

Eindrapport marktonderzoek ergotherapie

Onderdeel van het marktonderzoek paramedische zorg



15 september 2026

1	Samenvatting	4
2	Inleiding	8
2.1	Onderzoeksvragen	8
2.2	Proces	9
2.3	Partijen	9
2.4	Onderzoeksopzet en methoden	9
2.5	Uitgangspunten	11
2.6	Leeswijzer	12
3	Zorggebruik en aanbod van zorg	13
3.1	Zorggebruik	13
3.2	Aanbod van zorg	15
3.2.1	Organisatiegraad	16
3.2.2	Dienstverbanden	17
3.2.3	Aantal zorgverleners	19
3.2.4	In- en uitstroom	21
3.2.5	Aantal Fte's	23
3.2.6	Productiviteit	24
3.3	Samenvatting	25
4	Toegankelijkheid	27
4.1	Wachttijsten	27
4.1.1	Wachttijden	27
4.2	Zelffinanciering	29
4.3	Samenvatting	29
5	Contractering en marktdynamiek	30
5.1	Omzet en tarieven	30
5.1.1	Bekostiging van ergotherapie	30
5.1.2	Ontwikkeling van de macro-uitgaven	31
5.1.3	Regionale verschillen	32
5.1.4	Tariefontwikkeling	33
5.1.5	Beeld van de tarieven vanuit veldpartijen	35
5.2	Contractering	36
5.2.1	Contracteergraad	36

5.2.2	Contractvormen en contractvoorwaarden	38
5.2.3	Het contracteerproces	38
5.2.4	Toetreding zorgaanbieders	39
5.2.5	Afstemming tussen zorgverzekeraars en de beroepsvereniging	39
5.2.6	Ervaringen met het contracteerproces	39
5.3	Financiële gezondheid van zorgaanbieders	40
5.3.1	Solvabiliteit	40
5.3.2	Bedrijfsresultaat	41
5.3.3	Loonontwikkeling en waardering van inkomen	42
5.4	Samenvatting	43
6	Transitie naar passende zorg	44
6.1	De rol van ergotherapie binnen Passende Zorg	44
6.2	Organisatie en samenwerking	44
6.3	Bekostiging en Passende Zorg	45
6.4	Samenvatting	46
7	Handelingsperspectief	47
7.1	Monitoring	47
7.1.1	Financieel inzicht	47
7.1.2	Zorgplicht en toezicht	48
7.2	Innovatie en samenwerking	48
7.2.1	Versterken van de organisatiegraad	49
7.2.2	Benutten van de mogelijkheden binnen de bekostiging	49
7.2.3	Ondersteunen van innovatie en samenwerking	50
7.3	Inzicht in wachtlijsten	51
7.3.1	Benutten van bestaande zorgbemiddeling	51
7.3.2	Meer inzicht in beschikbare capaciteit	51
7.3.3	Prioriteren van schaarse capaciteit	52
7.3.4	Gezamenlijke verantwoordelijkheid	52
7.4	Aantrekkelijkheid van het beroep vergroten	52
7.5	Samenvatting	53
8	Conclusie	55

8.1	Huidige situatie	55
8.2	Toekomstige situatie	56
8.3	Eindconclusie	56
9	Disclaimer	58
10	Bijlage	59
10.1	Bronnenlijst	59
10.2	Methode van aanvullende dataverwerking	59
10.3	Tabel prestatie aantallen	61

1 Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) gevraagd om onderzoek te doen naar het functioneren van de markt voor paramedische zorg met bijzondere aandacht voor het borgen van de toegankelijkheid¹ nu en in de toekomst. Dit eindrapport bevat de analyse van de markt voor ergotherapie en mogelijke oplossingsrichtingen voor potentiële knelpunten. Hierbij kijken we niet alleen naar het nu, maar maken we aan de hand van trendanalyses ook een voorspelling richting de toekomst.

Zorggebruik en aanbod van zorg

De ergotherapiesector in Nederland groeit sterk en krijgt een steeds belangrijkere rol binnen de zorg. In 2024 maakten ongeveer 290.000 unieke patiënten gebruik van ergotherapie, 42% meer dan in 2019. Ook het aantal gedeclareerde prestaties nam in deze periode fors toe, met 39,7% tot 4,1 miljoen prestaties per jaar. De groei van de zorgvraag lijkt de afgelopen drie jaar wat af te vlakken. De groei is in de ergotherapiesector groter dan in andere paramedische sectoren. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen kunnen hieraan hebben bijgedragen, zoals vergrijzing, een toename van belastbaarheidsvragen en de toenemende complexiteit van zorgvragen. Ook beleidsontwikkelingen die langer zelfstandig thuis wonen stimuleren, de na-effecten van de coronapandemie, een betere onderbouwing van de effectiviteit van ergotherapie en de toegenomen bekendheid van het vakgebied onder huisartsen en andere verwijzers, kunnen de zorgvraag hebben versterkt. De verwachting is dat de zorgvraag de komende jaren verder toeneemt. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2026) voorspelt voor de periode 2025 - 2040 een stijging van de zorgvraag van circa 20,3%. Regionaal zijn er verschillen: met name in Limburg ligt zowel het aantal patiënten als het niveau van de zorgkosten een stuk hoger dan in andere provincies.

Tegelijkertijd blijft het aanbod van ergotherapeuten achter bij de groeiende zorgvraag. De sector bestaat grotendeels uit kleine praktijken en zelfstandig werkende therapeuten. Hoewel ergotherapeuten actief samenwerking zoeken, wordt structurele samenwerking zoeken en gezamenlijk afspraken maken bemoeilijkt door versnippering in het regionale zorglandschap en beperkte financiering (Van Dronkelaar & Meijer, 2025). In 2024 waren 644 ondernemingen en 987 vestigingen actief. Het aantal fte nam tussen 2018 en 2021 toe van circa 3.900 naar 4.900, waarbij één fte overeenkomt met een fulltime werkweek van 36 uur. Deze groei is echter onvoldoende om de toenemende zorgvraag op te vangen. Bovendien werken veel ergotherapeuten parttime en gaat een aanzienlijk deel van hun werktijd op aan administratie, overleg en reistijd. Hierdoor staat de beschikbare behandelcapaciteit verder onder druk.

Ook de arbeidsmarkt vormt een belangrijk knelpunt. Praktijken hebben te maken met langdurig openstaande vacatures, terwijl de instroom vanuit de opleidingen achterblijft. Beperkte opleidingscapaciteit met daarnaast soms aanvullende toelatingseisen, het afnemende aanbod van deeltijdopleidingen, hoge werkdruk en relatief beperkte arbeidsvoorwaarden dragen bij aan een beperkte instroom. Daarnaast verlaten professionals de sector vanwege verminderde motivatie, pensionering of een overstap naar ander werk. Hoewel de instroom in de opleidingen recent licht is toegenomen, blijft de arbeidsmarktkrapte groot. De combinatie van een stijgende vraag en beperkte personele capaciteit vergroot de druk op de toegankelijkheid van de ergotherapie.

¹ Toegankelijkheid van zorg definiëren wij als de mate waarin mensen op tijd, met aanvaardbare fysieke, financiële of sociale belemmeringen en ongeacht persoonlijke kenmerken, toegang hebben tot passende gezondheidszorg. Met de data die verzameld zijn, toetsen we of de zorg op tijd (binnen de vastgestelde Treknorm), zonder fysieke belemmeringen (is de zorg nabij georganiseerd) en financieel haalbaar is (is de zorg binnen de basisverzekering/aanvullend/ketenzorg/zelf te financieren).

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van ergotherapiezorg staat onder druk door een stijgende zorgvraag en een achterblijvend zorgaanbod. Naar verwachting zal deze situatie in de toekomst verder verslechteren. In 2025 kampt 83% van de eerstelijnspraktijken met een wachtlijst en wordt de Treeknorm vaak overschreden, waardoor wachttijden uiteenlopen van enkele weken tot meerdere maanden. Hoewel deze wachttijden kunnen worden beïnvloed door patiëntvoorkeuren of dubbele inschrijvingen, wijzen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars op structurele capaciteitsproblemen.

Patiënten maken weinig gebruik van zorgbemiddeling en lijken te berusten in de lange wachttijden. Deze interpretatie moet echter met de nodige voorzichtigheid worden bekeken. Alternatieven binnen de ergotherapie zijn namelijk beperkt beschikbaar en veel patiënten zijn simpelweg niet bekend met de mogelijkheden van zorgbemiddeling, of zij zijn niet in staat om dit zelf te regelen. Daarnaast ontbreekt het op dit moment aan een landelijke wachtlijstregistratie, waardoor de werkelijke omvang van het probleem minder goed zichtbaar is.

Contractering en marktdynamiek

De eerstelijns ergotherapie wordt gefinancierd vanuit de basisverzekering, de aanvullende verzekering en particuliere betalingen. De omvang van de zorg wordt vooral bepaald door het aantal patiënten en het aantal behandelingen per patiënt. De macro-uitgaven aan ergotherapie zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Deze groei hangt samen met zowel een stijging van het aantal patiënten als een toename van het aantal geleverde prestaties. De uitgaven aan ergotherapie zijn daarmee sterker gegroeid dan die in andere onderzochte paramedische sectoren. Daarnaast zijn er duidelijke regionale verschillen in zorggebruik en kosten. Limburg valt op door zowel de hoogste kosten als de sterkste kostengroei.

De gemiddelde tarieven voor ergotherapie zijn tussen 2019 en 2025 relatief sterk gestegen en namen meer toe dan de inflatie en de samengestelde NZa-prijsindex. Toch ervaren zorgaanbieders de tarieven in de praktijk vaak als onvoldoende. Een belangrijke reden is dat werkzaamheden zoals administratie, multidisciplinair overleg en afstemming met andere zorgverleners niet afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars herkennen het beeld van ontoereikende tarieven niet en stellen dat dergelijke indirecte werkzaamheden al onderdeel zijn van de tariefstelling. Het is echter niet inzichtelijk in hoeverre deze werkzaamheden daadwerkelijk in de tarieven zijn verdisconteerd.

Het contracteerproces verloopt grotendeels digitaal en volgens een gestandaardiseerde werkwijze. Ergotherapiepraktijken ervaren hierdoor weinig ruimte voor onderhandelingen over de contractvoorwaarden. Zorgverzekeraars vinden deze werkwijze noodzakelijk vanwege het grote aantal zorgaanbieders en de beperkte mogelijkheid om met iedere praktijk afzonderlijk te onderhandelen. Bij de contractering worden vooral basiseisen gehanteerd, zoals het gebruik van de PREM. Aanvullende kwaliteitseisen en verschillende typen contracten worden doorgaans niet toegepast. De tarieven verschillen wel tussen zorgverzekeraars. Het aandeel gecontracteerde praktijken laat een lichte daling zien, maar het overgrote deel van de zorg blijft gecontracteerd: ruim 98% van de schadelast betreft gecontracteerde zorg.

De financiële positie van de sector geeft ten slotte een gemengd beeld. Praktijken halen gemiddeld een iets groter deel van hun inkomsten uit niet-verzekerde zorg en hebben over het algemeen een relatief hoge solvabiliteit. Tegelijkertijd ontbreken belangrijke gegevens, onder andere over liquiditeit, kasstromen en zelfstandigen zonder personeel. Daardoor is het op basis van de beschikbare informatie niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de financiële gezondheid van de gehele sector.

Passende Zorg

De transitie naar Passende Zorg vraagt om een sterke en goed georganiseerde eerste lijn, waarin zorgverleners domeinoverstijgend samenwerken en ondersteuning zo veel mogelijk dicht bij de patiënt wordt georganiseerd. Ergotherapie kan hierin een belangrijke rol spelen, onder meer door het versterken van zelfredzaamheid, preventie, reablement, samenwerking tussen zorg- en welzijnsdomeinen en het voorkomen of uitstellen van zwaardere zorg.

Tegelijkertijd wordt de positie van de beroepsgroep beperkt door de versnipperde organisatie van de sector met veel kleine praktijken en een beperkte organisatiegraad. Er is een beperkte aansluiting tussen de ambities van Passende Zorg en de wijze waarop deze in de praktijk worden georganiseerd en gefaciliteerd. Hierdoor is het voor ergotherapeuten lastig om voldoende zichtbaar te zijn en structureel deel te nemen aan regionale samenwerkingsverbanden. Zowel zorgverzekeraars als Ergotherapie Nederland zien daarom versterking van de regionale samenwerking en verdere professionalisering als belangrijke voorwaarden voor de ontwikkeling van de sector.

Ook de bekostiging biedt volgens partijen mogelijkheden voor samenwerking, innovatie en preventie, maar de ervaringen hiermee verschillen. Ergotherapie Nederland vindt de huidige aanspraak en bekostigingssystematiek niet altijd toereikend, onder meer voor indirecte patiëntgebonden werkzaamheden, integrale zorg en bepaalde patiëntgroepen. De bekostigingssystematiek kent een productieprikkel die beperkte ruimte kan bieden voor samenwerking, preventie en andere activiteiten die bijdragen aan Passende Zorg. Zorgverzekeraars zien binnen de bestaande bekostiging juist ruimte voor maatwerk en contractuele afspraken. Het onderzoek kan niet vaststellen in hoeverre deze mogelijkheden daadwerkelijk worden benut.

Kortom: ergotherapie heeft volgens betrokken partijen duidelijke meerwaarde binnen Passende Zorg, maar de bredere inzet van ergotherapie binnen Passende Zorg komt nu nog onvoldoende van de grond. Om die rol volledig te benutten zijn versterking van de organisatiegraad, betere regionale inbedding en voldoende passende randvoorwaarden binnen de contractering en aanspraak op financieringsmogelijkheden nodig.

Handelingsperspectief

Het handelingsperspectief richt zich op het borgen van de toegankelijkheid van ergotherapeutische zorg, die door de combinatie van een stijgende zorgvraag en een achterblijvend zorgaanbod steeds meer onder druk staat. Het verbeteren van de toegankelijkheid vraagt om een samenhangende aanpak, gericht op betere monitoring, innovatie en samenwerking om de beschikbare capaciteit doelmatiger in te zetten, wachtlijsten terug te dringen en de aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten.

Het is belangrijk om de ontwikkelingen in vraag en aanbod, wachttijden, de arbeidsmarkt en de financiële positie structureel te blijven monitoren. Wel maakt het beperkte, financiële inzicht in kleine ergotherapiepraktijken het vooralsnog lastig om oorzaken van knelpunten goed te duiden.

Voor het terugdringen van toegankelijkheidsproblemen is niet alleen extra capaciteit nodig, maar ook een betere benutting van de bestaande capaciteit. Innovatie, samenwerking en digitalisering kunnen bijdragen aan het verminderen van de administratieve belasting, het aantrekkelijker maken van het werk en een doelmatigere inzet van de beschikbare capaciteit. De sector bestaat grotendeels uit kleine praktijken, waardoor schaalvergroting niet overal haalbaar of wenselijk is. Het is belangrijk de zelfstandigheid en autonomie van kleine praktijken te behouden, omdat deze voor veel ergotherapeuten juist belangrijke aantrekkelijke aspecten van het beroep zijn. Het versterken van de organisatiegraad door samenwerking tussen praktijken, bijvoorbeeld op het gebied van administratie, digitalisering,

werkgeverschap en kennisontwikkeling, kan een alternatief bieden voor schaalvergroting. Ook meerjarencontracten, subsidies en betere digitale gegevensuitwisseling kunnen innovatie ondersteunen. Tegelijkertijd ervaren zorgaanbieders beperkingen in de huidige bekostiging, die vooral is gebaseerd op productie per zitting.

Daarnaast kunnen een betere benutting van zorgbemiddeling, meer inzicht in de beschikbare capaciteit en differentiatie van toegankelijkheidsnormen naar de urgentie van de zorgvraag bijdragen aan een betere prioritering van schaarse capaciteit. Differentiatie van toegankelijkheidsnormen verbetert echter vooral de verdeling van schaarse capaciteit en leidt niet automatisch tot kortere wachttijden. Zorgbemiddeling wordt nog beperkt benut en er is onvoldoende inzicht in de beschikbare behandelcapaciteit. Wachtlijstcentralisatie kan vraag en aanbod beter inzichtelijk maken, maar lost de personeelstekorten niet op.

Tot slot zijn gezamenlijke inspanningen nodig om de aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten en daarmee de instroom en het behoud van ergotherapeuten te versterken. Hoewel de instroom van ergotherapeuten momenteel groter is dan de uitstroom, groeit het aantal professionals onvoldoende mee met de toenemende zorgvraag. Arbeidsvoorwaarden, inkomensperspectief en werkdruk kunnen bijdragen aan uitstroom.

De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij meerdere partijen. Zorgaanbieders en brancheorganisaties hebben een signalerende rol. Van hen wordt verwacht dat zij ontwikkelingen signaleren, gegevens verzamelen ten behoeve van monitoring en de samenwerking en organisatiegraad binnen de sector versterken. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ontwikkelingen in vraag, aanbod, capaciteit, wachttijden en toegankelijkheid monitoren. Vanuit hun zorgplicht moeten zij zich maximaal inspannen en waar nodig actie ondernemen om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Daarnaast werken zij samen met beroepsverenigingen en zorgaanbieders bij het verzamelen van relevante gegevens. VWS kan, waar passend, een faciliterende rol vervullen. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en betreft de bevindingen uit dit marktonderzoek bij het risico gestuurd toezicht op de zorgplicht.

2 Inleiding

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een marktonderzoek² uit te voeren naar het functioneren van de paramedische zorgmarkt, met in het bijzonder aandacht voor het borgen van de toegankelijkheid nu en in de toekomst. Aanleiding voor deze opdracht waren onder meer signalen van zorgaanbieders over lange wachttijden, hoge uitstroomcijfers van zorgmedewerkers, onvrede over vergoedingen en het contracteerproces. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de eventuele knelpunten voor de toegankelijkheid van deze zorg en om te beoordelen of zich op korte of lange termijn risico's kunnen voordoen.

De paramedische zorg vervult een essentiële rol in het Nederlandse zorglandschap, met een directe impact op de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en participatie van patiënten. In het licht van de transitie naar passende zorg en het versterken van de eerstelijnszorg is deze rol des te belangrijker, zoals beoogd in het Integraal Zorgakkoord (IZA), Visie Eerstelijnszorg 2030, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA). Tegelijkertijd zijn binnen verschillende paramedische sectoren – waaronder fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie en diëtetiek – signalen over knelpunten.

Het onderzoek is in 2025 gestart met de sector fysiotherapie, waarvan begin 2026 een eindrapport is verschenen. In de eerste helft van 2026 zijn vervolgens de sectoren logopedie en ergotherapie onderzocht, waarna de laatste fase zich richt op oefentherapie en diëtetiek. Voorliggend rapport presenteert de uitkomsten van het onderzoek naar de ergotherapie en ziet enkel toe op de eerstelijns ergotherapie

2.1 Onderzoeksvragen

De kernvraag van dit onderzoek is of de toegankelijkheid van ergotherapie nu en in de toekomst in de knel komt. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Is er een risico dat de toegankelijkheid van ergotherapie nu en/of in de toekomst in het gedrang komt?

Daarbij wordt toegankelijkheid van zorg gedefinieerd als de mate waarin mensen tijdig, zonder onaanvaardbare fysieke, financiële of sociale belemmeringen en ongeacht persoonlijke kenmerken, toegang hebben tot passende zorg.

Om deze vraag te beantwoorden, toetsen we op basis van verzamelde data of het zorgaanbod tijdig wordt geleverd (binnen de vastgestelde Treeknorm), fysiek bereikbaar is (nabij georganiseerd) en financieel haalbaar is (binnen de basisverzekering, aanvullende verzekering of via eigen betaling). Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de huidige situatie, maar worden ook trendanalyses uitgevoerd om ontwikkelingen richting de toekomst in beeld te brengen.

Aanvullend richt het onderzoek zich op de vraag welke kwetsbaarheden in de marktdynamiek bijdragen aan mogelijke risico's voor de toegankelijkheid en kwaliteit van ergotherapeutische zorg. Hierbij wordt gekeken naar factoren zoals de wijze van contractering, inkoopprikkels en de mate waarin het toezicht op de zorgplicht toereikend is. Het onderzoek richt zich primair op ergotherapie die onder de

² Dit marktonderzoek betreft geen arbeidsmarktonderzoek, maar het beeld van de arbeidsmarkt wordt in het rapport wel beschreven.

basisverzekering valt en waarvoor de zorgplicht geldt, zoals bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

2.2 Proces

Nadat de NZa de opdracht had gekregen om te onderzoeken of de markt voor paramedische zorg voldoende functioneert, is in de zomer van 2025 gestart met het opstellen van een onderzoeksplan en het aanbestedingstraject voor het kwantitatieve deel van het onderzoek.

Het kwantitatieve onderzoek naar de ergotherapie is vervolgens uitgevoerd door Equalis onder begeleiding van de NZa. Equalis is in december 2025 gestart met de analyses. De conceptresultaten zijn op 24 februari 2026 besproken in een klankbordgroep met vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), individuele zorgverzekeraars, de Patiëntenfederatie, Ergotherapie Nederland, praktiserende ergotherapeuten en de NZa. De opgehaalde reacties zijn verwerkt in het definitieve kwantitatieve rapport, dat op 6 maart 2026 is opgeleverd.

Parallel hieraan heeft de NZa het kwalitatieve deel van het onderzoek uitgevoerd. In juni 2026 is het conceptrapport extern geconsulteerd bij VWS, ZN, Ergotherapie Nederland en de Patiëntenfederatie. Het definitieve rapport is op 23 september 2026 aan VWS aangeboden.

2.3 Partijen

In dit rapport worden diverse partijen benoemd. Soms worden deze aangeduid als veldpartijen of overheidspartijen. Met veldpartijen bedoelen we zorgaanbieders vertegenwoordigd door de betreffende beroepsvereniging Ergotherapie Nederland en (een of de meerderheid van) de drie geïnterviewde zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verwijzen in hun uitspraken naar de zorgverzekeraar in algemene zin, tenzij anders vermeld wordt. De op zichzelf staande verkregen input vanuit ZN, dus los van de geïnterviewde zorgverzekeraars, wordt expliciet benoemd. 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 Onderzoekopzet en methoden

Dit marktonderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. Het kwantitatieve deel is uitgevoerd door Equalis onder begeleiding van de NZa en heeft als doel ontwikkelingen in de toegankelijkheid, het zorggebruik, het zorgaanbod, de contractering en de marktdynamiek binnen de ergotherapie inzichtelijk te maken. Het kwalitatieve deel is uitgevoerd door de NZa en is gericht op het duiden en verdiepen van de kwantitatieve bevindingen door ervaringen, percepties en toekomstverwachtingen van betrokken partijen in kaart te brengen.

Het onderzoek is gestart met een bureauonderzoek naar openbaar beschikbare informatie over de toegankelijkheid van de ergotherapie. Daarnaast zijn verschillende niet-openbare databronnen gebruikt, waaronder Vektis-declaratiedata, de Jaarverantwoording zorg (DigiMV) en CBS Microdata met

betrekking tot zorgrekeningdata. Om inzicht te krijgen in de wachttijden binnen de eerstelijns ergotherapie heeft de NZa daarnaast *mystery shopping*³ uitgevoerd.

Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn semigestructureerde interviews gehouden met de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland en drie zorgverzekeraars van verschillende omvang (Zilveren Kruis, a.s.r. en Salland). De informatie en standpunten van deze partijen geven derhalve een beeld vanuit het perspectief van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar zijn niet representatief voor alle zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Het is dus mogelijk dat niet alle zorgaanbieders of zorgverzekeraars zich hierin herkennen. De interviews zijn uitgevoerd nadat de eerste kwantitatieve analyses beschikbaar waren, zodat de uitkomsten konden worden gebruikt om de kwantitatieve bevindingen te duiden, aan te vullen en waar nodig van context te voorzien. Daarnaast zijn de conceptresultaten besproken in een klankbordgroep met vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, ZN, individuele zorgverzekeraars, de Patiëntenfederatie, Ergotherapie Nederland en praktiserende ergotherapeuten. De opgehaalde reacties zijn betrokken bij de verdere uitwerking van het onderzoek.

Tabel 1 geeft een overzicht van de in dit onderzoek gebruikte databronnen, het doel van iedere bron, de omvang van de onderzoekssample en een indicatieve beoordeling van de betrouwbaarheid en representativiteit. Voor enkele bronnen is in bijlage 10.2 een nadere toelichting opgenomen op de gehanteerde dataverwerking en onderzoeksmethoden, voor zover deze relevant zijn voor de interpretatie van de resultaten.

Tabel 1. Overzicht van bronnen in dit onderzoek

Bron	Inhoud / doel	Omvang & selectie onderzoekssample	Betrouwbaarheid & representativiteit ⁴	Gebruikt in hoofdstuk
Landelijk dekkende bronnen				
CBS	Microdata Uitgaven gezondheids- en welzijnszorg & cijfers m.b.t. de arbeidsmarkt Gezondheidszorg en Welzijn	Landelijk	Zeer hoog, gezien landelijke dekking en officiële statistiek	H5 Contractering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
NZa kerncijfers	Totale kosten, aantal patiënten/behandelingen/praktijken, behandelingen per patiënt, kosten per zitting	Landelijk, Zvw-zorg	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
RIVM / regiobeeld.nl	Zorggebruik (patiënten en kosten) eerstelijnszorg binnen Zvw va. 2018, incl. demografische projectie naar 2040 per regio	Landelijk, Zvw-zorg	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H5 Contractering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
Vektis	Declaratiegegevens paramedische zorg	Landelijk, Zvw-zorg	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H5 Contractering en marktdynamiek

³ Mystery shopping betreft een vorm van veldonderzoek en werd ingezet om de wachttijden van ergotherapiepraktijken 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.

⁴ De beoordeling van de betrouwbaarheid en representativiteit is gebaseerd op de omvang en samenstelling van de onderzoekssample, de onderzoeksmethodiek en de kwaliteit van de bron. Op basis hiervan is een indicatieve inschatting gemaakt; hierbij is geen kwantitatief normenkader toegepast. De beoordeling dient uitsluitend ter duiding van de verschillende bronnen.

				H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
Vereniging Hogescholen	Dashboard over instroom, inschrijvingen en diploma's per hogeschool en opleiding.	Landelijk. Alle hogescholen, alle Hbo-opleidingen	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
ZonMW	Aanwezigheid ZonMW voucher monodisciplinaire organisatiegraad	Landelijk, 48 regio's	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
Bronnen met een specifieke onderzoekssample				
DigiMV	Jaarverantwoording CIBG	Alle praktijken die zorg leveren onder de Zvw en Wlz, met uitzondering van solisten die tijdens afwezigheid nooit vervanging hebben ingezet.	Redelijk; wettelijke aanleverplicht maar beperkt tot sample zonder solisten	H5 Contractering en marktdynamiek
Ergotherapie Nederland infographics	Uitskomsten vanuit enquêtes gedaan door Ergotherapie Nederland	Meer dan 500 therapeuten werkzaam in zowel eerste als tweede lijn	Sterk indicatief, gezien open uitvraag	H5 Contractering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg H4 Toegankelijkheid
Kosten-onderzoek Paramedische zorg	Kostprijzen en betaalbaarheid van paramedische sectoren	Gestratificeerde steekproef getrokken met aselekt begin	Hoog, breed onderzoek in paramedische sector	H5 Contractering en marktdynamiek H3 Aanbod van zorg
Nivel rapporten	Jaar- en trendcijfers patiëntkenmerken, prestaties, diagnoses, aantal behandelingen. Arbeidsmarktcijfers.	Steekproef van zorgaanbieders (~10% van landelijk)	Hoog, gevalideerde steekproef incl. wetenschappelijke onderbouwing.	H5 Contractering en marktdynamiek H6 Transitie naar passende zorg H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
NZa Mystery shopping	Veldonderzoek (telefonisch) t.b.v. inzicht in wachttijden.	81 praktijken o.b.v. stratified en non-random sampling	Redelijk, onderbouwde selectie maar omvang beperkt	H4 Toegankelijkheid
SEO economisch onderzoek	Maatschappelijke kosten en batenanalyse	Eerstelijnspraktijken	Redelijk, deels data van internationale studies i.p.v. nationale data	H6 Transitie naar passende zorg

2.5 Uitgangspunten

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars voor zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vergoed. Voor ergotherapie houdt dit in dat de zorgplicht betrekking heeft op maximaal tien behandelingen per verzekerde per kalenderjaar vanuit de basisverzekering. 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 NZa⁵.

2.6 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 3 worden inzichten over het zorggebruik en zorgaanbod geanalyseerd, waarna in hoofdstuk 4 de toegankelijkheid van ergotherapie wordt behandeld. In hoofdstuk 5 wordt de contractering en de marktdynamiek uiteengezet. Hoofdstuk 6 beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de sector in relatie tot passende zorg. Vervolgens staan in hoofdstuk 7 de mogelijkheden, aanbevelingen en eventuele oplossingsrichtingen voor partijen centraal. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies, gevolgd door de disclaimer in hoofdstuk 9. Tot slot omvat hoofdstuk 10 de bijlagen waar in dit rapport naar wordt verwezen.

⁵ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht Zvw

3 Zorggebruik en aanbod van zorg

Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de ergotherapeutische zorg is het van belang de ontwikkeling van zowel de zorgvraag als het zorgaanbod in kaart te brengen. In dit hoofdstuk wordt daarom ingegaan op het zorggebruik, het aanbod van zorgaanbieders en ergotherapeuten, de beschikbare capaciteit en de ontwikkeling van de instroom en uitstroom binnen de sector. Waar mogelijk worden deze ontwikkelingen in de tijd beschreven en geplaatst in de context van de verwachte toekomstige zorgvraag.

3.1 Zorggebruik

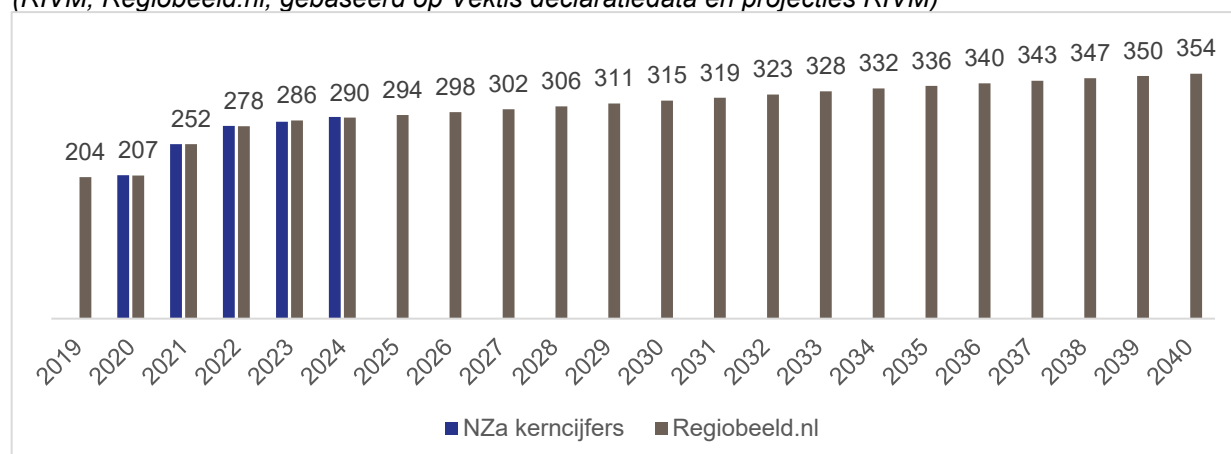
In 2024 maakten ongeveer 290.000 unieke patiënten gebruik van ergotherapie (Figuur 1). Ten opzichte van 2019 is het totaal aantal unieke patiënten met 42,1% gestegen, wat wijst op een groter bereik van deze zorgvorm onder de bevolking. Vanaf 2023 is er echter ook een stabilisatie van de groei van het aantal unieke patiënten te zien. De groei van 42,1% is aanzienlijk hoger dan in andere paramedische sectoren: het totaal aantal unieke patiënten voor fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek en logopedie stegen in dezelfde periode met respectievelijk 9,2%, 9,6%, 17,3% en 7,1% (NZa, 2026). Een mogelijke verklaring voor deze stijging is de toenemende vergrijzing, het effect van langer thuis wonen, meer onderbouwing over de effectiviteit van ergotherapie en een grotere bekendheid van ergotherapie bij huisartsen en andere verwijzers. Daarnaast wordt vanuit het veld aangegeven dat de stijging mede wordt gevoed door effecten van corona en een toegenomen focus op vragen rondom belastbaarheid.

Op basis van Vektis-data heeft het RIVM (2026) een demografische toekomstprojectie⁶ opgesteld voor 2040. Ook richting de toekomst wordt een verdere groei verwacht: ten opzichte van 2025 gaat het om een toename van circa 20,3%. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit scenario uitgaat van een onveranderde inrichting van zorg; toekomstige veranderingen, zoals focus op meer zelfredzaamheid, kunnen de uitkomsten beïnvloeden. Ergotherapie Nederland herkent dit beeld en geeft aan dat de verwachte toename in zorgvraag wordt versterkt door de groeiende groep ouderen die langer thuis blijft wonen vanuit overheidsbeleid, wat de meerwaarde van ergotherapeuten verder onderstreept.

⁶ Het RIVM baseert de toekomstprojecties voor paramedische zorg vooral op demografische projecties: huidige leeftijds- en geslachtsspecifieke gebruikscijfers worden toegepast op de Primos-bevolkingsprognose. Voor regio's worden deze landelijke cijfers vervolgens geschaald met een regionale factor om bestaande verschillen in zorggebruik mee te nemen.

Figuur 1. Aantal unieke patiënten ergotherapie in duizendtallen, incl. projecties

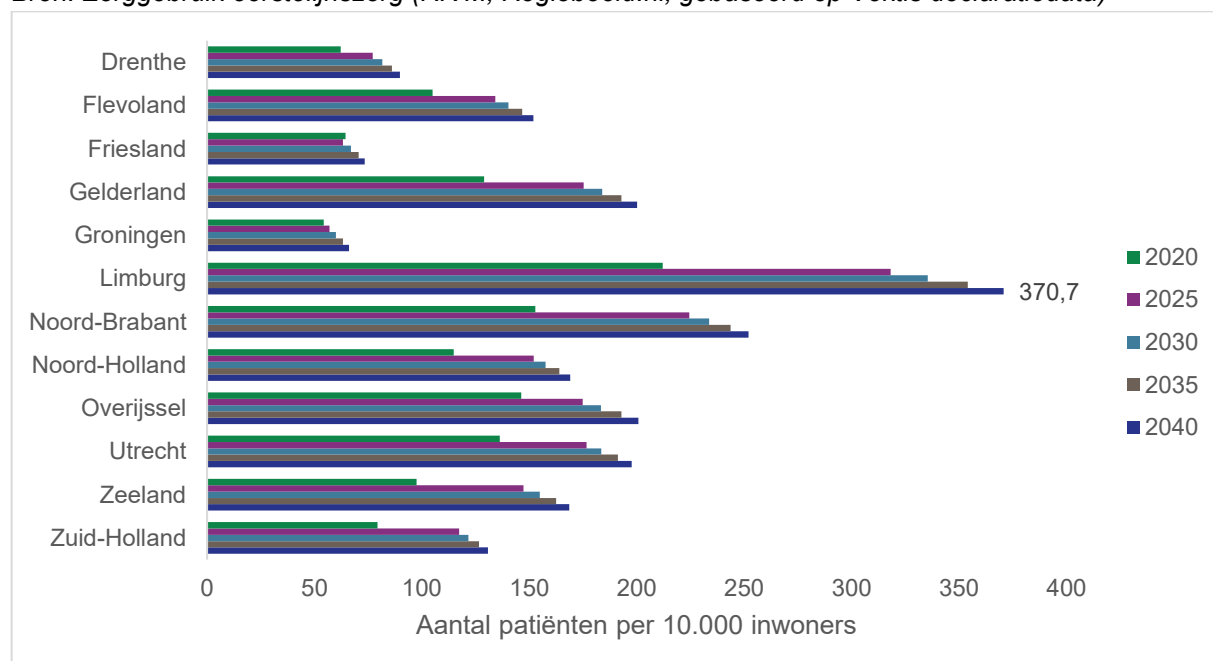
Bron: Kerncijfers ergotherapie (NZa, gebaseerd op Vektis declaratiedata) en Zorggebruik eerstelijnszorg (RIVM, Regiobeeld.nl, gebaseerd op Vektis declaratiedata en projecties RIVM)



Figuur 2 laat zien dat er in alle regio's sprake is van een stijgende trend in het aantal patiënten dat gebruik maakt van ergotherapie in de periode 2020–2025, met verdere groei in de daaropvolgende prognosejaren. Het lagere aantal unieke patiënten in 2020 kan toegerekend worden aan uitgevallen zorg als gevolg van de coronapandemie in dat jaar. Er zijn verder duidelijke regionale verschillen zichtbaar. Limburg valt hierbij op als de regio met het hoogste aantal patiënten dat gebruik maakt van ergotherapie. Volgens de projecties loopt dit aantal op tot 371 patiënten per 10.000 inwoners in 2040 (RIVM, 2026).

Figuur 2. Aantal unieke patiënten ergotherapie per regio per 10.000 inwoners, incl. projecties

Bron: Zorggebruik eerstelijnszorg (RIVM, Regiobeeld.nl, gebaseerd op Vektis declaratiedata)

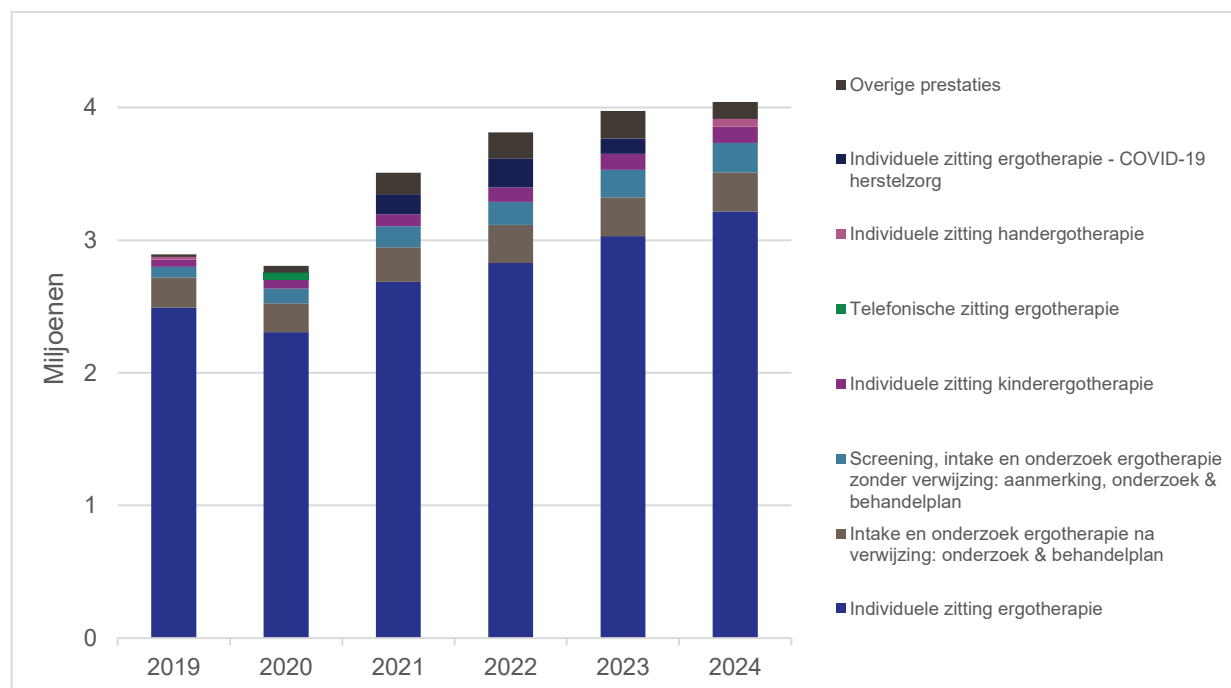


In 2024 zijn er in totaal 4,05 miljoen ergotherapie-prestaties uitgevoerd (Figuur 3). Dat is een stijging van 39,7% ten opzichte van 2019. Ook in 2021 was er al een groei van 25,1% vergeleken met het jaar ervoor. Gezien de veelal fysieke aard van ergotherapeutische zorg, kan het lagere aantal prestaties in 2020 toegerekend worden aan de maatregelen van de coronapandemie in dat jaar. Sindsdien neemt het

aantal prestaties geleidelijk toe, maar de toename lijkt zich per 2023 te stabiliseren. De weergegeven cijfers zijn gecorrigeerd voor toeslagen; dat betekent dat toeslagen niet als afzonderlijke prestatie zijn meegerekend. Hierdoor komen de aantallen niet overeen met die in de NZa kerncijfers. In de bijlage in hoofdstuk 10.3 geeft de tabel de onderliggende data weer, inclusief toeslagen aan huis. Wanneer alle prestaties, behalve overige prestaties⁷ en toeslagen, worden meegenomen, betreft dit een totaal van 977.766 zorguren in 2024.

Figuur 3. Aantal gedeclareerde prestaties (top 5 per jaar) prestaties binnen ergotherapie tussen 2019 en 2024 in miljoenen

Bron: Vektis declaratiedata



Het gemiddeld aantal geleverde prestaties per patiënt is tussen 2019 en 2024 nagenoeg stabiel gebleven, met een lichte daling van 14,4 naar 13,9 prestaties per patiënt. Het is op basis van de beschikbare data niet inzichtelijk hoelang de doorlooptijd van een behandeling was. Een eventuele verandering in doorlooptijd van de totale behandeling over meerdere jaren kan dus niet bepaald worden.

3.2 Aanbod van zorg

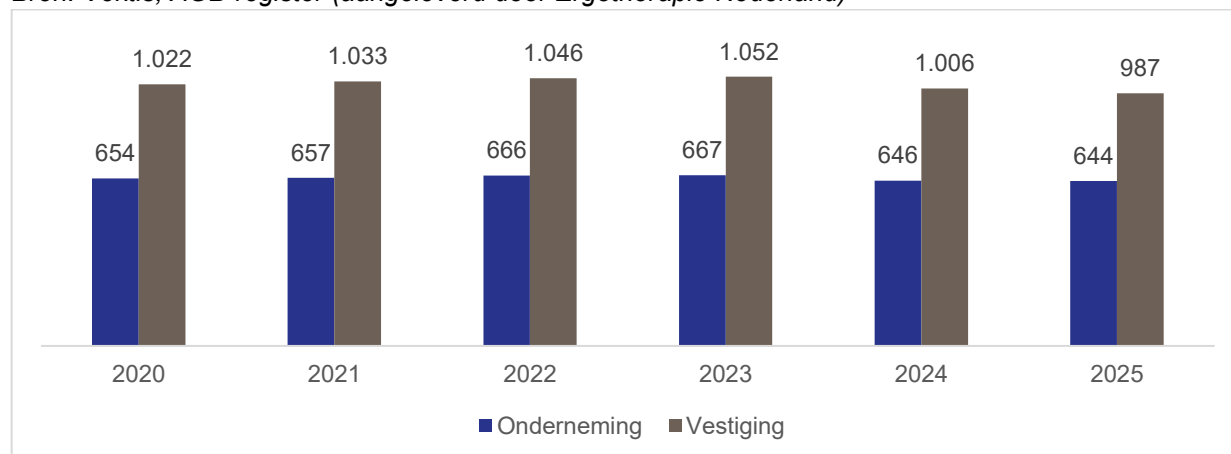
In 2025 telde het AGB-register 644 ondernemingen met een actieve AGB-code voor ergotherapie, wat neerkomt op een lichte daling van 2% ten opzichte van 2020. Het aantal vestigingen bedroeg in 2025 987, wat een lichte daling van 3% is ten opzichte van 2020. Per 2023 is wel een afname zichtbaar voor zowel ondernemingen met een actieve AGB-code voor ergotherapie als voor het aantal vestigingen (Figuur 4). Deze gegevens bevatten echter ook de zorg buiten de eerste lijn. Het exacte aantal

⁷ De categorie 'overige prestaties' bestaat uit alle prestaties die niet behoren tot de vijf meest voorkomende prestatiecodes die afzonderlijk in bijlage 10.3 zijn weergegeven. Toeslagprestaties zijn hierbij (alsmede bij de vijf meest voorkomende prestaties per jaar) buiten beschouwing gelaten, omdat deze niet als zelfstandige zorgprestaties worden beschouwd.

eerstelijnsondernemingen en -vestigingen is niet bekend.⁸ Inzichten over het aantal praktijken op regionaal niveau kunnen op basis van beschikbare data ook niet worden gegeven.

Figuur 4. Aantal ondernemingen en vestigingen ergotherapie

Bron: Vektis, AGB-register (aangeleverd door Ergotherapie Nederland)



3.2.1 Organisatiegraad

De organisatiegraad omvat verschillende elementen. In de kern gaat het om de mate waarin professionals zich op wijk-, regionaal en landelijk niveau weten te organiseren, met als doel de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg — nu en in de toekomst — te versterken. In de Visie eerstelijnszorg 2030 wordt voor paramedici specifiek het belang benadrukt van een gemandateerde afvaardiging. Breder gaat het echter om de vraag in hoeverre zorgaanbieders op verschillende niveaus in staat zijn om onderlinge samenwerkingsafspraken te maken, bijvoorbeeld over capaciteitsinzicht, verwijzingsafspraken en overlegstructuren. Een goede organisatiegraad helpt zorgprofessionals om zich zoveel mogelijk te kunnen richten op hun kerntaak: het leveren van goede zorg.

Op 1 juli 2026 zijn via het ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg 48 vouchers toegekend waarmee ergotherapeuten in de desbetreffende 48 regio's zijn gestart met het versterken van de regionale monodisciplinaire organisatiegraad in de eerstelijnszorg.⁹ In de landelijke visie Eerstelijnszorg 2030 en bijbehorende regionale implementatie, zijn ergotherapeuten één van de twaalf eerstelijns-disciplines die gemandateerd aan tafel zitten. Daarnaast zijn ergotherapeuten verenigd in de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland.

Ergotherapie Nederland signaleert dat regionale samenwerking en de visie op eerstelijnszorg steeds meer aandacht krijgen binnen de beroepsvereniging. Tegelijkertijd ziet Ergotherapie Nederland dat de eerstelijnspraktijken grotendeels bestaan uit eenpitters, terwijl middelgrote en grote praktijken beperkt zijn en voornamelijk in grote steden gevestigd. Grotere praktijken hebben moeite met het vervullen van vacatures en zien hun omvang de afgelopen jaren afnemen, mede door afname van zzp'ers en

⁸ De vestigings- en ondernemingscijfers van Vektis hebben bijna volledig betrekking op de eerstelijnszorg. Er zijn hierop uiteraard uitzonderingen, zoals kleine organisaties die uitsluitend op scholen werkzaam zijn of logopedisten/ ergotherapeuten die extern worden ingehuurd en alleen werkzaamheden verrichten binnen niet-eerstelijnsinstellingen. Tweedelijnsorganisaties beschikken over een andere AGB-code, bijvoorbeeld die van een VVT-instelling of een ziekenhuis. Voor AGB-codes van individuele zorgverleners ligt dit anders, omdat zij ook werkzaam kunnen zijn binnen instellingen die geen specifieke AGB-code voor ergotherapie hebben. De NZa heeft ook cijfers van zorgverzekeraars ontvangen over gecontracteerde partijen, maar kunnen niet bij elkaar worden opgeteld, omdat veel praktijken door meerdere zorgverzekeraars zijn gecontracteerd en mogelijk leiden tot dubbeltellingen.

⁹ Regiokaart vouchers ergotherapeuten ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg

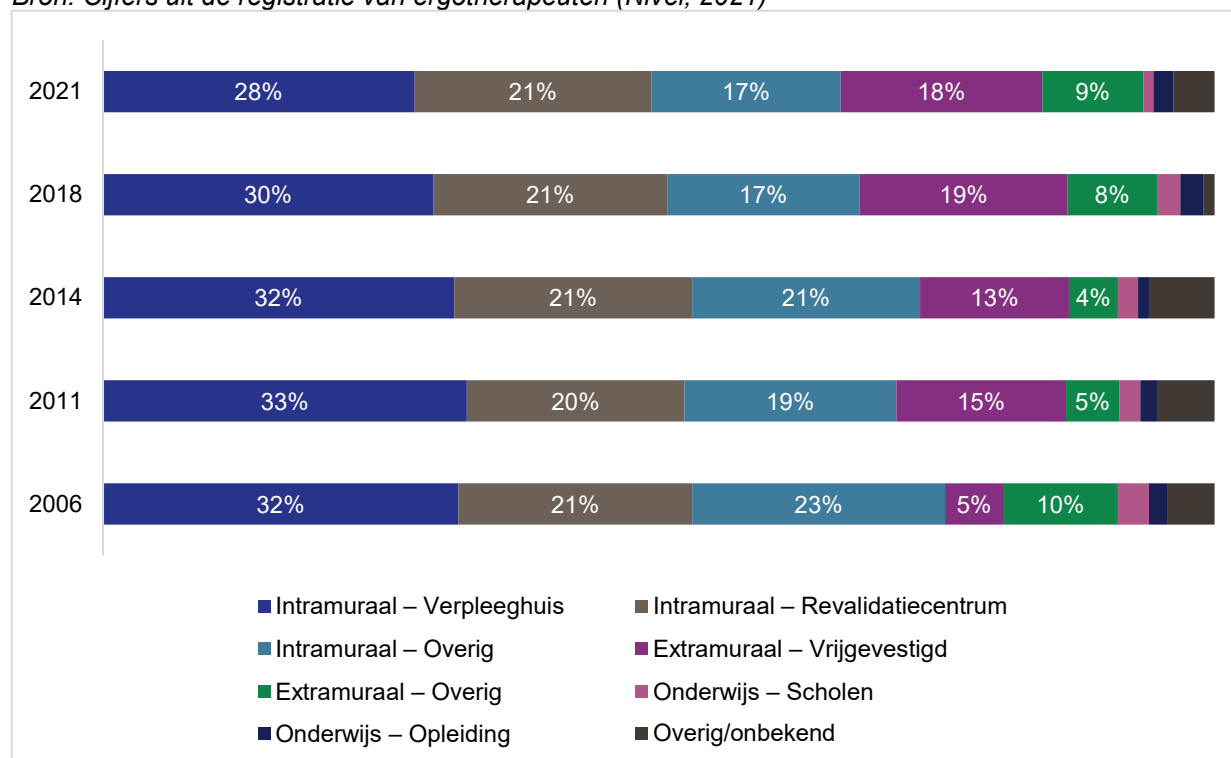
veranderende wet- en regelgeving. Door het niet kunnen opvullen van de formatie van vertrokken zzp'ers ontstaat er minder behandelcapaciteit. Over het algemeen constateert Ergotherapie Nederland dat praktijken kleiner worden en dat de capaciteit om zorg in de eerste lijn te leveren inkrimpt. Volgens Ergotherapie Nederland speelt een structurele spanning tussen tarieven, kostprijs en duurzame bedrijfsvoering hierin een rol. Het Gupta kostprijsonderzoek en de enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025) tonen namelijk aan dat veel praktijken vaak opereren met personeelskosten onder de norm, een relatief lage productiviteit en een hoog aandeel indirecte tijd.

Zorgverzekeraars constateren dat het aantal beschikbare ergotherapeuten in de eerste lijn relatief laag is en dat het aantal AGB-codes voor praktijken sinds 2022 nagenoeg stabiel is. De hierboven genoemde cijfers in paragraaf 3.2 laten echter een lichte daling zien. Verder zijn er volgens zorgverzekeraars geen signalen van (dreigende) faillissementen. Dit wijst er volgens hen op dat eventuele daling van het aantal praktijken niet door financiële problemen wordt veroorzaakt, maar door organisatorische en capaciteitsmatige factoren.

3.2.2 Dienstverbanden

Resultaten van het Nivel (2022) geven inzicht in het hoofdwerkveld van werkzame ergotherapeuten, al zijn deze gegevens verouderd en gaan deze gegevens over zowel de eerste als de tweedelijns therapeuten. Figuur 5 laat zien dat in 2021 ruim twee derde van de ergotherapeuten intramuraal werkte, voornamelijk in de VVT, revalidatiecentra of andere intramurale settingen. Het grootste deel van de overige ergotherapeuten werkte extramuraal, als vrijgevestigde of in andere extramurale functies. Slechts een klein deel, circa 3% in 2021, was actief in het onderwijs. Een vergelijking van 2006 met 2021 laat zien dat het aandeel intramuraal werkende ergotherapeuten is afgenomen, terwijl het aandeel extramuraal werkenden is toegenomen. In de Nivel-resultaten is zichtbaar dat ergotherapeuten regelmatig aangeven te werken op het grensvlak van verschillende typen instellingen. Genoemde combinaties zijn onder meer: verpleeg- of verzorgingshuis met revalidatiecentrum en/of thuiszorg, onderwijs en GGZ-zorg, en ook de combinatie verpleeg-/verzorgingshuis met ziekenhuis.

Figuur 5. Verdeling werkzame ergotherapeuten naar hoofdwerkveld [n = 1.905 ergotherapeuten]
 Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2021)



De bovenstaande gegevens zijn afkomstig uit een vragenlijst met een respons van 1.905 ergotherapeuten, van de in totaal 6.138 aangeschreven personen. Dit komt neer op een responspercentage van 31%. Het is niet bekend hoeveel respondenten de specifieke vraag over het hoofdwerkveld hebben beantwoord. Resultaten t/m 2018 zijn gewogen, resultaten van 2021 zijn ongewogen.

Tabel 2 laat de verdeling van werkuren zien over de verschillende financieringsvormen. Gemiddeld werken ergotherapeuten 25,6 uur per week binnen één of meerdere genoemde financieringsstromen, wat neerkomt op 87% van hun totale werktijd per week (29,4 uur). Ongeveer 33% van de totale werktijd wordt gefinancierd vanuit de Zvw, gevolgd door revalidatie¹⁰ (25%) en de Wet langdurige zorg (Wlz) (21%); andere financieringsvormen komen minder vaak voor. De categorie 'anders' betreft vooral financiering vanuit de Jeugdwet of het onderwijs. Intramuraal werkende ergotherapeuten worden voornamelijk betaald vanuit revalidatie en de Wlz, terwijl extramuraal werkenden vooral vanuit de Zvw worden gefinancierd (circa 75% van hun werktijd) (Nivel, 2022).

Deze brede spreiding over verschillende financieringsstromen en werkvelden illustreert de complexiteit van de ergotherapie sector: ergotherapeuten bewegen zich in uiteenlopende domeinen, met verschillende opdrachten, bekostigingslogica's en organisatorische structuren.

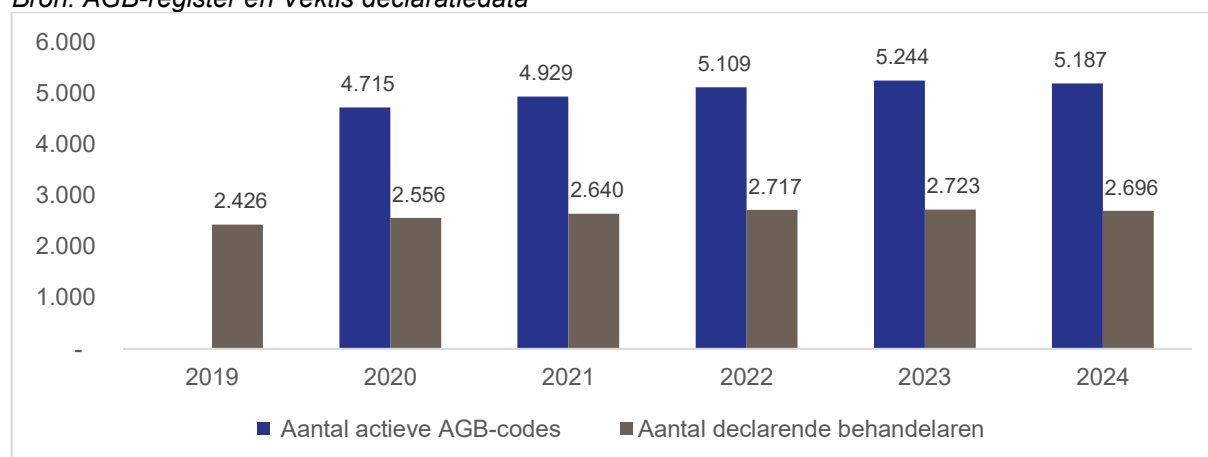
¹⁰ Revalidatie binnen de medische specialistische zorg (MSZ), het eerstelijnsverblijf (ELV) en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

Tabel 2. Gemiddelde aantal uren per financieringsvorm binnen hoofdinstelling in 2021*Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2022)*

	Zvw	Wlz	Wmo	Revalidatie (msz, elv, grz)	DBC	Anders	Totaal uren
Intramuraal	17%	30%	2%	36%	13%	3%	26,4
Extramuraal	75%	3%	12%	2%	0%	8%	26,5
Onderwijs	8%	0%	0%	4%	3%	84%	20,3
Overig	19%	8%	7%	6%	3%	55%	23,1
Totaal	33%	21%	5%	25%	9%	8%	25,6

3.2.3 Aantal zorgverleners

Op basis van de Vektis-data zijn het aantal eerstelijnszorgverleners in de ergotherapie in kaart gebracht. Daarbij valt op dat het aantal actieve AGB-codes in het AGB-register hoger ligt dan het aantal behandelaren dat daadwerkelijk heeft gedeclareerd in de betreffende jaren (Figuur 6). Wanneer we kijken naar het aantal behandelaren dat daadwerkelijk declaraties heeft ingediend, zien we dat dit aantal is gestegen van 2.426 in 2019 naar 2.696 in 2024, een toename van 11%.

Figuur 6. Aantal actieve AGB-codes en declarerende behandelaren van 2019 tot 2024*Bron: AGB-register en Vektis declaratiedata*

De gemiddelde leeftijd van alle ergotherapeuten in de gehele sector was 39,6 jaar in 2021 en ruim de helft (53%) was jonger dan 40 jaar. Het aandeel mannen in deze beroepsgroep is klein (7,5%), maar is ten opzichte van de voorgaande jaren wel gestegen (Nivel, 2022).

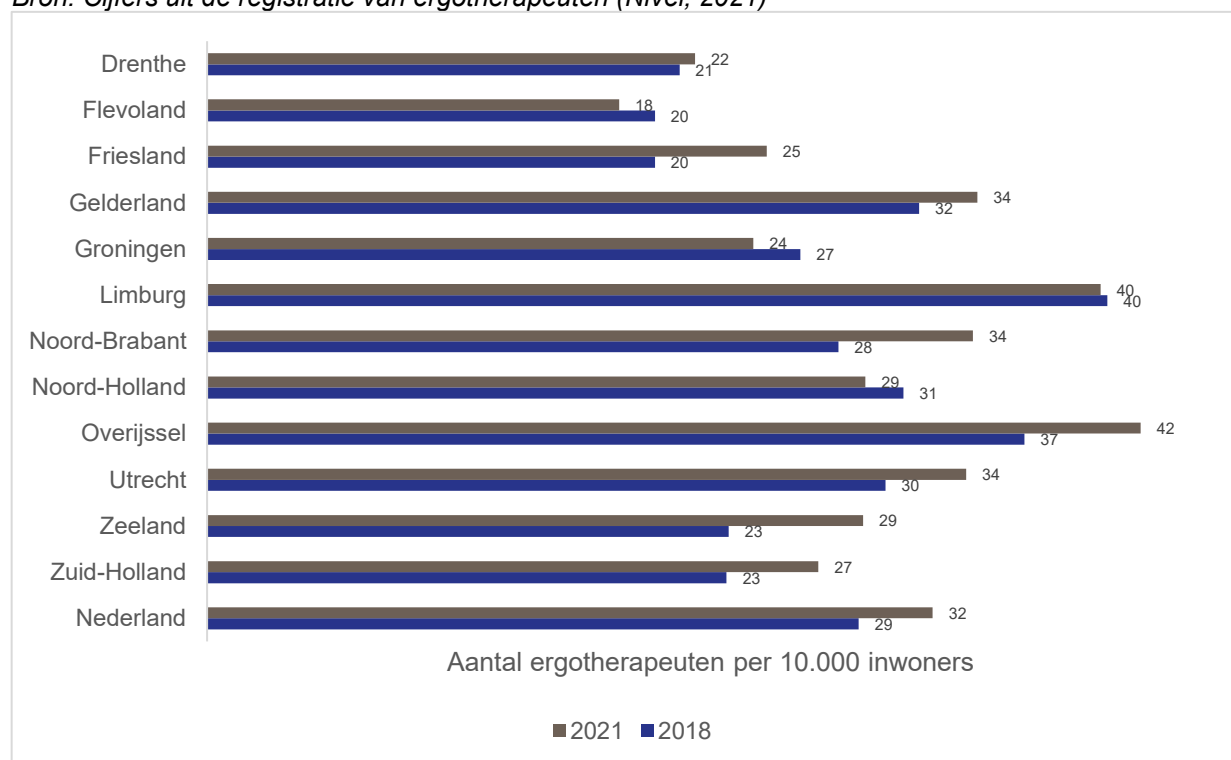
In 2021 telde Nederland gemiddeld 32 ergotherapeuten per 100.000 inwoners, tegenover 29 per 100.000 inwoners in 2018. Dit betekent een lichte stijging. Figuur 7 toont per provincie het aantal ergotherapeuten per 100.000 inwoners. In de meeste provincies is een lichte toename zichtbaar, terwijl enkele provincies een lichte daling laten zien. Opvallend is dat Limburg het hoogste aantal ergotherapeuten per 100.000 inwoners kent, en dat zowel de kosten als het zorggebruik daar eveneens het hoogst zijn. In Overijssel is het aantal ergotherapeuten vergelijkbaar, maar liggen de kosten en het zorggebruik aanmerkelijk lager dan in Limburg.

Hoewel het aantal ergotherapeuten per inwoner een indicatie geeft van de regionale spreiding van capaciteit, laat dit niet automatisch zien in hoeverre de zorg daadwerkelijk beschikbaar is. Zo geven

Ergotherapie Nederland en zorgverzekeraars aan dat de vraag naar ergotherapie toeneemt en dat er signalen zijn van wachtlijsten, met name in de eerstelijnszorg in minder stedelijke gebieden. Dit suggereert dat regionale verschillen in capaciteit niet één-op-één samenhangen met het feitelijke zorggebruik en dat ook andere factoren, zoals zorgvraag, spreiding van aanbod en organisatie van zorg, een rol spelen.

Figuur 7. Aantal ergotherapeuten per 100.000 inwoners per provincie

Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2021)



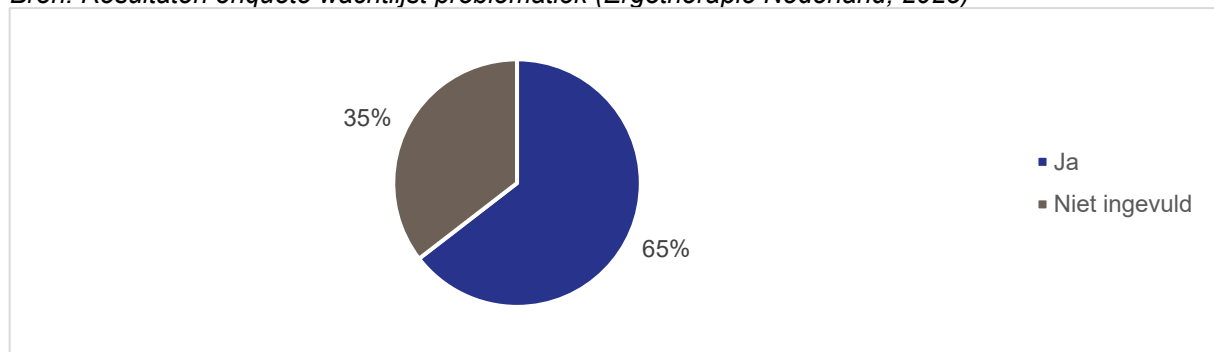
3.2.3.1 Capaciteit ergotherapeuten

In 2025 had 65% van de ergotherapiepraktijken in de eerste lijn vacatures die langer dan drie maanden openstonden (Figuur 8). Volgens Ergotherapie Nederland zijn de belangrijkste redenen waarom vacatures moeilijk te vervullen zijn: het uitblijven van reacties, onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden en een tekort aan afgestudeerde kandidaten¹¹. Verder verwacht Ergotherapie Nederland dat het aanbod van ergotherapeuten in de komende jaren verder zal afnemen. Ergotherapie Nederland geeft aan dat ten eerste de instroom daalt in de opleidingen; opleidingen starten niet als het aantal studenten onder de kritische grens komt die nodig is voor rendabiliteit, mede door bezuinigingen. Ten tweede neemt het aanbod aan deeltijdopleidingen af, terwijl daarnaast steeds meer ergotherapeuten hun motivatie voor het vak heroverwegen. Ergotherapie Nederland benadrukt dat het belangrijk is tijdig op deze ontwikkelingen in te spelen om te voorkomen dat het aanbod in een neerwaartse spiraal terechtkomt.

¹¹ Resultaten enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025).

Figuur 8. Percentage praktijken met vacatures > 3 maanden open in de eerste lijn [n = 251 eerstelijns ergotherapeuten]

Bron: Resultaten enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025)



Enkele zorgverzekeraars herkennen de geluiden over vacatures en wachtlijsten. Ze merken dat vacatures momenteel langer open blijven staan, maar benoemen dat deze uiteindelijk wel worden ingevuld. Dit geldt echter niet unaniem voor alle zorgverzekeraars; die kunnen zich hier niet allen in vinden, aldus ZN. Uit een survey, uitgevoerd door een zorgverzekeraar onder logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten, blijkt daarnaast dat het beeld van het vullen van vacatures sterk verschilt per praktijk en afhankelijk is van de regio.

Er is voor ergotherapie geen betrouwbare kwantitatieve informatie beschikbaar over capaciteitsramingen waarin vraag en aanbod tegen elkaar worden afgezet. De geïnterviewde veldpartijen zijn het erover eens dat er binnen de ergotherapie een (dreigend) tekort aan capaciteit is, in ieder geval gezien de stijgende vraag en het dalende aanbod. Volgens zorgverzekeraars beweegt het ervaren tekort deels mee met een bredere maatschappelijke trend: de totale beroepsbevolking in Nederland wordt kleiner. Nog belangrijker is dat deze ontwikkeling samenvalt met een vergrijzende bevolking, die naar verwachting juist vaker een beroep zal doen op ergotherapeutische zorg. Dit hangt mede samen met het overheidsbeleid dat erop gericht is ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Hierdoor neemt de vraag naar ondersteuning bij zelfredzaamheid en functioneren in de thuissituatie verder toe.

3.2.4 In- en uitstroom

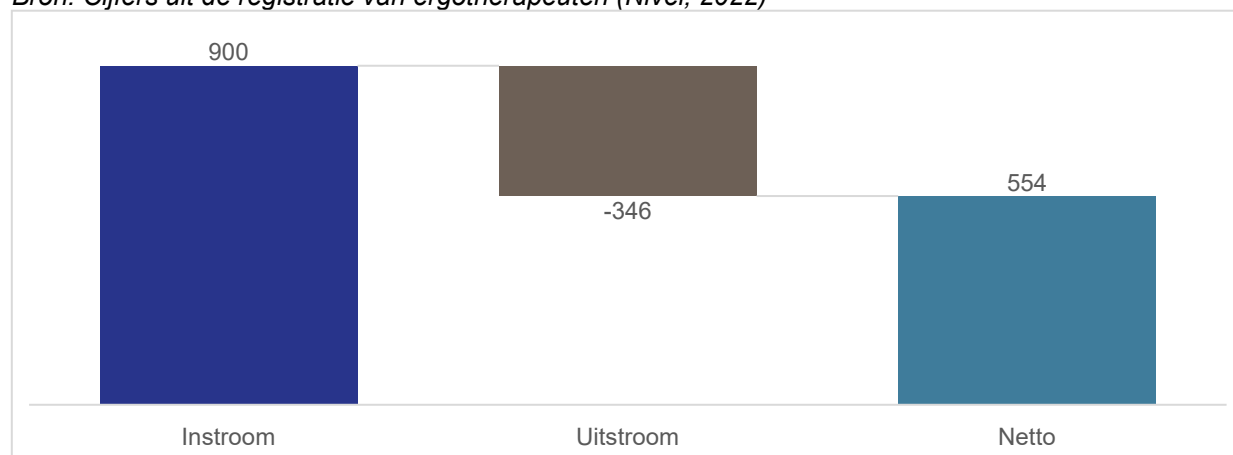
Volgens Nivel stroomden tussen 2018 en 2021 naar schatting ruim 900 nieuwe ergotherapeuten de sector in, terwijl 346 professionals uitstroomden (Figuur 9). Hoewel daarmee sprake is van een positieve netto-instroom, is deze groei onvoldoende om gelijke tred te houden met de toenemende zorgvraag. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze cijfers betrekking hebben op alle werkzame ergotherapeuten en niet specifiek op ergotherapeuten werkzaam in de eerstelijnszorg. Over de in- en uitstroom van ergotherapeuten in de eerste lijn zijn geen recentere of meer specifieke gegevens beschikbaar.

De belangrijkste redenen voor uitstroom bij de totale beroepsgroep waren verminderde motivatie, pensionering, vertrek naar het buitenland, studie en werkdruk (Nivel, 2022). Ook Ergotherapie Nederland rapporteert over vertrekredenen bij eerstelijns ergotherapeuten. Daar worden de volgende drie factoren het vaakst genoemd: het vinden van een andere baan binnen de ergotherapie zoals in de revalidatie of in het ziekenhuis, ongunstige arbeidsvoorwaarden, onvoldoende inkomen en een te hoge werkdruk (Ergotherapie Nederland, 2025). Ergotherapie Nederland geeft daarnaast aan dat eerstelijnspraktijken relatief veel investeren in het opleiden en begeleiden van startende ergotherapeuten. Volgens de beroepsvereniging kiezen deze medewerkers na enkele jaren regelmatig

voor een functie in de tweede- of derdelijn, onder meer vanwege aantrekkelijkere arbeidsvoorwaarden en beloning.

Figuur 9. In- en uitstroom ergotherapeuten tussen 2018-2021

Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2022)

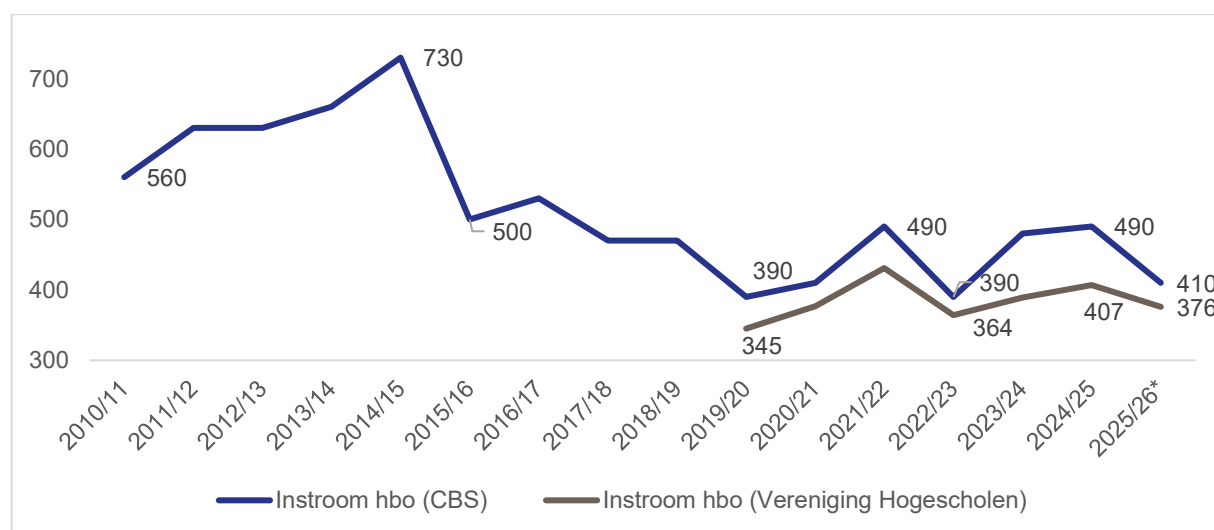


3.2.4.1 Opleidingen

Voor de instroom en het aantal behaalde diploma's van de hbo-opleiding Ergotherapie zijn twee bronnen geraadpleegd: CBS (2026) en de Vereniging Hogescholen (2026). Volgens het CBS was er een piek in instroom in het studiejaar 2014/15, waarna het aantal per jaar daalde en vervolgens enkele fluctuaties laat zien (Figuur 10). Er is geen duidelijke trend zichtbaar over de gehele periode. De data van de Vereniging Hogescholen gaat minder ver terug in de tijd, maar toont eveneens fluctuaties, met vanaf 2022-2023 een lichte toename in instroom gevolgd door een afname in het studiejaar 2025-2026.

Figuur 10. Instroom hbo-opleiding ergotherapie

Bron: AZW Statline (CBS, 2026) en Dashboard instroom, inschrijvingen en diploma's (Vereniging Hogescholen, 2026)

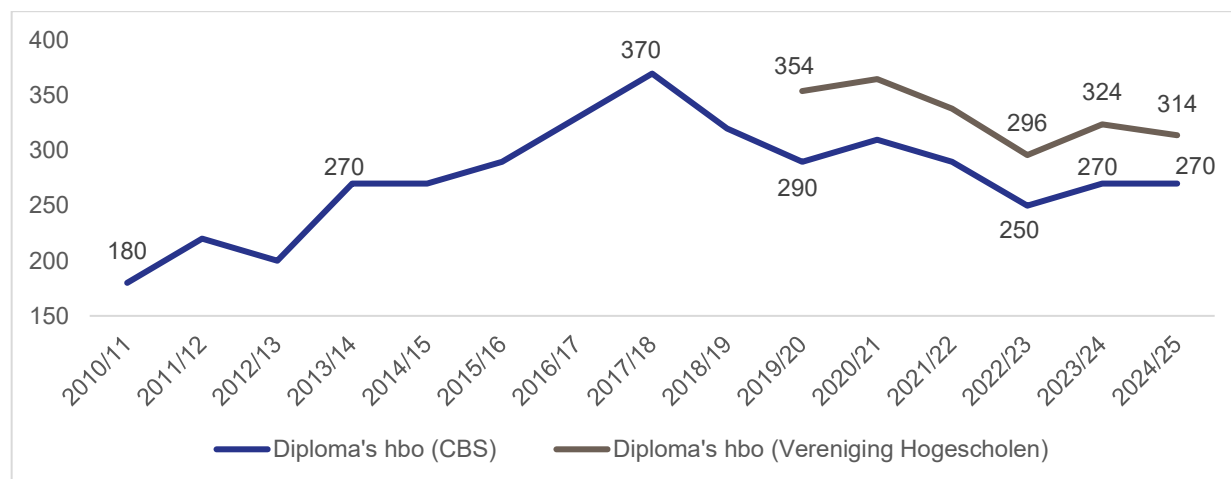


Ondanks dat het CBS doorgaans een hogere instroom en een lager aantal behaalde diploma's rapporteert dan de Vereniging Hogescholen, zien we wel een vergelijkbaar patroon in de groei van het

aantal gediplomeerden tussen 2019/2020 en 2025/2026 (Figuur 11). Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de CBS- en Vereniging Hogescholen-cijfers zijn de uiteenlopende definities en registratiemethoden met betrekking tot de instroom en diploma's die beide instanties hanteren.

Figuur 11. Diploma's hbo-opleiding ergotherapie

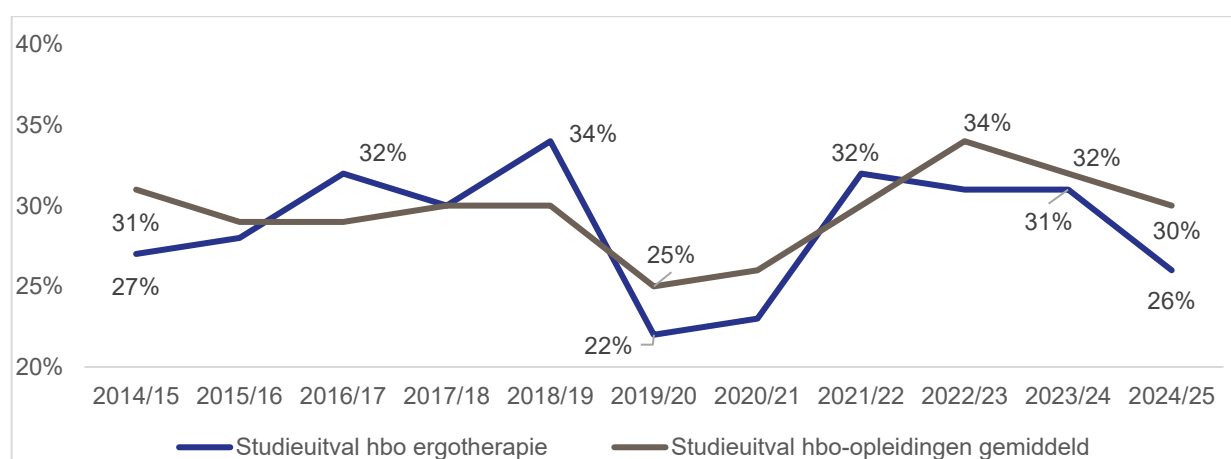
Bron: AZW Statline (CBS, 2026) en Dashboard instroom, inschrijvingen en diploma's (Vereniging Hogescholen, 2026)



CBS rapporteert dat de studie-uitval bij de hbo-opleiding ergotherapie de jaren 2014-2026 schommelde tussen 22% en 34%. Gemiddeld is de uitval afgenomen en in het meest recente jaar ligt het percentage studie-uitval rond de 26% (Figuur 12). In vergelijking met het landelijke gemiddelde voor alle hbo-opleidingen is de trend grotendeels vergelijkbaar. In recentere jaren ligt het percentage studie uitval soms zelfs iets onder het landelijke gemiddelde.

Figuur 12. Percentage studieuitval hbo-opleiding ergotherapie

Bron: AZW Statline (CBS, 2026)



3.2.5 Aantal Fte's

Volgens het Nivel (2022) bedroeg het aantal fte binnen de ergotherapie (eerste- en tweede lijn en andere sectoren) in 2018 3.910 fte. In 2021 is dit gestegen naar 4.910 fte, een toename van circa 26%.

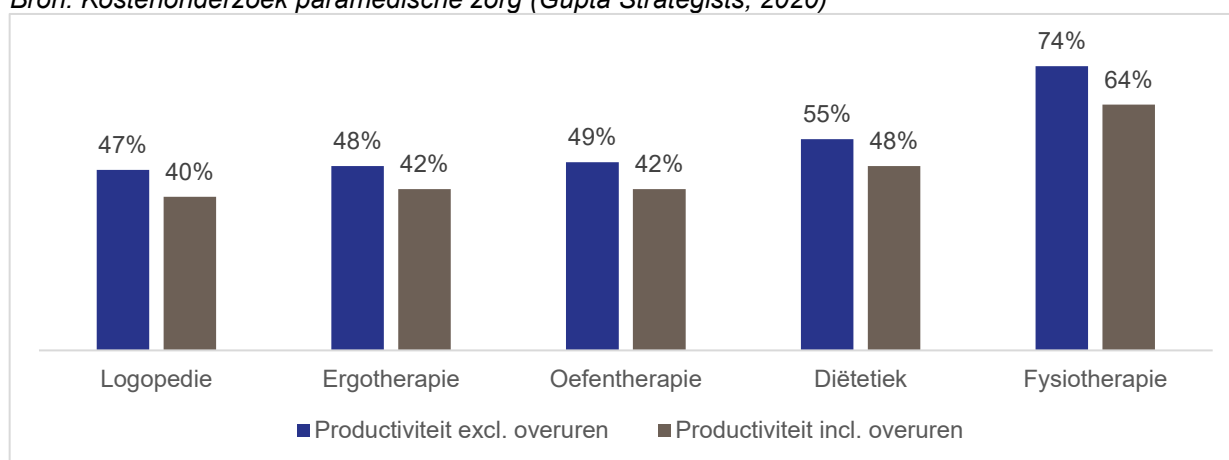
Gemiddeld werken ergotherapeuten 0,82 fte. Voor vrouwen is dit 0,81 fte en voor mannen 0,98 fte, uitgaande van een fulltime werkweek van 36 uur. Het grootste deel van de ergotherapeuten (78%) werkt parttime.

3.2.6 Productiviteit

Recente gegevens over de productiviteit in de ergotherapie ontbreken. Het kostenonderzoek paramedische zorg rapporteert op basis van een meting uit 2018 een productiviteit¹² tussen 42% en 54% (declarabele uren, incl. overuren). Daarnaast wordt 25% van de tijd besteed aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden, 18% aan indirect niet-patiëntgebonden taken, 1% aan ziekteverzuim en 14% aan vakantie¹³. Deze productiviteit is vergelijkbaar met logopedie, oefen therapie en diëtetiek, maar ligt duidelijk lager dan in de fysiotherapie (Figuur 13).

Figuur 13. Verdeling van activiteiten paramedici per beroepsgroep

Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg (Gupta Strategists, 2020)



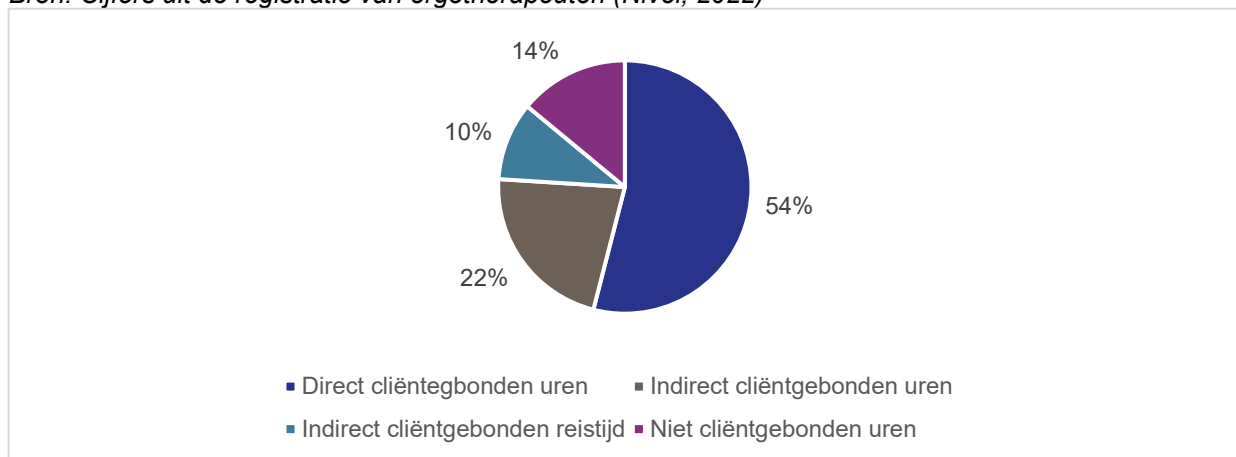
De Nivel-meting, die drie jaar later in 2023 is uitgevoerd, laat zien dat ergotherapeuten die extramuraal werken gemiddeld 54% van hun werktijd besteden aan direct patiëntgebonden activiteiten, zoals behandeling en begeleiding (Figuur 14). Daarnaast gaat 22% naar indirect patiëntgebonden werkzaamheden, zoals verslaglegging en overleg. Reistijd neemt 10% van de uren in beslag en 14% gaat naar niet-patiëntgebonden taken. Dit betekent dat ruim de helft van de werktijd direct aan patiënten wordt besteed, terwijl een aanzienlijk deel naar ondersteunende en organisatorische taken gaat zoals hierboven omschreven, wat de beschikbare behandel tijd en productiviteit beïnvloedt. De vergelijking met de Gupta-data suggereert een stijging in directe patiëntgebonden tijd, al zijn de exacte definities van beide metingen en bevroegde ergotherapeuten niet volledig vergelijkbaar.

¹² Productiviteit is hier gedefinieerd als het aantal gedeclareerde uren in 2018, gedeeld door het totale aantal gewerkte uren door behandelaren in de praktijk. De gedeclareerde uren zijn berekend door de gedeclareerde prestaties in 2018 te vermenigvuldigen met de tijd per prestatie die praktijkhouders hebben ingeschat.

¹³ Kostenonderzoek paramedische zorg (2020)

Figuur 14. Verdeling van activiteiten ergotherapeuten [n = 1.905 ergotherapeuten]

Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2022)



De bovenstaande gegevens zijn afkomstig uit een vragenlijst met een respons van 1.905 ergotherapeuten, van de in totaal 6.138 aangeschreven personen. Dit komt neer op een responspercentage van 31%. Het is niet bekend hoeveel respondenten die aangewezen extramuraal te werken de specifieke vraag over de verdeling van activiteiten hebben beantwoord.

Om een volledig beeld te krijgen van de huidige productiviteit, moet er gekeken worden naar het aantal uren dat aan patiëntenzorg wordt besteed. Er kan worden vastgesteld dat het aantal ergotherapeuten de afgelopen jaren stabiel gebleven is, terwijl het aantal gedeclareerde prestaties aanzienlijk is gestegen. Op basis van de beschikbare gegevens kan niet worden vastgesteld waardoor deze ontwikkeling precies wordt veroorzaakt. Mogelijke verklaringen zijn veranderingen in de wijze waarop zorg wordt geleverd, veranderingen in het zorggebruik per patiënt of een toename van de productiviteit per ergotherapeut.

3.3 Samenvatting

Het gebruik van ergotherapie is in Nederland tussen 2019 en 2024 sterk toegenomen. In 2024 maakten ongeveer 290.000 unieke patiënten gebruik van ergotherapie en werden 4,05 miljoen prestaties gedeclareerd. Ten opzichte van 2019 is dit een groei van respectievelijk 42,1% (unieke patiënten) en 39,7% (prestaties). Sinds 2023 lijkt de groei echter af te vlakken. Volgens prognoses van het RIVM (2026) zal de zorgvraag tot 2040 naar verwachting nog met circa 20% toenemen. Regionaal kent Limburg het hoogste zorggebruik en de hoogste zorgkosten.

De toenemende vraag naar eerstelijnszorg hangt samen met verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder vergrijzing, een bredere zorgvraag en het beleid om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Daarnaast spelen de na-effecten van de coronapandemie, de grotere bekendheid van ergotherapie en een sterkere onderbouwing van de effectiviteit van de beroepsgroep een rol.

Het aanbod van ergotherapeuten groeit onvoldoende mee met de vraag. In 2025 had 65% van de eerstelijnspraktijken vacatures die langer dan drie maanden openstonden. De tekorten hangen samen met een beperkte instroom in de opleidingen, het verdwijnen van deeltijdopleidingen en een relatief hoge uitstroom door onder meer pensionering, werkdruk, verminderde motivatie en ongunstige

arbeidsvoorwaarden¹⁴. De instroom in de hbo-opleiding neemt licht toe, maar de studie-uitval bedraagt circa 31%, vergelijkbaar met het landelijke gemiddelde¹⁵.

In 2025 waren er 644 ondernemingen en 987 vestigingen met een actieve AGB-code voor ergotherapeuten. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2020, van respectievelijk 2% en 3%. Op basis van de beschikbare gegevens is niet vast te stellen hoeveel ondernemingen en vestigingen specifiek binnen de eerstelijnszorg actief zijn.

Hoewel binnen het ZonMw-programma *Versterking organisatie eerstelijnszorg* vanaf 1 juli 2026 in 48 regio's wordt gewerkt aan een sterkere regionale monodisciplinaire organisatie, bestaat de sector nog altijd grotendeels uit kleine praktijken (eenpitters).

De financiering en organisatie van ergotherapie zijn complex. Ergotherapeuten zijn werkzaam binnen verschillende domeinen, waaronder de Zvw, de Wlz en de revalidatiezorg. Van de extramurale werktijd wordt circa 54% besteed aan direct patiëntgebonden werkzaamheden. De overige tijd gaat naar indirecte patiëntenzorg, waaronder reistijd en organisatorische taken¹⁶.

De algemene conclusie is dat de vraag naar ergotherapie de komende jaren verder zal toenemen, terwijl het aanbod en de behandelcapaciteit achterblijven. Meer instroom in de opleidingen, lagere werkdruk, betere arbeidsvoorwaarden, versterking van de organisatiegraad en een hogere productiviteit zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid van de ergotherapie te waarborgen.

¹⁴ Nivel (2022); Ergotherapie Nederland (2026)

¹⁵ CBS (2025)

¹⁶ Nivel (2023)

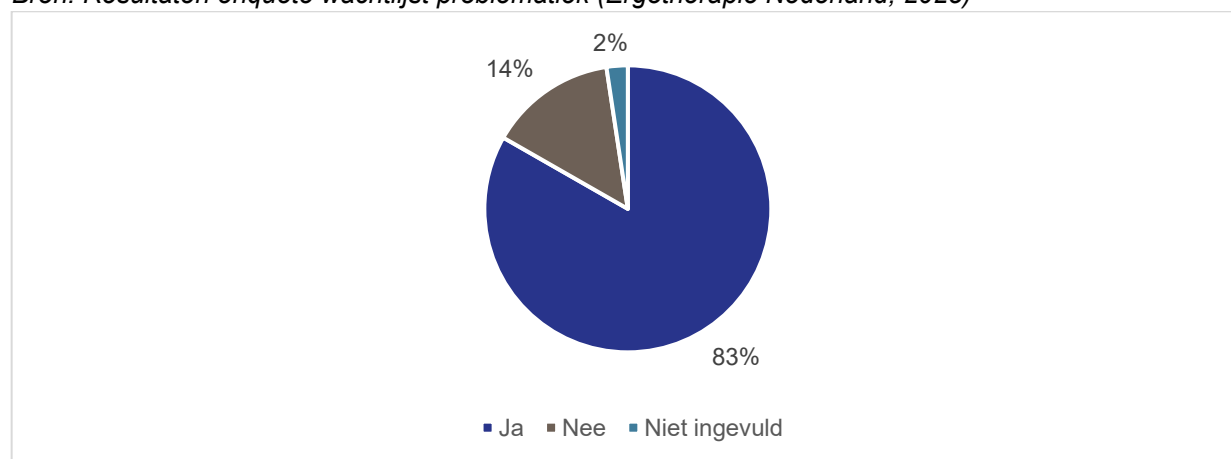
4 Toegankelijkheid

4.1 Wachtlijsten

In 2025 geeft 83% van 251 ondervraagde eerstelijns ergotherapiepraktijken aan een wachtlijst te hebben (Figuur 15) (Ergotherapie Nederland, 2025). De representativiteit staat in de methode verwerkt. Op beide variabelen toonde de chi-kwadraat test geen significant verschil aan, wat inhoudt dat de steekproef op dit niveau representatief is voor de populatie. Ongeveer twee derde van de respondenten werkt in de eerste lijn. Op basis van de data is niet inzichtelijk te maken of de wachtlijsten dubbelingen bevatten en/of er wachtlijsten zijn vanwege voorkeurs-tijden/dagen of voorkeur voor een bepaalde therapeut.

Figuur 15. Aandeel ergotherapiepraktijken dat wel of geen wachtlijst heeft in de eerste lijn [n = 251 ergotherapeuten]

Bron: Resultaten enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025)

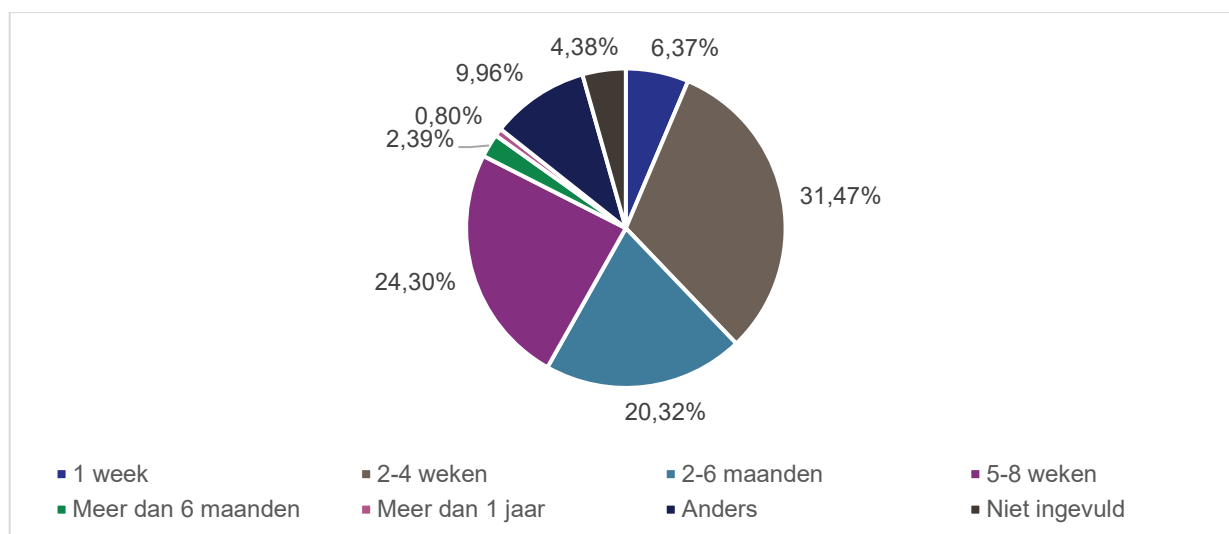


4.1.1 Wachttijden

Uit onderzoek van Ergotherapie Nederland (2025) blijkt - op basis van wachttijden opgegeven door ergotherapeuten werkzaam in de eerstelijns - dat de meeste wachttijden liggen tussen 2 weken en 6 maanden: 33% rapporteert 2-4 weken, 24% 5-8 weken en 23% 2-6 maanden; 3% meldt meer dan 6 maanden (Figuur 16). Daarnaast geeft 34% van de praktijken aan dat meer dan 20 patiënten langer dan een week op een afspraak wachten (Ergotherapie Nederland, 2025). Dit wijst erop dat de Treeknorm¹⁷ van één week in de praktijk vaak wordt overschreden.

Figuur 16. Lengte wachttijden ergotherapie in de eerste lijn

Bron: Resultaten enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025)

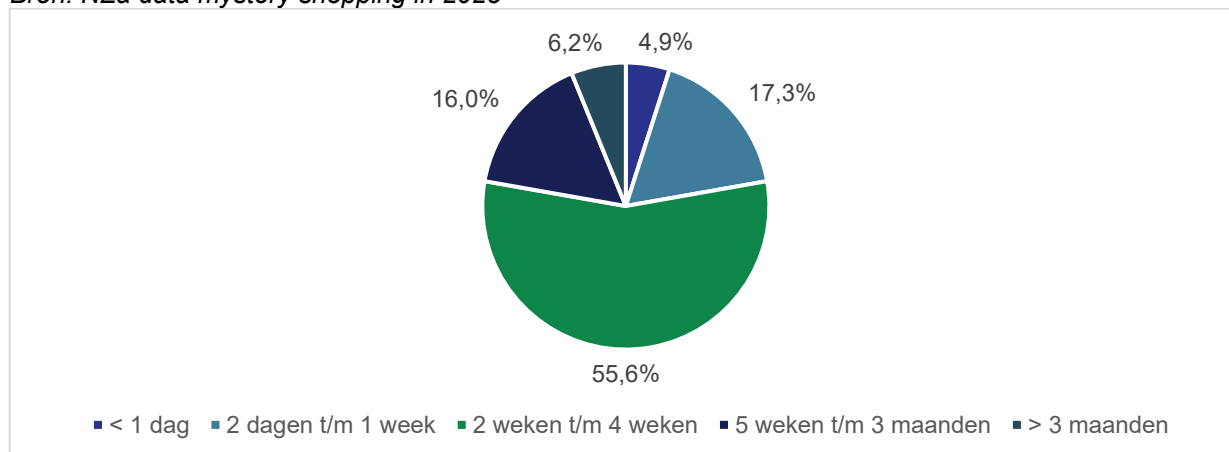


Mystery shopping uitgevoerd door de NZa in 2025 bevestigt dit beeld. In 77,8% van de gevallen was er pas na één week plek voor een ergotherapiesessie (Figuur 17). Belangrijk om te benoemen is dat de NZa de eerst beschikbare afspraak registreerde (zonder voorkeur voor dag/tijd of therapeut). Wanneer patiënten wel voorkeuren hebben, kan de wachttijd dus verder oplopen.

Hoewel de uitkomsten per bron verschillen, naar verwachting door verschillen in methode en meetmoment, schetsen ze gezamenlijk een consistent beeld: de wachttijden in de ergotherapie overschrijden frequent de Treeknorm.

Figuur 17. Lengte wachttijden ergotherapiepraktijken [n = 81 ergotherapiepraktijken in de eerste lijn]

Bron: NZa data mystery shopping in 2025



Individuele zorgverzekeraars geven aan signalen te ontvangen dat de wachttijden voor ergotherapie de Treeknorm overschrijden, maar wijzen erop dat het ontbreken van een uniforme wachttijdregistratie het lastig maakt om de omvang hiervan landelijk vast te stellen. Dit maakt het lastig om wachttijden objectief en op landelijk niveau vast te stellen. Daarnaast stellen zij dat wachtlijsten mogelijk in enige mate worden beïnvloed door patiënten die zich bij meerdere zorgaanbieders inschrijven (dubbelwachters) of bewust kiezen voor een specifieke zorgaanbieder of specifiek moment (wenswachters). Ook geven zorgverzekeraars aan dat zij relatief weinig verzoeken ontvangen voor

wachttijstbemiddeling. Op basis hiervan veronderstellen zij dat patiënten wachttijden in de praktijk lijken te accepteren. Deze interpretatie moet echter met voorzichtigheid worden gezien. Het is onbekend in hoeverre patiënten bekend zijn met de mogelijkheden voor zorgbemiddeling. Daarnaast is niet duidelijk of er voor hen voldoende alternatieven beschikbaar zijn.

Deze nuanceringsen nemen echter niet weg dat uit onderzoek blijkt dat de wachttijden voor ergotherapie in de praktijk wél substantieel zijn en regelmatig de normen overschrijden. Hoewel het aannemelijk is dat sprake is van enige mate van wachttijstvervuiling door wens- en dubbelwachtenden, kan dit het structurele karakter en de omvang van de wachttijden niet volledig verklaren.

4.2 Zelffinanciering

In Nederland vergoedt de basisverzekering maximaal tien uur ergotherapie per patiënt per kalenderjaar. Voor verzekerden vanaf 18 jaar valt deze zorg onder het eigen risico. Kinderen tot 18 jaar hebben eveneens recht op tien uur, maar zonder eigen risico. Extra uren kunnen vaak worden vergoed via een aanvullende verzekering.

In paragraaf 5.2.1 wordt beschreven dat het aandeel verzekerde zorg binnen de bedrijfsopbrengsten licht afneemt, van 76% naar 73%. Dit betekent dat een deel van de opbrengsten opgehaald wordt buiten de verzekerde zorg. Het is op basis van de beschikbare gegevens niet vast te stellen of, en welk deel van deze opbrengsten, door patiënten zelf wordt betaald of afkomstig is uit andere activiteiten, zoals lezingen of trainingen.

4.3 Samenvatting

De toegankelijkheid van eerstelijns ergotherapie staat onder druk. In 2025 had 83% van de praktijken een wachttijst. De wachttijden varieerden van één week tot meer dan zes maanden en overschreden daarmee regelmatig de Treeknorm van één week. Onderzoek van de NZa bevestigt dit beeld: in 77,8% van de gevallen was de eerst beschikbare afspraak pas na één week.

Zorgverzekeraars erkennen dat de Treeknorm regelmatig wordt overschreden, maar wijzen erop dat wachttijden niet uniform worden geregistreerd. Daarnaast kunnen patiënten bij meerdere praktijken op een wachttijst staan of specifieke voorkeuren hebben die de wachttijd beïnvloeden. Dat patiënten weinig gebruikmaken van zorgbemiddeling wordt door zorgverzekeraars mede gezien als een aanwijzing dat zij de wachttijden accepteren. Het beperkte gebruik van zorgbemiddeling kan echter ook voortkomen uit onbekendheid met deze mogelijkheid, beperkte keuzevrijheid of een gebrek aan beschikbare alternatieven.

Op basis van de beschikbare gegevens is niet vast te stellen of patiënten een deel van de ergotherapie zelf betalen en, zo ja, om welk aandeel het gaat.

5 Contractering en marktdynamiek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bekostiging en contractering van de eerstelijns ergotherapie en de financiële positie van ergotherapiepraktijken. Daarbij worden de ontwikkeling van de omzet en tarieven, de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de beschikbare gegevens over de financiële gezondheid van de sector beschreven.

5.1 Omzet en tarieven

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de wijze waarop de zorg wordt bekostigd. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de macro-uitgaven beschreven, gevolgd door de regionale verschillen in zorggebruik en de ontwikkeling van de tarieven. Tot slot worden de ervaringen van veldpartijen ten aanzien van de hoogte van de tarieven weergegeven.

5.1.1 Bekostiging van ergotherapie

De ergotherapeutische zorg in Nederland valt onder gereguleerde marktwerking. De NZa stelt de prestatiebeschrijvingen vast, maar reguleert de tarieven niet. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen daarom afspraken maken over de hoogte van het tarief. Bij onverzekerde zorg wordt het tarief overeengekomen tussen de zorgaanbieder en de patiënt. In de praktijk komen individuele onderhandelingen over tarieven echter slechts beperkt tot stand.

De financiering van ergotherapeutische zorg vindt plaats vanuit drie bronnen. Het grootste deel van de eerstelijns ergotherapeutische zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Vanuit de basisverzekering heeft een verzekerde recht op maximaal tien uur ergotherapie per kalenderjaar. Volgens de Zvw dient de zorg te worden geleverd door een zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om deze zorg te verlenen.¹⁸ De wet stelt daarbij geen expliciete eis dat ergotherapeutische zorg uitsluitend door een ergotherapeut wordt geleverd. Zorgverzekeraars stellen in hun polisvoorwaarden echter als voorwaarde dat ergotherapeutische zorg wordt geleverd door een gekwalificeerde ergotherapeut. Voor volwassenen vallen de kosten van ergotherapie uit het basispakket onder het verplichte eigen risico. Daarnaast kan de hoogte van de vergoeding afhankelijk zijn van de contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder; wanneer geen sprake is van een contract, kan de vergoeding lager uitvallen.

Naast de basisverzekering kan ergotherapie worden vergoed vanuit een aanvullende verzekering, bijvoorbeeld wanneer de behandeling meer dan tien uur per kalenderjaar omvat en de verzekerde hiervoor aanvullend is verzekerd. Tot slot kan ergotherapie onverzekerd worden geleverd. In dat geval worden de kosten volledig door de patiënt zelf betaald.

Elk van de drie financieringsbronnen genereert een omzet bij zorgaanbieders met onderliggende tarieven en zorgomvang. De zorgomvang wordt bepaald door het aantal behandelde patiënten en het aantal behandelingen per patiënt. De NZa stelt prestaties zonder tarieven vast voor de ergotherapie. Deze zijn terug te vinden in de Prestatiebeschrijvingbeschikking ergotherapie. In deze beschikking worden nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties. De prestaties omvatten onder meer individuele zittingen, screening bij directe toegang tot

¹⁸ Ergotherapie (Zvw) | Zorginstituut Nederland

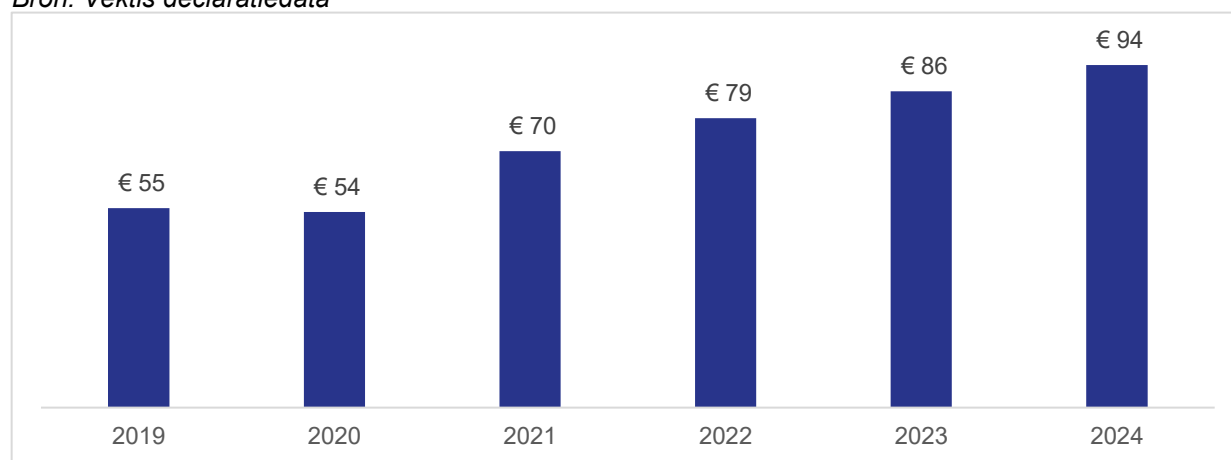
ergotherapie (zonder verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of een specialist), intake en onderzoek en groepsbehandelingen. Daarnaast bestaan er toeslagen voor bijvoorbeeld behandeling aan huis.

5.1.2 Ontwikkeling van de macro-uitgaven

De totale uitgaven aan ergotherapie binnen de Zvw zijn tussen 2019 en 2024 gestegen van € 55 miljoen naar € 94 miljoen (Figuur 18). Dit komt neer op een stijging van 72%. Daarmee is de groei aanzienlijker dan in de andere onderzochte paramedische sectoren. Ter vergelijking namen de uitgaven in dezelfde periode toe met respectievelijk 32% voor oefentherapie, 40% voor logopedie en 49% voor diëtetiek. Veldpartijen geven aan dat 2020 mogelijk een afwijkend jaar vormt als gevolg van de coronapandemie. Desondanks laat ook de periode tussen 2021 en 2024 een duidelijke stijgende lijn zien.

Figuur 18. Totale kosten binnen de Zvw voor ergotherapie in miljoenen euro's

Bron: Vektis declaratiedata

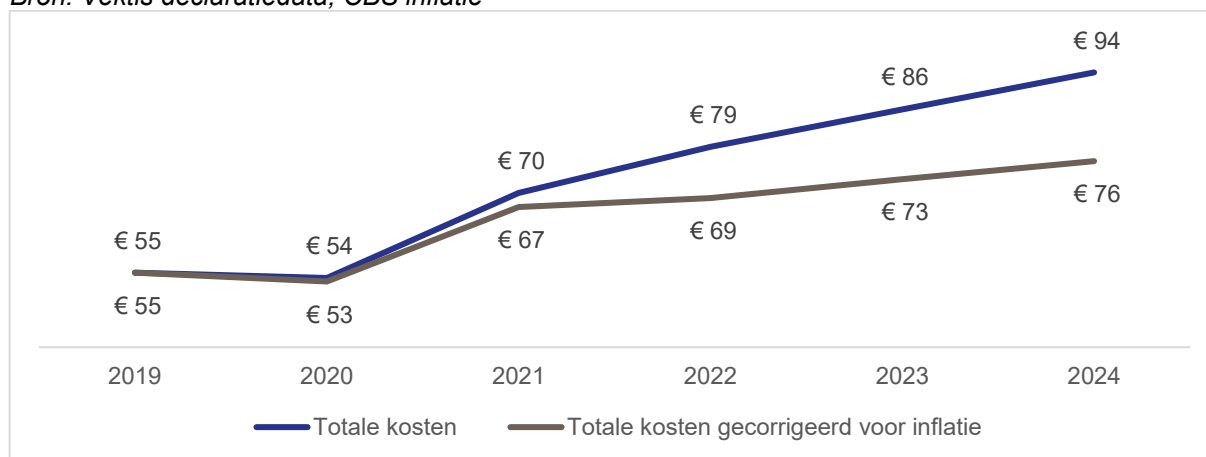


Om de kostenontwikkeling door de tijd beter vergelijkbaar te maken, zijn de uitgaven uit 2019 gecorrigeerd voor inflatie en uitgedrukt in prijsniveau 2024 (Figuur 19). Hieruit blijkt dat het kostenniveau in 2024 hoger ligt dan op basis van alleen inflatiecorrectie zou worden verwacht. Dit wijst erop dat inflatie weliswaar een belangrijk deel van de kostenstijging verklaart, maar dat ook andere factoren hebben bijgedragen aan de groei van het macrobudget.

De beschikbare cijfers bieden onvoldoende inzicht om het verschil tussen de kostenontwikkeling en de inflatie volledig te verklaren. Een mogelijke verklaring is dat de verschuiving van zorg vanuit andere sectoren naar de eerste lijn heeft geleid tot een toename van de complexiteit van de zorgvraag. Een andere verklaring kan zijn dat het zorggebruik is toegenomen en dat de kosten daarmee ook zijn gestegen. De beschikbare data bieden echter onvoldoende aanknopingspunten om deze hypothese te onderbouwen.

Figuur 19. Totale kosten onder zowel de BV als AV voor ergotherapie in miljoenen euro's

Bron: Vektis declaratiedata, CBS inflatie¹⁹

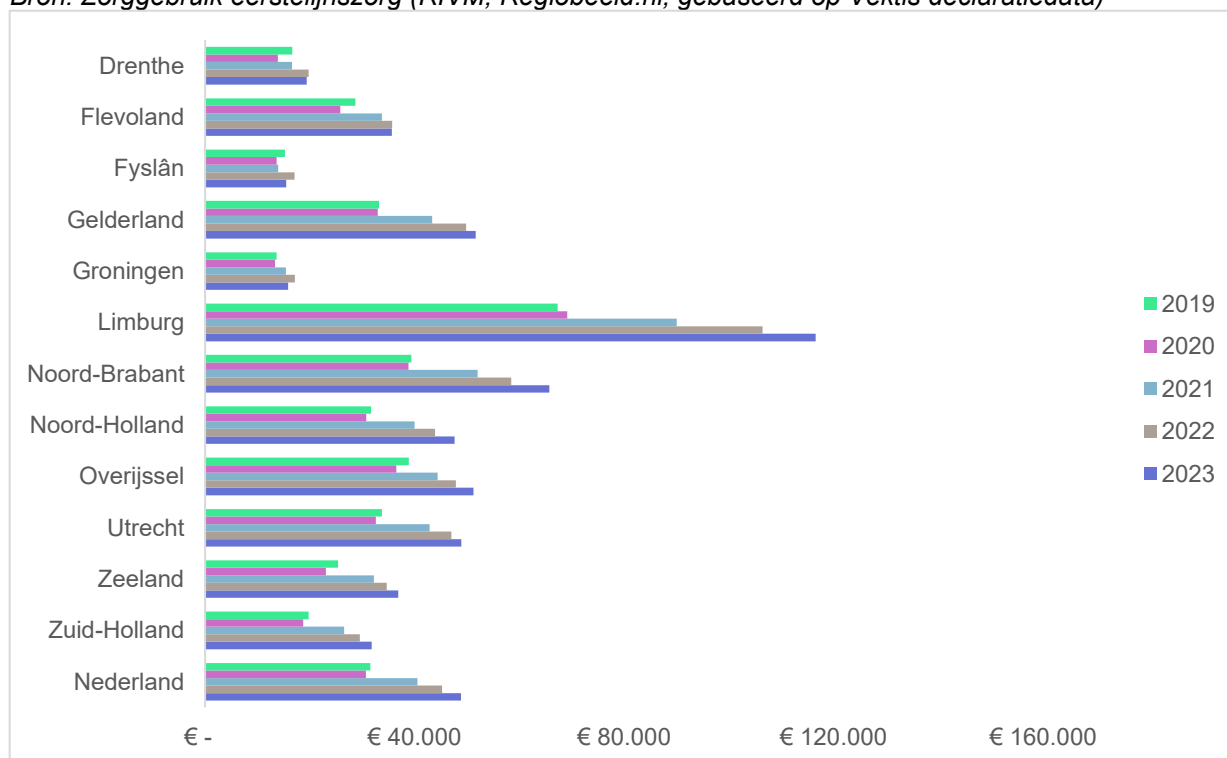


5.1.3 Regionale verschillen

De gemiddelde kosten voor ergotherapie per regio, uitgedrukt per 10.000 inwoners, vertonen duidelijke verschillen (RIVM, 2026). Figuur 20 laat zien dat er sterke, regionale variatie zichtbaar is waarbij Limburg zich onderscheidt als regio met de hoogste kosten en de sterkste groei in kosten.

Figuur 20. Gemiddelde kosten ergotherapie per regio per 10.000 inwoners

Bron: Zorggebruik eerstelijnszorg (RIVM, Regiobeeld.nl, gebaseerd op Vektis declaratiedata)



Regiobeeld.nl toont alleen Zvw kosten en het aantal verzekerden dat paramedische zorg uit de basisverzekering ontvangt; aanvullende verzekering is niet inbegrepen.

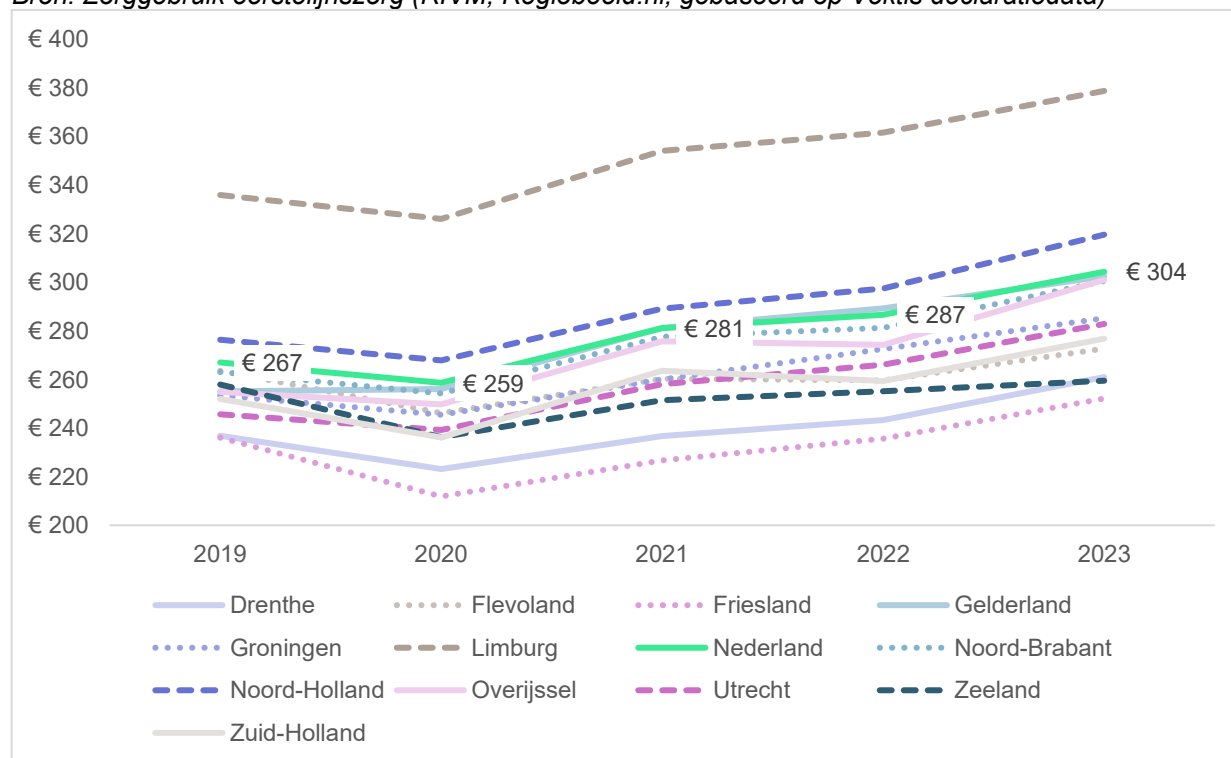
¹⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-economie/inflatie>

Deze regionale verschillen kunnen meerdere oorzaken hebben. Zo kent Limburg relatief veel ouderen en is de ervaren gezondheid gemiddeld minder goed dan landelijk. Ook komt het hebben van één of meer langdurige aandoeningen er vaker voor. Deze factoren kunnen leiden tot een grotere zorgvraag naar ergotherapie. Daarnaast is het mogelijk dat regionale verschillen samenhangen met de beschikbaarheid van ergotherapeuten of met regionale initiatieven gericht op het verbeteren van de gezondheid. Op basis van de beschikbare gegevens kan echter niet worden vastgesteld welke factoren het zwaarst wegen.

Ook de gemiddelde kosten per patiënt verschillen tussen provincies (Figuur 21). Landelijk zijn de gemiddelde kosten per patiënt tussen 2019 en 2023 gestegen van € 267 naar € 304 (met een tijdelijke daling in 2020; vermoedelijk vanwege de coronapandemie), een toename van ongeveer 14%.

Figuur 21. Gemiddelde kosten per patiënt per provincie

Bron: Zorggebruik eerstelijnszorg (RIVM, Regiobeeld.nl, gebaseerd op Vektis declaratiedata)



Regiobeeld.nl toont alleen Zvw kosten en het aantal verzekerden dat paramedische zorg uit de basisverzekering ontvangt; aanvullende verzekering is niet inbegrepen.

Provincie Limburg springt ook bij de gemiddelde kosten per patiënt duidelijk boven de overige provincies uit. De sterke groei van de uitgaven in de sector lijkt voornamelijk te worden verklaard door een toename van het aantal geleverde prestaties (+39,7%) en, in mindere mate, door de stijging van de tarieven (+33,6% voor een reguliere zitting van vijftien minuten) tussen 2019 en 2024. Veranderingen in het type geleverde prestaties lijken slechts een beperkte bijdrage te leveren aan de kostenontwikkeling. De groei van het aantal prestaties hangt daarbij vrijwel volledig samen met een sterke toename van het aantal patiënten (+42,1%), wat wijst op een structurele groei van het zorggebruik.

5.1.4 Tariefontwikkeling

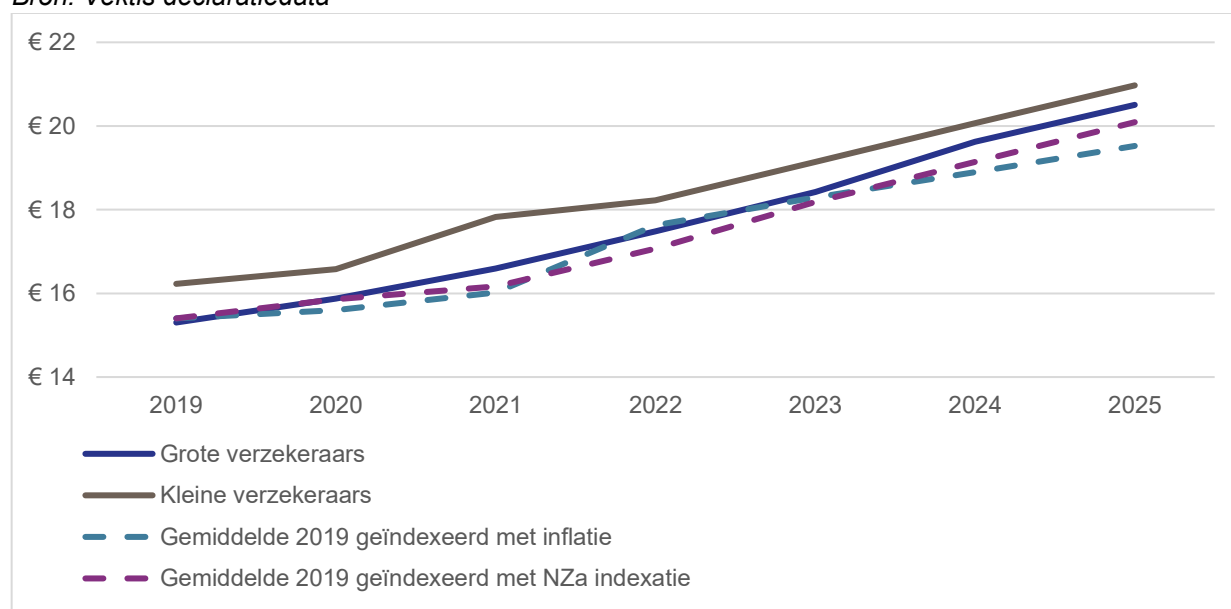
Tussen 2019 en 2025 is het gemiddelde tarief voor een reguliere zitting (per kwartier) gestegen van € 15,40 naar € 20,57. Dat komt neer op een stijging van 33,6%.

Figuur 22 laat de ontwikkeling zien van het tarief voor een reguliere zitting ergotherapie tussen 2019 en 2025. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen grote zorgverzekeraars (met minimaal € 6 miljoen aan declaraties voor prestatiecode 5000 in 2024) en kleinere zorgverzekeraars. Hieruit blijkt dat kleinere zorgverzekeraars doorgaans tarieven hanteren die ongeveer € 0,50 tot € 1,00 per kwartier hoger liggen dan grote zorgverzekeraars. Dit onderzoek biedt geen inzicht in de oorzaken van deze tariefverschillen. Een mogelijke verklaring is dat verschillen in marktaandeel en onderhandelingspositie van zorgverzekeraars hierbij een rol spelen.

Daarnaast is in figuur 22 het gewogen gemiddelde tarief²⁰ uit 2019 weergegeven, geïndexeerd op basis van zowel inflatie als de indexering van personeels- en materiële kosten volgens de NZa-prijsindexaties. Hierdoor kan de ontwikkeling van de gemiddelde tarieven worden vergeleken met de algemene prijsontwikkeling en de ontwikkeling van de kosten waarmee zorgaanbieders te maken hebben. Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde tarieven zich tussen 2019 en 2025 sterker hebben ontwikkeld dan zowel de inflatie als de samengestelde NZa-prijsindex.

Figuur 22. Tarief voor “individuele zitting reguliere ergotherapie” (declaratiecode: 5000) van 2019 tot 2025 uitgesplitst naar grootte van zorgverzekeraar met toegevoegde indexatie cijfers

Bron: Vektis declaratiedata



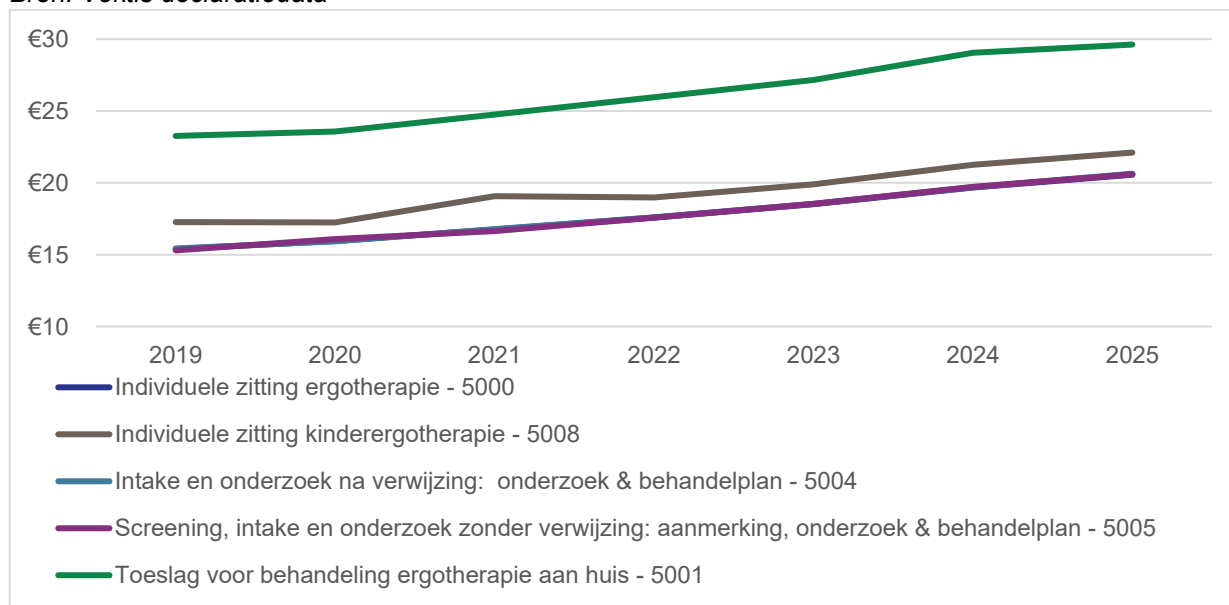
Uit figuur 22 blijkt dat het gemiddelde tarief voor een individuele zitting reguliere ergotherapie – zowel bij grote als bij kleinere zorgverzekeraars – zich tussen 2019 en 2025 sterker heeft ontwikkeld dan de ontwikkeling van zowel de consumentenprijsinflatie als de samengestelde NZa-prijsindex voor personeels- en materiële kosten. Voor de berekening van deze NZa-prijsindex is uitgegaan van de kostenverdeling uit het kostprijsonderzoek van Gupta (2020), waarbij 75% van de praktijkkosten bestaat uit personeelskosten en 25% uit overige kosten. Omdat de personeelskosten in de onderzochte periode sterker zijn gestegen dan de algemene inflatie, ligt de samengestelde NZa-prijsindex hoger dan de inflatie. Het gekozen basisjaar is daarbij van invloed op de uitkomst van de vergelijking. Er kan worden geconcludeerd dat de gemiddelde tariefontwikkeling sinds 2019 ten minste gelijke tred heeft gehouden met de inflatie en ook boven de samengestelde NZa-prijsindex uitkomt.

²⁰ Het gewogen gemiddelde tarief is berekend door de totale gedeclareerde kosten te delen door het aantal gedeclareerde prestaties. Het gaat in dit geval om één prestatie en van een prestatiemix is geen sprake.

De tariefontwikkeling van de vijf meest gedeclareerde prestaties verloopt gedurende de onderzochte periode grotendeels consistent (figuur 23). Een uitzondering vormt de toeslag voor een behandeling aan huis, waarvan het gemiddelde tarief in 2025 is gestegen tot € 29.

Figuur 23. Tarief voor top 5 meest gedeclareerde prestatiecodes van 2019 tot 2025

Bron: Vektis declaratiedata



5.1.5 Beeld van de tarieven vanuit veldpartijen

Het gemiddelde tarief voor een reguliere individuele zitting ergotherapie is tussen 2019 en 2025 met 33,6% gestegen. Hoewel de gemiddelde tarieven daarmee sterker zijn toegenomen dan de inflatie, betekent dit volgens de beroepsvereniging niet dat de huidige tarieven toereikend zijn. Volgens de beroepsvereniging bestaat een belangrijk deel van de werkzaamheden van ergotherapeuten uit indirecte tijd, zoals multidisciplinair overleg, administratie en afstemming met andere zorgverleners en organisaties. Deze werkzaamheden zijn volgens hen onlosmakelijk verbonden met het leveren van goede zorg, maar kunnen veelal niet afzonderlijk worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars geven aan dat de hiervoor benodigde tijd is verdisconteerd in de contracttarieven. Ook geven zorgaanbieders aan dat de tarieven al ten tijde van het kostprijsonderzoek van Gupta (2020) onvoldoende aansloten bij de werkelijke kostprijs van de zorg. Volgens hen geeft de stijging van de gemiddelde tarieven sinds 2019 daarom een te positief beeld van de huidige toereikendheid van de tarieven.

De beroepsvereniging geeft daarnaast aan dat zorgaanbieders beperkt invloed ervaren op de totstandkoming van de tarieven. Hoewel de hoogte van de tarieven regelmatig onderwerp van gesprek is met zorgverzekeraars, ervaren zorgaanbieders dat dit zich slechts beperkt vertaalt naar de uiteindelijke contractvoorwaarden en gecontracteerde tarieven.

Volgens Ergotherapie Nederland draagt de ervaren ontoereikendheid van de tarieven mede bij aan de uitstroom van ergotherapeuten naar de tweede lijn. Daarbij wijzen zij op verschillen in arbeidsvoorwaarden, pensioenopbouw en de aanwezigheid van cao's. In de eerstelijnszorg zijn praktijkhouders, zelfstandigen en veel werknemers in belangrijke mate afhankelijk van de tarieven die zorgverzekeraars contracteren. Volgens de beroepsvereniging liggen de vergoedingen in de eerste lijn daardoor lager dan binnen instellingen waar een cao van toepassing is. Zij zien deze verschillen als één

van de factoren die bijdragen aan de uitstroom van personeel en daarmee aan de wachttijden in de eerstelijns ergotherapie.

Tegelijkertijd is enige nuance op zijn plaats. Een hoger tarief leidt niet automatisch tot betere arbeidsvoorwaarden voor werknemers in loondienst, omdat tarieven niet één-op-één worden vertaald naar salarissen. De uiteindelijke beloning hangt mede samen met de totale kostenstructuur van een praktijk. Voor zelfstandigen en praktijkhouders kunnen hogere tarieven daarentegen wel direct leiden tot een hoger inkomen. De beschikbare gegevens bieden onvoldoende aanknopingspunten om vast te stellen in welke mate verschillen in tarieven daadwerkelijk bijdragen aan de uitstroom van personeel.

De geïnterviewde zorgverzekeraars herkennen het beeld van ontoereikende tarieven niet. Zij geven aan dat de tarieven jaarlijks worden vastgesteld op basis van verschillende informatiebronnen en afwegingskaders. Daarbij voeren zij periodiek overleg met vertegenwoordigers van de beroepsgroep over het inkoopbeleid en de conceptovereenkomsten. De wijze waarop tarieven worden vastgesteld en geïndexeerd verschilt tussen zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars voor specifieke vormen van zorg of bepaalde expertises een hoger tarief of een toeslag hanteren, zoals voor handergotherapie of de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson.

5.2 Contractering

Via de zorginkoop geven zorgverzekeraars invulling aan hun wettelijke zorgplicht om ervoor te zorgen dat verzekerden toegang hebben tot tijdige, kwalitatief goede en betaalbare ergotherapeutische zorg. In de contractering maken zorgverzekeraars en ergotherapiepraktijken afspraken over onder meer de levering van zorg, tarieven, kwaliteit en overige contractvoorwaarden. Deze afspraken worden vastgelegd in overeenkomsten.

De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars ruimte om zelf te bepalen met welke zorgaanbieders zij een overeenkomst sluiten, welke zorg zij inkopen en onder welke voorwaarden. De NZa houdt toezicht op de transparantie van dit contracteerproces en heeft hiervoor regels opgesteld in de [Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw](#). Daarnaast bieden de [Handvatten Zorgcontractering](#) ondersteuning aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij een soepel contracteerproces.

De contractering van eerstelijns ergotherapie kenmerkt zich door een groot aantal relatief kleine praktijken. Daardoor vindt de contractering doorgaans plaats via een gestandaardiseerd digitaal proces, waarbij zorgverzekeraars via een digitaal contracteerportaal een standaardovereenkomst aanbieden die zorgaanbieders kunnen accepteren of afwijzen. In vergelijking met sectoren met een beperkt aantal grotere zorgaanbieders is de ruimte voor individuele contractonderhandelingen daardoor beperkt. Binnen de ergotherapie bestaan wel verschillen in contractvoorwaarden. Zo kunnen zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden stellen aan zorgaanbieders of differentiatie toepassen in contracten en tarieven voor één of meerdere specialisaties binnen de ergotherapie: kinderen, handen en ouderen. Daarnaast kent een enkele zorgverzekeraar een aanvullende toeslag voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson.

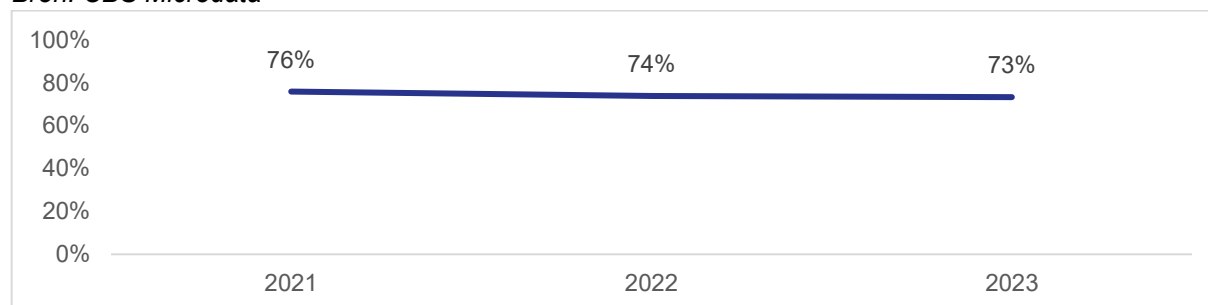
5.2.1 Contracteergraad

CBS Microdata laat zien dat praktijken de laatste jaren (tussen 2021 en 2023) een steeds groter deel van hun inkomsten genereren buiten de contractgebonden zorg (Figuur 18). Het percentage van de inkomsten afkomstig uit verzekerde zorg is tussen 2021 en 2023 gedaald van 76% naar 73%. De inkomsten buiten de verzekerde zorg omvatten onder meer behandelingen op eigen kosten van de

patiënt, het verzorgen van lezingen en werkzaamheden buiten de reguliere praktijkvoering. Ergotherapeuten werken tevens binnen preventieve ketens, in onderaannemerschap, in dienst van scholen of andere zorgaanbieders. Binnen de ergotherapie is een lichte daling zichtbaar in het aandeel verzekerde zorg, hetgeen kan duiden op een tendens waarbij zorgaanbieders, onder financiële druk, in toenemende mate kiezen voor een gemengd bedrijfsmodel, waarbij praktijken hun inkomsten uit meerdere bronnen combineren in plaats van uitsluitend gecontracteerde zorg om de nettowinstmarge te behouden.

Figuur 18. De ontwikkeling van het gewogen gemiddelde aandeel verzekerde zorg ten opzichte van de totale opbrengsten (%) van 2021 tot en met 2023 van ergotherapiepraktijken

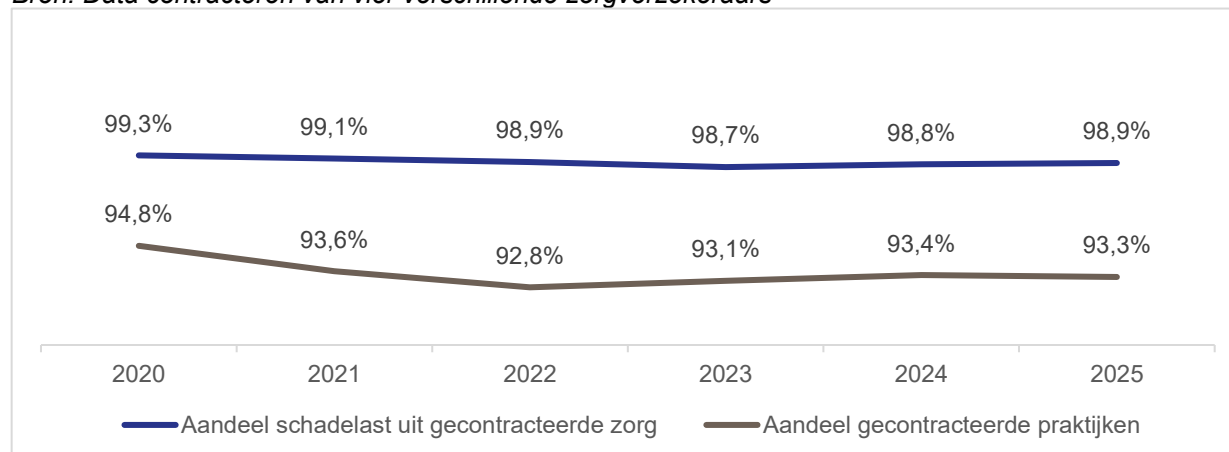
Bron: CBS Microdata



Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar blijkt dat het merendeel van de schadelast²¹ samenhangt met zorg die is geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders. Dit percentage ligt de afgelopen jaren consequent boven de 98%. Er is bij deze cijfers geen duidelijke trend zichtbaar. Het aandeel gecontracteerde praktijken dat deze schadelast declareert, is lager en bedraagt gemiddeld 94%. Dit verschil suggereert dat de schadelast binnen de gecontracteerde zorg relatief geconcentreerd is bij een kleiner aantal praktijken. Dit kan erop duiden dat gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld een hogere schadelast per praktijk realiseren dan niet-gecontracteerde zorgaanbieders, mogelijk samenhangend met een groter zorgvolume of schaalgrootte. In de tijd is daarbij een lichte daling zichtbaar in het aandeel gecontracteerde praktijken (Figuur 19).

Figuur 19. Ontwikkeling van het gewogen gemiddelde schadelastaandeel en het gewogen gemiddelde aandeel praktijken onder contract bij zorgverzekeraars

Bron: Data contracteren van vier verschillende zorgverzekeraars



²¹ De schadelast verwijst naar de kosten die een zorgverzekeraar maakt als gevolg van schadeclaims van verzekerden.

5.2.2 Contractvormen en contractvoorwaarden

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat binnen de ergotherapiesector doorgaans geen onderscheid wordt gemaakt in de contracten die met zorgaanbieders worden gesloten. Er bestaan derhalve geen contractvormen waarin aanvullende kwaliteitseisen zijn opgenomen en waarbij hogere tarieven van toepassing zijn. Voor 2025 is echter circa 15% van de schadelast gedeclareerd op basis van een modulecontract. Deze modules omvatten overeenkomsten met een specifiek doel of dienen ter ondersteuning van nieuwe financieringsmogelijkheden. Dit overzicht is gebaseerd op informatie van vijf zorgverzekeraars; over het contracteerbeleid van overige zorgverzekeraars kunnen op basis van deze analyse geen uitspraken worden gedaan.

Er is geen kwaliteitskader voor ergotherapie vanuit de beroepsvereniging. Zorgverzekeraars hanteren ook geen eigen kwaliteitseisen en standaarden. Daarmee proberen zorgverzekeraars de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden.

Hoewel contractdifferentiatie beperkt voorkomt, hanteren zorgverzekeraars wel voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Vaak is de PREM (Patiënt Reported Experience Measures)²², een basiseis. De PREM is een landelijk afgestemde meetmethode om patiëntervaringen te meten en wordt in meerdere zorgsectoren gebruikt. Een PREM is een bij voorkeur korte vragenlijst voor de patiënt die vraagt naar de ervaringen met het zorgproces (structuur en proces). De uitkomsten worden door ZN als landelijke benchmarkrapportages beschikbaar gesteld aan zorgverzekeraars, deelnemende zorgaanbieders en, desgevraagd, aan patiëntenorganisaties. Voor de paramedische zorg is een PREM beschikbaar voor fysiotherapie, oefentherapie, huidtherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.

Aanvullende voorwaarden kunnen zijn dat een praktijk zich moet hebben ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)²³ of dat de praktijkruimte moet voldoen aan een bepaalde minimumomvang of toegankelijkheid voor mindervaliden. Ergotherapie Nederland heeft hiervoor praktijkinrichtingseisen opgesteld en gepubliceerd op haar website.²⁴ Daarnaast heeft een enkele zorgverzekeraar aangegeven dat hij met zorgaanbieders afspraken maakt dat iedere patiënt binnen de Treeknorm moet kunnen worden gezien.

Volgens Ergotherapie Nederland maakt het voor de tarieven geen verschil of de zorgaanbieder wel of niet voldoet aan bepaalde eisen van de zorgverzekeraar. Wel hanteert een beperkt aantal zorgverzekeraars een hoger tarief voor één of meerdere van de drie specialisaties binnen ergotherapie: kinderen, handen en ouderen.

5.2.3 Het contracteerproces

De contractering van eerstelijns ergotherapie vindt grotendeels digitaal plaats. In plaats van individuele contractonderhandelingen ontvangen zorgaanbieders via een digitaal contracteerportaal een contractaanbod van de zorgverzekeraar, waarop zij het aanbod kunnen accepteren of afwijzen. Bij digitale contractering vindt het contracteerproces grotendeels op afstand plaats en is de ruimte voor individuele afstemming en/of onderhandeling over de inhoud van het contract beperkt. Wel zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebonden aan de regels voor een ordentelijk en transparant

²² <https://www.zn.nl/dossier/patientervaringsmetingen/werkwijze-patientervaringsmetingen/>

²³ <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/beroep/ergotherapeut>

²⁴ Inrichtingseisen praktijk ergotherapie: <https://info.ergotherapie.nl/Inrichting> (Ergotherapie Nederland)

contracteerproces, zoals deze zijn opgenomen in de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw TH/NR-038.

5.2.4 Toetreding zorgaanbieders

Aan alle praktijken met een bestaande overeenkomst wordt door de zorgverzekeraars een nieuwe overeenkomst aangeboden. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich gedurende het jaar aanmelden bij de zorgverzekeraars om een overeenkomst te kunnen afsluiten. Er worden zowel eenjarige als meerjarige overeenkomsten afgesloten. ZN geeft aan dat de precieze inrichting van dit proces verschilt per zorgverzekeraar.

5.2.5 Afstemming tussen zorgverzekeraars en de beroepsvereniging

De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan periodiek overleg te voeren met Ergotherapie Nederland. Deze gesprekken zijn gericht op ontwikkelingen binnen de sector en de voorbereiding van het inkoopbeleid. Onderwerpen die volgens de geïnterviewde partijen aan bod komen zijn onder meer wachttijden, digitale zorg, productiviteit, gezonde bedrijfsvoering en de uitvoerbaarheid van contractvoorwaarden. Volgens ZN dienen deze overleggen nadrukkelijk niet als onderhandeling over tarieven. Wel kunnen signalen uit het veld worden betrokken bij de verdere uitwerking van het inkoopbeleid en de conceptovereenkomsten.

Ook Ergotherapie Nederland geeft aan regelmatig overleg te voeren met zorgverzekeraars. De beroepsvereniging ervaart echter dat onderwerpen als wachttijden en tarieven zich volgens haar onvoldoende vertalen naar de uiteindelijke contractvoorwaarden.

5.2.6 Ervaringen met het contracteerproces

Uit de interviews blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het contracteerproces verschillend ervaren.

Ergotherapie Nederland geeft aan dat zorgaanbieders de digitale contractering regelmatig ervaren als een proces waarbij weinig ruimte bestaat voor individuele onderhandelingen. Volgens de beroepsvereniging voelen veel praktijken zich genoodzaakt een overeenkomst te accepteren, omdat zij vrezen dat ongecontracteerd werken leidt tot een verminderde toegankelijkheid van hun praktijk voor verzekerden. De beroepsvereniging geeft daarnaast aan dat het afzien van contractering in de praktijk nauwelijks als drukmiddel richting zorgverzekeraars wordt ervaren.

De geïnterviewde zorgverzekeraars herkennen deze duiding slechts ten dele. Zij geven aan dat de digitale contractering voortkomt uit de omvang van de sector en de wens om de uitvoeringskosten beperkt te houden. Volgens hen maakt deze werkwijze het mogelijk om middelen zoveel mogelijk beschikbaar te houden voor de zorgverlening en tariefontwikkeling. Tegelijkertijd benadrukken zij dat zorgaanbieders via verschillende kanalen vragen kunnen stellen of feedback kunnen geven op het contractaanbod.

5.3 Financiële gezondheid van zorgaanbieders

De financiële positie van ergotherapiepraktijken is onderzocht aan de hand van beschikbare jaarverantwoordingsgegevens uit DigiMV. Daarbij is gekeken naar verschillende indicatoren, waaronder de solvabiliteit en de nettomarge. De beschikbare data bieden echter geen volledig beeld van de financiële gezondheid van de sector. Zo ontbreken gegevens over de liquiditeit, onttrekkingen door eigenaren en de financiële positie van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). De resultaten in deze paragraaf dienen daarom met terughoudendheid te worden geïnterpreteerd.

5.3.1 Solvabiliteit

De solvabiliteit is een graadmeter voor de financiële veerkracht van een praktijk en geeft aan in hoeverre een praktijk met haar eigen vermogen kan voldoen aan financiële verplichtingen. Dit percentage wordt berekend door het eigen vermogen te delen door het totale vermogen van de onderneming.

Op basis van de DigiMV-jaarverantwoordingen over 2024 bedraagt de gemiddelde solvabiliteit van de onderzochte ergotherapiepraktijken 76% (Tabel 3). Daarbij zijn nauwelijks verschillen zichtbaar tussen microaanbieders (balanstotaal max 450k, netto-omzet max 900k, max 9 FTE) en kleine aanbieders (balanstotaal max 7,5m, netto-omzet max 15m, max 49 FTE). Het aantal kleine ondernemingen binnen deze groep is relatief beperkt. Er zijn geen solisten betrokken in de DigiMV-jaarverantwoordingen.

Tabel 3. Gemiddelde solvabiliteit van ergotherapiepraktijken in 2024

Bron: DigiMV jaarverantwoording CIBG

Populatie	N	Gemiddelde solvabiliteit	Standaard deviatie
Volledige groep	130	76%	29%
Micro ondernemingen	125	76%	30%
Kleine ondernemingen	5	78%	18%

Uit de gegevens blijkt dat circa 95% van de zorgaanbieders een solvabiliteit van ten minste 20% realiseert, terwijl bijna 79% een solvabiliteit heeft van 60% of hoger. Deze percentages liggen ruim boven de solvabiliteitsnorm van 20% die financiers doorgaans hanteren bij kredietverlening. Het is wel van belang om hierbij de context in ogenschouw te nemen: in sectoren waar omvangrijke investeringen ongebruikelijk zijn, is een hogere solvabiliteit te verwachten vanwege de beperkte financiering via vreemd vermogen (leningen).

Tijdens de klankbordgroep is naar voren gekomen dat investeringen in innovatie, zoals digitale toepassingen, regelmatig achterblijven. Volgens de deelnemers hangt dit samen met onzekerheid over toekomstige inkomsten, beperkte financiële ruimte binnen de bedrijfsvoering en terughoudendheid van externe financiers, die investeringsplannen als risicovol beoordelen vanwege de beperkte voorspelbaarheid van de opbrengsten. Op basis van de beschikbare financiële gegevens kan deze relatie echter niet worden bevestigd of weerlegd.

Hoewel de solvabiliteit een belangrijke indicator vormt, is deze onvoldoende om uitspraken te doen over de totale financiële gezondheid van praktijken. Hiervoor zijn aanvullende gegevens nodig over onder

meer liquiditeit, kasstromen en investeringen. Deze informatie ontbreekt in de beschikbare databronnen. Bovendien zijn solopraktijken zonder personeel niet opgenomen in DigiMV, terwijl signalen uit het veld juist aangeven dat deze groep financieel kwetsbaarder kan zijn.

5.3.2 Bedrijfsresultaat

Naast de solvabiliteit is gekeken naar het bedrijfsresultaat van ergotherapiepraktijken. Het bedrijfsresultaat wordt bepaald door de bedrijfsopbrengsten te verminderen met de bedrijfslasten. Tabel 4 laat de gemiddelde nettomarge van praktijken in 2024 zien, uitgesplitst naar rechtsvorm. De nettomarge wordt berekend door de netto winst te delen door de omzet (x100%).

Tabel 4. Gemiddelde nettomarge praktijken per rechtsvorm in 2024

Bron: DigiMVjaarverantwoording CIBG

Populatie	N	Gemiddelde nettomarge
Besloten vennootschap (bv)	16	12,2%
Eenmanszaak	62	41,8%
Maatschap	45	58,1%
Vennootschap onder firma (vof)	7	42,8%
Totaal	130	43,9%

De gemiddelde nettomarge bedraagt over alle onderzochte praktijken 43,9%. Daarbij bestaan duidelijke verschillen tussen rechtsvormen. Maatschappen laten gemiddeld de hoogste nettomarge zien, gevolgd door vennootschappen onder firma en eenmanszaken. Besloten vennootschappen kennen met gemiddeld 12,2% de laagste nettomarge.

Deze verschillen hangen mede samen met de wijze waarop ondernemers worden beloond. Bij eenmanszaken, maatschappen en vennootschappen onder firma worden onttrekkingen aan de onderneming niet afzonderlijk geregistreerd. Hierdoor blijft een deel van de vergoeding voor de ondernemer zichtbaar als winst. Bij besloten vennootschappen geldt daarentegen de wettelijke gebruikelijke loonregeling²⁵, waardoor een belangrijk deel van de vergoeding van de eigenaar reeds als personeelskosten in de jaarrekening is verwerkt. Hierdoor zijn de nettomarges van verschillende rechtsvormen slechts beperkt met elkaar vergelijkbaar. Daarnaast zijn geen gegevens beschikbaar over dividenduitkeringen bij besloten vennootschappen en privéonttrekkingen bij eenmanszaken, maatschappen en vennootschappen onder firma. Hierdoor biedt de nettomarge slechts beperkt inzicht in de feitelijke beloning van praktijkhouders en zijn nettomarges tussen rechtsvormen niet zonder meer vergelijkbaar.

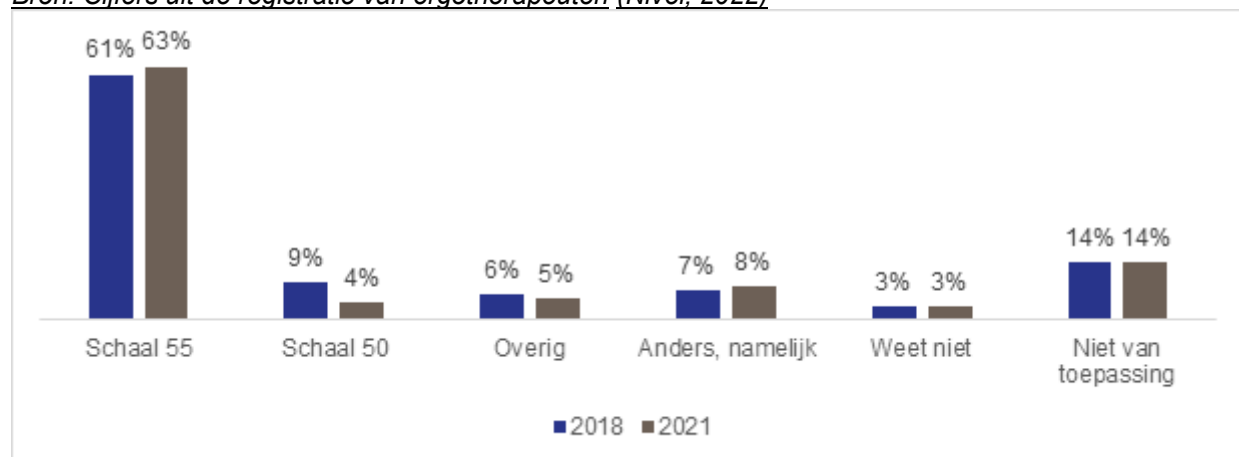
²⁵ Op grond van de gebruikelijkloonregeling (artikel 12a Wet op de loonbelasting 1964) wordt een aanmerkelijkbelanghouder geacht een gebruikelijk loon te ontvangen. Dit loon bedraagt ten minste het hoogste van het loon uit de meest vergelijkbare dienstbetrekking, het loon van de meestverdienende werknemer binnen de (verbonden) vennootschap of het wettelijk minimumbedrag (€ 56.000 in 2024 en 2025; € 58.000 in 2026).

5.3.3 Loonontwikkeling en waardering van inkomen

Voor de eerstelijns ergotherapie zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over de loonontwikkeling. De meest recente informatie is afkomstig uit de Nivel-registratie (2018–2021) en heeft betrekking op zowel de eerste als de tweede lijn. De gegevens laten zien dat de salarisschalen van ergotherapeuten die onder een cao vallen in deze periode slechts beperkt zijn gewijzigd: een lichte stijging van 2%-punt in schaal 55, een daling van 5%-punt in schaal 50, terwijl de overige categorieën vrijwel gelijk blijven (Figuur 24). Het gaat hierbij onder meer om de cao's voor ziekenhuizen, de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 24. Aandeel ergotherapeuten per Cao-schaal in 2018 en 2021 [n = 1.905]

Bron: Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten (Nivel, 2022)



De bovenstaande gegevens zijn afkomstig uit een vragenlijst met een respons van 1.905 ergotherapeuten, van de in totaal 6.138 aangeschreven personen. Dit komt neer op een responspercentage van 31%. Het is niet bekend hoeveel respondenten de specifieke vraag over loonontwikkeling hebben beantwoord. Ook is niet inzichtelijk of respondenten zorg verlenen in de eerste of tweedelijns. Vermoedelijk werken vrijwel alle respondenten die onder een cao vallen in de tweedelijns bleek in de klankbordgroep.

De Nivel-gegevens zijn gebaseerd op een enquête onder 6.138 ergotherapeuten, waarvan 1.905 personen de vragenlijst hebben ingevuld (responspercentage 31%). Niet bekend is hoeveel respondenten de vragen over arbeidsvoorwaarden hebben beantwoord en of zij werkzaam zijn in de eerste of tweede lijn. Tijdens de klankbordgroep is aangegeven dat eerstelijns ergotherapeuten veelal niet onder een cao vallen. Uitzonderingen hierop zijn ergotherapeuten die vanuit een instelling tevens eerstelijnszorg verlenen. Hierdoor zijn de beschikbare gegevens over loonontwikkeling slechts beperkt representatief voor de eerstelijns ergotherapie.

Uit dezelfde Nivel-enquête blijkt dat de tevredenheid over het huidige inkomen onder ergotherapeuten relatief hoog is. In 2018 was 66% van de respondenten (zeer) tevreden, 18% neutraal en 16% (zeer) ontevreden. In 2021 nam zowel het aandeel (zeer) tevreden als het aandeel (zeer) ontevreden respondenten met 3 procentpunt af. Over de doorgroeimogelijkheden zijn respondenten minder positief. In 2018 was 45% hierover (zeer) ontevreden, 31% neutraal en 25% (zeer) tevreden. Dit beeld bleef in 2021 vrijwel ongewijzigd, met een lichte toename van het aandeel respondenten dat neutraal oordeelde. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen ergotherapeuten werkzaam in de eerste en tweede lijn, waar een cao geldt. Daardoor kan niet worden vastgesteld in hoeverre deze resultaten representatief zijn voor de eerstelijns ergotherapie.

5.4 Samenvatting

De eerstelijns ergotherapie wordt bekostigd vanuit de basisverzekering, de aanvullende verzekering en particuliere betalingen. De zorgomvang wordt bepaald door het aantal behandelende patiënten en het aantal behandelingen per patiënt. De macro-uitgaven zijn de afgelopen jaren sterk gestegen, mede door een toename van het aantal patiënten en het aantal geleverde prestaties. De groei van de macro-uitgaven van de ergotherapie zijn aanzienlijk meer gestegen dan andere onderzochte paramedische zorgsectoren. Er bestaan ook regionale verschillen in zorggebruik en kosten, waar voornamelijk Limburg zich onderscheidt als regio met de hoogste kosten en sterkste groei in kosten.

De gemiddelde tarieven zijn tussen 2019 en 2025 sterker gestegen dan zowel de inflatie als de samengestelde NZa-prijsindex. Zorgaanbieders ervaren de tarieven desondanks vaak als ontoereikend, onder meer omdat indirecte werkzaamheden, zoals multidisciplinair overleg, administratie en afstemming met andere zorgverleners, niet afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars herkennen dit beeld niet en geven aan dat deze werkzaamheden onderdeel uitmaken van de tariefstelling, al is niet inzichtelijk in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is.

Het contracteerproces van ergotherapie verloopt grotendeels via een gestandaardiseerd digitaal proces. Zorgaanbieders ervaren daarbij beperkte ruimte voor onderhandeling, terwijl zorgverzekeraars deze werkwijze noodzakelijk achten vanwege het grote aantal praktijken en niet met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek kunnen gaan. Zorgverzekeraars hanteren voornamelijk basiseisen, zoals de PREM, en passen doorgaans geen aanvullende kwaliteitseisen of gedifferentieerde contracten toe. Wel verschillen de tarieven tussen zorgverzekeraars. Hoewel slechts een beperkt aantal praktijken niet-gecontracteerd werkt, is een lichte daling zichtbaar in het aandeel gecontracteerde praktijken. Tegelijkertijd heeft ruim 98% van de schadelast betrekking op gecontracteerde zorg.

De financiële positie van de sector laat een gemengd beeld zien. Praktijken kennen gemiddeld een hoge solvabiliteit van 76% en een gemiddelde nettomarge van ruim 43%. Door verschillen tussen rechtsvormen en het ontbreken van gegevens over onder meer liquiditeit, kasstromen en zelfstandigen zonder personeel kunnen op basis van de beschikbare gegevens echter geen definitieve conclusies worden getrokken over de financiële gezondheid van de sector.

6 Transitie naar passende zorg

De transitie naar Passende Zorg vraagt om een sterke eerste lijn waarin zorgverleners samenwerken over domeinen heen en passende ondersteuning dicht bij de patiënt organiseren. Ergotherapie kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren, onder meer door het bevorderen van zelfredzaamheid, preventie en samenwerking met andere zorgverleners. Dit hoofdstuk beschrijft de rol van ergotherapie binnen Passende Zorg, de organisatorische ontwikkeling van de sector en de randvoorwaarden die volgens partijen van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de beroepsgroep.

6.1 De rol van ergotherapie binnen Passende Zorg

Zorgverzekeraars beschouwen ergotherapeuten als een belangrijke schakel in de transitie naar Passende Zorg. Zij zien de beroepsgroep als verbindende factor binnen de eerstelijnszorg, met een belangrijke rol in onder meer de ouderenzorg, de behandeling van chronische aandoeningen en de samenwerking met het sociaal domein. Volgens zorgverzekeraars biedt de beweging naar Passende Zorg kansen om de toegevoegde waarde van ergotherapie beter te benutten.

De beroepsvereniging deelt deze visie. Volgens Ergotherapie Nederland levert ergotherapie al een belangrijke bijdrage aan Passende Zorg door het bevorderen van zelfredzaamheid, preventie en het functioneren van mensen in de thuissituatie. Daarnaast draagt de beroepsgroep volgens Ergotherapie Nederland bij aan het voorkomen of uitstellen van zwaarder zorggebruik, onder meer door de inzet van reablement²⁶ en ondersteuning van thuiswonende ouderen. Tegelijkertijd geeft de beroepsvereniging aan dat dit potentieel in de praktijk nog onvoldoende wordt benut.

6.2 Organisatie en samenwerking

Zowel zorgverzekeraars als veldpartijen geven aan dat de eerstelijns ergotherapie wordt gekenmerkt door veel relatief kleine praktijken. Volgens beide partijen maakt deze kleinschaligheid het lastiger om de beroepsgroep zichtbaar te positioneren en een structurele rol te vervullen binnen de eerstelijnszorg.

Zorgverzekeraars signaleren daarnaast dat de organisatiegraad van de sector nog beperkt is. Zij beschouwen de ergotherapie als een relatief jonge beroepsgroep die zich steeds beter organiseert, maar zien verdere professionalisering als noodzakelijk om de positie van de sector te versterken. Ergotherapie Nederland herkent deze uitdaging. Zij geeft aan dat ergotherapeuten veel inspanningen leveren om de bekendheid van het beroep te vergroten, mede omdat ergotherapie nog relatief onbekend is. Volgens hen is de bekendheid onder de bevolking sinds de coronapandemie wel toegenomen, wat zich ook vertaalt in een stijgende zorgvraag.

Volgens zowel zorgverzekeraars als de beroepsvereniging is een sterke regionale samenwerking een belangrijke randvoorwaarde voor Passende Zorg. Binnen regionale samenwerkingsverbanden, zoals de RESV's, worden afspraken gemaakt over de organisatie van de eerstelijnszorg, samenwerking tussen

²⁶ Reablement is een manier van werken waarbij professionals en naasten ouderen en andere hulpbehoevenden ondersteunen om dagelijkse handelingen zoveel mogelijk zelf (weer) uit te voeren. Het doel is het versterken van de zelfredzaamheid en eigen regie, in plaats van taken direct over te nemen.

zorgverleners, preventie en integrale zorg. Beide partijen vinden het daarom belangrijk dat ergotherapie hierin een meer zichtbare en structurele positie krijgt.

Tegelijkertijd ervaren veldpartijen dat deelname aan regionale samenwerking in de praktijk niet vanzelfsprekend is. Veel kleinere praktijken beschikken over beperkte tijd, kennis en organisatorische capaciteit om actief deel te nemen aan regionale netwerken. Daarnaast maakt de versnippering van het regionale zorglandschap het lastig om gezamenlijke afspraken te maken en te borgen. Deze opgave sluit aan bij het IZA en het programma Versterking eerstelijnszorg, waarin het versterken van de organisatiegraad op wijk- en regioniveau een belangrijk aandachtspunt is.

6.3 Bekostiging en Passende Zorg

De huidige bekostiging biedt verschillende mogelijkheden om de beweging naar Passende Zorg te ondersteunen. Zo kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders binnen de contractering afspraken maken over samenwerking, preventie, innovatie en ketenzorg. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om, waar passend, gebruik te maken van de facultatieve prestatie. Indirect patiëntgebonden werkzaamheden kunnen niet afzonderlijk worden gedeclareerd, maar worden geacht onderdeel uit te maken van de tarieven. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat ook buiten de reguliere bekostiging financieringsmogelijkheden beschikbaar zijn die innovatie en samenwerking kunnen ondersteunen. Zij noemen hierbij onder meer de ondersteuningsgelden van Versterking Eerstelijnszorg Zuid-Nederland als voorbeeld.²⁷

Tijdens de interviews blijkt dat partijen de toepassing van deze mogelijkheden verschillend ervaren. Ergotherapie Nederland geeft aan dat de bestaande mogelijkheden volgens haar in de praktijk onvoldoende bijdragen aan de ambities van Passende Zorg. Volgens de beroepsvereniging bemoeilijken de huidige aanspraak en de wijze waarop indirect patiëntgebonden werkzaamheden binnen de bekostiging zijn vormgegeven het stimuleren van innovatie, het vormgeven van sectoroverstijgende samenwerking en de ontwikkeling van trajectbekostiging voor integrale zorg. Zorgverzekeraars wijzen er daarentegen op dat de huidige bekostiging ruimte biedt om hierover contractafspraken te maken. Op basis van dit onderzoek kan niet worden vastgesteld in hoeverre de bestaande mogelijkheden binnen de bekostiging in de praktijk worden benut of in hoeverre deze toereikend zijn.

Daarnaast geeft Ergotherapie Nederland aan dat de huidige aanspraak van maximaal tien uur ergotherapie per kalenderjaar voor bepaalde patiëntgroepen, zoals kinderen en patiënten binnen specifieke ketenzorgtrajecten, niet altijd toereikend is. In dergelijke situaties wordt volgens Ergotherapie Nederland soms uitgeweken naar andere zorgvormen waarvoor ruimere vergoedingsmogelijkheden bestaan. Als voorbeeld wordt fysiotherapie voor kinderen tot 18 jaar genoemd. Een zorgverzekeraar herkent deze signalen uit de praktijk. Wanneer dergelijke situaties zich voordoen, worden in sommige regio's gesprekken gevoerd met zorgaanbieders om te verkennen welke mogelijkheden binnen de bestaande bekostiging beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering.

Veldpartijen geven aan dat de verdere ontwikkeling van Passende Zorg vraagt om gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen. Daarbij wijzen zij onder meer

²⁷ De ondersteuningsgelden van Versterking Eerstelijnszorg Zuid-Nederland zijn beschikbaar voor eerstelijnszorgaanbieders in Zuid-Nederland en hebben als doel regionale samenwerking en innovatie in de eerstelijnszorg te stimuleren. De gelden kunnen worden aangevraagd voor projecten die bijdragen aan de versterking van de eerstelijnszorg.

op de aanspraak, de contractering en de beschikbare financiële kaders als onderwerpen die aandacht vragen.

6.4 Samenvatting

Overheidspartijen, zorgverzekeraars en de beroepsvereniging zien ergotherapie als een belangrijke schakel in de transitie naar Passende Zorg, onder meer vanwege de bijdrage aan zelfredzaamheid, preventie en samenwerking binnen de eerste lijn. Tegelijkertijd wordt de sector gekenmerkt door veel kleine praktijken en een beperkte organisatiegraad, waardoor regionale samenwerking niet altijd vanzelfsprekend is. De huidige bekostiging biedt verschillende mogelijkheden om samenwerking, preventie, innovatie en ketenzorg te ondersteunen. Ergotherapie Nederland geeft echter aan dat deze mogelijkheden in de praktijk onvoldoende bijdragen aan de ambities van Passende Zorg en dat de huidige aanspraak voor bepaalde patiëntgroepen niet altijd toereikend is. Zorgverzekeraars wijzen erop dat de huidige bekostiging ruimte biedt om hierover contractafspraken te maken. Op basis van dit onderzoek kan niet worden vastgesteld in hoeverre de bestaande mogelijkheden binnen de bekostiging in de praktijk worden benut of toereikend zijn. De verdere ontwikkeling van Passende Zorg vraagt om gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen.

7 Handelingsperspectief

7.1 Monitoring

Periodiek inzicht in ontwikkelingen in vraag en aanbod, wachttijden, de arbeidsmarkt en de financiële positie van ergotherapeuten is van belang om risico's voor de toegankelijkheid tijdig te signaleren en trends in de tijd te duiden. Dit marktonderzoek biedt inzicht in verschillende indicatoren die van invloed zijn op de toegankelijkheid van de ergotherapie. De huidige situatie wordt gekenmerkt door een groeiende vraag, personeelstekorten en toegankelijkheidsproblemen. Daarom is het van belang deze ontwikkelingen ook op de (middel)lange termijn te blijven monitoren, zodat tijdig kan worden ingespeeld op nieuwe knelpunten.

Van brancheorganisaties en zorgaanbieders wordt verwacht dat zij ontwikkelingen rondom capaciteit, wachttijden en toegankelijkheid actief signaleren en hierover informatie delen. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij deze ontwikkelingen monitoren vanuit hun zorgplicht en, waar nodig, passende maatregelen treffen om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. 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. Op dit moment ziet de NZa dan ook vanuit de analyses in het rapport geen directe aanleiding voor een verdere, intensieve monitoring en is de eerste stap aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

7.1.1 Financieel inzicht

Hoewel dit marktonderzoek waardevolle inzichten oplevert, kent het ook beperkingen (zie hoofdstuk 9). Een belangrijke beperking is het ontbreken van volledig inzicht in de financiële situatie van ergotherapeuten. Een integere en professionele bedrijfsvoering is van belang voor de continuïteit en toegankelijkheid van zorg, evenals voor de rechtmatige besteding van zorggelden.

De rechtsvorm en omvang van de organisatie bepalen welke gegevens moeten worden aangeleverd door zorgaanbieders in de financiële jaarverantwoording.²⁸ Sinds 1 januari 2025 geldt voor micro-zorgaanbieders een lichtere verantwoordingsplicht.²⁹ Omdat circa 95% van de verantwoordingsplichtige ergotherapiepraktijken uit micro-rechtspersonen bestaat, is het beschikbare inzicht in hun financiële positie beperkt.

Hoewel signalen over de toegankelijkheid van zorg, zoals wachttijden en uitstroom van personeel, afzonderlijk kunnen worden gemonitord, geeft dit zonder financiële informatie slechts een gedeeltelijk beeld. Het ontbreken van financiële gegevens beperkt de mogelijkheid om deze signalen in onderlinge samenhang te duiden en de achterliggende oorzaken ervan vast te stellen. Hierdoor kunnen verbanden tussen bijvoorbeeld de hoogte van salarissen, uitstroom van personeel en achterliggende oorzaken, zoals mogelijk lage tarieven of een kwetsbare financiële positie, op landelijke schaal niet goed worden

²⁸ De jaarverantwoording zorgaanbieders is een manier waarop zorgaanbieders maatschappelijke verantwoording afleggen over de besteding van collectieve middelen. Deze verantwoording bevat onder andere financiële informatie en, afhankelijk van de rechtsvorm, een jaarrekening.

²⁹ De verantwoordingsplicht geldt voor zorgaanbieders die zorg leveren die gefinancierd wordt vanuit de basisverzekering, Wlz, een pgb of een VWS-subsidie, zoals vastgelegd in artikel 40b van de Wet marktordening gezondheidszorg. Uitzonderingen op de verantwoordingsplicht zijn [hier](#) te vinden.

vastgesteld. Dit beperkt vooral het inzicht in welke factoren bijdragen aan de geconstateerde knelpunten en welke maatregelen mogelijk effectief zijn.

Het objectiverbaar maken van de financiële situatie van de ergotherapeuten door partijen is cruciaal om te kunnen analyseren en beoordelen waar de mogelijke knelpunten en kansen liggen op productiviteit, toegankelijkheid en beloning. Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij aangeven welke financiële gegevens zij van aanbieders nodig hebben om een duidelijke, financiële analyse te kunnen maken. Wij verwachten van aanbieders dat zij transparant en open deze gegevens delen zodat zorgverzekeraars gedegen analyses van de financiële situatie kunnen maken. Het is aan partijen om transparant te zijn en in goed vertrouwen samen verder te kijken zodat de ergotherapeutische markt toegankelijk en betaalbaar blijft met een passende beloning voor ergotherapeuten.

7.1.2 Zorgplicht en toezicht

Inzicht in vraag en aanbod vormt een belangrijk onderdeel van de wijze waarop zorgverzekeraars invulling kunnen geven aan hun zorgplicht, zoals beschreven in 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit'. In deze handvatten schetst de NZa verwachtingen ten aanzien van de invulling van de zorgplicht. Daarbij verwacht de NZa onder meer dat zorgverzekeraars zicht hebben op de toegankelijkheid van zorg, ontwikkelingen in vraag en aanbod monitoren en knelpunten in het zorgaanbod tijdig signaleren. Ook wordt verwacht dat zij anticplachtigeipen op ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de toegankelijkheid van zorg en, waar nodig, passende acties ondernemen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De bevindingen uit dit marktonderzoek worden gedeeld met het risicogestuurde toezicht op de zorgplicht. Wanneer signalen wijzen op risico's voor de toegankelijkheid van de ergotherapie, kan de NZa nader onderzoeken in hoeverre zorgverzekeraars deze ontwikkelingen voldoende monitoren. De NZa weegt in het risicogestuurde toezicht af welke maatschappelijke impact het signaal heeft, of er sprake is van een acuut probleem, in hoeverre de NZa invloed kan uitoefenen op de situatie en welke partijen aangehaakt moeten worden. Op basis van die bevindingen worden vervolgacties bepaald en passende maatregelen getroffen.

7.2 Innovatie en samenwerking

De groeiende zorgvraag, personeelstekorten en oplopende wachttijden vergroten de noodzaak om de beschikbare capaciteit binnen de ergotherapie zo doelmatig mogelijk in te zetten. Innovatie en samenwerking kunnen hieraan bijdragen, bijvoorbeeld door betere afstemming tussen zorgverleners, het verminderen van administratieve lasten en het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen die de beschikbare behandelcapaciteit efficiënter benutten. Wij verwachten van zorgaanbieders en de beroepsvereniging dat zij zich de komende periode actief inzetten op bovenstaande punten en dat zorgverzekeraars en overheidspartijen een belangrijke, faciliterende rol kunnen spelen door deze ontwikkelingen te ondersteunen.

Binnen de kaders van de Mededingingswet is er ruimte voor zorgaanbieders om in het belang van de patiënt/cliënt samen te werken. De ACM biedt hiervoor veel handvatten door de wijze waarop zij toezicht houdt en de informatie op haar website. Ook beschrijft de ACM onder welke voorwaarden kleine zorgaanbieders gezamenlijk kunnen optrekken in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars, wat met name voor solisten en kleine praktijken relevante handvatten biedt.

7.2.1 Versterken van de organisatiegraad

De eerstelijns ergotherapie wordt gekenmerkt door veel relatief kleine praktijken. Deze kleinschaligheid maakt het lastiger om te investeren in innovatie, digitalisering en organisatieontwikkeling. Daarnaast brengen administratieve lasten een relatief grote belasting met zich mee voor kleine organisaties en is het aantrekken en behouden van personeel vaak lastig, aldus Ergotherapie Nederland. Hierdoor beschikken veel praktijken over beperkte capaciteit om naast de dagelijkse zorgverlening te investeren in vernieuwing. De schaalvoordelen die grotere zorgaanbieders kunnen realiseren, zijn voor kleine ergotherapiepraktijken nauwelijks aanwezig. Dit bemoeilijkt niet alleen de implementatie van innovaties, maar beperkt ook de mogelijkheden om de zorg efficiënter te organiseren.

Schaalvergroting is binnen de ergotherapie niet vanzelfsprekend. In veel regio's zijn slechts enkele ergotherapeuten werkzaam, waardoor de mogelijkheden om praktijken uit te breiden beperkt zijn. Daarnaast brengt uitbreiding ook financiële en organisatorische risico's met zich mee. Het aannemen van extra personeel vraagt vaak om investeringen, bijvoorbeeld in grotere praktijkruimte en ondersteunende voorzieningen. Wanneer personeel vervolgens weer uitstroomt, blijven praktijken achter met hogere vaste lasten, terwijl de extra personele capaciteit is weggefallen. Het versterken van de organisatiegraad hoeft daarom niet noodzakelijk gepaard te gaan met schaalvergroting. Samenwerking tussen praktijken kan een passend alternatief zijn om kennis, ondersteunende bedrijfsvoering en investeringen te bundelen, zonder dat praktijken hoeven te fuseren of uit te breiden. De uitdaging lijkt daarom niet primair te liggen in schaalvergroting van praktijken, maar in het versterken van de organisatiegraad van de sector. Gezamenlijke ondersteuning op het gebied van administratie, digitalisering, werkgeverschap en kennisontwikkeling kan ertoe bijdragen dat de beschikbare capaciteit efficiënter wordt benut. Ook inhoudelijke netwerken en regionale samenwerkingsverbanden kunnen hieraan een bijdrage leveren. Wij stimuleren zorgaanbieders en de brancheorganisatie dan ook om te kijken hoe de bestaande, beschikbare capaciteit efficiënter kan worden benut.

Het versterken van de organisatiegraad vraagt om investeringen in organisatie, coördinatie en digitale ondersteuning. Vooral kleinere praktijken beschikken hiervoor vaak over beperkte tijd, kennis en financiële ruimte. Ondersteuning vanuit zorgverzekeraars en overheidspartijen kan daarom bijdragen aan het realiseren van gezamenlijke voorzieningen en samenwerking tussen praktijken. Zo is er bijvoorbeeld voor eerstelijnszorgaanbieders het programma Versterking eerstelijnszorg dat aanbieders per 1 april 2026 de mogelijkheid geeft om een overeenkomst Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV) aan te vragen bij zorgverzekeraars. Een RESV is een samenwerkingsverband van eerstelijnszorgaanbieders in een regio, zoals ergotherapeuten, huisartsen en fysiotherapeuten. In een RESV worden afspraken gemaakt over de organisatie van eerstelijnszorg, samenwerking en innovatie. Via de RESV's komen regionale financiële middelen beschikbaar om samenwerking en netwerkvorming te ondersteunen.

Een initiatief als de RESV's is de beweging naar de toekomst om passende zorg mogelijk te maken en regionale samenwerking te versterken. De NZa raadt partijen aan om te blijven inzetten op soortgelijke, bestaande initiatieven en logopedie onderdeel uit te laten maken van deze beweging. Tot slot kan de brancheorganisatie ook een faciliterende rol spelen in de informatievoorziening richting aanbieders door mogelijkheden zoals de RESV's onder de aandacht te brengen.

7.2.2 Benutten van de mogelijkheden binnen de bekostiging

Naast de organisatiegraad speelt ook de contractering en bekostiging een rol. Ergotherapeuten zijn voor een groot deel van hun inkomsten afhankelijk van contracten met zorgverzekeraars. Deze afhankelijkheid wordt mede verklaard door de dominante positie van zorgverzekeraars binnen de contractering en het feit dat Zvw-vergoedingen grotendeels de inkomsten van ergotherapiepraktijken

bepalen. Door de beperkte onderhandelingsruimte hebben ergotherapiepraktijken beperkt tot geen invloed op de hoogte van de tarieven.

De huidige bekostiging is voornamelijk gebaseerd op vergoeding per zitting. Hierdoor blijven productieprikkels bestaan. Volgens zorgaanbieders biedt de wijze waarop de bekostiging in de praktijk wordt toegepast onvoldoende ruimte voor innovatieve en preventieve zorgvormen, ondanks dat de bestaande prestaties hiervoor mogelijkheden bieden. Hoewel beleidsinitiatieven, zoals Passende Zorg, gericht zijn op het bevorderen van doelmatige en patiëntgerichte zorg, sluit de toepassing van het huidige bekostigingssysteem volgens hen onvoldoende aan bij deze doelstellingen. Zolang binnen de contractering beperkt gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden voor innovatie binnen de bestaande prestaties, blijft er sprake van een spanningsveld tussen beleid en praktijk. Zorgaanbieders zullen daardoor geneigd zijn te blijven werken binnen het bestaande productiemodel.

Tegelijkertijd brengt een andere wijze van bekostigen ook uitdagingen met zich mee. Een andere bekostigingssystematiek vraagt om intensievere samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wanneer deze samenwerking binnen de huidige, relatief eenvoudige bekostigingssystematiek al suboptimaal is, zal een andere wijze van bekostigen de samenwerking naar verwachting niet eenvoudiger maken.

7.2.3 Ondersteunen van innovatie en samenwerking

Hoewel de productieprikkel en de door zorgaanbieders als ontoereikend ervaren tarieven volgens hen een belemmering kunnen vormen voor innovatie, lijken dit niet de enige uitdaging voor de sector. De ergotherapie kent een groeiende zorgvraag, terwijl tegelijkertijd het aantal ergotherapeuten om die zorgvraag te kunnen beantwoorden achter blijft. Om de toegankelijkheid van de ergotherapie nu en in de toekomst te kunnen borgen is samenwerking en ruimte om te kunnen innoveren noodzakelijk. Zo kan de huidige capaciteit productiever en efficiënter worden ingezet en kan er op bredere schaal gekeken worden naar versterking van regio's die meer aandacht nodig hebben. Dit vraagt om gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen, waar het programma Versterking eerstelijnszorg een goed voorbeeld van is.

Meerjarencontracten kunnen zorgaanbieders meer zekerheid bieden over toekomstige inkomsten en daarmee ruimte creëren voor investeringen in innovatie en organisatieontwikkeling. Daarnaast kunnen subsidies, kennisdeling en samenwerkingsverbanden kleinere praktijken ondersteunen bij het realiseren van innovaties en het benutten van schaalvoordelen. Een voorbeeld hiervan is de subsidieregeling voor gegevensuitwisseling in de paramedische zorg.³⁰ Dit programma richt zich op het verbeteren van de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en patiënten, waardoor administratieve lasten kunnen afnemen en samenwerking wordt vergemakkelijkt. Wij verwachten van partijen dat zij zich actief blijven inzetten op de doorontwikkeling en verdere innovatie van het vak zodat de toegankelijkheid van de ergotherapie in de toekomst geborgd blijft.

Van ergotherapeuten vraagt dit de bereidheid om mee te bewegen met deze ontwikkeling. Het vereist een verandering in de organisatie van de zorg, waarbij niet alleen nieuwe technologieën worden toegepast, maar ook werkprocessen en bestaande werkwijzen moeten worden aangepast.

³⁰ [Home - Gegevensuitwisseling Paramedische Zorg](#)

7.3 Inzicht in wachtlijsten

Het verbeteren van de toegankelijkheid van de ergotherapie vraagt niet alleen om voldoende capaciteit, maar ook om een doelmatige inzet van de beschikbare capaciteit. Een beter inzicht in wachtlijsten en beschikbare behandelcapaciteit kan hieraan bijdragen. Daarbij spelen zorgbemiddeling, wachtlijstbeheer en de prioritering van zorgvragen een belangrijke rol.

7.3.1 Benutten van bestaande zorgbemiddeling

Een eerste stap ligt in het beter benutten van de bestaande mogelijkheden voor zorgbemiddeling. Uit de interviews blijkt dat er in de praktijk beperkt gebruik van zorgbemiddeling wordt gemaakt. Tijdens de interviews is als mogelijke verklaring genoemd dat zorgaanbieders terughoudend kunnen zijn om patiënten op zorgbemiddeling te wijzen. Wanneer een patiënt vervolgens door een andere zorgaanbieder wordt behandeld, kan dit leiden tot minder behandelomzet. Wel kan het een mogelijkheid voor patiënten zijn om bij een andere zorgaanbieder sneller in behandeling te komen en is het actief wijzen op zorgbemiddeling, bijvoorbeeld in het eerste contact of via verschillende informatievoorzieningen van de zorgaanbieder, een goede eerste stap. Daarbij geldt wel de nuance dat voor sommige regio's waar slechts enkele ergotherapeuten werkzaam zijn de mogelijkheden om patiënten te herverdelen klein kan zijn.

Daarnaast kan het voorkomen dat patiënten bewust kiezen voor een specifieke ergotherapeut en bereid zijn daarvoor langer te wachten. Hierdoor kan een deel van de wachttijd bestaan uit voorkeurswachttenden. Om de mogelijkheden van zorgbemiddeling beter te benutten, is het van belang beter inzicht te krijgen in de redenen waarom in de praktijk beperkt gebruik van zorgbemiddeling wordt gemaakt, terwijl er aanzienlijke wachttijden zijn. Voor zorgverzekeraars kan het goed zijn nogmaals te kijken hoe actieve zorgbemiddeling voor de paramedische sector intern ingeregeld is om verzekerden zo goed mogelijk te ondersteunen bij het tijdig vinden van een geschikte zorgaanbieder. Voor zorgaanbieders ligt er een verantwoordelijkheid om patiënten actiever te wijzen op zorgbemiddeling zodat het effect in de praktijk beter getoetst kan worden.

7.3.2 Meer inzicht in beschikbare capaciteit

Een beter inzicht in de beschikbare behandelcapaciteit kan bijdragen aan een doelmatigere inzet van de schaarse capaciteit. Wachtlijstcentralisatie kan hierbij helpen door beschikbare capaciteit transparanter te maken en vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen.

Het uniformeren van wachtlijstregistratie naar een landelijke werkwijze, zoals we op dit moment bijvoorbeeld zien in de ggz, kan ook helpen om vollediger en betrouwbaardere wachttijdinformatie te krijgen. Zo kunnen patiënten sneller en beter geholpen worden en geeft het meer inzicht in regio's waar mogelijke knelpunten zitten waar zorgverzekeraars op kunnen acteren. Om de toegankelijkheid voor de ergotherapeutische zorg nu en in de toekomst te kunnen borgen is betrouwbare data over de wachttijden essentieel en geeft partijen meer mogelijkheden om te interveniëren in de wachttijdproblematiek.

Tegelijkertijd zijn de mogelijkheden voor herverdeling binnen de ergotherapie beperkt. Behandelingen vinden veelal fysiek plaats en in veel regio's zijn slechts enkele ergotherapeuten werkzaam. Vanwege het gebrek aan geografische flexibiliteit is het vaak lastig patiënten naar een andere praktijk te verwijzen. Wachtlijstcentralisatie kan daarom bijdragen aan een beter inzicht en objectivering in beschikbare capaciteit, maar vormt op zichzelf geen oplossing voor de bestaande personeelstekorten of lange wachttijden.

7.3.3 Prioriteren van schaarse capaciteit

Naast een beter inzicht in beschikbare capaciteit kan ook worden verkend of differentiatie van toegankelijkheidsnormen, dan wel de Treeknorm, naar urgentie van de zorgvraag kan bijdragen aan een doelmatigere inzet van de beschikbare capaciteit. Binnen het traject Actualisatie normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden (AZWA C4) wordt onderzocht of differentiatie van wachttijdnormen naar urgentie wenselijk en uitvoerbaar is. De concrete uitwerking hiervan maakt onderdeel uit van het vervolgtraject en is op dit moment nog niet vastgesteld. Mogelijk biedt deze uitwerking ook handvatten voor vervolgstappen in de ergotherapie.

Een differentiatie van toegankelijkheidsnormen kan bijdragen aan een betere prioritering van schaarse capaciteit, doordat patiënten met een urgentere zorgvraag eerder toegang krijgen tot zorg. Een dergelijke aanpassing vergroot echter niet de beschikbare capaciteit en leidt daarmee niet automatisch tot kortere wachttijden. De toegevoegde waarde ligt vooral in een betere verdeling van de beschikbare zorg.

Een voorbeeld hiervan is de kraamzorg. Binnen deze sector hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijke afspraken gemaakt over de inzet van schaarse capaciteit en maatwerk in de zorgverlening. Dit laat zien dat gezamenlijke afspraken kunnen bijdragen aan een doelmatigere verdeling van beschikbare capaciteit.

Voor de ergotherapie is op dit moment nog onduidelijk in hoeverre differentiatie van toegankelijkheidsnormen wenselijk en uitvoerbaar is. Ook vraagt een dergelijke differentiatie om duidelijke afspraken over de wijze waarop de urgentie van de zorgvraag wordt vastgesteld. Dit staat los van de inhoudelijke beoordeling of zorg passend en noodzakelijk is.

7.3.4 Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Het verbeteren van de toegankelijkheid van de ergotherapie vraagt uiteindelijk om gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen. Zorgaanbieders kunnen bijdragen door wachttijden transparant te registreren en waar mogelijk gebruik te maken van bestaande mogelijkheden voor samenwerking en zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een belangrijke verantwoordelijkheid om ontwikkelingen in de toegankelijkheid te monitoren, knelpunten tijdig te signaleren en waar nodig passende maatregelen te treffen.

Een betere benutting van zorgbemiddeling, meer inzicht in beschikbare capaciteit en, indien wenselijk en uitvoerbaar, een betere prioritering van schaarse capaciteit kunnen gezamenlijk bijdragen aan een doelmatigere inzet van de beschikbare zorg. Daarmee worden de wachttijden niet noodzakelijk korter, maar kan de beschikbare capaciteit beter worden ingezet voor patiënten met de grootste urgentie.

7.4 Aantrekkelijkheid van het beroep vergroten

De vraag naar ergotherapie neemt toe en zal naar verwachting verder groeien, terwijl de groei van het aantal beschikbare ergotherapeuten daarbij achterblijft. Praktijken ervaren langdurig openstaande vacatures en de toegankelijkheid van de zorg staat onder druk. Om ook op de langere termijn aan de groeiende zorgvraag te kunnen blijven voldoen, zijn voldoende instroom in het beroep, behoud van professionals en aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden van belang.

Uit hoofdstuk 3.2.4 blijkt dat de instroom van nieuwe ergotherapeuten de afgelopen jaren per saldo groter was dan de uitstroom. Tegelijkertijd laten de beschikbare gegevens zien dat deze groei

vooral nog onvoldoende is om gelijke tred te houden met de toenemende zorgvraag. Daarnaast blijkt uit de beschikbare opleidingsgegevens geen duidelijke stijgende of dalende trend in de instroom van studenten. Wel signaleert Ergotherapie Nederland dat de instroom onder druk kan staan, onder meer doordat opleidingen bij een beperkt aantal aanmeldingen niet altijd starten, het aanbod van deeltijdopleidingen afneemt en aanvullende toelatingseisen worden gehanteerd.

Naast de instroom is ook het behoud van ergotherapeuten een belangrijk aandachtspunt. Volgens Ergotherapie Nederland verlaten eerstelijns ergotherapeuten de sector onder meer vanwege arbeidsvoorwaarden, inkomensperspectief en werkdruk. Daarnaast kiezen startende ergotherapeuten volgens de beroepsvereniging na enkele jaren regelmatig voor een functie in de tweede- of derdelijnszorg.³¹ De beroepsvereniging geeft aan dat contractvoorwaarden en tarieven eveneens factoren zijn die het inkomensperspectief en daarmee de aantrekkelijkheid van het beroep kunnen beïnvloeden. Deze relatie kan op basis van de beschikbare kwantitatieve data echter niet worden onderbouwd en is daarom uitsluitend gebaseerd op kwalitatieve signalen uit het veld. Ook het ontbreken van een cao wordt regelmatig genoemd. Tegelijkertijd werkt een groot deel van de ergotherapeuten als zelfstandige, waardoor de betekenis van een cao voor een belangrijk deel van de beroepsgroep beperkt is.

Naast arbeidsvoorwaarden kan ook de inrichting van het werk bijdragen aan de aantrekkelijkheid van het beroep. Volgens partijen kunnen innovatie, digitalisering en efficiëntere werkprocessen de administratieve belasting verminderen en de beschikbare tijd voor patiëntenzorg vergroten. Ook het versterken van de organisatiegraad en de samenwerking binnen de sector kan bijdragen aan een aantrekkelijker werkomgeving, doordat kennis, ondersteunende bedrijfsvoering en organisatorische taken meer gezamenlijk kunnen worden georganiseerd. Tegelijkertijd geven partijen aan dat juist de zelfstandigheid, autonomie en vrijheid die samenhangen met het werken in een kleine praktijk voor veel ergotherapeuten belangrijke redenen zijn om voor het beroep te kiezen. Maatregelen gericht op samenwerking en organisatieontwikkeling dienen daarom ruimte te laten voor deze kenmerken.

De arbeidsmarktkrapte binnen de ergotherapie maakt onderdeel uit van een bredere ontwikkeling binnen de zorg. Tegelijkertijd zorgen de combinatie van een groeiende zorgvraag, de uitstroom van professionals uit de eerste lijn en de beperkte groei van het aantal beschikbare ergotherapeuten ervoor dat de gevolgen binnen de ergotherapie steeds zichtbaarder worden. Het vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep vraagt daarom om gezamenlijke inspanningen van onderwijsinstellingen, de beroepsvereniging, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen. Een combinatie van maatregelen gericht op het versterken van de instroom, het behouden van professionals en het aantrekkelijk organiseren van het werk kan bijdragen aan een toekomstbestendige ergotherapiesector en aan het behoud van een goede toegankelijkheid van de zorg.

7.5 Samenvatting

Het verbeteren van de toegankelijkheid van de ergotherapie vraagt om een samenhangende aanpak. Periodieke monitoring, meer inzicht in de financiële positie van zorgaanbieders, versterking van de organisatiegraad, innovatie en samenwerking kunnen bijdragen aan een doelmatigere inzet van de beschikbare capaciteit. Daarnaast kunnen een betere benutting van zorgbemiddeling, meer inzicht in beschikbare capaciteit en differentiatie van toegankelijkheidsnormen naar urgentie bijdragen aan een betere prioritering van schaarse capaciteit. Tot slot zijn gezamenlijke inspanningen nodig om de

³¹ Resultaten enquête wachtlijst problematiek (Ergotherapie Nederland, 2025).

aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten en daarmee de instroom en het behoud van ergotherapeuten te versterken.

De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij meerdere partijen. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ontwikkelingen in vraag, aanbod, capaciteit, wachttijden en toegankelijkheid monitoren en zich, vanuit hun zorgplicht, maximaal inspannen om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Daarnaast werken zij samen met beroepsverenigingen en zorgaanbieders bij het verzamelen van relevante gegevens.

Van beroepsverenigingen en zorgaanbieders wordt verwacht dat zij ontwikkelingen signaleren, gegevens verzamelen en delen ten behoeve van monitoring en inzichten en de samenwerking en organisatiegraad binnen de sector versterken. Daarnaast is het voor zorgaanbieders belangrijk dat zij de verantwoordelijkheid pakken in de doorontwikkeling op het gebied van innovatie zodat de bestaande capaciteit beter wordt benut. Tot slot kan de brancheorganisatie ook een faciliterende rol spelen in de informatievoorziening richting aanbieders door verschillende mogelijkheden, zoals de RESV's, onder de aandacht te brengen.

VWS kan, waar passend, een faciliterende rol vervullen. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en betreft de bevindingen uit dit marktonderzoek bij het risicogestuurde toezicht op de zorgplicht.

8 Conclusie

Deze belangrijkste conclusies bevatten een duiding van de huidige situatie en schetst een beeld over de toekomstige situatie van de sector. 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.

8.1 Huidige situatie

De huidige situatie in de ergotherapiesector laat een duidelijk toenemend spanningsveld zien tussen vraag en aanbod. De vraag naar ergotherapie groeit sterk door maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing, langer thuis wonen en een toenemende bekendheid van het vakgebied. Het aanbod van ergotherapeuten (en daarmee de capaciteit om te kunnen voldoen aan de alsmaar groeiende zorgvraag) groeit echter beperkt mee. Hoewel het aantal geleverde prestaties toeneemt, lijkt de sector steeds meer tegen de grenzen van de beschikbare capaciteit aan te lopen. Het huidige systeem (per zitting/tijdseenheid) stimuleert patiëntgebonden behandeluren, maar geeft beperkt ruimte voor preventie en coördinatie zoals nodig voor passende zorg.

De beperkte capaciteit hangt onder andere samen met de structuur van de sector. De eerstelijns ergotherapie bestaat grotendeels uit kleine praktijken en zelfstandig werkende ergotherapeuten, waardoor schaalvoordelen, regionale samenwerking en investeringsmogelijkheden beperkt zijn. Daarnaast werken veel ergotherapeuten parttime en gaat een aanzienlijk deel van de werktijd naar indirecte werkzaamheden zoals administratie, overleg en reistijd. Hierdoor blijft de effectieve behandelcapaciteit relatief beperkt, ondanks de stijgende zorgvraag.

De arbeidsmarktkrapte versterkt deze problematiek. Vacatures blijven langdurig openstaan en signalen wijzen erop dat de instroom vanuit opleidingen onvoldoende is om de uitstroom en groeiende zorgvraag op te vangen. Factoren zoals hoge werkdruk, door de zorgaanbieders ervaren beperkte arbeidsvoorwaarden en uitstroom uit de eerstelijnszorg lijken hierbij een belangrijke rol te spelen. Hierdoor ontstaat een situatie waarin de sector steeds afhankelijker wordt van een relatief kleine groep professionals.

Deze ontwikkelingen vertalen zich in structurele toegankelijkheidsproblemen. Wachttijden overschrijden regelmatig de Treeknorm en lijken niet incidenteel, maar structureel van aard. Hoewel patiënten de mogelijkheid hebben om zorgbemiddeling bij hun zorgverzekeraar aan te vragen, maken zij hier weinig gebruik van en lijken zij te berusten in de lange wachttijden. Deze interpretatie moet echter met de nodige voorzichtigheid worden bekeken. Dit komt mogelijk doordat zij hier niet bekend mee zijn of niet in staat zijn om dit zelf te regelen. Hoewel patiëntvoorkeuren en regionale verschillen een rol spelen in de wachttijden binnen de ergotherapie, wijzen de signalen erop dat de beschikbare capaciteit onvoldoende aansluit bij de groeiende zorgvraag.

Ook binnen de contractering is sprake van een spanningsveld. Hoewel tarieven formeel vrij onderhandelbaar zijn, ervaren veel zorgaanbieders beperkte invloed op contractvoorwaarden en tarieven. Zorgaanbieders geven aan dat de beschikbare tarieven onvoldoende ruimte bieden voor een gezonde bedrijfsvoering en investeringen in innovatie, samenwerking en personeelsbehoud. Zorgverzekeraars geven aan dat indirecte werkzaamheden in principe onderdeel uitmaken van de tariefstelling. Echter, in hoeverre en op welke wijze deze indirecte tijd daadwerkelijk wordt verdisconteerd in de contracttarieven, is niet inzichtelijk. Dat praktijken in toenemende mate aanvullende

inkomstenbronnen buiten de verzekerde zorg zoeken, kan erop wijzen dat het huidige model voor een deel van de zorgaanbieders financieel onder druk staat.

Alles overziend ontstaat het beeld van een sector die maatschappelijk steeds belangrijker wordt, maar waarbij de groeiende zorgvraag, arbeidsmarktkrapte, beperkte schaalgrootte en ervaren financiële druk gezamenlijk leiden tot toenemende druk op de toegankelijkheid en toekomstbestendigheid van de ergotherapie.

8.2 Toekomstige situatie

Op de middellange termijn bestaat het risico dat de toegankelijkheid van ergotherapie verder onder druk komt te staan. De verwachting is dat de zorgvraag blijft toenemen, terwijl de beschikbare capaciteit onvoldoende meegroeit. Hierdoor kunnen wachttijden verder oplopen en kunnen regionale verschillen in beschikbaarheid zichtbaarder worden. Gevolg hiervan zou zijn dat patiënten langer moeten wachten op zorg die zij nodig hebben.

Tegelijkertijd lijkt de sector beperkt in staat om deze groei zelfstandig op te vangen. De kleinschalige organisatie van veel praktijken maakt investeringen in innovatie en samenwerking complex. Zonder verdere professionalisering en versterking van regionale samenwerking bestaat het risico dat beschikbare capaciteit onvoldoende efficiënt kan worden ingezet. Vakinhoudelijk wordt er middels expertisegroepen wel samengewerkt op bijvoorbeeld Parkinson of niet-aangeboren-hersenletsel, maar liggen er nog wel kansen voor de sector om de samenwerking te zoeken op bijvoorbeeld innovatie.

Daarnaast kan de kwetsbaarheid van een deel van de sector toenemen. Beperkte investeringsruimte en afhankelijkheid van aanvullende inkomstenbronnen kunnen de stabiliteit van praktijken onder druk zetten en het moeilijker maken om personeel te behouden en/of nieuwe professionals aan te trekken. Hierdoor dreigt een situatie waarin arbeidsmarktkrapte, wachttijden en druk op de bedrijfsvoering elkaar verder versterken.

Wanneer deze ontwikkelingen samenkomen, ontstaat het risico dat de maatschappelijke meerwaarde van ergotherapie onvoldoende benut kan worden, juist op het moment dat de behoefte aan ondersteuning bij het zelfstandig functioneren groeit. Om dit te voorkomen is een gezamenlijke en structurele aanpak nodig, gericht op innovatie, samenwerking, versterking van de arbeidsmarkt en het beter benutten van bestaande capaciteit. Daarnaast blijft structurele monitoring noodzakelijk om tijdig te kunnen bijsturen op toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg.

8.3 Eindconclusie

Kort samengevat concluderen wij dat de toegankelijkheid van ergotherapie in delen van Nederland momenteel al onder druk staat en zonder aanvullende maatregelen verder onder druk zal komen te staan. De sector bevindt zich in een structureel spanningsveld tussen een groeiende zorgvraag en een aanbod dat onvoldoende toereikend is. Dit uit zich onder meer in oplopende wachttijden, arbeidsmarktkrapte en beperkte behandelcapaciteit.

Tegelijkertijd bestaat de sector grotendeels uit kleine praktijken en zelfstandig werkende ergotherapeuten. Ondanks verschillende samenwerkingsinitiatieven blijft de organisatiegraad beperkt, waardoor investeringen in innovatie, samenwerking en een efficiëntere organisatie van zorg moeilijk van de grond komen. Een hogere organisatiegraad kan bijdragen aan een betere benutting van capaciteit en een sterkere positie van zorgaanbieders binnen regionale samenwerking en contractering.

Om de toegankelijkheid en toekomstbestendigheid van de ergotherapie te waarborgen is een gezamenlijke en samenhangende aanpak nodig. Daarbij zijn investeringen in arbeidsmarkt, samenwerking, innovatie en structurele monitoring noodzakelijk om de beschikbare capaciteit beter te benutten en tijdig in te spelen op toekomstige ontwikkelingen.

9 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: De analyse van de financiële positie is beperkt, omdat deze uitsluitend is gebaseerd op solvabiliteit, bedrijfsresultaat en de betalingsindex. Essentiële informatie over onder meer liquiditeit en onttrekkingen uit het vermogen ontbreekt, waardoor geen volledig en hard oordeel kan worden gegeven. Daarnaast is de interpretatie van solvabiliteit in deze sector minder betrouwbaar, aangezien paramedische zorgaanbieders volgens de beroepsvereniging nauwelijks toegang hebben tot externe financiering. Voor een vollediger beeld is het nodig om aanvullende indicatoren te betrekken, zoals liquiditeitsratio's, eigenaarsloon en winst gecorrigeerd voor uitgekeerd loon en gewerkte uren, inclusief aspecten als AOV en pensioenopbouw.
2. Zorgvraag: In de analyses is uitgegaan van het huidige beleid en de huidige verzekerde aanspraken. Eventuele toekomstige beleidswijzigingen zijn hierin niet meegenomen, maar de resultaten geven een beeld van de huidige situatie en zijn bruikbaar voor beleids- en besluitvorming.
3. Wachttijden: In dit rapport is gebruik gemaakt van de beschikbare onderzoeken die een beeld geven van de wachttijden. Er is geen inzicht in hoeverre wachttijden beïnvloed worden door specifieke wensen (zoals voorkeur voor dag/tijd/therapeut).
4. Ziekteverzuim: Verzuimcijfers specifiek voor de sector ergotherapie zijn niet beschikbaar. In het kostenonderzoek van Gupta uit 2020 is gebruikgemaakt van landelijke CBS-verzuimdata voor de zorgsector. Deze cijfers geven het gemiddelde verzuim in de gehele zorg weer, maar bieden geen specifiek inzicht in het verzuim binnen de ergotherapie.
5. Reistijd cijfers: Er zijn geen specifieke reistijd cijfers beschikbaar voor patiënten die naar de dichtstbijzijnde ergotherapiepraktijk reizen. Het is echter bekend dat ergotherapeuten vaak patiënten aan huis behandelen, wat betekent dat reistijdstatistieken voor de ergotherapie een ander beeld geven dan voor andere paramedische sectoren. De toegankelijkheidsvraag van 'fysieke reistijd naar de praktijk' verschuift daardoor deels naar 'de beschikbaarheid van therapeuten in de regio'.
6. Dit onderzoek is geen kostprijsonderzoek. Er is geen onderzoek gedaan naar in hoeverre tarieven toereikend zijn voor de geleverde zorg.
7. Patiëntkenmerken: Voor de ergotherapiesector waren er geen gegevens over patiëntkenmerken beschikbaar, in tegenstelling tot de andere paramedische sectoren. Hierdoor ontbreekt de mogelijkheid om verschillen in populatiesamenstelling mee te nemen in de analyse.

10 Bijlage

10.1 Bronnenlijst

- CBS. (2025, januari 14). *Hbo; instroom, opleidingsvorm, opleiding, regio*. Opgehaald van CBS.
- CBS. (2026, januari 14). *Hbo; gediplomeerden, opleidingsvorm, opleiding, regio*. Opgehaald van CBS:
<https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24109NED/table?ts=1772023670845>
- CBS. (2026, januari 14). *Hbo; studieuitval, opleidingsvorm, opleiding, regio*. Opgehaald van cbs:
<https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24143NED/table?ts=1772023776588>
- Ergotherapie Nederland. (2025). *Resultaten enquête wachtlijst problematiek*.
- Gupta Strategists. (2020). *Kostenonderzoek paramedische zorg: Kostprijzen en betaalbaarheid van fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek*.
- Lammers, M., Scholte, R., & Berden, C. (2014). *Ergotherapie doet er toe*.
- Nivel. (2022). *Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten: Peiling april 2021*.
- NZa. (2026, januari 14). *Kerncijfers ergotherapie*. Opgehaald van NZa:
<https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/kerncijfers-paramedische-zorg/kerncijfers-ergotherapie>
- RIVM. (2026, januari 14). *Regiobeeld.nl*. Opgehaald van Zorggebruik | Eerstelijnszorg:
<https://www.regiobeeld.nl/zorggebruik/eerstelijnszorg?pmzOpties=Fysiotherapie&pmzkostenOpties=gebr>
- Van Dronkelaar, C., & Meijer, W. (2025). *Ergotherapeuten en het stimuleren van zelfredzaamheid bij thuiswonende ouderen*.
- Vereniging Hogescholen. (2026, januari 14). *Dashboard instroom, inschrijvingen en diploma's*. Opgehaald van Vereniging Hogescholen:
<https://www.vereniginghogescholen.nl/kennisbank/feiten-en-cijfers/artikelen/dashboard-instroom-inschrijvingen-en-diploma-s>

10.2 Methode van aanvullende dataverwerking

CBS-microdata

De CBS-gegevens zijn gebaseerd op microdata uit de CBS-statistieken over de uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg

In totaal zijn er over drie jaren (2021-2023) respectievelijk 236, 263 en 254 praktijken in de gegevens meegenomen. Bedrijven zijn ingedeeld naar grootte op basis van totale bedrijfsopbrengsten (mln euro) met de volgende grenzen: Micro/klein: tot € 0,9 mln, Klein: € 0,9 tot € 15 mln. Er zijn geen grotere praktijken dan dat. Voor de geselecteerde bedrijfseenheden zijn de totale bedrijfsopbrengsten afgeleid uit de belastingaangiften van bedrijven (incl. zelfstandigen) en is de omvang van verzekerde zorg bepaald op basis van declaratiedata en pgb-uitgaven.

Wanneer in een combinatie van jaar, sector en grootteklasse te weinig bedrijven voorkwamen (<10), zijn grootteklassen samengevoegd om onthullingsrisico te beperken. Bedrijven zijn uitgesloten wanneer sprake was van consolidatie, dubbeltellingen (onderaannemers), negatieve bedrijfsopbrengsten, of wanneer de omvang van verzekerde zorg meer dan 3% groter was dan de totale bedrijfsopbrengsten. In dat laatste geval wordt aangenomen dat sprake is van een onjuiste koppeling of bronprobleem.

Daarnaast zijn declaraties die te koppelen zijn aan een KvK-nummer dat niet behoort tot een economisch actieve bedrijfseenheid buiten beschouwing gelaten.

DigiMV-jaarverantwoording CIBG

De NZa ontvangt jaarlijks de jaarverantwoording van zorgaanbieders die onder de Zvw en de Wet langdurige zorg vallen. Dit geldt in principe ook voor alle ergotherapiepraktijken die zorg leveren binnen deze wetten. Micro-aanbieders dienen eveneens hun gegevens aan te leveren, met uitzondering van eenmanszaken zonder zorgverlenend personeel (zogenoemde solisten) en die zich niet door een invaller hebben laten vervangen tijdens afwezigheid³².

Vanaf verslagjaar 2025 is de zogenoemde pauzeknop opgeheven, die zorgaanbieders tijdelijk de ruimte bood om zich voor te bereiden op de aanleverplicht. De eerste volledige aanlevering na het opheffen van deze regeling heeft betrekking op verslagjaar 2024. Dit verslagjaar is dan ook het enige beschikbare jaar en vormt de basis voor de onderstaande analyse, waarin de jaarverantwoording als bron is gebruikt.

Om de relevante praktijken te identificeren, is in de aangeleverde DigiMV-data gefilterd op de SBI-codes 86919 en 86994 (respectievelijk 'Overige paramedische praktijken, exclusief fysiotherapie en psychologie en alternatieve genezers' en 'Overige paramedische zorg'). Daarnaast is geselecteerd op praktijknamen waarin het woord "ergo" voorkomt.

Binnen deze definities zijn in totaal 136 jaarrekeningen van praktijk eigenaren geüpload in het kader van de jaarverantwoording aan het CIBG. Op deze dataset is vervolgens een filter toegepast voor bedrijven met meer dan €500 omzet, een totaal- en eigen vermogen groter dan nul en bedrijfslasten die eveneens hoger dan nul zijn. Na toepassing van deze filtering bleven 130 jaarrekeningen over.

Vektis data en AGB-register

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van Vektis-declaratiedata en AGB-registerdata, aangevuld met meer gedetailleerde AGB-registerdata die door Ergotherapie Nederland is aangeleverd. Bij verwijzingen naar het AGB-register wordt standaard deze (aangevulde) dataset gehanteerd. De Vektis-declaratiedata is in beperkte mate bewerkt ten behoeve van de analyses. Bij de interpretatie van de resultaten is het van belang rekening te houden met verschillen tussen databronnen. Zo liggen de totale uitgaven in de NZa-kerncijfers hoger dan in deze rapportage, doordat de kerncijfers zijn gecorrigeerd voor voorspelde schadelast. Daarnaast hebben de in de NZa-kerncijfers opgenomen aantallen praktijken betrekking op declaranten, terwijl in deze rapportage wordt uitgegaan van het aantal geregistreerde AGB-codes (ondernemingen). Verder bestaat er een verschil tussen het aantal behandelingen per patiënt in de NZa-kerncijfers en het aantal prestaties per patiënt in deze rapportage. Dit komt doordat in de NZa-kerncijfers voor ergotherapie een correctie wordt toegepast voor eenheden van vijftien minuten, om betere vergelijkbaarheid met andere paramedische sectoren te waarborgen. In deze rapportage is deze correctie niet toegepast.

Ergotherapie Nederland wachttijden en vacatures enquête

Ergotherapie NL heeft onder haar leden een enquête uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de aanwezigheid van wachtlijsten en de omvang van wachttijden. In de begeleidende communicatie is aangegeven dat slechts één persoon per praktijk de vragenlijst mocht invullen. Wij constateren dat de

³² <https://www.jaarverantwoordingzorg.nl/zorgaanbieders/uitzonderingen>

formulering van de vragen in de enquête objectief is en niet suggestief. Het is relevant om te vermelden dat het niet duidelijk is of de gerapporteerde waarden door therapeuten zijn gebaseerd op kwalitatieve inschattingen dan wel kwantitatieve gegevens, bijvoorbeeld of deze berusten op subjectieve indrukken of op vooraf gedefinieerde en onderhouden wachtlijsten. Daarnaast is het onduidelijk in hoeverre dubbelwachtenden en wenswachtenden invloed hebben op deze waardes. Van de 500 respondenten zijn uitsluitend de 251 eerstelijnspraktijken meegenomen in de analyse. De praktijken zijn vergeleken met landelijke data, per provincie en op praktijkomvang. Micropraktijken hebben maximaal tien ergotherapeuten; kleine praktijken meer dan tien. Op beide variabelen toonde de chi-kwadraat test geen significant verschil aan, wat inhoudt dat de steekproef op dit niveau representatief is voor de populatie.

NZa Mystery shopping

De NZa heeft in 2025 81 ergotherapiepraktijken gebeld met de vraag wanneer de eerstvolgende behandelmogelijkheid beschikbaar was. Er is geen voorkeurstijd/dag gevraagd. Doel van dit veldonderzoek was het achterhalen van de huidige wachttijd.

Er zijn twee type casussen gebruikt om te bellen:

1. *Casus Kind: Mijn zoontje van 4 jaar (geb datum 01-09-2021) heeft, sinds hij op school zit, veel driftbuien thuis en soms ook op school. Dit komt echt vanuit het niets en het lijkt vooral zo als hij een drukke dag op school heeft gehad. Hij gaat ook een dag naar de BSO, dan is hij al helemaal niet te genieten. Het lijkt alsof het allemaal te veel voor hem is, alsof er te veel prikkels zijn de hele dag, waardoor hij aan het einde van de schooldag niets meer kan hebben. Ik ben dus op zoek naar iemand die mij wat tips kan geven om ervoor te zorgen dat hij minder prikkels ervaart of wat meer rustmomenten op een dag krijgt.*
2. *Casus Volwassene: Sinds kort ben ik gediagnosticeerd met reuma, na een lang traject van onderzoeken. Doordat de ontstekingen wisselend opvlammen, ben ik met periodes heel moe en kan ik weinig doen. Wat ik vooral jammer vind, is dat ik dan ook mijn hobby's niet meer kan uitvoeren. Ik ben graag bezig met mijn handen en hou van breien, haken, schilderen, tekenen. Dat kost me dan te veel moeite. Ik hoop daarom dat u me kunt helpen en me wat tips of aanpassingen kunt geven, waardoor ik dit kan blijven doen, ook als ik slechtere periodes heb.*

Voor de casus volwassene heeft de NZa 74 praktijken gebeld. Voor de casus Kind zijn zeven praktijken gebeld.

10.3 Tabel prestatie aantallen

Bron: Vektis declaratiedata

Populatie	Code	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Individuele zitting ergotherapie	5000	2.491.285 (86%)	2.306.805 (82%)	2.684.692 (76%)	2.827.262 (74%)	3.029.448 (76%)	3.216.595 (80%)
Individuele zitting kinderergotherapie	5008	56.704 (2%)	65.773 (2%)	90.447 (3%)	109.368 (3%)	120.604 (3%)	123.354 (3%)
Intake en onderzoek na verwijzing:	5004	228.313 (8%)	215.709 (8%)	262.037 (7%)	287.430 (8%)	294.122 (7%)	294.487 (7%)

onderzoek &
behandelplan

Screening, intake en onderzoek zonder verwijzing: aanmerking, onderzoek & behandelplan	5005	78.998 (3%)	112.664 (4%)	158.331 (5%)	173.827 (5%)	205.750 (5%)	221.378 (5%)
Individuele zitting handergotherapie	5009	17.292 (1%)					57.519 (1%)
Telefonische zitting ergotherapie	5010		55.191 (2%)				
Individuele zitting ergotherapie - COVID-19 herstelzorg	5020			15.1344 (4%)	21.9153 (6%)	11.6444 (3%)	
Overige prestaties (exclusief toeslagprestaties)	-	20.169 (1%)	50.010 (2%)	162.599 (5%)	194.978 (5%)	208.288 (5%)	128.978 (3%)
Totaal		2.892.761	2.806.152	3.509.450	3.812.018	3.974.656	4.042.311

Het totaalbedrag is exclusief de prestatiegerelateerde toeslagen, aangezien deze aanvullend worden toegevoegd aan de reeds gedeclareerde basisberekening.

