

Eindrapport marktonderzoek logopedie

Onderdeel van het marktonderzoek paramedische zorg



15 september 2026

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Samenvatting	5
2 Inleiding	9
2.1 Onderzoeksvragen	9
2.2 Proces	10
2.3 Partijen	10
2.4 Onderzoeksopzet en methoden	10
2.5 Leeswijzer	13
3 Zorggebruik en aanbod van zorg	14
3.1 Zorggebruik	14
3.2 Aanbod van zorg	17
3.2.1 Organisatiegraad	17
3.2.2 Dienstverbanden	18
3.2.3 Aantal zorgverleners	19
3.2.4 In- en uitstroom	20
3.2.5 Aantal fte	24
3.2.6 Productiviteit	24
3.3 Samenvatting	25
4 Toegankelijkheid	27
4.1 Zorgplicht	27
4.2 Wachttijden	27
4.3 Zelf-financiering	29
4.4 Samenvatting	29
5 Contractering en marktdynamiek	30
5.1 Omzet en tarieven	30
5.1.1 Bekostiging van logopedie	30
5.1.2 Ontwikkeling van de macro-uitgaven	31
5.1.3 Regionale verschillen	32
5.1.4 Tariefontwikkeling	34
5.1.5 Beeld van de tarieven vanuit veldpartijen	36
5.2 Contractering	38

5.2.1	Contracteergraad	38
5.2.2	Contractvormen en contractvoorwaarden	40
5.2.3	Het contracteerproces	42
5.2.4	Toetreding aanbieders	43
5.2.5	Afstemming tussen zorgverzekeraars en de beroepsvereniging	43
5.2.6	Ervaringen met het contracteerproces	43
5.3	Financiële gezondheid zorgaanbieders	44
5.3.1	Solvabiliteit	44
5.3.2	Bedrijfsresultaat	45
5.3.3	Loonontwikkeling en waardering van inkomen	47
5.4	Samenvatting	48
6	Transitie naar passende zorg	50
6.1	De rol van logopedie binnen Passende Zorg	50
6.2	Maatschappelijke waarde	50
6.3	Organisatie en samenwerking	50
6.4	Verzekerde aanspraak en bekostiging	51
6.5	Samenvatting	51
7	Handelingsperspectief	53
7.1	Monitoring	53
7.1.1	Financieel inzicht	53
7.1.2	Zorgplicht en toezicht	54
7.2	Innovatie en samenwerking	54
7.2.1	Versterken van de organisatiegraad	55
7.2.2	Benutten van de mogelijkheden binnen de bekostiging	55
7.2.3	Ondersteunen van innovatie en samenwerking	56
7.3	Inzicht in wachtlijsten	57
7.3.1	Benutten van bestaande zorgbemiddeling	57
7.3.2	Meer inzicht in beschikbare capaciteit	57
7.3.3	Prioriteren van schaarse capaciteit	58
7.3.4	Gezamenlijke verantwoordelijkheid	58
7.4	Aantrekkelijkheid van het beroep vergroten	58

7.5 Samenvatting	59
8 Conclusie	61
8.1 Huidige situatie	61
8.2 Toekomstige situatie	62
8.3 Eindconclusie	62
9 Disclaimer	63
10 Bijlage	64
10.1 Bronnenlijst	64
10.2 Methode van aanvullende dataverwerking	64
10.3 Tabel prestatie aantallen	67
10.4 Tabel Tarief voor “individuele zitting reguliere logopedie” (declaratiecode: 4000) van 2019 tot 2025 uitgesplitst naar provincie	68

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 logopedie 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 vraag naar logopedie is tussen 2019 en 2024 met circa 7% toegenomen en zal naar verwachting tussen 2025 en 2040 verder groeien met ongeveer 15%². Deze groei hangt samen met een toenemende en complexere zorgvraag, onder meer door een groeiende vraag naar logopedie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen en een toenemende behoefte aan neurologische logopedische zorg als gevolg van de vergrijzing en het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Daarnaast verschuift zorg van de tweede lijn naar de vrijgevestigde eerstelijnslogopedie, waardoor patiënten vaker en langer een beroep doen op logopedische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). In 2024 maakten circa 285.000 patiënten gebruik van logopedie, een stijging van 7,1% ten opzichte van 2019. Kinderen van 0 tot 7 jaar vormen nog steeds de grootste patiëntgroep, terwijl het aandeel volwassenen toeneemt. Het aantal geleverde prestaties steeg in dezelfde periode met 11,3%. Het gemiddeld aantal prestaties per patiënt nam slechts licht toe, van 15,9 naar 16,2. Regionaal zijn duidelijke verschillen zichtbaar, met een relatief hoge zorgvraag in Limburg en Overijssel.

Tegelijkertijd blijft het zorgaanbod achter bij de groeiende vraag. Het aantal ondernemingen daalde tussen 2019 en 2024 met 4% tot circa 1.630, terwijl het aantal vestigingen stabiel bleef rond de 4.000. Ook het aantal eerstelijnslogopedisten nam licht af (-2%). In totaal zijn circa 4.274 logopedisten werkzaam in de eerstelijnszorg. Zij werken veelal in kleine praktijken of gezondheidscentra, maar ook in domeinen als het onderwijs en de Verpleeg-, Verzorgingshuizen, Thuiszorg en Jeugdgezondheidszorg (VVT). De beroepsgroep logopedisten is relatief jong en werkt gemiddeld 0,75 fte, waarbij één fte overeenkomt met een fulltime werkweek van 36 uur. Uit de geraadpleegde data³ blijkt daarnaast dat een aanzienlijk deel van de werktijd wordt besteed aan indirecte taken. Hierdoor is de beschikbare behandelcapaciteit beperkt. Hoewel een groot deel van de logopedisten in loondienst werkt en er wordt ingezet op samenwerking, blijft de organisatie van de eerstelijnszorg overwegend kleinschalig. Structurele samenwerking en het gezamenlijk borgen van afspraken komen nog beperkt van de grond.

Ook de arbeidsmarkt vormt een belangrijk knelpunt. Praktijken hebben te maken met langdurig openstaande vacatures, mede door een tekort aan afgestudeerde logopedisten. De instroom in de opleidingen neemt licht af en de studie-uitval ligt rond de 32%. Daarnaast kiest een deel van de afgestudeerden voor de tweede of derde lijn in plaats van de eerstelijnszorg, of verlaat het beroep na enkele jaren. Genoemde redenen hiervoor zijn onder meer het relatief lage salaris, het ontbreken van een cao en beperkte arbeidsvoorwaarden. Prognoses laten zien dat de beschikbare capaciteit nu al

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).

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2026) baseert de toekomstprojecties voor paramedische zorg vooral op demografische projecties: huidige leeftijds- en geslachtspecifieke 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

³ Zie tabel 1 pagina 10 en 11.

onvoldoende is: het tekort bedroeg in 2024 circa 11% en kan oplopen tot 14% in 2043. Daarmee neemt de druk op de toegankelijkheid van logopedische zorg verder toe.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van logopedie staat onder druk, met name wat betreft de tijdigheid van zorg. De groeiende zorgvraag en het beperkte aanbod leiden tot duidelijke knelpunten. Zo heeft 88% van de praktijken een wachtlijst. De wachttijd varieert van enkele weken tot meer dan een jaar, waarbij de meeste patiënten twee tot zes maanden wachten. Daarmee wordt de Treeknorm van één week regelmatig overschreden. *Mystery shopping*⁴ uitgevoerd door de NZa in 2025 bevestigt dit beeld. Wachttijden kunnen verder oplopen wanneer patiënten een voorkeur hebben voor een specifieke behandelaar, dag of tijdstip.

Het uitwisselen van capaciteit tussen regio's vermindert vanwege de arbeidsmarktkrapte slechts beperkt de wachttijden. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) als zorgverzekeraars signaleren dat patiënten weinig gebruikmaken van zorgbemiddeling en zich lijken neer te leggen bij de wachttijden. Deze verklaring vraagt echter om nuance. Patiënten zijn mogelijk onvoldoende bekend met de mogelijkheden van zorgbemiddeling of zijn niet altijd in staat om dit zelf te organiseren. Daarnaast ontbreekt een landelijke wachtlijstregistratie, waardoor de omvang en ontwikkeling van de wachttijden beperkt inzichtelijk zijn. De combinatie van een toenemende zorgvraag en beperkte personele capaciteit zet de toegankelijkheid nu al onder druk en zal deze naar verwachting de komende jaren verder doen verslechteren.

Contractering en marktdynamiek

De eerstelijns logopedische zorg wordt gefinancierd vanuit: de basisverzekering (Zvw). De omvang van de zorg wordt vooral bepaald door het aantal patiënten en het aantal behandelingen per patiënt. De macro-uitgaven aan logopedie zijn de afgelopen jaren toegenomen. Deze groei wordt vooral veroorzaakt door een toename van het aantal prestaties samenhangend met meer patiënten en hogere tarieven.

De tariefstijging hield tussen 2019 en 2025 gemiddeld de inflatie bij, maar bleef vanaf 2023 achter bij de NZa-prijsindex voor personeels- en materiële kosten. Zorgaanbieders ervaren de tarieven in de praktijk vaak als ontoereikend in aansluiting op de actuele kosten. Zij ervaren beperkte mogelijkheden om te investeren in personeel, innovatie en e-health. Zorgverzekeraars herkennen het beeld van ontoereikende tarieven niet en stellen dat dergelijke werkzaamheden al onderdeel zijn van de tariefstelling. Het is echter niet inzichtelijk in hoeverre deze werkzaamheden daadwerkelijk in de tarieven zijn verdisconteerd. Regionale tariefverschillen zijn beperkt.

Het contracteerproces verloopt grotendeels digitaal en volgens een gestandaardiseerde werkwijze. Logopediepraktijken ervaren hierdoor weinig ruimte voor onderhandelingen over de contractvoorwaarden. Zorgverzekeraars geven aan dat deze werkwijze noodzakelijk is vanwege het grote aantal aanbieders en wijzen op de mogelijkheden voor inspraak via de NVLF en overlegstructuren. De NVLF benoemt dat het in gesprek gaan niet leidt tot inspraak of afspraken waarin beide partijen zich kunnen vinden.

⁴ Mystery shopping betreft een vorm van veldonderzoek en werd ingezet om de wachttijden van logopediepraktijken 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.

Contractdifferentiatie vindt vooral plaats via standaard- en pluscontracten. Pluscontracten kennen aanvullende kwaliteitseisen en een hogere vergoeding. Vooral grotere praktijken maken hiervan gebruik. Instrumenten als spiegelinformatie, behandelindex en PREM worden gebruikt om doelmatigheid en kwaliteit te beoordelen. In 2024 had circa 95% van de praktijken een contract met een zorgverzekeraar. Ongeveer 59% had een standaardcontract en 36% een pluscontract.

Het beeld van de financiële positie van de sector is gemengd. Hoewel sommige indicatoren wijzen op een financieel gezonde sector, zijn er ook signalen van relatief lage beloningen en beperkte financiële ruimte voor investeringen. Met name kleinere praktijken en zelfstandigen ervaren beperkte financiële ruimte en lijken financieel kwetsbaar. Door ontbrekende gegevens over onder meer liquiditeit en ondernemersonttrekkingen 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

Logopedie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de transitie naar Passende Zorg door vroegsignalering, preventie en het ondersteunen van functioneren en participatie in het dagelijkse leven. Zowel de NVLF als zorgverzekeraars zien kansen voor een sterkere positie van logopedie binnen de eerstelijnszorg, waarbij samenwerking, innovatie en regionale inbedding van belang zijn. Daarbij is aandacht nodig voor zowel kinderen als volwassenen en ouderen. Logopedie heeft bovendien een aanzienlijke maatschappelijke waarde. Tijdige behandeling kan bijdragen aan betere ontwikkelingskansen voor kinderen, het behoud van zelfstandigheid en het voorkomen van zwaardere zorg. Deze maatschappelijke opbrengsten staan echter onder druk door wachttijden en capaciteitsproblemen binnen de sector. Wanneer patiënten niet tijdig toegang hebben tot logopedische zorg, kunnen problemen verergeren en kan de druk op andere delen van het zorg- en sociaal domein toenemen.

Op 1 juli 2026 zijn via het ZonMw-programma *Versterking organisatie eerstelijnszorg* 46 vouchers gehonoreerd, waarmee logopedisten in deze regio's zijn gestart met het versterken van de regionale monodisciplinaire organisatiegraad in de eerstelijnszorg.⁵ Uit de beschikbare data blijkt echter dat de sector nog uit veel relatief kleine praktijken bestaat. Het is onduidelijk in hoeverre regionale samenwerking en versterking van de organisatiegraad al tot structurele veranderingen hebben geleid.

De NVLF vindt dat de huidige bekostigingssystematiek onvoldoende ruimte biedt voor innovatie, digitale en hybride zorg, regionale samenwerking en multidisciplinaire afstemming. Duurzame samenwerking vraagt volgens de NVLF om structurele ondersteuning in plaats van tijdelijke projectfinanciering. Zorgverzekeraars herkennen dit beeld slechts gedeeltelijk en wijzen op mogelijkheden binnen de bestaande bekostiging en op het belang van een goede organisatie en praktijkvoering. Op basis van het onderzoek kan niet worden vastgesteld in hoeverre de huidige bekostigingsmogelijkheden toereikend zijn en in welke mate deze optimaal worden benut.

De verdere ontwikkeling van de logopedie binnen Passende Zorg vraagt daarom om versterking van de samenwerking en organisatiegraad, ruimte voor innovatie en een betere benutting van de maatschappelijke meerwaarde van logopedische zorg. Dit vraagt om gezamenlijke inzet van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid en om structurele randvoorwaarden die deze ontwikkeling ondersteunen.

⁵ [Regiokaart vouchers logopedisten ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg](#)

Handelingsperspectief

Het handelingsperspectief richt zich op het borgen van de toegankelijkheid van logopediezorg, die door de combinatie van een stijgende zorgvraag en een achterblijvend zorgaanbod steeds meer onder druk staat. Het verbeteren van de toegankelijkheid van de logopedie vraagt om een samenhangende aanpak gericht op betere monitoring, innovatie en samenwerking zodat de beschikbare capaciteit doelmatiger kan worden ingezet en wachtlijsten kunnen worden teruggedrongen.

De groeiende zorgvraag, personeelstekorten en oplopende wachtlijsten maken het noodzakelijk om vraag en aanbod, wachttijden, capaciteit en de financiële positie van zorgaanbieders structureel te monitoren. Het beperkte financiële inzicht in met name kleine logopediepraktijken maakt het vooralsnog lastig om oorzaken van knelpunten goed te duiden. Zo is onvoldoende duidelijk welke relatie bestaat tussen tarieven, financiële kwetsbaarheid, arbeidsvoorwaarden en personeelsuitstroom. Meer inzicht hierin is nodig om gerichte maatregelen te kunnen nemen.

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 en doelmatiger inzetten van de beschikbare capaciteit. De sector bestaat grotendeels uit kleine praktijken, waardoor schaalvergroting niet overal haalbaar of wenselijk is. Het versterken van de organisatiegraad door samenwerking tussen praktijken, bijvoorbeeld op het gebied van administratie, digitalisering, werkgeverschap en kennisontwikkeling, kan hiervoor een alternatief bieden. Ook meerjarencontracten, subsidies en betere digitale gegevensuitwisseling kunnen innovatie ondersteunen.

Tegelijkertijd ervaren zorgaanbieders beperkingen in de huidige bekostiging en contractering, die voornamelijk is gebaseerd op productie per zitting. De beperkte onderhandelingsruimte en bekostiging per zitting kunnen de bedrijfsvoering en de ruimte voor innovatie beperken. Zorgverzekeraars kunnen dit ondersteunen via passende contractvormen en gerichte investeringen die innovatie en samenwerking beter mogelijk maken.

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 vooral de verdeling van beschikbare capaciteit en leidt niet automatisch tot kortere wachttijden voor iedereen. Zorgbemiddeling wordt nog beperkt benut en er is onvoldoende inzicht in de beschikbare behandelcapaciteit. Wachtlijstcentralisatie kan vraag en aanbod beter bij elkaar brengen, maar biedt geen oplossing voor de onderliggende personeelstekorten.

Tot slot is het vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep belangrijk om de aanhoudende personeelstekorten terug te dringen en de groeiende zorgvraag beter op te vangen. De instroom houdt onvoldoende gelijke tred met de vraag en de uitstroom wordt mede beïnvloed door arbeidsvoorwaarden, waaronder de hoogte van salaris en het ontbreken van een cao in de eerstelijnszorg. Innovatie, digitalisering, het verminderen van administratieve lasten en betere samenwerking kunnen bijdragen aan een aantrekkelijker werkomgeving, met behoud van de professionele autonomie van kleine praktijken.

2 Inleiding

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een marktonderzoek⁶ 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, zoals beoogd in het Integraal Zorgakkoord (IZA), Visie Eerstelijnszorg 2030, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA), is deze rol des te belangrijker. 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 logopedie en ziet enkel toe op de eerstelijns logopedie

2.1 Onderzoeksvragen

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

Is er een risico dat de toegankelijkheid van logopedie 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 logopedie 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 logopedie die onder de basisverzekering valt en waarvoor de zorgplicht geldt, zoals bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringen.

⁶ Dit marktonderzoek betreft geen arbeidsmarktonderzoek, maar het beeld van de arbeidsmarkt wordt in het rapport wel beschreven.

Logopedie wordt in de regel vergoed vanuit de basisverzekering als het een medisch doel heeft (Zorginstituut Nederland, 2026).

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 logopedie 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, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), de Patiëntenfederatie, praktiserende logopedisten 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, NVLF 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 Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en (een of de meerderheid van) de drie geïnterviewde zorgverzekeraars. Zorgaanbieders 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 Onderzoeksopzet 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 logopedie 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 logopedie. 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 logopedie heeft de NZa daarnaast *mystery shopping*⁷ uitgevoerd.

Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn semigestructureerde interviews gehouden met de beroepsvereniging NVLF 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, NVLF en praktiserende logopedisten. 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 ⁸	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 Contratering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
Nivel rapporten	Jaar- en trendcijfers patiëntkenmerken, prestaties, diagnoses, aantal behandelingen. Arbeidsmarktcijfers.	Steekproef van aanbieders (~10% van landelijk)	Hoog, gevalideerde steekproef incl. wetenschappelijke onderbouwing.	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.	Landelijk, Zvw-zorg	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H5 Contratering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg

⁷ Mystery shopping betreft een vorm van veldonderzoek en werd ingezet om de wachttijden van logopediepraktijken 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.

⁸ 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.

	demografische projectie naar 2040 per regio			
Vektis	Declaratiegegevens paramedische zorg	Landelijk, Zvw-zorg	Zeer hoog, gezien landelijke dekking	H5 Contratering en marktdynamiek 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, 46 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 in hebben gezet.	Redelijk; wettelijke aanleverplicht maar beperkt tot sample zonder solisten	H5 Contratering en marktdynamiek
Kleinbedrijf Index Logopedie	Financiële indicatoren kleine praktijken	Steekproef van praktijken waarvan 51% zzp'ers, geeft indicatief beeld	Indicatief, gezien open uitvraag.	H5 Contratering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
Kosten-onderzoek Paramedische zorg	Kostprijzen en betaalbaarheid van paramedische sectoren	Gestratificeerde steekproef getrokken met aselekt begin	Hoog, breed onderzoek in paramedische sector	H5 Contratering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg
NVLF infographics	Uitkomsten van enquêtes over wachtlijsten en vraag naar logopedie.	Steekproef van praktijken	Indicatief, gezien open uitvraag	H5 Contratering en marktdynamiek H3 Zorggebruik en aanbod van zorg H4 Toegankelijkheid
NZa Mystery shopping	Veldonderzoek (telefonisch) t.b.v. inzicht in wachttijden.	90 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 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 logopedie 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.

3 Zorggebruik en aanbod van zorg

Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de logopedie 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 logopedisten, 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

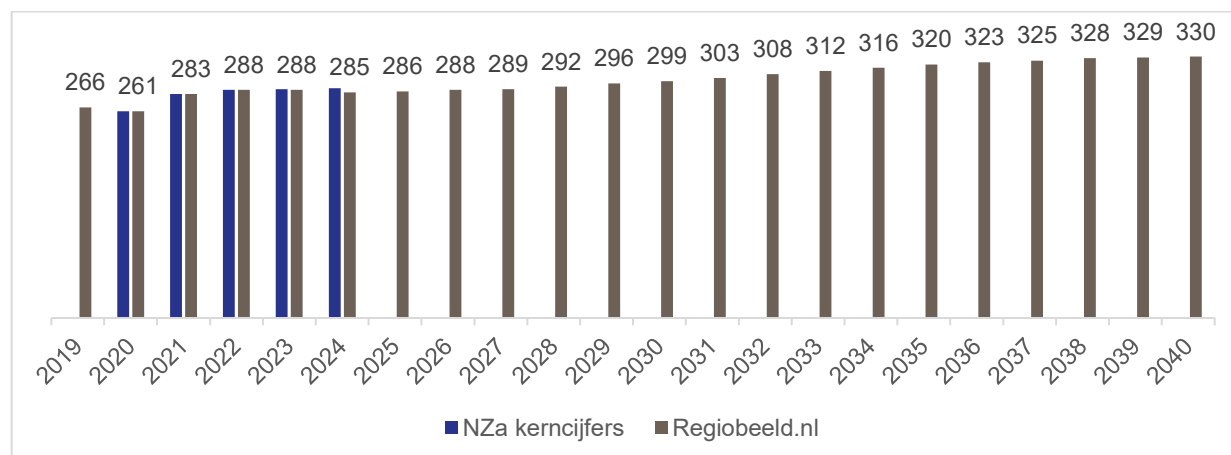
Alle regio's laten een stijgende trend in zorggebruik zien, met name de provincies Limburg en Overijssel kennen relatief hoge patiëntenaantallen. Het aantal unieke patiënten dat in 2024 gebruikmaakte van logopedie bedroeg ongeveer 285.000, wat een stijging van 7,1% is ten opzichte van 2019 (Figuur 1). Vergeleken met andere paramedische sectoren is deze groei het laagst. De mate waarin het aantal patiënten toeneemt kan samenhangen met meerdere factoren zoals de in- en uitstroom. De mogelijke verklaringen worden in dit hoofdstuk behandeld. Het RIVM (2026) heeft, op basis van Vektis-data, een demografische toekomstprojectie⁹ opgesteld voor 2040. Ten opzichte van 2025 wordt in 2040 een groei van circa 15% voorspeld. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat dit scenario uitgaat van een onveranderde inrichting van de zorg. Toekomstige veranderingen, zoals een grotere focus op zelfredzaamheid, kunnen de uiteindelijke uitkomsten beïnvloeden. In de capaciteitsraming van Nivel (2024) wordt voor de periode 2025 tot 2030 een stijging van 16% in het aantal fte-zorgvraag voorspeld. Dit duidt op een structureel toenemende vraag.

Ook de NVLF constateert dat de vraag naar logopedie de afgelopen jaren is gestegen en verwacht dat deze trend zich in de toekomst verder zal doorzetten. Een van de genoemde redenen hiervoor is de landelijke ontwikkeling ambulante geriatrie revalidatiezorg (grz). Dit leidt ertoe dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, waardoor naar verwachting een groter aantal ouderen een beroep zal doen op de eerstelijnszorg. Ook substitutie vanuit andere domeinen en verschuivingen naar andere sectoren ten gevolgen van maatschappelijke veranderingen kunnen leiden tot een hogere zorgvraag. Zorgverzekeraars benoemen dat vooral de vraag naar zorg voor taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen binnen de logopedie is toegenomen. Dit komt doordat er tegenwoordig veel meer bekend is over deze diagnose dan tien tot twintig jaar geleden.

⁹ 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 logopedie in duizendtallen, incl. projecties

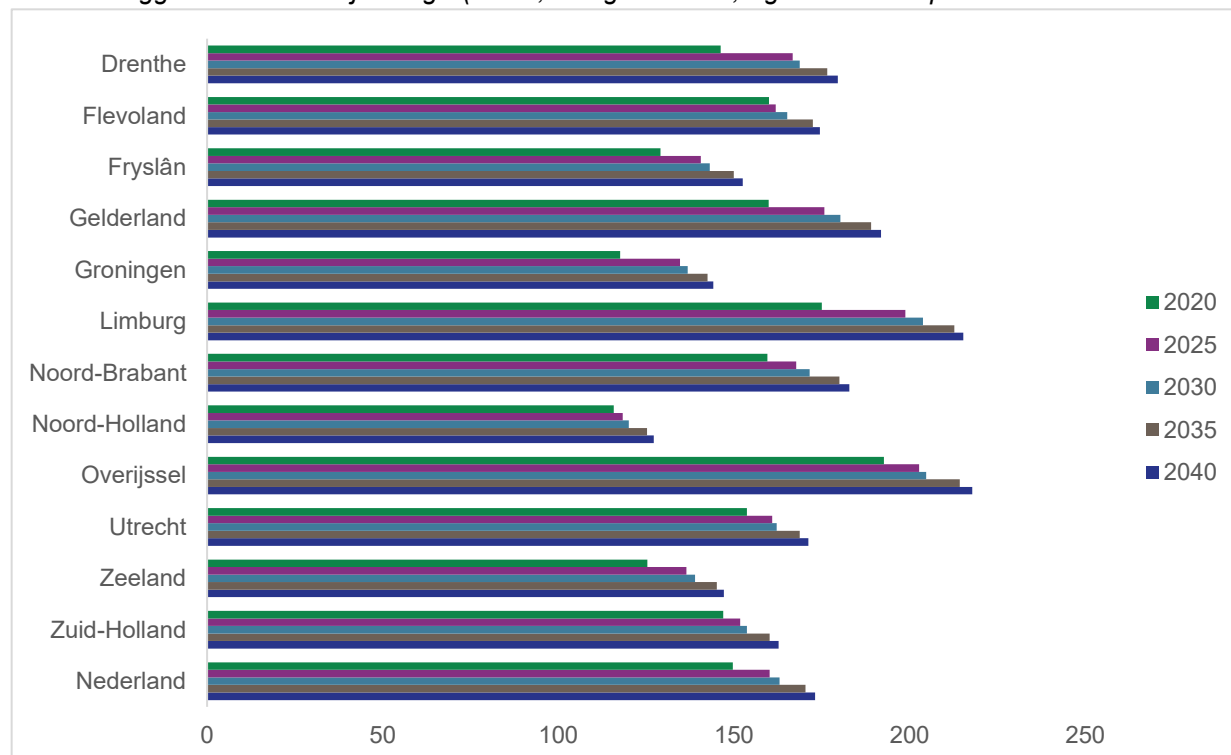
Bron: Kerncijfers logopedie (NZa, gebaseerd op Vektis declaratiedata) en Zorggebruik eerstelijnszorg (RIVM, Regiobeeld.nl, gebaseerd op Vektis declaratiedata en projecties RIVM)



Het aantal patiënten dat gebruikmaakt van logopedie per regio, uitgedrukt per 10.000 inwoners, vertoont duidelijke verschillen (Figuur 2). In de periode 2020-2025 is over het algemeen sprake van een stijgende trend. De regionale variatie is zichtbaar, waarbij Limburg en Overijssel zich onderscheiden als de regio met het hoogste aantal patiënten¹⁰.

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

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



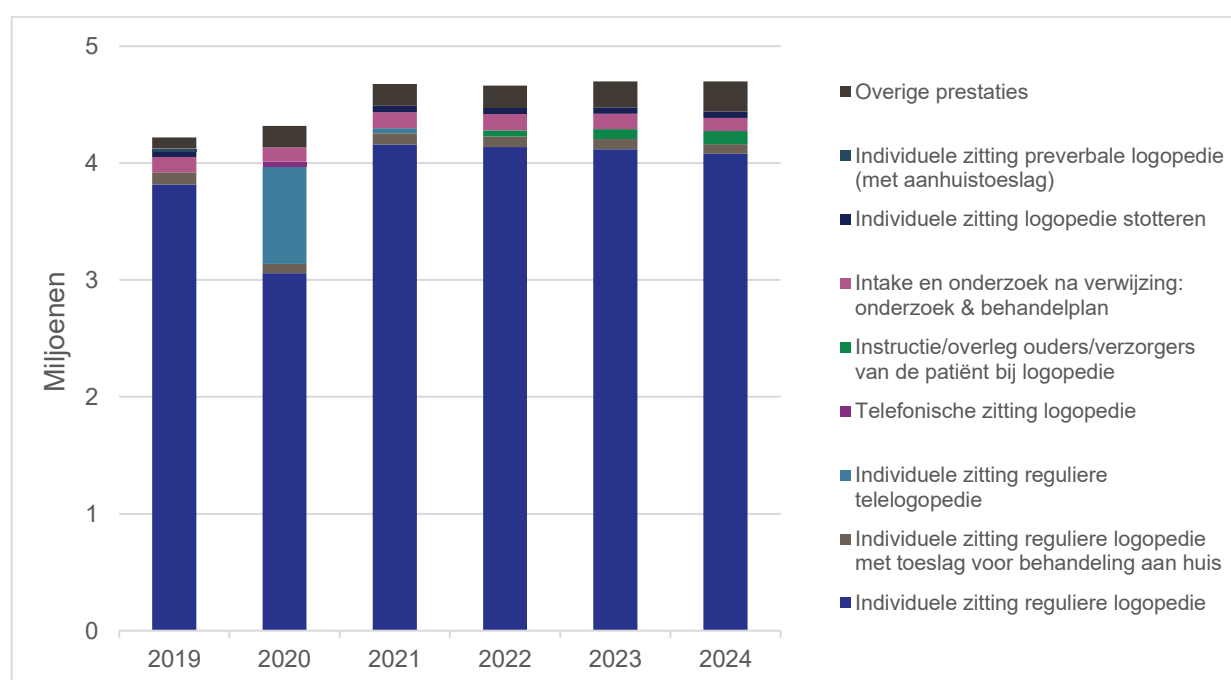
¹⁰ RIVM, 2026

De patiëntenpopulatie binnen de logopedie bestond in 2022 voor 55% uit kinderen van 0-7 jaar. In de jaren ervoor was een vergelijkbare patiëntenpopulatie zichtbaar. Terwijl het merendeel van de patiënten zich bevindt in de jeugdleefstijd van 0-19 jaar neemt het aantal volwassen unieke patiënten in de afgelopen jaren geleidelijk toe (Nivel, 2024).

In 2024 zijn in totaal 4,7 miljoen logopedieprestaties uitgevoerd (Figuur 3), een stijging van 11,3% ten opzichte van 2019. Tijdens de coronapandemie in 2020 nam het aantal prestaties waarbij zorg op afstand werd geleverd toe. Zorgaanbieders hadden destijds de mogelijkheid om digitale consulten via deze prestaties voor telelogopedie te declareren. Hierdoor werd de zorg deels onder andere prestaties dan de “reguliere” prestaties geregistreerd. In figuur 3 is zichtbaar dat dit de prestatie individuele zitting reguliere telelogopedie en de prestatie telefonische zitting logopedie betreft. Hierdoor ontstaat een afwijkend beeld voor 2020 ten opzichte van de jaren ervoor en erna. In de bijlage in hoofdstuk 10.3 geeft de tabel de onderliggende data weer.

Figuur 3. Aantal gedeclareerde prestaties (top 5 per jaar en overige¹¹) prestaties binnen logopedie van 2019 tot 2025 in miljoenen

Bron: Vektis declaratiedata

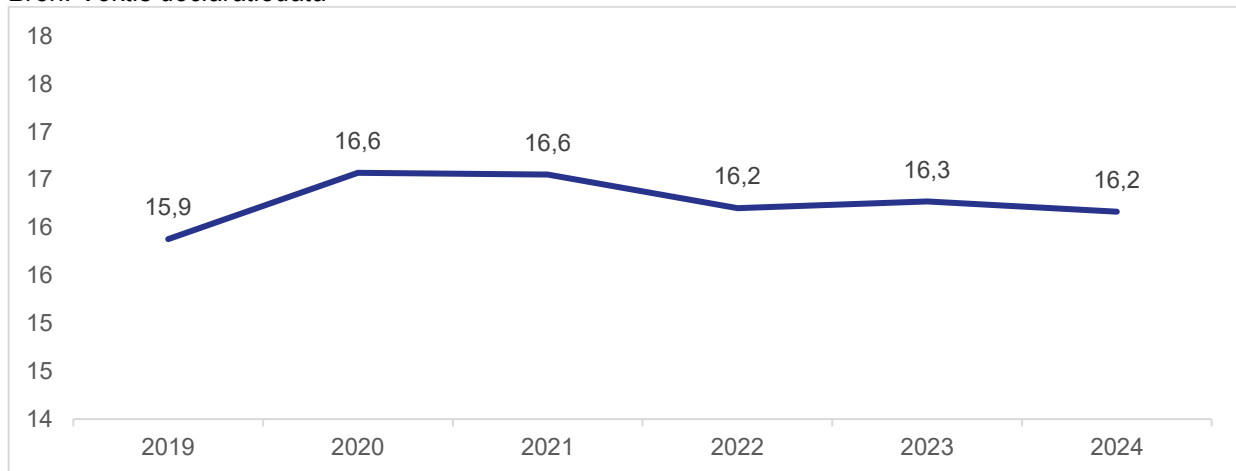


Het gemiddelde aantal geleverde prestaties per patiënt steeg tussen 2019 en 2024 licht van 15,9 behandelingen naar 16,2 behandelingen (Figuur 4). Aangezien logopedieprestaties niet aan vaste tijdseenheden zijn gekoppeld, is niet inzichtelijk hoeveel tijd aan zorg is besteed of hoelang behandeltrajecten duren. Daardoor kunnen we niet bepalen of de doorlooptijd in de loop van de tijd is veranderd.

¹¹ De categorie 'overige prestaties' bestaat uit alle prestaties die niet behoren tot de meest voorkomende prestatiecodes die afzonderlijk in figuur 3 en in bijlage 10.3 zijn weergegeven.

Figuur 4. Gemiddeld aantal geleverde prestaties per patiënt

Bron: Vektis declaratiedata



3.2 Aanbod van zorg

In 2024 waren er 1.630 logopedieondernemingen met een actieve AGB-code, 4% minder dan in 2020. Tegelijkertijd nam het aantal vestigingen (fysieke zorglocaties) licht toe met 1% tot 3.999. Deze cijfers hebben betrekking op de gehele logopediesector en omvatten dus ook zorg buiten de eerste lijn. Hierdoor is niet bekend hoeveel ondernemingen en vestigingen specifiek actief zijn in de eerstelijnslogopedie. Ook ontbreekt voldoende informatie om uitspraken te doen over het aantal praktijken per regio.

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 om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg nu en in de toekomst te waarborgen.

In de landelijke visie op de eerstelijnszorg 2030 en bijbehorende regionale implementatie, wordt voor paramedici specifiek het belang benadrukt van een gemandateerde afvaardiging en ook zorgverzekeraars hebben zich actief ingezet om in de paramedische sector zorgprofessionals aan tafel te krijgen. Op 1 juli 2026 zijn via het ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg 46 vouchers gehonoreerd waarmee logopedisten in de desbetreffende 46 regio's zijn gestart met het versterken van de regionale monodisciplinaire organisatiegraad in de eerstelijnszorg.¹² 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 tenslotte om zich zoveel mogelijk te kunnen richten op hun kerntaak: het leveren van goede zorg. Ondanks diverse initiatieven, laat de geraadpleegde data nog geen duidelijke groei in grotere samenwerkingsverbanden of praktijken met meerdere vestigingen zien.

Logopedisten worden landelijk vertegenwoordigd door de NVLF. Sinds 2024 is de landelijke organisatie Logopediegroep Nederland (LGN) (onderdeel van Fysiogroep Nederland (FGN)) actief in de logopedie. FGN is een landelijk platform voor paramedische zorg dat gefinancierd en ontwikkeld wordt door een

¹² [Regiokaart vouchers logopedisten ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg](#)

Nederlandse private equity-investeerder. De NVLF geeft aan dat in de afgelopen jaren grotere en winstgevendere logopediepraktijken zijn overgenomen door de LGN. Tegelijkertijd signaleert de NVLF dat jongere logopedisten minder vaak kiezen voor het ondernemerschap en dat het aantal praktijkhouders afneemt. De historische trend waarbij afgestudeerde logopedisten een eigen praktijk startten, lijkt daarmee te verdwijnen, terwijl zij hier volgens de NVLF wel toe in staat zijn. Daarnaast ontvangt de NVLF signalen van praktijkhouders dat de huidige tarieven te laag zijn om de praktijk financieel gezond te exploiteren, waardoor de praktijkvoering onder druk staat. Volgens de NVLF zijn met name kleinere praktijken vaak minder professioneel georganiseerd en niet of beperkt winstgevend, waardoor praktijkhouders besluiten hun praktijk te beëindigen. De NVLF stimuleert deze praktijken daarom om meer regionaal samen te werken. Dit biedt mogelijkheden om kennis en ervaringen uit te wisselen, goede voorbeelden over te nemen en de bedrijfsvoering en continuïteit van de praktijken te versterken.

Zorgverzekeraars herkennen het beeld niet dat de huidige tarieven onvoldoende ruimte bieden voor een gezonde praktijkvoering en investeringen in innovatie. Zij benadrukken dat het doen van investeringen onderdeel is van ondernemerschap en dat de tarieven hiervoor toereikend zijn. Volgens zorgverzekeraars kunnen er verschillende redenen zijn waarom een praktijkhouder besluit de praktijk te beëindigen. Wel delen zij de opvatting dat er voor logopedisten kansen liggen in meer samenwerking, bijvoorbeeld door kennis en capaciteit gezamenlijk te benutten. Het ontbreken van signalen van (dreigende) faillissementen wijst er volgens zorgverzekeraars bovendien op dat financiële problemen geen belangrijke oorzaak zijn van het beëindigen van praktijken. Daarnaast constateren zij dat het aantal AGB-codes voor logopediepraktijken, met name sinds 2022, nagenoeg stabiel is gebleven.

3.2.2 Dienstverbanden

De arbeidsmarkt voor logopedisten is breed en domeinoverstijgend. Het toekomstperspectief dat de NVLF hierbij heeft voor een gezonde sector is dat het belangrijk is dat er in de regio een betere koppeling komt tussen de zorg en deze verschillende domeinen, zoals het sociaal domein en het speciaal onderwijs.

Het Nivel (2024) rapporteert¹³ over de typen organisaties waarin logopedisten in Nederland werkzaam zijn, waarbij het dus om de totale beroepsgroep gaat en niet alleen om de eerste lijn. Van de respondenten over de totale beroepsgroep werkt het merendeel in de zorg, waarvan 58% van de logopedisten werkzaam is in eerstelijnspraktijken en 11% in de VVT-sector. Een aanzienlijk deel (15%) is werkzaam in het speciaal onderwijs. 74% van de logopedisten in Nederland, dus de gehele sector, werkt in loondienst over alle werkvelden, 22% is praktijkhouder en 9% werkt als zzp'er (Nivel, 2024). De NVLF ziet in de eerste lijn een verschuiving plaatsvinden van eenpitters met een eigen praktijk naar meer zorgverleners in loondienst en grote praktijken. Die verschuiving hadden ze sneller verwacht. De logopedie heeft nu nog veel te maken met solo-praktijkhouders, maar de meeste logopedisten werken in een meermanspraktijk. Voor zowel de groep solisten als kleine praktijkhouders met een klein aantal werknemers wordt het volgens de NVLF steeds lastiger om een financieel gezonde bedrijfsvoering uit te kunnen voeren. Zorgverzekeraars zien ook dat de logopedie in de eerste lijn voor een aanzienlijk deel bestaat uit solisten die veelal parttime en monodisciplinair werken. Breder constateren ze dat logopedisten veelal gevestigd zijn in schoolgebouwen. Echter voor specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld slikproblemen bij Parkinson, is het aanbod volgens een geïnterviewde zorgverzekeraar niet toereikend.

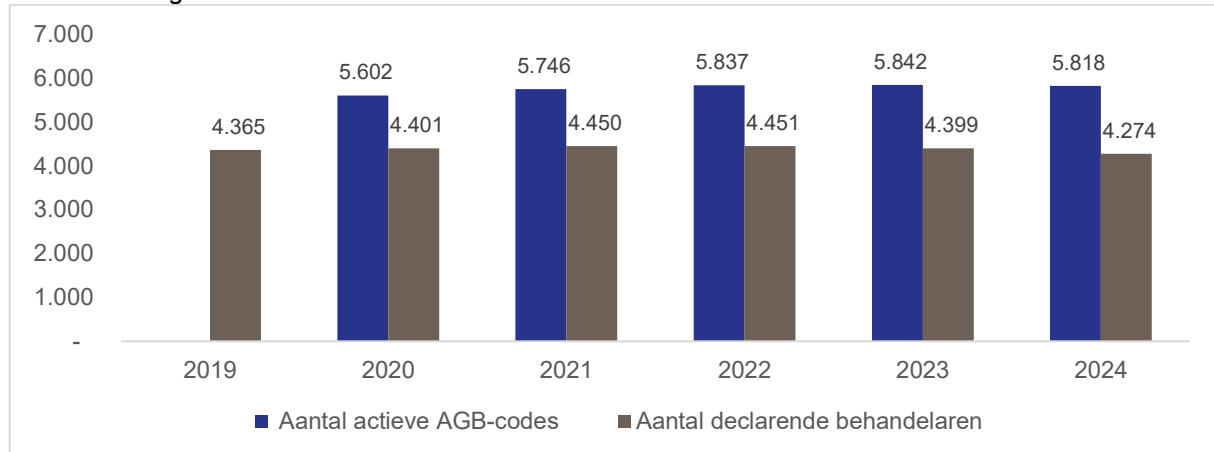
¹³ Deze data is verkregen middels het uitzetten van een enquête onder logopedisten in Nederland die werkzaam zijn in de eerste, tweede en derde lijn en in het onderwijs [N = 2.540 logopedisten]. De respondenten konden meerdere antwoorden geven, waardoor de percentages optellen tot meer dan 100% uitkomt.

3.2.3 Aantal zorgverleners

De NVLF constateert dat de vraag naar de logopedie blijft stijgen, terwijl het aanbod van het aantal behandelende logopedisten daalt. De data laat zien dat het aantal declarerende logopedisten in de eerste lijn van 2019 tot 2024 met 2% is gedaald van 4.365 naar 4.272 behandelaren. Hiervoor is gekeken naar de actieve AGB-code én of er in het desbetreffende jaar door de behandelaar is gedeclareerd. In Figuur 5 is dit verloop over de jaren 2019 tot 2024 weergegeven.

Figuur 5. Aantal actieve AGB-codes en declarerende behandelaren van 2019 tot 2024

Bron: AGB-register en Vektis declaratiedata

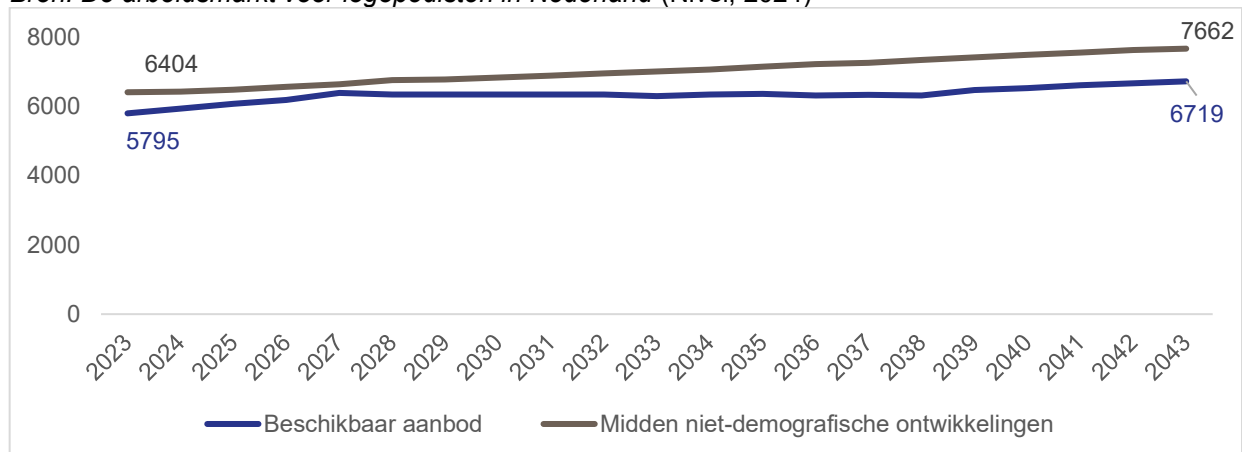


Het grootste deel van werkzame logopedisten in de eerste lijn is jonger dan 35 jaar (38%). Het aantal logopedisten tussen 35 en 50 jaar is vergelijkbaar met het aantal logopedisten tussen de 50 en de 65 jaar, respectievelijk met 29% en 31% van de beroepsgroep in de eerste lijn. De overige 2% van de werkzame logopedisten is ouder dan 65 jaar (Nivel, 2024). De NVLF herkent dat er sprake is van een goede leeftijdsopbouw waarbij er geen acuut probleem is met sterke vergrijzing van de beroepsgroep. Desalniettemin zien zij de instroom voor de opleiding logopedie het liefst snel toenemen. In dit onderzoek is er geen longitudinale analyse uitgevoerd naar de leeftijdsverdeling van logopedisten in de eerste lijn.

De NVLF ziet dat praktijkhouders tekorten ervaren. De instroom van nieuwe logopedisten is niet voldoende om de groeiende zorgvraag bij te houden, zoals beschreven in de landelijke capaciteitsramingen van Nivel (2024) en weergegeven in Figuur 6.

Figuur 6. Prognose vraag en aanbod logopedie in fte in Nederland van 2023 tot 2043

Bron: De arbeidsmarkt voor logopedisten in Nederland (Nivel, 2024)



De huidige capaciteit ligt 11% lager dan wat benodigd is voor deze sector en wordt in het basis scenario verwacht op te lopen tot een verschil van 14% in het jaar 2043. Dit verschil blijft ook in stand met de verwachte toename van ongeveer 16% in het aantal logopedisten in de komende 20 jaar. Mogelijke oplossingsrichtingen die door Nivel zijn onderzocht, zoals het verhogen van de instroom in opleidingen en het vergroten van de deeltijdfactor en efficiëntiewinsten, zijn elk afzonderlijk ontoereikend om dit tekort volledig te voorkomen. Desalniettemin dragen deze maatregelen wel bij aan het verminderen van het tekort (Nivel, 2024). Zorgverzekeraars kunnen zich voorstellen dat er een tekort geconstateerd kan worden wanneer dit puur vanuit historische cijfers wordt bekeken. Echter beweegt dit volgens hen mee met de maatschappij: de totale werkzame beroepsbevolking in Nederland wordt ook steeds kleiner. Het rapporteren van een daadwerkelijk tekort kan pas gedaan worden wanneer is vastgesteld hoeveel logopedisten nodig zijn. Om dat vast te stellen is de markt echter te ondoorzichtig en ongrijpbaar volgens zorgverzekeraars.

Door de personeelstekorten komt de praktijkvoering van logopedisten in de eerste lijn behoorlijk onder druk te staan, aldus de NVLF. De meest aangehaalde oorzaken door eerstelijns logopedisten die moeilijk vervulbare vacatures hebben zijn dat er geen reacties op vacatures binnenkomen (54%), een gebrek aan afgestudeerden (12%) en onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden (12%) (NVLF, 2024). Deze uitkomsten zijn gebaseerd op 435 ingevulde antwoorden¹⁴ van eerstelijnslogopedisten. Uit een enquête van Nivel blijkt tevens dat over alle provincies tussen de 56% en 72% van de logopedisten aangeeft een tekort aan personeel te zien, waarbij in Limburg het vaakste een tekort wordt ervaren (Nivel, 2024). Hoe groot het ervaren tekort is, is echter niet onderzocht.

Zorgverzekeraars horen de geluiden over vacatures en wachtlijsten ook, maar vinden dat moeilijk te rijmen met de data. Ze erkennen wel dat vacatures nu langer open blijven staan, maar benoemen dat ze uiteindelijk toch wel gevuld worden. Een zorgverzekeraar heeft onder meer voor dit onderwerp een survey uitgezet onder logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten, maar constateerden dat het beeld hierover aanzienlijk wisselt per praktijk.

3.2.4 In- en uitstroom

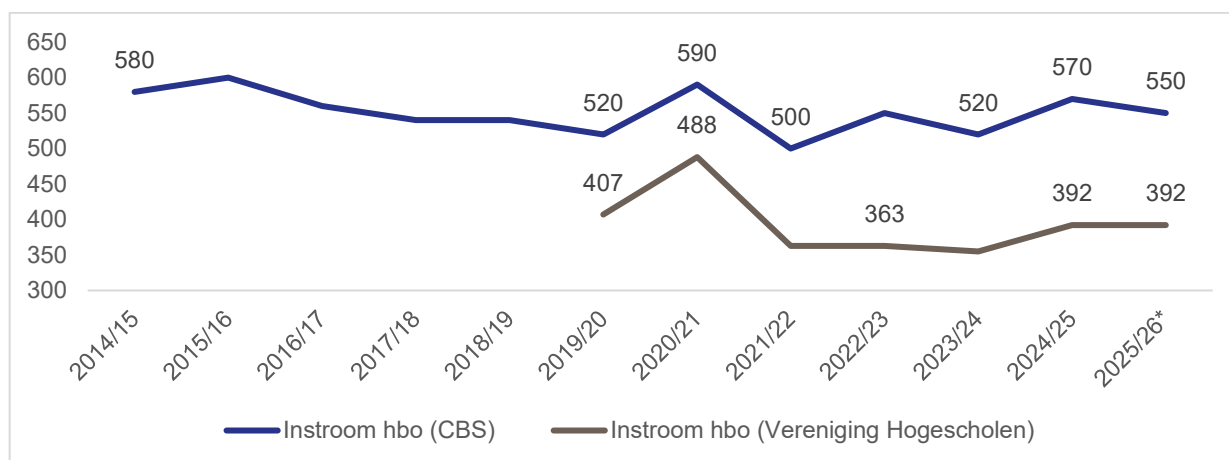
Instroom opleiding

Voor de instroom in de opleiding en het aantal behaalde diploma's van de hbo-opleiding logopedie zijn twee bronnen geraadpleegd: CBS (2026) en de Vereniging Hogescholen (2026). Het CBS rapporteert structureel hogere instroomcijfers dan de Vereniging Hogescholen. Beide bronnen laten fluctuaties zien, maar over de tijd is er een lichte dalende trend zichtbaar (Figuur 8). Het collegejaar 2025-2026 laat een lichte afname zien in vergelijking met de jaren daarvoor. De instroom tussen 2019 en 2025 daalt bij logopedie licht.

¹⁴ De vragenlijst is ingevuld door 558 respondenten, waarvan 78% in de eerstelijns werkt.

Figuur 8. Instroom hbo-opleiding logopedie

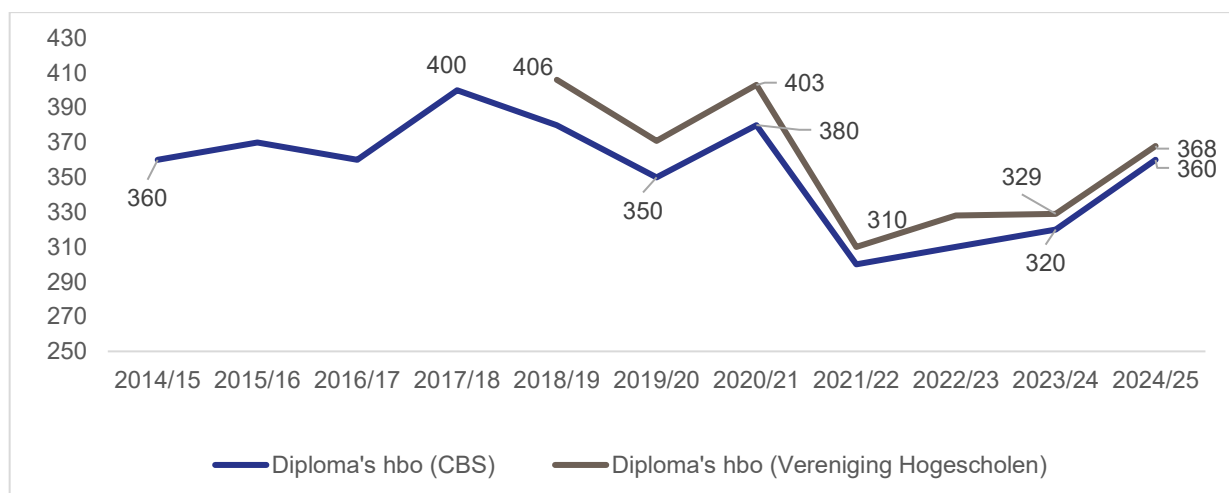
Bron: AZW Statline (CBS, 2026) en Dashboard instroom, inschrijvingen en diploma's (Vereniging Hogescholen, 2026)



In het aantal behaalde diploma's fluctueren de cijfers ook jaarlijks (Figuur 9). Tussen 2014–2015 en 2025–2026 blijft het aantal behaalde diploma's stabiel of daalt licht, afhankelijk van de geraadplegde bron en basisjaar. Opvallend is dat het CBS doorgaans hogere instroom rapporteert dan de Vereniging Hogescholen, terwijl bij het aantal diploma's juist de Vereniging Hogescholen structureel hogere aantallen rapporteert. De verschillen tussen de cijfers van het CBS- en de cijfers van de Vereniging Hogescholen kunnen voortkomen uit uiteenlopende gehanteerde definities en registratiemethoden.

Figuur 9. Diploma's hbo-opleiding logopedie

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

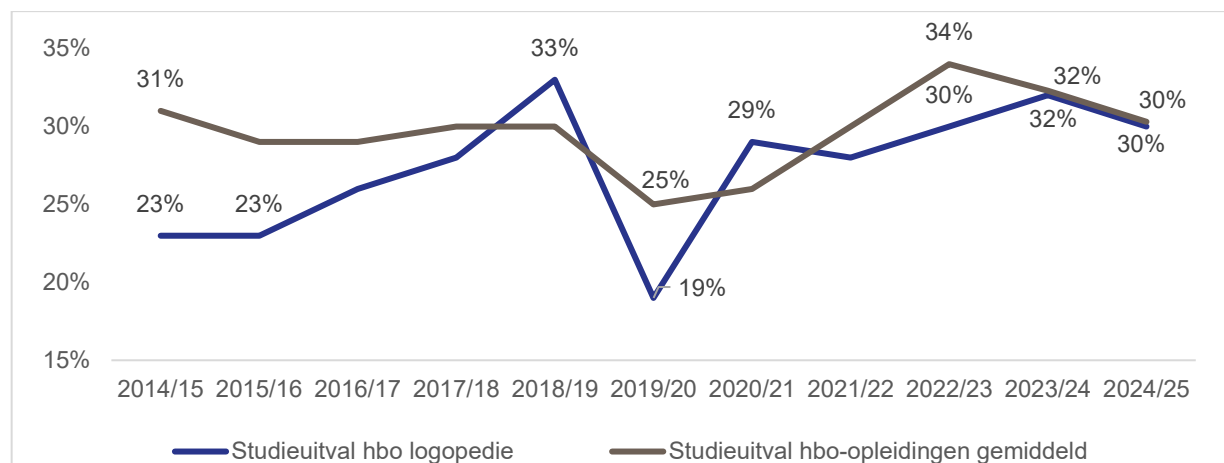


CBS rapporteert de studie-uitval binnen de hbo-opleiding Logopedie. Tussen 2019 en 2025 lag dit percentage tussen de 19% en 33%. De uitval is daarbij vanaf het studiejaar 2021/2022 toegenomen en bedraagt in het meest recente jaar rond de 30% (Figuur 10). Deze ontwikkeling volgt grotendeels de

landelijke trend voor alle hbo-opleidingen, waarbij de uitval bij logopedie doorgaans net op het landelijke gemiddelde ligt.

Figuur 10. Percentage studieuitval hbo-opleiding logopedie

Bron: AZW - Statline (CBS, 2026)



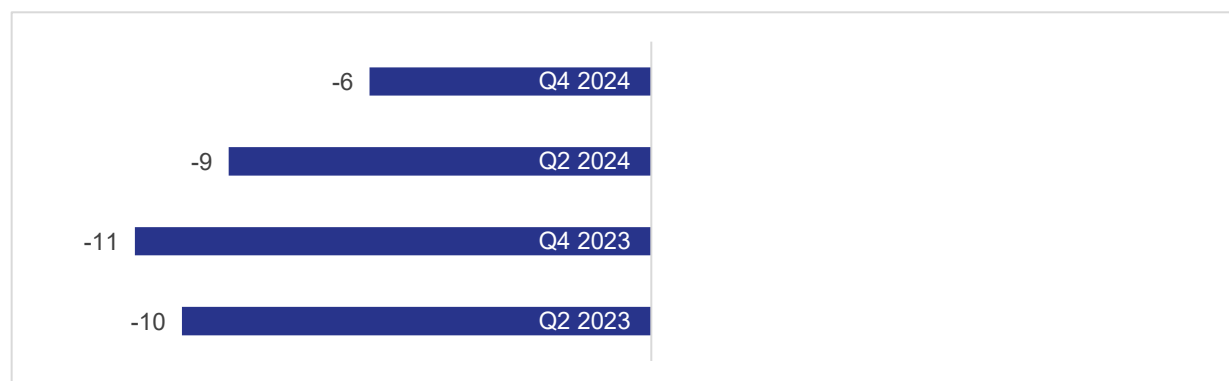
Nivel (2024) heeft in hun capaciteitsraming aan studenten die hebben aangeven niet (direct) als logopedist te willen starten gevraagd (18% van de respondenten) wat daarvoor hun redenen zijn. Van deze groep geeft 31% aan eerst iets anders te willen doen voordat zij alsnog in het vak willen instromen, 33% wil direct verder studeren binnen het hbo of wo; een master Taal- en Spraakpathologie wordt hierbij het vaakst genoemd. Daarnaast geeft een deel van de respondenten aan helemaal niet in de eerstelijnszorg als logopedist aan de slag te willen gaan.

Uitstroom werkveld

De Kleinbedrijf Index (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025) rapporteert periodiek de stijging of daling van de werkgelegenheid, dat wil zeggen of er meer of minder medewerkers in dienst zijn in het gemeten kwartaal ten opzichte van het kwartaal daarvoor. Het gaat hierbij om een sentimentindex op basis van ondernemerspeilingen, geen telling van feitelijke personeelsregistraties. De index is in Q4 2024 weliswaar negatief, maar wel positiever ten opzichte van de voorgaande kwartalen (Figuur 11). Wat de waarde -6 precies betekent, wordt in het onderzoek niet toegelicht.

Figuur 11. Netto ontwikkeling van het aantal medewerkers t.o.v. het vorige kwartaal

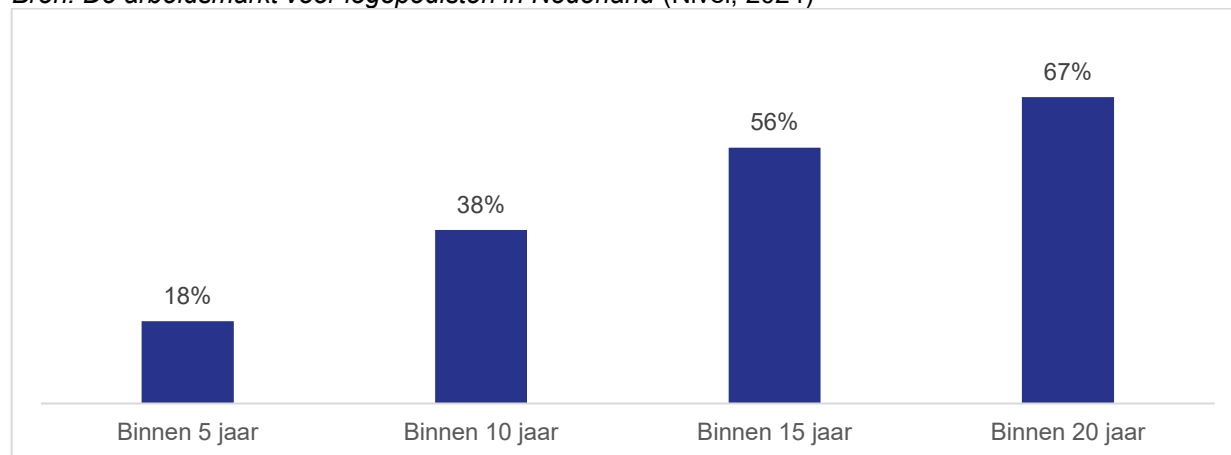
Bron: Kleinbedrijf Index Logopedie Q4 2024 (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025)



Het Nivel geeft inzicht in de verwachte instroom en uitstroom van logopedisten, waarbij zowel intramurale als extramurale setting wordt meegenomen (Figuur 12). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de uitstroom binnen de eerstelijnszorg mogelijk groter is, aangezien een groeiend aantal studenten aangeeft voorkeur te hebben voor een carrière in een intramurale setting.

Figuur 12. Verwachte uitstroom logopedisten in komende 20 jaar

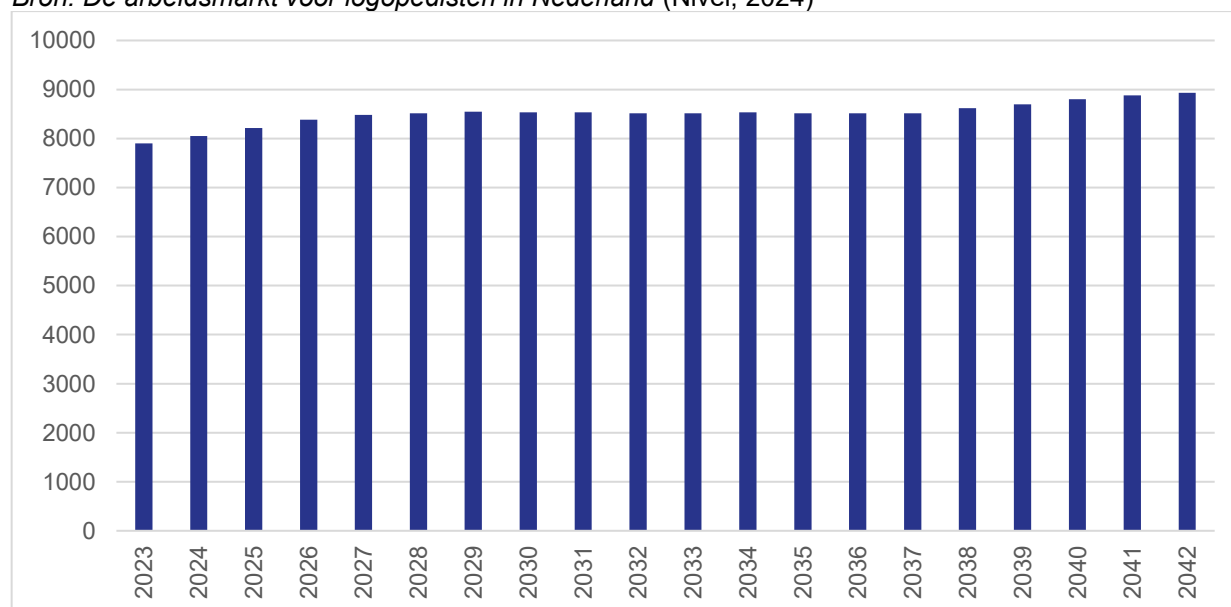
Bron: *De arbeidsmarkt voor logopedisten in Nederland* (Nivel, 2024)



Figuur 13 laat de prognose zien van het aantal logopedisten in Nederland. Hierin is te zien dat dit aantal naar verwachting tot 2037 licht toeneemt. Deze voorspelling is gebaseerd op een basisscenario. In een ander scenario, waarin studenten die willen werken in de tweede lijn uiteindelijk besluiten het vak te verlaten, neemt het totale aantal logopedisten juist licht af.

Figuur 13. Prognose totaal aantal logopedisten in Nederland van 2023 tot 2042

Bron: *De arbeidsmarkt voor logopedisten in Nederland* (Nivel, 2024)



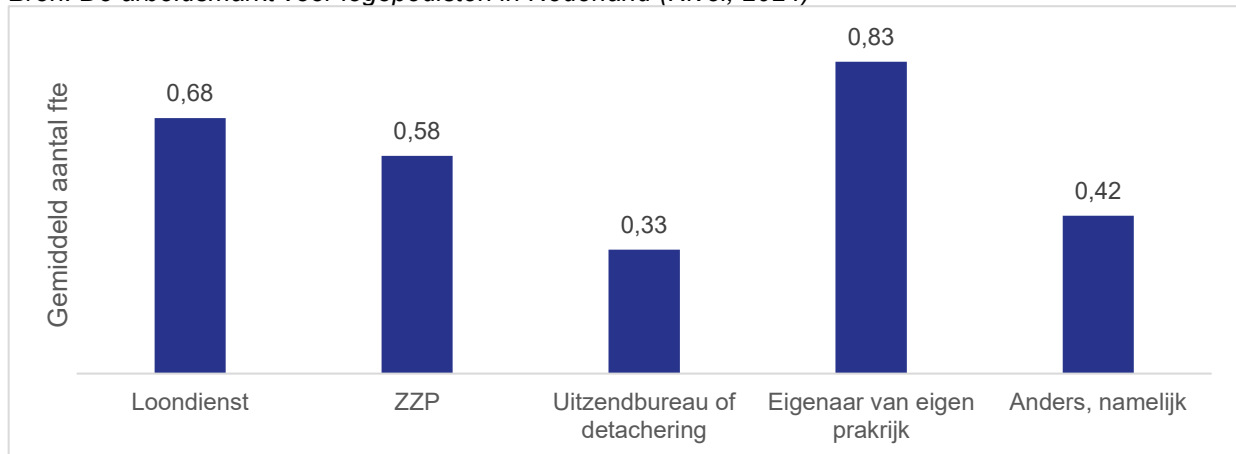
Volgens de capaciteitsraming van Nivel zijn mogelijke redenen voor uitstroom de onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden, het ontbreken van een cao in de eerste lijn en het relatief lage salaris ten opzichte van andere vakgebieden. De NVLF sluit zich hierbij aan. Zij geven aan dat mede door deze redenen logopedisten uitstromen naar de tweede- en derde lijn. Daarnaast zijn er recent afgestudeerde logopedisten die het vak na een aantal jaren volledig verlaten en ander werk gaan doen.

3.2.5 Aantal fte

Logopedisten werken gemiddeld 0,75 fte (uitgaande van een 40-urige werkweek). Praktijkhouders werken daarbij het meest (0,83 fte). Logopedisten die via een uitzend- of detachingsbureau werken gemiddeld het minste aantal uren (gemiddeld 0,33 fte) (Nivel, 2024) (Figuur 14). De deeltijdsfactor verschilt nauwelijks tussen leeftijdsgroepen; alleen logopedisten van 65 jaar en ouder werken aanzienlijk minder dan gemiddeld (gemiddeld 0,58 fte). Inzicht in productiviteit is nodig om deze verschillen nader te duiden, maar recente gegevens hierover ontbreken.

Figuur 14. Gemiddeld aantal fte per type dienstverband [n = 2.679 logopedisten, 1 fte = 40 uur]

Bron: *De arbeidsmarkt voor logopedisten in Nederland* (Nivel, 2024)



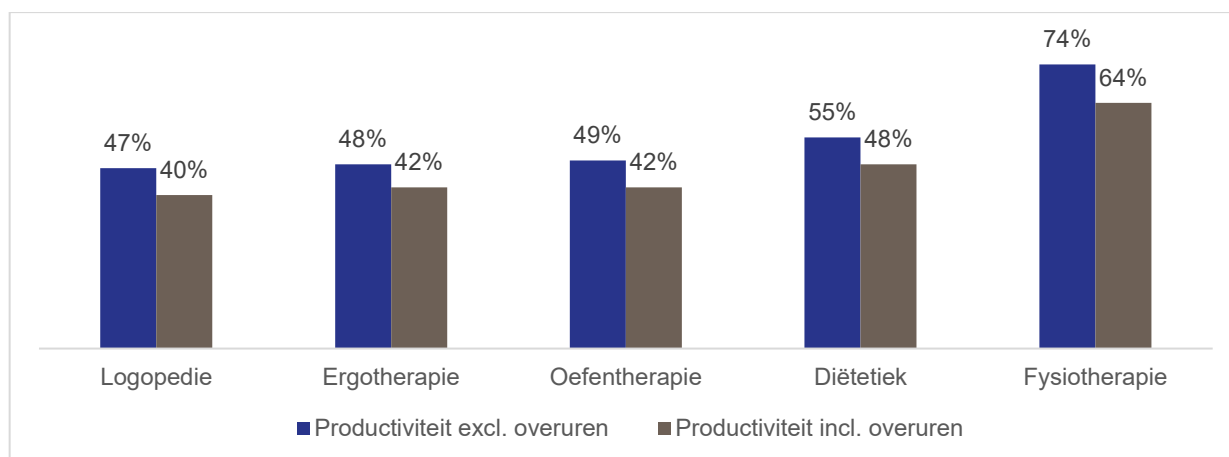
3.2.6 Productiviteit

Het Gupta kostenonderzoek paramedische zorg rapporteert op basis van een meting uit 2018 een productiviteit¹⁵ van 40% (declarabele uren, incl. overuren). Omdat recentere landelijke gegevens over de productiviteit van logopedisten ontbreken, vormt dit onderzoek de meest recente beschikbare bron. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 26% van de tijd besteed aan indirect cliëntgebonden werkzaamheden, 15% aan indirect niet-clientgebonden taken, 3% aan ziekteverzuim en 16% aan vakantie (Gupta Strategists, 2020). Deze productiviteit is vergelijkbaar met ergotherapie, oefen therapie en diëtetiek, maar ligt aanzienlijk lager dan in de fysiotherapie (Figuur 15).

¹⁵ 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

Figuur 15. Verdeling van activiteiten paramedici per beroepsgroep

Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg (Gupta Strategists, 2020)



3.3 Samenvatting

Het gebruik van logopedische zorg is tussen 2019 en 2024 toegenomen. In 2024 maakten circa 285.000 patiënten gebruik van logopedie en werden 4,7 miljoen prestaties geleverd. Dit betekent een stijging van respectievelijk 7,1% en 11,3% ten opzichte van 2019. Het gemiddelde aantal prestaties per patiënt bleef daarbij vrijwel stabiel. Volgens het RIVM (2026) zal de vraag naar logopedie de komende vijftien jaar naar verwachting met circa 15% verder toenemen, onder meer als gevolg van vergrijzing, het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen en een groeiende zorgvraag van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen. Ook substitutie vanuit andere domeinen en verschuivingen naar andere sectoren ten gevolge van maatschappelijke veranderingen leiden tot een hogere zorgvraag. Regionaal zijn er duidelijke verschillen, waarbij Limburg en Overijssel relatief veel patiënten kennen.

Het aanbod van logopedisten groeit onvoldoende mee met de vraag. Praktijkhouders ervaren moeite om vacatures te vervullen en de huidige capaciteit ligt circa 11% onder de benodigde omvang. Hoewel het aantal logopedisten de komende twintig jaar naar verwachting met circa 16% toeneemt, zal het capaciteitstekort volgens Nivel (2024) oplopen tot 14% in 2043¹⁶. Ook de gemiddelde deeltijdfactor van 0,75¹⁷ fte beperkt de beschikbare behandelcapaciteit.

De instroom in de opleiding logopedie blijft vrijwel stabiel en de studie-uitval ligt rond de 32%¹⁸, overeenkomstig met andere paramedische studies. Bovendien kiest een deel van de afgestudeerden ervoor om niet in de eerstelijnszorg te werken of verlaat het beroep na enkele jaren alweer. Volgens Nivel (2024) hangen deze ontwikkelingen onder meer samen met minder aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden, het ontbreken van een cao en relatief lage salarissen.

In 2024 waren er 1.630 logopedieondernemingen met een actieve AGB-code, 4% minder dan in 2020. Op basis van de beschikbare gegevens is niet vast te stellen hoeveel ondernemingen en vestigingen specifiek binnen de eerstelijnszorg actief zijn.

¹⁶ Nivel (2024)

¹⁷ In dit onderzoek is Nivel (2024) uitgegaan van een 40-urige werkweek,

¹⁸ CBS (2026)

De organisatie van de sector lijkt geleidelijk te veranderen. Volgens de NVLF is sprake van een verschuiving van eenpitters naar grotere praktijken en een toename van het aantal logopedisten in loondienst. Vooral kleinere praktijken ervaren financiële druk en hebben moeite een gezonde bedrijfsvoering te behouden. Praktijkhouders noemen de lage tarieven als belangrijke oorzaak, terwijl zorgverzekeraars dit beeld niet altijd delen.

Via het ZonMw-programma *Versterking organisatie eerstelijnszorg* wordt vanaf 1 juli 2026 in 46 regio's gewerkt aan een sterkere regionale monodisciplinaire organisatiegraad. Op basis van de geraadpleegde data¹⁹ is vooralsnog echter weinig aanwijzing voor daadwerkelijke schaalvergroting.

Recente gegevens over de productiviteit van logopedisten ontbreken. Uit gegevens in 2018²⁰ blijkt dat 40% van de werktijd werd besteed aan direct cliëntcontact en 26% aan indirect cliëntgebonden werkzaamheden.

De algemene conclusie is dat de vraag naar logopedie de komende jaren verder zal toenemen, terwijl het aanbod en de behandelcapaciteit achterblijven. Om de toegankelijkheid van logopedistische zorg op de lange termijn te waarborgen, zijn daarom maatregelen nodig die de instroom en het behoud van logopedisten bevorderen zoals betere arbeidsvoorwaarden en versterking van de organisatiegraad. Daarnaast kan een beter inzicht in de productiviteit en de beschikbare capaciteit efficiënter inzetten hieraan bijdragen.

¹⁹ Tabel 1. Overzicht van bronnen in dit onderzoek

²⁰ Gupta (2018)

4 Toegankelijkheid

4.1 Zorgplicht

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars voor logopedische zorg die onder de Zvw valt. Op grond van deze zorgplicht moeten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat hun verzekerden tijdig toegang hebben tot voldoende kwalitatief goede zorg binnen een redelijke afstand van hun woonplaats. Dit betekent dat zorgverzekeraars ontwikkelingen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van logopedische zorg, zoals wachttijden en capaciteit, moeten monitoren en waar nodig maatregelen moeten treffen. De invulling van deze zorgplicht is nader uitgewerkt in het toezichtkader zorgplicht Zvw van de NZa.²¹

4.2 Wachttijden

De wachttijden voor eerstelijns logopedie lopen sterk uiteen: van één week tot meer dan een jaar. Uit een vragenlijst onder 292 eerstelijns micropraktijken²² van de NVLF blijkt dat de meeste wachttijden tussen de twee en zes maanden liggen. In 2024 geeft 46% van de respondenten aan een wachttijd van twee tot zes maanden te hebben, terwijl 21% een wachttijd van zeven tot twaalf maanden rapporteert. Dit wijst erop dat de Treeknorm²³ van één week in de praktijk vaak wordt overschreden (Figuur 16). Aanvullend op deze cijfers heeft de NVLF in het interview met de NZa aangegeven dat wachtlijsten in de logopedie breed voorkomen en regionaal worden gedeeld, waardoor doorschuiven mogelijk is, maar de toegankelijkheid desondanks onder druk staat en het probleem niet wordt opgelost door herverdeling. De NVLF geeft aan dat zorgverzekeraars weinig verzoeken tot zorgbemiddeling ontvangen, ook omdat patiënten de wachttijd accepteren. Dit heeft vooral gevolgen voor niet-acute zorg (zoals taalontwikkelingsstoornissen). Zorgverzekeraars herkennen dit beeld over het gebrek aan zorgbemiddelingsverzoeken: zij zien dat er wordt aangegeven dat er wachtlijsten zijn, maar krijgen weinig tot geen zorgbemiddelingsverzoeken en horen van patiënten dat ze de wachttijd accepteren. Tegelijkertijd geven zorgverzekeraars aan dat het ontbreken van een wachtlijstregistratie het lastig maakt om de omvang van wachtlijsten objectief vast te stellen. Het is volgens hen goed mogelijk dat patiënten zich bij meerdere aanbieders inschrijven (dubbelwachtenden), of dat er patiënten zijn die een voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder of tijd (wenswachtenden), waardoor zij mogelijk langer moeten wachten. De mate waarin dit voorkomt is niet bekend. Daardoor is de daadwerkelijke omvang van de wachtlijsten lastig vast te stellen.

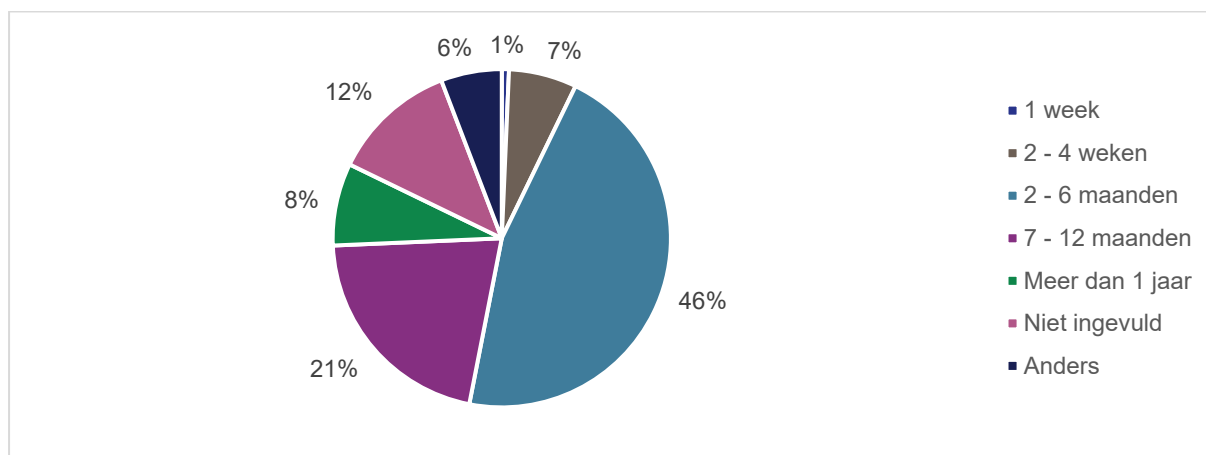
²¹ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht Zvw

²² Bedrijven zijn ingedeeld naar grootte op basis van totale bedrijfsopbrengsten (mln euro) met de volgende grenzen: Micro: tot €0,9 mln, Klein: €0,9 tot €15 mln.

²³ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025 - Nederlandse Zorgautoriteit

Figuur 16. Lengte wachttijden logopedie in de eerste lijn [n = 291 eerstelijns micro logopediepraktijken]

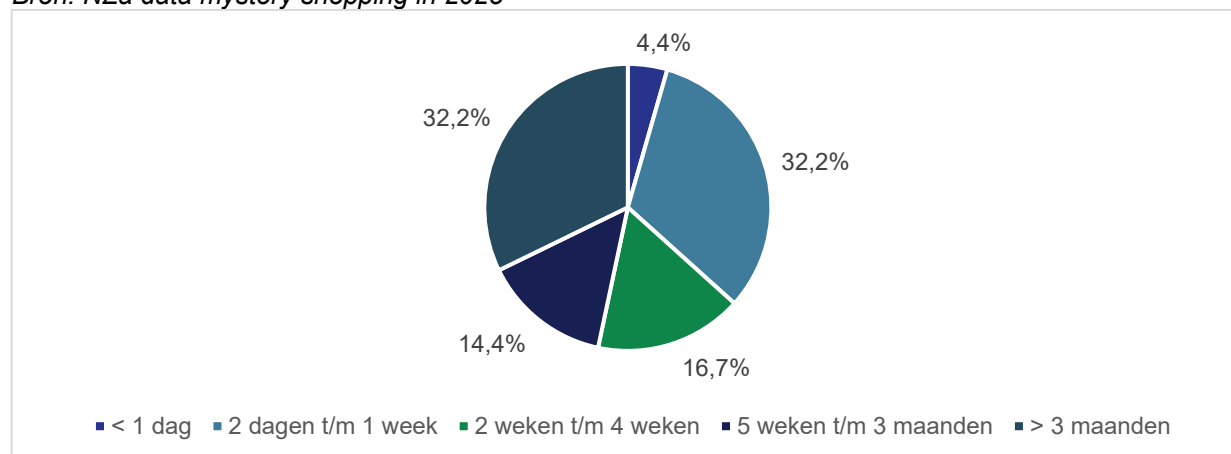
Bron: Uitkomsten enquête vacatures en wachtlijsten (NVLF, 2024)



Om meer inzicht in de wachttijden van de logopedie te krijgen is er door de NZa mystery shopping uitgevoerd. Mystery shopping is een vorm van veldonderzoek waarbij onderzoekers zich telefonisch voordoen als (potentiële) patiënten. Dit maakte het mogelijk om op een gestandaardiseerde en objectieve manier informatie te verzamelen over de toegankelijkheid van logopedistische zorg. Praktijken werden geselecteerd op basis van een combinatie van gestratificeerde aselechte en aanvullende niet-willekeurige steekproeven. Er werd gebruik gemaakt van twee casussen. De eerste casus betrof een vrouw die wilde leren om haar stem beter te gebruiken. De tweede casus ging over een kind die qua taalontwikkeling achterloopt op zijn leeftijdsgenoten. In 63,4% van de gevallen kon de patiënt na één week terecht (Figuur 17). Belangrijk om te benoemen is dat de NZa de eerst beschikbare afspraak registreerde (zonder voorkeur voor dag/tijd of therapeut). Wanneer cliënten wel voorkeuren hebben, kan de wachttijd verder oplopen.

Figuur 17. Lengte wachttijden logopediepraktijken [n = 90 logopediepraktijken in de eerste lijn]

Bron: NZa data mystery shopping in 2025



De NVLF-enquête en de resultaten van de mystery shopping geven beide signalen dat de toegankelijkheid van logopedie onder druk staat, maar laten niet hetzelfde beeld zien. De NVLF-enquête rapporteert relatief vaak wachttijden van meerdere maanden, terwijl uit de mystery shopping blijkt dat bij een deel van de praktijken sneller een eerste afspraak mogelijk is. Dit verschil kan samenhangen met de gehanteerde onderzoeksmethoden. De NVLF-enquête is gebaseerd op zelfrapportage door

praktijken over hun wachtlijsten, terwijl bij de mystery shopping de eerst beschikbare afspraak voor een specifieke casus is geregistreerd. Daarnaast is in de mystery shopping geen rekening gehouden met voorkeuren voor een specifieke behandelaar, dag of tijdstip. Beide bronnen laten echter zien dat er bij een substantieel deel van de praktijken sprake is van lange wachttijden.

4.3 Zelf-financiering

Logopedie wordt voor het grootste deel vergoed vanuit het basispakket (slechts een klein deel valt onder de eigen betalingen), waarbij het aantal vergoede prestaties afhangt van wat de patiënt nodig heeft. Voor volwassenen geldt wel het eigen risico. Voor kinderen (<18 jaar) wordt logopedie volledig vergoed uit de basisverzekering, zonder eigen risico of eigen bijdrage, en een verwijzing is in de regel niet nodig. Belangrijk: vergoeding vanuit het basispakket geldt alleen als er een medisch doel is; zonder medisch doel wordt logopedie niet vergoed.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven dat het aandeel verzekerde zorg binnen de bedrijfsopbrengsten tussen 2021 en 2023 varieert van 86% naar 82% voor micro-aanbieders en van 66% naar 68% voor kleine aanbieders.²⁴ Het is op basis van de beschikbare gegevens niet vast te stellen of, en welk deel van de opbrengsten buiten de verzekerde zorg, door cliënten zelf wordt betaald of afkomstig is uit andere activiteiten, zoals lezingen of trainingen.

4.4 Samenvatting

De groeiende vraag naar logopedie in combinatie met een achterblijvend aanbod leidt tot knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg. In 2024²⁵ had 85% van de logopediepraktijken een wachtlijst. De Treeknorm van één week wordt daarbij vaak overschreden. De wachttijden lopen sterk uiteen, van één week tot meer dan een jaar. In 46% van de praktijken bedroeg de wachttijden twee tot zes maanden. Onderzoek van de NZa bevestigt dat de eerst beschikbare afspraak in 63,4% van de gevallen pas na een week is.

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 wachtlijst staan of specifieke voorkeuren hebben die de wachttijd beïnvloeden. Zowel de NVLF als zorgverzekeraars signaleren dat er weinig gebruik wordt gemaakt van zorgbemiddeling. Het uitblijven van verzoeken tot zorgbemiddeling kan echter ook samenhangen met onbekendheid met deze mogelijkheid, een beperkte keuzevrijheid of een gebrek aan alternatieven.

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

²⁴ Micro-aanbieders zijn aanbieders met bedrijfsopbrengsten tot € 0,9 miljoen per jaar. Kleine aanbieders zijn aanbieders met bedrijfsopbrengsten tussen € 0,9 miljoen en € 15 miljoen per jaar.

²⁵ Uitkomsten enquête vacatures en wachtlijsten (NVLF, 2024)

5 Contractering en marktdynamiek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bekostiging en contractering van de logopedie en de financiële positie van logopediepraktijken. 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. Aangepast

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 logopedie

De logopedische 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 logopedie voor de Zvw vindt primair plaats vanuit de basisverzekering. Logopedie in de eerstelijnszorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering wanneer er sprake is van een medische indicatie. Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op de gevolgen van een medische stoornis of aandoening (Bron: Zorginstituut Nederland, Logopedie (Zvw)). Daarnaast kan een verzekeraar als voorwaarde stellen dat de behandeling wordt uitgevoerd door een daartoe bevoegde logopedist die staat ingeschreven in het KP. Deze vergoeding uit de basisverzekering is niet begrensd op een maximum aantal behandelingen. Wel wordt de vergoeding begrensd door de eis van de medische noodzaak en doelmatigheid; indien (verdere) behandeling niet als effectief of noodzakelijk wordt beschouwd, kan de vergoeding worden beëindigd. De kosten van logopedie uit het basispakket vallen voor volwassenen onder het verplichte eigen risico, voor verzekerden jonger dan 18 jaar is het eigen risico niet van toepassing.

Andere financieringsbronnen zijn gewoonlijk de aanvullende verzekering en de onverzekerde zorg. Onverzekerde zorg is voor logopedie in mindere mate van toepassing (voorbeelden zijn accentvermindering en dyslexiebehandelingen). Behandelingen die onder de onverzekerde zorg vallen zijn bijvoorbeeld behandelingen niet op basis van een medische indicatie of wanneer (verdere) behandeling niet noodzakelijk of effectief is. Daarnaast kan het voorkomen dat een verzekerde zelf moet bijbetalen wanneer de zorgaanbieder geen contract heeft met de verzekeraar. Zorg vergoed uit de aanvullende verzekering is voor de logopedie niet van toepassing indien er sprake is van een medische indicatie²⁶.

²⁶ Een medisch doel betekent dat logopedie bijvoorbeeld nodig is om: beter te leren spreken, taalontwikkeling te stimuleren, opnieuw te leren spreken na een ziekte of ongeluk, de stem te verbeteren, problemen met eten en drinken te verminderen. Dyslexie, taalproblemen door een dialect of door het spreken van een andere taal gelden niet als medisch doel. Logopedie wordt in dat geval niet vergoed uit het

Voor de verzekerde zorg op grond van de Zvw genereert een omzet bij aanbieders met onderliggende tarieven en zorgomvang (aantal patiënten vermenigvuldigd met het aantal behandelingen per patiënt). De NZa stelt prestaties zonder (maximum-)tarieven vast voor logopedie en zijn terug te vinden in de Prestatiebeschrijvingbeschikking logopedie. 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 logopedie (zonder verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of een specialist) en intake en onderzoek. Daarnaast bestaan er toeslagen voor bijvoorbeeld behandeling aan huis.

Gecontracteerde tarieven komen tot stand via het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In de praktijk is onderhandelruimte vaak niet tot beperkt aanwezig, omdat veel contractvoorstellen als standaardaanbod worden verstrekt. De zorgaanbieder bepaalt zelf de hoogte van particuliere tarieven (eigen betalingen door patiënt), indien er geen sprake is van gecontracteerde zorg. In het geval van medisch noodzakelijk zorg vergoedt de zorgverzekeraar (een groot deel van) de zorg als deze binnen de basisverzekering valt. In het geval van niet-gecontracteerde zorg kan het zijn dat de patiënt een deel van de kosten zelf moet betalen.

5.1.2 Ontwikkeling van de macro-uitgaven

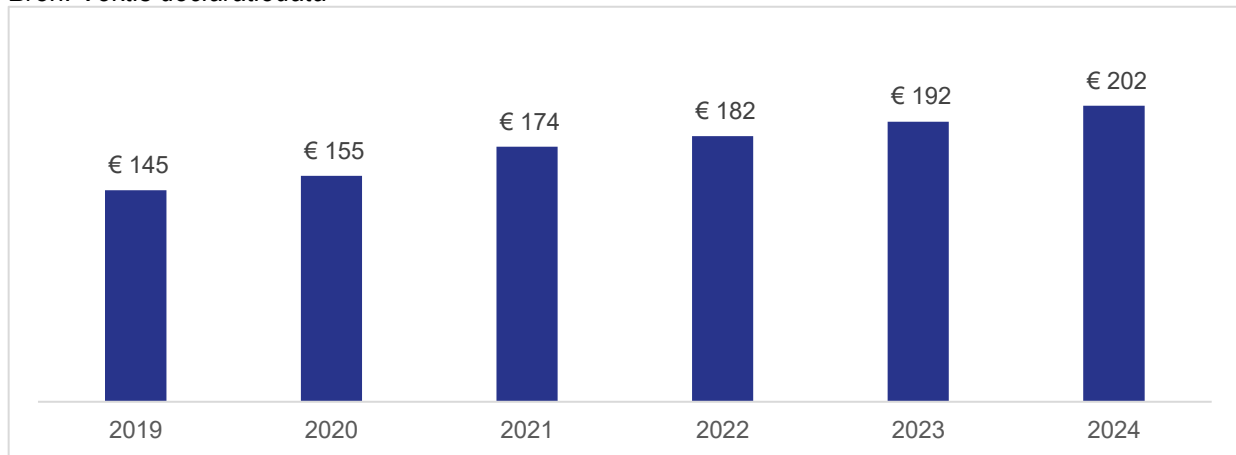
Logopedie valt voor het grootste deel onder de basisverzekering (slechts een klein deel valt onder de eigen betalingen). De sterke groei in de sector wordt met name verklaard door zowel een toename van het aantal prestaties (+11,3%) als een stijging van de tarieven (+23,7% voor een standaard zitting) tussen 2019 en 2024, en in mindere mate door veranderingen in het type behandeling. De groei in het aantal prestaties wordt vooral gedreven door een toename van het aantal patiënten (2019 – 2024, +7,1%) en niet door een stijging van het aantal behandelingen per patiënt.

De totale uitgaven aan logopedie binnen de Zvw zijn tussen 2019 en 2024 gestegen van € 145 miljoen naar € 202 miljoen (Figuur 22). Dit komt neer op een stijging van 40%. Daarmee is de groei vergelijkbaar met de andere paramedische sectoren diëtik en oefentherapie (respectievelijk 49% en 32%). Uitgaven binnen de Zvw voor logopedie komen dus primair uit de basisverzekering en 87% van de omzet van de logopedie wordt gerealiseerd via contracten met zorgverzekeraars.

basispakket van de zorgverzekering. Ook wordt logopedie niet vergoed als: muziektherapie of wanneer een logopedist alle leerlingen van een school onderzoekt.

Figuur 22. Totale kosten binnen de Zvw voor logopedie in miljoenen euro's

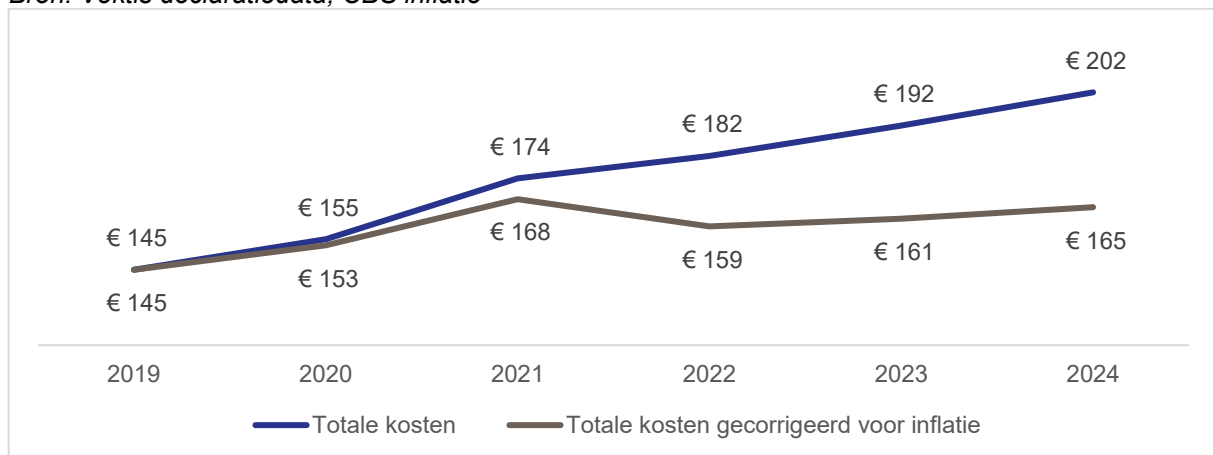
Bron: Vektis declaratiedata



Om de kostenontwikkeling door de tijd beter vergelijkbaar te maken, zijn de uitgaven uit 2019 gecorrigeerd voor inflatie en uitgedrukt in prijsniveau 2024 (Figuur 23). 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 kostenstijging kan daarmee niet uitsluitend aan inflatie worden toegeschreven.

Figuur 23. Totale kosten onder zowel de BV als AV voor logopedie in miljoenen euro's

Bron: Vektis declaratiedata, CBS inflatie²⁷



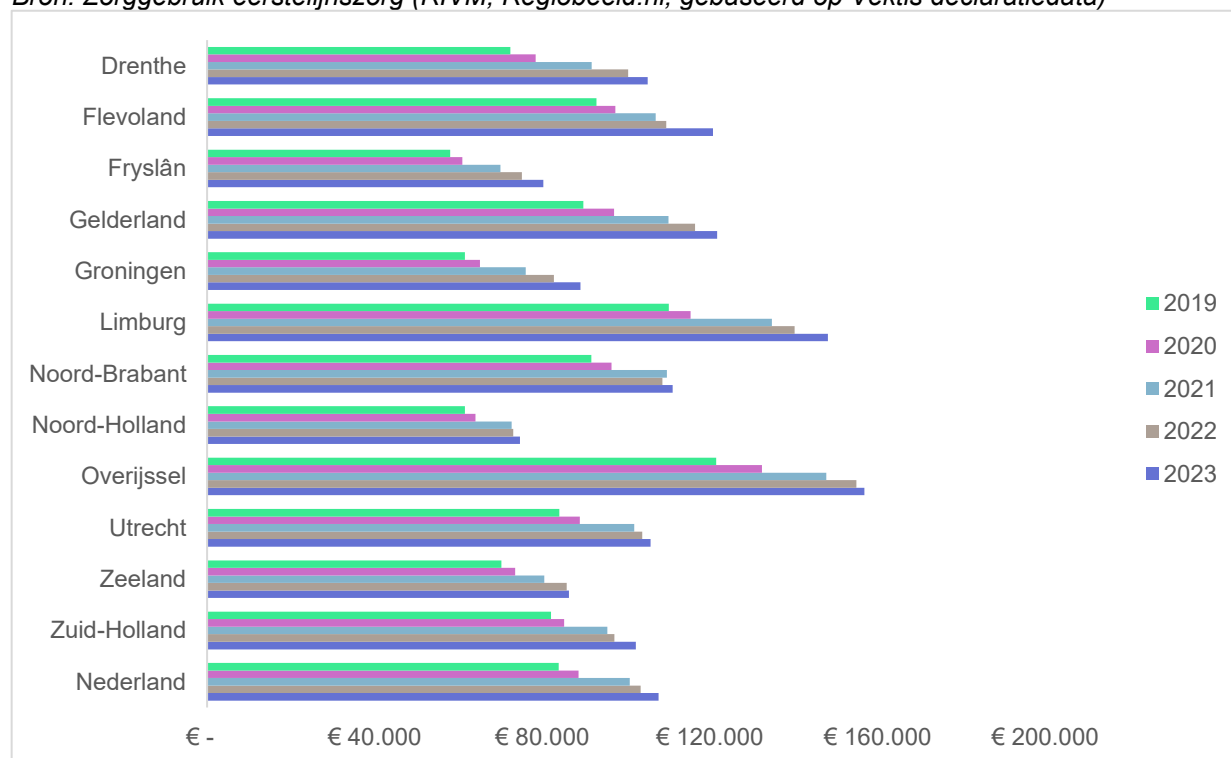
5.1.3 Regionale verschillen

De gemiddelde kosten voor logopedie per regio, uitgedrukt per 10.000 inwoners, vertonen duidelijke verschillen (RIVM, 2026). Figuur 24 laat zien dat er sterke, regionale variatie zichtbaar is, waarbij Limburg en Overijssel zich onderscheiden als provincies met de hoogste kosten (zorggebruik). De sterkste groei in kosten tussen 2019 en 2023 is het hoogste in Drenthe (+45,3%) en Groningen (+44,8%).

²⁷ [Inflatie | CBS](#)

Figuur 24. Gemiddelde kosten logopedie per regio per 10.000 inwoners

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

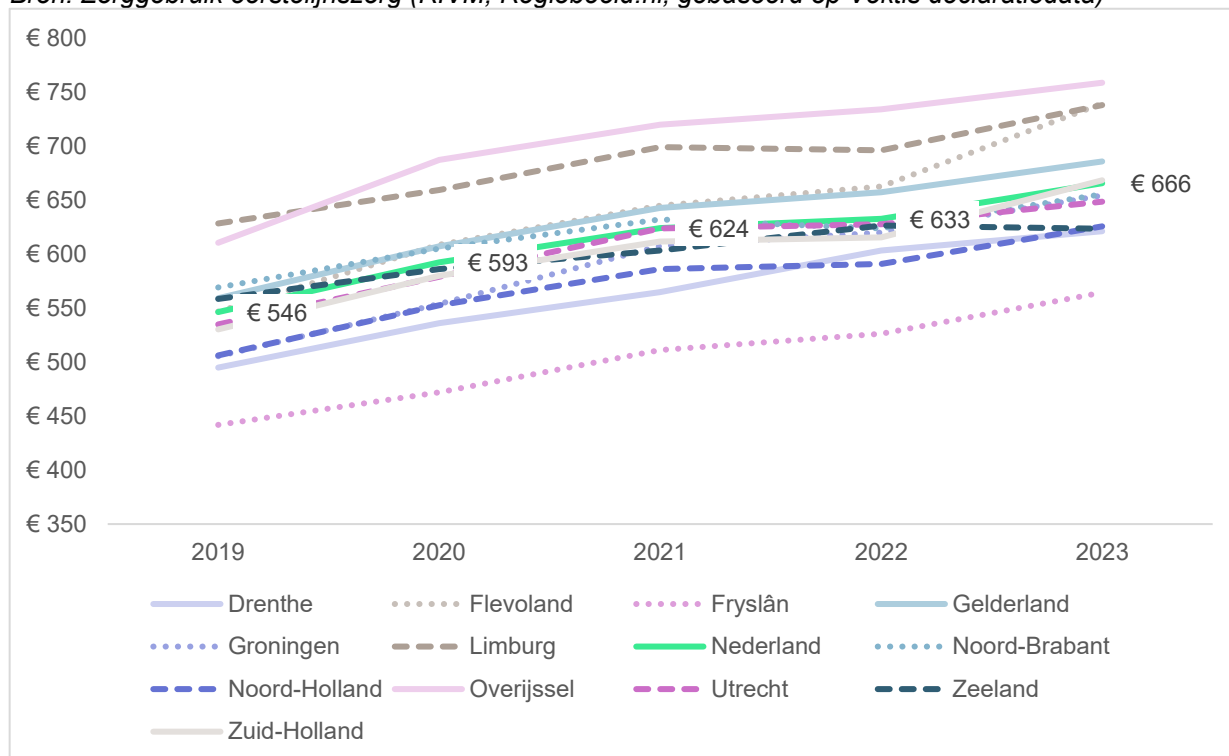


Regiobeeld.nl toont alleen Zvw kosten en het aantal verzekerden dat paramedische zorg uit de basisverzekering ontvangt; aanvullende verzekering is niet inbegrepen.

Figuur 25 laat zien dat de gemiddelde kosten per patiënt sterk gegroeid zijn in alle provincies tussen 2019 en 2023. Het landelijk gemiddelde is toegenomen van € 546,- naar € 666,- per patiënt tussen 2019 en 2023, wat neerkomt op een stijging van 21,8%. Limburg en Overijssel springen daar opnieuw uit met gemiddelde kosten per patiënt die gedurende de periode 2019-2023 aanzienlijk hoger liggen dan in de andere provincies en ten opzichte van het landelijk gemiddelde (RIVM, 2026). Door een forse stijging van de kosten per patiënt in 2022 en 2023 is het niveau van Flevoland in 2023 vergelijkbaar met het niveau van Limburg.

Figuur 25. 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, maar is ook niet van toepassing voor de logopedie.

5.1.4 Tariefontwikkeling

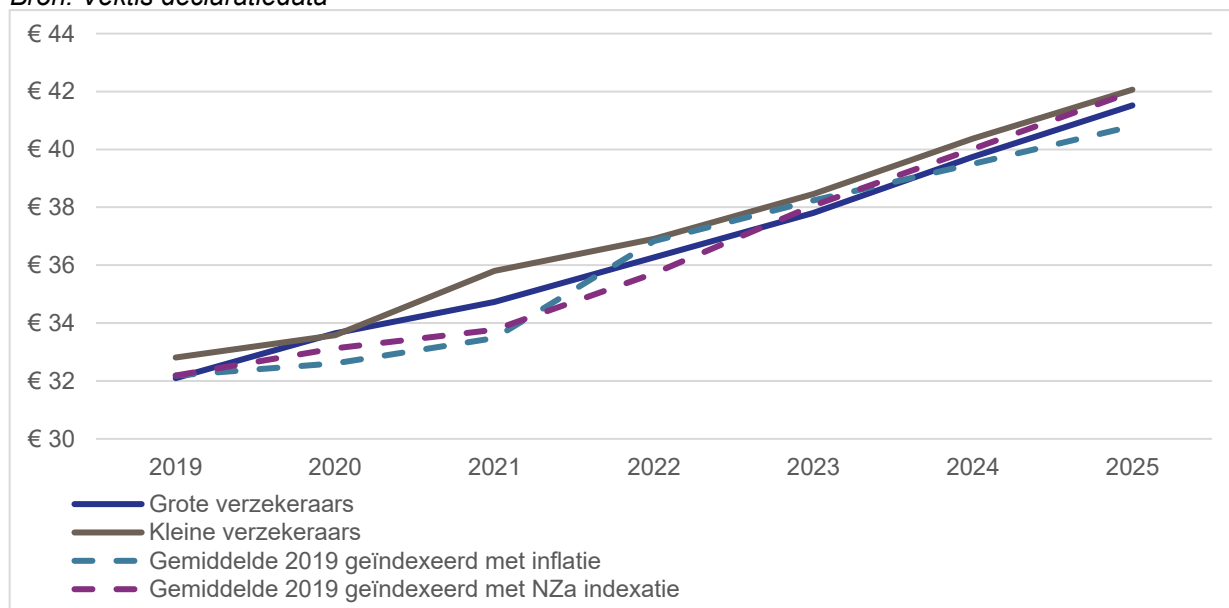
Tussen 2019 en 2025 is het gemiddelde tarief voor een reguliere zitting gestegen van € 32,19 naar € 41,60 per zitting. Dat komt neer op een stijging van 29,2%.

Figuur 26 toont de stijging van het gemiddelde tarief tussen 2019 en 2025 waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen grote verzekeraars (met minimaal € 20 miljoen aan declaraties voor code '4000' in 2024) en kleinere verzekeraars. Hieruit blijkt dat kleinere verzekeraars doorgaans tarieven hanteren die 50 cent tot één euro hoger liggen dan die van grote verzekeraars. Tevens is in dezelfde figuur het gewogen gemiddelde tarief²⁸ van 2019 weergegeven, geïndexeerd op basis van zowel inflatie als de indexering van personeels- en materiële kosten volgens de NZa-prijsindexaties.

²⁸ 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.

Figuur 26. Tarief voor “individuele zitting reguliere logopedie” (declaratiecode: ‘4000’) van 2019 tot 2025 uitgesplitst naar grootte van verzekeraar met toegevoegde indexatie cijfers

Bron: Vektis declaratiedata



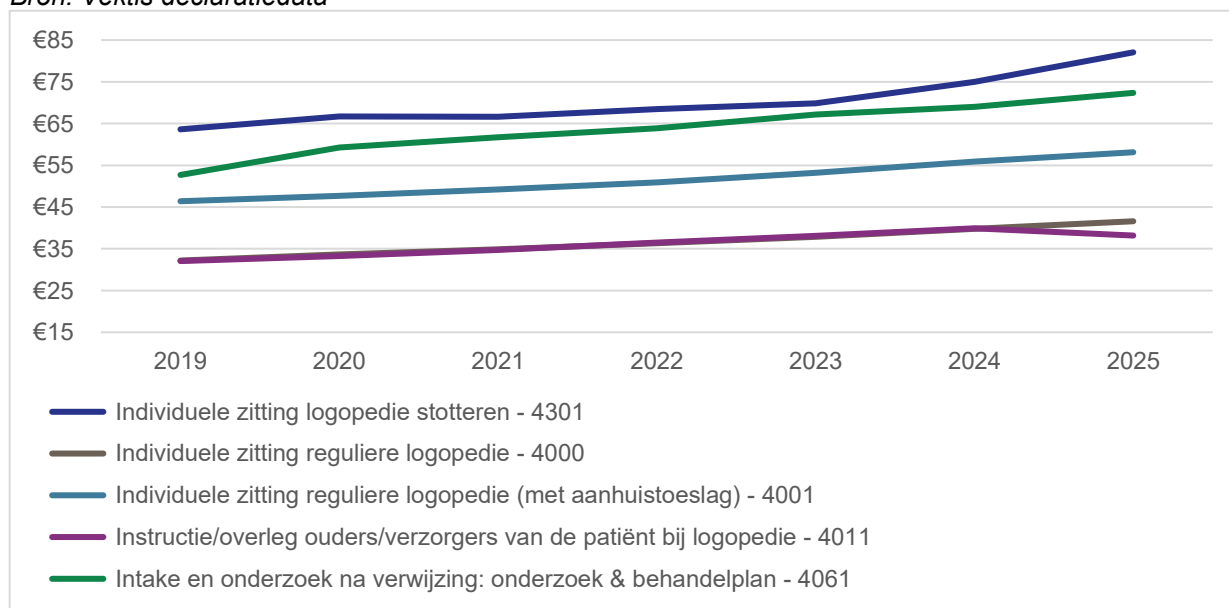
Uit figuur 26 blijkt dat het gemiddelde tarief voor een individuele zitting reguliere logopedie bij kleine verzekeraars zich tussen 2019 en 2025 sterker heeft ontwikkeld dan de ontwikkeling van zowel de consumentenprijsinflatie als de samengestelde NZa-prijsindex voor personeels- en materiële kosten. Voor de berekening van deze NZa- prijsindex is uitgegaan van de kostenverdeling uit het kostprijsonderzoek van Gupta (2020), waarbij 72% van de praktijkkosten bestaat uit personeelskosten en 28% 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.

Voor de grote verzekeraars geldt dat tussen 2019 en 2021 en na 2024 het tarief dat wordt vergoed boven de tarieven geïndexeerd op basis van inflatie ligt. Vanaf 2023 ligt het tarief echter onder de tarieven geïndexeerd op basis van de NZa-prijsindexaties. Op basis van deze data kan dus worden vastgesteld dat de gemiddelde indexering minimaal de gemiddelde inflatie heeft bijgehouden over de periode, maar niet de indexering op basis van de NZa-prijsindexaties.

Voor de vijf meest gedeclareerde prestatiecodes worden verschillende tarieven gehanteerd, waarbij de onderlinge verschillen tussen deze prestaties in grote lijnen consistent blijven. Tevens blijkt uit de gegevens dat het verschil in euro's tussen een standaardzitting en een zitting met aanhuistoelag in 2024 circa € 16 bedraagt (zie figuur 27). Figuur 28 laat zien dat de tarieven slechts beperkte variatie vertonen tussen regio's. In 2025 is het maximale verschil tussen de regio met het hoogste gemiddelde tarief en de regio met het laagste gemiddelde tarief € 1,15. In de bijlagen (10.4) is de tabel weergegeven met daarin de onderliggende waarden voor hetgeen in figuur 28 is uitgebeeld.

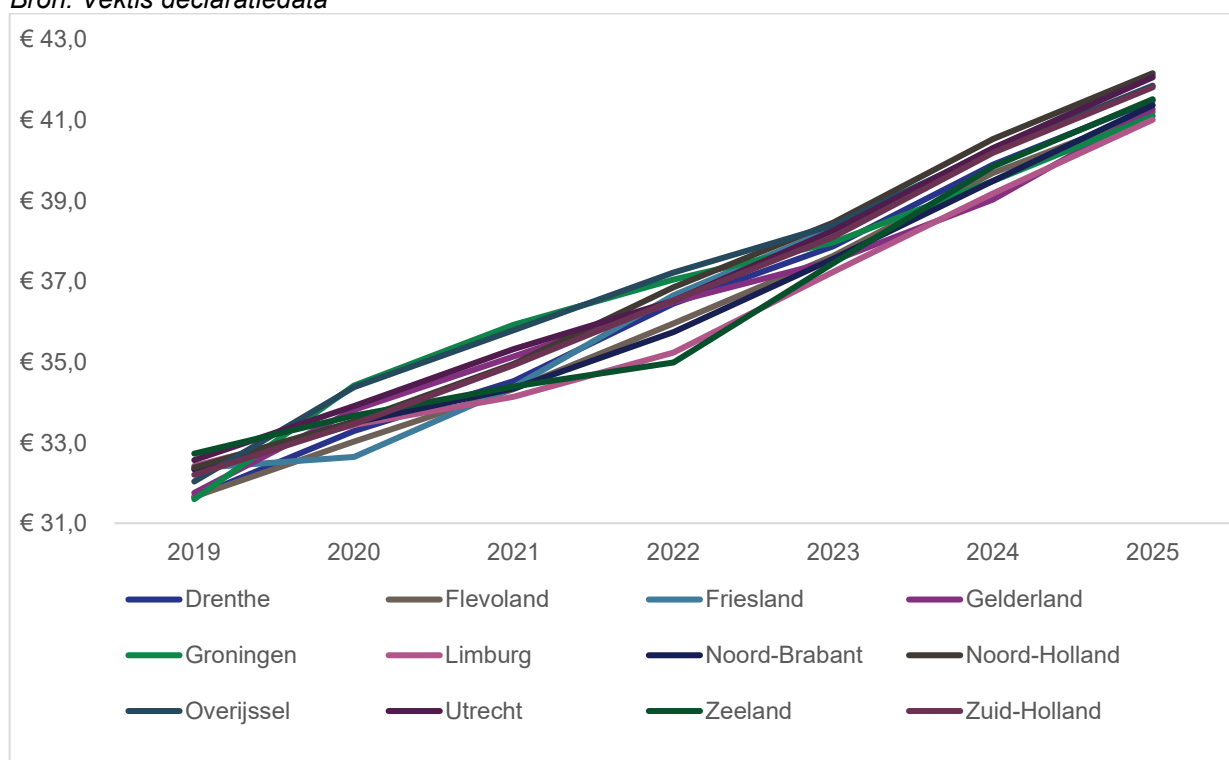
Figuur 27. Tarief voor top 5 meest gedeclareerde prestatiecodes van 2019 tot 2025

Bron: Vektis declaratiedata



Figuur 28. Tarief voor “individuele zitting reguliere logopedie” (declaratiecode: ‘4000’) van 2019 tot 2025 uitgesplitst naar provincie

Bron: Vektis declaratiedata



5.1.5 Beeld van de tarieven vanuit veldpartijen

Tussen 2019 en 2025 is het gemiddelde tarief voor een reguliere zitting gestegen van € 32,19 naar € 41,60 per zitting. Dat komt neer op een stijging van 29,2%. Hoewel het gemiddelde tarief is gestegen, betekent dat niet automatisch dat aanbieders het tarief ook als toereikend ervaren. De

beroepsvereniging en een aanzienlijk deel van de beroepsgroep geven aan dat zij de tarieven als ontoereikend ervaren en dat de toegankelijkheid van de logopedie onder druk staat.

De beroepsvereniging en aanbieders geven aan dat er beperkte onderhandelingsruimte is binnen het contracteerproces. Logopediepraktijken worden vaak digitaal, éénmalig een standaardcontract aangeboden door zorgverzekeraars en ervaren het contracteerproces veelal als 'tekenen bij het kruisje', waarbij nauwelijks ruimte bestaat voor individuele tarief- of contractafspraken. Hoewel er differentiatie mogelijk is via zogenoemde plustarieven, is volgens NVLF ook deze ruimte beperkt en zijn onderhandelingen over de plustarieven niet mogelijk. Volgens de NVLF is het verschil tussen het hoogste 'extra' tarief en het basistarief ongeveer € 5. Daarnaast geven de beroepsvereniging en zorgaanbieders aan dat er aanzienlijke tariefverschillen tussen zorgverzekeraars bestaan die oplopen tot € 4, wat wijst op inconsistentie in de waardering van dezelfde prestaties, aldus nog steeds de beroepsvereniging. Dit blijkt echter niet uit de declaratiedata van Vektis zoals weergegeven in figuur 26.

De beroepsvereniging geeft aan dat de achterblijvende waardering nadelige gevolgen heeft in het werkveld. Zorgaanbieders geven aan dat de instroom van logopedisten in de beroepsgroep achter blijft, wat zorgt voor (nog) hogere wachtlijsten en dat innovatie achter blijft vanwege gebrek aan financiële middelen. Investeren in ontwikkeling en/of innovatie, bijvoorbeeld het upgraden van IT-middelen, zou nu veelal uit eigen middelen plaatsvinden. Logopedisten geven aan dat zorgverzekeraars van mening zijn dat dergelijke investeringen uiteindelijk terug worden verdiend door efficiëntere en/of hogere productie, maar daar hebben logopedisten onvoldoende vertrouwen in. Logopedisten geven aan dat toepassingen zoals e-health juist kunnen leiden tot minder declarabele zittingen per patiënt. Als e-health minder (declareerbare) zittingen oplevert en deze niet gelijk wordt vergoed als een reguliere behandeling, zou dat leiden tot lagere inkomsten per patiënt en dus tot omzetverlies. In de praktijk zal dit hoogstwaarschijnlijk niet lijden tot omzetverlies, omdat op dit moment de vraag groter is dan het aanbod.

Een ander belangrijk punt dat door de beroepsvereniging wordt aangehaald is het ontbreken van een cao in de eerste lijn. Het ontbreken van een cao zorgt er volgens hen voor dat logopedisten overstappen naar de tweede en derde lijn waar wel een cao is, of dat logopedisten overstappen naar het onderwijs waar een onderwijs-cao geldt. Zorgaanbieders geven aan op zoek te zijn naar meer (financiële) zekerheid en stabiliteit. De uitstroom uit de eerste lijn is één van de factoren die de lange wachtlijsten veroorzaakt in de eerste lijn logopedie. Uit het onderzoek van Nivel (2024) blijkt echter dat in 2023 61% van de logopedisten werkzaam is in de eerste lijn. Een cao zou voor deze groep werkzame logopedisten lastig zijn te realiseren.

Verder geven aanbieders en de beroepsvereniging aan dat de huidige tarieven onvoldoende aansluiten bij de werkelijke kostenstructuur van logopediepraktijken. De systematiek waarop tarieven zijn gebaseerd, sluit volgens de NVLF nog aan bij een oudere bekostigingsmethodiek die gebruikt werd vóór de invoering van vrije tarieven en houdt onvoldoende rekening met hedendaagse kostencomponenten, zoals werkgeverslasten bij personeel in loondienst. Dit zou de mogelijkheden voor praktijkhouders beperken om te investeren in personeelsbeleid, innovatie en kwaliteitsontwikkeling.

De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders indirect invloed hebben op de totstandkoming van de tarieven. Zij voeren periodiek overleg met de Commissie van Overleg (CVO) en afgevaardigden vanuit het veld en de beroepsvereniging om zo tot een conceptovereenkomst te komen. De zorgverzekeraars vragen actief om input op het inkoopbeleid en kijken jaarlijks naar een landelijke benchmark en indexatie (van de NZa). Deze zorgverzekeraars geven aan dat het voeren van één-op-één gesprekken met aanbieders en het kunnen leveren van maatwerk per individuele aanbieder niet mogelijk is, omdat het simpelweg gaat om teveel aanbieders. Daarom kiezen ze ervoor om alle zorgaanbieders éénmalig, digitaal een aanbod te doen voor een contract.

Om tot tarieven te komen gebruiken de geïnterviewde zorgverzekeraars verschillende methodes. Vaak wordt er gekeken naar een landelijke benchmark en worden standaard indexaties toegepast. Bij het schriftelijke aanbod wordt door de zorgverzekeraars uitgelegd hoe de tarieven zijn geïndexeerd en hoe de tarieven zijn opgebouwd. Contracteerpartijen zijn conform de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw TH/NR-038 verplicht om het contractvoorstel van gedegen toelichting te voorzien. Dit bevat o.a. de doorvertaling van loon- en prijsstijgingen, de daarbij gehanteerde index en eventuele nacalculaties en de gehanteerde op- en/of afslagen in relatie tot de tarieven waarop deze op- en/of afslagen worden toegepast. Binnen de logopedie kunnen op- en/of afslagen plaats vinden doordat een praktijk bijvoorbeeld een bepaalde kwaliteitscyclus van de NVLF heeft doorlopen of als de behandelindex onder een bepaalde grens zit.

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 logopedische zorg. In de contractering maken zorgverzekeraars en logopediepraktijken 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 logopedie 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 logopedie bestaan wel verschillen in contractvoorwaarden. Zo kunnen zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden stellen aan zorgaanbieders of differentiatie toepassen in contracten en tarieven.

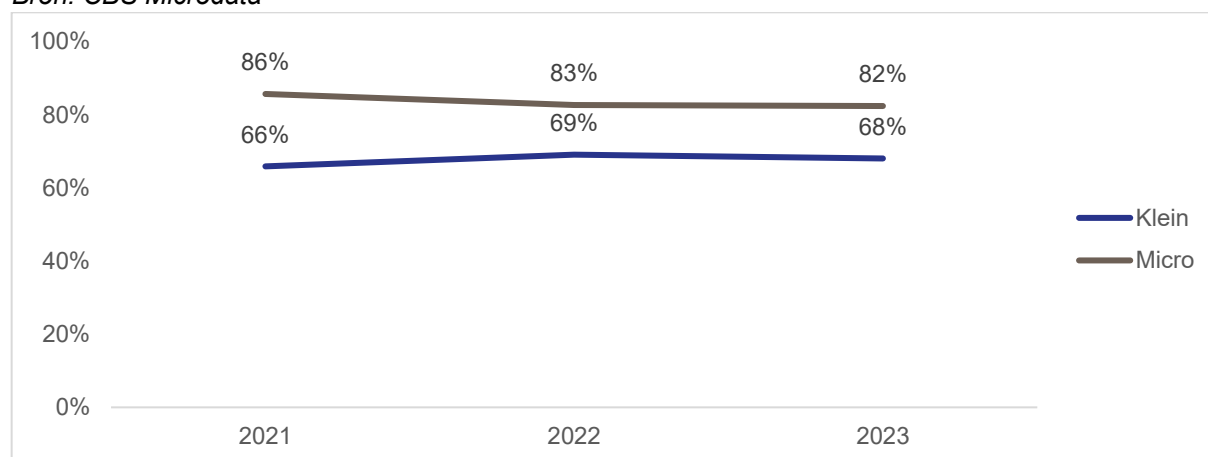
5.2.1 Contracteergraad

De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat de contracteergraad binnen de logopedie hoog is en dat niet-gecontracteerde zorg nauwelijks voorkomt. Volgens de Klein Bedrijfsindex had in 2024 95% van de praktijken en solisten een overeenkomst met een zorgverzekeraar, waarvan 59% een standaardcontract en 36% een pluscontract. Aan een pluscontract zijn aanvullende eisen verbonden, onder meer op het gebied van administratie, protocollen en behandelrichtlijnen. De overige 5% werkte zonder contract. De resultaten zijn gebaseerd op een enquête onder 188 praktijk eigenaren en zijn daarmee vooral indicatief voor solisten en micro-aanbieders²⁹.

²⁹ Kleinbedrijf Index Logopedie, 4^e editie, Q4 2024, Hoge kwaliteit bij een te lage beloning: andere zorgbesteding en bedrijfsmodellen nodig, NVLF/HU. Zie [hier](#).

In de afgelopen jaren is het aandeel van bedrijfsopbrengsten uit verzekerde zorg³⁰ bij micro-aanbieders afgenomen van 86% tot 82%. Bij kleine aanbieders bedraagt dit aandeel circa 68% en blijft dit percentage nagenoeg stabiel (Figuur 20). Hierdoor verkrijgen kleine aanbieders relatief meer inkomsten uit andere bronnen dan verzekerde zorg dan micro-aanbieders, zoals vanuit scholen, gemeenten en eigen bijdragen. Dit verschil in bedrijfsopbrengsten uit verzekerde zorg tegenover bedrijfsopbrengsten uit niet-verzekerde zorg kan worden toegeschreven aan een grotere mogelijkheid om inkomsten te spreiden. Door de toename in totale bedrijfsopbrengsten is het absolute bedrag aan inkomsten uit niet-verzekerde zorg gestegen. Deze inkomsten omvatten diverse activiteiten, waaronder behandelingen op eigen kosten, het geven van lezingen en werkzaamheden buiten de reguliere praktijk. Het blijft echter lastig om exact te definiëren welke activiteiten hieronder vallen. Binnen de groep logopedisten die als micro-aanbieders worden geclassificeerd, is een dalende trend zichtbaar in het aandeel verzekerde zorg. Dit kan erop wijzen dat kleinere aanbieders, die financieel onder druk staan, hun inkomsten steeds vaker spreiden om hun nettowinstmarge te waarborgen. Ter vergelijking: volgens de resultaten van de Kleinbedrijf Index komt in 2023-2024 respectievelijk 95% en 87% van de bedrijfsopbrengsten van logopedisten uit contracten met zorgverzekeraars (dus alleen Zvw zorg).

Figuur 20. De ontwikkeling van het gewogen gemiddelde aandeel verzekerde zorg ten opzichte van de totale opbrengsten (%) van 2021 tot en met 2023 naar grootte van logopediepraktijken
Bron: CBS Microdata

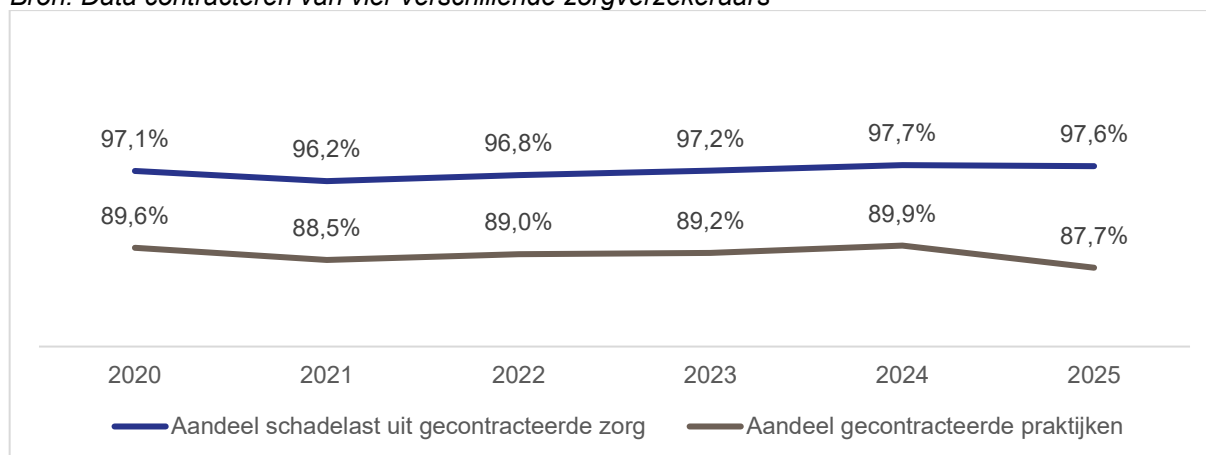


Het merendeel van de schadelast hangt samen met zorg die is geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders. Dit percentage ligt de afgelopen jaren consequent boven de 96%. Het aandeel gecontracteerde praktijken dat deze schadelast declareert, is lager en bedraagt gemiddeld zo'n 88%. Dit verschil suggereert 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 aanbieders, mogelijk samenhangend met een groter zorgvolume, betere contracten in de vorm van pluspraktijken of schaalgrootte. In de tijd is daarbij een lichte daling zichtbaar in het aandeel gecontracteerde praktijken (Figuur 21).

³⁰ Dit betreft Zvw (zowel basis als aanvullend) en zorg geleverd middels een PGB

Figuur 21. Ontwikkeling van het gewogen gemiddelde schadelastaandeel en het gewogen gemiddelde aandeel praktijken onder contract bij zorgverzekeraars

Bron: Data contracteren van vier verschillende zorgverzekeraars



5.2.2 Contractvormen en contractvoorwaarden

Om kwaliteit en doelmatigheid te meten zijn verschillende instrumenten beschikbaar, waaronder de behandelindex, patiëntervaringen via de PREM en een kwaliteitscyclus.

Vektis stelt via haar digitale portaal zogenaamde spiegelinformatie³¹ beschikbaar aan alle praktijken voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en huisartsenzorg met minimaal 30 cliënten per rapportageperiode. De spiegelinformatie is gebaseerd op de goedgekeurde en uitbetaalde zorgdeclaraties die via VECOZO bij de zorgverzekeraars zijn ingediend.

Spiegelinformatie geeft inzicht in het zorggebruik van patiënten binnen een praktijk. Daarnaast geeft het inzicht in hoe dit zorggebruik zich verhoudt tot de landelijke cijfers, door middel van de berekende behandelindex³². De behandelindex geeft het gemiddeld aantal behandelingen per behandeltraject in een praktijk weer ten opzichte van het gemiddelde van andere praktijken in Nederland. Daarbij wordt rekening gehouden met de diagnose en algemene cliëntkenmerken. Met spiegelinformatie kan volgens Vektis de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden verbeterd. De behandelindex wordt door de geïnterviewde zorgverzekeraars verschillend gebruikt bij het inkopen van behandelingen om de doelmatigheid van de geleverde zorg te meten. Op basis van dit onderzoek is niet vastgesteld hoe deze informatie is meegewogen in de contractering van individuele zorgaanbieders.

De (Patiënt Reported Experience Measures)³³ 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. (Patiënt Reported Experience Measures)³⁴ is een landelijk

³¹ <https://www.vektis.nl/spiegelinformatie>

³² <https://www.vektis.nl/support/veelgestelde-vragen/spiegelinformatie>

³⁴ Werkwijze patiëntervaringsmetingen - Zorgverzekeraars Nederland

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.

De NVLF heeft een kwaliteitscyclus ontwikkeld waar het werken volgens de richtlijnen, het inrichten van behandellocaties en de behandelindex, en het uitzetten van PREM onderdeel van uitmaakt. Vooral grotere praktijken doen mee aan de kwaliteitscyclus. Deze kwaliteitscyclus van de NVLF kan ook door niet-leden worden afgenomen, omdat de meeste zorgverzekeraars dit hebben ingekocht.

De geïnterviewde zorgverzekeraars hanteren geen eigen kwaliteitseisen en standaarden, maar sluiten aan bij die van beroepsgroep. Daarmee trachten deze zorgverzekeraars de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden.

Wel hanteren de geïnterviewde zorgverzekeraars criteria om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Vaak is de PREM een basiseis. Aanvullende voorwaarden kunnen zijn dat een praktijk zich moet hebben ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)³⁵ of dat de praktijkruimte moet voldoen aan een bepaalde minimumomvang. Daarnaast heeft een enkele geïnterviewde zorgverzekeraar aangegeven dat hij met zorgaanbieders afspraken maakt dat iedere patiënt binnen de Treeknorm moet kunnen worden gezien.

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat binnen de logopediesector verschillen bestaan in de mate waarin zorgverzekeraars contractdifferentiatie toepassen. Sommige zorgverzekeraars hanteren één uniforme overeenkomst, terwijl andere werken met gedifferentieerde contracten. In die gevallen worden doorgaans twee hoofdtypen contracten onderscheiden: een standaardcontract en pluscontract, waaraan aanvullende kwaliteitseisen zijn verbonden, wat overeenkomt met het beeld van NVLF.

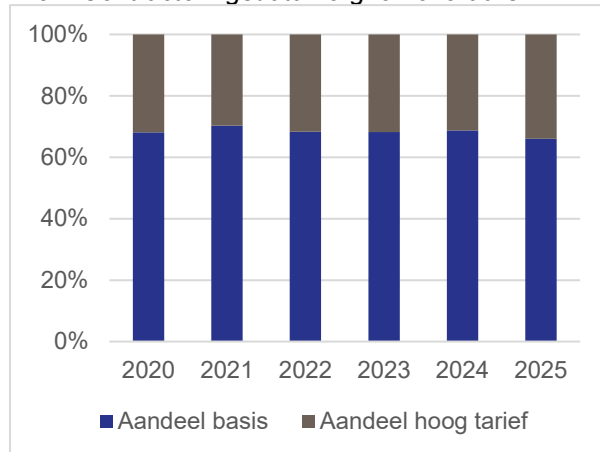
Figuur 18 laat zien dat het overgrote deel van de schadelast binnen de gedifferentieerde contracten in de periode 2020-2025 onder de standaardcontracten valt.

Figuur 19 toont dat het aandeel praktijken met een pluscontracten beperkt blijft, terwijl deze groep verantwoordelijk is voor een relatief groot aandeel van de totale schadelast (zie paragraaf 5.2.1). De NVLF duidt dit als dat vooral grotere praktijken de kwaliteitscyclus kunnen doorlopen en daardoor in aanmerking komen voor pluscontract (met hogere tarieven). Volgens de NVLF kunnen grotere praktijken door hun omvang de investeringen eerder terugverdienen. De financiële winst voor een grote praktijk is daarmee in verhouding vele malen groter, aldus de NVLF. ZN geeft echter aan dat dit niet een kwestie is van het kunnen, maar juist het *willen* doorlopen van de kwaliteitscyclus.

³⁵ Logopedist | Kwaliteitsregister Paramedici

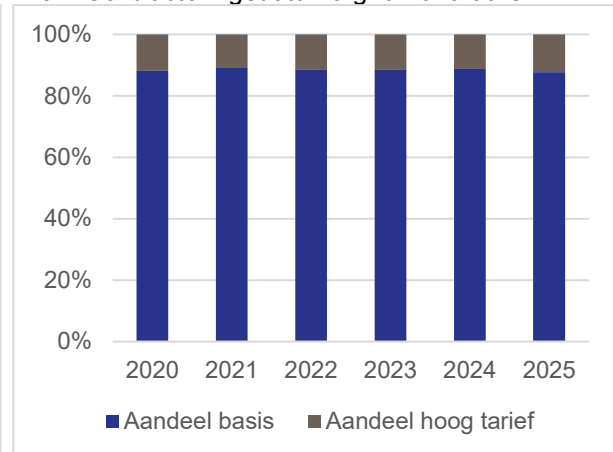
Figuur 18. Verdeling schadelast naar overeenkomststype

Bron: Contracteringsdata zorgverzekeraars



Figuur 19. Verdeling praktijken naar overeenkomststype

Bron: Contracteringsdata zorgverzekeraars



Volgens de NVLF is er geen andere differentiatie van contracten en tarieven dan een standaardcontract of een pluscontract. Een pluscontract biedt een hogere vergoeding, waartegenover eisen staan in het kader van de zogenaamde kwaliteitscyclus van de NVLF. Er zijn logopediepraktijken die met een zorgverzekeraar in gesprek zijn over een facultatieve prestatie, maar die zijn tot heden nog niet tot stand gekomen omdat het lastig is voor praktijken om afspraken te maken met de zorgverzekeraars, aldus NVLF.³⁶ Daarnaast kunnen hybride zorg en e-health volgens de NVLF bijdragen aan het verminderen van de wachtlijsten en vacatures. Doordat hier volgens NVLF geen bekostigingsmethodieken voor zouden zijn, komt dit echter moeizaam van de grond. Het vergoeden van deze vormen van digitale zorg is echter wel mogelijk binnen de bestaande NZa prestaties.

5.2.3 Het contracteerproces

De contractering van eerstelijns logopedie 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 contracteerproces, zoals deze zijn opgenomen in de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw TH/NR-038.

Het digitale contracteerproces wijkt niet af van de Handvatten Zorgcontractering³⁷ van de NZa. In dit geval vindt de contractering meer op afstand plaats en is er geen of beperkt sprake van een dialoog. De contractering vindt dan plaats via een digitaal portaal van een zorgverzekeraar, dan wel via een proces waarbij een grote groep (kleinere) zorgaanbieders (zoals bij de logopedie het geval is) een contract via een meer gestandaardiseerd proces afsluiten ('digitale contractering'). In dit geval zijn het vaak de zorgverzekeraars die een contractaanbod voorleggen.

³⁶ Sinds 2026 bestaat binnen de logopedie reeds een facultatieve prestatie, zie [hier](#). De NVLF verwijst hier naar gesprekken over aanvullende of nieuwe facultatieve prestaties.

³⁷ Handvatten Zorgcontractering maart 2026 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811170_22/1/)

Om aanbieders zo veel mogelijk te faciliteren geeft één geïnterviewde zorgverzekeraar aan dat de NVLF kan meelesen op de juistheid van de conceptovereenkomst. Ook probeert deze zorgverzekeraar bij het aanbieden van de overeenkomst duidelijk te zijn over waar relevante informatie is te vinden, wat van de aanbieder wordt verwacht en wanneer.

Daarnaast heeft deze verzekeraar in de overeenkomst een open veld opgenomen waarin de aanbieder vrij is om feedback te geven. Dezelfde zorgverzekeraar geeft aan in het voorjaar het voorgenomen inkoopbeleid aan de NVLF voor te leggen en feedback op te vragen om zo de zorgaanbieders invloed te geven op het inkoopbeleid. De feedback van zorgaanbieders bij deze zorgverzekeraar is vooral dat de tarieven te laag zouden zijn of dat de praktijken geen verzekerden hebben van de verzekeraar waardoor deze praktijken geen contract tekenen. ZN geeft hierbij aan dat dit open veld echter niet standaard is opgenomen in de contracteermodule in het platform voor veilige communicatie in de zorg (VECOZO), maar dat het wel als optie kan worden meegenomen. Hetgeen hierboven is beschreven, zal dus niet voor elke verzekeraar van toepassing zijn.

5.2.4 Toetreding aanbieders

Aan alle praktijken met een bestaande overeenkomst wordt door de verzekeraars een nieuw overeenkomst aangeboden. Nieuwe aanbieders kunnen zich gedurende het jaar aanmelden bij de verzekeraars om een overeenkomst te kunnen afsluiten. Er worden zowel eenjarige al meerjarige overeenkomsten afgesloten. ZN geeft hierbij aan dat dit proces echter zorgverzekeraar-specifiek is, waardoor dit niet voor elke zorgverzekeraar geldt.

5.2.5 Afstemming tussen zorgverzekeraars en de beroepsvereniging

Hoewel NVLF aangeeft als beroepsvereniging periodiek in gesprek te zijn met zorgverzekeraars, vindt zij dat dit de afgelopen tien jaar weinig heeft opgeleverd. De NVLF kan niet collectief de belangen behartigen van haar leden als het gaat om de inhoud van contracten. Ook zegt NVLF geen inzicht te krijgen in de (standaard-)contracten van een zorgverzekeraar. Dat is wel de wens van NVLF omdat zij meent dat dit zal helpen om tot een cao te komen voor eerstelijns aanbieders en een visie op de sector te realiseren. Om tot goede afstemming tussen NVLF (namens zorgaanbieders) en zorgverzekeraars te komen, zijn partijen als VWS en NZa nodig.

De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan periodiek af te stemmen met de beroepsvereniging. Enerzijds om op de hoogte te blijven van wat er speelt en anderzijds om af te stemmen over het voorgenomen beleid of de conceptovereenkomst. Dergelijke afstemming gaat expliciet niet over de hoogte van de tarieven.

Hoewel de relatie met de beroepsvereniging als goed wordt ervaren, geeft één geïnterviewde zorgverzekeraar aan dat het lastig is elkaar op inhoud te vinden. Volgens deze zorgverzekeraar is de bereidheid om te veranderen bij logopedisten beperkt.

5.2.6 Ervaringen met het contracteerproces

Uit de interviews blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het contracteerproces verschillend ervaren. De beroepsvereniging NVLF bestempelt het proces van digitale contractering als “tekenen bij het kruisje”. Het beeld van NVLF is dat onderhandelingen met zorgverzekeraars meer gaan over het sluiten van een overeenkomst dan de hoogte van de tarieven. Aanbieders geven aan meestal geen

bezwaar meer aan te tekenen, omdat ervaringen uit voorgaande jaren volgens hen leert dat dit tot niets leidt.

Volgens de geïnterviewde zorgverzekeraars is het aantal aanbieders te groot om met hen allemaal in gesprek te gaan over een overeenkomst. Daarom contracteert de zorgverzekeraar digitaal waarbij de verzekeraar de aanbieders een overeenkomst aanbiedt en de aanbieder enkel positief of negatief kan reageren op het aanbod. Digitale contractering drukt volgens de geïnterviewde zorgverzekeraars de uitvoeringskosten en zou ten goede komen aan ruimte voor de tarieven.

5.3 Financiële gezondheid zorgaanbieders

De financiële positie van logopediepraktijken 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 DigiMV-data zijn gebruikt om de financiële positie van logopedie-aanbieders te analyseren. Aan de hand van de cijfers uit 2024 is voor elke aanbieder de solvabiliteit vastgesteld. Solvabiliteit dient als 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. Bij de 356 praktijken ligt het gemiddelde solvabiliteitspercentage op 76%, hoewel er aanzienlijke verschillen bestaan tussen organisaties. Micro-aanbieders (balanstotaal max 450k, netto-omzet max 900k, max 9 fte) tonen doorgaans een hogere solvabiliteit dan kleine aanbieders (balanstotaal max 7,5m, netto-omzet max 15m, max 49 fte). Het aantal kleine ondernemingen binnen deze groep is relatief beperkt (Tabel 2).

Tabel 2. Gemiddelde solvabiliteit van logopediepraktijken in 2024

Bron: DigiMV jaarverantwoording CIBG

Populatie	N	Gemiddelde solvabiliteit	Standaard deviatie
Volledige groep	356	76%	37%
Micro ondernemingen	344	76%	37%
Kleine ondernemingen	12	66%	29%

Financiers hanteren doorgaans een solvabiliteitsnorm van 20% bij het verstrekken van leningen. Uit deze gegevens blijkt dat circa 95% van de aanbieders een solvabiliteit van ten minste 20% realiseert, terwijl bijna 80% een solvabiliteit heeft van 60% of hoger. 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 productie via vreemd vermogen (leningen). De klankbordgroep heeft aangegeven dat er minder wordt geïnvesteerd door externe financiers omdat investeringsplannen vaak als te risicovol worden gezien doordat de verwachte opbrengsten niet voorspelbaar genoeg zijn. Daarnaast ervaart men onvoldoende tijd en/of onvoldoende ruimte in de tarieven om bijvoorbeeld E-health goed te implementeren, waardoor de gewenste innovaties niet altijd tot stand komen. Binnen een vergelijkbare sector, in dit geval logopedie, is een soortgelijke solvabiliteit en verdeling waarneembaar voor dezelfde populatie selectie.

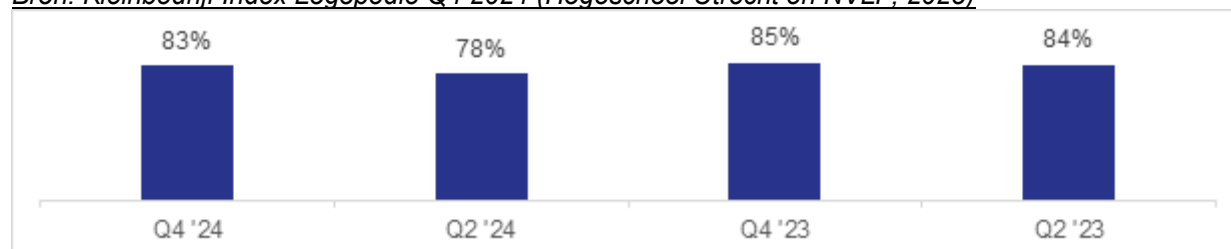
Een beperking van de DigiMV dataset is dat deze geen betrekking heeft op solopraktijken zonder personeel, terwijl uit het veld het signaal komt dat deze praktijken het zwaarder hebben. Een alternatief hiervoor biedt het rapport van de Kleinbedrijf Index over 2023. Dit rapport laat zien, op basis van 152 respondenten, dat de solvabiliteit in die steekproef lager is. In plaats van een gemiddelde weer te geven, wordt het percentage praktijken met een solvabiliteit boven de 20% gerapporteerd. In het tweede kwartaal van 2023 lag dit aandeel op 51%. Dit geeft aan dat zzp'ers die in grotere mate zijn gerepresenteerd in deze data en gemiddeld genomen een lagere solvabiliteit hebben.

Hoewel solvabiliteit een relevante indicator is, biedt deze op zichzelf onvoldoende basis om de financiële gezondheid van een onderneming als geheel te beoordelen. Een volledig en betrouwbaar inzicht vereist ook analyse van andere factoren, zoals liquiditeit en de (operationele) inkomsten en uitgaven. Wegens gebrek aan financiële data was het in dit onderzoek echter niet mogelijk om deze aanvullende variabelen te analyseren.

Voor de Kleinbedrijf Index Logopedie (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025) is gekeken hoeveel procent van de ondernemers tijdig hun rekeningen voldoen (30 dagen) als indicator van de financiële situatie van de sector. Dit wordt de betalingsindex genoemd. Het onderzoek duidt niet of het hier alleen om zakelijke of ook om privérekeningen gaat en ook niet of het aantal facturen dat te laat betaald wordt bij een onderneming oploopt. In Q4 2024 was het percentage logopedieondernemers dat hun rekeningen tijdig voldoet 83%, wat ongeveer gelijk is aan Q2 en Q4 2023 (zie figuur 30). 17% van de logopediepraktijken geeft aan soms wel en soms niet hun rekeningen op tijd te kunnen betalen. Er wordt ook gekeken naar de verwachte betalingsindex: 90% van de praktijken verwacht dat het kunnen betalen van hun rekeningen hetzelfde blijft in het volgende kwartaal.

Figuur 29. Aandeel logopedie-ondernemers dat rekeningen op tijd betaalt

Bron: Kleinbedrijf Index Logopedie Q4 2024 (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025)



5.3.2 Bedrijfsresultaat

Het bedrijfsresultaat wordt bepaald door de bedrijfsopbrengsten te verminderen met de bedrijfslasten. Voor deze berekening is gebruikgemaakt van DigiMV-data. Om inzicht te bieden in het bedrijfsresultaat, wordt hier de nettomarge gepresenteerd (Tabel 3). De nettomarge wordt berekend door de netto winst te delen door de omzet ($\times 100\%$). Een belangrijke beperking van de DigiMV-data is dat er geen informatie beschikbaar is over de onttrekkingen van de eigenaren, de verhouding tussen deze onttrekkingen en de gewerkte uren en over eventueel nog uit te keren dividend aan aandeelhouders. De nettomarge vertegenwoordigt in dit geval dus niet de uiteindelijke winst die terugvloeit in de onderneming, aangezien uit deze nettomarge nog de (mogelijke) uitkeringen aan de eigenaren of aandeelhouders moeten worden onttrokken.

Tabel 3. Gemiddelde nettomarge praktijken per rechtsvorm in 2024*Bron: DigiMVjaarverantwoording CIBG*

Populatie	N	Gemiddelde nettomarge
Besloten vennootschap (bv)	33	12,0%
Commanditaire vennootschap (cv)	1	42,7%
Eenmanszaak	225	44,5%
Maatschap	91	56,4%
Stichting	1	3,8%
Vennootschap onder firma (vof)	5	39,0%
Totaal	356	44,3%

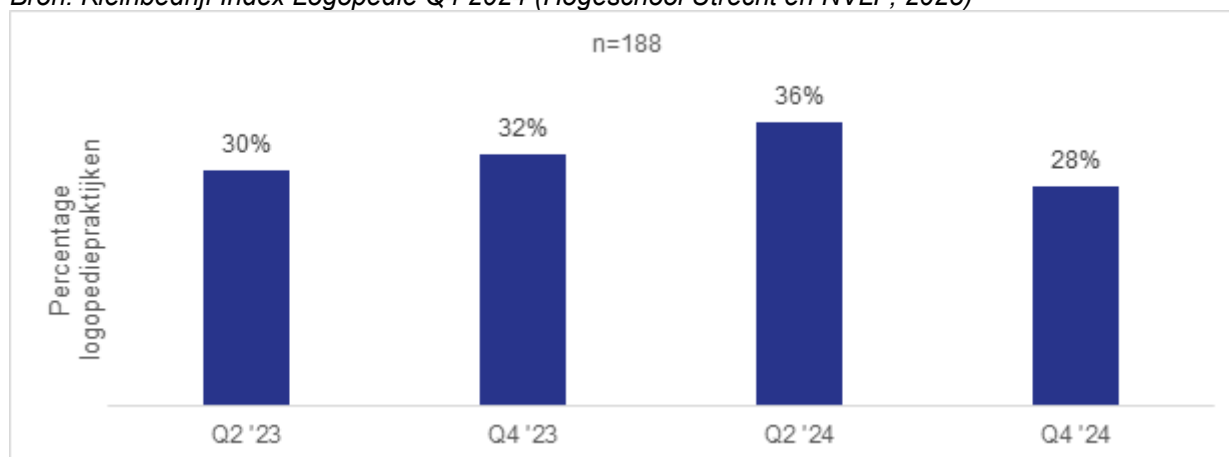
Binnen bv's geldt vanuit de belastingdienst een verplichte minimale onttrekking (de wettelijke zogeheten gebruikelijkloonregeling³⁸) die gerelateerd is aan het niveau en de duur van de werkzaamheden van iedere eigenaar. Voor deze ondernemingen speelt het probleem met het inzicht in de onttrekking door eigenaren in mindere mate. In 2024 bedraagt dit bedrag € 56.000. Hierbij dient te worden opgemerkt dat pensioenpremies en verzekeringen hierbij nog niet zijn verrekend. Deze norm biedt echter een beter inzicht in de reële nettomarge. Eventueel uit te keren dividend is hier nog niet in verrekend. Er is geen data beschikbaar over dividenduitkeringen bij logopedisten.

De Kleinbedrijf Index heeft tevens de nettomarge geanalyseerd (Figuur 29). De onderstaande figuur geeft het aandeel ondernemers weer met een nettomarge van meer dan 20%. In deze analyse wordt wel gecorrigeerd voor ondernemersloon.

³⁸ 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).

Figuur 29. Aandeel logopediepraktijken met een nettomarge hoger dan 20%

Bron: Kleinbedrijf Index Logopedie Q4 2024 (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025)



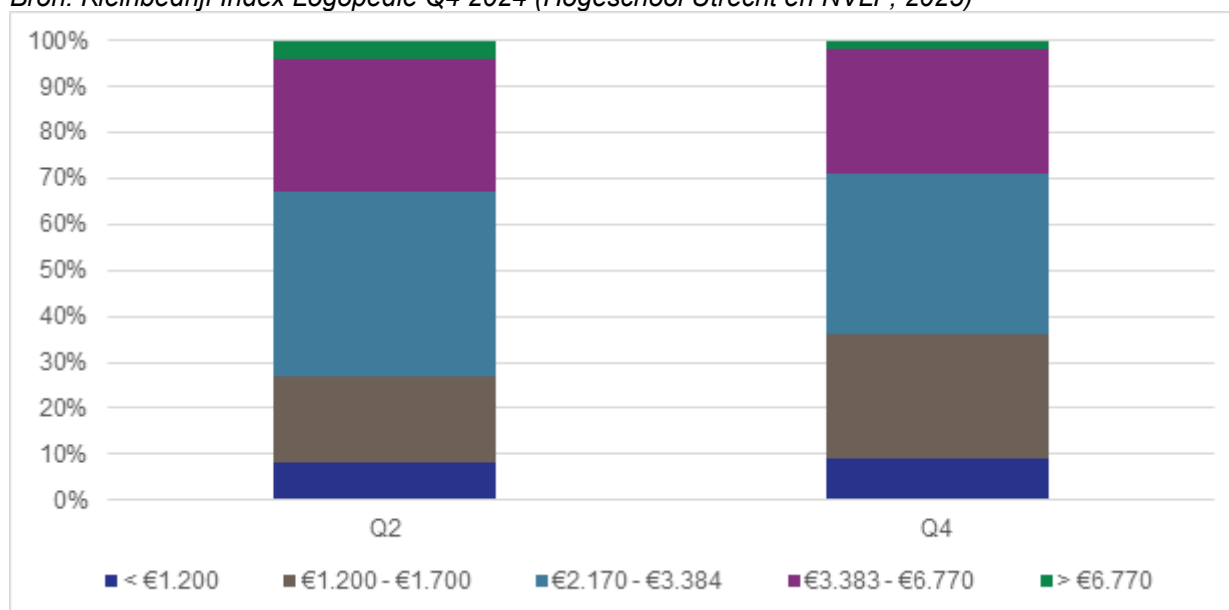
5.3.3 Loonontwikkeling en waardering van inkomen

Met betrekking tot de loonontwikkeling is er beperkt informatie beschikbaar. Een representatieve dataset ontbreekt. Desondanks hebben wij getracht met de beschikbare gegevens een beeld te schetsen.

De Kleinbedrijf Index geeft inzicht in het maandloon van ondernemers (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025). Deze data geven dus geen inzicht in het loon van werknemers. Daarnaast is slechts een beperkt aantal ondernemers onderzocht (n=55), waardoor de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor de gehele sector. De onderstaande grafiek toont het maandloon bij een werkweek van 40 uur of meer. Uit de data blijkt dat een deel van de praktijkhoudende logopedisten ongeveer 19% tot 27% onder € 2170 per maand verdient; dit geldt dus niet voor alle logopedisten (Figuur 31). Uit dit onderzoek blijkt ook dat ondernemingen met personeel in loondienst zich veel minder vaak onder het minimumloon hoeven uit te betalen. Gemiddeld werken praktijkhouders 0,83 fte.

Figuur 31. Ondernemersverdeling naar maandloon voor werkweek van 40 uur of meer [n = 55 ondernemers]

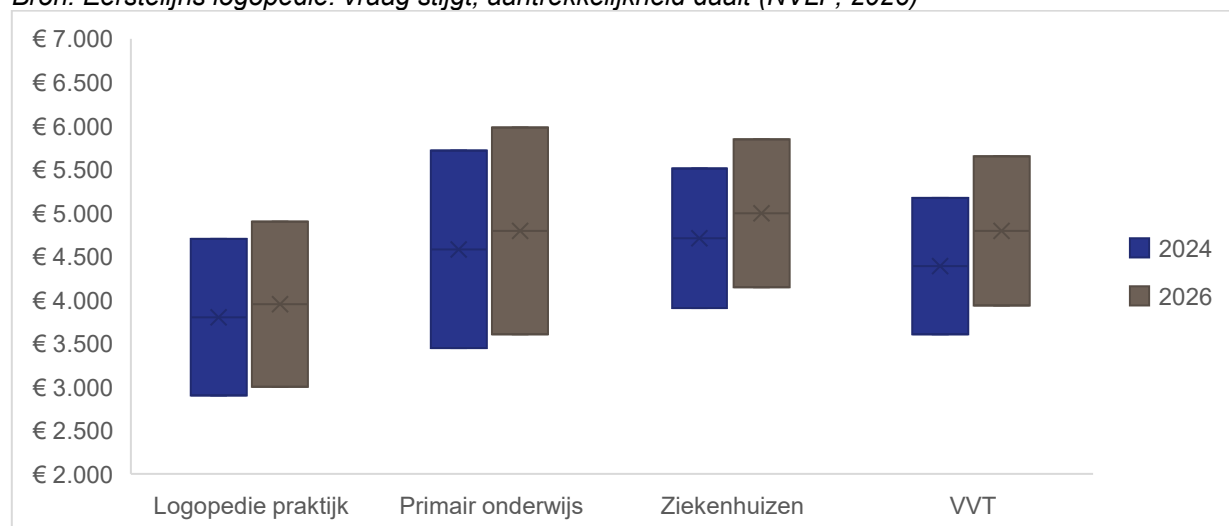
Bron: Kleinbedrijf Index Logopedie Q4 2024 (Hogeschool Utrecht en NVLF, 2025)



De NVLF (2026) signaleert dat de bruto maandlonen voor werknemers in eerstelijns logopediepraktijken vermoedelijk 20-26% lager liggen dan de cao-lonen in het primair onderwijs en in ziekenhuizen (NVLF, 2024/2026) (Figuur 32). De beschikbare salarisinformatie is gebaseerd op gesprekken met logopedisten en op vacatures in de sector. Deze bronnen kunnen wij niet onafhankelijk controleren en zijn niet goed te vergelijken met cao-loonlijnen. Hierdoor is een nauwkeurige vergelijking met de cao's in het primair onderwijs en de ziekenhuiszorg niet mogelijk en blijft onduidelijk of de lonen structureel lager liggen en/of minder hard meegroeien.

Figuur 32. Salariëring per zorgvorm logopedie (2024 en 2026)

Bron: Eerstelijns logopedie: vraag stijgt, aantrekkelijkheid daalt (NVLF, 2026)⁸



5.4 Samenvatting

De eerstelijns logopedie 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 gestegen, vergelijkbaar met de andere paramedische sectoren diëtik en oefentherapie. Er bestaan ook regionale verschillen in zorggebruik en kosten, waar voornamelijk Limburg en Overijssel zich onderscheiden als regio's met de hoogste kosten en Drenthe en Groningen als regio's met de sterkste groei in kosten.

Uit figuur 26 blijkt dat het gemiddelde tarief voor een individuele zitting reguliere logopedie bij zowel kleine als grote verzekeraars zich tussen 2019 en 2025 sterker heeft ontwikkeld dan de ontwikkeling van de consumentenprijsinflatie, maar juist minder sterk dan de samengestelde NZa-prijsindex voor personeels- en materiële kosten.

De gemiddelde tarieven zijn tussen 2019 en 2025 sterker gestegen dan de inflatie, maar juist minder sterk dan de samengestelde NZa-prijsindex. Een aanzienlijk deel van de zorgaanbieders ervaart de tarieven als ontoereikend, waardoor minder logopedisten instromen en innovatie achterblijft door gebrek aan financiële middelen.

Het contracteerproces van logopedie 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 soms aanvullende kwaliteitseisen of gedifferentieerde contracten toe. Daarbij

verschillen de tarieven tussen zorgverzekeraars. Slechts een beperkt aantal praktijken werkt ongecontracteerd. Van de schadelast heeft ruim 97% betrekking op gecontracteerde zorg.

De financiële positie van de sector laat een gemengd beeld zien. Praktijken kennen gemiddeld een hoge solvabiliteit van 75% en een nettomarge van ruim 44%. 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. Logopedie kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren, onder meer door vroegsignalering, preventie en het ondersteunen van participatie en functioneren in het dagelijks leven. Dit hoofdstuk beschrijft de rol van logopedie 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 logopedie binnen Passende Zorg

De NVLF geeft aan dat logopedie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de transitie naar Passende Zorg. Volgens de beroepsvereniging draagt logopedie hieraan bij door problemen vroegtijdig te signaleren, gericht in te zetten op preventie en mensen te ondersteunen bij hun functioneren en participatie in het dagelijks leven. De NVLF merkt daarbij op dat discussies over Passende Zorg en het IZA vaak sterk gericht zijn op ouderen, terwijl binnen de logopedie een groot deel van de zorg wordt geleverd aan kinderen.

Ook zorgverzekeraars zien mogelijkheden voor een sterkere rol van logopedie binnen de transitie naar Passende Zorg. Daarbij wijzen zij op het belang van samenwerking, innovatie en een sterke inbedding van logopedie binnen de eerstelijnszorg. Daarnaast benadrukken zij dat versterking van de organisatiegraad kan bijdragen aan een betere aansluiting van logopedie bij regionale ontwikkelingen en samenwerkingsverbanden.

6.2 Maatschappelijke waarde

Een recente maatschappelijke kosten-batenanalyse laat zien dat logopedie in de eerste lijn substantiële maatschappelijke opbrengsten genereert. Voor kinderen levert elke geïnvesteerde euro naar schatting € 2,50 tot € 5,00 aan maatschappelijke baten op, terwijl voor volwassenen en ouderen per euro investering € 1,30 tot € 1,80 aan maatschappelijke waarde ontstaat. Deze baten ontstaan onder meer door verbeterde schoolprestaties, lagere zorgkosten en een hogere kwaliteit van leven. Tegelijkertijd laten de resultaten zien dat arbeidsmarktkrapte en oplopende wachttijden een deel van deze maatschappelijke meerwaarde beperken. Wanneer behandeling later start, blijven potentiële maatschappelijke baten onbenut. Naar schatting wordt jaarlijks € 32 tot € 61 miljoen aan potentiële maatschappelijke baten niet gerealiseerd (Van Eijkel & Pomp, 2026).

6.3 Organisatie en samenwerking

Regionale samenwerking wordt door zowel de NVLF als zorgverzekeraars gezien als een belangrijk onderdeel van de transitie naar Passende Zorg. De NVLF geeft aan dat samenwerking niet alleen binnen de logopedie, maar ook met andere paramedische disciplines, het sociaal domein en het onderwijs van belang is. Tegelijkertijd wijst de beroepsvereniging erop dat veel

samenwerkingsinitiatieven momenteel afhankelijk zijn van tijdelijke subsidies en projectfinanciering. Volgens de NVLF vraagt duurzame samenwerking om meer structurele ondersteuning.

Zorgverzekeraars zien versterking van de organisatiegraad als een belangrijke voorwaarde voor de verdere ontwikkeling van de logopedie. Volgens hen kunnen regionale samenwerkingsverbanden en netwerken bijdragen aan een betere organisatie van de sector en de samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

De logopediesector wordt gekenmerkt door een groot aantal relatief kleine praktijken. Op basis van dit onderzoek kan niet worden vastgesteld in hoeverre ontwikkelingen gericht op regionale samenwerking en versterking van de organisatiegraad reeds hebben geleid tot structurele veranderingen in de organisatie van de sector.

6.4 Verzekerde aanspraak en bekostiging

Logopedie maakt deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en is daarmee een verzekerde aanspraak binnen de eerstelijnszorg. Partijen verschillen echter van inzicht over de vraag in hoeverre de huidige bekostiging voldoende ruimte biedt voor samenwerking, innovatie en digitale zorg. De NVLF geeft aan dat de huidige bekostiging onvoldoende ruimte biedt voor innovatie, regionale samenwerking en een bredere inzet van logopedie binnen Passende Zorg. Volgens de beroepsvereniging moeten investeringen in bijvoorbeeld digitale toepassingen, hybride zorg en innovatie vaak door zorgaanbieders zelf worden gefinancierd. Ook noemt de NVLF het ontbreken van een specifieke vergoeding voor multidisciplinair overleg en andere indirecte werkzaamheden als knelpunt. Daarnaast wijst de NVLF op de mogelijkheden van e-health, digitale behandelplatforms en administratieve ondersteuning om zorgverleners te ondersteunen. Volgens de beroepsvereniging worden dergelijke investeringen momenteel onvoldoende gefaciliteerd binnen de bekostiging. Hierdoor komen innovaties volgens de NVLF in de praktijk moeizaam van de grond.

Zorgverzekeraars herkennen dit beeld niet volledig. Zij wijzen erop dat innovatie niet uitsluitend afhankelijk is van aanvullende bekostiging en benadrukken ook het belang van organisatiegraad, praktijkvoering en het benutten van bestaande mogelijkheden. Daarnaast zien zij kansen voor digitale en hybride vormen van zorg, die kunnen bijdragen aan een doelmatige organisatie van zorg en aan de toegankelijkheid van de sector. Tegelijkertijd wijzen zorgverzekeraars erop dat dergelijke ontwikkelingen in de praktijk niet altijd eenvoudig tot stand komen.

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 voor de ambities van Passende Zorg. Wel blijkt dat partijen hierover verschillend oordelen.

6.5 Samenvatting

De NVLF en zorgverzekeraars zien logopedie als een belangrijke schakel binnen de transitie naar Passende Zorg, onder meer vanwege de bijdrage aan vroegsignalering, preventie en het ondersteunen van functioneren en participatie in het dagelijks leven. Tegelijkertijd wordt de sector gekenmerkt door veel kleine praktijken en een beperkte organisatiegraad. Zowel de NVLF als zorgverzekeraars benadrukken het belang van regionale samenwerking. Daarbij legt de NVLF de nadruk op samenwerking met het sociaal domein en het onderwijs, terwijl zorgverzekeraars vooral wijzen op het belang van versterking van de organisatiegraad.

De NVLF geeft aan dat de huidige bekostiging onvoldoende ruimte biedt voor innovatie, regionale samenwerking en nieuwe vormen van zorgverlening binnen de logopedie. Zorgverzekeraars herkennen dit beeld niet volledig en wijzen erop dat innovatie en samenwerking niet uitsluitend afhankelijk zijn van aanvullende bekostiging. 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 logopedie 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 logopedie. 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 vanuit de overheid 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 logopedisten. 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.³⁹ Sinds 1 januari 2025 geldt voor micro-zorgaanbieders een lichtere verantwoordingsplicht.⁴⁰ Omdat circa 95% van de verantwoordingsplichtige logopedisten 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, biedt 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

³⁹ 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.

⁴⁰ 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 objectiveerbaar maken van de financiële situatie van de logopedisten 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 logopedistische markt toegankelijk en betaalbaar blijft met een passende beloning voor logopedisten.

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 anticiperen 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 logopedie, 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 logopedie 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 steunen.

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 logopedie 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 vinden praktijkhouders het aantrekken en behouden van personeel vaak lastig. 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 praktijken nauwelijks aanwezig. Dit bemoeilijkt niet alleen de implementatie van innovaties, maar beperkt ook de mogelijkheden om de zorg efficiënter te organiseren.

De NVLF geeft aan dat met name kleinere praktijken vaak minder professioneel georganiseerd en niet of beperkt winstgevend zijn, waardoor praktijkhouders besluiten hun praktijk te beëindigen. De NVLF stimuleert deze praktijken daarom om meer regionaal samen te werken om kennis en ervaringen uit te wisselen, goede voorbeelden over te nemen en de bedrijfsvoering en continuïteit van de praktijken te versterken. Zorgverzekeraars delen de opvatting dat er voor logopedisten kansen liggen in meer samenwerking, bijvoorbeeld door kennis en capaciteit gezamenlijk te benutten.

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 daarmee 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. 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 de contractering en bekostiging ook een rol, doordat deze indirect van invloed zijn op het inkomensperspectief. Logopedisten 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 logopediepraktijken bepalen. Door de beperkte onderhandelingsruimte

hebben logopediepraktijken beperkt tot geen invloed op de hoogte van de tarieven. Dit kan de bedrijfsvoering onder druk zetten en, in sommige gevallen, bijdragen aan de uitstroom van logopedisten, wat de toegankelijkheid van zorg kan beïnvloeden.

Veel logopedisten werken in kleine praktijken, wat hen vaak een beperkte financiële ruimte biedt voor noodzakelijke investeringen. De huidige bekostiging is gebaseerd op vergoeding per zitting. Hierdoor blijven productieprikkelers bestaan. Volgens zorgaanbieders biedt de wijze waarop de bekostiging in de praktijk wordt toegepast onvoldoende ruimte voor innovatieve, regionale samenwerking 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 en een bredere inzet van logopedie, 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. Zorgverzekeraars herkennen het beeld niet dat de huidige tarieven onvoldoende ruimte bieden voor een gezonde praktijkvoering en investeringen in innovatie. Zij benadrukken dat het doen van investeringen onderdeel is van ondernemerschap en dat de tarieven hiervoor toereikend zijn.

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 een belemmering kunnen vormen voor innovatie, lijken dit niet de enige uitdagingen voor de sector. De logopedie kent een groeiende zorgvraag, terwijl tegelijkertijd het aantal logopedisten achter blijft. Er zijn geen duidelijke prikkels voor overbehandeling omdat voor zorgaanbieders sprake is van een relatief stabiele vraag naar logopediezorg. De uitdaging ligt daarmee niet uitsluitend in de bekostiging en de kleinschaligheid van de sector, maar ook in het creëren van voldoende organisatorische ruimte om innovaties daadwerkelijk te implementeren. Om de toegankelijkheid van de logopedie nu en in de toekomst te kunnen borgen is samenwerking en ruimte om te kunnen innoveren namelijk noodzakelijk.

Het stimuleren van innovatie en samenwerking vraagt om gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen. Meerjarencontracten kunnen zorgaanbieders meer zekerheid bieden over toekomstige inkomsten en verminderen daarmee de financiële onzekerheid op de langere termijn. Dit kan met name grotere praktijken ruimte bieden om te investeren in innovatie, noodzakelijke veranderingen en technologische ontwikkelingen. Voor kleinere praktijken is het echter van belang dat er bijvoorbeeld financiële steun komt in de vorm van subsidies voor kennisdeling of samenwerkingsverbanden die schaalvoordelen creëren. Kleine en middelgrote praktijken kunnen worden ondersteund bij hun digitale transformatie, bijvoorbeeld door gezamenlijke investeringen te faciliteren of technologische platforms beschikbaar te stellen waarbij kosten kunnen worden gedeeld. Een voorbeeld hiervan is de subsidieregeling voor gegevensuitwisseling in de paramedische zorg.⁴¹ Dit programma richt zich op het verbeteren van de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en

⁴¹ [Home - Gegevensuitwisseling Paramedische Zorg](#)

patiënten, waardoor administratieve lasten kunnen afnemen, samenwerking wordt vergemakkelijkt en behandelingen efficiënter maakt.

Van logopedisten 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.

7.3 Inzicht in wachtlijsten

Het verbeteren van de toegankelijkheid van de logopedie 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 in het verbeteren van de toegankelijkheid ligt in het beter benutten van de bestaande mogelijkheden voor zorgbemiddeling. Zowel de NVLF als zorgverzekeraars signaleren dat patiënten weinig gebruikmaken van zorgbemiddeling. Als mogelijke verklaring is 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.

Daarnaast kan het voorkomen dat patiënten bewust kiezen voor een specifieke logopedist 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 zorgsector ingeregeld is om verzekerden zo goed mogelijk te ondersteunen bij het tijdig vinden van een 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. Wachtlijstcentralisatie kan bijdragen aan een beter inzicht maar vormt op zichzelf geen oplossing voor de bestaande personeelstekorten of lange wachttijden.

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 logopedistische 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.

7.3.3 Prioriteren van schaarse capaciteit

Naast een beter inzicht in beschikbare capaciteit kan 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. 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. Wel kan de beschikbare capaciteit beter worden ingezet voor patiënten met de grootste urgentie. De toegevoegde waarde ligt dus vooral in een betere verdeling van de beschikbare zorg. 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 is onderdeel van het vervolgetraject en is op dit moment nog niet vastgesteld. Mogelijk biedt deze uitwerking ook handvatten voor vervolgstappen in de logopedie.

Een voorbeeld van differentiatie van de toegankelijkheidsnorm zien we in 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 logopedie 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 logopedie 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 logopedie neemt toe en deze zal naar verwachting verder groeien, terwijl het aanbod van beschikbare logopedisten achterblijft. Praktijken ervaren langdurig openstaande vacatures en de toegankelijkheid van de zorg staat onder druk wat leidt tot langere wachttijden. Om 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.

De NVLF ziet dat praktijkhouders tekorten ervaren (hoofdstuk 3). De instroom van nieuwe logopedisten is niet voldoende om de groeiende zorgvraag bij te houden, zo staat ook beschreven in de landelijke

capaciteitsramingen van Nivel (2024). Daarnaast blijkt uit de beschikbare opleidingsgegevens geen duidelijke stijgende of dalende trend in de instroom van studenten.

Naast de instroom is ook het behoud van logopedisten een belangrijk aandachtspunt. Eerstelijns logopedisten verlaten de sector onder meer vanwege de onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden, het ontbreken van een cao in de eerste lijn en het relatief lage salaris ten opzichte van andere vakgebieden⁴². Startende logopedisten kiezen volgens de NVLF, mede door deze redenen, na enkele jaren regelmatig voor een functie in de tweede- of derdelijnszorg of verlaten het vak volledig en gaan ander werk doen. Daarnaast krijgt de NVLF signalen van praktijkhouders dat de tarieven te laag zijn om hun eigen praktijken draaiende te houden. Praktijkhouders stoppen er daarom volgens hen ook mee.

Naast arbeidsvoorwaarden kan ook de inrichting van het werk bijdragen aan de aantrekkelijkheid van het beroep. Volgens partijen kunnen innovatie, digitalisering bijvoorbeeld via e-health en hybride zorgvormen 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 logopedisten 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 logopedie 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 logopedisten ervoor dat de gevolgen binnen de sector 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 logopediesector en aan het behoud van een goede toegankelijkheid van de zorg.

7.5 Samenvatting

Het verbeteren van de toegankelijkheid van de logopedie 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 aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten en daarmee de instroom en het behoud van logopedisten 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

⁴² Capaciteitsraming van Nivel (2024)

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 logopediesector. 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 logopedische zorg kent een toenemend spanningsveld tussen de groeiende zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. De vraag naar logopedie neemt onder meer toe als gevolg van de vergrijzing, het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen en een groeiende zorgvraag van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen. Het aanbod van logopedisten en daarmee de beschikbare capaciteit groeit echter onvoldoende mee.

De arbeidsmarktkrapte versterkt deze problematiek. Praktijken hebben te maken met langdurig openstaande vacatures, mede als gevolg van een tekort aan afgestudeerde logopedisten. Ook factoren als hoge werkdruk, door zorgaanbieders ervaren beperkte arbeidsvoorwaarden en uitstroom uit de eerstelijnszorg lijken hierbij een rol te spelen. De personeelstekorten zetten de praktijkvoering en de beschikbare behandelcapaciteit in de eerste lijn nu al behoorlijk onder druk.

Deze ontwikkelingen vertalen zich in structurele problemen met de toegankelijkheid van logopedische zorg. Wachttijden overschrijden regelmatig de Treeknorm en lijken daarmee niet incidenteel, maar structureel van aard. Patiënten kunnen zorgbemiddeling aanvragen bij hun zorgverzekeraar, maar maken hier vooralsnog beperkt gebruik van. Mogelijk zijn zij onvoldoende bekend met deze mogelijkheid of ervaren zij belemmeringen om hier zelf gebruik van te maken. Hoewel patiëntvoorkeuren en regionale verschillen invloed hebben op wachttijden, wijzen de ontwikkelingen erop dat de beschikbare capaciteit onvoldoende aansluit bij de groeiende zorgvraag.

Ook in de contractering is sprake van een spanningsveld. Hoewel tarieven formeel vrij onderhandelbaar zijn, ervaren veel zorgaanbieders beperkte invloed op de contractvoorwaarden en tarieven. Zij geven aan dat de beschikbare tarieven onvoldoende ruimte bieden voor een gezonde bedrijfsvoering en voor investeringen in innovatie, samenwerking en personeelsbehoud. Zorgverzekeraars stellen daar tegenover dat indirecte werkzaamheden in principe onderdeel zijn van de tariefstelling. Het is echter niet inzichtelijk in hoeverre en op welke wijze deze tijd daadwerkelijk in de contracttarieven wordt verdisconteerd. Dat praktijken in toenemende mate aanvullende inkomstenbronnen buiten de verzekerde zorg zoeken, kan erop wijzen dat een deel van de zorgaanbieders financieel onder druk staat.

Daarnaast wordt de sector gekenmerkt door een groot aantal kleinschalige praktijken en een beperkte organisatiegraad. Dit beperkt de mogelijkheden om capaciteit gezamenlijk te organiseren, te investeren in innovatie en regionale samenwerking te versterken. Het huidige bekostigingssysteem, dat voornamelijk is gebaseerd op patiëntgebonden behandeluren per zitting of tijdseenheid, biedt beperkte ruimte voor activiteiten als preventie, afstemming en zorgcoördinatie die juist van belang zijn voor de transitie naar passende zorg.

Alles overziend ontstaat het beeld van een sector waarin de groeiende zorgvraag, arbeidsmarktkrapte, kleinschaligheid en ervaren financiële druk elkaar versterken. Deze ontwikkelingen zetten zowel de huidige toegankelijkheid als de toekomstbestendigheid van de logopedische zorg onder druk.

8.2 Toekomstige situatie

Op de middellange termijn bestaat het risico dat de toegankelijkheid van logopedie 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. Wanneer patiënten niet tijdig toegang hebben tot logopedische zorg, kunnen problemen verergeren en kan de druk op andere delen van het zorg- en sociaal domein toenemen.

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.

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 logopedie 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 logopedische zorg 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 logopedisten. 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 logopedie te waarborgen is een gezamenlijke en samenhangende aanpak nodig. Daarbij zijn investeringen in arbeidsmarkt, samenwerking, innovatie, versterking van de organisatiegraad en structurele monitoring van de toegankelijkheid 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 aanbieders 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 hierop 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 onderzoekend 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 logopedie 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 logopedie.
5. Reistijd cijfers: Er zijn geen specifieke reistijd cijfers beschikbaar voor patiënten die naar de dichtstbijzijnde logopediepraktijk reizen.
6. Dit onderzoek is geen kostprijsonderzoek. Er is geen onderzoek gedaan naar in hoeverre tarieven toereikend zijn voor de geleverde zorg.

10 Bijlage

10.1 Bronnenlijst

- 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; instroom, opleidingsvorm, opleiding, regio*. Opgehaald van CBS.
- CBS. (2026, januari 14). *Hbo; studieuitval, opleidingsvorm, opleiding, regio*. Opgehaald van cbs: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24143NED/table?ts=1772023776588>
- Gupta Strategists. (2020). *Kostenonderzoek paramedische zorg: Kostprijzen en betaalbaarheid van fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek*.
- Gupta Strategists. (2020). *Kostenonderzoek paramedische zorg: Kostprijzen en betaalbaarheid van fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek*.
- Hogeschool Utrecht en NVLF. (2025). *Kleinbedrijf Index Logopedie Q4 2024: 4e editie, september 2025*.
- Nivel. (2023). *Zorg door de logopedist in de eerste lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2019-2022*.
- Nivel. (2024). *De arbeidsmarkt voor logopedisten in Nederland: Een capaciteitsraming vanaf 2023*.
- NVLF. (2024). *Uitkomsten enquête vacatures en wachtlijsten 2024*.
- NVLF. (2024/2026). *Eerstelijns logopedie: vraag stijgt, aantrekkelijkheid daalt*.
- 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 Eijkel, R., & Pomp, M. (2026). *De waarde van logopedie: de maatschappelijke kosten en baten van logopedische zorg in de eerste lijn*. SEO economisch onderzoek.
- 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 1.111, 1.144 en 1.100 praktijken in de gegevens meegenomen. Bedrijven zijn ingedeeld naar grootte op basis van totale bedrijfsopbrengsten (mln euro) met de volgende grenzen: Micro: 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 koppelen 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 Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg vallen. Dit geldt in principe ook voor alle logopediepraktijken die zorg leveren binnen deze wetten. Micro-aanbieders dienen eveneens hun gegevens aan te leveren, met uitzondering van zelfstandigen zonder zorgverlenend personeel (ook wel solisten genoemd) en die zich niet door een invaller hebben laten vervangen tijdens afwezigheid⁴³.

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 gekeken naar praktijknamen waarin de woorden "logo", "spreek", "stotter", "stem", "voice" en "praat" voorkomen.

Binnen deze definities zijn in totaal 381 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 0 en bedrijfslasten die eveneens hoger dan 0 zijn. Na toepassing van het filter bleef een totaal van 356 jaarrekeningen over, verdeeld naar ondernemingsvorm als volgt: 9% betrof besloten vennootschappen (bv), 63% eenmanszaken, 26% maatschappen en 2% overige types.

Vektis data en AGB-register

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van Vektis-declaratiedata en AGB-registerdata, aangevuld met meer gedetailleerde AGB-registerdata die door de NVLF is aangeleverd. Bij verwijzingen naar het AGB-register wordt standaard deze (aangevulde) dataset gehanteerd. De Vektis-declaratiedata is slechts in beperkte mate aangepast om tot de gepresenteerde inzichten te komen. Tijdens de interpretatie van deze gegevens was het onderscheid tussen de verschillende databronnen een relevant aandachtspunt. 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).

⁴³ [Uitzonderingen zorgaanbieders | Jaarverantwoording zorg](#)

Kleinbedrijf Index Logopedie

De NVLF en Hogeschool Utrecht hebben samen de Kleinbedrijf Index Logopedie onderzocht voor de jaren 2023 en 2024 (NVLF/HU, 2023; NVLF/HU, 2024).

In 2023 bestond het panel uit 1382 logopediepraktijken die voorkomen in het bestand van de NVLF. In totaal hebben 481 logopediepraktijken gereageerd in 2023, maar er waren 253 compleet ingevulde vragenlijsten. Er is besloten alle praktijken en ondernemers uit te sluiten die niet voldoen aan het urencriterium van de belastingdienst (1.225 uur). Daardoor bleven 247 praktijken over (18% van populatie). Van de 247 praktijken zijn er 121 waar meerdere logopedisten werkzaam zijn en 126 zonder personeel. De rechtsvormen waren als volgt verdeeld: 7% was een besloten vennootschap (bv), 75% een eenmanszaak en 17% een maatschap. In 2024 werden 188 praktijken geïncludeerd, waarvan 55% bestond uit zelfstandigen zonder personeel. De verdeling naar rechtsvorm was toen: 5% bv's, 78% eenmanszaken en 15% maatschappen.

In 2024 bestond het panel uit nog steeds 1382 logopediepraktijken die voorkomen in het bestand van de NVLF. In 2024 hebben 478 logopediepraktijken gereageerd, maar er waren 202 compleet ingevulde vragenlijsten. Er is besloten alle praktijken en ondernemers uit te sluiten die niet voldoen aan het urencriterium van de belastingdienst (1.225 uur). Daardoor bleven 188 praktijken over (14% van populatie). Van de 188 praktijken zijn er 86 waar meerdere logopedisten werkzaam zijn en 102 zonder personeel.

De kleinbedrijfsindex is niet representatief voor de volledige eerstelijns logopediepraktijken maar biedt een indicatief inzicht in de stand van zaken voor met name praktijken zonder personeel.

NVLF wachttijden enquête

NVLF heeft onder haar leden een enquête uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de aanwezigheid van wachttijden 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 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 wachttijden. Daarnaast is het onduidelijk in hoeverre dubbelwachtenden en wenswachtenden invloed hebben op deze waardes. Van de 391 respondenten zijn uitsluitend de 291 eerstelijns micropraktijken meegenomen in de analyse. De praktijken zijn vergeleken met landelijke gegevens, per provincie en op basis van praktijkomvang. Micropraktijken bestaan uit maximaal tien logopedisten; kleine praktijken hebben er meer dan tien. Uit de chi-kwadraattest op provincieniveau bleek geen significant verschil, wat aangeeft dat de steekproef hier representatief is voor de populatie. Er was echter wel een significant verschil op het niveau van praktijkomvang: kleine praktijken zijn ondervertegenwoordigd. Daarom zijn alleen de micropraktijken in de analyse meegenomen.

NZa Mystery shopping

Er zijn 90 logopediepraktijken geselecteerd op basis van valide steekproeven, representatief voor de spreiding in praktijkgrootte, specialisatie en geografische ligging⁴⁴. De NZa heeft deze 90 logopediepraktijken in september en oktober 2025 benaderd met de vraag hoe snel een patiënt terecht

⁴⁴ De steekproefgrootte is vastgesteld op een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een nauwkeurighedsniveau van 10%, uitgaande van de totale populatie logopediepraktijken in Nederland.

zou kunnen voor een eerste afspraak. Het doel van dit veldonderzoek was het achterhalen van de huidige wachttijd. 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. Ook is niet bekend of kinderen bij meerdere praktijken op de wachtlijst staan. Er zijn twee type casussen gebruikt om te bellen:

1. Casus Volwassene: Ik merk dat ik snel hees ben en mijn stem niet goed gebruik. Vooral als ik een feestje heb of ga stappen, dus als de muziek hard staat. Dan heb ik het gevoel dat ik mezelf overschreeuw. Aan het einde van de avond ben ik dan schor. Ik ben op zoek naar iemand die mij kan leren om mijn stem beter te gebruiken, wellicht met wat ademhalingsoefeningen erbij. Volgens mij adem ik ook niet goed namelijk.

2. Casus Kind: mijn zoontje van 3 jaar oud gaat bijna naar de basisschool. Maar ik merk dat hij nog geen volzinnen praat, terwijl kinderen in zijn omgeving en van dezelfde leeftijd al een veel grotere woordenschat hebben. Hij begon ook vrij laat met praten. Ik kan hem zelf wel goed verstaan en zijn opa's en oma's ook. Maar bijvoorbeeld burens en andere mensen die hem niet goed kennen, hebben veel moeite om te ontcijferen wat hij nou zegt. Graag zou ik wat oefeningen willen om zijn spraak en woordenschat te verbeteren.

Voor de casus volwassene heeft de NZa 24 praktijken gebeld. Voor de casus Kind zijn 59 praktijken gebeld. Voor 7 praktijken is de casus waarmee gebeld is onbekend.

10.3 Tabel prestatie aantallen

Bron: Vektis declaratiedata

Populatie	Code	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Individuele zitting reguliere logopedie	4000	3.815.476 (90%)	3.056.829 (71%)	4.157.794 (89%)	4.137.066 (89%)	4.118.304 (88%)	4.079.205 (87%)
Individuele zitting reguliere logopedie met toeslag voor behandeling aan huis	4001	104.138 (2%)	79.757 (2%)	96.179 (2%)	89.861 (2%)	87.009 (2%)	81.416 (2%)
Individuele zitting reguliere telelogopedie	4002		834.101 (19%)	43.591 (1%)			
Telefonische zitting logopedie	4010		41.221 (1%)				
Instructie/overleg ouders/verzorgers	4011				52.824 (1%)	84.288 (2%)	112.946 (2%)

van de patiënt bij
logopedie

Intake en onderzoek na verwijzing: onderzoek & behandelplan	4061	132.712 (3%)	122.560 (3%)	137.643 (3%)	138.001 (3%)	132.739 (3%)	112.024 (2%)
Individuele zitting logopedie stotteren	4301	46.517 (1%)		56.068 (1%)	54.075 (1%)	55.087 (1%)	56.031 (1%)
Individuele zitting preverbale logopedie (met aanhuistoetslag)	4304	24.493 (1%)					
Overige prestaties	-	96.320 (2%)	183.247 (4%)	183.595 (4%)	189.600 (4%)	219.730 (5%)	255.471 (5%)
Totaal		4.219.656	4.317.715	4.674.870	4.661.427	4.697.157	4.697.093

10.4 Tabel Tarief voor “individuele zitting reguliere logopedie” (declaratiecode: 4000) van 2019 tot 2025 uitgesplitst naar provincie

Bron: Vektis declaratiedata

Jaar	Drenthe	Flevoland	Friesland	Gelderland	Groningen	Limburg	Noord-Brabant	Noord-Holland	Overijssel	Utrecht	Zeeland	Zuid-Holland
2019	€ 31,6	€ 31,7	€ 32,4	€ 31,8	€ 31,6	€ 32,4	€ 32,3	€ 32,4	€ 32,0	€ 32,6	€ 32,7	€ 32,2
2020	€ 33,3	€ 33,0	€ 32,6	€ 33,8	€ 34,4	€ 33,4	€ 33,5	€ 33,5	€ 34,4	€ 33,9	€ 33,7	€ 33,5
2021	€ 34,5	€ 34,3	€ 34,4	€ 35,1	€ 35,9	€ 34,1	€ 34,3	€ 35,0	€ 35,8	€ 35,3	€ 34,4	€ 34,9
2022	€ 36,4	€ 36,0	€ 36,6	€ 36,5	€ 3,0	€ 35,2	€ 35,7	€ 36,8	€ 37,2	€ 36,5	€ 35,0	€ 36,5
2023	€ 37,9	€ 37,6	€ 38,3	€ 37,5	€ 38,0	€ 37,2	€ 37,6	€ 38,5	€ 38,4	€ 38,3	€ 37,4	€ 38,1
2024	€ 39,9	€ 39,7	€ 40,3	€ 39,0	€ 39,5	€ 39,2	€ 39,5	€ 40,5	€ 40,2	€ 40,3	€ 39,8	€ 40,2
2025	€ 41,5	€ 41,2	€ 42,1	€ 41,3	€ 41,1	€ 41,0	€ 41,4	€ 42,2	€ 41,8	€ 42,1	€ 41,5	€ 41,8



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