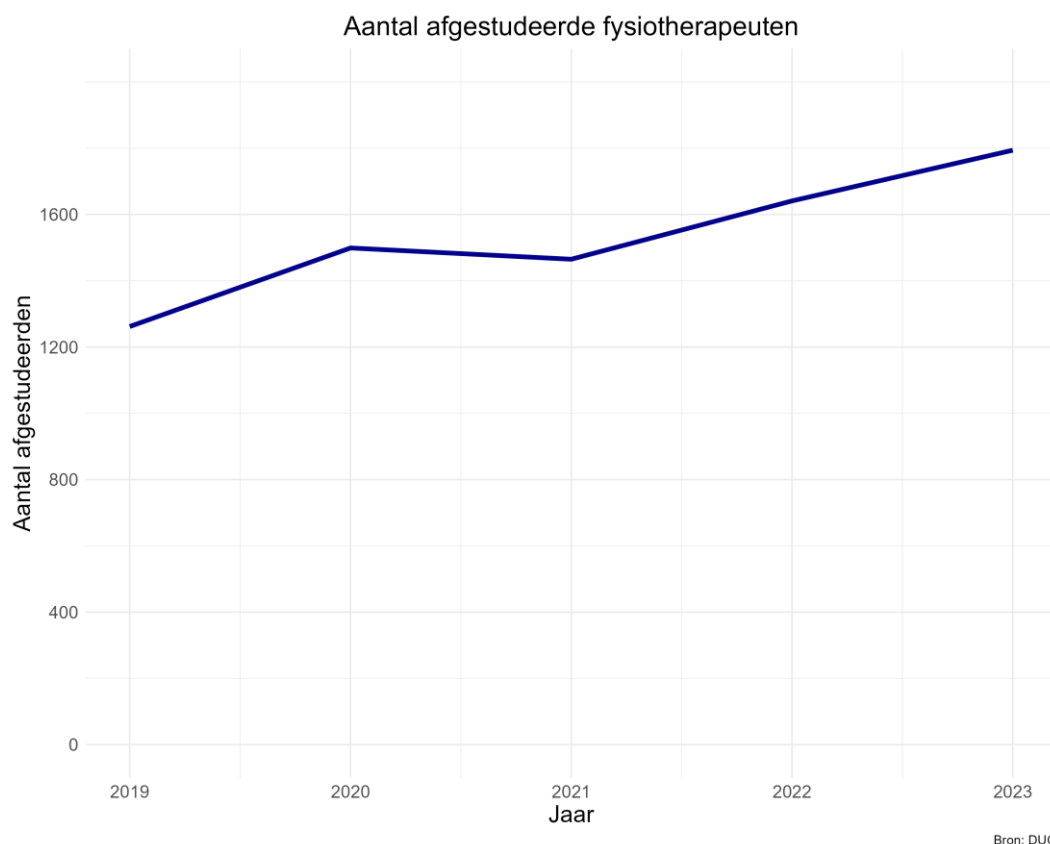
Deze verhoudingen van de werktijd van de fysiotherapeut lijken in de recente jaren dus niet meer van kracht te zijn, doordat de beroepsvertegenwoordigers hier een omgekeerde beweging in constateren.

3.2.1 In – en uitstroom

Instroom opleiding

Tussen 2017 en 2019 was er een stijging in het aantal aanmeldingen voor de bachelor opleiding fysiotherapie. Het verdwijnen van de numerus fixus voor de opleiding is vermoedelijk de drijfveer achter deze stijging (bron: Vereniging Hogescholen; Nivel rapport capaciteitsraming fysiotherapie). Door het afschaffen van de instroombeperking konden meer studenten starten met de opleiding. Sinds 2021 daalt het aantal aanmeldingen voor de bachelor fysiotherapie echter, waarbij de instroom in 2024 nog wel hoger ligt dan het maximaal aantal beschikbare plekken gedurende de numerus fixus. De daling is in lijn met de daling van het totaal aantal aanmeldingen voor hbo-opleidingen. Hoewel het aantal aanmeldingen voor de bachelor fysiotherapie sinds 2021 daalt, hoeft dit niet direct te betekenen dat er ook minder fysiotherapeuten afstuderen. Uit gegevens van Grafiek 2 blijkt dat het aantal studenten dat de opleiding daadwerkelijk afrondt in de afgelopen jaren juist is toegenomen. Over de gehele periode komt dit neer op een stijging van circa 35 procent. Deze toename duidt op een groeiend aantal studenten dat de opleiding met succes afrondt, ondanks de afname van het aantal eerstejaarsinschrijvingen sinds 2020. (bron: DUO Afgestudeerden hbo).

Grafiek 2 Afgestudeerde fysiotherapeuten van Bachelor opleiding Fysiotherapie

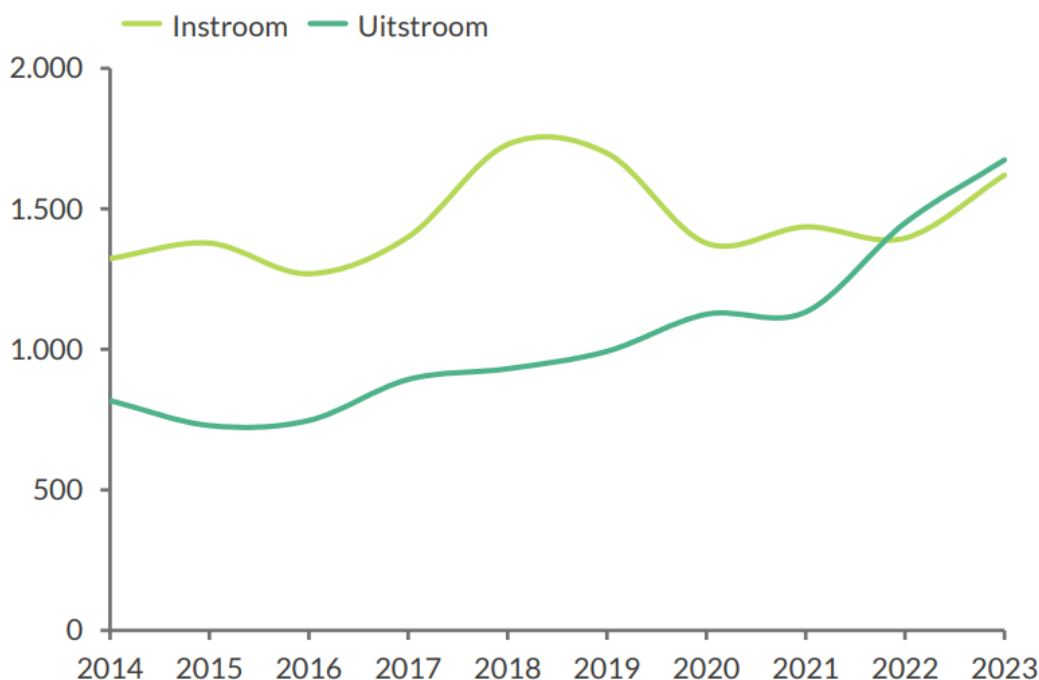


Uitstroom werkveld

De cijfers uit het BIG-register geven een beeld van de in- en uitstroom van fysiotherapeuten in de zorg, maar zijn soms onregelmatig door het herregistratieproces⁶. Om een volledig beeld te verkrijgen, zijn aanvullende gegevens geraadpleegd uit de jaarverslagen van het pensioenfonds voor fysiotherapeuten (SPF). Het SPF registreert elk jaar hoeveel fysiotherapeuten zich aansluiten bij het pensioenfonds of stoppen met werken, en deze gegevens kunnen worden gebruikt als een proxy voor de totale ontwikkeling in de sector. Iedereen die als fysiotherapeut in de eerstelijnszorg werkt, bouwt verplicht pensioen op bij het SPF, waardoor deze gegevens een betrouwbare indicatie van de werkzame beroepsgroep geven. Grafiek 3 illustreert dat de uitstroom van fysiotherapeuten uit het pensioenfonds gestaag toeneemt, en na jaren van sterke arbeidsgroei, de instroom heeft geëvenaard. Na jaren waarin de instroom hoger lag dan de uitstroom, is sinds 2022 voor het eerst sprake van een netto uitstroom: iets meer fysiotherapeuten stoppen dan dat erbij komen. Deze ontwikkeling komt overeen met de bevindingen uit het BIG-register. (Bron: SPF jaarverslagen, BIG-register).

Grafiek 3 In- en uitstroom fysiotherapeuten in pensioenfonds SPF

[Bruto aantal, 2014 – 2023]



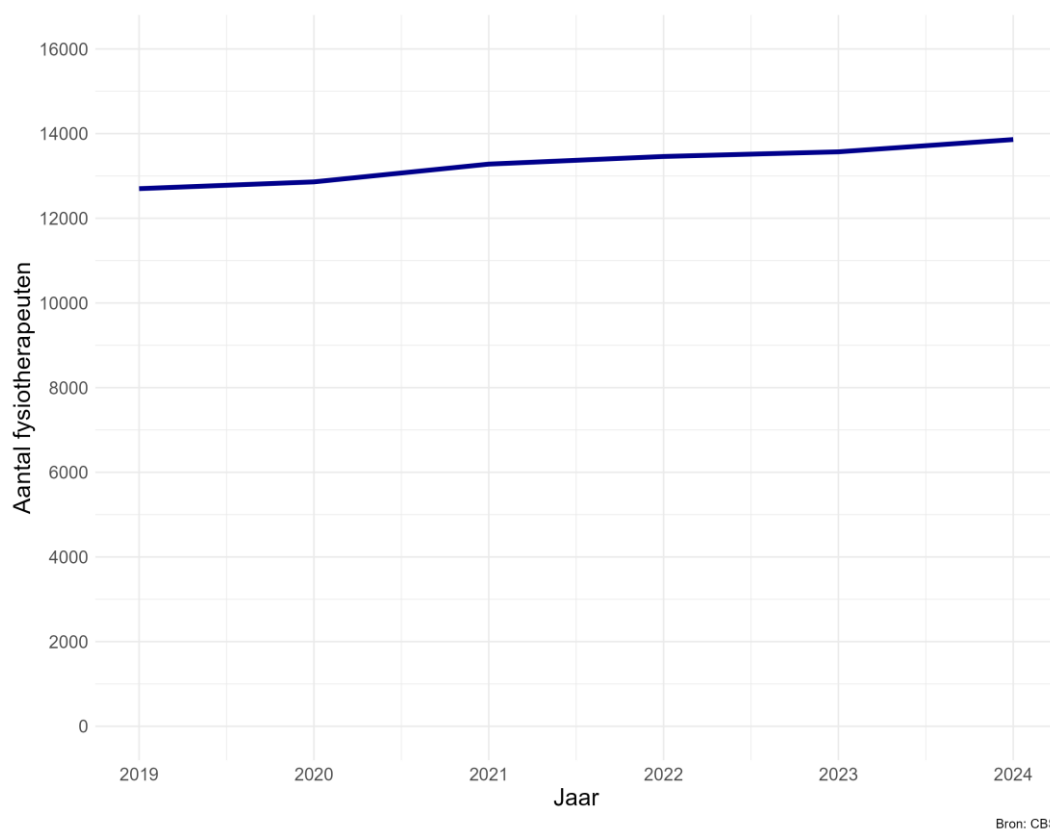
Aanvullend zijn er analyses uitgevoerd op basis van gegevens van het CBS om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het aantal fysiotherapeuten in loondienst en de mobiliteit binnen deze groep (bron: CBS, Mobiliteitskenmerken van fysiotherapeuten naar SBI). Deze analyses zijn gebaseerd op fysiotherapeuten die werkzaam zijn binnen praktijken. Zelfstandigen vallen buiten deze populatie.

Uit de cijfers blijkt dat het aantal fysiotherapeuten dat als werknemer werkzaam is in fysiotherapiepraktijken de afgelopen jaren licht is toegenomen. Grafiek 4 toont aan dat tussen 2019 en 2024 het aantal fysiotherapeuten in loondienst stijgt van ongeveer 12.700 naar circa 13.900. De

⁶ Herregistratie is een procedure waarbij een fysiotherapeut periodiek moet aantonen dat hij/zij nog voldoet aan de wettelijke en vakinhoudelijke vereisten om het beroep uit te mogen oefenen. Het doel is om te waarborgen dat alle geregistreerde fysiotherapeuten actueel zijn: dat ze voldoende recente werkervaring of nascholing hebben, zodat de kwaliteit van de zorg geborgd is.

ontwikkeling verloopt geleidelijk, met een beperkte maar stabiele groei over de gehele periode. Dit geeft een beeld van een overwegend stabiele werknemerspopulatie binnen de fysiotherapiepraktijken.

Grafiek 4 Aantal fysiotherapeuten in loondienst binnen praktijken



Grafiek 5 geeft inzicht in de instroom- en uitstroomstromen van fysiotherapeuten als werknemers binnen deze praktijken. Hieruit blijkt dat er jaarlijks sprake is van een aanzienlijke mate van mobiliteit. Zowel instroom als uitstroom bedraagt jaarlijks enkele duizenden werknemers, wat wijst op een dynamische arbeidsmarkt binnen de branche. Over de periode 2019–2024 liggen instroom en uitstroom dicht bij elkaar, wat duidt op een overwegend stabiel personeelsbestand.

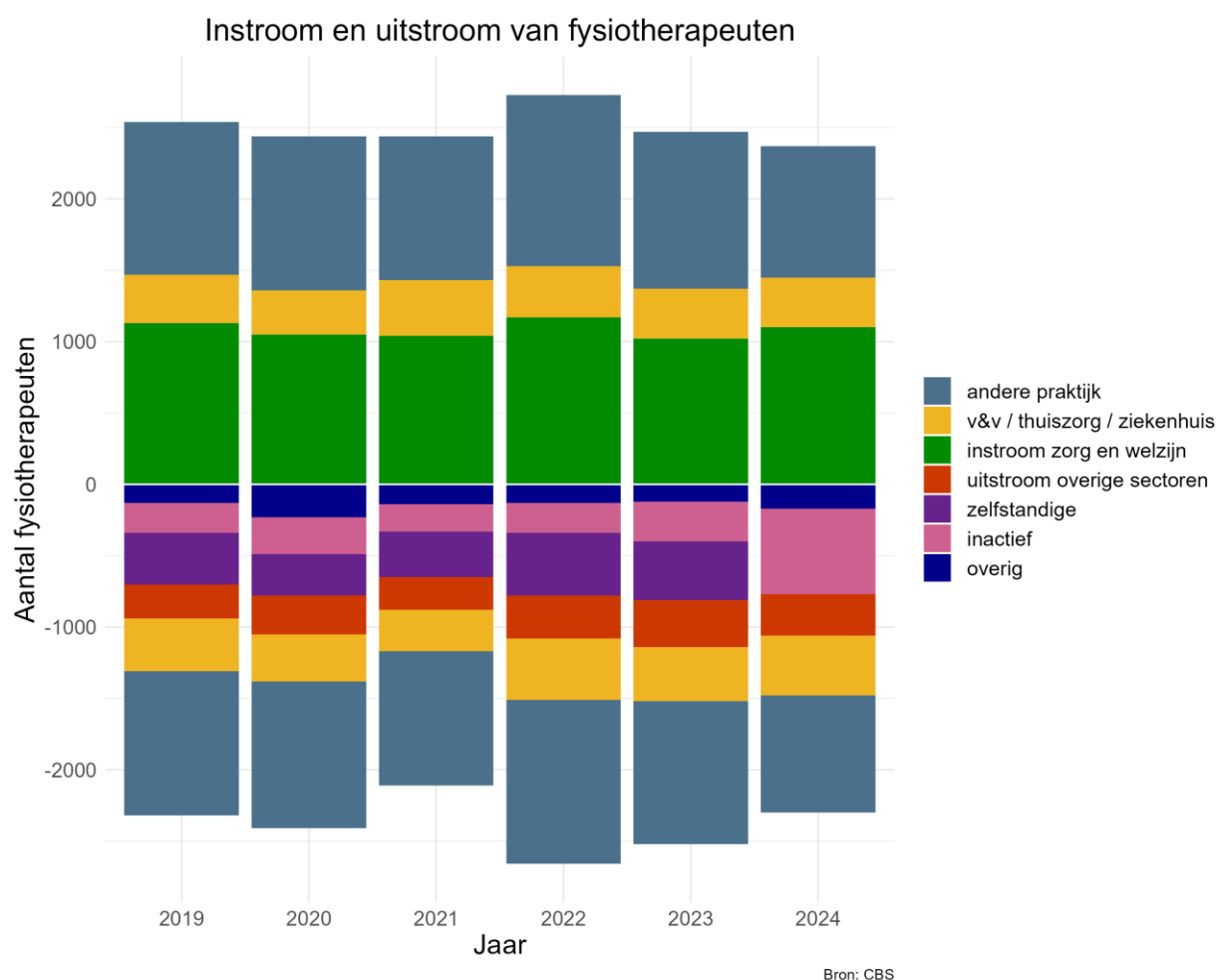
De instroom bestaat grotendeels uit werknemers die reeds binnen de zorg- en welzijnssector actief waren. Een substantieel deel stroomt in vanuit andere zorgbranches, zoals de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) of het ziekenhuis. Daarnaast is sprake van instroom vanuit andere fysiotherapiepraktijken, wat duidt op interne doorstroom binnen de branche zelf. De samenstelling van de instroomgroepen blijft over de jaren heen relatief constant, met een lichte stijging in 2021 en 2022.

De uitstroom vertoont een vergelijkbaar patroon, maar laat meer diversiteit zien in de bestemmingen. Een deel van de uitstroom betreft werknemers die binnen de fysiotherapiebranche actief blijven, maar van werkgever veranderen. Daarnaast is een substantieel deel van de uitstroom gericht op andere zorgbranches, zoals de VVT of ziekenhuiszorg, wat wijst op onderlinge doorstroom binnen het zorgdomein. Opvallend is dat er ook uitstroom plaatsvindt naar overige sectoren buiten zorg en welzijn en naar de categorie inactief, bijvoorbeeld door tijdelijke uitval, loopbaanonderbreking of het beëindigen van de beroepsuitoefening. Deze groepen vormen een kleiner, maar structureel aanwezig deel van de uitstroom.

De balans tussen instroom en uitstroom wijst op een evenwichtige dynamiek binnen de beroepsgroep. Het aantal werknemers dat instroomt in fysiotherapiepraktijken is nagenoeg gelijk aan het aantal dat uitstroomt, waardoor de totale omvang van de werkzame populatie geleidelijk toeneemt. Deze ontwikkeling sluit aan bij de bevindingen uit andere bronnen, zoals het BIG-register en de jaarverslagen van het pensioenfonds voor fysiotherapeuten (SPF), waar eveneens sprake is van een stabiele beroepsgroep met beperkte fluctuaties in de werkzame aantallen.

De CBS-gegevens bieden daarmee specifiek inzicht in de bewegingen van werknemers binnen de fysiotherapiepraktijken. In combinatie met andere bronnen, zoals het BIG-register en de jaarverslagen van het pensioenfonds voor fysiotherapeuten (SPF), ontstaat een volledig beeld van de ontwikkeling en de dynamiek binnen de beroepsgroep fysiotherapeuten in Nederland.

Grafiek 5 In- en uitstroom fysiotherapeuten werkzaam in praktijken⁷



Grafiek 6⁸ toont aan dat de pensioen gerelateerde uitstroom uit het fonds tussen 2014 en 2023 vrij constant stijgt, hoewel deze stijging vanaf 2020 af lijkt te vlakken. De onzekerheid die de Covid-19 periode met zich meebracht voor de bestaanszekerheid van praktijken kan hieraan ten grondslag liggen. De vervroegde uitstroom (dat wil zeggen: uitstroom om redenen anders dan pensionering) uit het fonds

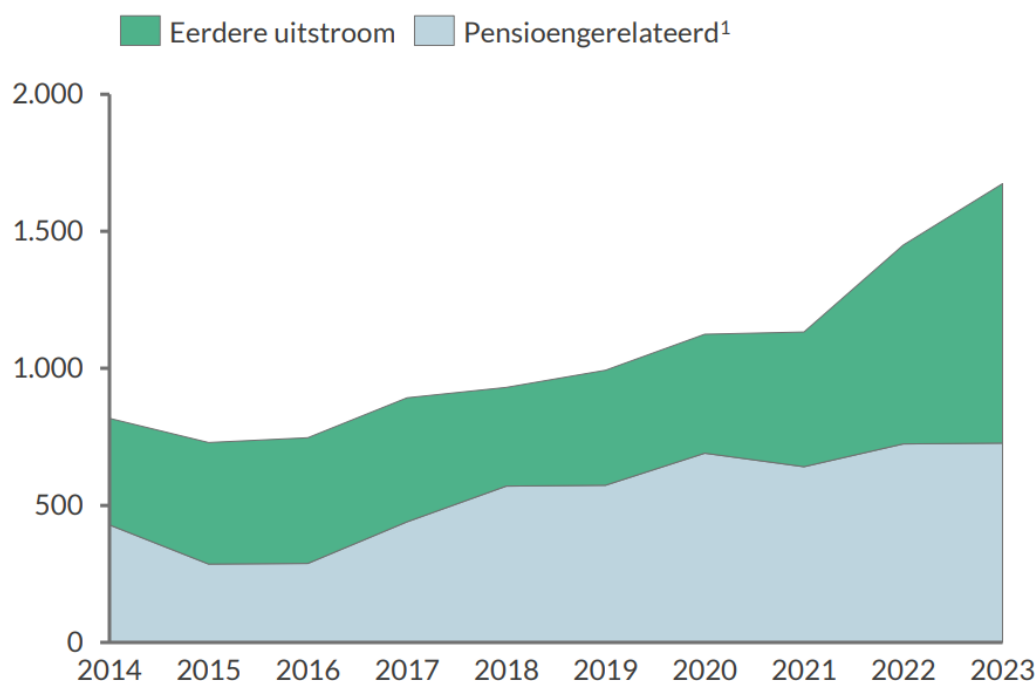
⁷ Onder categorie overig vallen pensioen en uitkeringen. Voor 2024 zijn er nog geen gegevens beschikbaar over uitstroom naar zelfstandige daarom ontbreekt deze categorie.

⁸ Hierbij wordt uitgegaan dat uitstromers ouder dan 65 jaar met pensioen gaan, uitstromers onder de 65 jaar vallen in de categorie eerdere uitstroom.

verandert tussen 2014 en 2021 weinig, maar lijkt in 2022 en 2023 juist snel toe te nemen. Ondanks deze verhoogde vervroegde uitstroom is er op basis van deze data, geen sprake van een grote netto afname in het aantal fysiotherapeuten. Naast data uit het pensioenfonds zoals weergegeven in grafiek 6 zijn los hiervan ook gegevens uit Vektis over de in- en uitstroom van fysiotherapeuten geanalyseerd. Deze cijfers laten net als de cijfers van de SPF zien dat de uitstroom sinds 2020 toeneemt. Hoewel in 2024 de uitstroom hoger ligt dan in de jaren daarvoor (met uitzondering van 2023, waar een BIG-herregistratie doorheen speelt), is er geen sprake van een snel stijgende trend, omdat de uitstroom in 2024 onder de instroom ligt. (Bron: SPF jaarverslagen).

Grafiek 6 Uitstroom fysiotherapeuten uit pensioenfonds SPF

[Aantal bruto uitstroom, 2014 – 2023]



Op dit moment is er geen duidelijke indicatie van een uitstroomgolf van fysiotherapeuten van de eerstelijnszorg naar de tweede- of derdelijnszorg. Deze conclusie is gebaseerd op een analyse waarbij zowel de fysiotherapeuten werkzaam in praktijken als degenen buiten praktijken zijn onderzocht, met behulp van jaarlijkse cijfers en voortschrijdende gemiddelden (bron: CBS Statline medisch geschoolden, instroomcijfers Vereniging van Hogescholen). Onder fysiotherapeuten buiten eerstelijns praktijken worden fysiotherapeuten verstaan die werkzaam zijn in instellingen zoals ziekenhuizen, revalidatie instellingen, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. De analyse toont aan dat de uitstroombpercentages van fysiotherapeuten binnen en buiten praktijken vergelijkbaar zijn. Een uitzondering hierop is het jaar 2019, waarin een aanzienlijk hogere uitstroom werd waargenomen onder fysiotherapeuten buiten praktijken, vermoedelijk als gevolg van het verplichte herregistratieproces in het BIG-register dat dat jaar plaatsvond.

Als fysiotherapeuten uit de eerstelijnszorg zouden overstappen naar de tweede- of derdelijnszorg, is de verwachting dat de uitstroom van fysiotherapeuten werkzaam in de praktijk (eerste lijn) aanzienlijk hoger zou zijn dan die van fysiotherapeuten buiten de praktijk (tweede- of derde lijn). Dit patroon wordt echter niet aangetroffen in de gegevens. Bovendien blijkt uit de analyse dat de capaciteit in de tweede lijn juist erg stabiel is, wat de afwezigheid van een significante uitstroom onderstreept. (Bron: CBS Statline

medisch geschoolden, instroomcijfers Vereniging van Hogescholen en Nivel capaciteitsraming verloskundigen).

Om een indruk te krijgen van de uitstroomcijfers van de fysiotherapie is deze vergeleken met de uitstroom van vergelijkbare sectoren, zoals verloskunde en verpleegkundige zorg. De uitstroom van fysiotherapeuten is procentueel vergelijkbaar met de uitstroom in de andere zorgsectoren (bron: CBS, Vereniging van Hogescholen, Nivel). Ook hier zijn wegens de BIG-herregistratie de vierjarig voortschrijdend gemiddelden berekend op basis van leeftijdsverandering en instroom uit opleidingen.

Zorgverzekeraars verwachten dat als fysiotherapeutische zorg in de transitie naar passende zorg doelmatig en passend wordt geleverd, ook in de toekomst voldoende fysiotherapeuten beschikbaar zullen zijn om aan de (stijgende) zorgvraag te (kunnen) voldoen. Daarentegen geven beroepsvertegenwoordigers aan dat er tekorten zijn aan fysiotherapeuten en dat er nog veel grotere tekorten dreigen aan te komen door de toenemende zorgvraag en de uitstroom van fysiotherapeuten. Beide beweringen van worden niet ondersteund door de databevindingen zoals hierboven beschreven. De analyses zijn gebaseerd op het verzekerde deel van de zorg. Over de geleverde zorg in het onverzekerde domein is geen data beschikbaar. Daarnaast kunnen ook andere financieringsstromen, zoals vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz), van invloed zijn op de vraag naar fysiotherapeutische zorg in de eerste lijn.

Verder is er binnen de grenzen van menselijk vermogen of inspanning een maximum aantal behandelingen dat een werkzame fysiotherapeut kan leveren. De beschikbare capaciteit begrenst daarmee automatisch het (potentiële) volume van de geleverde zorg, wat ook het zorggebruik begrenst. Het zorggebruik (de daadwerkelijk geleverde zorg) zegt niet perse iets over de daadwerkelijke zorgvraag en of daaraan wordt voldaan. Er is bovendien geen structureel zicht op wachtlijsten, voortijdig beëindigde behandeltrajecten of patiënten die om andere redenen geen zorg (kunnen of willen) ontvangen. Hierdoor blijft het zicht op de werkelijke zorgvraag beperkt, en daarmee ook op de vraag of er sprake is van een feitelijk en/of ervaren tekort.

Redenen voor uitstroom

Beroepsvertegenwoordigers geven aan dat de lage vergoeding voor fysiotherapeuten een belangrijke oorzaak is van het voortijdig verlaten van het vak. Het ontbreken van een cao speelt hierin volgens hen een grote rol. In de tweede lijn ontvangen fysiotherapeuten volgens hen betere arbeidsvoorwaarden doordat daar wél een cao geldt. Naast onvrede over de beloning speelt ook de inhoud van het vak mee. Beroepsvertegenwoordigers geven aan dat fysiotherapeuten beperkte doorgroeimogelijkheden ervaren, met specialisatie als vrijwel enige optie. Aangrenzend aan de redenen die beroepsvertegenwoordigers aangeven, kan de uitstroom ook toegewezen worden aan de bredere maatschappelijke trend waarin mensen vaker van baan willen wisselen. Binnen de fysiotherapie is die variatie minder goed mogelijk, waardoor uitstroom soms de enige manier is om een andere richting op te gaan.

3.2.2 Leeftijdsopbouw

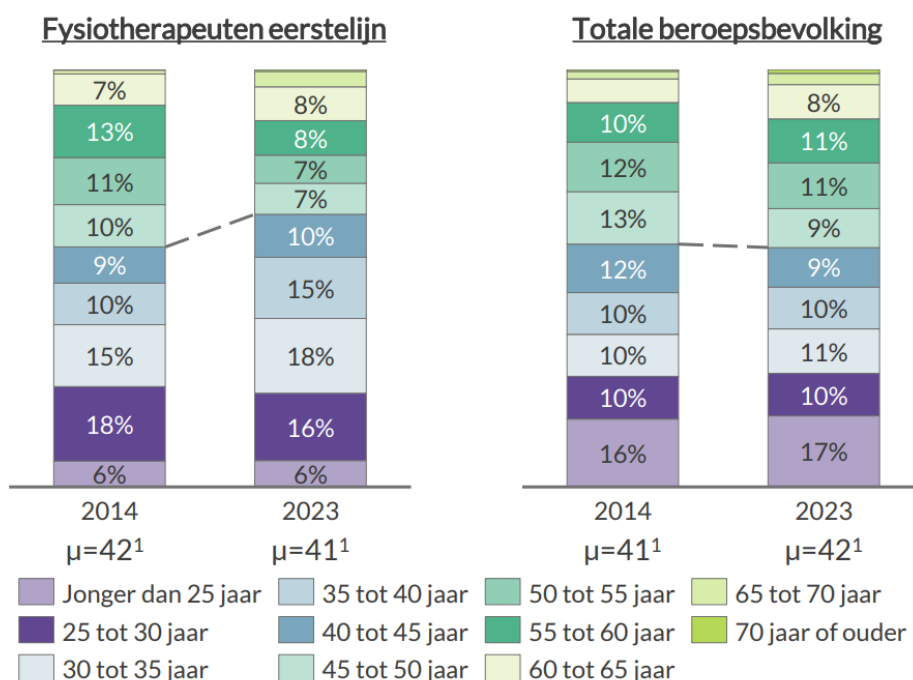
In 2023 zijn fysiotherapeuten in de eerste lijn gemiddeld jonger dan in 2014. Opvallend is binnen het beroep fysiotherapie sprake is van een verjonging in de leeftijdsopbouw, terwijl de gemiddelde leeftijd van de totale werkzame beroepsbevolking een stijgende trend vertoont, zie grafiek 7. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat deze verjonging het ongewenste gevolg kan zijn dat ervaren fysiotherapeuten het vak verlaten, mogelijk door voortijdige uitstroom. Bij de fysiotherapie is door de vereiste bachelor een zeer kleine groep jonger dan 25 jaar. Dit wordt gecompenseerd door een groot

aandeel werknemers tussen de 25 en 40 jaar: 49% in 2023 ten opzichte van 43% in 2014. (Bron: CBS Statline medisch geschoolden, CBS Statline arbeidsdeelname).

Er is daarbij weinig verschil in leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten in de G4-regio's⁹ en overige regio's. De G4-regio's hadden in 2013 een jonger personeelsbestand dan de overige regio's, maar de verjonging is in de overige regio's sneller gegaan. In 2023 is de leeftijdsopbouw van het personeelsbestand van de G4-regio's vergelijkbaar met die van de overige regio's.

Grafiek 7¹⁰ Leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten in de eerste lijn vergeleken met de totale beroepsbevolking

[2014 en 2023, %]



3.2.3 Ziekteverzuim

Het verzuim in de fysiotherapie ligt, met uitzondering van 2022, consistent iets onder het gemiddelde in vergelijking met andere zorgberoepen (Bron: CBS Statline ziekteverzuim). Deze bevinding kan op twee manieren worden verklaard. Enerzijds kan het lagere verzuim wijzen op minder werk gerelateerde uitval. Anderzijds kan het verzuim beperkt blijven doordat veel fysiotherapeuten zelfstandig zijn en bij ziekte geen inkomsten ontvangen. Daarnaast zijn veel arbeidscontracten in de fysiotherapie zo ingericht dat werknemers zogenoemde wachtdagen hebben bij ziekte, bijvoorbeeld maximaal twee dagen per ziekmelding waarop de werknemer geen loon ontvangt tijdens ziekte.

3.2.4 Productiviteit

De productiviteit van fysiotherapeuten bedraagt 74% en ligt daarmee aanzienlijk hoger dan die van andere paramedici, met een verschil van 19–27 procentpunt. Bij de berekening is ervan uitgegaan dat

⁹ Classificatie regio's op basis van RegioPlus-arbeidsmarktregio's; de G4 regio's zijn Rijnmond, Haaglanden en Nieuwe Waterweg Noord, Amsterdam en Utrecht en omgeving.

¹⁰ Er is hier is uitgegaan van gelijke verdeling van mensen binnen elke leeftijdsgroep.

een behandeling (zitting) 30 minuten duurt en dat de deeltijdfactor gelijk is voor fysiotherapeuten in praktijken en in de beroepsgroep in het algemeen. Productiviteit wordt hierbij gedefinieerd als het aandeel van de totale werktijd dat wordt besteed aan directe patiëntenzorg, inclusief de inschatting van niet-patiëntgebonden tijd (zoals bedrijfsvoering, deelname aan netwerken, kwaliteitsactiviteiten en scholing) en indirect patiëntgebonden tijd (zoals administratie buiten zittingstijd, overleg met derden en overige werkzaamheden). Het is de verhouding beschreven door de breuk declarabele tijd per week gedeeld door de werkweek, waarbij de noemer een deel aan niet gewerkte tijd bevat en geen overuren. De berekening is uitgevoerd zonder correctie voor afwezigheid door bijvoorbeeld ziekte of vakantie, terwijl deze uren wel zijn uitbetaald (Bron: kostenonderzoek Gupta).

Een productiviteitsniveau van boven de 70% wordt als hoog beschouwd. Verdere verhoging is daarom lastig. Dit maakt het onwaarschijnlijk dat capaciteitsproblemen kunnen worden opgevangen door de productiviteit verder te verhogen. Een hoog productiviteitsniveau draagt daarnaast bij aan een relatief lagere kostprijs per zitting, doordat de indirecte tijd per behandeling beperkt is en over minder minuten hoeft te worden toegerekend.

In de praktijk bieden veel fysiotherapeuten ook zittingen van 20 of 25 minuten aan. Kortere behandel tijden kunnen in de praktijk wel leiden tot meer uitgevoerde zittingen per uur, maar de effecten hiervan op de kwaliteit en inhoud van de zorg verschillen afhankelijk van de zorgvraag en de benodigde tijd per patiënt.

3.2.5 Wachttijden

Binnen de fysiotherapie bestaat geen eenduidige wachttijdregistratie, zoals die wel aanwezig is in de geestelijke gezondheidszorg en medisch specialistische zorg. De wachttijden bij fysiotherapiepraktijken werden daarom in kaart gebracht door middel van *mystery shopping*. Deze methode, een vorm van veldonderzoek waarbij onderzoekers zich telefonisch voordeden als (potentiële) patiënten, maakte het mogelijk om op een gestandaardiseerde en objectieve manier informatie te verzamelen over de toegankelijkheid van fysiotherapeutische zorg. De methode werd toegepast om de wachttijd tot de eerst beschikbare afspraak te meten. De praktijken werden geselecteerd op basis van een combinatie van gestratificeerde en niet-willekeurige steekproeven. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen reguliere en gespecialiseerde fysiotherapie. Voor de reguliere fysiotherapie werd gebruikgemaakt van een casus met schouderklachten. Voor de gespecialiseerde zorg werden twee specifieke specialisaties onderzocht: kinderfysiotherapie en bekkenfysiotherapie. In de casus voor kinderfysiotherapie werd een kind met een afgeplat achterhoofdje als uitgangspunt genomen, terwijl bij bekkenfysiotherapie werd uitgegaan van een vrouw met bekkenpijn na de bevalling.

Er zijn valide steekproeven uitgevoerd onder fysiotherapiepraktijken, wat betekent dat de selectie representatief is voor de spreiding in praktijkgrootte, specialisatie en geografische ligging¹¹. Praktijken is gevraagd hoe snel een patiënt terecht kan voor een eerste afspraak. Bij kinder- en bekkenfysiotherapie is daarbij onderscheid gemaakt tussen de wachttijd tot de eerste intake en de eerste behandeling (na de intake). Voor schouderklachten is dit onderscheid niet expliciet uitgevraagd. Omdat bij de gespecialiseerde fysiotherapie de tijd tussen intake en start van behandeling vergelijkbaar is, gaan we er op basis hiervan vanuit dat dit voor schouderklachten niet wezenlijk anders is. Hierdoor kunnen de gemeten wachttijden worden geïnterpreteerd als een goede indicatie van de toegankelijkheid voor deze klachten. Bij de reguliere fysiotherapie is aanvullend onderscheid gemaakt tijdens het trekken van een

¹¹ De steekproefgrootte is vastgesteld op een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een nauwkeurighedsniveau van 10%, uitgaande van de totale populatie fysiotherapiepraktijken in Nederland.

gestratificeerde steekproef tussen kleine en grote praktijken¹² en tussen stedelijke en landelijke regio's. Praktijken voor bekkenfysiotherapie en kinderfysiotherapie zijn geselecteerd op basis van aselechte steekproeven. Voor beide specialisaties zijn de steekproeven achteraf geëvalueerd en vergeleken met de gehele sector, om te waarborgen dat alle typen¹³ praktijken binnen de steekproef vertegenwoordigd zijn en dat de steekproeven representatief zijn. De omvang van de steekproeven is bepaald op basis van de sector populatie en de volgende uitgangspunten: betrouwbaarheid van 0.95 en nauwkeurigheid van 0.10. In totaal zijn 175 praktijken benaderd voor reguliere fysiotherapie, 94 praktijken voor bekkenfysiotherapie en 89 praktijken voor kinderfysiotherapie.

De resultaten laten zien dat de wachttijden voor reguliere fysiotherapie over het algemeen kort zijn. Zoals weergegeven in Grafiek 8 kan bij 42% van de praktijken een patiënt met schouderklachten dezelfde dag of binnen één werkdag terecht voor een afspraak. Dit aandeel is bij kleine praktijken (45%) iets hoger dan bij grote praktijken (38%). Ook bij stedelijke praktijken is de toegankelijkheid iets groter dan bij landelijke praktijken: 45% van de stedelijke praktijken kan patiënten binnen één werkdag helpen, tegenover 39% van de landelijke praktijken.

In totaal kunnen bij 86% van de fysiotherapiepraktijken patiënten binnen de Treeknorm van vijf werkdagen terecht. Dit geldt voor zowel kleine als grote praktijken, en voor praktijken in zowel stedelijke als landelijke gebieden. Enkele praktijken kennen een langere wachttijd van meer dan twintig werkdagen. Deze vormen echter uitzonderingen: in dezelfde gemeenten bleek steeds ook een praktijk aanwezig te zijn met een wachttijd van maximaal vijf werkdagen.

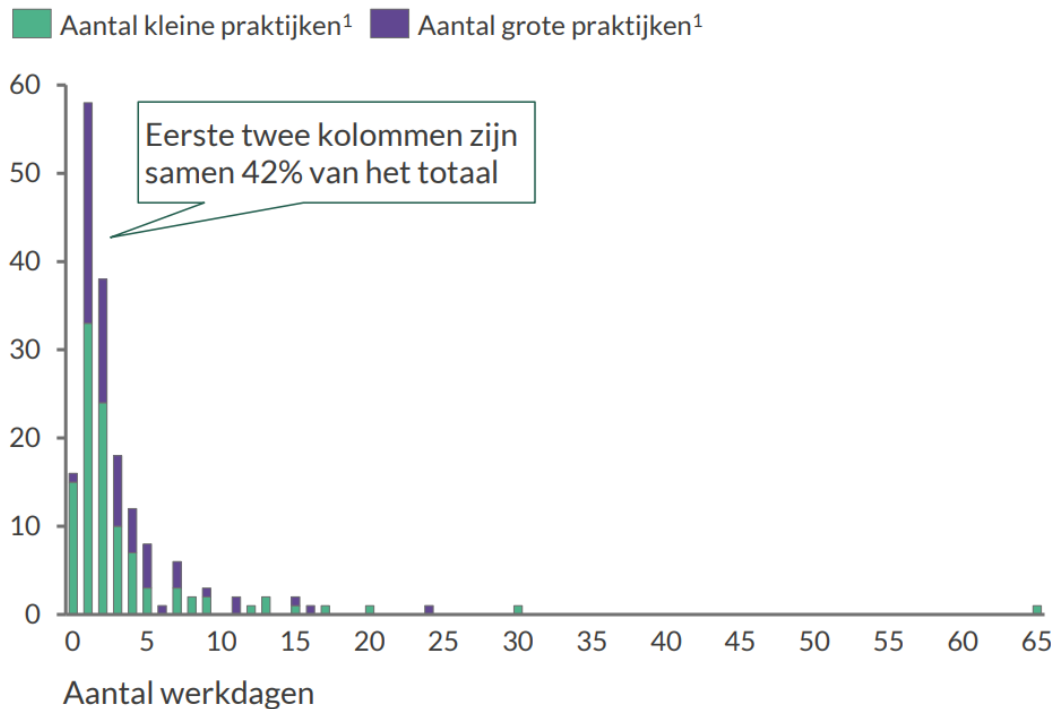
In totaal zijn fysiotherapeuten uit 105 gemeenten in de steekproef opgenomen. In 97% van deze gemeenten is ten minste één fysiotherapiepraktijk beschikbaar met een wachttijd van maximaal vijf werkdagen.

¹² Een kleine praktijk is gedefinieerd als een praktijk met 5 of minder fysiotherapeuten; bij meer dan 5 fysiotherapeuten is een praktijk als groot gedefinieerd.

¹³ Deze verschillen betreffen regio indeling van praktijken en grootte van de praktijk op basis van omzet.

Grafiek 8 Wachtijd bij fysiotherapiepraktijken (schouderklachten)

[Aantal praktijken met aantal werkdagen wachtijd, beiden in absolute aantallen; peildata 11 en 18 april 2025; n = 175]



Gespecialiseerde fysiotherapie is minder fijnmazig en minder gevarieerd beschikbaar dan reguliere fysiotherapie. Daarom is in de steekproeven voor deze specialisaties geen onderscheid gemaakt naar praktijkomvang (klein of groot) of bevolkingsdichtheid (landelijk of stedelijk).

Bij kinderfysiotherapie blijkt dat een patiënt bij 26% van de praktijken binnen één werkdag terecht kan voor een afspraak. In totaal kan 92% van de patiënten binnen de Treeknorm van vijf werkdagen worden geholpen. Slechts enkele praktijken kennen een langere wachtijd, met een maximum van twaalf werkdagen. Dit duidt op een overwegend goede toegankelijkheid binnen deze specialisatie.

Het beeld bij bekkenfysiotherapie wijkt hiervan af. Slechts 5% van de patiënten kan binnen één werkdag terecht en 32% binnen de Treeknorm van vijf werkdagen. De spreiding in wachtijden is bovendien aanzienlijk groter. Bij 29% van de praktijken bedraagt de wachtijd vier weken of langer, en bij 6% van de praktijken zelfs drie maanden of langer. In enkele gevallen loopt de wachtijd op tot zes maanden. Deze cijfers wijzen op een beperktere beschikbaarheid en grotere regionale verschillen binnen de bekkenfysiotherapie in vergelijking met de reguliere en kinderfysiotherapie.

Zorgverzekeraars geven daarbij aan dat zij weinig tot geen signalen ontvangen over wachtlijsten en/of het verzoek tot zorgbemiddeling in de fysiotherapie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen basisverzekerde zorg en aanvullende zorg. Op basis hiervan concluderen zij dat er op dit moment geen sprake lijkt te zijn van structurele knelpunten. Dit beeld klopt op basis van de data voor reguliere fysiotherapie en gespecialiseerde kinderfysiotherapie, maar niet voor gespecialiseerde bekkenfysiotherapie.

Beroepsvertegenwoordigers signaleren wel wachtijden, vooral buiten de Randstad (met uitzondering van Zuid-Holland) en bij gespecialiseerde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie en kinderfysiotherapie. Daarnaast waarschuwen zij voor toekomstige knelpunten als gevolg van de (te

verwachten) groeiende zorgvraag. Volgens deze partijen blijven wachttijden en problemen rondom de toegankelijkheid mogelijk buiten beeld bij zorgverzekeraars, omdat patiënten zelden actief een beroep doen op zorgbemiddeling.

3.2.6 Reistijd

De gegevens over reistijden (met de auto) geven een andere dimensie van toegankelijkheid weer. De reistijden naar de dichtstbijzijnde fysiotherapiepraktijk laten over het algemeen korte reistijden zien: in zowel 2018 als 2024 is voor 99% van de inwoners de reistijd vijf minuten of minder. Zelfs wanneer gekeken wordt naar de tweede dichtstbijzijnde praktijk voor alle Nederlanders, blijven de afstanden kort. In dit geval is voor 90% van de inwoners de reistijd in 2018 en 2024 maximaal vijf minuten. Verder wordt in de analyse van de verandering in reistijdmetingen per stedelijkheidsniveau (op basis van de dichtheid van adressen in de omgeving) tussen 2018 en 2024 een lichte stijging van de reistijd van 0,1 tot 0,2 minuten gevonden, maar deze veranderingen zijn niet significant. Deze bevindingen sluiten aan bij de lichte trend van concentratie van fysiotherapiepraktijken, hoewel de impact hiervan gering is.

3.2.7 Inkomenseffect

Beroepsvertegenwoordigers geven aan dat de toegankelijkheid van fysiotherapie verder gaat dan alleen het aanbod van zorg en de bereikbaarheid van praktijken. Volgens hen ligt de beperkte toegankelijkheid vooral in het feit dat patiënten fysiotherapie vaak t zelf moeten betalen. Patiënten ouder dan achttien jaar krijgen bij bepaalde aandoeningen en in bepaalde situaties vanaf de 21ste behandeling een vergoeding vanuit de basisverzekering, wat betekent dat de eerste twintig behandelingen altijd uit eigen middelen betaald moeten worden (als de patiënt geen aanvullende verzekering heeft). Dit kan een belemmering vormen, vooral voor mensen met een laag inkomen. Zij hebben vaak geen aanvullende verzekering en moeten daarom de kosten voor de behandeling zelf betalen. Hoewel dit financiële aspect (en de mogelijke zorgmijding) minder zichtbaar is, speelt het volgens beroepsvertegenwoordigers een belangrijke rol.

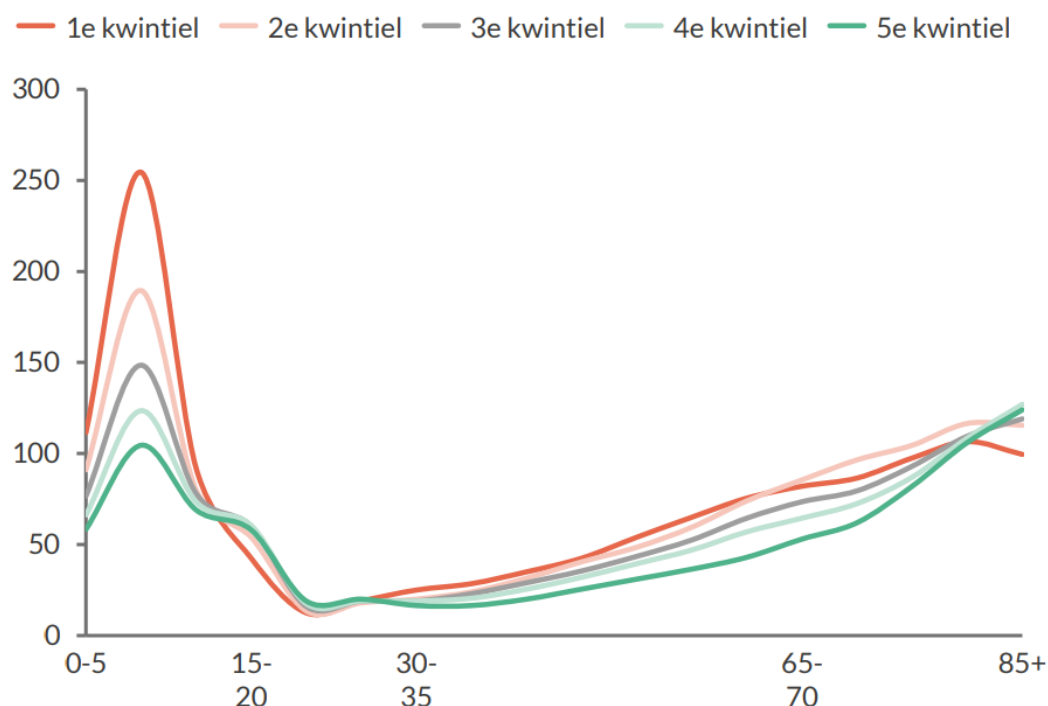
Om de toegankelijkheid van fysiotherapie in relatie tot inkomen te duiden, is gekeken naar het zorggebruik in de afgelopen twaalf maanden, uitgesplitst naar leeftijd en inkomensniveau. Uit deze analyse blijkt dat hogere inkomens vaker gebruikmaken van fysiotherapie dan lagere inkomens, met verschillen tussen de 2,3 en 4,7 procentpunt. Dit verschil zegt echter alleen iets over het geregistreerde zorggebruik, niet over de onderliggende zorgvraag. Het is belangrijk om die twee te onderscheiden. Bij hogere inkomens kan het hogere zorggebruik (deels) worden verklaard door betere financiële toegang tot niet-basisverzekerde zorg, terwijl de daadwerkelijke zorgbehoefte niet noodzakelijk hoger is. Bij lagere inkomens kan het lagere zorggebruik juist samenhangen met financiële drempels, waardoor de feitelijke zorgvraag mogelijk groter is dan uit de cijfers blijkt. De omvang van eventuele zorgmijding is met de beschikbare data niet vast te stellen. De resultaten laten daarom een verschil in gebruik zien, maar geven geen volledig beeld van de werkelijke zorgbehoefte.

Tot slot laten de gegevens in Grafiek 9, over de zorgkosten voor fysiotherapie per persoon per leeftijdsgroep binnen de basisverzekering, een omgekeerd inkomenseffect zien. Dit betekent dat mensen met een lager inkomen – behorend tot bijvoorbeeld het eerste of tweede inkomenskwintiel – relatief hogere zorgkosten hebben dan mensen met een hoger inkomen. Bij volwassenen boven de achttien jaar hangt dit waarschijnlijk samen met de hogere prevalentie van chronische aandoeningen in lagere inkomensgroepen. Ook bij jongeren onder de achttien, voor wie fysiotherapie grotendeels wordt vergoed, is dit omgekeerde effect zichtbaar. Deze bevinding ondersteunt de hypothese dat het inkomenseffect vooral wordt veroorzaakt door verschillen in toegang tot de aanvullende verzekeringen,

en dat dit effect in de aanvullende verzekering ietwat sterker is dan binnen de fysiotherapiemarkt als geheel (2 tot 4%). (Bron: CBS Statline Gezondheid en Zorggebruik).

Grafiek 9 Gemiddelde Zvw-kosten (basisverzekering) van paramedie per leeftijdsgroep

[Euro per persoon per jaar, 2022]



3.3 Samenvattend

De verwachting dat vergrijzing en zorgverschuiving tot een hogere vraag naar fysiotherapie leiden, wordt vooralsnog niet bevestigd door het feitelijke zorggebruik, dat eerder licht daalt. Echter is het verschil tussen de onderliggende zorgvraag en de daadwerkelijk geleverde zorg lastig te duiden, mede omdat zorgmijding en onverzekerde zorg niet goed zichtbaar zijn.

Het huidige arbeidspotentieel laat zien dat er voldoende fysiotherapeuten beschikbaar zijn om de huidige vraag op te vangen. Op de arbeidsmarkt zijn wel verschuivingen zichtbaar die op termijn relevant kunnen worden. De uitstroom van fysiotherapeuten neemt geleidelijk toe, al blijft deze in balans met de instroom en is er geen netto afname van fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn.

De toegankelijkheid van fysiotherapie in de zin van wachttijden is op dit moment overwegend goed: wachttijden blijven binnen de Treeknorm en de geografische bereikbaarheid vormt geen belemmering. Voor gespecialiseerde zorg is het beeld gemengder, met name bij bekkenfysiotherapie waar regionale verschillen optreden. Financiële toegankelijkheid blijft echter een belangrijk aandachtspunt, omdat afhankelijkheid van de aanvullende verzekering tot zorgmijding kan leiden, vooral bij lagere inkomens. Hoewel uit de beschikbare data geen direct toegankelijkheidsprobleem blijkt, wijzen signalen uit het veld op risico's in de toekomst.

4 Contractering en marktdynamiek

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de contractering en marktdynamiek, met aandacht voor de financiële gezondheid van aanbieders.

4.1 Contractering

4.1.1 Inkoopproces

Zorgverzekeraars maken het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden bekend. Dit is in lijn met artikel 4 'Bekendmaking zorginkoopbeleid en procedure van zorginkoop' uit de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw – TH/NR-034. Zorgverzekeraars doen daar, met de door hen gekregen informatie van beroepsvertegenwoordigers en fysiotherapeuten voor het inkoopbeleid, éénmalig een digitaal aanbod.

Partijen spreken elkaar regelmatig, bijvoorbeeld in een Commissie van Overleg (CvO) of tijdens jaarlijkse gesprekken over het inkoopbeleid en de conceptovereenkomsten. Zorgverzekeraars stellen dat de beroepsvertegenwoordigers en afgevaardigden inspraak hebben in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Beroepsvertegenwoordigers praten wel met zorgverzekeraars, maar hun ideeën komen bijna nooit terug in het inkoopbeleid of de afspraken. Zorgverzekeraars kiezen ervoor, vanwege het grote aantal zorgaanbieders, om niet met elke zorgaanbieder afzonderlijk te onderhandelen. Verder geven beroepsvertegenwoordigers aan dat er weinig tot geen mogelijkheid is voor inspraak op de tarieven. Zorgverzekeraars bevestigen dit. Daardoor ervaren veel aanbieders de situatie als 'tekenen bij het kruisje', zonder echte ruimte voor onderhandelingen of maatwerk.

Zorgverzekeraars publiceren hun aanbod digitaal via Vecozo. Veel fysiotherapeuten voelen zich verplicht om te tekenen, zelfs bij onvrede over de hoogte van het tarief. Sommige zorgverzekeraars nemen coulancoverzoeken aan. Als een praktijk denkt recht te hebben op een hogere contractvorm, kan zij instromen als ze dit goed onderbouwen. Wanneer een fysiotherapeut het aanbod niet ondertekent, komt er geen overeenkomst tot stand met de zorgverzekeraar. Dit vergroot het risico op verlies van patiënten die uitsluitend zorg afnemen bij een zorgaanbieder die een contract heeft afgesloten met de zorgverzekeraar van die patiënt. Daarnaast kan het zijn dat de zorgverzekeraar minder vergoedt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Tevens komt er voor patiënten een administratieve handeling bij, aangezien zij de factuur die zij ontvangen van hun zorgaanbieder zelf moeten indienen bij de zorgverzekeraar. Dit kan een drempel zijn voor patiënten om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Eén van de beroepsvertegenwoordigers ervaart dat het gezamenlijk optrekken richting zorgverzekeraars niet altijd mogelijk is vanwege de Mededingingswet als het gaat om het behartigen van het individuele belang van de fysiotherapeut. Volgens hen, zijn ook tariefonderhandelingen of het collectief weigeren van een contract, al dan niet via de beroepsvertegenwoordigers, niet toegestaan. Bij niet alle beroepsvertegenwoordigers is het duidelijk in hoeverre de Mededingingswet het daadwerkelijk onmogelijk maakt om in meer of mindere mate gezamenlijk op te trekken, aangezien de andere veldpartij wel namens haar achterban met zorgverzekeraars in gesprek gaat. De ACM legt uit welke

mogelijkheden er wel zijn om samen te werken bij contractering. (Bron: Samenwerken in de eerstelijnszorg | ACM)

4.1.2 Contracten

Standaard contractvoorwaarden

Iedere zorgverzekeraar biedt in principe iedere fysiotherapeut die gecontracteerd wil worden een basisovereenkomst aan, mits er wordt voldaan aan de minimumeisen en voorwaarden in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Ook net gestarte fysiotherapeuten kunnen een contractaanbod aanvragen bij de zorgverzekeraars.

Over het algemeen stellen zorgverzekeraars dezelfde eisen aan de fysiotherapeuten voor een basisovereenkomst. Zo hebben alle zorgverzekeraars als voorwaarde dat de fysiotherapeut ingeschreven moet staan in het BIG-register. Daarnaast is het ingeschreven staan in één van de kwaliteitsregisters (Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) of het Individueel Register Fysiotherapie (IRF)) voor de meeste zorgverzekeraars een eis, net als het geregeld meten van patiëntervaringen. De PREM (Patiënt Reported Experience Measures) is een landelijk afgestemde meetmethode om patiëntervaringen te meten en wordt door veel fysiotherapeuten en – praktijken gebruikt. Een andere voorwaarde die meerdere zorgverzekeraars stellen is het binnen een week in zorg nemen van een patiënt. Mocht dat onverhoopt niet lukken is de fysiotherapeut genoodzaakt dit te melden bij de desbetreffende zorgverzekeraar.

Behandelindex

In de praktijk maken zorgverzekeraars in meer of mindere mate gebruik van de behandelindex. Zorgverzekeraars gebruiken de behandelindex om de doelmatigheid van de fysiotherapie te meten. De index geeft aan hoe een fysiotherapeut of fysiotherapiepraktijk op het gebied van behandelen presteert in vergelijking met andere fysiotherapeuten. Zorgverzekeraars kunnen het bijvoorbeeld inzetten als rode draad voor het zorginkoopbeleid of als gespreksindicator op de materiële controle. Om fysiotherapeuten goed te kunnen ondersteunen in het leveren van doelmatige zorg hebben veldpartijen in samenwerking met Vektis landelijk spiegelinformatie en de behandelindex bepaald. Deze informatie is via het digitale portaal van Vektis beschikbaar voor iedere fysiotherapiepraktijk.

Differentiatie in contracten

Boven op de basisovereenkomst is ook differentiatie in het contract mogelijk. Bijvoorbeeld door inschrijving bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie, waarbij aanvullende eisen gelden op het gebied van kwaliteit en innovatie.

Andere voorbeelden van criteria zijn:

- Het bieden van passende zorg, ondersteund door geïmplementeerde samenwerkingsafspraken die aantoonbaar leiden tot het vervangen van zorg;
- Het beschikken over een specialisatie, zoals manuele therapie, bekkenfysiotherapie of kinderfysiotherapie;
- Verruimde openingstijden, waarbij een praktijk minimaal drie avonden per week of in het weekend open is;
- Het bezit van een kwaliteitscertificaat, waarbij de praktijk voldoet aan de bijbehorende certificering.

Fysiotherapeuten die aan de aanvullend gestelde voorwaarden van een zorgverzekeraar voldoen, komen in aanmerking voor een hoger tarief bij de betreffende zorgverzekeraar. In de praktijk wordt dit door veel partijen als 'pluspraktijk' bestempeld.

4.2 Omzet en tarieven

De fysiotherapeutische zorg in Nederland valt onder de gereguleerde marktwerking, waarbij de NZa de prestatieomschrijvingen reguleert, maar de tarieven vrij zijn en daarmee onderhandelbaar tussen de aanbieder en zorgverzekeraar en/of de patiënt. Hoewel tarieven dus vrij en onderhandelbaar zijn, komen onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en/of patiënt vaak niet tot stand. De financiering van fysiotherapie vindt plaats vanuit drie bronnen: ten eerste betreft dit verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), voor zover fysiotherapie binnen de dekking van de basisverzekering valt; ten tweede zorg die wordt vergoed vanuit een aanvullende verzekering; en ten derde onverzekerde zorg, die volledig door de patiënt zelf wordt bekostigd vanuit eigen betalingen. Elk van de drie financieringsbronnen genereert een omzet bij aanbieders met onderliggende tarieven en zorgomvang (aantal patiënten vermenigvuldigd met het aantal behandelingen per patiënt).

Gecontracteerde tarieven komen tot stand via het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In de praktijk is onderhandelruimte vaak niet tot beperkt aanwezig, omdat veel contractvoorstellen als standaardaanbod worden verstrekt. De zorgaanbieder bepaalt zelf de hoogte van particuliere tarieven (eigen betalingen door patiënt).

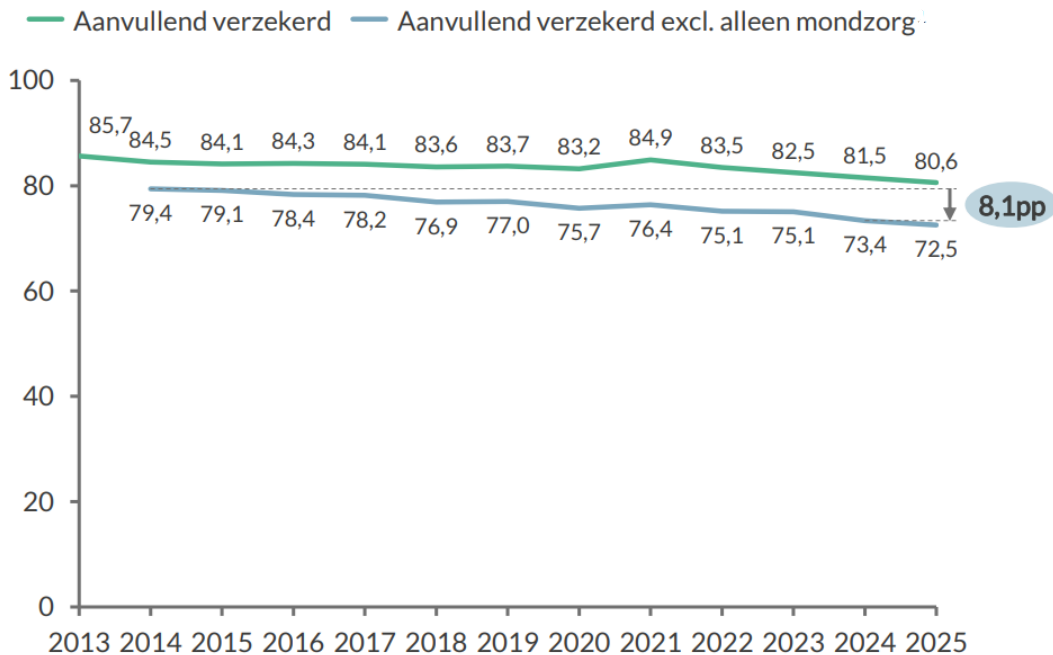
4.2.1 Ongecontracteerde zorg

Beroepsvertegenwoordigers signaleren dat het bedrijfsmodel van fysiotherapiepraktijken de afgelopen jaren is veranderd. Steeds meer praktijken genereren een groter deel van hun inkomsten buiten de contractgebonden zorg, bijvoorbeeld uit particuliere diensten of andere activiteiten die niet direct onder verzekerde fysiotherapiezorg vallen. Dit hangt samen met het feit dat een deel van de beschikbare werktijd wordt besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals administratie, overleg, kwaliteitsregistratie, samenwerking in de wijk en aanvullende diensten op het gebied van leefstijl en preventie. Hierdoor ontstaat in toenemende mate een gemengd bedrijfsmodel, waarin praktijken hun inkomsten uit meerdere bronnen combineren in plaats van uitsluitend uit gecontracteerde zorg.

Daarnaast is het aandeel mensen met een aanvullende verzekering vergeleken met het aandeel mensen met een aanvullende verzekering met een bredere dekking dan alleen mondzorg. Grafiek 10 toont in deze vergelijking aan dat sinds 2013 het aandeel verzekerden met een aanvullende verzekering gestaag afneemt van 85,7% naar 80,6% in 2025. Voor aanvullende verzekeringen met méér dekking dan alleen mondzorg is de daling sterker: van 79,4% in 2014 (het eerste jaar waarvoor deze uitsplitsing beschikbaar is) naar 72,5% in 2025. (Bron: Vektis Zorgthermometer: verzekerden in beweging). Dit zijn gemiddelde cijfers. De exacte cijfers kunnen per zorgverzekeraar verschillen.

Grafiek 10 Aandeel mensen met een aanvullende verzekering

[%; 2013 – 2024]

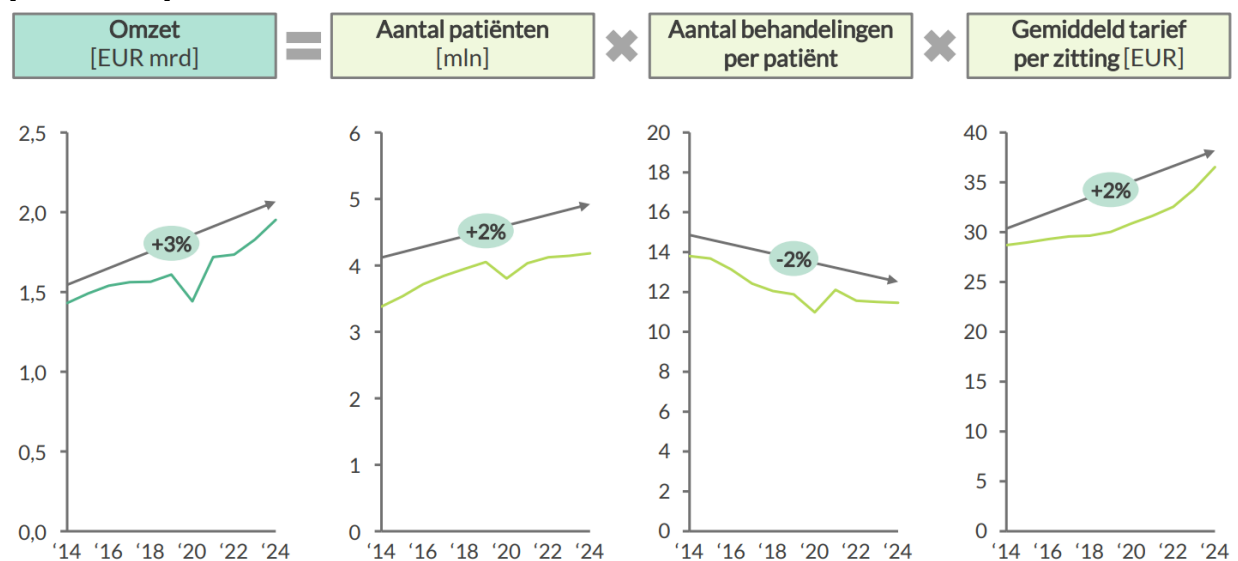


4.2.2 Uitgaven

Grafiek 11 toont aan dat tussen 2014 en 2024 de omzet uit verzekerde fysiotherapeutische zorg (dus exclusief onverzekerde zorg via eigen betalingen) jaarlijks gemiddeld met 3,2% is toegenomen. Deze groei komt voort uit een gemiddelde tariefstijging van 2,4% per jaar en een toename van het aantal zittingen met 0,8% per jaar. Hoewel het aantal zittingen per patiënt gemiddeld daalde met ongeveer 1,8% per jaar, nam het totaal aantal patiënten toe met gemiddeld 2,2% per jaar. Dit zorgt ervoor dat het totaal aantal zittingen toch per saldo groeit. (Bron: kerncijfers paramedie NZa).

Grafiek 11 Ontwikkeling omzet fysiotherapie en onderliggende drijvers

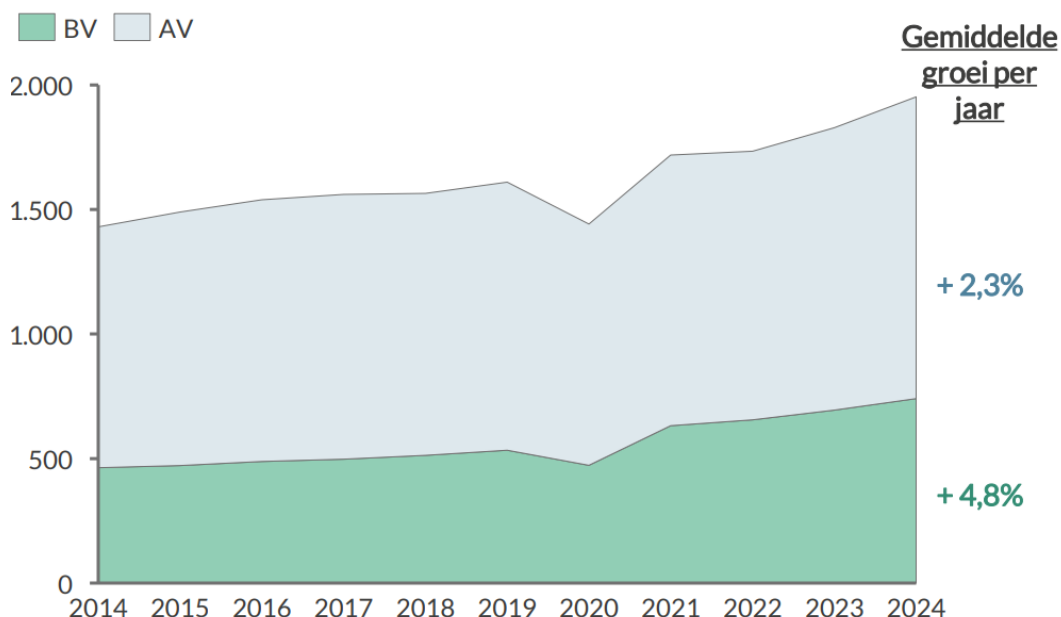
[2014 – 2024]



De uitgaven aan basisverzekerde zorg is ruim één derde van de totale omzet aan verzekerde fysiotherapie. Dat betekent dat twee derde van de uitgaven aanvullend verzekerde zorg betreft. Grafiek 12 geeft de verhouding weer tussen de omzet uit de basisverzekering en de aanvullende verzekering en laat zien dat deze verhouding in uitgaven licht wijzigt tussen 2014 en 2024. De aanvullende verzekering heeft de zwaarste weging in de fysiotherapie omzet, maar groeit jaarlijks langzamer. De uitgaven aan basisverzekerde zorg groeien gemiddeld per jaar met 4,8%, terwijl de uitgaven aan aanvullend verzekerde zorg minder snel groeien met gemiddeld 2,3% per jaar. (Bron: kerncijfers paramedie NZa).

Grafiek 12 Uitgaven aan fysiotherapie per financieringsstroom

[Mln euro, 2014 – 2024]

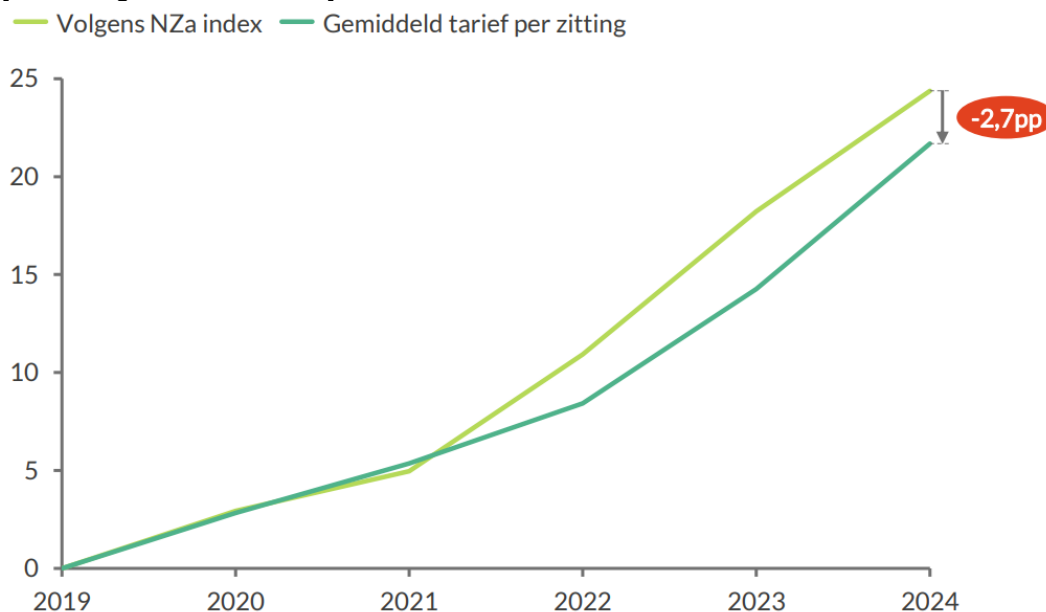


4.2.3 Tarieven

Tussen 2019 en 2024 zijn de gedeclareerde tarieven voor de prestatie individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatiecode 1000) met 21,7 procent gestegen. Wanneer de volledige loon- en materiële kostenindexatie zou zijn toegepast op de tarieven, zou de stijging over dezelfde periode 24,4 procent hebben bedragen. Hierbij is uitgegaan van een kostenverdeling conform de CBS-gegevens over fysiotherapiepraktijken en van de aanname dat de kostenstructuur na 2021 ongewijzigd is gebleven. De werkelijke tariefontwikkeling blijft 2,7 procentpunt achter op de indexatie (zie Grafiek 13). Ook wanneer wordt gekeken naar de gedeclareerde tarieven van alle prestaties gezamenlijk, en hierop een case mix wordt toegepast, blijkt dat de gedeclareerde tarieven achterblijven. Het verschil is met name ontstaan in de jaren 2022 en 2023, welke gekenmerkt worden door een hoge inflatie. (Bron: CBS Statline praktijken van zorgverleners, NZa indexatiecijfers, NZa kerncijfers paramedie).

Grafiek 13 Groei van fysiotherapie-tarieven¹⁴ volgens NZa-indexcijfers en het gemiddelde tarief per zitting

[Percentage, 2019 – 2024¹⁵]



Over een langere periode, van 2012 tot en met 2024, zijn de gedeclareerde tarieven voor de prestatie individuele zitting reguliere fysiotherapie met in totaal 28,8 procent gestegen. Van deze stijging vond 5,9 procent plaats in de periode 2012–2019. Wanneer in diezelfde periode de volledige loon- en materiële kostenindexatie zou zijn toegepast op de tarieven, zou de stijging 13 procent hebben bedragen¹⁶. De tariefstijging is daarmee in de meest recente periode duidelijk sterker geweest en houdt een betere tred met de volledige loon- en materiële kostenindexatie. Tegelijkertijd was de inflatie tussen 2012 en 2019 aanzienlijk lager dan in de periode 2019–2024.

De beperkte tariefgroei in de eerste periode valt dus samen met een lage inflatie, terwijl de sterkere stijging na 2019 grotendeels het gevolg is van de hogere kosten- en prijsdruk in die jaren. Desondanks laat de vergelijking met de totale kostenindexatie zien dat de tariefontwikkeling achterblijft bij de stijging van de kosten en de algemene prijsontwikkeling, waardoor enige achterstand zichtbaar blijft tussen tarieven en feitelijke inflatie.

Grafiek 14 en 15 bevatten een vergelijking tussen de gemiddelde particuliere tarieven (*out-of-pocket* tarieven bij onverzekerde fysiotherapie) en de gemiddelde vergoede tarieven vanuit zorgverzekeraars. In principe zijn de passantentarieven van 2025 meegenomen, maar sommige passantentarieven komen nog uit 2024, wat kan leiden tot een onderschatting van de particuliere tarieven in 2025. Bij de verzekeraars is het tarief afgeleid uit het vergoede bedrag bij ongecontracteerde fysiotherapeuten en het vergoedingspercentage. Het gemiddelde particuliere tarief ligt met € 45,80 per zitting 25% hoger dan het gemiddelde vergoede tarief van € 36,53. (Bron: websites aanbieders, vergoedingen zorgverzekeraars).

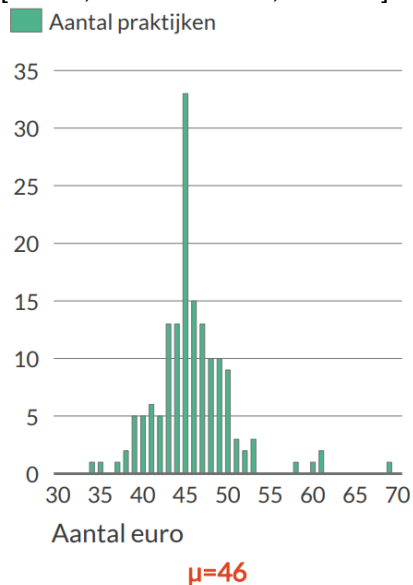
¹⁴ Voor de prestatie individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatiecode 1000).

¹⁵ Data 2024 is onder voorbehoud.

¹⁶ In de monitor paramedische zorg (2019) resulteerde een vergelijkbaar verschil tussen de gemiddelde tariefontwikkeling en de volledige loon- en materiële kostenindexatie (zie hiervoor https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_269140_22/1/)

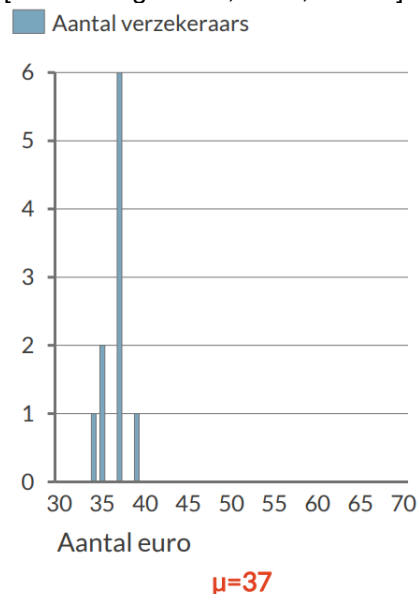
Grafiek 14 Verdeling particulier tarief/zitting

[Aantal, meest recent¹⁷, n=155¹⁸]



Grafiek 15 Verdeling vergoeding verzekeraars

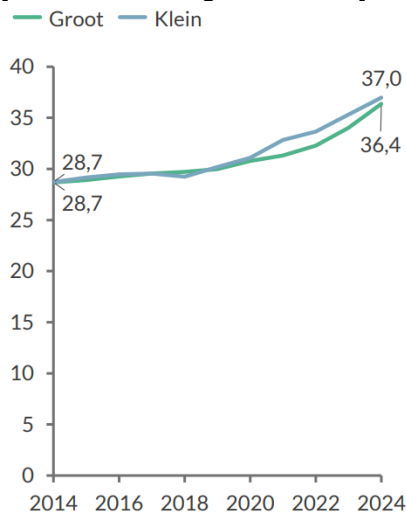
[Benadering aantal, 2025, n=10¹⁹]



Het gemiddeld vergoede tarief per zitting (prestatiecode 1000) is bij kleine verzekeraars iets harder gestegen dan bij grote verzekeraars (Grafiek 16), van € 28,70 in 2014 naar respectievelijk € 37,- en € 36,40.

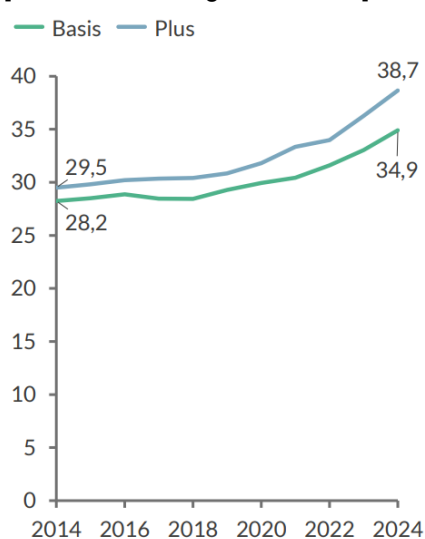
Grafiek 16 Tarief per type verzekeraar

[Gem. tarief/zitting; 2014-2024]



Grafiek 17 Tarief per type aanbieder

[Gem. tarief/zitting; 2014-2024]



¹⁷ Jaartal is in principe 2025; bij tarieven van 2024 op de website is deze als uitgangspunt genomen; gemiddelde ongecontracteerde bedrag is dus lichte onderschatting van individuele zitting. Dit wordt (deels) gecompenseerd door het niet meenemen van combinatiedeals en volumekortingen.

¹⁸ Van de 175 praktijken gesampled bij het *mystery shoppen* publiceren er 155 passantentarieven op hun website.

¹⁹ Benaderd op basis van vergoeding en vergoedingspercentage ongecontracteerde zorg.

Het gemiddeld vergoede tarief per zitting (prestatiecode 1000) verschilt tussen het zogenaamde 'plustarief' en het basistarief. Dit verschil is sinds 2014 toegenomen van € 1,30 per zitting naar € 3,75 in 2024 (Grafiek 17). Dit duidt op een grotere druk op de tarieven van aanbieders met een basistarief.

Wanneer een gemiddeld plustarief van € 38,66 en een gemiddeld basistarief van € 34,91 in verhouding worden gezet tegen het totaal gemiddelde gedeclareerde tarief per zitting van € 36,53, dan volgt dat 56,8% van de uitbetaalde zittingen zijn vergoed op basis van het basistarief in 2024. (Bron: kerncijfers NZa 2014-2024).

4.2.4 Algemeen beeld hoogte tarieven/vergoedingen

De meningen over de hoogte van de tarieven voor fysiotherapeuten lopen sterk uiteen.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij een reëel en kostendekkend tarief bieden, maar dat zij signalen ontvangen dat praktijkhouders de tarieven niet altijd doorvertalen naar hogere lonen voor werknemers. Dit kan betekenen dat praktijkhouders de extra financiële ruimte gebruiken om andere gestegen kosten te dekken, of dat het resulteert in een hogere winst voor de praktijkhouder. Een hoger tarief leidt daarmee niet vanzelfsprekend tot hogere salarissen voor werknemers. Deze verschillen in doorvertaling kunnen bijdragen aan loonverschillen binnen de sector en mogelijk aan een hogere personele mobiliteit.

Beroepsvertegenwoordigers daarentegen stellen dat de tarieven over het algemeen onvoldoende zijn en niet in verhouding staan tot de geleverde inspanningen, kosten, (opleidings)eisen en verantwoordelijkheden. Zij noemen onder meer de hoge kosten genoemd voor huisvesting, energielasten, ICT, verplichte pensioenbijdragen, het instrumentarium en praktijkruimte. Daarnaast geven beroepsvertegenwoordigers aan dat de primaire arbeidsvoorwaarden in de eerste lijn, inclusief alle looncomponenten, vooral voor fysiotherapeuten in loondienst sterk achterlopen op de tweede en derde lijn.

Alle partijen zoeken naar mogelijkheden en handvatten om het zorginkoopbeleid en de tariefbepaling te verbeteren. Zorgverzekeraars benadrukken dat het ontbreken van een kwaliteitskader het lastig maakt om zorginkoop en kwaliteit van zorg goed te sturen. Zij zien een dergelijk instrument als noodzakelijk om tarieven beter vast te kunnen stellen.

Beroepsvertegenwoordigers geven aan dat minimumtarieven in combinatie met een cao kunnen bijdragen aan betere arbeidsvoorwaarden en meer financiële stabiliteit en vinden dit vooral belangrijk omdat zij aangeven dat de fysiotherapeuten nu te weinig betaald krijgen. Door het invoeren van minimumtarieven hopen zij een hoger tarief te realiseren dat recht doet aan hun werk. Daarnaast benadrukken zij dat er meer financiële ruimte moet komen voor de tijd en inzet die fysiotherapeuten steken in innovatie en ontwikkeling van het vak.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij bij invoering van een minimumtarief dit tarief moeten hanteren, wat er toe kan leiden dat zij kosten gaan besparen, omdat de aanvullende verzekering duurder wordt voor de zorgverzekeraar om uit te voeren. Hierdoor kunnen zij mogelijk de dekking van de aanvullende verzekering verder beperken. Dat zou kunnen leiden tot een verminderde toegang tot fysiotherapie. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat de invoering van minimumtarieven mogelijk kan leiden tot minder gecontracteerde fysiotherapeuten om op die manier kosten te beheersen.

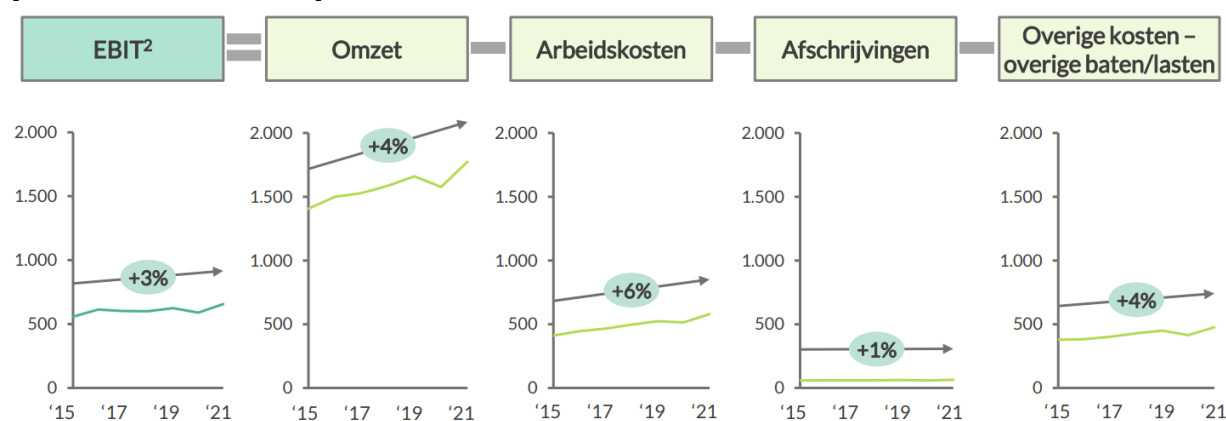
4.3 Marktdynamiek (stand van de markt)

4.3.1 Financiële gezondheid aanbieders

De verdeling van kosten en winst tussen 2015 en 2021 is in kaart gebracht (zie Grafiek 18), waarbij de winstgroei (+3% per jaar) achterbleef bij de omzetgroei (+4% per jaar). Een belangrijke oorzaak hiervan is de stijging van personeelskosten, die met gemiddeld 6% per jaar toenam. Deze ontwikkeling kent mogelijk twee verklaringen. Enerzijds drukt de stijging van de personeelskosten de beloning van praktijkhouders wanneer de omzet niet evenredig toeneemt. Anderzijds kiezen steeds meer fysiotherapeuten voor een loondienstverband in plaats van het praktijkhouderschap. Hierdoor verschuift een deel van de winst – traditioneel het inkomen van praktijkhouders – naar loonkosten, zonder dat dit noodzakelijkerwijs op een slechtere bedrijfsvoering duidt. (Bron: CBS Statline praktijken van zorgverleners).

Grafiek 18 Ontwikkeling omzet en onderliggende drijvers

[EUR mln, 2015 – 2021 ²⁰]



In (dure) stedelijke regio's liggen de kosten van praktijkvoering hoger, met name door de hoge huren van bedrijfsruimtes. In schrijnende gevallen zoeken zorgverzekeraars samen met gemeentelijk adviseurs naar oplossingen, zoals het aanpassen van het bestemmingsplan om de huur te verlagen en de bedrijfsvoering houdbaar te houden. Dit gebeurt bijvoorbeeld al regelmatig in de huisartsenzorg, maar nog nauwelijks bij fysiotherapiepraktijken. De zorgverzekeraars geven aan geen volledig beeld te hebben van de financiële positie van zorgaanbieders. Doordat zorgverzekeraars nauwelijks tot geen aanvragen krijgen tot hulp van praktijken die in de (financiële) problemen zitten, in combinatie met een beperkt aantal faillissementen, constateren zij dat de financiële gezondheid van aanbieders in orde is. Ook bij de NZa zijn geen signalen bekend van een toename in binnen de sector. Deze signalen moeten echter met nuance worden gezien. Dat zorgaanbieders zich niet melden bij verzekeraars voor ondersteuning, betekent niet automatisch dat er geen financiële problemen zijn. En dat geldt ook voor de NZa. In praktijk kiezen ondernemers er soms voor om de bedrijfsvoering te beëindigen of het vak te verlaten zonder dit te rapporteren, waardoor dergelijke ontwikkelingen niet altijd zichtbaar worden in de cijfers over faillissementen of verzoeken om hulp. Hierdoor kan een deel van de financiële kwetsbaarheid buiten beeld blijven.

²⁰ Deze dataset van Statline is stopgezet na 2021; in 2025 zal deze vervangen worden voor een nieuwe tabel, maar deze is nog niet beschikbaar.

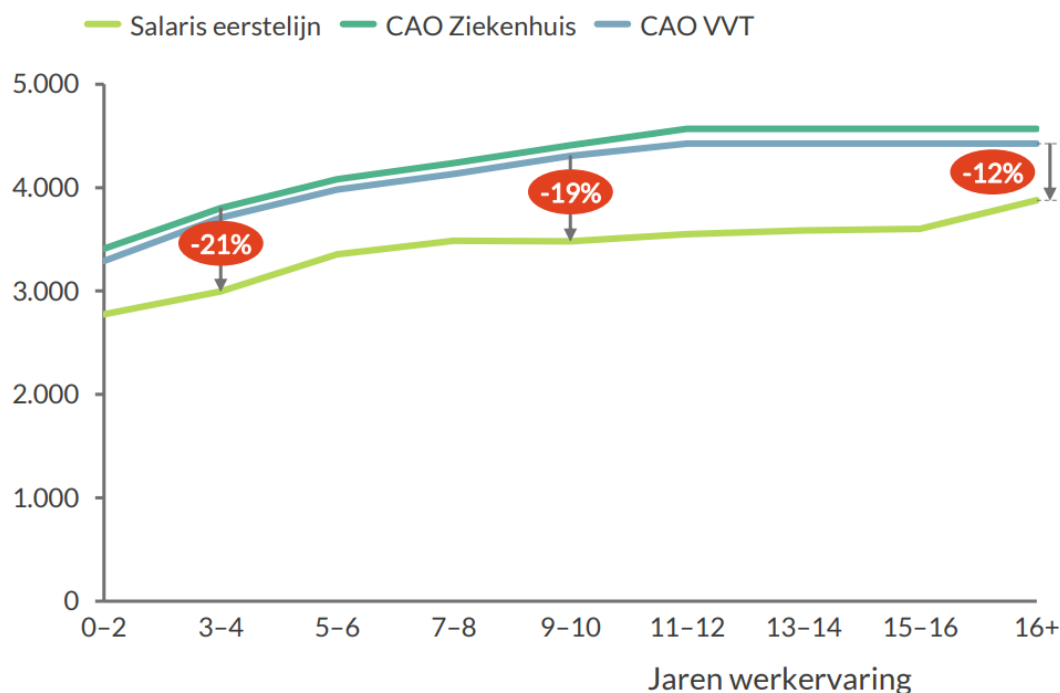
4.3.2 Verschil in beloning

Fysiotherapeuten in de eerste lijn verdienen, ongeacht het aantal jaren werkervaring, ongeveer 20% minder dan hun collega's in andere sectoren. Mogelijke oorzaken voor het lagere inkomen van fysiotherapeuten in de eerste lijn, zijn de dalende EBIT-marges²¹ voor praktijkhouders in de afgelopen jaren en het uitblijven van volledige tariefindexaties voor fysiotherapeuten in de eerste lijn. De bedragen in Grafiek 19 zijn allen exclusief vakantiegeld en gecorrigeerd voor een gemiddelde werkweek van 40 uur bij eerstelijnsfysiotherapeuten tegenover een cao-werkweek van 36 uur voor ziekenhuizen en VVT. Met overige secundaire arbeidsvoorwaarden en overwerk is geen rekening gehouden. Het zou hierdoor kunnen dat het werkelijke verschil nog iets groter is. Anderzijds zijn voor de eerstelijns fysiotherapeuten alleen de salarissen van fysiotherapeuten met een bachelor diploma meegenomen. Als ook fysiotherapeuten met een masterdiploma waren meegenomen, zouden zij het verschil weer verkleinen. (Bron: cao ziekenhuis, cao VVT, onderzoek FDV arbeidsvoorwaarden in de eerste lijn).

Beroepsvertegenwoordigers zien door het ontbreken van een cao in de eerste lijn de inkomenskloof tussen fysiotherapeuten in de eerste lijn en die in de tweede of derde lijn groter worden.

Grafiek 19 Bruto maandsalaris in de eerste lijn naar jaren werkervaring in vergelijking met cao VVT en MSZ²²

[EUR/maand, 2023]



Volgens beroepsvertegenwoordigers staat de financiële positie van fysiotherapiepraktijken structureel onder druk. De mate waarin een praktijk financieel gezond is, hangt onder andere af van hoe de bedrijfsvoering is ingericht. De beroepsvertegenwoordigers geven aan dat lage tarieven vanuit zorgverzekeraars de mogelijkheden beperken van praktijkhouders om hun personeel passend te belonen en te faciliteren. Zij geven aan dat fysiotherapeuten vaak veel uren moeten maken om een toereikend salaris te ontvangen en dat hun salaris laag ligt in verhouding tot het opleidingsniveau en de

²¹ De EBIT-marge is de verhouding tussen de EBIT (Earnings Before Interest and Taxes) en de totale omzet van een bedrijf.

²² Bij aanname van CAO-schaal 55 bij de CAO-ziekenhuis en CAO-VVT en toename van één trede per jaar; berekend als het gemiddelde van de twee treden behorende bij die jaren.

verantwoordelijkheid die het werk met zich meebrengt. Beroepsvertegenwoordigers benadrukken dat het invoeren van een cao belangrijk is voor de stabiliteit en arbeidszekerheid, maar dat werkgevers hier momenteel onvoldoende financiële ruimte voor hebben. Zij geven aan dat de beperkte financiële middelen ook doorwerken op andere vlakken. Werkgevers kunnen vaak geen scholing of bijscholing faciliteren voor het personeel. Daarnaast wordt de inflatiecorrectie volgens beroepsvertegenwoordigers niet structureel doorgevoerd in de tarieven van zorgverzekeraars, terwijl de praktijkkosten wel blijven stijgen. Verder geven beroepsvertegenwoordigers aan dat de gevolgen verder reiken dan het huidige loonniveau. Zo wijzen zij erop dat fysiotherapeuten pensioen opbouwen over een relatief laag inkomen en dat werkgevers geen premiebijdrage leveren, wat volgens hen resulteert in een bijzonder magere pensioensopbouw.

Zorgverzekeraars herkennen deels de signalen uit het veld, maar plaatsen ook kanttekeningen. Zij wijzen op verschillen in ondernemerschap tussen praktijken: sommige zijn efficiënt en financieel gezond, terwijl andere minder doelmatig werken. Hierbij wordt onder meer gelet op de omgang met no-shows, de verhouding tussen ondersteunend personeel en werkzaamheden en de effectiviteit van werkprocessen. Daarnaast verschilt het per praktijkhouder hoe de beschikbare middelen worden verdeeld tussen het salaris van fysiotherapeuten en de eigen inkomsten van de praktijkhouder, wat leidt tot variatie in ervaren financiële druk binnen de sector. De ontwikkeling dat het aantal eenpitters geleidelijk afneemt wordt door sommige partijen positief beoordeeld, omdat grotere praktijken beter in staat zouden zijn samenwerking te organiseren, de bedrijfsvoering te dragen en multidisciplinair werken te faciliteren, wat tevens bijdraagt aan de inhoudelijke ontwikkeling van fysiotherapeuten.

4.4 Samenvattend

Fysiotherapie wordt gefinancierd vanuit de basisverzekering, aanvullende verzekering en particuliere betalingen. De tarieven voor gecontracteerde zorg komen tot stand via het contracteerproces met zorgverzekeraars, maar fysiotherapeuten ervaren weinig onderhandelingsruimte en voelen zich vaak genooddaakt standaardcontracten te accepteren. Dit draagt bij aan een gevoel van ongelijkheid, mede doordat inspraak op tarieven niet tot beperkt mogelijk is. Transparantie en de motivering over toegepaste indexaties, zoals vereist in de NZa-handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg, is daarom belangrijk.

Hoewel vergoede tarieven de afgelopen jaren zijn gestegen, blijven zij achter bij de kostenontwikkeling. Met name sinds 2019 is de inflatie harder gestegen dan de tarieven. Daarnaast ontwikkelt de financiële positie van praktijken zich wisselend: de omzet groeit wel, maar hogere personeelskosten drukken de winst, mede doordat meer fysiotherapeuten in loondienst werken. De loonontwikkeling blijft achter ten opzichte van fysiotherapeuten in ziekenhuizen en de VVT, mede door het ontbreken van een cao, wat volgens beroepsvertegenwoordigers de aantrekkelijkheid van het vak en de personele duurzaamheid onder druk zet. Zorgverzekeraars benadrukken dat verschillen in ondernemerschap en efficiëntie eveneens bijdragen aan de variatie in financiële ervaren druk.

5 Transitie naar passende zorg

De transitie naar Passende Zorg vraagt om een sterkere positie van de fysiotherapeut in de eerstelijnszorg. Fysiotherapeuten worden gezien als verbindende schakel tussen curatieve zorg, preventie en het sociaal domein. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat ontwikkelingen in toegankelijkheid, arbeidsmarkt en contractering invloed hebben op de mate waarin fysiotherapeuten deze rol daadwerkelijk kunnen vervullen. Dit hoofdstuk verkent hoe de positie van de fysiotherapeut zich ontwikkelt, welke knelpunten daarbij optreden en welke randvoorwaarden nodig zijn om hun bijdrage aan Passende Zorg te versterken.

5.1 Verbreden rol fysiotherapeut

Zorgverzekeraars beschouwen fysiotherapeuten als een belangrijke schakel in de transitie naar Passende Zorg en daarbinnen, in lijn met het AZWA, in de versterking van de rol van fysiotherapeut in de eerste lijn ('de voorkant'). Zij zien de beroepsgroep als een verbindende schakel binnen de eerstelijnszorg, met een belangrijke rol in onder meer de ouderenzorg en preventie. De beweging naar Passende Zorg biedt volgens zorgverzekeraars kansen om de toegevoegde waarde van fysiotherapeuten beter te erkennen, bijvoorbeeld door een bredere inzet of taakverschuiving vanuit de huisartsenzorg, zoals een sterkere rol voor fysiotherapeuten in de triage of het versterken van de inzet van de fysiotherapie om medisch specialistische zorg uit te stellen of te voorkomen.

Ook beroepsvertegenwoordigers delen de visie dat fysiotherapie een bredere rol kan vervullen binnen het zorgsysteem. Fysiotherapie wordt niet in isolement geleverd, maar in samenwerking met andere disciplines zoals huisartsen, medisch specialisten, revalidatieartsen, wijkverpleegkundigen en het sociaal domein. In het kader van Passende Zorg zou de fysiotherapeut meer kunnen optreden als deskundige, en eventueel als poortwachter, op het gebied van bewegen, preventie en herstel. Daarmee kan de beroepsgroep bijdragen bij aan het bevorderen van vitaliteit en zelfredzaamheid van burgers en aan het voorkomen van zwaarder zorggebruik. Deze verbreding van de rol vraagt om andere werkwijzen en verantwoordelijkheden, maar botst in de praktijk met bestaande randvoorwaarden, zoals beperkte aanspraken en productieprikkelers. Hierdoor blijft de gewenste rol van fysiotherapeuten in de transitie naar Passende Zorg in veel gevallen nog beperkt tot beleidsmatige ambities.

Een voorbeeld waarin deze rol al concreter vorm krijgt, is reablement. Reablement is een speerpunt binnen het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) en richt zich op het versterken van de zelfstandigheid van ouderen. De fysiotherapeut ondersteunt cliënten om dagelijkse activiteiten zoveel mogelijk zelf te blijven uitvoeren en werkt daarbij samen met onder meer ergotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Deze manier van werken vraagt om intensieve samenwerking en gezamenlijke behandelplannen. Dit versterkt de positie van de fysiotherapeut binnen regionale samenwerkingsverbanden, waarop in paragraaf 5.3 verder wordt ingegaan.

5.2 Verdeeldheid beroepsgroep

Veldpartijen geven aan dat er binnen de fysiotherapiesector grote variatie bestaat in werkwijze, organisatiegraad en kwaliteitsontwikkeling. Er zijn zowel gecontracteerde als ongecontracteerde praktijken en verschillen in deelname aan kwaliteitsinitiatieven en regionale samenwerkingsverbanden. Deze verschillen hangen samen met uiteenlopende praktijkvormen, regiokenmerken en keuzes van

zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid. Tegelijkertijd is er ook een gedeelde basis: fysiotherapeuten zijn BIG-geregistreerd, werken volgens richtlijnen en standaarden en het merendeel staat ingeschreven in een kwaliteitsregister. Toch signalen zorgverzekeraars dat sommige praktijken sterk inzetten op kwaliteitsontwikkeling en samenwerking, terwijl dat bij andere praktijken minder zichtbaar is.

Deze verdeeldheid heeft gevolgen voor de transitie naar Passende Zorg. Een beperkte organisatiegraad bemoeilijkt gezamenlijke vertegenwoordiging in regionale en landelijke overlegstructuren en beperkt de onderhandelingspositie richting zorgverzekeraars. Daardoor komt de implementatie van nieuwe rollen en werkwijzen niet overal even snel of eenduidig van de grond.

5.3 Regionale samenwerking

Regionale samenwerking is een belangrijke randvoorwaarde om Passende Zorg te realiseren. Zorgverzekeraars en beroepsvertegenwoordigers benadrukken dat fysiotherapeuten een zichtbare en structurele positie moeten krijgen binnen regionale samenwerkingsverbanden, zoals de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's). In deze structuren worden afspraken gemaakt over integrale zorg, preventie en de inrichting van de eerstelijnszorg. Een stevige inbedding van fysiotherapeuten in deze netwerken kan bijdragen aan betere toegankelijkheid en samenhang in de zorg. Tegelijkertijd is hun positie binnen regionale samenwerking nog kwetsbaar. De sector is kleinschalig georganiseerd en veel fysiotherapeuten werken solistisch of in kleine praktijken. Hierdoor is structurele vertegenwoordiging niet vanzelfsprekend en wordt regionale besluitvorming vaak gedragen door een beperkt aantal partijen.

De versnippering bemoeilijkt het maken en borgen van gezamenlijke afspraken. Daarnaast vraagt regionale samenwerking om investeringen in organisatie en bedrijfsvoering, terwijl veel praktijken daar beperkte kennis, tijd en financiële ruimte voor hebben. Deze opgave sluit aan bij het IZA en het programma voor de versterking van de eerstelijnszorg, waarin wordt ingezet op het versterken van de organisatiegraad op wijk- en regioniveau.

5.4 Verzekerde aanspraak en bekostiging

De vergoeding van fysiotherapie is beperkt en complex door de combinatie van basisverzekering, aanvullende verzekering en eigen betalingen. Veldpartijen geven unaniem aan dat een ruimere verankering van fysiotherapeutische zorg in de basisverzekering de transitie naar Passende Zorg kan ondersteunen. Zij wijzen erop dat het vergoeden van de eerste twintig behandelingen bij chronische aandoeningen vanuit de basisverzekering hieraan kan bijdragen.

Naast de aanspraak sluit ook de huidige bekostiging onvoldoende aan bij de ambities van Passende Zorg. Het huidige bekostigingsmodel is vooral gebaseerd op productie (aantal behandelingen), waardoor tijd voor samenwerking, preventie en ketenzorg financieel nauwelijks loont. Dit stimuleert behandelen in plaats van voorkomen en belemmert innovatie en domeinoverstijgende samenwerking. De principes van Passende Zorg vragen om een bekostiging die gericht is op uitkomsten en gezondheid in plaats van (alleen) volume. Dit sluit aan bij ons eerdere [NZa-advies over een passende bekostiging](#) van fysiotherapie in het kader van het PAFOZ-traject. In aansluiting op dit traject verkent de NZa samen met veldpartijen, via een bekostigingsexperiment bij COPD, hoe bundelbekostiging kan bijdragen aan passende zorg. De opgedane inzichten kunnen richting geven aan een bredere toepassing binnen de fysiotherapeutische zorg.

5.5 Kwaliteitskader en ontwikkeling

Zorgverzekeraars zien een kwaliteitskader als een belangrijk instrument om de transitie naar Passende Zorg te ondersteunen en om het zorginkoopbeleid verder te ontwikkelen. Ook beroepsvertegenwoordigers zien een kwaliteitskader als basis voor inhoudelijke gesprekken met zorgverzekeraars, met aandacht voor uitkomsten en patiëntwaarde. Tegelijkertijd bestaat er verdeeldheid binnen de beroepsgroep over de rol van het kwaliteitskader. Waar de ene partij het ziet als hefboom voor professionalisering, vreest een andere dat het vooral een formeel toetsingsinstrument wordt.

Het besluit van het Zorginstituut Nederland op 22 april 2025 om de doorzettingsmacht in te zetten, onderstreept het belang dat aan het kwaliteitskader wordt gehecht. Het kwaliteitskader wordt gezien als een essentiële randvoorwaarde voor een gecontroleerde overgang naar een passende aanspraak. Het is nog wel onzeker in hoeverre deze randvoorwaarde van een kwaliteitskader kan bijdragen aan een daadwerkelijke verruiming van de aanspraak op fysiotherapeutische zorg binnen het basispakket, mede vanwege de complexiteit van financiering en politieke prioriteiten.

5.6 Uitdagingen en randvoorwaarden voor Passende Zorg

In de Visie eerstelijnszorg 2030, die voortbouwt op de uitgangspunten van het IZA, hebben zowel beroepsvertegenwoordigers, zorgverzekeraars als overheidspartijen het belang onderschreven van een sterke eerste lijn. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, wordt daarin gezien als verbindende schakel tussen domeinen. Fysiotherapeuten kunnen bijdragen aan ontlasting van huisartsen, samenwerking met het sociaal domein en het voorkomen van doorstroom naar de tweede lijn.

Deze rol vraagt echter om passende aanspraken, bekostiging en inkoopbeleid. De huidige beperkte aanspraak in de fysio- en oefentherapie belemmert op dit moment het vormgeven van sectoroverstijgende organisatie en bekostiging van (integrale) zorg. Hierdoor komen initiatieven, zoals paramedische zorg in orthopedische zorgpaden, moeilijk van de grond. Echt ruimte maken voor passende zorg vanuit de eerste lijn en een oplossing vinden voor bovenstaande complexe vraagstukken vraagt een inspanning van, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen op verschillende niveaus, zoals ruimte binnen de aanspraak, een passende bekostiging, flexibiliteit of verplaatsing van gelden tussen de macro(deel)kaders.

5.7 Samenvattend

Overheidspartijen, zorgverzekeraars en beroepsvertegenwoordigers zien fysiotherapeuten als cruciaal voor de transitie naar Passende Zorg, vanwege hun rol in preventie, herstel en samenwerking met andere disciplines. Om deze rol te versterken zijn minder verdeeldheid binnen de beroepsgroep, betere regionale samenwerking, een kwaliteitskader, ruimere verankering in het basispakket en passende bekostiging nodig. Zolang aanspraak, bekostiging en organisatiegraad niet meebewegen met de beleidsambities, blijft de rol van fysiotherapie in Passende Zorg vooral beleidsmatig wensdenken en wordt het potentieel van de beroepsgroep in het zorgstelsel onvoldoende benut.

6 Handelingsperspectief

In dit hoofdstuk worden enkele relevante, niet-limitatieve, handelingsperspectieven beschreven die kunnen bijdragen aan het oplossen van mogelijke toekomstige risico's in de toegankelijkheid en daarmee aan een toekomstbestendige fysiotherapie.

6.1 Partijen aan zet

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben de kennis van de sector, weten hoe de markt werkt en waar de knelpunten zitten, ieder vanuit eigen perspectief. Omdat de perspectieven en belangen van veldpartijen soms uiteenlopen als gevolg van een stelsel van gereguleerde marktwerking met concurrentiële zorginkoop, lijken zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen gedeeld beeld te hebben van de sector, de markt en de knelpunten. Dat bemoeilijkt de weg naar oplossingen, terwijl er juist een gemeenschappelijk belang aan de horizon ligt, namelijk een gezonde sector fysiotherapie. Dit vereist een gezamenlijke inzet van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, maar wel op basis van een gedeelde visie en constructieve samenwerking. Een toekomstbestendige sector vereist het delen van inzichten, wederzijds begrip en gezamenlijke actie.

De praktijk laat zien dat vrijwillige samenwerking in de sector, zoals gezamenlijke visievorming, coörming of sector brede plannen, tot nu toe onvoldoende werkt. De samenwerking komt beperkt van de grond en heeft nog niet geleid tot structurele verbeteringen. Verschillende belangen, beperkte organisatiekracht en het ontbreken van gedeelde prikkels belemmeren deze initiatieven. Dat maakt de sector kwetsbaar en vertraagt de beweging naar passende zorg. Effectieve samenwerking vereist daarom duidelijke keuzes, wederzijdse verantwoordelijkheid en concrete en afdwingbare afspraken. Wanneer vrijwillige samenwerking onvoldoende tot stand komt, kan er een rol voor de NZa liggen om richting te geven en randvoorwaarden te stellen. De NZa kan – niet alleen middels onze formele instrumenten, maar ook met informele inzet – via regulering, toezicht en het creëren van passende prikkels bijdragen aan afdwingbare afspraken en effectieve sector brede samenwerking.

6.2 Inzicht in feiten: onderzoek en monitoring

Voor een goed functionerende fysiotherapiesector is periodiek inzicht nodig in ontwikkelingen in vraag en aanbod, wachttijden, arbeidsmarkt en financiële positie. Monitoring helpt om risico's voor toegankelijkheid tijdig te signaleren en trends over de tijd te duiden.

Vanuit dit onderzoek wijzen er voor de middellange termijn signalen op risico's voor de toegankelijkheid. Dit vraagt, in combinatie met de bewegingen binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en HLO, om gezamenlijke actie van veldpartijen en overheid, zodat tijdig kan worden bijgestuurd richting een toekomstbestendige sector. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben eigen verantwoordelijkheden om relevante informatie te verzamelen en te delen, zodat zij hun rol en taken, zoals zorgplicht of borging van kwaliteit en continuïteit, goed kunnen uitvoeren. Tegelijk blijft onafhankelijke duiding door de NZa noodzakelijk, omdat partijen verschillende belangen kunnen hebben en niet over vergelijkbare informatie beschikken.

6.3 Cao

Op dit moment zijn er grote verschillen tussen praktijken hoe beschikbare middelen worden ingezet voor arbeidsvoorwaarden van fysiotherapeuten. Praktijkhouders kunnen zelf beslissen om de ontvangen tarieven al dan niet te vertalen naar loonkosten of anderszins, zolang er geen cao is. Een cao biedt duidelijkheid over minimumafspraken en is noodzakelijk voor meer voorspelbaarheid en stabiliteit voor werknemers, zoals duidelijkheid over ontwikkelingsmogelijkheden, salaris en pensioen.

Daarnaast onderstreept de toenemende belangstelling van private equity partijen²³ voor de fysiotherapie-sector de toegevoegde waarde van collectieve arbeidsafspraken voor de werknemers. Vanuit het perspectief van private equity partijen is de sector aantrekkelijk vanwege stabiele en grotendeels collectief gefinancierde inkomsten. Daarbij zijn schaalvoordelen die via ketenvorming te realiseren zijn interessant voor deze investeerders. Anders dan in delen van de (curatieve) zorg ontbreken op dit moment wettelijke beperkingen op winstuitkeringen binnen de fysiotherapie. Hierdoor ontstaat ruimte voor bedrijfsmodellen waarin (financiële) rendementseisen een dominante rol krijgen. In een dergelijke context kan een cao als essentieel borgingsinstrument fungeren. Collectieve afspraken over loonontwikkeling, werktijden, scholing en duurzame inzetbaarheid zorgen ervoor dat arbeidsvoorwaarden niet afhankelijk worden van individuele bedrijfsstrategieën of eigendomsvormen. Collectief geldende afspraken zorgen ook voor meer stabiliteit en voorspelbaarheid voor werknemers wanneer private investeerders op de (middel)lange termijn de organisatie of keten verkopen aan de volgende investeerder.

Hoewel beroepsvertegenwoordigers een verband leggen tussen achterblijvende loonontwikkeling en beperkte tariefgroei bieden de beschikbare gegevens en de inzichten uit dit marktonderzoek geen basis om een direct verband te leggen tussen tarieven en de financiële ruimte van praktijkhouders. De NZa blijft daarom terughoudend in het maken van zo'n koppeling, maar benadrukt wél dat een toekomstbestendige sector vraagt om een gedeelde visie waarin de (financiële) waardering van zorgverleners expliciet wordt meegenomen.

Het ministerie van VWS draagt stelselverantwoordelijkheid en kan, binnen de budgettaire kaders en via de OVA-index, ruimte bieden voor deze ontwikkeling binnen de basisverzekerde fysiotherapie. Voor zorg buiten de basisverzekering geldt dit niet. Hogere tarieven leiden echter niet automatisch tot betere beloning van zorgverleners. Zolang een cao ontbreekt, bepalen praktijkhouders zelf of en hoe extra middelen worden ingezet. Een cao is daarom essentieel: zij borgt dat financiële ruimte daadwerkelijk wordt doorvertaald naar loon en arbeidsvoorwaarden, en voorkomt dat deze middelen aan andere doelen worden besteed. De verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van een cao ligt bij werkgevers en werknemers in de eerstelijns fysiotherapie waarbij zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben de financiële ruimte daarvoor te creëren via passende tarieven. De overheid heeft geen zeggenschap en beschikt niet over de instrumenten om een cao af te dwingen in de eerstelijns fysiotherapie.

6.4 Formele instrumenten NZa

Dit onderdeel beschrijft welke instrumenten de NZa tot haar beschikking heeft om in te grijpen wanneer de werking van de markt of de toegankelijkheid van zorg onder druk staat. Daarbij wordt toegelicht waarom deze instrumenten in de fysiotherapie slechts in beperkte mate kunnen worden ingezet.

²³ Zie hiervoor ook Informatiekaart Concentraties in de zorg 2024

6.4.1 De zorgplicht van zorgverzekeraars

De zorgplicht op basis van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan worden ingezet wanneer de toegankelijkheid in de sector van de fysiotherapie onder druk komt te staan. De zorgplicht betreft een open norm waardoor deze gepaard gaat met een zware bewijslast. De NZa heeft daarbij de bevoegdheid om een zorgverzekeraar een aanwijzing op te leggen maar deze kan niet dermate ver worden ingekleurd dat er een contracteerplicht met bepaalde zorgaanbieders opgelegd kan worden. Dat is immers niet het doel van de zorgplicht. Het gaat erom dat er voldoende zorg wordt ingekocht, niet voldoende zorgaanbieders. Daarnaast ziet de zorgplicht alleen op de basisverzekering. Slechts een beperkt gedeelte van de zorg die fysiotherapeuten verlenen zit in het basispakket en dus onder de zorgplicht. Het merendeel van de zorg die fysiotherapeuten verlenen wordt gedekt via een aanvullende ziektekostenverzekering of door eigen betalingen.

6.4.2 Aanmerkelijke marktmacht

Wanneer de marktwerking tekortschiet kan er sprake zijn van Aanmerkelijke Marktmacht (AMM), artikel 47 t/m 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Van AMM is sprake als een bepaalde zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar in staat is zich onafhankelijk van de andere marktpartijen te gedragen, zodat de betreffende partij kan uitsluiten of uitbuiten. In dit geval kan de NZa verplichtingen opleggen om het gedrag van die partij te disciplineren, bijvoorbeeld om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op of ten behoeve van de zorginkoopmarkt. Op deze wijze streeft de NZa naar het scheppen van daadwerkelijke mededinging. Het AMM-instrument is ongeschikt om algemene structurele marktbelemmeringen op te lossen. Het AMM-instrument is erop gericht om specifieke verplichtingen op te leggen aan een partij met AMM in een concrete situatie. Toepassing van het AMM-instrument is dus gericht op specifieke één-op-één-relaties, bijvoorbeeld tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, niet op structurele regulering in de gehele sector.

Wanneer een ziektekostenverzekeraar (met betrekking tot de basisverzekering en/of aanvullende ziektekostenverzekering) inkoopmacht heeft hoeft dit niet problematisch te zijn. Aan de inkoopzijde van een markt kan een partij met AMM gunstige voorwaarden op het gebied van prijs en kwaliteit bedingen bij zorgaanbieders. Als zij deze voordelen doorgeeft aan de consument (bijvoorbeeld door middel van lagere premies) omdat de markt stroomafwaarts daadwerkelijk concurrerend is (dus werkelijke concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt), dan hoeft AMM aan de inkoopkant van een markt in beginsel niet problematisch te zijn. Sterker nog, onder het systeem van de Wmg is het juist de beoogde rol van de ziektekostenverzekeraars om aspecten als toegankelijkheid, kwaliteit en kosten te helpen borgen. De ondergrens van druk op de kosten ligt bij de zorgplicht van zorgverzekeraars. Wanneer zorgaanbieders structureel onder de kostprijs zouden moeten werken, is het aannemelijk dat dit eerst leidt tot druk op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Daarna kan dit leiden tot bedrijfsbeëindigingen. Beide ontwikkelingen kunnen de continuïteit van zorg en daarmee de naleving van de zorgplicht onder druk zetten.

Het AMM-instrument biedt slechts beperkte mogelijkheden, omdat het alleen kan worden toegepast in specifieke één-op-één situaties en niet bedoeld is om bredere of structurele marktproblemen in de sector op te lossen. Voor de fysiotherapiesector betekent dit dat het AMM-instrument niet kan worden ingezet voor generieke kwesties zoals brede tariefdruk, achterblijvende indexaties of ongelijke onderhandelingsposities tussen vele kleine praktijken en zorgverzekeraars. Alleen wanneer in een concrete relatie tussen een individuele zorgverzekeraar en een specifieke fysiotherapieaanbieder sprake is van mogelijk uitbuitend of uitsluitingsgedrag, kan het AMM-instrument uitkomst bieden. Structurele marktbelemmeringen in de fysiotherapie vragen daarom om andere vormen van beleidsmatige of sectorbrede interventies.

6.4.3 Regels ter bevordering van concurrentie

Naast de bevoegdheid om specifieke verplichtingen op te leggen aan een partij met AMM, voorziet de Wmg ook in de bevoegdheid generieke maatregelen op te leggen aan alle partijen op een markt via reguleringsbevoegdheid van artikel 45 van de Wmg. Wanneer de NZa algemene, structurele marktbelemmeringen aantreft, kan zij ingrijpen door alle zorgaanbieders of alle ziektekostenverzekeraars op de desbetreffende deelmarkt verplichtingen op te leggen die de concurrentie beïnvloeden. De NZa kan bij het stellen van algemene regels geen onderscheid maken tussen ondernemingen die op dezelfde deelmarkt opereren, deze generieke regels gelden dus voor iedereen. De NZa kan op basis van artikel 45 van de Wmg generieke regels stellen om markten op gang te brengen. Het gaat hierbij om regels over de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en over de voorwaarden in die overeenkomsten. Het kan bijvoorbeeld gaan om het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract. De parlementaire geschiedenis benadrukt dat het gaat om bijkomende voorwaarden. Artikel 45 Wmg is bijvoorbeeld ook de juridische grondslag voor de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw. De inzet van dit soort generieke reguleringsinstrumenten is alleen effectief wanneer sprake is van aantoonbaar en structureel marktfalen op de betreffende deelmarkt. Alleen in die situaties, waarin marktpartijen er niet in slagen om belemmeringen zelf weg te nemen en het functioneren van de markt structureel tekortschiet, kan generieke regulering bijdragen aan het herstellen van evenwichtige marktverhoudingen en het bevorderen van een goed werkende zorgmarkt.

6.5 Tariefregulatie

De bekostiging van fysiotherapie en andere paramedische zorg vindt momenteel plaats via prestaties met vrije tarieven, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderlinge afspraken kunnen maken. In de praktijk ervaren zorgaanbieders echter regelmatig een onevenwichtige onderhandelingspositie. Zij geven daarbij aan dat de afgesproken tarieven vaak onvoldoende aansluiten bij de feitelijke kosten en inspanningen die met de zorgverlening gepaard gaan. Tegelijkertijd neemt de druk op de eerstelijnszorg toe door toenemende zorgvraag, personeelstekorten en een verschuiving van zorg vanuit de tweede lijn, mede als gevolg van het IZA. Dit signaal is niet uniek voor vrije tarieven; ook in zorgsectoren met geregleerde tarieven bestaat vergelijkbare kritiek op de mate waarin tarieven kostendekkend zijn. Het belangrijke verschil is echter dat de NZa in geregleerde sectoren zelf verantwoordelijk is voor het onderbouwen van de gemiddelde kostendekkendheid van tarieven, terwijl bij vrije prijsvorming, zoals in de fysiotherapie, de tariefvorming primair het resultaat is van een overeenkomst tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kent verschillende tariefsoorten, zoals vastgelegd in artikel 50, lid 1. Deze tariefsoorten geven aan in welke mate de tarieven voor zorgprestaties geregleerd zijn. De belangrijkste zijn:

- **Vrij tarief:** Dit is een tarief waarover aanbieders en zorgverzekeraars en/of patiënten zelf onderhandelen. De NZa stelt dus geen tarief vast. Vrije tarieven gelden binnen bepaalde delen van de zorg, dit betreft de gehele paramedische zorg, een groot deel van de medisch-specialistische zorg (overige zorgproducten), en een aantal verrichtingen binnen de huisartsenzorg en farmacie.
- **Maximumtarief:** Hierbij bepaalt de NZa het hoogste bedrag dat voor een zorgprestatie in rekening mag worden gebracht. Aanbieders en verzekeraars kunnen vrij onderhandelen zolang dit maximumtarief niet overschreden wordt. In sectoren met maximumtarieven borgt de NZa dat het

tarief gemiddeld kostendekkend is, waarbij het maximum primair bescherming biedt aan patiënt en verzekeraar.

- **Minimumtarief:** Hierbij wordt een ondergrens vastgesteld voor het bedrag dat ten minste in rekening moet worden gebracht. Deze tariefsoort is tot op heden niet toegepast in de gezondheidszorg, maar wordt in dit hoofdstuk verkend in het kader van dit marktonderzoek. Ook een minimumtarief zou een gereguleerd tarief zijn waarvan de NZa moet borgen dat het gemiddeld kostendekkend is, maar waarbij de ondergrens primair bescherming biedt aan de zorgaanbieder.
- **Bandbreedtetarief:** Deze tariefvorm combineert een minimum- en een maximumtarief. Bandbreedtetarieven worden momenteel nauwelijks toegepast, alleen in beperkte mate in de verpleeghuiszorg²⁴.
- **Vast tarief:** Dit is een tarief waarvan niet mag worden afgeweken. In de praktijk wordt een individueel vast tarief doorgaans alleen toegepast in combinatie met een budgetbekostiging. De onderhandelingen concentreren zich dan vooral op de vaststelling van het totale budget.

In de verdere analyse richten wij ons uitsluitend op de huidige situatie van vrije tarieven en de mogelijke inzet van minimumtarieven. Andere tariefsoorten, zoals maximumtarieven, bandbreedtetarieven en vaste tarieven, worden niet verder uitgewerkt. Maximumtarieven zijn met name passend in markten waar sprake is van verkoopmacht bij zorgaanbieders, zoals bij situaties waarin aanbieders door een sterke marktpositie of beperkte concurrentie in staat zijn (relatief) hoge tarieven te hanteren. Maximumtarieven zouden de huidige problematiek in de fysiotherapie niet oplossen, omdat zij geen tegenwicht bieden aan de sterkere onderhandelingspositie van zorgverzekeraars en juist de prijsvrijheid van aanbieders verder beperken. De uitdaging ligt niet in te hoge, maar in te lage tarieven. Bandbreedtetarieven worden in de zorg vrijwel niet toegepast en bieden in deze markt weinig toegevoegde waarde, omdat zij zowel de onderhandelingsruimte voor zorgaanbieders als de flexibiliteit voor maatwerk beperken. Vaste tarieven zijn vooral geschikt voor sectoren met budgetbekostiging, waar sprake is van een beperkte variatie in zorgverlening en een beschikbaarheidsfunctie (zoals in delen van de acute zorg). De paramedische zorg kenmerkt zich echter door een groot aantal kleinschalige aanbieders, met verschillen in behandelduur en variërende zorgvragen, waardoor een systeem van vaste tarieven tot aanzienlijke administratieve lasten zou leiden en onvoldoende ruimte zou laten voor innovatie en differentiatie.

6.5.1 Minimumtarieven

Zorgaanbieders signaleren toenemende druk door langere wachtlijsten, hogere uitstroom en onvrede over vergoedingen, mede veroorzaakt door het inkomensverschil tussen fysiotherapeuten in de eerste lijn (zonder cao) en collega's in de tweede lijn en de VVT-sector (met cao). Volgens hen biedt het huidige tariefniveau onvoldoende ruimte voor passende arbeidsvoorwaarden en investeringen in kwaliteit. Zorgaanbieders geven aan dat minimumtarieven kunnen helpen om verdere uitstroom te voorkomen, omdat zij verwachten dat dit leidt tot hogere gecontracteerde tarieven. Zorgverzekeraars merken echter op dat hogere tarieven niet automatisch resulteren in hogere lonen voor fysiotherapeuten en loondienstminimumtarieven op zichzelf geen garantie bieden dat financiële ruimte daadwerkelijk terechtkomt bij zorgverleners; aanvullende afspraken of randvoorwaarden kunnen hiervoor noodzakelijk zijn.

²⁴ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 - BR/REG-25131 - Nederlandse Zorgautoriteit

Via een motie vanuit de Tweede Kamer is de regering verzocht een oplossing te presenteren voor de tarifiering van fysiotherapeuten en daarbij nadrukkelijk de optie van minimumtarieven mee te nemen. De invoering van minimumtarieven zou binnen het Nederlandse zorgstelsel een beleidsinstrument betreffen dat tot op heden nooit eerder is toegepast. Ter verdieping van dit onderwerp heeft de NZa een rondetafelgesprek georganiseerd met een groep onafhankelijke experts van verschillende Nederlandse universiteiten. Deze experts hebben uitgebreide kennis op het gebied van gezondheidseconomie, zorgmarkten, regulering, contractering en de organisatie en sturing van het zorgstelsel. Zij namen deel op persoonlijke titel en worden daarom niet bij naam genoemd. Hun inzichten zijn gebruikt om het vraagstuk rond minimumtarieven vanuit meerdere perspectieven te analyseren. Het gespreksverslag van de rondetafel is als bijlage bij dit rapport opgenomen. De uiteindelijke duiding van het gesprek, inclusief welke elementen wel of niet in dit rapport zijn opgenomen, is door de NZa zelf gemaakt.

Voorwaarden voor de inzet van minimumtarieven

De invoering van minimumtarieven is alleen gerechtvaardigd wanneer sprake is van aangetoond marktfalen, bijvoorbeeld als gevolg van monopsonie, waarbij één dominante inkoper te veel invloed heeft op de prijszetting. In zo'n situatie beschikken zorgaanbieders over onvoldoende onderhandelingsmacht, waardoor tarieven structureel onder het competitieve niveau kunnen komen te liggen. Dit kan op termijn leiden tot een afname van kwaliteit, innovatie en toegankelijkheid van zorg.

De ACM hanteert als uitgangspunt dat overheidsingrijpen alleen gerechtvaardigd is wanneer sprake is van substantiële en aanhoudende consumentenschade en wanneer de markt niet in staat is om zichzelf te corrigeren. Minimumtarieven gelden daarbij als één van de meest ingrijpende beleidsinstrumenten. Dergelijke prijsinterventies zijn alleen passend als het probleem zich structureel en op marktbreed niveau voordoet. Bij meer lokale of sectorspecifieke knelpunten zijn minder ingrijpende instrumenten, zoals toezicht op de zorgplicht of op aanmerkelijke marktmacht, meer geschikt.

Aanhoudende dalingen in tarieven en volumes, in combinatie met toenemende wachttijden en uitstroom van aanbieders, kunnen duiden op marktfalen. Voor de invoering van minimumtarieven is echter een stevige juridische onderbouwing vereist. De maatregel moet een duidelijk publiek belang dienen, zoals het waarborgen van noodzakelijke en effectieve zorg en proportioneel zijn ten opzichte van het probleem. Minder ingrijpende alternatieven moeten aantoonbaar onvoldoende effectief zijn. Omdat minimumtarieven het vrije verkeer van diensten kunnen beperken, is het van belang dat de maatregel zorgvuldig wordt gemotiveerd en afgewogen binnen de bestaande wettelijke en economische kaders.

Risico's en mogelijke neveneffecten

Aan de invoering van minimumtarieven zijn verschillende risico's verbonden. De impact van de maatregel hangt sterk af van de hoogte van het minimumtarief. Hierbij beschrijven wij vooral de impact van een hoog tarief, aangezien het zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij staat om een hoger tarief af te spreken dan het minimumtarief.

1. Verminderde efficiëntie en innovatie

Hoge tarieven kunnen leiden tot verminderde efficiëntie, minder innovatieprikkel en een *backward bending supply curve*, waarbij zorgaanbieders minder gaan werken omdat zij hun gewenste inkomen sneller bereiken. Dit kan leiden tot een lagere productiecapaciteit en uiteindelijk tot verminderde toegankelijkheid van zorg. Een laag tarief kan ook tot verminderde innovatie leiden. Fysiotherapeuten kunnen hierdoor minder vrije ruimte ervaren om behandelingen naar eigen inzicht anders in te richten.

2. Hogere zorguitgaven en kostenverschuiving

Een hoog minimumtarief kan leiden tot hogere totale zorguitgaven. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, kan dit bovendien resulteren in hogere premies of beperktere vergoedingen voor patiënten doordat verzekeraars de pakketten beperken. Hierdoor kunnen de kosten voor patiënten toenemen en kan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk komen te staan. Ook bestaat het risico dat een hoog minimumtarief ertoe leidt dat zorgaanbieders minder vaak een contract met zorgverzekeraars afsluiten, omdat contractering dan financieel minder aantrekkelijk wordt. Hierdoor kan het aandeel ongecontracteerde zorg toenemen. Patiënten krijgen in dat geval te maken met lagere vergoedingen en hogere eigen kosten, waardoor de toegankelijkheid kan afnemen. Daarnaast zullen zorgverzekeraars kostenstijgingen mogelijk doorberekenen in premies of vergoedingsniveaus. Wanneer de kosten voor gecontracteerde zorg toenemen, kunnen zorgverzekeraars reageren door hun polisvoorwaarden aan te passen, bijvoorbeeld door minder behandelingen te vergoeden of de dekking in aanvullende pakketten te beperken. In dat geval zou de invoering van minimumtarieven onbedoeld kunnen leiden tot een beperking van de toegang tot fysiotherapie, in plaats van de beoogde verbetering ervan.

3. Aanbod-geïnduceerde vraag

Een hoger minimumtarief kan ook leiden tot een toename van het arbeidsaanbod, waardoor het totale aantal beschikbare zorgverleners stijgt. Dit kan op zijn beurt een aanbod-geïnduceerde vraag stimuleren: wanneer er meer zorgaanbod is, kan ook het zorggebruik toenemen, zelfs als de medische noodzaak gelijk blijft. Dit effect kan de totale zorguitgaven verder verhogen en de doelmatigheid van het zorgstelsel verminderen.

4. Beperking van ondernemerschap

Tot slot kan prijsregulering de ondernemersruimte van zorgaanbieders beperken. Tariefstelling is in veel sectoren een belangrijk instrument om te sturen op positionering en efficiëntie. In de zorg is de ruimte hiervoor al beperkt, omdat prijzen grotendeels worden bepaald door zorgverzekeraars en regelgeving. Toch kan te sterke tariefregulering innovatie en de prikkel tot ondernemerschap verder belemmeren.

Minimumtarieven voor de fysiotherapiesector

Op basis van dit marktonderzoek stelt de NZa vast dat er momenteel geen aanwijzingen zijn voor marktfalen binnen de fysiotherapiesector van een zodanige ernst dat het de publieke belangen substantieel schaadt en overheidsingrijpen met een dusdanig zwaar instrument als minimumtarieven rechtvaardigt. De wachttijden zijn over het algemeen kort en er is geen sprake van aanhoudende dalingen in tarieven of volumes. Minimumtarieven zouden in deze situatie kunnen bijdragen aan de versterking van de inkomenspositie van fysiotherapeuten, maar is op dit moment niet noodzakelijk in het kader van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de patiënt. Wanneer in de toekomst wel gegronde signalen van marktfalen zouden ontstaan, kunnen deze tijdig worden onderkend door het monitoren van tarieven, volumes en wachttijden.

Daarnaast kent de invoering van prijsregulering binnen de fysiotherapie praktische en inhoudelijke beperkingen. De sector wordt gefinancierd via een combinatie van basisverzekering, aanvullende verzekering en particuliere betalingen, waardoor de effecten van prijsinterventie moeilijk te voorspellen zijn. Minimumtarieven zouden de betaalbaarheid van zorg kunnen beïnvloeden, vooral bij behandelingen die buiten de basisverzekering vallen. Ook kunnen hogere tarieven leiden tot aanpassing van polisvoorwaarden of tot een stijging van de totale zorguitgaven.

Wanneer zich signalen van onevenwichtige machtsverhoudingen of regionale knelpunten voordoen, kunnen binnen het huidige zorgstelsel minder ingrijpende instrumenten worden ingezet. Dit betreft onder

meer toezicht op de zorgplicht of, voor zelfstandige fysiotherapeuten, het benutten van mogelijkheden binnen het mededingingsrecht om onder voorwaarden collectief te onderhandelen.

Voordelen van minimumtarieven

Minimumtarieven worden in andere sectoren gebruikt om marktfalen te corrigeren en gewenste maatschappelijke uitkomsten te bevorderen. De arbeidsmarkt kent vaak een dominante inkoper, een vorm van monopsonie. Daar zorgt een minimumloon er bijvoorbeeld voor dat werknemers een eerlijker beloning ontvangen en dat ondergrenzen worden gesteld aan arbeidsvoorwaarden. In de alcoholmarkt worden minimumprijzen ingezet om overmatig gebruik tegen te gaan en zo publieke gezondheidsdoelen te ondersteunen. Ook in internationale handel bestaan voorbeelden, zoals “fair trade”-minimumprijzen, die tot doel hebben producenten een stabiel inkomen te bieden en diversiteit in het aanbod te behouden.

Deze voorbeelden laten zien dat minimumtarieven een nuttig instrument kunnen zijn om ongewenste prijsvorming te corrigeren, kwetsbare (aanbod) partijen te beschermen of maatschappelijke doelen te realiseren. Het instrument kan ook binnen de zorg potentie hebben, mits helder is welk probleem ermee wordt opgelost en hoe dit zich verhoudt tot andere beleidsdoelen.

De NZa staat daarom niet negatief tegenover het instrument minimumtarieven als zodanig, maar de inzet ervan moet goed onderbouwd bij het concrete probleem passen. Voor de fysiotherapie is daarvan op dit moment geen sprake, omdat minder ingrijpende maatregelen voorlopig meer passend zijn.

Conclusie

De NZa beschouwt minimumtarieven als een zwaar en uitzonderlijk instrument, dat alleen in beeld komt bij aantoonbaar marktfalen en wanneer minder ingrijpende maatregelen onvoldoende effectief blijken te zijn. Binnen de fysiotherapie zijn dergelijke omstandigheden niet vastgesteld. Er zijn geen empirische aanwijzingen voor marktfalen, zoals dat tarieven structureel onder het competitieve niveau liggen of dat de markt niet meer in staat is zichzelf te corrigeren. Bovendien ontbreekt op dit moment een duidelijk publiek belang dat de invoering van minimumtarieven zou rechtvaardigen. Eventuele knelpunten in toegankelijkheid of beloning kunnen effectiever worden aangepakt via bestaande instrumenten, zoals toezicht, contractering en cao-ontwikkeling binnen de sector.

Gezien de huidige marktsituatie, de gemengde financieringsstructuur en de risico's op ongewenste neveneffecten, acht de NZa de invoering van minimumtarieven in de fysiotherapie op dit moment niet proportioneel en niet noodzakelijk.

6.5.2 Vrije tarieven

Aangezien er binnen de paramedische sector, waaronder de fysiotherapie, vrije tarieven gelden, voert de NZa geen kostenonderzoek uit. Bij vrije tarieven komen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdens het zorgcontracteringproces tot tarieven. In het geval dat de minister van VWS een eventuele voorgenomen besluit maakt voor een tariefsoort, dan wordt dit voorgelegd aan de Eerste en Tweede Kamer. Dit geeft vervolgens ook de mogelijkheid om eventueel bezwaar kenbaar te maken. Op deze wijze wordt bepaald welke zorgsectoren onder deze vrije prijsvorming (zouden kunnen) vallen.

Vrije tarieven vergroten in theorie de keuzevrijheid voor patiënten. Patiënten kunnen dan namelijk wat betreft onverzekerde zorg zelf bepalen of zij kiezen voor een zorgaanbieder met lagere kosten of juist voor mogelijk meer service en kwaliteit tegen een hogere prijs. Dit zou het mogelijk maken het

zorgaanbod beter af te stemmen op individuele wensen. Bij verzekerde zorg zal de patiënt een overweging maken op basis van gecontracteerd versus ongecontracteerde zorg.

Voor zorgaanbieders bieden vrije tarieven prikkels om efficiënter en doelmatiger te werken, hoewel deze tarieven volgens hen in de praktijk niet als “vrij” worden ervaren. Vrije tarieven kunnen bovendien hun ondernemerschap versterken, doordat zorgaanbieders zelf kunnen bepalen hoe zij hun diensten positioneren: goedkoper en efficiënt, of juist met meer kwaliteit tegen een hogere prijs. Het stimuleert zorgaanbieders om zich te onderscheiden. Daarnaast krijgen instellingen meer mogelijkheden om te investeren en risico's te nemen in het ontwikkelen van vernieuwende initiatieven. Daarmee zouden zij hun diensten beter kunnen laten aansluiten op de specifieke zorgvraag in hun regio en inspelen op lokale behoeften.

Hoewel vrije tarieven theoretisch ruimte bieden voor differentiatie en maatwerk, blijkt in de praktijk dat dit binnen de fysiotherapiesector slechts in beperkte mate mogelijk is. Door het grote aantal praktijken en het overheersende principe van ‘tekenen bij het kruisje’ zijn zorgverzekeraars vaak in een sterkere onderhandelingspositie. Dit leidt ertoe dat zij standaardtarieven voorleggen, waarbij pluspraktijken die aan specifieke kwaliteitscriteria voldoen een hogere vergoeding ontvangen. Het brede scala aan kleinere praktijken maakt het echter lastig om maatwerkafspraken op grote schaal toe te passen.

De effecten van vrije tarieven op de fysiotherapiemarkt zijn daarmee tweeledig. Enerzijds bieden zij prikkels voor efficiëntie en ondernemerschap en anderzijds leidt de sterkere onderhandelingspositie van zorgverzekeraars tot sterke prijsdruk, wat de financiële positie van veel fysiotherapeuten onder druk kan zetten. Hoewel dit in theorie een argument zou kunnen zijn om prijsregulering te overwegen, ziet de NZa hiervoor op dit moment geen aanleiding: de huidige marktdynamiek laat geen tekenen van zodanig marktfalen zien dat inzet van een zwaar instrument als tariefregulering proportioneel of noodzakelijk zou zijn.

6.6 Samenvattend

De toekomstbestendigheid van de fysiotherapie vraagt om gezamenlijke inzet van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar vrijwillige samenwerking komt moeilijk van de grond door uiteenlopende belangen. Daarom is monitoring van vraag, aanbod, tarieven, arbeidsmarkt en toegankelijkheid essentieel om tijdig risico's te signaleren. Wanneer dergelijke risico's zich voordoen, zijn de interventiemogelijkheden van de NZa echter beperkt: de zorgplicht is slechts beperkt toepasbaar, AMM is alleen inzetbaar in individuele gevallen en niet bedoeld voor bredere marktproblemen en generieke regels (art. 45 Wmg) zijn alleen mogelijk bij structurele belemmeringen.

Tegelijkertijd ervaren zorgaanbieders een zwakke onderhandelingspositie binnen het vrije-tarievenstelsel. Een cao draagt bij aan stabielere arbeidsvoorwaarden, al ligt de totstandkoming daarvan volledig bij werkgevers- en werknemersorganisaties. Verder zijn minimumtarieven verkend als mogelijke oplossingsrichting, maar vormen een zwaar beleidsinstrument dat alleen kan worden ingezet bij aantoonbaar marktfalen, waarvan momenteel geen sprake is. Tegen deze achtergrond is het noodzakelijk dat VWS de gemaakte afspraken uit bestaande visies (zoals het IZA en het programma Versterking Eerstelijnszorg) actief blijft opvolgen en dat partijen onderling blijven samenwerken om de sector structureel te versterken.

7 Disclaimer

Deze eindrapportage is opgesteld op basis van de beschikbare gegevens en kent enkele aannames en aandachtspunten die relevant zijn voor de interpretatie van de resultaten:

- 1 Financiële gegevens: voor een beoordeling van de financiële positie van aanbieders zijn meerdere parameters relevant. In deze rapportage is gewerkt met de beschikbare data, die een solide basis bieden om trends en ontwikkelingen in de sector te duiden, terwijl aanvullende inzichten in de toekomst kunnen worden toegevoegd zodra nieuwe databronnen beschikbaar komen.
- 2 Zorgvraag: In de analyses is uitgegaan van het huidige beleid en de huidige verzekerde aanspraken. Eventuele toekomstige beleidswijzigingen zijn hierop niet meegenomen, maar de resultaten geven een robuust beeld van de huidige situatie en zijn goed bruikbaar voor beleids- en besluitvorming.
- 3 Vacature-informatie: voor de vacaturegegevens waren helaas geen volledig betrouwbare datasets beschikbaar. Daarom is deze informatie niet meegenomen.

8 Bijlage

8.1 Verslag expertmeeting minimumtarieven

Inleiding

Minimumtarieven worden door veldpartijen gezien als mogelijke oplossingsrichting

Zorgaanbieders geven aan dat het invoeren van minimumtarieven kan bijdragen aan het voorkomen van een toekomstige uitstroom uit de eerstelijns fysiotherapie. Zij zien op dit moment toenemende signalen over lange wachttijsten, hogere uitstroomcijfers en onvrede over vergoedingen. Een belangrijke oorzaak van de voortijdige uitstroom zou het inkomensverschil zijn tussen eerstelijnsfysiotherapeuten (zonder cao) en de tweede lijn en VVT (wel een cao). Volgens zorgaanbieders hebben praktijken te weinig financiële ruimte voor cao-afspraken en extra beloningen voor het personeel. Hogere tarieven zouden hierbij helpen. Vanuit de Tweede kamer is het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) gevraagd te kijken naar minimumtarieven als mogelijke oplossing voor de fysiotherapie.

NZa heeft tussenrapportage van het marktonderzoek fysiotherapie gepubliceerd

In juni 2025 publiceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het tussenrapport Marktonderzoek fysiotherapeutische zorg waarin de huidige en toekomstige toegankelijkheid van fysiotherapie is geanalyseerd, met aandacht voor financiële en marktdynamische ontwikkelingen.

Meer kennis over minimumtarieven gewenst als input voor de eindrapportage

Binnen het Nederlandse zorgstelsel bestaan minimumtarieven niet. Als gevolg daarvan heeft de NZa geen ervaring met het beleidsinstrument 'minimumtarieven'. De NZa heeft daarom als wens om haar kennis te vergroten op dit thema. Een van de manieren om de gewenste kennis over 'minimumtarieven' te vergaren is het organiseren van een rondetafelgesprek met experts. Tijdens dit overleg zijn de volgende vragen aan bod gekomen:

- In welke situaties en met welk doel kunnen minimumtarieven worden ingesteld?
- Welke specifieke voorwaarden zijn er voor de invoering van minimumtarieven vereist? Bijvoorbeeld in de marktstructuur of aanvullende beleidsregels.
- Wat zijn mogelijke gevolgen of risico's? En in hoeverre kunnen deze worden beperkt of ondervangen met extra maatregelen?
- Welke andere beleidsopties of alternatieven zijn beschikbaar naast minimumtarieven?

Dit document betreft het gespreksverslag van het rondetafelgesprek tussen de experts over minimumtarieven. Eerst volgt een paragraaf met de beantwoording van de onderzoeksvragen. Vervolgens wordt stilgestaan bij minimumtarieven als beleidsinstrument in het algemeen en in de Nederlandse zorg. Daarna volgt een verdieping op de situatie binnen de fysiotherapie. Het document sluit af met een conclusie waarin de belangrijkste bevindingen uit het gesprek worden samengebracht.

Beantwoording onderzoeksvragen

1. In welke situaties en met welk doel kunnen minimumtarieven worden ingevoerd?

Volgens de experts is bij marktfalen als gevolg van monopsonie ingrijpen noodzakelijk, waarbij minimumtarieven een zware mogelijke maatregel is

Marktfalen betreft het niet goed functioneren van de markt bij dominante inkoopmacht of monopsonie.

Bij een aanhoudende monopsonie, waarbij één partij dominante inkoopmacht heeft terwijl aanbieders weinig onderhandelingsruimte hebben, kan sprake zijn van marktfalen. Dit risico wordt groter bij alles-of-niets-contracten, waarbij aanbieders al hun omzet verliezen als ze geen overeenkomst sluiten.

Dergelijke situaties kunnen volgens de experts leiden tot tarieven onder het competitieve niveau.

Tarieven onder het competitieve niveau leiden ertoe dat op termijn aanbieders uit de markt kunnen worden gedrukt en/of de kwaliteit van diensten onder druk zet. Bij tarieven onder het competitieve niveau kunnen minimumtarieven een mogelijke oplossing bieden.

Persistente trends van dalende tarieven én volumes zijn aanwijzingen voor marktfalen

De experts wijzen op empirische testen²⁵ om een marktfalen door monopsonie aan te tonen (o.a. bij Amerikaanse ziekenhuizen) waarbij tarieven en volumes dalen en er lange wachtlijsten zijn door grote tekorten (marktverlaters). Deze trends moeten dan wel persistent zijn.

De ACM hanteert de volgende redenering voor ingrijpen bij marktfalen: er moeten substantiële aanwijzingen zijn voor (grote) consumentenschade. Deze schade moet duurzaam zijn – dat wil zeggen blijvend en niet tijdelijk – en de markt moet niet in staat zijn het probleem zelfstandig op te lossen. Alleen in zo'n geval is overheidsingrijpen gerechtvaardigd, waarbij gekozen moet worden voor een maatregel die in verhouding staat tot de ernst van het probleem. Prijsregulering, en in het bijzonder minimumtarieven, geldt daarbij als een van de meest ingrijpende instrumenten.

Tekstbox: Minimumtarieven in andere sectoren

Hoewel in andere sectoren prijsinterventies bestaan – zoals minimumtarieven voor landbouwproducten, alcohol of het minimumloon – verschillen deze in doelstelling en marktstructuur van de zorg. Ze zijn daarom niet zonder meer te vertalen. Wel bieden ze inzicht in de omstandigheden waaronder overheidsingrijpen gerechtvaardigd wordt, bijvoorbeeld bij het voorkomen van ongewenste maatschappelijke effecten of het borgen van publieke belangen. Een meer verwant voorbeeld is de vaste boekenprijs: formeel geen minimumtarief, maar wel bedoeld om kwaliteit, diversiteit en toegang te beschermen in een kwetsbare markt.

²⁵ [Managed care, market power, and monopsony. Do HMOs Have Monopsony Power? On JSTOR.](#) [Do Health Insurers Possess Monopsony Power in the Hospital Services Industry? on JSTOR](#)

2. Welke specifieke voorwaarden zijn er voor de invoering van minimumtarieven vereist?

Experts benadrukken het belang van een juridisch sluitend verhaal rondom het publiek belang en proportionaliteit bij de invoering van minimumtarieven...

Minimumtarieven kunnen het vrije verkeer beperken. Gezien de zwaarte van de inperking vereist dit een stevige onderbouwing. Juridisch gezien is er ruimte voor dergelijke maatregelen, mits goed gemotiveerd. Essentieel bij deze onderbouwing is dat het publieke belang dat ermee gediend wordt, zoals het krijgen van noodzakelijk en effectieve zorg, voldoende zwaar weegt, en dat minder ingrijpende alternatieven niet beschikbaar of onvoldoende effectief zijn. De inzet van minimumtarieven moet proportioneel zijn en passend bij het probleem en niet verder reikend dan nodig. Ook de wijze waarop minimumtarieven worden vastgesteld, moet aan de proportionaliteitseis voldoen. Een te laag tarief mist effect, terwijl een te hoog tarief kan leiden tot onnodig hoge uitgaven. Het bepalen van een passend minimumniveau is complex, zoals ook zichtbaar is in andere sectoren, bijvoorbeeld de kinderopvang, mede vanwege regionale verschillen in kosten en marktomstandigheden.

...en moeten alternatieve instrumenten van de NZa, zoals toezicht op zorgplicht en op aanzienlijke marktmacht, niet als voldoende effectief worden beschouwd

De huidige wetgeving bevat ook minder ingrijpende maatregelen tegen inkoopmacht, zoals toezicht op de zorgplicht binnen de basisverzekering en op het gebruik van aanzienlijke marktmacht. Prijsregulering is een instrument dat de hele markt raakt en is daarom alleen passend als het probleem zich op marktbreed niveau voordoet. Bij regionale knelpunten of problemen bij een specifieke groep aanbieders, kunnen meer gerichte maatregelen en bijbehorende instrumenten worden ingezet.

3. Wat zijn mogelijke gevolgen of risico's? In hoeverre kunnen deze worden beperkt of ondervangen met extra maatregelen?

Experts wijzen op meerdere risico's bij de invoering van minimumtarieven

De experts benoemen meerdere risico's bij een eventuele invoering. Allereerst, de impact van een minimumtarief hangt in belangrijke mate af van de hoogte ervan. Een relatief hoog minimumtarief kan leiden tot verminderde efficiëntie en een afname van innovatieprikkel, bijvoorbeeld op het gebied van ICT in arbeidsintensieve beroepen. Ten tweede bestaat er volgens de experts het risico op een zogenoemde '*backward bending supply curve*'²⁶. Dit houdt in dat bij een hogere vergoeding kunnen sommige zorgaanbieders besluiten minder te werken. Dit aangezien zij hun gewenste streefinkomen sneller behalen als gevolg van de (hogere) minimumtarieven. Dit kan uiteindelijk leiden tot minder productie en verminderde toegankelijkheid van zorg, wat op zijn beurt meer schade aan patiënten zou kunnen toebrengen dan het ontbreken van overheidsregulering. Ten derde, hogere minimumtarieven kunnen ook leiden tot een toename van het arbeidsaanbod, wat op zijn beurt een aanbod-geïnduceerde vraag² kan stimuleren en zo de totale zorguitgaven verder verhogen. Tot slot kan prijsregulering het

²⁶ Tom McGuire, *Physician Agency*, in: A.J. Culyer & J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics* (Elsevier, 2000)

ondernemerschap beperken. De prijs is immers een van de belangrijkste instrumenten voor ondernemers om zich te positioneren en te sturen. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) is om die reden doorgaans terughoudend met prijsregulering. In de zorg speelt dit argument echter minder sterk, omdat prijs niet altijd een strategische factor is voor zorgaanbieders. Prijs is minder strategisch voor zorgaanbieders omdat deze vaak wordt vastgesteld door zorgverzekeraars en overheidsreguleringen, wat hun flexibiliteit beperkt. Dit betekent dat zorgaanbieders zich minder kunnen onderscheiden op prijs dan in andere sectoren. Daarnaast is voor patiënten prijs niet altijd de belangrijkste overweging. Factoren zoals de kwaliteit van zorg, wachttijden en de toegankelijkheid van behandelingen spelen vaak ook een grote rol, waardoor de strategische waarde van prijs verder afneemt.

4. Welke andere beleidsopties of alternatieven zijn beschikbaar naast minimumtarieven?

Experts benoemen een reeks alternatieve beleidsinstrumenten

Naast het invoeren van minimumtarieven zijn er diverse andere beleidsopties beschikbaar om inkoopmacht en toegankelijkheidsproblemen aan te pakken. Genoemde voorbeelden zijn het voeren van een gesprek met zorgverzekeraars, vergroten van verkoopmacht door samenwerking, cao's, pakketbeheer en alternatieve bekostigingsmodellen. Deze alternatieven kunnen beter aansluiten bij de aard en locatie van het probleem en dragen bij aan proportionele en doelgerichte maatregelen. Hieronder volgt een korte toelichting.

De minst ingrijpende actie is praten met zorgverzekeraars over zorgplicht of aanzienlijke marktmacht

Bij regionale problemen rondom marktmacht kan de betreffende zorgverzekeraar worden aangesproken. Hierbij kunnen twee instrumenten worden ingezet: 1) Zorgplicht: bij risico's voor de toegankelijkheid binnen de basisverzekering kan de zorgverzekeraar hierop worden aangesproken door de NZa. 2) Toezicht op Aanzienlijke Marktmacht (AMM): indien sprake is van machtsconcentratie, kan het AMM-instrument worden ingezet. Voor de aanvullende verzekeringen ligt dit ingewikkelder, omdat hier geen wettelijke zorgplicht geldt. Wel is bij naturapolissen sprake van een quasi-zorgplicht. Als lichtere interventies niet toereikend zijn, kunnen zwaardere toezichtsmaatregelen via de zorgplicht of AMM worden overwogen.

Verkoopmacht kan vergroot worden door samenwerking onder voorwaarden

Er is ook de mogelijkheid om de verkoopmacht te vergroten. De ACM staat sommige kartelvorming toe. Er zijn vier criteria in de kartelwet:

- 1 Er moet restconcurrentie overblijven;
- 2 Er moet een publiek belang zijn;
- 3 Minder versturende maatregelen zijn onvoldoende effectief;
- 4 Een redelijk deel van de baten komt ten goede aan consumenten/premiebetalers.

Deze criteria lijken op de proportionaliteitstoets voor het vrije verkeer. Ook kan de ACM leidraad voor Tariefafspraken zzp'ers instructief zijn voor de mogelijkheden van éénpitters en/of kleine praktijken in de zorg.

CAO's kunnen als hefboom werken voor hogere tarieven

Zelfstandige zorgaanbieders hebben ook de mogelijkheid om zich via een cao te organiseren. Volgens de experts zouden cao's meer onderhandelingsmacht kunnen geven voor hogere tarieven.

Het basispakket biedt betere bescherming tegen marktfalen

Indien blijkt dat bepaalde zorg uit de aanvullende verzekering onvoldoende beschermd is tegen inkoopmacht of toegankelijkheidsproblemen, kan overwogen worden deze zorg over te hevelen naar de basisverzekering. Hierin zou nog onderscheid gemaakt kunnen worden tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke fysiotherapie. Daarmee valt deze weer onder de zorgplicht van zorgverzekeraars.

Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen effectief en minder zwaar zijn

In plaats van het invoeren van minimumtarieven voor de hele sector, kunnen ook andere bekostigingsmodellen worden overwogen. Mogelijkheden zijn:

- Differentiatie tussen basis- en aanvullende verzekering in tariefregulering;
- Conditionele tariefmaatregelen, die alleen ingaan bij schaarste of capaciteitsknelpunten in een regio. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer het aantal fysiotherapeuten in een bepaald postcodegebied, zoals in een erkende krimpregio of achterstandswijk, onder een vooraf vastgestelde drempel zakt ;
- Bekostiging op basis van uitkomsten of andere parameters in plaats van volume.

Minimumtarieven in de fysiotherapie

De experts zien op dit moment geen tekenen van marktfalen in de fysiotherapie ...

Uit het marktonderzoek van de NZa blijkt dat er op dit moment, op basis van empirische criteria, geen sprake is van marktfalen door monopsonie. De wachtlijsten zijn beperkt, en ook aan andere criteria over persistente trend van dalende tarieven en volumes wordt niet voldaan. Ook zien de experts op dit moment geen indicatie voor problemen binnen enkele jaren. Een grotere uitstroom is niet per definitie een bewijs voor problemen. Het kan zijn dat er op dit moment eigenlijk teveel therapeuten zijn. Als er problemen ontstaan, zou marktwerking dit waarschijnlijk kunnen oplossen; of bij eventueel marktfalen kan op tijd worden ingegrepen als de tarieven, volumes en wachttijden worden gemonitord.

Daarnaast duidt de concentratie van praktijken mogelijk op dat de verkoopmacht wordt vergroot. De kwaliteit van fysiotherapie is moeilijk te meten, omdat veel afhangt van patiënt om thuis zelfstandig oefeningen te doen. Een lage kwaliteit is niet meteen reden om aan te nemen dat dit door marktfalen komt.

... en zien geen publiek belang dat de invoering van minimumtarieven rechtvaardigt

Ook het publieke doel van minimumtarieven voor fysiotherapie is niet duidelijk. Is dit om consumenten te helpen of om fysiotherapeuten te ondersteunen? Dat maakt uit voor wat proportionele acties zijn en of er een juridisch sluitende redenering gemaakt kan worden. Voor het consumenten belang is de zorgplicht en betaalbaarheid leidend, en dit is bij de aanvullend verzekerde fysiotherapie onduidelijk.

Volgens de experts is er groot risico op negatieve neveneffecten bij de invoering van minimumtarieven...

Invoering van minimumtarieven bij fysiotherapie kan makkelijk leiden tot onvoorziene gevolgen, omdat de sector complex is: verschillende tarieven, financiering uit basisverzekering, aanvullende verzekering en eigen betalingen. Daarnaast is deze markt erg prijselastisch. Vaak vallen de eerste twintig behandelingen buiten de basisverzekering en kunnen minimumtarieven boven de huidige tarieven te hoog worden voor een deel van de patiënten; hier is dan sprake van verminderde toegankelijkheid. Ook kunnen verzekeraars de vergoedingen uit de aanvullende verzekering aanpassen, bijvoorbeeld door het verkleinen van het maximaantal te vergoeden behandelingen bij hogere minimumtarieven.

... terwijl alternatieven bestaan als marktfalen voordoet

De regelingen en rapporten van onder andere de ACM over zzp'ers kunnen als voorbeeld dienen voor éénpitters. Als blijkt dat rond éénpitters de problemen bestaan, dan kan samen onderhandelen (onder bepaalde voorwaarden) mogelijk zijn; ook kunnen zelfstandigen een cao afsluiten.

Voor regionale marktmacht in de fysiotherapie zou het gesprek over AMM met de verzekeraar een eerste maatregel kunnen zijn. Hiervoor moet wel duidelijk zijn waar en op grond van welke gegevens er aanzienlijke marktmacht wordt vermoed.

Conclusie

Experts geven aan dat het invoeren van minimumtarieven een zwaar instrument betreft en alleen overwogen moet worden bij marktfalen...

Minimumtarieven zijn (een van) de zwaarste instrumenten om een markt te reguleren en worden in de economische theorie ingezet bij marktfalen. Wanneer één partij als enige of dominante inkoper optreedt, kunnen aanbieders onvoldoende onderhandelingsmacht hebben, waardoor hun mogelijkheden om goede voorwaarden te bedingen worden beperkt. Dit kan leiden tot ongewenste effecten voor de consument; bijvoorbeeld als tarieven onder competitieve niveau raken en dit leidt tot een afname van de toegankelijkheid, kwaliteit en/of innovatie binnen de sector. Hierdoor raakt de markt uit balans en ontstaan inefficiënties die schadelijk zijn voor zowel aanbieders als zorggebruikers. Het is daarom belangrijk deze marktfalen tijdig te signaleren en waar mogelijk te corrigeren.

Voor zover bekend zijn er momenteel geen voorbeelden binnen het Nederlandse zorgstelsel waarbij minimumtarieven zijn toegepast. Het is daarom essentieel om eerst het probleem helder te definiëren:

welk publiek belang speelt een rol en waar in de markt doet het probleem zich voor? Pas daarna kunnen verschillende maatregelen worden onderzocht en vergeleken, waarbij altijd wordt gelet op de proportionaliteit van de maatregel ten opzichte van het beoogde doel.

... minder ingrijpende alternatieven zijn voorhanden en dienen eerst overwogen te worden

Omdat er binnen het Nederlandse zorgstelsel al minder ingrijpende alternatieven bestaan, zouden deze eerst toegepast kunnen worden. De experts wijzen hierbij naar maatregelen rond het toezicht op de zorgplicht en op de aanmerkelijke marktmacht. Zulke instrumenten zijn doorgaans flexibeler, beter te richten op het specifieke probleem en minder verstorend voor de marktwerking. Minimumtarieven zouden pas in beeld moeten komen als deze instrumenten niet effectief genoeg blijken te zijn.

Voor de invoering van minimumtarieven in de fysiotherapie ontbreekt een juridische motivering

Het is de experts niet duidelijk welk publiek belang gediend is met de invoering van minimumtarieven in de fysiotherapie. Eventuele toegankelijkheidsproblemen kunnen via lichtere alternatieven worden aangepakt, zoals toezichtsmaatregelen rond zorgplicht of pakketbeheer. Daarnaast kunnen minimumtarieven negatieve en moeilijk voorspelbare gevolgen hebben voor publieke belangen, zoals verminderde toegankelijkheid, mede door de complexe bekostigingsstructuur.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl