

Marktonderzoek Fysiotherapeutische zorg

Tussenrapport inzake marktonderzoek paramedische zorg



12 juni 2025

Inhoudsopgave

1	Disclaimer	4
2	Inleiding	5
2.1	Onderzoeksopzet	5
2.2	Proces	5
2.3	Leeswijzer	5
3	Toegankelijkheid (nu en in de toekomst)	7
3.1	Vraag naar zorg	7
3.2	Aanbod van zorg	8
3.2.1	In – en uitstroom	8
3.2.2	Leeftijdsopbouw	12
3.2.3	Ziekteverzuim	13
3.2.4	Productiviteit	13
3.2.5	Wachttijden	13
3.2.6	Reistijd	15
3.2.7	Inkomenseffect	15
4	Contractering en marktdynamiek	17
4.1	Contractering	17
4.1.1	Inkoopbeleid	17
4.1.2	Contracten	18
4.2	Omzet en tarieven	19
4.2.1	Ongecontracteerde zorg	19
4.2.2	Uitgaven	20
4.2.3	Tarieven	22
4.2.4	Algemeen beeld hoogte tarieven/vergoedingen	24
4.3	Marktdynamiek (stand van de markt)	25
4.3.1	Financiële gezondheid aanbieders	25
4.3.2	Loonontwikkeling	26
5	Transitie naar passende zorg	28
6	Tussenconclusie	30
6.1	Toegankelijkheid	30

6.2	Contractering en marktdynamiek	31
6.3	Transitie naar passende zorg	32
6.4	Algemene tussen conclusie	32

1 Disclaimer

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek uitgevoerd naar het functioneren van de fysiotherapeutische markt met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid van de fysiotherapeutische zorg. Gezien de krappe tijdslijnen in verband met het commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel op 19 juni 2025, betreft dit rapport een tussenrapportage. Hierbij is gefocust op het in kaart brengen van informatie om te bepalen of er op dit moment toegankelijkheidsproblemen zijn of dat deze zich in de toekomst kunnen voordoen. Deze tussenrapportage bevat nog geen uitgebreide conclusie en aanbevelingen. De eindrapportage, met mogelijke oplossingsrichtingen en aanbevelingen, zal in het najaar van 2025 volgen.

Deze tussenrapportage kent naast bovenstaande een aantal beperkingen en aannames die we graag op voorhand beschrijven:

- 1 Het rapport is nog niet schriftelijk geconsulteerd bij de betrokken partijen.
- 2 Op het moment van het uitvoeren van het onderzoek bleek dat niet alle databronnen van derden actueel en beschikbaar zijn. Als recentere data nog beschikbaar komt in de tijd tussen deze tussenrapportage en de eindrapportage zal deze data meegenomen worden in het eindrapport.
- 3 In de analyses over de zorgvraag is uitgegaan van gelijkblijvend beleid.
- 4 In de analyse over wachttijden zijn schouderklachten als proxy voor toegankelijkheid gebruikt, omdat dit een veelvoorkomende klacht is waarvoor mensen een fysiotherapeut bezoeken. Vaak worden deze behandelingen via de aanvullende verzekering vergoed. Er is geen analyse gemaakt voor wachttijden voor de gespecialiseerde fysiotherapie. Verder is in het rapport alleen de wachttijd tot het eerste contact in kaart gebracht; wanneer de daadwerkelijke behandeling kan starten is niet onderzocht. Hierdoor kan het beeld van de wachttijden binnen de fysiotherapie wat afwijken.
- 5 De data met betrekking tot de vacature-informatie voor de fysiotherapie bleek onbetrouwbaar te zijn wegens het gebruik van twee overlappende, incomplete datasets. Om deze reden is deze informatie niet meegenomen in de tussenrapportage.
- 6 Voor een goede beoordeling van de financiële positie van aanbieders zijn meer parameters van belang dan nu is onderzocht. Een goede basis daarvoor zal komen te liggen in de openbare jaarverantwoording over 2024 die uiterlijk eind 2025 door zorgaanbieders moet zijn aangeleverd.

2 Inleiding

VWS heeft de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar de paramedische zorg vanwege zorgen of de markt voor paramedische zorg voldoende functioneert en de toegankelijkheid nu en in de toekomst is geborgd. Dit naar aanleiding van toenemende signalen over problemen als lange wachtlijsten, hoge uitstroomcijfers, onvrede over vergoedingen en onvrede over het contracteerproces.

De NZa is gestart met de fysiotherapeutische zorgmarkt. In het derde kwartaal van 2025 start het onderzoek naar de overige paramedische zorgsectoren.

2.1 Onderzoeksopzet

De beschreven bevindingen in dit tussenrapport zijn gebaseerd op zowel een kwantitatieve als kwalitatieve analyse. De kwantitatieve analyse is uitgevoerd door Gupta Strategists B.V. (hierna: Gupta). Gupta heeft voor haar analyses gebruik gemaakt van door de NZa aangeleverde data en openbare informatiebronnen zoals CBS Statline, Nivel, pensioenfondsen voor fysiotherapeuten (SPF) en het BIG-register. Daarnaast heeft Gupta *mystery shopping*¹ toegepast om de wachttijden bij fysiotherapiepraktijken na te gaan.

De NZa heeft de kwalitatieve analyse uitgevoerd via het afnemen van interviews met drie zorgverzekeraars: Zilveren Kruis, ONVZ en Salland (respectievelijk een grote, middelgrote en kleine verzekeraar). Daarnaast heeft de NZa het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), in deze tussenrapportage hierna aangeduid als veldpartijen, geïnterviewd.

2.2 Proces

In december 2024 gaf VWS de NZa de opdracht om breed te onderzoeken of de markt voor paramedische zorg voldoende functioneert. In februari 2025 heeft de NZa akkoord gekregen van VWS om het marktonderzoek voor paramedische zorg in fasen uit te voeren, waarbij gestart is met de deelmarkt fysiotherapie. De voorbereidingsfase, inclusief het opstellen van het onderzoeksplan, de opdrachtschrijving en het doorlopen van het aanbestedingstraject, werd afgerond tegen het einde van maart 2025. In april 2025 zijn beide analyses van start gegaan, waarbij de dataverzameling doorliep tot begin mei 2025.

De resultaten van de kwantitatieve analyse en kwalitatieve analyse zijn gepresenteerd tijdens een klankbordsessie aan VWS, de beroepsverenigingen van de verschillende paramedische zorgsectoren en de zorgverzekeraars. Tijdens de klankbordsessie is de eerste input van betrokken beroepsverenigingen en zorgverzekeraars op de resultaten opgehaald. Het tussenrapport is begin juni 2025 opgeleverd aan VWS voor het commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel.

2.3 Leeswijzer

Het eerstvolgende hoofdstuk beschrijft de inzichten over de vraag, het aanbod en de toegankelijkheid van de fysiotherapie. Hoofdstuk 4 gaat in op het contracteerproces en de marktdynamiek van de fysiotherapeutische markt. Vervolgens staat in hoofdstuk 5 de visie en de transitie naar passende zorg

¹ *Mystery shopping* 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.

centraal. Tot slot zal er op basis van deze bevindingen een tussen conclusie over de toegankelijkheid en de marktdynamiek van de fysiotherapie gemaakt worden.

3 Toegankelijkheid (nu en in de toekomst)

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de vraag naar zorg, het aanbod van zorg, de wachttijden en de trends in organisatiegraad, praktijkvormen en dienstverband.

3.1 Vraag naar zorg

Zorgverzekeraars en veldpartijen zien een gestage toename van de vraag naar fysiotherapie. Ze verwachten dat dit zich in de (nabije) toekomst verder doorzet door de (dubbele) vergrijzing. Daarnaast kan volgens veldpartijen de mogelijke (toekomstige) verplaatsing van fysiotherapeutische zorg van de tweede naar de eerste lijn hier ook aan bijdragen.

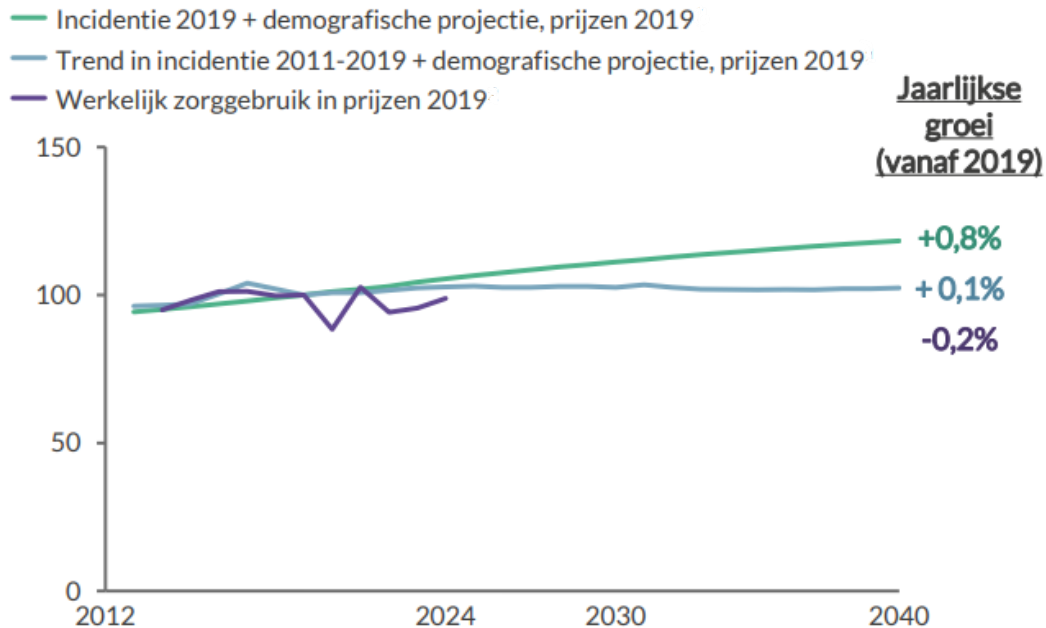
Kwantitatief zien we echter een afname van het feitelijke zorggebruik tussen 2019 en 2024 van 0,2% per jaar. De data uit Vektis toont aan dat het aantal behandelingen, het aantal patiënten en het gemiddelde aantal behandelingen per patiënt relatief constant zijn gebleven over de jaren heen.

Het is essentieel om onderscheid te maken tussen 'zorggebruik' en 'zorgvraag'. In dit geval betreft het zorggebruik, aangezien de genoemde cijfers betrekking hebben op daadwerkelijk geleverde zorg, zoals het aantal behandelingen en patiënten. Zorgvraag verwijst naar de behoefte aan zorg. Binnen het onverzekerde domein is mogelijk sprake van een toename (of afname) van de zorgvraag. Echter is hierover geen inzichtelijke data beschikbaar, aangezien dit domein buiten het formele toezicht van de NZa valt. Een andere factor die de zorgvraag kan beïnvloeden, is zorgmijding: het uitstellen of afzien van zorg. Door het ontbreken van gegevens over zorg in het onverzekerde domein en over zorgmijding is het lastig om een volledig beeld te krijgen van de werkelijke zorgvraag.

Om een prognose voor de komende jaren te maken zijn er twee scenario's uitgewerkt (zie Grafiek 1). In scenario één zal de vraag naar fysiotherapie jaarlijks groeien met 0,8%. In dit scenario is de aanname gedaan dat het zorggebruik per persoon per leeftijdscategorie constant blijft (op basis van de zorgtrend tussen 2011 en 2019). Bij scenario twee groeit de vraag naar fysiotherapie jaarlijks met 0,1%, waarbij in dit scenario de trend in incidentie van het zorggebruik tussen 2011 en 2019 is gevolgd (bron: CBS Statline Primos bevolkingsprognose; RIVM kosten van ziekten). Bij beide scenario's is uitgegaan van gelijkblijvend beleid.

Grafiek 1 Prognose zorggebruik fysiotherapie uitgedrukt constante prijzen

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



3.2 Aanbod van zorg

Sinds 2019 is er sprake van een gestage toename in het aantal fysiotherapeuten per praktijk, met een jaarlijkse groei van 1,5%. Tegelijkertijd neemt het aantal zelfstandige fysiotherapeuten af. Deze concentratie leidt tot een verschuiving in de arbeidsverhouding: het aandeel fysiotherapeuten in loondienst groeit, terwijl het aantal zelfstandigen, inclusief praktijkhouders, licht daalt. Ondanks deze veranderingen wordt de totale groei van het aantal fysiotherapeuten in praktijken sinds 2014 niet afgeremd door een lagere deeltijdsfactor. Integendeel, het gemiddelde aantal gewerkte uren per week in de gehele fysiotherapiesector is gestegen van 27,8 uur in 2014 naar 28,8 uur in 2024. (Bron: CBS Statline medisch geschoolden).

3.2.1 In – en uitstroom

Instroom

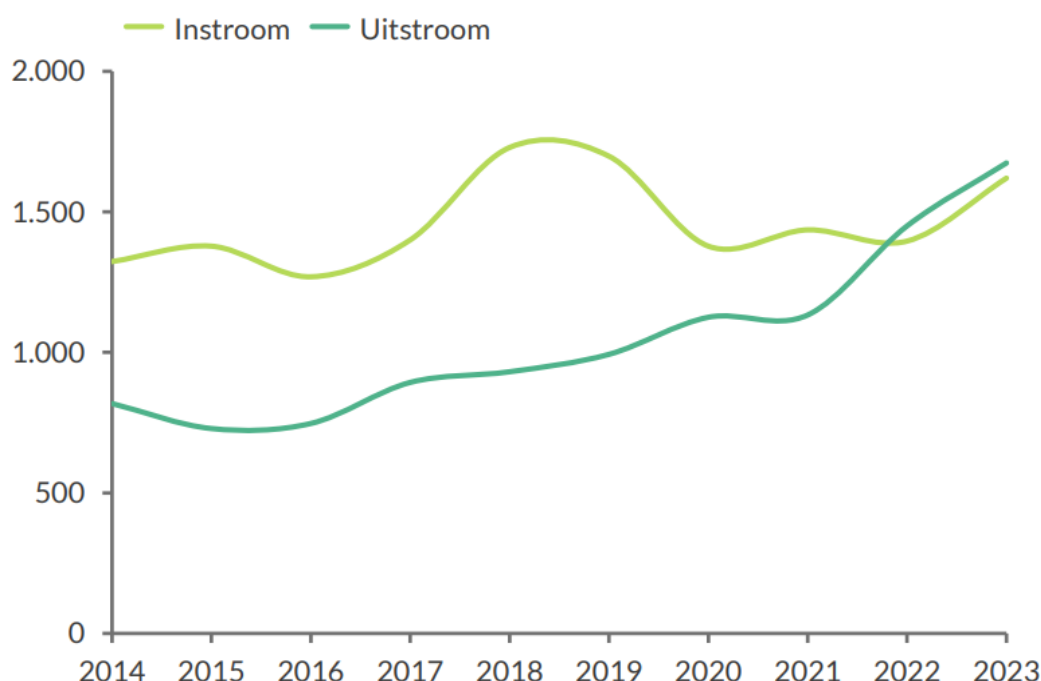
Tussen 2017 en 2019 was er een forse stijging in het aantal aanmeldingen voor de bachelor opleiding fysiotherapie. Het verdwijnen van de numerus fixus voor de opleiding is vermoedelijk de drijfveer achter deze stijging (bron: Vereniging Hogescholen; Nivel rapport capaciteitsraming fysiotherapie). Door het afschaffen van de instroombeperking konden meer studenten starten met de opleiding. Sinds 2021 daalt het aantal aanmeldingen voor de bachelor fysiotherapie, waarbij de instroom in 2024 nog wel hoger ligt dan het maximaal aantal beschikbare plekken gedurende de numerus fixus. De daling is daarnaast in lijn met de daling van het totaal aantal aanmeldingen voor hbo-opleidingen.

Uitstroom

De cijfers uit het BIG-register geven een beeld van de in- en uitstroom van fysiotherapeuten in praktijken, maar zijn soms onregelmatig door het herregistratieproces. Om een vollediger beeld te verkrijgen, zijn aanvullende gegevens geraadpleegd. Het pensioenfonds voor fysiotherapeuten (SPF) registreert elk jaar hoeveel fysiotherapeuten zich aansluiten of stoppen met werken en die 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. Zoals Grafiek 2 laat zien, neemt de uitstroom van fysiotherapeuten uit het pensioenfonds gestaag toe en heeft, na jaren van sterke arbeidsgroei, de instroom geëvenaard. Na jaren waarin de instroom hoger lag dan de uitstroom, is sinds 2022 voor het eerst sprake van een situatie waarin er iets meer fysiotherapeuten stoppen dan erbij komen. Deze ontwikkeling komt overeen met de bevindingen uit het BIG-register. (Bron: SPF jaarverslagen, BIG-register).

Grafiek 2 In- en uitstroom fysiotherapeuten in pensioenfonds SPF

[Bruto aantal, 2014 – 2023]



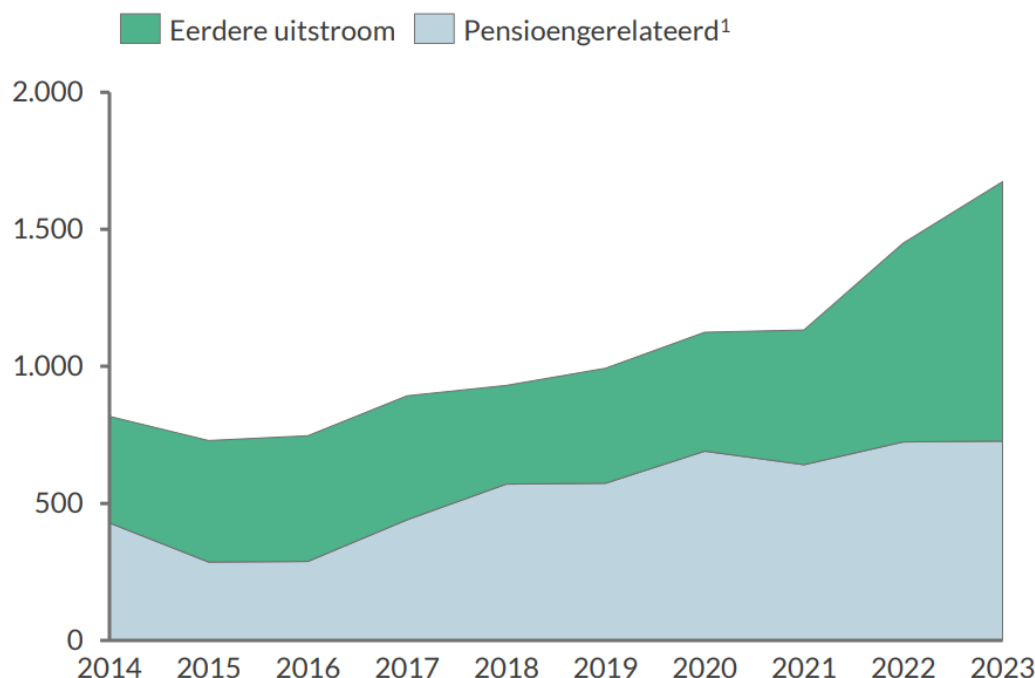
Grafiek 3² toont aan dat de pensioen gerelateerde uitstroom uit het fonds tussen 2014 en 2023 vrij constant stijgt, hoewel deze stijging vanaf 2020 af lijkt te vlakken. De eerdere uitstroom (=uitstroom niet door pensioen) uit het fonds verandert tussen 2014 en 2021 weinig, maar lijkt in 2022 en 2023 juist snel toe te nemen. Ondanks deze verhoogde eerdere uitstroom is er geen sprake van een grote netto afname in het aantal fysiotherapeuten. Naast data uit het pensioenfonds zijn 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. Echter zien we in 2024 dat de uitstroom weliswaar hoger ligt in de jaren daarvoor (met uitzondering van 2023, waar een BIG-herregistratie doorheen

² Hierbij wordt uitgegaan dat uitstromers ouder dan 65 jaar met pensioen gaan, uitstromers onder de 65 jaar vallen in de categorie eerdere uitstroom.

speelt), maar dat er desondanks geen sprake is van een snel stijgende trend, doordat de uitstroom in 2024 nog altijd onder de instroom ligt. (Bron: SPF jaarverslagen).

Grafiek 3 Uitstroom fysiotherapeuten uit pensioenfonds SPF

[Aantal bruto uitstroom, 2014 – 2023]

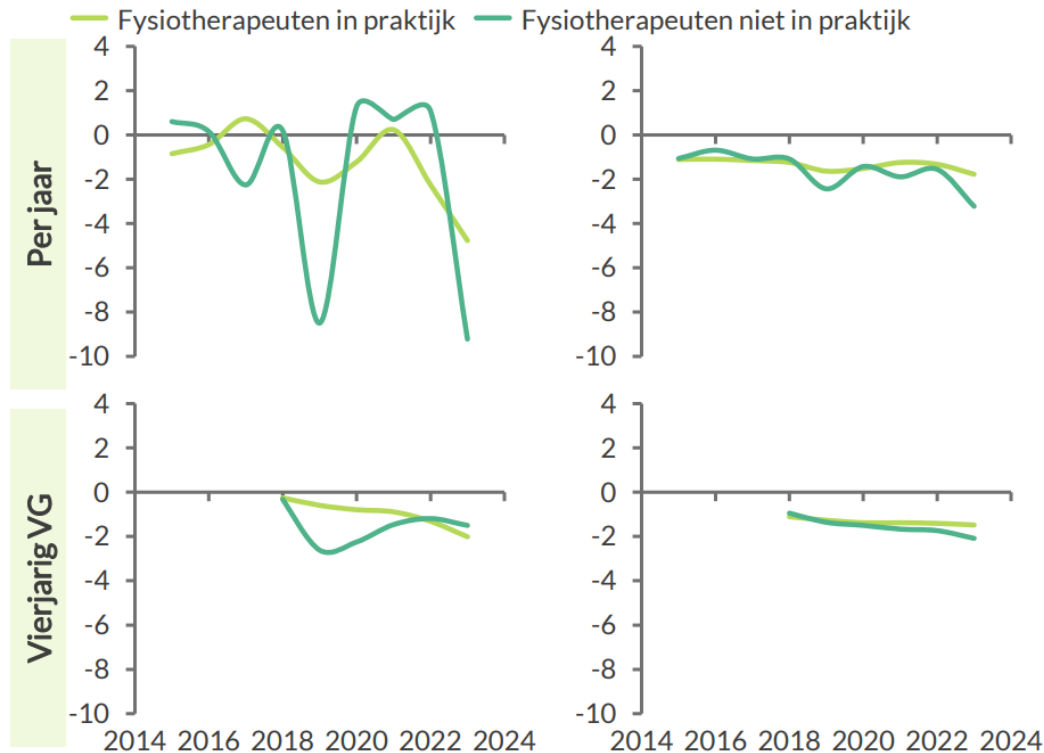


Er is ook geen sprake van een uitstroomborg van fysiotherapeuten van de eerstelijnszorg naar de tweede- of derdelijnszorg. Deze conclusie is gebaseerd op een analyse waarbij zowel de fysiotherapeuten werkzaam in praktijken als degenen buiten praktijken zijn onderzocht, met behulp van jaarlijkse cijfers en voortschrijdende gemiddelden (bron: CBS Statline medisch geschoolden, instroomcijfers Vereniging van Hogescholen). Onder fysiotherapeuten buiten praktijken worden fysiotherapeuten verstaan die werkzaam zijn in instellingen zoals ziekenhuizen, 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, zou de verwachting zijn dat de uitstroom van fysiotherapeuten werkzaam in de praktijk aanzienlijk hoger zou zijn dan die van fysiotherapeuten buiten de praktijk. Dit patroon wordt echter niet aangetroffen in de gegevens (zie Grafiek 4). 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).

Grafiek 4 Uitstroom niet wegens pensioen (links) en uitstroom wegens pensioen (rechts)

[% van totaal en VG³, 2015 – 2023⁴]



Om een indruk te krijgen van de uitstroomcijfers van de fysiotherapie is deze vergeleken met de uitstroom van vergelijkbare sectoren (verloskunde en verpleegkundige). 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 doelmatig en passend wordt geleverd, ook in de toekomst voldoende fysiotherapeuten beschikbaar zullen zijn om aan de (stijgende) zorgvraag te (kunnen) voldoen. Daarentegen geven veldpartijen 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. Deze beweringen worden niet direct 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. Daarbij speelt ook dat de basisverzekering een zorgplicht voor de zorgverzekeraar kent, terwijl die verplichting voor de aanvullende verzekering ontbreekt. Dit kan ertoe leiden dat, bij een mogelijk tekort aan fysiotherapeuten in de toekomst, de toegankelijkheid van de zorg onder de aanvullende verzekering onder druk komt te staan.

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

³ Vierjarig voortschrijdend gemiddelde, zodat er geen overlap is in de jaren met herregistratie.

⁴ Data van 2024 wordt verwacht in het eerste kwartaal van 2026.

fysiotherapeutische zorg in de eerste lijn. Tekorten kunnen dus ook ervaren worden op basis van een mismatch tussen vraag en aanbod binnen deze bredere context.

Verder is er een maximum aantal behandelingen dat geleverd kan worden met het aantal werkzame fysiotherapeuten. De beschikbare capaciteit begrenst daarmee automatisch het volume van de geleverde zorg, wat ook van invloed is op hoe de zorgvraag in de praktijk wordt gedefinieerd. De zorgvraag wordt immers afgeleid van het feitelijke zorggebruik, maar dit zegt weinig over de latente of on vervulde vraag. 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 zorgbehoefte beperkt, en daarmee ook op de vraag of er sprake is van een feitelijk en/of ervaren tekort.

Redenen voor uitstroom

Veldpartijen 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 een grote rol; in de tweede lijn ontvangen fysiotherapeuten betere arbeidsvoorwaarden doordat daar wél een CAO geldt. Naast onvrede over de beloning speelt ook de inhoud van het vak mee. Fysiotherapeuten ervaren beperkte doorgroeimogelijkheden, met specialisatie als vrijwel enige optie. Verder wordt gewezen op een 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

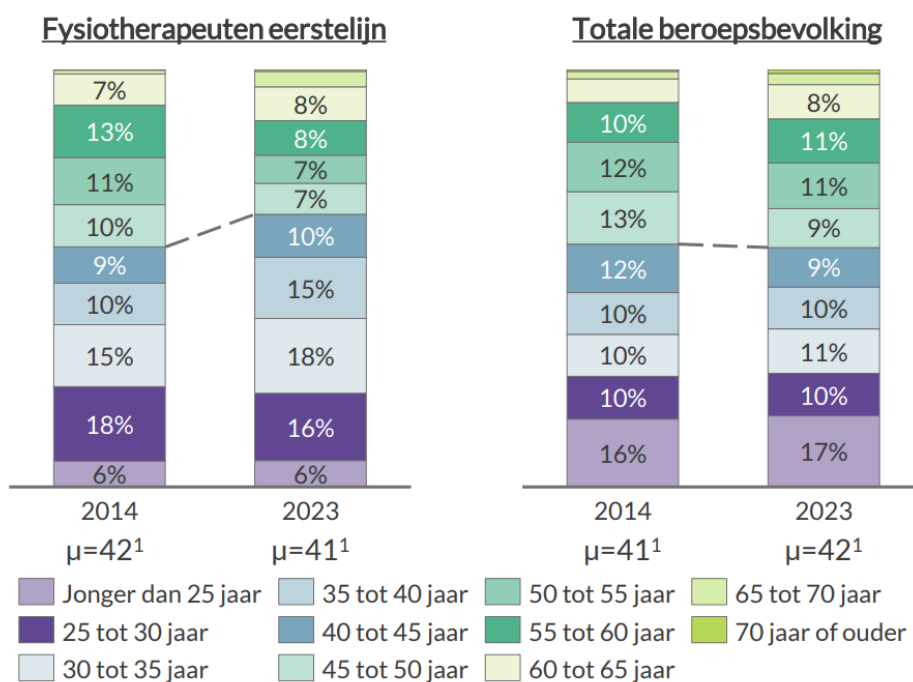
In 2023 zijn fysiotherapeuten in de eerste lijn gemiddeld jonger dan in 2014. Opvallend is dat de leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten verjongt, terwijl de werkzame beroepsbevolking juist vergrijsst, zie Grafiek 5. Bij de fysiotherapie is door de vereiste bachelor een zeer kleine groep jonger dan 25 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's⁵ 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.

⁵ 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.

Grafiek 5⁶ Leeftijdsofbouw van fysiotherapeuten in de eerste lijn vergeleken met de totale beroepsbevolking

[2014 en 2023, %]



3.2.3 Ziekteverzuim

Het verzuim in de fysiotherapie ligt, op het jaar 2022 na, consistent iets onder het gemiddelde in vergelijking met andere zorgberoepen. (Bron: CBS Statline ziekteverzuim). Deze bevinding is tweeledig uit te leggen. Enerzijds wijst een lager ziekteverzuim op minder werk gerelateerde uitval. Maar anderzijds, en aannemelijker, is dat het ziekteverzuim beperkt is omdat er veel zelfstandigen zijn in de fysiotherapie die bij verzuim geen inkomsten hebben. Daarnaast zijn veel arbeidscontracten in de fysiotherapie zo ingericht dat een werknemer zogenoemde wachtdagen heeft bij ziekte. Dit zijn maximaal twee dagen per ziekmelding waarop een werknemer geen loon ontvangt tijdens ziekte.

3.2.4 Productiviteit

De productiviteit van fysiotherapeuten is hoog: 74%. De productiviteit ligt aanzienlijk hoger dan de productiviteit van andere paramedici, met een verschil van 19-27 procentpunt. Bij het berekenen van de productiviteit is ervan uitgegaan dat een behandeling (zitting) 30 minuten duurt. Daarnaast is er bij de berekening uitgegaan van een gelijke deeltijdfactor tussen fysiotherapeuten in praktijken en fysiotherapeuten in het algemeen. De productiviteit is berekend zonder correctie voor afwezigheid door bijvoorbeeld vakantie of ziekteverzuim, waarbij deze uren wel zijn uitbetaald. (Bron: kostprijsonderzoek Gupta).

⁶ Er is hier is uitgegaan van gelijke verdeling van mensen binnen elke leeftijdsgroep.

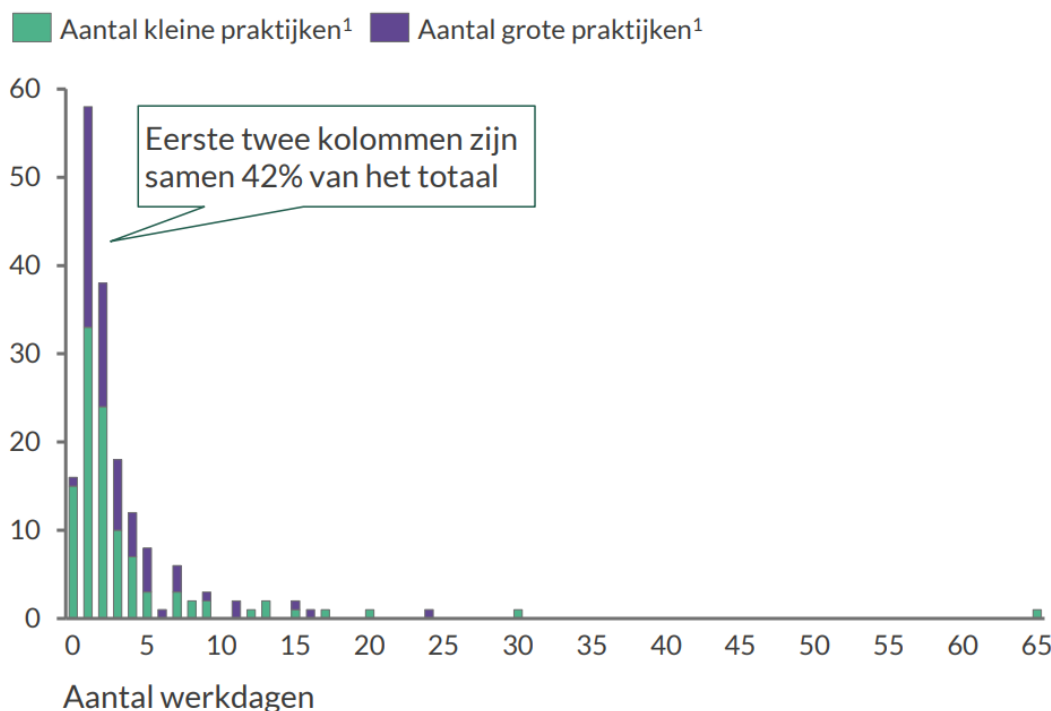
3.2.5 Wachttijden

Door middel van *mystery shopping* zijn de wachttijden van fysiotherapiepraktijken in kaart gebracht. Er is een steekproef uitgevoerd onder 175 fysiotherapiepraktijken met de vraag hoe snel de patiënt terecht kan met schouderklachten, waarin zowel kleine als grote praktijken⁷ zijn meegenomen. Verder is er onderscheid gemaakt tussen landelijke en stedelijke praktijken. Er is (nog) geen onderzoek gedaan naar de wachtlijsten voor gespecialiseerde fysiotherapie.

Onderzoek op basis van de steekproef toont aan dat de wachttijden bij fysiotherapiepraktijken kort zijn. Dit is te zien in Grafiek 6. Bij 42% van de praktijken kan de patiënt dezelfde dag of binnen één werkdag terecht voor een afspraak; dit is bij kleine praktijken (45%) iets vaker het geval dan bij grote praktijken (38%). Kijkend naar stedelijke praktijken versus landelijke praktijken kan een client bij een stedelijk gelegen praktijk iets vaker dezelfde dag of binnen één werkdag terecht dan bij een landelijke praktijk (45% tegenover 39%). Bij 86% van de fysiotherapiepraktijken kunnen patiënten binnen de streefnorm van vijf werkdagen terecht. Dit is voor zowel kleine als grote praktijken het geval, evenals stedelijke en landelijke praktijken. De wachttijd bij fysiotherapiepraktijken kent enkele uitschieters (>20 werkdagen). Echter, dit lijken geïsoleerde gevallen te zijn, waarbij in dezelfde gemeente ook altijd een praktijk aanwezig was met een wachttijd van ten hoogste vijf werkdagen. In totaal zijn fysiotherapeuten in 105 gemeenten in de sample meegenomen. Voor 97% van de gesamplede gemeenten is een fysiotherapeut met een wachttijd van maximaal vijf werkdagen beschikbaar.

Grafiek 6 Wachttijd bij fysiotherapiepraktijken

[Aantal praktijken met aantal werkdagen wachttijd; peildata 11 en 18 april 2025; n = 175]



⁷ Een kleine praktijk is gedefinieerd als een praktijk met 5 of minder fysiotherapeuten; bij meer dan 5 fysiotherapeuten is een praktijk als groot gedefinieerd

In lijn met het bovengemelde geven zorgverzekeraars 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 is van structurele knelpunten.

Veldpartijen schetsen een afwijkend beeld: zij signaleren wel degelijk wachtlijsten, vooral buiten de Randstad (met uitzondering van Zuid Holland) en bij gespecialiseerde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie, geriatrische fysiotherapie en kinderfysiotherapie. Daarnaast waarschuwen zij voor toekomstige knelpunten als gevolg van de groeiende zorgvraag. Volgens deze partijen blijven wachtlijsten 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. (Bron: NZa dataset reistijd PC4).

3.2.7 Inkomenseffect

Veldpartijen 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 fysiotherapie vaak door de patiënt zelf betaald moet worden. Patiënten ouder dan achttien jaar met een chronische aandoening krijgen 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, die vaak geen aanvullende verzekering kunnen betalen en daardoor geen toegang hebben tot fysiotherapie. Hoewel dit gebrek aan toegankelijkheid minder zichtbaar is, speelt het volgens veldpartijen een belangrijke rol.

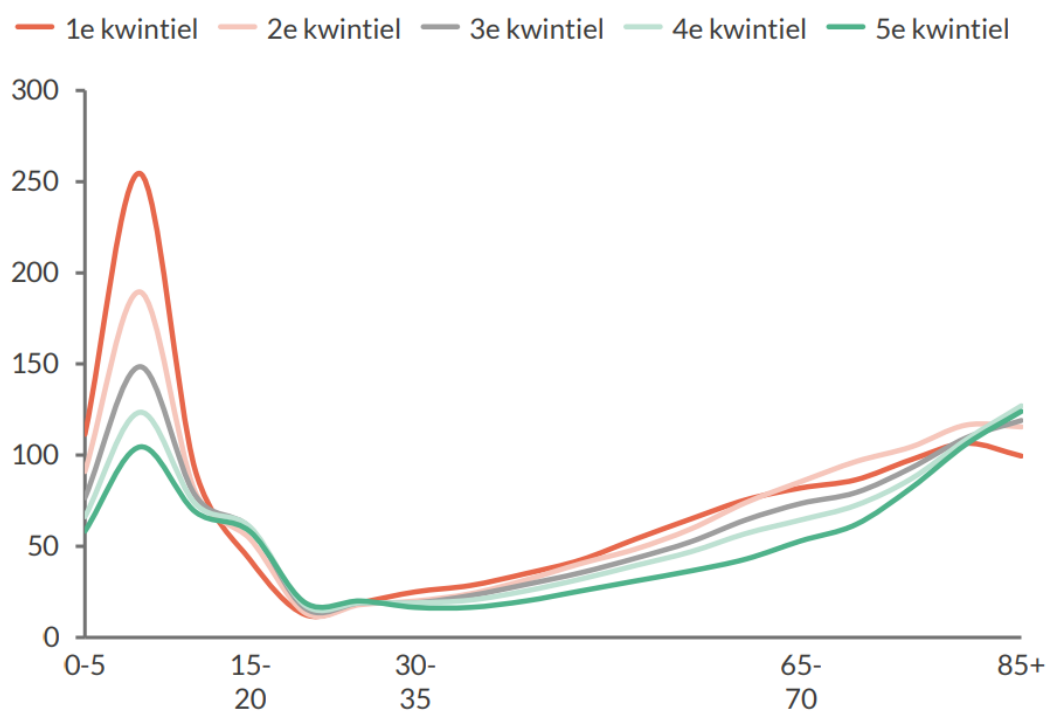
Om de toegankelijkheid van fysiotherapie in relatie tot inkomen in kaart te brengen, is gekeken naar het gebruik van fysio- en oefentherapie in de afgelopen twaalf maanden, uitgesplitst naar leeftijdsgroep en inkomensniveau. Hieruit blijkt dat er een klein inkomenseffect te zien is binnen de fysiotherapie. Afhankelijk van de leeftijd ligt het verschil in zorggebruik tussen de hoogste en laagste inkomensgroepen tussen de 2,3 en 4,7 procentpunt, wat duidt op een licht zorg mijdend gedrag bij lagere inkomens. Het is hierbij wel belangrijk om onderscheid te maken tussen zorggebruik en zorgvraag bij hoge en lage inkomens voor fysiotherapeutische zorg. Bij hogere inkomens is het zorggebruik voor niet basisverzekerde zorg in de fysiotherapie doorgaans hoger, maar dit betekent niet noodzakelijk dat de zorgvraag (de werkelijke behoefte aan zorg) ook hoger is. Hogere inkomensgroepen hebben vaak makkelijker toegang tot zorg, wat het zorggebruik verhoogt, terwijl de zorgvraag mogelijk minder groot is. In lagere inkomensgroepen is het zorggebruik voor niet basisverzekerde zorg in de fysiotherapie vaak lager, maar de onderliggende zorgvraag kan in werkelijkheid groter zijn, doordat zorg mijdend gedrag een rol speelt. Het benoemen van het inkomenseffect als 'beperkt' kan daarom een

vertekend beeld geven van de werkelijke situatie, aangezien het verschil in zorggebruik niet altijd de zorgvraag weerspiegelt.

Tot slot laten de gegevens in Grafiek 7, 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 inkomenskwaartil – 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 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 7 Gemiddelde Zvw-kosten (basisverzekering) van paramedie per leeftijdsgroep

[Euro per persoon per jaar, 2022]



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 Inkoopbeleid

Zorgverzekeraars maken het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden bekend, zoals in lijn met artikel 4 ‘Bekendmaking zorginkoopbeleid en procedure van zorginkoop’ uit de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw – TH/NR-034. Zorgverzekeraars doen daar, op basis van de door hun verkregen informatie van veldpartijen en fysiotherapeuten voor het inkoopbeleid, éénmalig een digitaal aanbod.

Partijen geven aan dat zij in meer of mindere mate structureel met elkaar in gesprek zijn, bijvoorbeeld tijdens een Commissie van Overleg (CVO) of jaarlijkse gesprekken over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en conceptmodelovereenkomsten. Zorgverzekeraars stellen dat de veldpartijen en afgevaardigden inspraak hebben in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De veldpartijen erkennen dat zij inderdaad gesprekken hebben met zorgverzekeraars, maar dat zij hun inbreng zelden terugzien in het uiteindelijke inkoopbeleid. Gezien de omvang van de beroepsgroep is het voor zorgverzekeraars praktisch niet haalbaar om met elke individuele aanbieder te onderhandelen om maatwerkafspraken te maken. Verder geven veldpartijen aan dat er weinig tot geen mogelijkheid is voor inspraak op de tarieven. Dit wordt bevestigd door zorgverzekeraars. Hierdoor ervaren veel aanbieders de huidige situatie als ‘tekenen bij het kruisje’, waarbij weinig tot geen ruimte is voor echte onderhandeling of maatwerk. Zorgverzekeraars moeten volgens de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg van de NZa transparant zijn over welke indexaties zij hebben gehanteerd in hun contractvoorstel.

Het aanbod wordt door zorgverzekeraar digitaal gepubliceerd via Vecozo. Aangezien het gaat om een eenmalig aanbod, voelen veel fysiotherapeuten zich verplicht om te tekenen, zelfs bij onvrede over de hoogte van het tarief. Het is daarbij ook niet mogelijk voor een zorgaanbieder om bezwaar te maken. Sommige zorgverzekeraars nemen wel coulanceverzoeken aan. Als een praktijk bijvoorbeeld denkt in aanmerking te komen voor een hogere contractvorm kunnen zij wel, mits zij een goede en navolgbare redenering hebben, instromen. Wanneer een fysiotherapeut het contract 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.

Eén van de veldpartijen geeft aan dat het gezamenlijk optrekken richting zorgverzekeraars niet mogelijk is vanwege de Mededingingswet als het gaat om het behartigen van het individuele belang van de fysiotherapeut. Ook zijn tariefonderhandelingen of het collectief weigeren van een contract, al dan niet via de beroepsvereniging, niet toegestaan. Bij niet alle veldpartijen 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.

4.1.2 Contracten

Iedere zorgverzekeraar biedt in principe een basisovereenkomst aan iedere fysiotherapeut die gecontracteerd wil worden. Ook fysiotherapeuten die net gestart zijn kunnen een contractaanbod aanvragen bij de zorgverzekeraars.

Vanuit de zorgverzekeraars worden over het algemeen dezelfde eisen gesteld 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF)) voor de meeste zorgverzekeraars een eis, net als het geregeld meten van patiëntervaringen. De PREM (Patient Reported Experience Measures) is een landelijk afgestemde meetmethode om patiëntervaringen te meten en wordt door veel fysiotherapeuten en – praktijken gebruikt. Een andere voorwaarde die zorgverzekeraars stellen is het binnen vijf werkdagen in zorg nemen van een patiënt. Mocht dat onverhoopt niet lukken is de fysiotherapeut genooddacht dit te melden bij de desbetreffende zorgverzekeraar.

Behandelindex

In de praktijk wordt er door zorgverzekeraars in meer of mindere mate gebruik gemaakt van de behandelindex. De behandelindex wordt gebruikt om de doelmatigheid en/of effectiviteit 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. Het kan door zorgverzekeraars bijvoorbeeld ingezet worden 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

Bovenop 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 geopend 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 sprake is van vrije tarieven. Voor de verzekerde zorg is de financiering geënt op het polisaanbod uit de basisverzekering (I) en de aanvullende verzekering (II). Daarnaast is er een groep patiënten die onverzekerde fysiotherapie financiert uit eigen betalingen (III). Uit elk van de drie financieringsbronnen wordt een omzet bij aanbieders gegenereerd met onderliggende tarieven en zorgomvang (aantal patiënten vermenigvuldigd met het aantal behandelingen per patiënt).

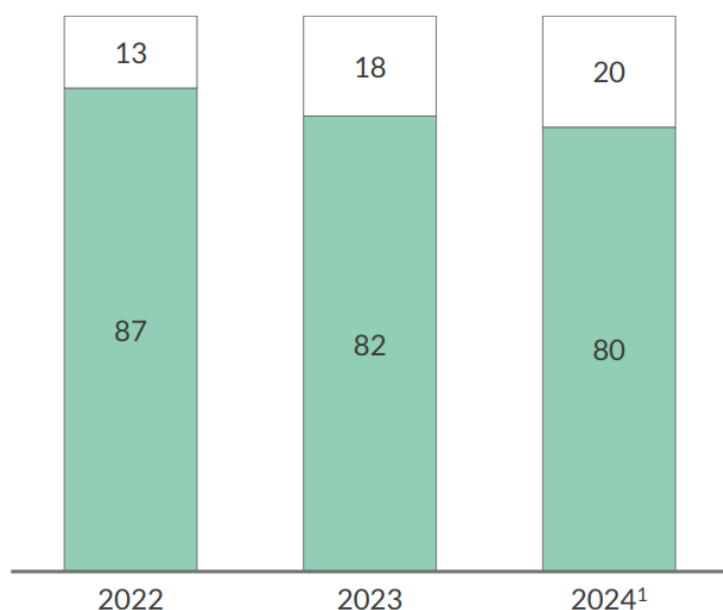
Gecontracteerde tarieven worden vastgesteld in het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en aanbieder. De hoogte van particuliere tarieven (eigen betalingen door patiënt) worden door de aanbieder zelf bepaald.

4.2.1 Ongecontracteerde zorg

In de jaren 2022 tot en met 2024 neemt het aandeel gecontracteerde omzet met 7 procentpunt af van 87% naar 80%, zoals weergegeven in Grafiek 8. In diezelfde jaren neemt het aandeel verzekerden met een aanvullende verzekering met 2 procentpunt af van 83,5% naar 81,5%. Dit wijst op een lagere bereidheid van fysiotherapeuten om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars en op een toename van ongecontracteerde zorg. (Bron: Gecontracteerde omzet uit de kleinbedrijfsindex fysiotherapie van Qredits, percentage aanvullend verzekerden uit de Zorgthermometer: Verzekerden in Beeld (2015-2025) van Vektis).

Grafiek 8 Gecontracteerde omzet

[Percentage, 2022 – 2024⁸]



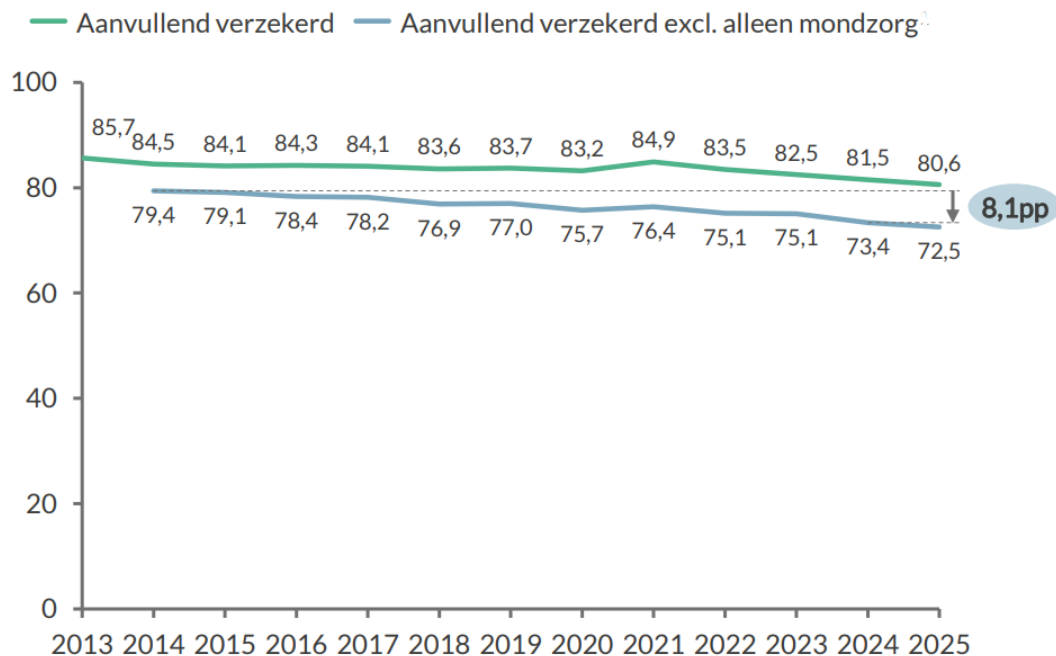
Daarnaast is er een vergelijking gemaakt tussen het aandeel mensen met een aanvullende verzekering en het aandeel mensen met een aanvullende verzekering met een bredere dekking dan alleen mondzorg. Grafiek 9 toont in deze vergelijking aan dat sinds 2013 het aandeel verzekerden met een aanvullende verzekering gestaag afneemt van 85,7% naar 80,6% in 2025. Voor aanvullende

⁸ Data van juni 2024.

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).

Grafiek 9 Aandeel mensen met een aanvullende verzekering

[%; 2013 – 2024]

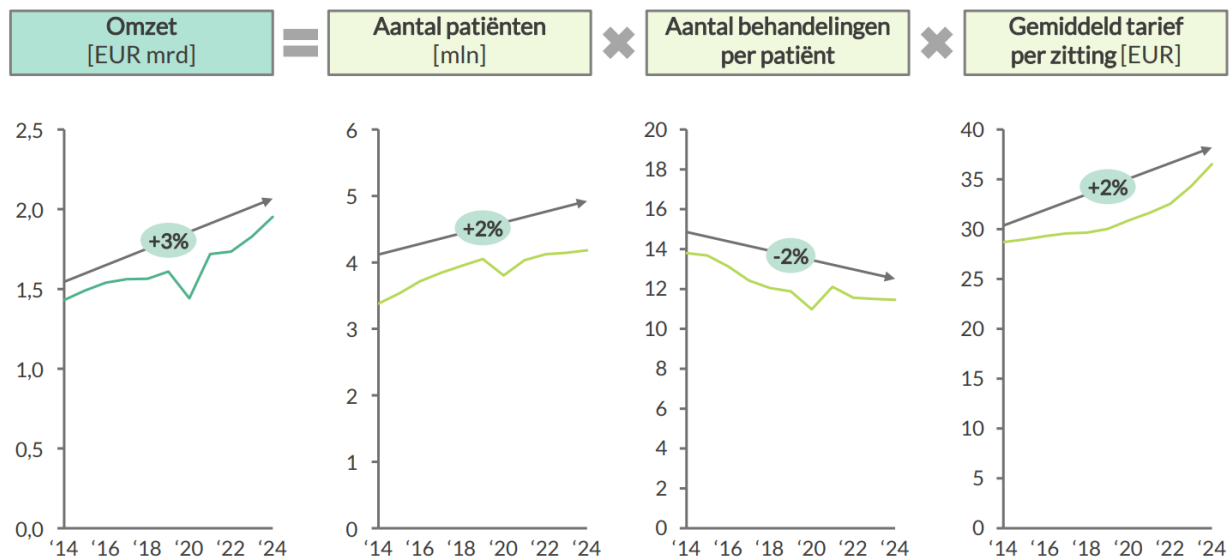


4.2.2 Uitgaven

Tussen 2014 en 2024 is de omzet uit verzekerde fysiotherapeutische zorg (dus exclusief onverzekerde zorg via eigen betalingen) jaarlijks gemiddeld met 3,2% 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 1,8% per jaar, nam het totaal aantal patiënten toe met gemiddeld 2,2% per jaar, wat de totale groei in zittingen verklaart. (Bron: kerncijfers paramedie NZa).

Grafiek 10 Ontwikkeling omzet fysiotherapie en onderliggende drijvers

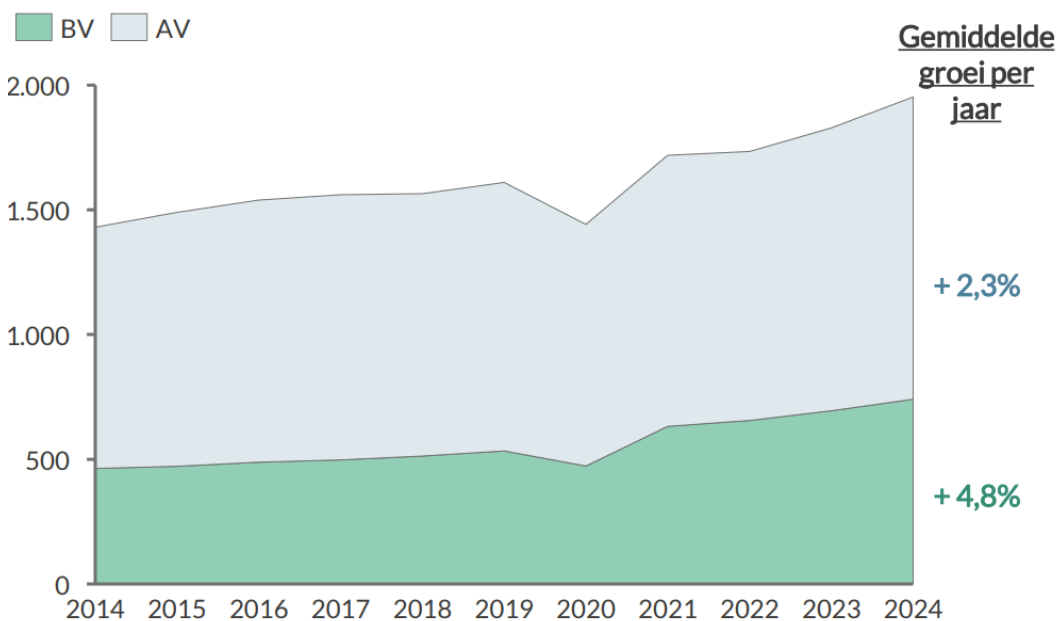
[2014 – 2024]



De uitgaven aan basisverzekerde zorg is ongeveer één derde van de totale omzet aan verzekerde fysiotherapie. Dat betekent dat twee derde van de uitgaven aanvullend verzekerde zorg betreft. Grafiek 11 geeft de verhouding weer tussen de omzet uit de basisverzekering en 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 11 Uitgaven aan fysiotherapie per financieringsstroom

[Mln euro, 2014 – 2024]

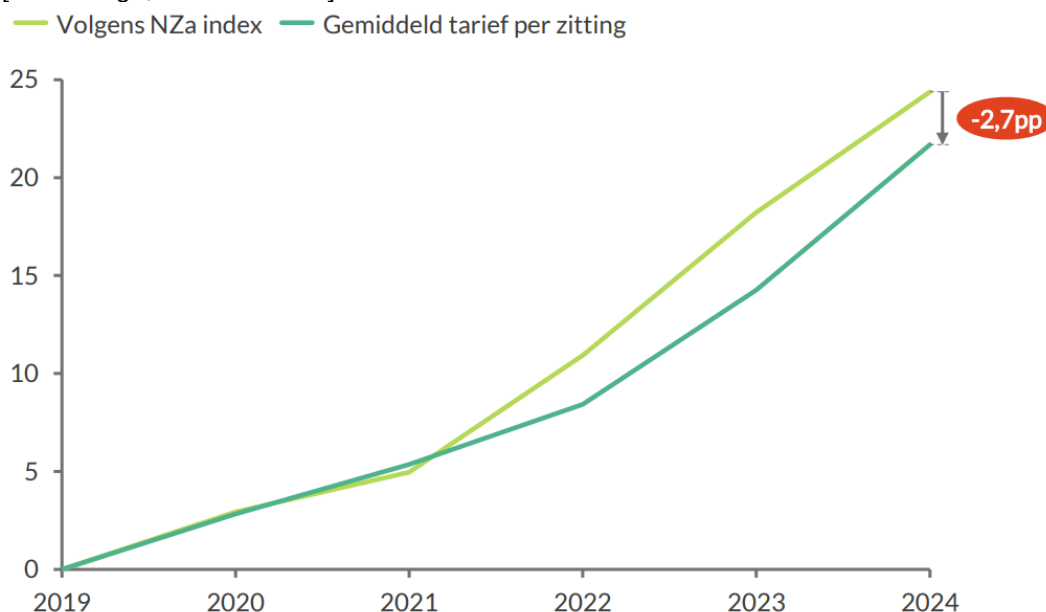


4.2.3 Tarieven

Sinds 2019 zijn de gedeclareerde tarieven voor de prestatie individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatiecode 1000) tot 2024 gestegen met 21,7%. Wanneer de NZa-index volledig zou zijn toegepast op de tarieven voor fysiotherapeuten zou sinds 2019 een stijging van 24,4% zijn behaald, uitgaande van een kostenverdeling conform CBS-praktijken en de aanname dat de kostenstructuur na 2021 niet meer is veranderd. De werkelijke tarieven lopen hier 2,7 procentpunt op achter (Grafiek 12). Ook als we kijken naar de gedeclareerde tarieven van alle prestaties en daar een casemix op toepassen blijven de gedeclareerde tarieven achterlopen op de NZa-indexatie. Het verschil is met name ontstaan in de jaren 2022 en 2023 met een hoge inflatie. (Bron: CBS Statline praktijken van zorgverleners, NZa indexatiecijfers, NZa kerncijfers paramedie).

Grafiek 12 Groei van fysiotherapie-tarieven⁹ volgens NZa-indexcijfers en het gemiddelde tarief per zitting

[Percentage, 2019 – 2024¹⁰]



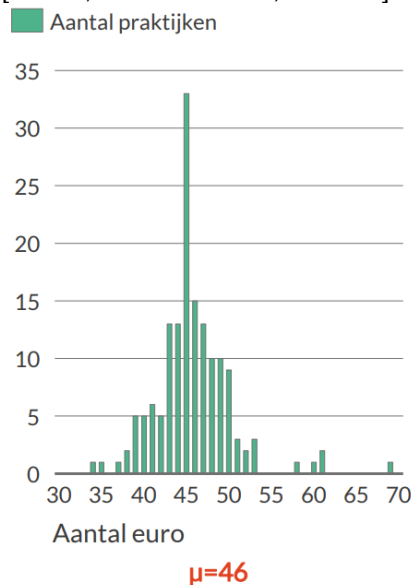
Grafiek 13 en 14 bevatten een vergelijking tussen de gemiddelde particuliere tarieven (*out-of-pocket* tarieven bij onverzekerde fysiotherapie) en de gemiddelde vergoede tarieven vanuit zorgverzekeraars. In principe zijn de passantentarieven van 2025 meegenomen, maar sommige passantentarieven komen nog uit 2024, wat kan leiden tot een onderschatting van de passantentarieven 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 € 36,50. (Bron: websites aanbieders, vergoedingen zorgverzekeraars).

⁹ Voor de prestatie individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatiecode 1000).

¹⁰ Data 2024 is onder voorbehoud.

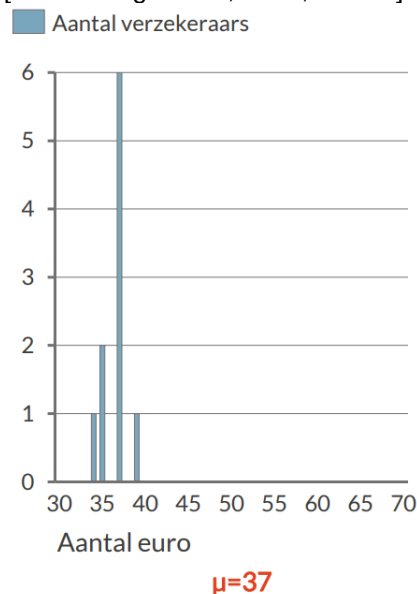
Grafiek 13 Verdeling passententarium/zitting

[Aantal, meest recent¹¹, n=155¹²]



Grafiek 14 Verdeling vergoeding verzekeraars

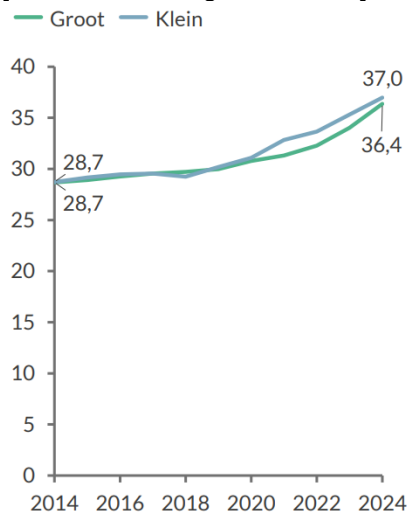
[Benadering aantal, 2025, n=10¹³]



Het gemiddeld vergoede tarief per zitting (prestatiecode 1000) is bij kleine verzekeraars iets harder gestegen dan bij grote verzekeraars (Grafiek 15), van € 28,70 in 2014 naar respectievelijk € 37,- en € 36,40.

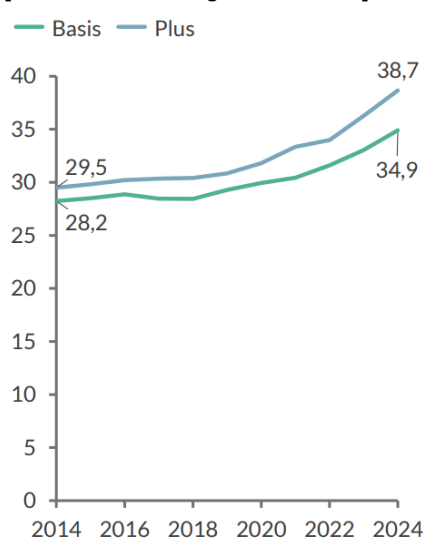
Grafiek 15 Tarief per type verzekeraar

[Gem. tarief/zitting; 2014-2024]



Grafiek 16 Tarief per type aanbieder

[Gem. tarief/zitting; 2014-2024]



¹¹ 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.

¹² Van de 175 praktijken gesampled bij het *mystery shoppen* publiceren er 155 passamentarieven op hun website.

¹³ 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 16). Dit duidt op een grotere druk op 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 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. Hierdoor ontstaan loonverschillen die mogelijk bijdragen aan hogere personele mobiliteit.

Veldpartijen daarentegen stellen dat de tarieven over het algemeen onvoldoende zijn en niet in verhouding staan tot de geleverde inspanningen, kosten, (opleidings)eisen en verantwoordelijkheden. Hierbij worden onder meer hoge kosten genoemd voor huisvesting, energielasten, software, hardware/ICT, verplichte pensioenbijdragen, het instrumentarium en praktijkruimte. Daarnaast geven veldpartijen aan dat de primaire arbeidsvoorwaarden in de eerste lijn, inclusief alle looncomponenten, sterk achterlopen op tweede en derde lijn. Dit geldt met name voor fysiotherapeuten in loondienst.

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 instrumentarium als noodzakelijk om tarieven beter vast te kunnen stellen.

Veldpartijen geven aan dat minimumtarieven en een CAO kunnen bijdragen aan een eerlijkere beloning en vinden dit vooral belangrijk omdat zij aangeven dat 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 wordt benadrukt 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 door de aanvullende verzekering verder uit te kleden. Zorgverzekeraars vrezen daarnaast dat minimumtarieven kunnen leiden minder gecontracteerde fysiotherapeuten.

Uit een eerste analyse van de NZa blijkt dat het instellen van minimumtarieven een zeer ingrijpend beleidsinstrument is met verstrekende gevolgen op meerdere terreinen – juridisch, economisch, uitvoeringstechnisch en zorginhoudelijk. In tegenstelling tot maximumtarieven, die wel in bredere zin worden toegepast in de zorg, zijn minimumtarieven op dit moment nergens in de Nederlandse zorgpraktijk gangbaar. Ook internationaal zijn er nauwelijks voorbeelden, zeker niet binnen dienstverlenende sectoren als de fysiotherapie. Dat zegt iets over de complexiteit en de mogelijke neveneffecten die ermee gepaard gaan. Minimumtarieven zouden fundamentele veranderingen teweegbrengen in de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de wijze van contracteren, de mate van concurrentie binnen de sector en de positie van de patiënt. De inzet van minimumtarieven is daarmee geen regulier instrument en vereist uiterste voorzichtigheid.

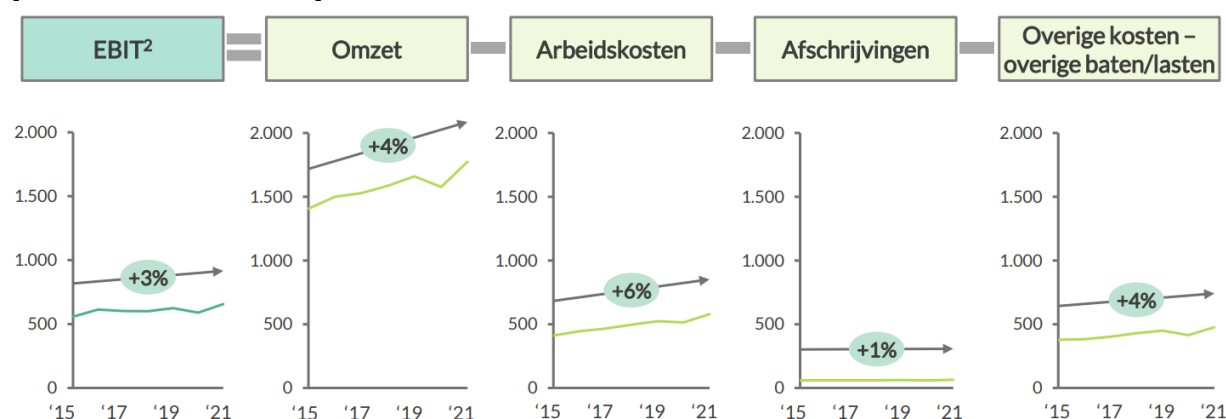
4.3 Marktdynamiek (stand van de markt)

4.3.1 Financiële gezondheid aanbieders

De verdeling van kosten en winst tussen 2015 en 2021 is in kaart gebracht (Grafiek 17), 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 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 17 Ontwikkeling omzet en onderliggende drijvers

[EUR mln, 2015 – 2021 ¹⁴]



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 problemen zitten, in combinatie met een beperkt aantal faillissementen, nemen zij aan dat de financiële gezondheid van aanbieders in orde is.

Voor een goede beoordeling van de financiële positie van aanbieders zijn meer parameters van belang dat nu is onderzocht. Goede basis daarvoor zal komen te liggen in de openbare jaarverantwoording die over 2024 uiterlijk eind 2025 door zorgaanbieders moet zijn aangeleverd.

4.3.2 Loonontwikkeling

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

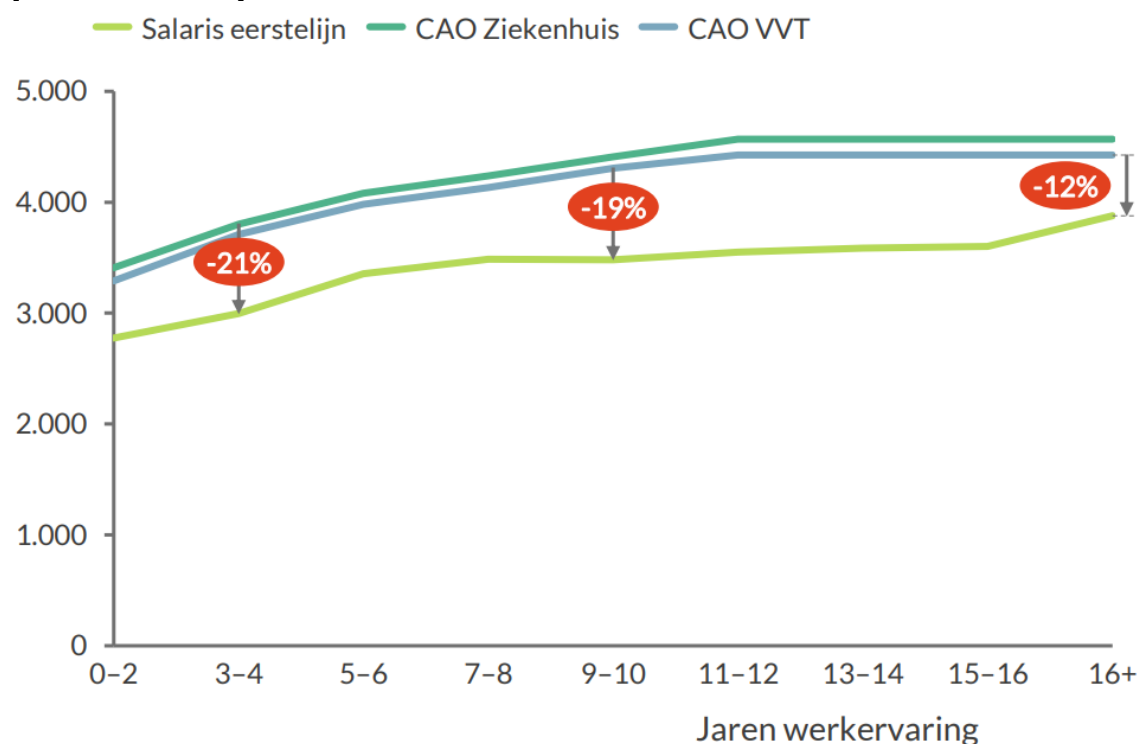
¹⁴ Deze dataset van Statline is stopgezet na 2021; in 2025 zal deze vervangen worden voor een nieuwe tabel, maar deze is nog niet beschikbaar.

fysiotherapeuten, zijn de dalende EBIT-marge¹⁵ voor praktijkhouders in de afgelopen jaren en het uitblijven van volledige tariefindexaties in de eerste lijn. De bedragen in Grafiek 18 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).

Veldpartijen 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 18 Bruto maandsalaris in de eerste lijn naar jaren werkervaring in vergelijking met CAO VVT en MSZ¹⁶

[EUR/maand, 2023]



Volgens veldpartijen staat de financiële positie van fysiotherapiepraktijken structureel onder druk. De mate waarin een praktijk financieel gezond is, hangt sterk af van hoe de bedrijfsvoering is ingericht. De veldpartijen geven aan dat lage tarieven vanuit zorgverzekeraars de mogelijkheden beperken van praktijkhouders om hun personeel passend te belonen en te faciliteren. Zo wordt er aangegeven 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 verantwoordelijkheid die het werk met zich meebrengt. Veldpartijen benadrukken dat het invoeren van een CAO belangrijk is voor stabiliteit en arbeidszekerheid, maar dat werkgevers hier momenteel onvoldoende financiële ruimte voor hebben. Zij

¹⁵ De EBIT-marge is de verhouding tussen de EBIT (Earnings Before Interest and Taxes) en de totale omzet van een bedrijf.

¹⁶ 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.

geven aan dat de beperkte financiële middelen ook doorwerken op andere vlakken. Werkgevers kunnen vaak geen scholing of bijscholing faciliteren voor personeel. Daarnaast wordt de inflatiecorrectie volgens veldpartijen niet structureel doorgevoerd in de tarieven van zorgverzekeraars, terwijl de praktijkkosten wel blijven stijgen. Verder geven veldpartijen 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. 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, bedrijfsvoering te dragen en multidisciplinair werken te faciliteren, wat tevens bijdraagt aan de inhoudelijke ontwikkeling van fysiotherapeuten.

5 Transitie naar passende zorg

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de visie van en ontwikkelpunten binnen de fysiotherapie met betrekking tot de beweging naar passende zorg.

Verbreden rol fysiotherapeut

Zorgverzekeraars zien fysiotherapeuten als essentieel voor de transitie naar passende zorg. Ze worden beschouwd als het 'smeermiddel' van de eerstelijnszorg, met een cruciale rol in met name de ouderenzorg en preventie. Daarom vinden zij het voor de fysiotherapeuten een mooi perspectief om erkend te worden in hun toegevoegde waarde als beroepsgroep door middel van mogelijke taakdelegatie van de huisarts. Veldpartijen lijken deze visie in de beweging naar passende zorg te delen. Fysiotherapie wordt namelijk niet vanuit een isolement aan de patiënt gegeven, maar in onderlinge samenwerking met de huisarts, de medisch specialist, de revalidatiearts, het sociaal domein enzovoort. De veldpartijen pleiten daarom voor een bredere rol voor fysiotherapeuten in het zorgsysteem, waarbij ze niet alleen als behandelaar van individuele klachten gezien moeten worden. Hierbij zou er voor de fysiotherapeut de potentie moeten zijn om als poortwachter op te treden, met name als expert op het gebied van bewegen, preventie en herstel.

Verdeeldheid beroepsgroep

Zorgverzekeraars en veldpartijen signaleren dat interne verdeeldheid binnen de beroepsgroep van fysiotherapeuten de transitie naar passende zorg belemmert. Deze verdeeldheid ziet op verschillende aspecten: een deel van de fysiotherapeuten werkt ongecontracteerd, een ander deel voldoet aan specifieke kwaliteitseisen, en een derde groep bevindt zich daar tussenin. Volgens zorgverzekeraars zijn er fysiotherapeuten die actief streven naar kwaliteitsverbetering en het leveren van passende zorg. Tegelijkertijd signaleren zij dat er praktijken zijn waar overbehandeling voorkomt en waar men terughoudend is ten aanzien van kwaliteitsontwikkeling. Deze interne verschillen maken het volgens hen lastig om gezamenlijke afspraken te maken en bemoeilijken de voortgang richting een uniforme aanpak van passende zorg.

Regionale samenwerking

Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat passende zorg niet alleen via landelijke afspraken of inkoopbeleid wordt afgedwongen; passende zorg moet vooral op regionaal niveau vorm krijgen. Zorgverzekeraars zoeken daarom naar manieren om fysiotherapeuten beter aan tafel te krijgen bij regioplannen en multidisciplinaire overleggen. Veldpartijen vinden het hierbij eveneens belangrijk dat fysiotherapeuten betrokken worden bij het opstellen van integrale zorgplannen en niet buiten de 'eerste schil' van regionale zorg blijven staan. Alle partijen zijn het erover eens dat fysiotherapeuten nog onvoldoende erkend worden in hun toegevoegde waarde.

Het is echter wel belangrijk dat fysiotherapeuten zich beter organiseren zowel binnen de eigen beroepsgroep als in multidisciplinaire verbanden. Veel fysiotherapeuten opereren nog solistisch, wat hun positie in regionale samenwerkingen kwetsbaar maakt. Zorgverzekeraars zijn van mening dat door de vorming van paramedische samenwerkingsverbanden de betrokken beroepsgroepen elkaar beter leren kennen, gemakkelijker verwijzen en gezamenlijk inspelen op regionale zorgvragen. Ook ontstaan er zo meer mogelijkheden om zorg op maat te leveren. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) zijn

bestuurlijke afspraken gemaakt over de versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg, met onder andere als doel blijvende toegankelijkheid van zorg voor iedereen waarborgen. Tot en met 2026 stelt het ministerie van VWS budget beschikbaar via ZonMw voor een ondersteunings- en stimuleringsprogramma Versterking organisatie eerstelijnszorg.

Verzekerde aanspraak

Volgens veldpartijen is er structurele financiering nodig om de beweging naar passende zorg voor de fysiotherapie mogelijk te maken, bijvoorbeeld via verankering in de basisverzekering. Ook zorgverzekeraars zien vanuit de verzekerde aanspraak een kans om fysiotherapeuten een gelijkwaardige positie te geven. Zorgverzekeraars geven aan dat het vergoeden van de eerste 20 behandelingen voor de chronische aandoeningen vanuit de basisverzekering hierbij zou kunnen helpen.

Bekostiging

Zowel zorgverzekeraars als veldpartijen benadrukken dat de huidige bekostiging onvoldoende aansluit bij de ambities van passende zorg. Volgens veldpartijen worden innovaties en projecten in de wijk of regio zelden beloond, omdat er geen passende betaaltitel bestaat voor overleg, coördinatie of regiowerk. Volgens veldpartijen is het huidige financieringsmodel voornamelijk gebaseerd op productie (aantal behandelingen), waardoor tijd die wordt besteed aan samenwerking, preventie of ketenzorg financieel niet loont. Volgens hen belemmert dit innovatie en de rol van fysiotherapeuten in domeinoverstijgende samenwerkingen.

Kwaliteitskader en ontwikkeling

Zorgverzekeraars geven aan dat een kwaliteitskader kan helpen in de beweging naar passende zorg. In een kwaliteitskader kunnen bijvoorbeeld zaken opgenomen worden als handvatten voor zorginkoop, kwaliteit van zorg en goede keuze-informatie voor de patiënt. Verzekeraars geven aan dat zij er samen met veldpartijen niet uitkomen en zonder kwaliteitskader geen ontwikkelslag kunnen maken voor het zorginkoopbeleid op inhoudelijk vlak noch tarief. Ook een van de veldpartijen vindt een kwaliteitskader een goed instrument om de juiste gesprekken met zorgverzekeraars te kunnen voeren. Daarentegen deelt de beroepsvereniging de mening dat een (mogelijk) kwaliteitskader voor zorgverzekeraars een daadwerkelijke cruciale rol speelt in hun zorginkoop niet. Volgens de beroepsvereniging zou een kwaliteitskader voor zorgverzekeraars als een rookgordijn fungeren en zouden de zorgverzekeraars in werkelijkheid de validiteit van het vak in twijfel willen laten trekken.

Een belangrijk recent ontwikkelpunt op dit gebied is dat het Raad van Bestuur van het Zorginstituut Nederland onlangs op 22 april 2024 het besluit heeft genomen om doorzettingsmacht op het kwaliteitskader fysio- en oefentherapie in te zetten. Vanuit het traject Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg (PAFOZ) wordt het kwaliteitskader gekenmerkt als een essentiële randvoorwaarde voor een eventuele gecontroleerde overgang naar een passende aanspraak.

6 Tussenconclusie

In dit hoofdstuk wordt per thema de tussenconclusie beschreven en wordt afgesloten met een algemene tussenconclusie.

6.1 Toegankelijkheid

Hoewel partijen door vergrijzing en zorgverschuiving een toenemende vraag naar fysiotherapie verwachten, is deze ontwikkeling (vooralsnog) niet zichtbaar in de cijfers; het daadwerkelijke zorggebruik vertoont juist een lichte daling. Hierbij is het wel van belang om onderscheid te maken tussen de feitelijke zorglevering en de zorgvraag. Het duiden van de daadwerkelijke zorgvraag is lastig, mede doordat factoren als zorgmijding en het onverzekerde domein buiten beeld blijven. Tegelijkertijd is het maximale aantal behandelingen begrensd door de beschikbare capaciteit, waardoor het werkelijk zorggebruik niet noodzakelijk een volledig beeld geeft van de onderliggende zorgbehoefte.

Kijkend naar de daadwerkelijk geleverde zorg, blijkt uit de data dat het aanbod van het aantal fysiotherapeuten toereikend is om aan het huidige zorggebruik te voldoen. Sinds 2020 is het aantal aanmeldingen voor de bacheloropleiding fysiotherapie afgenomen. Desalniettemin blijft de instroom in 2024 hoger dan het maximale aantal plaatsen dat vroeger met een numerus fixus beschikbaar was. Deze daling volgt bovendien eenzelfde patroon als bij het totaal aantal eerstejaars in hbo-bacheloropleidingen, waardoor het geen specifiek fenomeen binnen de fysiotherapie lijkt.

De uitstroom van fysiotherapeuten neemt sinds 2020 geleidelijk toe en is enkel in de jaren 2022-2023 hoger dan de instroom (in 2024 ligt de instroom weer hoger dan de uitstroom). Toch is er (nog) geen grote netto afname van het aantal werkzame fysiotherapeuten te zien. Daarnaast is er geen verschuiving van fysiotherapeuten van de eerstelijnszorg naar de tweede- of derdelijnszorg geconstateerd. Bovendien is de uitstroom in de fysiotherapie vergelijkbaar met dat van andere zorgberoepen. Kijkend naar de leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten lijkt er op dit moment ook geen dringend vergrijzingsprobleem in de sector te bestaan. De leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten verjongt juist, terwijl de leeftijdsopbouw van de werkzame beroepsbevolking vergrijst.

Wat betreft de toegankelijkheid kan op basis van de steekproef uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat er geen toegankelijkheidsprobleem in de vorm van wachttijden bestaat, voor behandeling van schouderklachten die vaak via de aanvullende verzekering worden vergoed. Zowel in kleine als grote praktijken, in stedelijke en landelijke gebieden, lijken wachttijden tot een eerste intake binnen de streefnorm te liggen. Daarnaast bevestigen de korte reistijden dat de geografische toegankelijkheid van fysiotherapie goed is geregeld en geen belemmering vormt voor patiënten.

De toegankelijkheid van fysiotherapie wordt niet alleen bepaald door het aanbod, wachttijden en bereikbaarheid, maar ook door de financiële toegankelijkheid voor patiënten. Patiënten kunnen beperkt worden door beperkingen in de aanspraak en/of het niet hebben van een aanvullende verzekering. Dit leidt tot licht zorgmijdend gedrag bij lagere inkomens, ondanks dat hun werkelijke zorgvraag mogelijk hoger is. Verschillen in toegang tot de aanvullende verzekering wegens financiële drempels versterken het inkomenseffect op de toegankelijkheid.

Op de korte termijn is er geen duidelijk toegankelijkheidsprobleem zichtbaar in de fysiotherapie. Waar de cijfers op dit moment (nog) geen alarmerende uitstroom laten zien, geven veldpartijen aan dat zij in de praktijk wél een toenemende uitstroom ervaren of vrezen – mede door werkdruk, financiële druk of onvoldoende loopbaanperspectief. Deze signalen worden serieus genomen en onderstrepen het belang

van het blijven monitoren van de ontwikkeling in arbeidsaanbod en werkbelasting, omdat dit risico's met zich meebrengt voor de continuïteit van de zorg. Omdat structureel zicht op wachtlijsten, latente zorgvraag en onverzekerde zorg ontbreekt, blijft onduidelijk of er sprake is van een feitelijk of ervaren tekort.

6.2 Contractering en marktdynamiek

Fysiotherapie wordt op verschillende manieren gefinancierd: vanuit de basisverzekering, aanvullende verzekering en vanuit particuliere betalingen. De hoogte van de tarieven voor de gecontracteerde zorg (uit de basis- en aanvullende verzekering) wordt bepaald door het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hoewel veldpartijen en zorgverzekeraars in meer of mindere mate met elkaar in gesprek zijn, ervaren veel fysiotherapeuten en hun vertegenwoordigers dat hun inbreng nauwelijks terugkomt in het uiteindelijke inkoopbeleid. Er is beperkte tot geen ruimte voor inspraak op tarieven, en onderhandelingen op maat zijn in de praktijk vrijwel niet mogelijk. Hierdoor voelen zorgaanbieders zich vaak gedwongen om standaardcontracten zonder onderhandeling te accepteren, wat leidt tot een gevoel van ongelijkheid ('tekenen bij het kruisje'). Zorgverzekeraars kunnen met hun onderhandelingspositie tarieven van fysiotherapie drukken; praktijken maken de afweging tussen meer volume versus een hoger tarief. In die context is van groot belang dat zorgverzekeraars transparant zijn welke indexaties zij hebben gehanteerd in hun contractvoorstel. Dit is ook zo opgenomen in de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg van de NZa.

De afgelopen jaren is zichtbaar dat steeds minder fysiotherapeuten ervoor kiezen om een contract af te sluiten met zorgverzekeraars. Tegelijkertijd neemt ook het aantal mensen met een aanvullende verzekering af. Deze ontwikkelingen wijzen op een groeiende trend richting ongecontracteerde zorg en minder zorggebruik. Fysiotherapeuten lijken terughoudender te worden in het accepteren van de voorwaarden van zorgverzekeraars, mogelijk vanwege ervaren beperkingen in tariefruimte en onderhandelingsvrijheid. Toch kiest het merendeel van de fysiotherapiepraktijken er nog wel voor om een contract met de zorgverzekeraar af te sluiten, ondanks dat zij de tarieven die zij ontvangen vanuit gecontracteerde zorg niet in verhouding vinden staan tot de inspanning die zij leveren en de kosten die zij maken. Wellicht omdat het ontbreken daarvan kan leiden tot een daling in het aantal patiënten waardoor het inkomen van de fysiotherapeut onder druk wordt gezet.

Hoewel de tarieven die zorgverzekeraars vergoeden in de afgelopen jaren wel gestegen zijn, blijven ze achter bij de kostenontwikkeling. Vooral in tijden van hoge inflatie sluit de tariefontwikkeling onvoldoende aan bij de werkelijke stijging van kosten in de praktijk. Daarnaast liggen de tarieven die patiënten zelf betalen (wanneer er geen vergoeding is) hoger dan de tarieven die zorgverzekeraars vergoeden.

De financiële positie van fysiotherapiepraktijken laat een gemengd beeld zien. Hoewel de omzet in de afgelopen jaren is toegenomen, blijft de winstontwikkeling achter door stijgende personeelskosten. Deze trend wordt deels verklaard door de groeiende voorkeur van fysiotherapeuten voor loondienst, waardoor inkomsten verschuiven van praktijkhouders naar salarissen voor fysiotherapeuten in loondienst. Dit duidt niet per se op een verslechterde bedrijfsvoering, maar wel op een veranderende structuur binnen de sector.

De loonontwikkeling binnen de fysiotherapie blijft achter in vergelijking met andere zorgsectoren, mede doordat er in de eerste lijn geen CAO bestaat. Dit heeft gevolgen voor de aantrekkelijkheid van het vak. Volgens veldpartijen belemmert dit niet alleen de duurzame inzetbaarheid van personeel, maar versterkt het ook de personele uitstroom. Zorgverzekeraars erkennen sommige signalen, maar wijzen ook op

verschillen in efficiëntie en ondernemerschap tussen praktijken. De sector blijft daarmee zoeken naar evenwicht tussen betaalbaarheid, kwaliteit en duurzame bedrijfsvoering.

Voor een goede beoordeling van de financiële positie van aanbieders zijn meer parameters van belang dat nu is onderzocht. Een goede basis daarvoor zal komen te liggen in de openbare jaarverantwoording over 2024 die uiterlijk eind 2025 door zorgaanbieders moet zijn aangeleverd.

6.3 Transitie naar passende zorg

Zowel zorgverzekeraars als veldpartijen beschouwen de rol van de fysiotherapeut als essentieel in de beweging naar passende zorg. De transitie naar passende zorg zou de fysiotherapeut in de gelegenheid moeten kunnen stellen om zijn cruciale rol in het zorgsysteem te etaleren. Om deze transitie te stimuleren stippen partijen de nodige ontwikkelingen binnen en buiten het veld aan die hiervoor benodigd zijn, zoals minder verdeeldheid binnen de beroepsgroep, betere samenwerking in multidisciplinaire verbanden, een kwaliteitskader, meer verankering in het basispakket en een passende bekostiging.

6.4 Algemene tussen conclusie

Op de korte termijn is er geen toegankelijkheidsprobleem in de fysiotherapie zichtbaar. De tussenrapportage laat tot dusver echter een gemengd beeld zien over ontwikkelingen die wijzen op toegankelijkheidsrisico's op de (middel)lange termijn. Dit gemengde beeld zien we tussen verschillende elementen in het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek, maar ook omdat het kwantitatieve gedeelte soms een beeld schetst dat niet altijd door de kwalitatieve analyse wordt ondersteund, en andersom.

Doordat er op dit moment geen acuut ingrijpen nodig is, adviseert de NZa om de komende maanden de tijd te nemen om met partijen te onderzoeken wat er nodig is om mogelijke toegankelijkheidsproblemen in de toekomst tegen te gaan en goed na te denken over mogelijke interventies. Daarbij nemen wij minimumtarieven mee als onderdeel van het bredere geheel van mogelijke interventies. Deze verdere analyse zal nadrukkelijk ook aandacht besteden aan proportionaliteit, uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid en risico's van het gekozen instrumentarium, zeker omdat de inzet van minimumtarieven een zeer ingrijpend beleidsinstrument is met verstreckende gevolgen.

