

COUPRY

Heden, zeven april tweeduizendzesentwintig (07-04-2026),

OP VERZOEK VAN

De stichting **STICHTING "RECHT OP GGZ"** (hierna: **de Stichting**), die statutair gevestigd is in Utrecht en in deze zaak woonplaats kiest te (2517 KJ) Den Haag, aan het Carnegieplein 5, op het kantoor van Coupry B.V., van wie mr. dr. J.J.M. Sluijs en mr. drs. B. van der Kamp als advocaten worden gesteld en als zodanig in rechte zullen optreden;

heb ik,

GEDAGVAARD

de publiekrechtelijke rechtspersoon **DE STAAT DER NEDERLANDEN** (betreffende een kwestie die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangaat) (hierna: **de Staat**), op voet van artikel 48 Rv mijn exploit doende aan het parket van de procureur-generaal bij de Hoge Raad der Nederlanden, zetelende te (2514 CV) Den Haag aan het Korte Voorhout 8, en aldaar een afschrift van deze dagvaarding, inclusief producties, latende aan:

OM

op woensdag tweeëntwintig juli tweeduizendzesentwintig (22-07-2026) om 10.00 uur, niet in persoon maar vertegenwoordigd door een advocaat te verschijnen ter terechtzitting van de Rechtbank te Den Haag (locatie Den Haag), sector civiel, alsdan aldaar zitting houdend in het gerechtsgebouw aan de Prins Clauslaan 60, te (2595 AJ) Den Haag;

ONDER AANZEGGING, DAT

- a. indien gedaagde niet vertegenwoordigd door een advocaat op de zitting verschijnt of het hierna te noemen griffierecht niet tijdig betaalt, en de voorgeschreven termijnen en formaliteiten in acht zijn genomen, de rechter verstek tegen gedaagde verleent en de hierna omschreven vordering toewijst, tenzij deze hem onrechtmatig of ongegrond voorkomt;
- b. bij verschijning in de procedure van gedaagde een griffierecht worden geheven, te voldoen binnen vier weken te rekenen vanaf het tijdstip van verschijning;
- c. de hoogte van de griffierechten is vermeld in de meest recente bijlage behorend bij de Wet griffierechten burgerlijke zaken, die onder meer is te vinden op de website: www.kbvg.nl/griffierechtentabel;
- d. van een gedaagde die onvermogen is, een bij of krachtens de wet vastgesteld griffierecht voor onvermogenen wordt geheven, indien zij op het tijdstip waarop het griffierecht wordt geheven heeft overgelegd:
 - 1^e een afschrift van het besluit tot toevoeging, bedoeld in artikel 29 van de Wet op de rechtsbijstand, of indien dit niet mogelijk is ten gevolge van omstandigheden die redelijkerwijs niet aan haar zijn toe te rekenen, een afschrift van de aanvraag, bedoeld in artikel 24, tweede lid, van de Wet op de rechtsbijstand; dan wel
 - 2^e een verklaring van het bestuur van de raad voor rechtsbijstand, bedoeld in artikel 7, derde lid, onderdeel e, van de Wet op de rechtsbijstand waaruit blijkt dat haar inkomen niet meer bedraagt dan de inkomens bedoeld in de algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 35, tweede lid, van die wet;
- e. zowel eiser als gedaagde verplicht zijn om de feiten die van belang zijn voor de beslissing van de rechter volledig en naar waarheid aan te voeren;
- f. de rechter de gestelde feiten of rechten die door een partij zijn gesteld en door de wederpartij niet of niet voldoende zijn betwist, als vaststaand moet beschouwen, behoudens zijn bevoegdheid bewijs te verlangen, zo vaak aanvaarding van de stellingen zou leiden tot een rechtsgevolg dat niet ter vrije bepaling van partijen staat;

MET MEDEDELING DAT

eiseres, op straffe van niet-ontvankelijkheid, binnen twee dagen na de dag van dagvaarding, het exploit van dagvaarding ter griffie indient en gelijktijdig aantekening maakt van deze dagvaarding in het centraal register voor collectieve acties als bedoeld in artikel 305a, zevende lid, van Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek, te vinden op www.rechtspraak.nl/Registers/centraal-register-voorcollectieve-vorderingen. De aantekening zal vergezeld gaan van een uittreksel van de dagvaarding.

TENEINDE

De Stichting als volgt te horen eisen en concluderen:

Inhoud

1. SAMENVATTING	6
Aanloop naar deze procedure	8
2. RELEVANTE FEITEN	9
2.1 Stelsel van wettelijk verzekerde basiszorg	9
2.1.1 Inleiding: de Staat als stelselverantwoordelijke.....	9
2.1.2 Aanspraken & wettelijke zorgplicht.....	11
2.1.3 Treeknormen.....	12
2.1.4 Invloed van financiering op het ontstaan van wachttijden	15
BEKOSTIGING EN CONTRACTEREN	15
RISICOVEREVENING	16
2.2 GGZ als wettelijk verzekerde basiszorg en de trend	18
2.2.1 Welke patiënten zijn aangewezen op specialistische GGZ	20
2.3 Omvang van de wachttijdenproblematiek in de specialistische GGZ	23
2.3.1 Wat weten we wel en wat niet over de wachttijden?	24
2.3.2 De omvang van het probleem kwalitatief geduid	29
2.3.3 Economische impact van de problematiek	35
2.4 De belangrijkste oorzaken voor overschrijden Treeknorm	37
2.4.1 Onderschrijding	38
2.4.2 Afschalen klinische opvang is niet gecompenseerd met ambulante zorg	47
2.4.3 Personeelsgebrek: een ander verhaal	52
2.4.4 IBO mentale gezondheid en ggz.....	53
2.5 Conclusie	55
3. SCHENDEN VAN MENSENRECHTEN EN ONRECHTMATIG HANDELEN.....	58
3.1 Inleiding.....	58
3.2 Wat vordert de Stichting?.....	59
3.2.1 Inleiding	59
3.2.2 Vordering.....	61
3.3 Uitwerking grondslagen van de vorderingen.....	61
3.3.1 Stelselverantwoordelijkheid en verplichtingen van de Staat.....	61
3.3.2 Mensenrechten en verplichtingen van de Staat	65
RECHT OP LEVEN.....	66
RECHT OP GEZONDHEID EN ZORG.....	68
3.4 Conclusie: de Staat handelt in strijd met mensenrechten	73
3.5 Aansprakelijkheid van de Staat	74

4. TOEPASSELIJKHEID WAMCA en ONTVANKELIJKHEID EISERES	75
4.1 Inleiding.....	75
4.2 Toepasselijkheid WAMCA.....	76
4.3 Nauw Omschreven Groep	76
4.4 Ontvankelijkheid Eiseres	76
4.4.1 Gelijksortige belangen, statuten en waarborg belangenbehartiging	76
4.4.2 De Stichting is voldoende representatief (art. 3:305a lid 2 aanhef BW)	79
4.4.3 Conclusie ten aanzien van de (wettelijke) ontvankelijkheidsvereisten	80
4.5 Efficiëntie en effectiviteit van deze collectieve procedure	80
4.6 Verzoek om aanwijzing van Exclusieve Belangenbehartiger	81
4.7 Aantekening in het Centraal register voor collectieve vorderingen	82
5. VERWEREN VAN DE STAAT	82
5.1 Treeknormen	83
5.1.1 Reactie Stichting	83
5.2 Oorzaken van de wachttijden	85
5.2.1 Reactie Stichting	85
5.3 Initiatieven die de Staat neemt	86
5.3.1 Reactie Stichting	88
5.4 De Staat is niet aansprakelijk op grond van verplichtingen die voortvloeien uit onder meer artikel 2 EVRM en artikel 12 IVESCR.....	89
5.4.1 Reactie Stichting	90
6. BEWIJSMIDDELEN EN BEWIJSAANBOD	92
7. BEVOEGDHEID RECHTBANK DEN HAAG	92
8. PETITUM	92
PRODUCTIEOVERZICHT.....	94
GEBRUIKTE AFKORTINGEN	96

1. SAMENVATTING

- 1.1. Deze zaak gaat over een groot maatschappelijk probleem, namelijk over de niet -aanvaardbare wachttijden voor volwassenen die zijn aangewezen op complexere geestelijke gezondheidszorg (hierna: **GGZ**).¹ De zogenoemde EPA-patiënten: patiënten met een “ernstige psychische aandoening” worden hierbij het zwaarst getroffen. Deze groep patiënten lijdt (structureel, of ten minste enkele jaren) aan aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, complex trauma (d.w.z. meervoudige traumatisering, vaak in de kindertijd, door seksueel misbruik, mishandeling en/of verwaarlozing), dwangstoornissen, somatoforme stoornissen, depressie, anorexia en autisme. In 2013 publiceerde hoogleraar Philippe Delespaul een toonaangevend overzichtsartikel waarin de consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun aantal in Nederland helder is beschreven.² In de psychologie en psychiatrie wordt deze consensus nog steeds breed gedragen.
- 1.2. De geestelijke gezondheidszorg die EPA-patiënten behoeven, valt onder de noemer “specialistische geestelijke gezondheidszorg”. Specialistische GGZ maakt deel uit van de wettelijke basiszorg die gericht is op genezing en behandeling van ziekten, en die – net als andere curatieve zorg, zoals ziekenhuisbehandelingen – onder de Zorgverzekeringswet valt en verzekerd is voor iedereen die in Nederland woont of werkt.
- 1.3. De wachttijden voor specialistische GGZ zijn structureel onaanvaardbaar lang, ondanks dat er toch ook brede consensus bestaat over wat “niet-aanvaardbare wachttijden” zijn: dit zijn wachttijden die langer duren dan de *maximaal aanvaardbare wachttijd*, zoals bepaald in de zogenoemde Treeknormen, die op hun beurt zijn verankerd in overheidsbeleid.³ Voor verschillende typen zorg, bijvoorbeeld poliklinische, klinische en geestelijke gezondheidszorg, gelden verschillende Treeknormen. In deze procedure gaat het dus om de Treeknormen die gelden voor de specialistische GGZ.

¹ In citaten ook met kleine letters geschreven.

² Ph. Delespaul en de Consensusgroep EPA, Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland, Tijdschrift voor Psychiatrie 55 (2013) 6, pp. 427-438.

³ Sinds 2000 zijn/worden afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland gemaakt over de wachttijd die nodig is om de zorg te plannen en te organiseren.

- 1.4. De Treeknormen binnen de specialistische GGZ bepalen de maximaal aanvaardbare wachttijd in drie fasen van het doorlopen van het zorgproces. Voor het eerste intakegesprek (na doorverwijzing huisarts) geldt een wachttijd van maximaal vier weken, voor het vaststellen van de diagnose maximaal 4 weken en voor het beginnen van de behandeling maximaal 6 weken. Daarmee bedraagt de maximaal aanvaardbare totale wachttijd tussen zorgvraag (na verwijzing huisarts) en start behandeling maximaal 14 weken.
- 1.5. Tussen 2009 en 2024 is het aantal wachtenden dat langer dan de algehele Treeknorm wacht – dus langer dan 14 weken – aanzienlijk toegenomen. In 2009 bedroeg het aantal nog zo'n 16.700⁴ en in 2024 was het aantal *wachtplekken* gegroeid naar 62.598 wat naar schatting van de Stichting overeenkomt met afgerond 56.000 individueel wachtenden.⁵ Deze aantallen hebben vrijwel alleen betrekking op patiënten die specialistische GGZ nodig hebben, patiënten die zijn aangemeld voor "basis GGZ" worden doorgaans tijdig geholpen. EPA-patiënten wachten het langst.
- 1.6. Wanneer patiënten langer dan de Treeknormen moeten wachten op specialistische GGZ, waarop zij redelijkerwijs zijn aangewezen, worden zij in diverse fundamentele rechten aangetast. Bijvoorbeeld in de uitoefening van de aan hen toekomende mensenrechten die betrekking hebben op het 'recht op leven' en het 'recht op gezondheid'.
- 1.7. Op staten – in dit geval de Staat der Nederlanden – rust de positiefrechtelijke verplichting om fundamentele en sociale mensenrechten van burgers te beschermen. Dit geldt uiteraard te meer wanneer mensenrechten daadwerkelijk worden geschonden, en nog verder te meer wanneer de Staat zelf aan die mensenrechtenschendingen heeft bijgedragen. Van beide situaties is, naar oordeel van de Stichting, sprake. Daarom heeft de Stichting de Staat hiervoor aansprakelijk gesteld.

⁴ Trimbos-instituut, GGZ in tabellen 2011, Utrecht: 2012, Tabel 2.21b en Tabel 2.21c, p. 58, het betreft hier de 15.600 wachtende volwassenen plus de 1.100 wachtende ouderen (<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1199-ggz-in-tabellen-2011/>).

⁵ NZa, Informatiekaart Wachttijd en aantal wachtplekken in ggz – oktober 2024, p. 9 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_786033_22/). Zie voor berekening individueel wachtenden deze dagvaarding, nr. 2.61 en voetnoot 55.

- 1.8. De Stichting onderkent dat zorgverzekeraars en zorgverleners, in hun contractuele relatie met verzekerden respectievelijk patiënten, ook verantwoordelijkheden en verplichtingen hebben om ervoor zorg te dragen dat patiënten tijdig specialistische GGZ ontvangen waarop zij redelijkerwijs zijn aangewezen. Toch kunnen deze partijen, vanwege de economische en juridische context waarbinnen zij opereren niet aansprakelijk worden gesteld voor de ontstane problematiek; de (fundamentele) oorzaken van de problematiek kunnen niet op hun conto worden geschreven. De Stichting licht dat in de dagvaarding nader toe.
- 1.9. In deze dagvaarding concludeert de Stichting dan ook dat het overschrijden van de Treeknormen, gelet op het structurele en langdurige karakter daarvan, aan de Staat kan en moet worden toegerekend, dat het overschrijden van de Treeknormen jegens volwassen patiënten die aangewezen zijn op specialistische GGZ een toerekenbare tekortkoming oplevert, en dat de Staat daarvoor aansprakelijk is en dienovereenkomstig gehouden is om die tekortkoming weg te nemen. De Stichting vordert van de rechtbank dat deze de Staat terstond opdraagt maatregelen te nemen om de wachttijden voor patiënten die aangewezen zijn op specialistische GGZ, en in het bijzonder EPA-patiënten, te verkorten en deze binnen de algehele Treeknorm van 14 weken te brengen.

Aanloop naar deze procedure

- 1.10. De Stichting heeft bij brief van 22 oktober 2024 de Staat aansprakelijk gesteld voor overschrijden van de Treeknormen in de specialistische GGZ (**Productie E-1**). De Staat heeft daarop schriftelijk gereageerd bij brief van 5 december 2024 (**Productie E-2**). De Stichting heeft daarop weer schriftelijk gereageerd bij brief van 8 april 2025 (**Productie E-3**). De Staat heeft op deze laatste brief van de Stichting bij brief van 18 juli 2025 gereageerd (**Productie E-4**). Onder meer heeft de Staat de Stichting uitgenodigd om met hem in overleg te treden, welke uitnodiging de Stichting heeft geaccepteerd. Sinds oktober 2025 voert de Stichting dan ook regelmatig overleg met ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het nemen van maatregelen die de wachttijden in de specialistische GGZ kunnen helpen terugdringen. Deze constructieve overleggen hebben echter tot op heden niet geleid tot concrete, uitvoerende maatregelen die de wachttijdenproblematiek voor de huidige groep patiënten die aangewezen zijn op specialistische GGZ (ten tijde van het uitbrengen van de dagvaarding) hebben verminderd. Daarom is de Stichting overgegaan tot het

dagvaardden van de Staat, ondanks dat zij met de betrokken ambtenaren (vooral nog) blijft overleggen over oplossingen voor de problematiek.

2. RELEVANTE FEITEN

2.1. In dit hoofdstuk worden de feiten besproken die noodzakelijk zijn voor het beoordelen van de vordering van de Stichting. Eerst wordt stilgestaan bij de relevante feiten met betrekking tot de inrichting van ons zorgstelsel (par. 2.1), daarna bij de GGZ als onderdeel van de wettelijk verzekerde basiszorg (par. 2.2); vervolgens wordt kort ingegaan op de omvang van de wachttijdenproblematiek in de specialistische GGZ (par. 2.3) en de oorzaken ervan (par. 2.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie (par. 2.5).

2.1 *Stelsel van wettelijk verzekerde basiszorg*

2.1.1 Inleiding: de Staat als stelselverantwoordelijke

- 2.2. Op de Staat rust de verplichting om een effectief en toegankelijk zorgsysteem in stand te houden ten behoeve van zijn burgers. Deze bijzondere verantwoordelijkheid volgt onder meer uit artikel 22 lid 1 van de Grondwet dat luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid." Uit de parlementaire behandeling blijkt dat met 'bevordering' ook 'bescherming' is bedoeld. De overheid heeft derhalve de grondwettelijke taak om ervoor zorg te dragen dat de gezondheid van de burger niet wordt geschaad en mogelijk wordt versterkt.
- 2.3. Dat 'bescherming van gezondheid' een fundamenteel recht van burgers is, ofwel een mensenrecht is, volgt niet alleen uit de Grondwet, het is ook vastgelegd in diverse verdragen of vloeit daaruit voort (zie hierover uitgebreid par. 3.3.2).
- 2.4. In de uitoefening van zijn grondwettelijke taak is de Staat dus verantwoordelijk voor een adequaat werkend basiszorgsysteem; de Staat is stelselverantwoordelijke voor de wettelijk verzekerde basiszorg (hierna ook kortweg: **basiszorg**). Onder die verantwoordelijkheid valt de financiële inrichting van het stelsel, regelgeving voor kwaliteitsnormen en toegankelijkheid, toezicht en handhaving op zorgaanbieders en zorgverzekeraars en bescherming van kwetsbare groepen.
- 2.5. Bij de uitvoering van de wettelijk verzekerde basiszorg zijn diverse publieke en private stakeholders betrokken.

- 2.6. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: **IGJ**) is een onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, jeugdzorg en ondersteuning. De IGJ controleert of zorgaanbieders, zorgprofessionals en instellingen zich aan de wet- en regelgeving houden, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Jeugdwet.
- 2.7. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: **NZa**) is een zelfstandig bestuursorgaan dat valt onder het Ministerie van VWS en houdt toezicht op de werking van de zorgmarkt. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) ziet de NZa, vanuit een markttoezicht- en reguleringsperspectief, erop toe dat de zorg voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit blijft.
- 2.8. Zorgverzekeraars spelen een centrale rol in het Nederlandse basiszorgstelsel. Zij zijn verantwoordelijk voor het organiseren, inkopen en vergoeden van zorg voor hun verzekerden op basis van de Zorgverzekeringswet (hierna ook: **Zvw**).
- 2.9. Duidelijk is dat een goede werking van het (basis)zorgstelsel afhankelijk is van het goed functioneren van bovengenoemde drie stakeholders, die alle handelen op basis van wettelijk gelegitimeerde bevoegdheden. De Staat verleent hun die legitimatie op basis van het politieke en bestuurlijke instrumentarium dat hem daarvoor ter beschikking staat. Wanneer een stakeholder, om wat voor reden dan ook, faalt in het adequaat uitoefenen van zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden, kan de Staat – afhankelijk van de situatie en met respect voor het subsidiariteitsbeginsel – direct of indirect ingrijpen. De Staat oefent hiermee een macht uit dat hem, als gezegd, stelselverantwoordelijk maakt voor de basiszorg. Deze verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de Staat erop aanspreekbaar is wanneer de basiszorg (al dan niet op een onderdeel) langdurig niet effectief en toegankelijk is. In hoofdstuk 3 wordt dit standpunt van de Stichting nader uitgewerkt en onderbouwd.
- 2.10. Hieronder wordt verder ingegaan op de aanspraken op basiszorg die verzekerden hebben (par. 2.1.2), wat acceptabele wachttijden binnen de GGZ (en dus ook de specialistische GGZ) zijn (par. 2.1.3), en wat de invloed van de wijze van financieren van de GGZ is op het ontstaan van wachttijden in de specialistische GGZ (par. 2.1.4).

2.1.2 Aanspraken & wettelijke zorgplicht

- 2.11. Op een enkele uitzondering na is elke (volwassen) ingezetene in Nederland, ofwel degene die in Nederland woont, verplicht een wettelijke basiszorgverzekering af te sluiten. Deze wettelijke basiszorgverzekering biedt de verzekerde aanspraken op onder meer geneeskundige zorg, waaronder specialistische GGZ.⁶
- 2.12. Tegenover de verzekeringsplicht staat de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar waartoe de verzekernemer zich wendt, en behoort de verzekernemer premie te betalen voor zijn verzekerde aanspraken.
- 2.13. Op de zorgverzekeraar rust een wettelijke zorgplicht (artikel 11 Zvw). Dit betekent dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket (i.e. de te verzekeren prestaties).⁷ De inhoud en omvang van die prestaties zijn geregeld in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
- 2.14. De zorgplicht van de zorgverzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden in het zorgstelsel die de rechtspositie van de verzekerde waarborgen, samen met de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, transparante informatie en de risicoverevening.
- 2.15. De NZa scheidt in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw – TH/BR-025, publicatiedatum: 14 november 2017 duidelijkheid over de reikwijdte van de zorgplicht (**Productie E-5**).
- 2.16. Allereerst wordt de zorgplicht als een resultaatsverplichting aangemerkt. Waarbij het resultaat afhankelijk is van de soort verzekering, te weten: natura of restitutie.⁸ (Sinds 1 januari 2025 biedt geen enkele zorgverzekeraar een restitutiepolis aan voor de wettelijk verzekerde basiszorg.⁹)
- 2.17. Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering aanbiedt en uitvoert met prestaties in *natura* is gehouden zijn individuele verzekerden de zorg te leveren waar zij recht op

⁶ Artikel 10 Zvw juncto artikel 2.4 Besluit zorgverzekering.

⁷ Artikel 11 Zvw verwoordt een en ander aldus: "De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: ..."

⁸ NZa-Beleidsregel, p. 8.

⁹ Kamerstuk II, 2024-2025, 742, Aanhangsel van de handelingen, kamervragen en antwoorden.

hebben en behoefte aan hebben. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan schendt hij zijn zorgplicht.¹⁰

- 2.18. Indien gecontracteerde zorg niet tijdig beschikbaar of bereikbaar is, moet de zorgverzekeraar al het mogelijke doen om de zorg te organiseren en te (laten) leveren. Dit kan ook betekenen dat hij op zoek moet gaan naar andere zorgaanbieders en dat hij via deze aanbieders de zorg laat leveren.¹¹

2.1.3 Treeknormen

- 2.19. De zorgplicht laat onverlet dat de verplichting een 'open norm' is. Zorgverzekeraars spelen samen met zorgaanbieders dan ook een (belangrijke) rol bij het nader invullen van de zorgplicht en bij het bepalen wat tijdige en bereikbare zorg is. In 2000 hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op landgoed *Den Treek*, gezamenlijk normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenoemde Treeknormen). De Treeknormen vormen in de praktijk de concrete operationalisering van tijdige en bereikbare zorg binnen het wettelijke verzekerde basispakket.
- 2.20. Voor de GGZ zijn de volgende normtijden vastgesteld: voor het eerste intakegesprek (na doorverwijzing huisarts) geldt een wachttijd van maximaal vier weken, (80% binnen 3 weken), voor het vaststellen van de diagnose maximaal vier weken (80% binnen 3 weken) en voor het beginnen van de behandeling maximaal 6 weken. (80% binnen 4 weken). Daarmee bedraagt de maximaal aanvaardbare totale wachttijd tussen zorgvraag (na verwijzing huisarts) en start behandeling maximaal 14 weken. Eerder werden de aanvaardbare wachttijdnormen geformuleerd als percentages binnen een tijdsbestek, te weten: 80% binnen drie weken voor de intake, 80% binnen drie weken voor de diagnose en 80% binnen vier weken voor start behandeling.¹² Vanaf 2014 wordt de totale wachttijd in de monitoring van de NZa uitgesplitst in nog maar twee delen, namelijk de wachttijd tot intake (4 weken) en de wachttijd tot behandeling (10 weken).¹³

¹⁰ NZa-Beleidsregel, p. 8.

¹¹ NZa-Beleidsregel, p. 12.

¹² Kamerstuk II, 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31, p. 4.

¹³ NZa, Marktscan GGZ 2014, p. 59 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3229_22/).

- 2.21. In 2003 stelde minister De Geus van VWS in een Kamerbrief over de Treeknormen: "Aangezien de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, ligt het in de rede om ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen. Volledigheidshalve treft u als bijlage de Treeknormen aan." De brief vervolgt: "In de motie Wilders wordt het kabinet aangesproken op de resultaten van de maatregelen voor wachttijdreductie. In feite gaat het daarbij om de verantwoordelijkheid van de overheid voor een goede werking van het systeem van gezondheidszorg met als resultaat tijdige zorgverlening."¹⁴
- 2.22. In 2017 heeft de NZa de Treeknormen in haar beleid met betrekking tot haar toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars mede verankerd.¹⁵ En in die beleidsregel wordt ook (opnieuw) bevestigd dat de Staat (het Ministerie van VWS) de Treeknormen heeft bekrachtigd: "Omdat de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft het Ministerie van VWS deze normen geformaliseerd door ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen."¹⁶
- 2.23. In 2017 stelde de minister van VWS zich ook nog ten doel om de wachttijden in de (specialistische) GGZ binnen één jaar – dus in 2018 – terug te brengen binnen de Treeknormen.¹⁷ Dit doel werd echter bij lange na niet gehaald. In het Integraal Zorgakkoord (hierna: **IZA**) van 2022 werd het terugdringen van de wachttijden binnen de Treeknormen niettemin bekrachtigd, maar verplaatst naar 2026. Tegelijkertijd werd als doel gesteld om de algehele Treeknorm van 14 weken te bekorten naar 5 weken.¹⁸

¹⁴ Kamerstuk II, 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31, p. 2.

¹⁵ NZa-Beleidsregel, p. 8 en 18, en artikel 10.6.

¹⁶ NZa-Beleidsregel, p. 18. Ook uit civiele rechtspraak blijkt dat partijen de Treeknormen als verplicht uitgangspunt nemen voor het beoordelen of tijdig de benodigde zorg wordt aangeboden (recent (14 december 2024) de voorzieningenrechter van Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2024:4868, rov. 4.10).

¹⁷ Kst II 20 september 2017, 9 Behandelstops in de ggz, blz. 2-9-6. Zie verderop in de dagvaarding par. 2.4.1.

¹⁸ Integraal Zorgakkoord 2022, Samenwerken aan gezonde zorg, p. 113: "Daarnaast spreken we in aanvulling af dat de gemiddelde wachttijd aan het einde van de looptijd van het IZA 5 weken (één tot twee weken voor aanmeldfase en drie tot vier weken voor behandelfase) zal bedragen. Dit zal gelden voor iedere individuele groep (o.b.v. ordering ZPM) binnen de ggz." IZA is een bijlage bij Kamerstuk II, 31 765, nr. 655 en te raadplegen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.

- 2.24. Dat de Treeknormen niet in formele wetgeving zijn vastgelegd, neemt niet weg dat bij het naleven van onder meer de zorgplicht deze algemeen – en breed – aanvaarde normen omtrent wachttijden, ten behoeve van patiënten, in acht moeten worden genomen. De norm is een objectieve bepaling, naar Nederlandse gezondheidsmaatstaven, van wat nog een aanvaardbare wachttijd is voor het verkrijgen van wettelijk verzekerde basiszorg (ofwel: zorg waarop een persoon redelijkerwijs is aangewezen). Krijgt een patiënt niet binnen die normtijden de desbetreffende zorg dan is er geen sprake van ‘tijdige en bereikbare zorg’ voor die patiënt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond, en wordt er geen ‘goede zorg’ aangeboden als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Alleen deze uitleg geeft de Treeknormen betekenis.¹⁹
- 2.25. Ook in andere landen worden in het nationale gezondheidsbeleid wachttijdnormen gehanteerd om te kunnen bepalen of een patiënt, naar de gezondheidsmaatstaven van dat land, tijdig de zorg ontvangt waarop hij redelijkerwijs is aangewezen. Die wachttijdnormen kunnen per land verschillen. Zo gelden in het Verenigd Koninkrijk specifieke wachttijden per aandoening: voor eetstoornissen is het vastgelegde norm dat 95% van de patiënten binnen vier weken behandeld moet worden, voor een eerste psychose is de norm om 56% van de patiënten binnen twee weken te behandelen, en voor angst en depressie luidt de norm dat 75% van de patiënten binnen 6 weken, met een maximale wachttijd van 18 weken behandeld moet worden.²⁰ In Denemarken geldt een maximale wettelijke wachttijd van 30 dagen tussen verwijzing en een eerste beoordeling binnen de psychiatrie, en vervolgens een maximale wettelijke wachttijd van 30 dagen tussen de eerste beoordeling en start van de behandeling.²¹ De verschillen worden mede verklaard door het politieke proces en/of de maatschappelijke verkeersopvattingen die ten grondslag liggen aan de nationale opvattingen over acceptabele wachttijden in de zorg. Tegelijkertijd valt

¹⁹ De NZa bevestigt de ratio hiervan ook in bijvoorbeeld de samenvatting van de *Eindrapportage Landelijke afspraken Wachttijden in de ggz* (1 juli 2018, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_244649_22/): “De wachttijden in de ggz overschrijden voor bepaalde aandoeningen al langere tijd de treeknormen. De wachttijden zijn met name lang voor zorg voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met ggz-problematiek. Mensen krijgen hierdoor niet op tijd de zorg die zij nodig hebben. Dat kan ertoe leiden dat hun gezondheid achteruitgaat en zij dus meer zorg nodig hebben. Wij vinden dat patiënten tijdig passende zorg moeten krijgen en bovendien goed geïnformeerd moeten worden over welke zorg zij mogen verwachten.”

²⁰ House of Commons, NHS maximum waiting time standards, Briefing Paper, number CBP08846, 31 March 2020 (te raadplegen via: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8846/CBP-8846.pdf>).

²¹ Artikel 19 van de “Lov om ret til behandling af psykisk sygdom” (Wet op het recht op behandeling voor psychische ziekten), <https://www.retsinformation.dk>

op dat de regels over maximale wachttijden tussen West-Europese landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau dicht bij elkaar liggen.

- 2.26. De Stichting concludeert dat de Treeknorm zowel invulling geeft aan de wettelijke zorgplicht als mede bepaalt wat 'goede zorg' is. Ook in de door ons omringende landen worden 'treeknormen' gehanteerd om een minimale standaard voor wettelijke basiszorg te waarborgen. Dat de Treeknormen in beginsel zijn overeengekomen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dat deze in elk geval werking hebben (en dienen te hebben) in het licht van de wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraar (artikel 11 Zvw), laat onverlet dat het structurele en langdurige karakter van het overschrijdingen van de Treeknormen duidt op schending van de minimaal beoogde zorgstandaard in Nederland, voor welke standaard de Staat de verantwoordelijkheid draagt dat deze wordt en/of kan worden nagekomen.

2.1.4 Invloed van financiering op het ontstaan van wachttijden

Bekostiging en contracteren

- 2.27. Jaarlijks wordt van overheidswege het totale beschikbare budget vastgesteld dat zorgverzekeraars mogen besteden aan GGZ; het zogenoemde macrobudget.
- 2.28. Binnen de grenzen van het macrobudget maken zorgverzekeraars met zorgaanbieders individueel afspraken over hoeveel zorg zij jaarlijks maximaal kunnen declareren. Deze wijze van contracteren begrenst in de praktijk de productie van de GGZ-aanbieder. Immers, wanneer de GGZ-aanbieder de maximaal overeengekomen zorg als omzet heeft gedeclareerd, zal een eventueel aanbod van daaropvolgende zorg in beginsel niet worden vergoed. In sommige gevallen verhogen zorgverzekeraars tijdelijk het omzetplafond, maar het korten bij overschrijding is gebruikelijk(er). Andersom komt het ook voor dat zorgaanbieders minder zorg leveren dan het gecontracteerde omzetplafond in beginsel toelaat. Beide mechanismen – de ene aanbieder bereikt voor het einde van de contractperiode wel zijn omzetplafond, de ander niet – leiden tot asymmetrie tussen zorgaanbod en zorgvraag. De effecten hiervan zijn negatiever naarmate het omzetplafond van een zorgaanbieder eerder voor het einde van de contractperiode wordt bereikt. Uit de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) vloeit voort dat zorgaanbieders slechts om "gewichtige redenen" de behandeling mogen beëindigen (artikel 7:460 BW); financiële redenen worden niet geacht voldoende

gewicht in de schaal te leggen om een behandelingsovereenkomst op te zeggen. Zorgaanbieders moeten daarom alle in zorg genomen patiënten in principe blijven behandelen, zolang zij op behandeling zijn aangewezen, ook al is het omzetplafond bereikt.

- 2.29. Zorgverzekeraars stellen veelal voldoende zorg te hebben ingekocht, zorg regionaal te spreiden over de aanwezige zorgaanbieders, en bij het vollopen van een productieplafond door een zorgaanbieder hun verzekerde te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Uit de monitors die de NZa sinds 2019 publiceert over de contractering in de GGZ blijkt echter dat de contractering al jaren moeizaam verloopt.²² Een greep uit de bevindingen: Contracten werden niet tijdig afgesloten. Een groot deel van de zorgaanbieders²³ liep tegen een omzetplafond aan wat leidde tot patiëntenstops. Op verzoeken tot bijcontractering kwam vaak maandenlang geen antwoord van de zorgverzekeraar. Ook was regelmatig niet duidelijk welke eisen zorgverzekeraars stellen aan het verzoek tot bijcontractering, waardoor verzoeken meermaals moesten worden ingediend. Zorgaanbieders klaagden over de slechte bereikbaarheid van zorgverzekeraars en de wijze waarop inhoudelijke vragen werden afgehandeld. Opmerkelijk is dat zorgverzekeraars in de basis GGZ vaak geen omzetplafond hanteerden, maar wel in de specialistische GGZ, terwijl juist in de specialistische GGZ problematische wachttijden spelen. Sinds 2022 monitort de NZa het contracteerproces in de GGZ niet meer.

Risicoverevening

- 2.30. Ook het systeem van risicoverevening draagt bij aan olopende wachttijden voor patiënten met ernstigste psychiatrische aandoeningen. Het wettelijke systeem van risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor patiënten met voorspelbaar hoge zorgkosten, op basis van specifieke kenmerken zoals zorgconsumptie het jaar ervoor, sociaaleconomische status, leeftijd, geslacht etc. Hiermee worden zorgverzekeraars gedeeltelijk gecompenseerd voor hun acceptatieplicht: zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht iedere premiebetaler te accepteren en mogen niet aan risicoselectie doen.

²² NZa Monitors 2019, 2020, 2021 en 2022, zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_275316_22/1/, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_304819_22/1/, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637371_22/1/ en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_715247_22/.

²³ Tot twee derde van de vrij gevestigden en een derde van de instellingen.

- 2.31. De compensatie aan zorgverzekeraars wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds, dat wordt gefinancierd met belastingen en werkgeversbijdragen en beheerd door de overheid. De lasten van de Zorgverzekeringsfonds bedroegen in 2024 € 36,1 miljard.²⁴ De risicoverevening blijkt goed te werken voor de redelijk voorspelbare ziekenhuiszorg, maar niet goed voor patiënten met ernstige, meervoudige psychiatrische aandoeningen.²⁵ De reden is dat hun ziektebeeld in de loop van het leven vaak grillig verloopt waardoor hun zorgconsumptie niet goed te voorspellen is. Zo blijkt 0,8% van de premiebetalers 66% van het totale GGZ-macrobudget te gebruiken. De onvoorspelbaarheid van deze hoge zorgconsumptie maakt het lastig om compensatie goed af te stemmen op de daadwerkelijke kosten, met als gevolg dat zorgverzekeraars structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor de groep met de ernstigste psychiatrische aandoeningen – dit zijn de EPA-patiënten die aangewezen zijn op specialistische GGZ – en dus op hen verlies lijden. Om deze negatieve gevolgen (enigszins) te ondervangen, heeft de overheid de zogeheten HKC ingevoerd (de hoog kostengebruiker compensatie). De HKC heeft echter uitdrukkelijk niet tot doel alle daadwerkelijk gemaakte kosten te compenseren, opdat zorgverzekeraars een prikkel dienen te behouden om doelmatig zorg in (blijven) te kopen. Keerzijde van deze prikkel is dat zorgverzekeraars via hun inkoopbeleid het aanbod van specialistische GGZ zo veel mogelijk beperken, omdat zij op de categorie verzekerden die op deze zorg aanspraak maakt (de EPA-patiënten) vrijwel zeker verlies lijden.²⁶
- 2.32. Ter staving van de door hierboven geschetste negatieve gevolgen van het systeem van risicoverevening op de wachttijden in de specialistische GGZ, legt de Stichting twee publicaties over waarin dit wordt bevestigd (**Productie E-6**) en verwijst zij naar hoofdstuk 5 van het Verantwoordingsonderzoek van de Algemene Rekenkamer uit 2024 over het Ministerie van VWS (in de periode 2023) (**Productie E-7**), in het bijzonder p. 66-68.

²⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/12/20/publicatie-zvw-2006-2024>.

²⁵ In 2005 – nog vóór de inwerkingtreding van het nieuwe zorgstelsel in 2006) – waarschuwden zorgeconomen voor de liberalisering van complexe GGZ en dat het (voorgenomen) stelsel van risicoverevening voor dit onderdeel van de zorg niet adequaat zou kunnen functioneren (Schut, Van der Geest en Varkevisser, Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, april 2005).

²⁶ Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS, hoofdstuk 5, p. 67 en 68.

2.2 GGZ als wettelijk verzekerde basiszorg en de trend

- 2.33. Binnen de wettelijk verzekerde basiszorg zijn er verschillende soorten van behandelaanbod van geestelijke gezondheidszorg te onderscheiden,²⁷ te weten:
- 1) POH-ggz: ondersteuning bij lichte psychische klachten die door de huisarts en/of door de praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk wordt verleend (eerstelijnszorg).
 - 2) basis GGZ: behandeling van psychische aandoeningen met matige tot ernstige lijdensdruk of disfunctioneren (tweedelijnszorg), ook wel generalistische basis GGZ genoemd.
 - 3) specialistische GGZ: behandeling van psychiatrische aandoeningen met een hoog risico, ernstig lijden of disfunctioneren (tweedelijnszorg) waaronder ook de topklinische GGZ wordt gerekend: zeer gespecialiseerde GGZ voor ernstige, complexe of zeldzame psychiatrische aandoeningen (derdelijnszorg).

Het onderscheid tussen basis GGZ en de specialistische GGZ werd in 2014 ingevoerd.²⁸

- 2.34. Bovengenoemde driedeling en de daaruit voortgekomen 'verwijscriteria' zijn in samenspraak met beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars vastgelegd in de landelijke samenwerkingsafspraken en dienen strikt te worden nageleefd. Ze zijn van overheidswege vastgelegd in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland (hierna: het **Zorginstituut**) en vallen onder controle van de IGJ).²⁹
- 2.35. In 2023 publiceerde KPMG op verzoek van het Ministerie van VWS een onderzoek naar de verhoudingen tussen het geschatte aantal Nederlandse volwassenen jaarlijks lijdend aan een psychiatrische aandoening en het zorgaanbod.³⁰ Hieruit bleek dat maar een zeer klein deel van de volwassenen met een psychiatrische

²⁷ Zie bijv. Kamerstuk II, 2012-2013, 25 424, nr. 211.

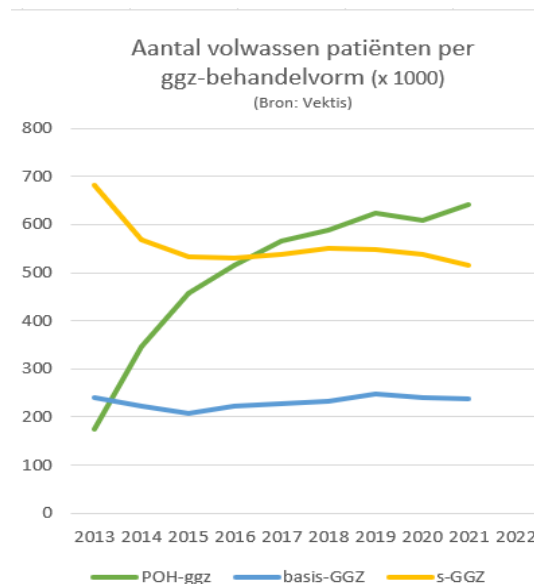
²⁸ Kamerstuk II, 2012-2013, 25 424, nr. 211.

²⁹ GGZ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA) (<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga>).

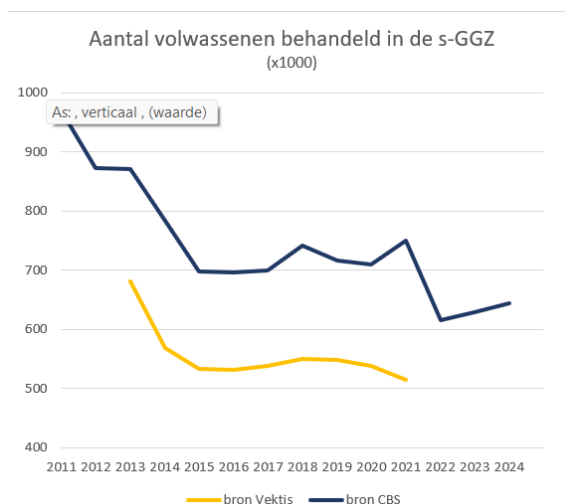
³⁰ KPMG, Onderzoek naar de bovenregionale/landelijke vraag naar cruciale ggz, 10 december 2023, zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/10/definitieve-rapportage-kpmg-onderzoek-naar-de-bovenregionale-landelijke-vraag-naar-cruciale-ggz>.

aandoening een beroep doet op specialistische GGZ en een nog veel kleiner deel een beroep doet op topklinische GGZ. Zo ontvangen jaarlijks slechts 10% van de volwassenen met een *bipolaire stoornis*, zo'n 3,5% van de volwassenen met een *eetstoornis* en nog geen 5% van de volwassenen met een *angststoornis* een behandeling in de specialistische GGZ.

- 2.36. In de periode 2013 tot en met 2021 is het aantal volwassen dat in de specialistische GGZ werd behandeld, gedaald van ruim 681.000 naar 515.000. Het aantal volwassenen dat in die periode werd behandeld in de basis GGZ is min of meer gelijk gebleven. Uitsluitend in de categorie (eerstelijns) POH-ggz is er een toename van het aantal patiënten waarneembaar.



De grafiek loopt tot 2022. In dat jaar werd namelijk een ander GGZ-bekostigingssysteem ingevoerd (het zogenoemde Zorgprestatie-model, hierna ook: ZPM) waardoor de aantallen patiënten op een andere manier werden vastgesteld en de uitkomsten na die tijd niet op dezelfde schaal met elkaar vergeleken kunnen worden.



In deze grafiek zijn ook de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek weergegeven (blauwe lijn). Het CBS meet alle patiënten die op enig moment in het meetjaar gebruik maakten van de specialistische GGZ. De gele lijn is identiek aan de gele lijn in de grafiek er boven, conform de Vektis-cijfers.³¹ Het aantal patiënten in de specialistische GGZ daalde volgens CBS van 968.370 in 2011 naar 644.365 in 2024.

- 2.37. De uitstroom uit de specialistische GGZ kan onder meer worden toegedicht aan de gestage afbouw van de klinische GGZ-voorzieningen tussen 2012 en 2018, verschuivingen binnen de Zvw-gefinancierde zorg waardoor gespecialiseerde GGZ daalde en basis GGZ en POH-ggz steeg, en begeleiding via gemeentelijke Wmo-voorzieningen is toegenomen.³²

2.2.1 Welke patiënten zijn aangewezen op specialistische GGZ

- 2.38. In de eerste plaats zijn EPA-patiënten – patiënten met een “ernstige psychische aandoening” – aangewezen op specialistische GGZ. Maar niet alle patiënten die specialistische GGZ behoeven, zijn EPA-patiënt.
- 2.39. EPA-patiënten lijden – structureel of ten minste enkele jaren – aan aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, complex trauma (d.w.z. meervoudige traumatisering, vaak in de kindertijd, door seksueel misbruik,

³¹ Bureau Bêta, Cijfers in de ggz: Recente cijfers geneeskundige ggz, 2 februari 2026. Bureau Bêta is een Nederlands bedrijf dat zich bezighoudt met wetenschappelijk onderzoek, gegevensbeheer en -analyse, en publicaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg (<http://beta.nl>).

³² SiRM, Substantieel potentieel. Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden, Utrecht: 25 juni 2021, p. 50 (te raadplegen via: <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf?v=1675090797>).

mishandeling en/of verwaarlozing), dwangstoornissen, somatoforme stoornissen, depressie, anorexia en autisme. In 2013 publiceerde hoogleraar Philippe Delespaul een toonaangevend overzichtsartikel waarin de consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun aantal in Nederland helder is beschreven (**Productie E-8**).³³ In de psychologie en psychiatrie wordt deze consensus nog steeds breed gedragen. Zie bijvoorbeeld de Kwaliteitsstandaard Ernstige Psychische Aandoeningen die is opgenomen in het Register van het Zorginstituut en waarin staat beschreven waaraan zorg voor EPA-patiënten moet voldoen.³⁴

- 2.40. Het structurele en langdurige karakter van de psychische aandoening(en) bij EPA-patiënten is het belangrijkste onderscheid ten opzichte van de overige patiënten die op specialistische GGZ zijn aangewezen. Die overige groep patiënten lijdt aan dezelfde soort aandoeningen, maar hun ziektebeeld is over het algemeen nog kort aanwezig. Dit betekent dat de wachttijdenproblematiek een opwaarts effect heeft, of kan hebben, op de omvang van de EPA-patiëntengroep. Immers, langere wachttijden voor hulp en genezing binnen de specialistische GGZ, kan de groep patiënten die nog niet als "epa" wordt aangemerkt, alsnog EPA-patiënt maken. Met alle nadelige en ernstige gevolgen van dien, bijvoorbeeld voor de levensverwachting die voor EPA-patiënten 15 tot 20 jaar korter is dan die van de gemiddelde Nederlander.³⁵
- 2.41. De groep volwassen patiënten die aangewezen is op specialistische GGZ bestaat momenteel (naar schatting) uit ongeveer 200.000 EPA-patiënten en 300.000 niet-EPA-patiënten.³⁶
- 2.42. Binnen de categorie patiënten die is aangewezen op specialistische GGZ, behoeven sommigen een vorm van "cruciale GGZ". Het Ministerie van VWS hanteert als

³³ Ph. Delespaul en de Consensusgroep EPA, Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland, Tijdschrift voor Psychiatrie 55 (2013) 6, p. 427-438.

³⁴ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/ggz-ernstige-psychische-aandoeningen>.

³⁵ D. Cohen, Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting, in: Huisarts en Wetenschap van 7 januari 2015 (https://www.henw.org/artikelen/een-ernstige-psychiatrische-aandoening-verkort-de-levensverwachting?toegangscodes=GQg-n_rMsoJS1jc4sdap073wAbL0IvK9psyiPFqUd-7d&utm_source=directmail&utm_medium=email&utm_campaign=paywall).

³⁶ In het overzichtsartikel van Delespaul wordt geconcludeerd dat de groep EPA-patiënten in principe stabiel is, en de consensusgroep schat dat 1,5% van de volwassen en 1,05% van de ouderen EPA-patiënt is en hiervoor behandeling ontvangt (p. 431). Uitgaande van CBS-cijfers (2025) kom je dan uit op iets meer dan 200.000 volwassen EPA-patiënten: namelijk 1,5% van afgerond 10,5 miljoen mensen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar en afgerond 425.000 mensen in de leeftijd van 18 en 19 jaar: totaal 11 miljoen. En 1,05% van afgerond 3,7 miljoen ouderen (65+).

werkdefinitie voor cruciale GGZ: “ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is”.³⁷ Hierbij valt te denken aan hoog specialistisch behandelaanbod, zoals klinieken voor eetstoornissen of complexe PTSS, maar ook opname-afdelingen voor patiënten in acute psychiatrische crisis die intensief verpleegd moeten worden op een gesloten opname-afdeling. EPA-patiënten zijn vaak aangewezen op dit type behandelaanbod.

- 2.43. Over de problematiek van de toegang tot cruciale GGZ en de financiering daarvan, wordt al sinds 2022 in de politiek en IZA-verband gesproken. Bij brief van 4 juli 2025 verzocht de staatssecretaris van VWS de NZa haar te adviseren over het beleidsvoornemen om invoering van budgetbekostiging (per 1 januari 2028) met inkoop in representatie voor de volledige High & Intensive Care (HIC) en de Intensive Home Treatment (IHT) te verkennen.³⁸ Ofwel advies over een financieringsvorm voor ‘cruciale GGZ’ waarbij zorgaanbieders een vast jaarbudget afspreken met enkele representerende zorgverzekeraars. Het advies/antwoord van de NZa is onthutsend na al die jaren dat over deze problematiek wordt gedebatteerd: op 12 februari 2026 gaf de NZa namelijk aan dat zij geen advies kon geven.³⁹ De NZa stelt:

“Samenvattend geldt dat we geen definitief advies over de meest geschikte oplossingsrichting voor passende bekostiging en passende inkoop op de HIC geven. Dit komt voort uit het op dit moment niet voldoen aan twee belangrijke randvoorwaarden voor invoering van een landelijke budgetbekostiging met inkoop in representatie:

- a een onderbouwde analyse van landelijke problemen waarbij sprake is van grote fluctuaties in de instroom/bezetting die met een budgetbekostiging met inkoop in representatie te mitigeren zijn en een
- b duidelijk gedragen kader met normen waaraan een HIC moet voldoen en waar bekostigingsveranderingen op gebaseerd kunnen worden. Een voldoende stevig en concreet afgebakend normenkader HIC/IHT is randvoorwaardelijk voor het nemen van vervolgstappen.”

³⁷ Handreiking cruciale ggz, Ministerie van VWS, januari 2023: p. 5 (te raadplegen via: <https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-inventarisatie/>).

³⁸ Kamerstuk II, 2024-2025, 25 424, nr. 764.

³⁹ Kamerstuk II, 2025-2026, 25 424, nr. 778, bijlagen.

- 2.44. Het advies van de NZa legt pijnlijk bloot dat het nemen van concrete maatregelen om (slechts) een gedeelte van de problematiek in de specialistische GGZ op te lossen, nog ver weg is. Veelzeggend daarbij is dat die problematiek misschien wel urgenter is dan alleen de wachttijdenproblematiek die de Stichting aankaart. Hieronder wordt op de omvang van die wachttijdenproblematiek nader ingegaan en het beeld dat daarbij (over de jaren) ontstaat, is allesbehalve rooskleurig.

2.3 Omvang van de wachttijdenproblematiek in de specialistische GGZ

- 2.45. Dat de specialistische GGZ met lange wachttijden kampt, en dat daarbij de Treeknormen worden overschreden, staat vast. Echter, de *exacte* omvang van de wachttijdenproblematiek kan niet met wiskundige zekerheid in kaart worden gebracht. Dit komt onder meer doordat de wachttijdendata over de jaren heen niet altijd uniform is geregistreerd, en er ook niet altijd een verplichting heeft bestaan om informatie hierover bij te houden. Dit alles neemt niet weg dat de wachttijdenproblematiek significant is en van een majeure omvang.⁴⁰ Overigens is de Stichting van oordeel dat de Staat als stelselverantwoordelijke had behoren zorg te dragen voor een systeem van consistente registratie van de wachttijden, nu het beheersen van de wachttijden in de zorg al meer dan twee decennia op de agenda staat.⁴¹ Op basis van een betrouwbare registratie kunnen immers gerichter maatregelen worden genomen om wachttijdenproblematiek op te lossen.
- 2.46. Hieronder zet de Stichting eerst uiteen wat we wel en niet weten over de omvang van de wachttijden. Vanwege de niet-consistente registratie van de wachttijden is een zuiver vergelijkend beeld van de oplopende wachttijden niet te maken. Ook maskeren landelijke cijfers regionale verschillen. Desalniettemin kan een oplopende trend worden afgeleid uit de verschillende cijfers en wordt door de Staat bovendien niet betwist dat de problematiek in *kwantitatieve* zin ernstig is. In paragraaf 2.3.1 wordt de wachttijdenproblematiek vanuit die *kwantitatieve* zin benaderd. Vervolgens geeft de Stichting een schets van de problematiek in *kwantitatieve* zin aan de hand van meldingen van (ex-)patiënten en andere betrokkenen die kennis en ervaring

⁴⁰ Uit een nog ongepubliceerd onderzoek van gezondheidseconomen van de Vrije Universiteit, in opdracht van zorgverzekeraar VGZ, zou (moeten) blijken dat een deel van de zorgaanbieders in de GGZ fouten maakt bij het aanleveren van informatie over de wachttijden. Als gevolg hiervan zouden de wachtlijsten van die zorgaanbieders wellicht langer of korter lijken dan ze in werkelijkheid zijn (zie: <https://nos.nl/artikel/2541672-wachttijden-ggz-niet-goed-vastgelegd-zeggen-onderzoekers>). De wachttijdenproblematiek in de s-GGZ zijn op basis van dit ongepubliceerde onderzoek vooralsnog niet te bagatelliseren.

⁴¹ Sinds 2000 worden immers al afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland over de wachttijd die nodig is om de zorg te plannen en te organiseren.

met de problematiek hebben (par. 2.3.2). Tot slot staat de Stichting stil bij de economische impact van de problematiek (par. 2.3.3).

2.3.1 Wat weten we wel en wat niet over de wachttijden?

- 2.47. De beschikbare data over wachttijden betreffen overzichten van gemiddelde wachttijden per diagnosegroep. Per regio en per individu in de diagnosegroep kan de wachttijd afwijken van dit gemiddelde. De Algemene Rekenkamer constateerde in 2020 al dat hoe complexer de problematiek, hoe langer de wachttijden (**Productie E-9**).⁴²
- 2.48. In de periode 2010 tot met 2019 – tien jaar lang – zijn de wachttijden overigens niet systematisch door officiële instanties, zoals de NZa, bijgehouden en/of vastgelegd, terwijl de wachttijdenproblematiek wel al veel langer bekend was. Sinds 2025 wordt het absoluut aantal wachtenden niet meer bijgehouden door de NZa. De laatste meting vond plaats in oktober 2024. De Staat had deze omissie moeten voorkomen. Als gezegd, had de Staat als stelselverantwoordelijke moeten zorgdragen voor een systeem van consistente registratie van de wachttijden, waardoor (allicht veel eerder) gericht maatregelen hadden kunnen worden getroffen om de wachttijdenproblematiek op te lossen.
- 2.49. Voor de POH-ggz zijn geen Treeknormen vastgesteld. In de openbare data over wachttijden worden de wachttijden in die categorie dan ook niet meegenomen. Overigens zijn er geen aanwijzingen dat er wachttijden in de POH-ggz bestaan die buiten een maatschappelijk acceptabele norm zouden liggen.⁴³
- 2.50. De NZa verzamelt sinds 2020 data over de wachttijden bij GGZ-aanbieders en sinds 2021 ook data over het aantal zorgvragers dat op de wachtlijst staat bij GGZ-aanbieders met meer dan 10 zorgverleners (ook wel: de wachtplekken genoemd). Uit deze informatiekaarten (**Productie E-10**) volgt dat er voor de basis GGZ nauwelijks overschrijdingen van de Treeknormen zijn; in 2020 tot en met nagenoeg geheel 2022 lag de gemiddelde wachttijd in de basis GGZ onder de algehele

⁴² Algemene Rekenkamer (2020), Geen plek voor grote problemen, p. 18.

⁴³ Algemene Rekenkamer (2020), Geen plek voor grote problemen, p. 17.

Treeknorm van 14 weken.⁴⁴ Pas in 2023 steeg die betrokken wachttijd daar iets bovenuit.⁴⁵

- 2.51. Uit diezelfde informatiekaarten volgt dat de totale wachttijd in de specialistische GGZ, op de meeste diagnoses, de algehele Treeknorm van 14 weken veelvuldig overschrijdt (zie ook Productie E-10). Ook in de laatste update van de NZa lopen de gemiddelde wachttijden voor de specialistische GGZ en de wachttijden per diagnosegroep weer verder op.⁴⁶
- 2.52. De data betreffen *gemiddelde* wachttijden en geven dus geen antwoord op de vraag hoe lang de wachttijd individueel is geweest. De NZa heeft in 2016 nog wel percentages gepubliceerd over onder meer volwassenen die in de periode 2010 tot en met 2014 langer dan de Treeknorm moesten wachten op respectievelijk een intake en een behandeling voor specialistische GGZ. Die cijfers waren voor een intake 33% (2010) en 36% (2014) en voor een behandeling 23% (2010) en 22% (2014).⁴⁷ Er worden geen absolute aantallen vermeld. De NZa Marktscan GGZ 2014 zegt daarover: "Er is niet gewogen naar de omvang van de locaties of het werkelijk aantal wachtenden, omdat deze informatie niet beschikbaar was."⁴⁸
- 2.53. Ondanks dat de NZa wettelijk is belast met het toezicht op de uitvoering van de wettelijke zorgplicht door zorgverzekeraars, heeft zij verzuimd de wachttijden in de GGZ systematisch te monitoren. Desalniettemin volgt uit de NZa-cijfers een consistent beeld van toenemende en ernstige overschrijdingen van de Treeknormen.
- 2.54. Over de omvang van de groep kan, op basis van openbare bronnen, in elk geval het navolgende worden gesteld.
- 2.55. Tussen 2008 en 2010 groeide het aantal volwassenen dat langer dan de Treeknormen moest wachten op tweedelijns GGZ (nu basis GGZ en specialistische GGZ) van circa 15.500 naar 17.700.⁴⁹

⁴⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648825_22/1/ (Figuur 3), https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/ (Figuur 3) en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_733990_22/ (Figuur 4).

⁴⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/ (Figuur 5).

⁴⁶ Update van 11 februari 2025: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_786033_22/ (Figuur 6).

⁴⁷ NZa, Marktscan ggz 2016, p. 40 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3600_22/1/).

⁴⁸ NZa, Marktscan GGZ 2014, p. 59 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3229_22/).

⁴⁹ Trimbos-instituut, GGZ in tabellen 2011, Utrecht: 2012, Tabel 2.21b en Tabel 2.21c, p. 58 (<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1199-ggz-in-tabellen-2011/>).

- 2.56. Op 12 juli 2021 schrijft de staatssecretaris van VWS in een brief aan de Tweede Kamer over het aantal wachtenden op basis GGZ en specialistische GGZ:⁵⁰

“Voor het eerst vermeldt de NZa in haar rapportage het aantal wachtenden in de ggz. Zij geeft aan dat ruim 75.000 mensen in Nederland wachten op basis ggz en specialistische ggz⁵¹. Dit aantal is niet gecorrigeerd voor dubbel- en voorkeurswachtenden. Binnen deze groep geldt dat voor een kleine 8000 mensen de wachttijd voor behandeling langer is dan de norm die het veld hiervoor heeft bepaald (de Treeknorm). Voor ruim 20.000 mensen is de wachttijd voor een intake langer dan de Treeknorm.”

⁵ De aantallen zijn gebaseerd op de cijfers zoals die door ggz-aanbieders bij Vektis zijn aangeleverd, samen goed voor bijna 90% van de totale ggz-markt.

- 2.57. Op 23 februari 2022 schrijft de minister voor Langdurige Zorg en Sport in een brief aan de Tweede Kamer over het aantal wachtenden op basis GGZ en specialistische GGZ (*vetgedrukt advocaat*):⁵¹

“De NZa geeft aan dat bijna 85.000 mensen in Nederland wachten op basis ggz en specialistische ggz. Dit aantal is gebaseerd op door zorgaanbieders aangeleverde cijfers en niet gecorrigeerd voor dubbel- en voorkeurswachtenden. Binnen deze groep geldt dat voor bijna 9.000 mensen de wachttijd voor behandeling langer is dan de norm die het veld hiervoor heeft bepaald (de Treeknorm van 10 weken). Voor ongeveer 31.000 mensen is de wachttijd voor een intake langer dan de Treeknorm (van 4 weken).

Ten opzichte van de situatie in mei 2021 is het totale aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht licht toegenomen, van ruim 37.000 mensen toen naar een kleine 40.000 nu.⁴”

⁴ In de brief van 12 juli 2021 staat een totaal aantal van 27.000 wachtenden gemeld. Als gevolg van een administratieve fout bij Vektis – de verwerker van de cijfers – moet dit aantal echter worden gecorrigeerd naar 37.000.

- 2.58. In de Kamerbrief van 7 juli 2022 schetst de minister voor Langdurige Zorg en Sport een nauwelijks verbeterd resultaat.⁵²

⁵⁰ Kamerstuk II, 2020-2021, 25 424, 590, p. 2.

⁵¹ Kamerstuk II, 2021-2022, 25 424, nr. 602, p. 2 en 3.

⁵² Kamerstuk II, 2021-2022, 25 424, nr. 619, p. 2 en 3: van de 80.000 wachtenden op dat moment wachtte 55% langer dan de Treeknorm op een intake en 30% langer dan de Treeknorm op een behandeling.

- 2.59. Op 4 april 2024 vermeldt de NZa in de Informatiekaart Wachtijd en aantal wachtplekken in ggz 2023 – februari 2024 (*vetgedrukt advocaat*):⁵³

“In getallen gaat het in **december 2023 om 55.390 wachtplekken waar zorgvragers langer dan gewenst wachten**. 42.060 wachtplekken vallen binnen de Treeknorm. In totaal zijn er 97.450 wachtplekken (zie tabel 1b). Hierbij is het goed om aan te tekenen dat dit geen unieke wachtenden zijn. Een zorgvrager kan bij meerdere aanbieders op een wachtlijst staan.”

Tabel 1b: Landelijk actueel aantal wachtplekken tot en met december 2023

Periode	Aanmeldgesprek			Behandeling			Totaal		
	Binnen treek	Buiten treek	Totaal	Binnen treek	Buiten treek	Totaal	Binnen treek	Buiten treek	Totaal
2022-12-01	22.111	35.018	57.129	20.824	9.161	29.985	42.935	44.179	87.114
2023-05-01	20.418	39.319	59.737	20.440	11.585	32.025	40.858	50.904	91.762
2023-12-01	21.302	44.333	65.635	20.758	11.057	31.815	42.060	55.390	97.450

- 2.60. Een jaar later is het aantal wachtplekken buiten de Treeknormen verder gestegen; op 11 februari 2025 gepubliceerde informatiekaart van de NZa vermeldt:

Tabel 1: Landelijk actueel aantal wachtplekken oktober 2024

Peildatum 1 oktober 2024 (percentages opgeteld v.b.n.b)

Treek	Aanmeldgesprek	Behandeling	Totaal aantallen Aanmeldgesprek + Behandeling
Binnen Treek	23.929 (33.0%)	22.351 (61.3%)	46.280
Buiten Treek	48.514 (67.0%)	14.084 (38.7%)	62.598
Totaal	72.443 (100%)	36.435 (100%)	108.878

- 2.61. De NZa spreekt sinds deze informatiekaart over aantallen “wachtplekken” in plaats van aantallen “wachtenden”. Dit omdat uit onderzoek in 2022 in opdracht van de NZa bleek dat ongeveer 1 op de 5 wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten staat. De wachtplekken bevatten dus ‘dubbelstellingen’ van individueel wachtenden. Uit het desbetreffende onderzoek bleek dat van die ‘dubbelwachtenden’ 82% op 2 wachtlijsten stond, 15% op 3 wachtlijsten en 3% op

⁵³ NZa, Informatiekaart Wachtijd en aantal wachtplekken in ggz 2023 – februari 2024, p. 6.

5 wachtlijsten.⁵⁴ Als het aantal wachtplekken op basis van deze percentages wordt 'ontdubbeld', zou naar schatting van de Stichting **afgerond 56.000 individueel wachtenden langer dan de Treeknormen op specialistische GGZ moeten wachten**.⁵⁵

- 2.62. Sinds november 2025 hanteert de NZa een andere methode van registreren van de wachttijdenproblematiek.⁵⁶ De NZa publiceert sindsdien niet langer absolute aantallen wachtenden of wachtplekken, en de NZa registreert ook niet meer het aantal wachtenden of wachtplekken dat de Treeknorm overschrijdt. De NZa registreert nu uitsluitend de wachttijden van GGZ-instellingen – met meer dan één vestiging! – per aandoening. De laatste meting van het absoluut aantal wachtenden onder en boven de Treeknorm is gebaseerd op cijfers van oktober 2024 (Productie E-10). De landelijke wachttijden in oktober 2025 liepen uiteen van 17 weken voor het "schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen" tot 32 weken voor "persoonlijkheidsstoornissen". De wachttijd voor de categorie "restgroep" was 60 weken.
- 2.63. Het aantal wachtenden dat langer dan de algehele Treeknorm van 14 weken wacht is tussen 2009 en 2025 dus ruim **verdrievoudigd** en vanwege het positieve saldo tussen jaarlijkse instroom en uitstroom groeit het aantal wachtenden nog steeds. Vanaf 2025 worden echter geen absolute aantallen wachtenden meer weergegeven.
- 2.64. Bovengenoemde groeiende (unieke) aantallen zijn verwerkt in onderstaande grafiek (bijvoorbeeld in 2022 wachten circa 40.000 patiënten langer dan de Treeknorm en in 2023 zijn dat er bijna 50.000); zolang het specialistische GGZ-aanbod kleiner is dan de vraag, zal deze ontwikkeling onverkort voortgaan.

⁵⁴ BDO Advisory & Miles research, Onderzoek dubbelwachtenden in de GGZ – i.o.v. de NZa, juli 2022, p. 26 (te raadplegen via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716178_22/).

⁵⁵ Van de 62.598 heeft 1/5 meer dan 1 wachtplek, in totaal dus 12.520 'dubbele' wachtplekken.

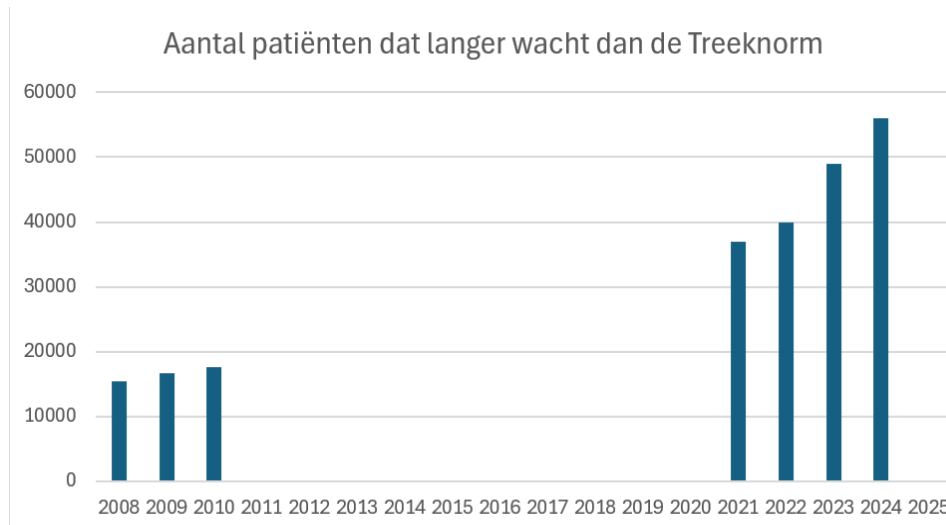
82% heeft 2 wachtplekken, dit zijn $(0,82 \times 12.520) \div 2 = 5.133$ individueel wachtenden.

15% heeft 3 wachtplekken, dit zijn $(0,15 \times 12.520) \div 3 = 626$ individueel wachtenden.

3% heeft 5 wachtplekken, dit zijn $(0,05 \times 12.520) \div 5 = 125$ individueel wachtenden.

Het aantal individueel wachtenden is dan 55.962. Namelijk dan 4/5 van 62.598 (50.078) + bovengenoemde individueel wachtenden (5.884).

⁵⁶ <https://www.zichtopzorgaanbieders.nl/>



2.3.2 De omvang van het probleem kwalitatief geduid

- 2.65. Om de omvang van het probleem kwalitatief te duiden heeft de Stichting een aantal interviews afgenomen van (ex-)patiënten, naasten van deze personen en zorgprofessionals. Hierbij is de Stichting als volgt te werk gegaan. Via social media (LinkedIn, Instagram) zijn personen die ervaring hebben (gehad) met lange wachttijden in de specialistische GGZ, verzocht zich te melden bij de Stichting. Deze oproep was gericht tot (ex-)patiënten, hun naasten en behandelaren, waarbij werd aangegeven dat de melders zouden worden uitgenodigd voor een interview en dat dit interview zou worden gebruikt ter onderbouwing van de feiten over de wachttijdenproblematiek. De oproep leverde in 40 weken 260 meldingen op. Hiervan waren 122 melders daadwerkelijk bereid tot het geven van een interview. Deze melders zijn door de Stichting via e-mail benaderd voor het geven van een interview per telefoon. Een aantal van deze interviewkandidaten viel buiten het bestek van deze dagvaarding, omdat de melding betrekking bleek te hebben op: (i) wachttijd voor Jeugdzorg, (ii) wachttijd langer dan tien jaar geleden, of (iii) een andere problematiek, bijvoorbeeld een klacht over een huisarts. Bij het uitbrengen van de dagvaarding had een aantal geïnterviewden het interview nog niet voor akkoord teruggestuurd en is met een aantal nog geen interviewafspraken gemaakt. Eén melder (een zorgaanbieder) trok de medewerking (het gehele interview) in, uit angst voor herkenning door en repercussies van zorgverzekeraars. Uiteindelijk heeft de Stichting ten behoeve van dagvaarding 31 interviews op een uniforme wijze vastgelegd, welke interviews door de betrokkenen zijn geaccordeerd. Alle interviews worden door de Stichting beveiligd bewaard met de contactgegevens en kunnen

desgevraagd aan de rechtbank worden overgelegd. Een groot deel van de geïnterviewden gaf aan bereid te zijn te getuigen. De aanpak van de Stichting voldoet, naar haar oordeel, daarmee afdoende aan de vereisten voor kwalitatief onderzoek.

- 2.66. Omwille van de leesbaarheid heeft de Stichting de individuele interviews (geanonimiseerd) gebundeld in een verslag (**Productie E-11**).⁵⁷ Hieruit komt het navolgende beeld naar voren over de wachttijdenproblematiek in de periode 2019 tot en met heden (datum interview).

Geïnterviewde patiënten/wachtenden

- 2.67. De wachtenden leden zonder uitzondering aan ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals complexe PTSS door vroegkinderlijk trauma, autisme, eetstoornissen al dan niet gecombineerd met andere ernstige psychopathologie, zoals depressies. De wachttijden varieerden van 156 dagen tot 5 jaar; een groot deel wachtte langer dan 9 maanden, meerdere 1, 2 of 3 jaar. Twee melders hadden geen zicht op behandeling – waar dan ook – en werden zelfs niet op een wachtlijst geplaatst. Reden voor het afwijzen en het lange wachten was veelal vanwege het behalen van het omzetplafonds, of omdat de problemen door de betrokken zorgaanbieder niet direct adequaat kon worden behandeld. Meerdere wachtenden werden pas na maanden hierover geïnformeerd.
- 2.68. De wachttijden hadden ingrijpende gevolgen. Bij alle geïnterviewden verergerden de klachten. Voor één meldster verergerden de klachten dusdanig dat zij werd verwezen naar de hoog-specialistische autismekliniek, die haar eerder had afgewezen omdat haar klachten nog te licht waren bevonden. Drie melders deden suïcidepogingen tijdens de wachttijd en vier moesten acuut worden opgenomen in een kliniek na interventie van de crisisdienst. Soms verergerden klachten ook door niet-passende behandeling ter overbrugging van de wachttijd. Ruim twee derde van de melders verloor het werk geheel, een enkeling gedeeltelijk, allen met achteruitgang van salaris. Opleidingen stagneerden. Eén persoon dreigt de hypotheek niet meer te kunnen betalen en het huis te verliezen. Een ander trok in bij haar partner omdat zij de woonkosten niet meer kon opbrengen. Meer dan de helft van de partners en gezinnen raakten overbelast, waardoor deze soms zelf psychische klachten kregen en/of gedeeltelijk uitvielen voor hun werk. Bij één

⁵⁷ Het betreft 21 geïnterviewde patiënten/wachtenden, 5 naasten en 5 zorgprofessionals.

meldster leidde het tot een echtscheiding. Twee meldsters met een kinderwens stelden die uit vanwege de wachttijd, met het risico dat die kinderwens niet in vervulling gaat. Vier melders ontwikkelden, vanwege de groeiende mate van uitzichtloosheid op behandeling, een verslaving in de wachtperiode aan cannabis, alcohol of kalmerende medicatie. De langdurige confrontatie met de psychische klachten zonder zicht op behandeling, trok een wissel op sociale contacten: familie en vrienden wisten niet hoe ermee om te gaan, haakten af, de melders zelf ontbeerden energie voor sociale activiteiten en raakten geïsoleerd. Ruim een derde van de melders ontwikkelde fysieke klachten gerelateerd aan het psychisch lijden tijdens de wachttijd, zoals pijnklachten, hoge bloeddruk, ontstekingsklachten en blijvende schade door een suïcidepoging. Een aantal melders maakte hoge kosten (tot wel duizenden euro's), omdat zij waren aangewezen op niet-gecontracteerde zorg waarvoor zij dienden bij te betalen uit eigen middelen. Eén meldster kwam vanwege haar minimale inkomsten in aanmerking voor een gemeentepolis. De desbetreffende gemeente vergoedde in geval van naturapolissen echter geen behandeling van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Hierdoor diende de meldster haar naturapolis om te zetten naar een duurdere restitutiepolis.

- 2.69. Bijna iedereen maakte gebruik van zorgbemiddeling (ook wachtlijstbemiddeling genoemd), maar vrijwel niemand kon ervan profiteren. Twee derde had ronduit negatieve ervaringen met zorgbemiddeling. Geïnterviewden stuitte op verbaasde reacties van zorgverzekeraars op hun verzoek om zorgbemiddeling. Ook werden verzoeken om bemiddeling afgewezen (zelfs in geval van een restitutiepolis), of werd slechts een lijst met (potentiële) behandelaren verstrekt die de geïnterviewden zelf dienden te benaderen. Vrijwel alle door de zorgverzekeraars aangeboden alternatieven waren niet geschikt, omdat zij de noodzakelijke behandeling niet konden bieden, of te ver van de patiënt waren gevestigd, of zelf een enorme wachtlijst hadden, of een aanmeldstop vanwege het bereiken van het omzetplafond. Enkele malen gaven melders aan dat de wachtlijsten extra kosten voor de gemeente met zich meebrachten, bijvoorbeeld in de vorm van thuisbegeleiding en extra voorzieningen.
- 2.70. De extreme wachttijden en de manier waarop sommige geïnterviewden stelden dat zij werden bejegend door zorgverzekeraars en instellingen, hadden een demoraliserend effect, in de zin van verlies aan vertrouwen en het gevoel de hulp niet waard te zijn. Het gebrek aan transparantie bij GGZ-instellingen blijkt soms groot: zo wacht één meldster al drie jaar op de enige beschikbare behandeling in de

regio, zonder dat instelling over de reden daarvan met haar communiceert en wordt één melder met ernstig trauma, zonder duidelijke reden, niet eens op een wachtlijst geaccepteerd.

Geïnterviewde naasten van patiënten/wachtenden

- 2.71. Drie melders verloren hun naaste door suïcide. Eén echtpaar vertelde dat hun dochter de zeer lange wachttijd en het lijden niet langer verdroeg. Eén meldster vertelde dat haar zus tijdens een opname vanwege een ernstige depressie geen zicht had op vervolgbehandeling in dezelfde of een andere kliniek, terwijl zij zo op korte termijn ontslagen zou worden uit de lopende behandeling, hetgeen leidde tot oplaaien van de wanhoop en suïcide. Eén melder noemde dat de wachttijden van zijn partner weliswaar binnen de Treeknormen vielen, maar gezien de ernst van haar toestand toch te lang waren waardoor zij zich heeft gesuïcideerd. Twee moeders vertelden over de impact van de lange wachttijd voor hun jongvolwassen dochters en hun gezin. Alle melders ervoeren de gevolgen van de wachttijd van hun ernstig psychisch zieke naaste als zeer ontwrichtend voor alle gezinsleden en machteloos makend. Het trok een grote wissel op hun dagelijks functioneren, studie en werk. Twee gezinnen leden grote financiële schade door de wachttijd. Eén naaste belandde in scheiding door de impact van de suïcide van haar zus.

Geïnterviewde zorgprofessionals

- 2.72. De geïnterviewde zorgprofessionals (behandelaren) hebben een uiteenlopende achtergrond: één is ervaringsdeskundige, tevens initiatiefneemster bij een grote GGZ-instelling van een overbruggingsprogramma voor wachtenden, één is bedrijfsarts (in opleiding, voormalig huisarts), één is psycholoog, één is directeur-eigenaar tevens psycholoog van een kleine ggz-instelling, en één is GGZ-praktijkondersteuner bij een huisarts.
- 2.73. De *ervaringsdeskundige* bevestigt wat al uit de interviews met de wachtenden bleek. Daarnaast merkt zij een grote verschraving op in het zorgaanbod bij de instelling waar zij patiënten opvangt ter overbrugging van de wachttijd. Er wordt met name bekribbeld op de behandelduur: patiënten bij wie een langdurige behandeling wordt verwacht, worden bij voorbaat afgewezen, waardoor aan hen de kans op herstel wordt onthouden.
- 2.74. De *bedrijfsarts* ziet dat de lange wachttijd de wettelijke termijnen voor re-integratie doorkruist, waardoor werknemers richting baanverlies worden gedreven, met verlies

van bestaanszekerheid voor de werknemer en hoge kosten voor de werkgever tot gevolg. Daarnaast zetten steeds meer bedrijven zelf psychologen in om de wachtlijsten te omzeilen. Dit leidt tot een tweedeling waarbij werknemers in het bedrijfsleven wel de zorg krijgen die anderen moeten ontberen.

- 2.75. De *psycholoog* ervaart een sterke toename van werkdruk door de wachtlijsten: na de intake is hij verantwoordelijk voor een grote groep patiënten die langdurig moet wachten op behandeling, in conditie achteruitgaat en bij crisis een beroep op hem doet. Hierdoor kan hij zich niet of onvoldoende richten op de behandelingen die wél gestart zijn. Hij ziet een groei van zware problematiek in de specialistische GGZ doordat huisartsen – vanwege de wachtlijsten – pas verwijzen als de problemen voor de patiënt (in hun ogen) onhoudbaar zijn geworden. Bij de instelling waarvoor hij werkzaam is, speelt geen omzetplafond, integendeel: doordat zorgverzekeraars meer zorg inkopen dan het team kan leveren, dringt de directie aan op het doen van veel intakes, waardoor de wachttijd tot behandeling echter oploopt. Desondanks is er geen geld om het team uit te breiden.
- 2.76. De *directeur van de kleine groepspraktijk* voor specialistische behandeling (o.a. persoonlijkheidsproblematiek, autisme, trauma) ervaart bij de (vier) grote zorgverzekeraars problemen vanwege het omzetplafond en kan einde van het eerste kwartaal in het jaar al geen nieuwe patiënten meer aannemen, terwijl de agenda's van behandelaren in de loop van het jaar lege plekken vertonen. Meer patiënten aannemen, leidt echter tot terugvorderingen of interen op het rendement; beide situaties zijn niet-economisch rendabel vol te houden. Volgens deze directeur wordt door een grote zorgverzekeraar, via de afdeling zorgbemiddeling, sterk aangedrongen om patiënten met autisme aan te nemen, maar het omzetplafond voor deze categorie behandelingen weigert die verzekeraar te verhogen.
- 2.77. De *POH-ggz* ervaart veel druk van de olopende wachttijden. Patiënten die niet in de specialistische GGZ terecht kunnen, leggen een groot beslag op zijn agenda. Hij ziet dagelijks patiënten in (dreigende) crisis. Ook kosten het overleg met crisisdiensten en de (afgewezen) verwijzingen veel tijd. Dit leidt tot structureel overwerk, voor pauzes is vaak geen tijd. Ook voor de andere medewerkers van de huisartsenpraktijk verdringt de GGZ andere taken. Op het moment van interviewen, eind juni 2025, bereikten veel GGZ-instellingen hun omzetplafonds en dreigden wachtenden bij de POH-ggz te blijven die echter al doorverwezen waren naar de specialistische GGZ. De POH-ggz vindt het oneerlijk en onbegrijpelijk dat patiënten voor een tijdige behandeling afhankelijk kunnen worden van de vraag of een

gecontracteerd omzetplafond al dan niet is bereikt. Hierdoor wordt het contract met de zorgverzekeraar leidend in plaats van de ernst van de klachten. Een recente suïcide onder zijn patiënten doet hem vrezen voor het lot van zijn andere crisisgevoelige patiënten.

- 2.78. De bevindingen van de Stichting op basis van de door haar afgenomen interviews worden bevestigd in een recent vragenlijstenonderzoek van wetenschappelijk huisartseninstituut NIVEL onder 404 respondenten naar de gevolgen van de wachttijd op een GGZ-behandeling (**Productie E-12**).⁵⁸ NIVEL concludeert dat de wachttijden in de GGZ niet alleen leiden tot ernstige gezondheidsproblemen bij patiënten, maar ook tot overbelasting van hun naasten en zorgverleners. Structurele verbeteringen in wachttijdondersteuning en samenwerking zijn dringend nodig om de negatieve effecten te beperken.
- 2.79. Bij 83% van de patiënten die deelnamen aan het onderzoek verergerden de klachten, bij 77% van de werkenden had de wachttijd een negatieve impact op het werk en bij 70% van de patiënten met een partner had de wachttijd een negatieve impact op hun partnerrelatie. Gedachtes aan zelfdoding had 62% van de patiënten en 53% raakte in crisis. De meerderheid van de patiënten (78%) raakte hun vertrouwen in de zorg of zorgverleners in het algemeen kwijt. Een opmerkelijke bevinding was dat bij ruim een derde (36%) van de huisartsen en bijna een vijfde (17%) van de POH's-ggz de wachttijden en overbruggingszorg een dusdanige belasting vormden, dat zij overwogen te stoppen met hun functie.⁵⁹

In tabelvorm:

Aspect	Belangrijkste conclusie NIVEL
Patiënten	Verergering klachten, crisis, suicidaliteit, verlies vertrouwen
Naasten	Emotionele belasting, relatie- en gezinsproblemen
Huisartsen/POH's-GGZ	Hoge werkdruk, overweging stoppen, onvoldoende ondersteuning
Overbruggingszorg	Vaak ontoereikend, samenwerking en aanbod moeten beter
Aanbeveling	Structurele aanpak wachttijden, betere samenwerking

⁵⁸ NIVEL, Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel, Eindrapport van een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz naar de impact van ggz-wachttijsten en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd, Utrecht: 2025. Het volledige eindrapport is te raadplegen via: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/04/1004721-eindrapport-Bruggen-slaan-en-navigeren-op-weg-naar-herstel.pdf>.

⁵⁹ NIVEL (**Productie E-12**), p. 3 en 4.

2.80. Recentelijk sloegen zowel burgemeesters als de politie alarm over de gevolgen van de lange wachttijden voor specialistische GGZ-behandeling. De burgemeesters van Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag schreven 21 mei 2025 een brandbrief aan de Tweede Kamer vanwege de toename van ernstige, soms zelfs dodelijke, geweldsincidenten waarbij personen met onbegrepen en onveilig gedrag betrokken zijn.⁶⁰ De Stichting citeert uit de brief: "De daders zijn vaak mensen met complexe psychische problematiek en/of met een verslaving, die niet behandeld kunnen worden of de hulp niet willen krijgen die ze nodig hebben en zeer problematisch gedrag laten zien waardoor ze een gevaar zijn voor zichzelf en hun omgeving." De burgemeesters leggen een verband met de huidige manier van financieren van de zorg voor de groep met de ernstigste psychische problemen. Hun "oproep" luidt: "Financier de zorg voor deze doelgroep dus met lump sum, ofwel als een brandweersfunctie, zoals dat nu gebeurt in de spoedeisende psychiatrie. Het gaat niet om meer geld, maar om een andere financieringsvorm." De politie meldde eind augustus 2025 een enorme toename van de inzet van de Dienst Speciale Interventies (DSI), een eenheid van de politie die wordt opgeroepen in situaties waarin het dreigingsniveau bijzonder hoog is. De DSI werd in 2020 tachtig keer ingezet, maar vorig jaar liep de inzet op tot 200 keer. De verwachting is dat de inzet in 2025 nog hoger zal zijn. De politie legt een direct verband met de tekorten in de GGZ.⁶¹

2.3.3 Economische impact van de problematiek

2.81. Het in stand houden van wachtlijsten is economisch niet effectief. Het Trimbos-instituut heeft recent een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de GGZ gepubliceerd (**Productie E-13**).⁶² Hieruit volgt dat de negatieve gevolgen van wachttijden voor mensen met psychiatrische aandoeningen groot zijn. Slechts bij 3,9 tot 16,8% werd een verbetering opgemerkt tijdens het wachten. Bij mensen met een eerste psychose is een langere wachttijd geassocieerd met een slechter herstel, slechtere (arbeid) re-integratie en sociale isolatie. Bij zwangeren is het geassocieerd met negatieve gevolgen voor de motorische en cognitieve ontwikkeling van het ongeboren kind. Hoe langer de wachttijd, hoe groter de kans op uitval op

⁶⁰ <https://www.zorgenveiligheidshuishaaglanden.nl/wp-content/uploads/2025/05/250521-DEF-G4-brief-pers-onbegrepen-onveilig-gedrag-.pdf>.

⁶¹ Berichtgeving NOS-Nieuwsuur, 1 september 2025: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2580724-zwaarste-eenheid-politie-vaker-ingezet-bij-personen-met-verward-gedrag>.

⁶² Trimbos-instituut, In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz, Utrecht: 2024.

werk, crimineel gedrag, terugval in verslaving en uitval uit de behandeling, en hoe kleiner de kans dat de behandeling effect heeft. Een langere wachttijd vergroot de kans op psychische problemen bij naasten. Daarnaast rapporteren huisartsen dat zij in toenemende mate overbelast raken door zorg voor patiënten die hun expertise te boven gaan, met als gevolg verdringing van andere taken.

- 2.82. Uit onderzoek van de Amsterdam UMC/VUmc blijkt dat patiënten met schizofrenie die begeleid worden binnen de specialistische GGZ, zelfs minder zorgkosten maken dan patiënten die geen behandeling binnen de specialistische GGZ ontvangen. Dit scheelt € 10.000,- per jaar per patiënt, onder andere doordat er wordt bespaard op kosten voor behandeling van lichamelijke aandoeningen en crisiszorg.⁶³ Ander recent onderzoek van de VU toonde aan dat iedere acht weken wachttijd op psychische behandeling de kans op langdurige uitval op het werk met 4% vergroot. Een maand reductie van de wachttijd leidt tot een aanzienlijke reductie in baanverlies en zou in dat geval meer dan € 300 miljoen per jaar opleveren (baten min kosten).⁶⁴ In het recente *Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz* worden de maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen per jaar geschat op een bedrag van € 17 tot € 51 miljard.⁶⁵ “De maatschappelijke kosten van psychische klachten zijn hoger dan die van de meeste somatische (lichamelijke) aandoeningen, omdat klachten zich op jonge leeftijd manifesteren en vaak een chronisch of episodisch karakter hebben. “Het grootste deel van de maatschappelijke kosten is gerelateerd aan productiviteitsverlies en verzuim op de arbeidsmarkt”, aldus de onderzoekers.
- 2.83. Dat investeren in specialistische GGZ loont, is geen nieuw gegeven. In 2016 becijferde de *World Health Organisation* dat elke dollar die wordt besteed aan behandeling van angst- en depressieve stoornissen zich tussen de 2,5 en 5,3 maal

⁶³ A.P.M. van der Lee, Continuity of care for patients with a severe mental disorder: studies using Dutch health insurance registry data, diss. VU: 2021, Chapter 3 en p. 47 (<https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/145797582/A%20P%20M%20%20van%20der%20Lee%20-%20thesis.pdf>).

⁶⁴ R. Prudon, Kans op werk daalt door lange GGZ-wachttijsten, ESB, 108(4826), 23 oktober 2023 (https://esb.nu/wp-content/uploads/2023/10/464-466_Prudon2.pdf).

⁶⁵ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 6. Het 144-tellende rapport is beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz> en meegestuurd als bijlage bij Kamerstuk II, 2025-2026, nr. 756.

terugverdient aan herwonnen arbeidsproductiviteit en verminderde medische kosten.⁶⁶

- 2.84. Gelet op het bovenstaande concludeert de Stichting dat de maatschappelijke kosten van (complexere) psychische klachten hoog zijn en dat investeren in specialistische GGZ die deze klachten kunnen wegnemen, zinvol is en dat de maatschappelijke kosten hierdoor zullen dalen. Naar het oordeel van de Stichting is het investeren om de wachttijden te bekorten en minimaal binnen de Treeknormen te brengen dan ook een logische en noodzakelijke eerste stap.

2.4 De belangrijkste oorzaken voor overschrijden Treeknorm

- 2.85. De belangrijkste oorzaken voor het overschrijden van de Treeknorm(en) zijn: (i) het niet-optimaal contracteren van de noodzakelijke zorg en het korten van het macro GGZ-budget vanaf 2019, en (ii) het afschalen van klinische opvang zonder daarvoor voldoende ambulante hulpverlening in de plaats te stellen.
- 2.86. Bij het eerste punt kan snel gedacht worden aan het schenden van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben op grond van artikel 11 Zvw immers de verplichting om voor hun verzekerden voldoende specialistische GGZ in te kopen of deze zorg via vergoeding aan hun verzekerden beschikbaar te maken. Het zou echter te gemakkelijk zijn om de zorgverzekeraars als hoofdverantwoordelijke aan te wijzen voor het moeten oplossen van de wachttijdenproblematiek, evenmin zijn zij als hoofdschuldige aan te wijzen voor de problematiek. Het niet-optimaal contracteren vindt zijn oorzaak, zo blijkt hierna, in de wijze waarop de inkoopordening van de zorg is ingericht. Het was daardoor (en is nog steeds) onvermijdelijk en moet als een systeemfalen worden aangemerkt dat alleen door beleidsmakers en de wetgever kan worden opgelost.
- 2.87. Het korten van het macro GGZ-budget is een rechtstreeks gevolg van dit systeemfalen geworden. De politieke beslissing om te korten werd namelijk niet ingegeven door een noodzaak om te bezuinigen, maar is gedaan vanwege de aanhoudende *onderschrijdingen* van het beschikbare budget, die een gevolg waren van de wijze waarop zorgverzekeraars – binnen de economische en juridische context waarin zij moeten opereren – specialistische GGZ inkopen. Achteraf bezien

⁶⁶ <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/investeren-in-de-behandeling-van-angst-en-depressie-loont/> en <https://www.who.int/en/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

is de structurele korting van het macro GGZ-budget een onbegrijpelijke politieke keuze geweest. Het heeft er echter wel toe geleid dat er vanaf 2019 structureel onvoldoende GGZ kon worden gecontracteerd, waardoor aantoonbaar de wachttijden verder zijn gaan oplopen.

- 2.88. Het tweede punt – het afschalen van klinische behandeling – heeft minstens in even erge mate bijgedragen aan de wachttijdenproblematiek, omdat de beloofde ambulantisering niet daarvoor in de plaats is gekomen. Hierdoor konden patiënten letterlijk niet meer tijdig worden geholpen en liepen de wachttijden verder (boven de Treeknormen uit) op.
- 2.89. Hieronder staat de Stichting eerst stil bij de periode van budgettaire onderschrijdingen en het handelen van de Staat nadien (par. 2.4.1) en daarna bij de politieke keuze van het afschalen van de klinische opvang (par. 2.4.2). De Stichting staat ook stil bij – en betwist – een veel gehoord argument dat de wachttijdenproblematiek niet kan worden opgelost vanwege het personeelsgebrek (par. 2.4.3).
- 2.90. De Stichting merkt vooraf op dat in het (recente) *Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz* meer (mogelijke) oorzaken worden benoemd die de wachttijden in de specialistische GGZ verder doen oplopen. In paragraaf 2.4.4 gaat de Stichting nader in op dit IBO-onderzoek.

2.4.1 Onderschrijding

- 2.91. In de periode 2013 tot en met 2019 is er aan GGZ structureel minder geld besteed dan daarvoor was begroot, terwijl de wachttijsten van patiënten verder opliepen. Dit fenomeen wordt “onderschrijding” genoemd.
- 2.92. In het Jaarverslag 2017 van het Ministerie van VWS zijn de onderschrijdingen van 2013 tot en met 2017 duidelijk in kaart gebracht.⁶⁷ Op pagina 171 staat de onderstaande tabel met de navolgende toelichting:

⁶⁷ Kamerstuk II, 2017-2018, 34 950 XVI, nr. 1.

Tabel 7C Actueel beeld financiële resultaten zorgakkoorden geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013–2017 (bedragen x € 1 miljoen)¹

	2013	2014	2015	2016	2017
Kader conform Bestuurlijk akkoord 2012	4.130	4.233	4.233	4.233	4.233
Loon- en prijsbijstelling (tranche 2013)	107	107	107	107	107
Beleidsregel overheveling AWBZ/Wlz naar Zw	24	9	9	9	9
Bijstelling groei naar 1,5%		-41	-41	-41	-41
Groeiruimte			43	86	130
Aandeel wijkverpleging			-5	-9	-22
Kader conform Bestuurlijk akkoord 2013	4.261	4.307	4.345	4.385	4.416
Loon- en prijsbijstelling (dyslexie)	1	1	1	1	1
Loon- en prijsbijstelling (tranche 2014–2017)		77	82	141	202
Beleidsregel overheveling AWBZ/Wlz naar Zw	10	37	37	34	37
Overheveling jeugd-ggz en langdurige ggz		-346	-901	-798	-747
Overige mutaties ²		0		-27	-41
Actueel kader Bestuurlijk akkoord 2013	4.271	4.076	3.565	3.736	3.867
VWS jaarverslag 2017	4.010	3.733	3.245	3.431	3.560
Actueel beeld onderschrijding	-261	-344	-320	-305	-307
Actualisering jaarverslag 2014	-47	-	-	-	-
Actualisering begroting 2016	-18	-	-	-	-
Actualisering jaarverslag 2015	-137	-290	-	-	-
Actualisering begroting 2017	-59	-44	-	-	-
Actualisering jaarverslag 2016		-82	-277	-288	-
Actualisering begroting 2018		73	-5	-6	-
Actualisering jaarverslag 2017			-38	-11	-307
Totaal	-261	-344	-320	-305	-307

¹ Als gevolg van afronding kan de som van de delen afwijken van het totaal.

² Voor 2016 betreft dit een schuif van kwaliteitsmiddelen naar de VWS-begroting (- € 2,5 miljoen), bijdrage aan stringent pakketbeheer (- € 25 miljoen) en een overheveling vanuit forensische ggz (+ € 1 miljoen). Voor 2017 betreft dit een schuif van kwaliteitsmiddelen naar de VWS-begroting (- € 7,5 miljoen), bijdrage aan stringent pakketbeheer (- € 25 miljoen) en een substitutieschuif van ggz naar huisartsenzorg (- € 8,3 miljoen).

Toelichting

Bij de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is al langere tijd te zien dat de uitgaven ruim binnen de afgesproken budgettaire kaders blijven. De cijfers van het Zorginstituut laten zien dat de onderschrijding over 2015 met € 38 verder is opgelopen naar € 320 miljoen. Over 2016 en 2017 komen de onderschrijdingen uit op € 305 respectievelijk € 307 miljoen. De onderschrijding over 2017 is nog onzeker; het bedrag is

grotendeels gebaseerd op bijschattingen. Gezien het beeld van de voorgaande jaren wordt een onderschrijving in deze orde van grootte wel aannemelijk geacht.

- 2.93. 11 Juli 2018 is een belangrijke datum voor de sector GGZ: toen werd tussen het Ministerie van VWS en partijen in de GGZ een onderhandelingsakkoord gesloten over de toekomst van de GGZ voor de periode 2019 tot en met 2022. Dit zogenoemde Bestuurlijk akkoord GGZ 2019 – 2022 (hierna: **Bestuurlijk Akkoord**) werd door de staatssecretaris van VWS bij brief van 12 juli 2018 aan de Tweede Kamer aangeboden (**Productie E-14**).⁶⁸
- 2.94. Aan ambities ontbrak het allerminst in het Bestuurlijk Akkoord. Niet alleen om “de juiste zorg op de juiste plek” te krijgen, ook waren de betrokken partijen zich bewust van de aanzienlijke wachttijden en committeerden zij zich om deze terug te brengen.⁶⁹ Een belangrijk paragraaf in het Bestuurlijk Akkoord is die over het *Beschikbaar macrokader* (par. 6.1).
- 2.95. In paragraaf 6.1 onder a van het Bestuurlijk Akkoord wordt allereerst gesteld dat “volumegroei in relatie [staat] tot de wens om zorg dichterbij de patiënt te bieden.” Vervolgens wordt gesteld dat: “Zorgverzekeraars vanuit hun rol en gegeven hun zorgplicht in het zorgstelsel ruimte nodig [hebben] om te kunnen sturen op zowel het volume als op de prijs van de geestelijke gezondheidszorg. Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag en de reële prijzen in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kan worden uitgekomen.”⁷⁰
- 2.96. Vervolgens wordt in paragraaf 6.1 onder b van het Bestuurlijk Akkoord (p. 17), voor zover relevant, gesteld:

“Om de balans tussen deze aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:

⁶⁸ Kamerstuk II, 2017-2018, 25 424, nr. 420.

⁶⁹ Bestuurlijk Akkoord, par. 3.9, p. 8 en 9.

⁷⁰ Bestuurlijk Akkoord, par. 6.1 onder a, p. 17.

– In 2017 is een onderschrijding van circa € 300 miljoen in het kader geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zichtbaar. Om de transitie naar zorg op de juiste plek mogelijk te maken en om de ambities in dit akkoord te realiseren (o.a. oplossen wachttijden, aanpak arbeidsmarktproblematiek, richtlijnontwikkeling om de kwaliteit op peil te houden en te verbeteren, invoering Wet verplichte ggz, module acute ggz, beveiligde zorg etc.), blijft in 2019 € 30 mln. en in de overige jaren van dit akkoord € 50 mln. beschikbaar voor de sector.”

- 2.97. Het bovenstaande citaat in het Bestuurlijk Akkoord is de bron van het algemeen gehoorde standpunt dat het jaarlijks beschikbare macrobudget voor GGZ vanaf 2019 met € 300 miljoen wordt verlaagd vanwege de onderschrijdingen die daarvoor plaatshadden.⁷¹ Het jaarlijkse macrobudget voor GGZ is echter, zo blijkt uit het bovenstaand citaat, met € 250 miljoen gekort. Nog steeds een aanzienlijk bedrag.
- 2.98. Overigens, maar niet onbelangrijk: de minister van VWS had nog geen jaar daarvoor, op 20 september 2017, in een Kamerdebat het standpunt in genomen dat het bedrag aan onderschrijding beschikbaar zou blijven voor het maken van afspraken om de wachttijden binnen één jaar te bekorten. De Stichting citeert het navolgende uit dat debat (**Productie E-15**):

“Mevrouw **Koolman** (SP) [blz. 2-9-6]: [...] Ondertussen weten we allemaal dat zorgverzekeraars bijna 300 miljoen op de plank hadden laten liggen, zoals u ook al aangaf in uw interview. Ik bedoel, er is geld en aan de andere kant zijn er wachtlijsten. Waarom is het dan niet opgelost?”

“Minister **Schippers** [blz. 2-9-6]: [...] Ten tweede. Ik heb voor de zomer afspraken gemaakt met de sector, zowel de aanbieders als de verzekeraars, over wachtlijsten. Je ziet dat er in de systematiek blijkbaar prikkels zitten, gesprekken, die niet goed lopen. Blijkbaar worden er te veel lichte patiënten behandeld ten koste van zwaardere patiënten. Je kunt dan kijken waar het aan ligt. Ligt dat eraan dat je verkeerde afspraken maakt, namelijk een gemiddelde prijs? Dan is het voor een aanbieder ook zeer lucratief om lichte patiënten aan te nemen, want daar krijgt hij net zoveel voor betaald als voor zwaardere

⁷¹ Zie onder meer Algemene Rekenkamer (2020), Geen plek voor grote problemen, p. 20: “De afgelopen jaren bleef ieder jaar ruim € 300 miljoen over. Blijkbaar werkt de zorg niet zo dat er tegenover de zorgvraag altijd het juiste zorgaanbod komt te staan, ook al is er op macroniveau budget beschikbaar.”

patiënten. Sommige instellingen zullen weer andere contracten hebben. Maar er moet wel over gesproken worden. Dat heb ik dus voor de zomer gedaan. Ik heb speciaal die 280 miljoen beschikbaar gehouden. Dat is zeer ongebruikelijk, dat weet u, want de systematiek is dat wanneer je geld overhoudt, dat geld naar de algemene middelen gaat. Dat is hier niet gebeurd, omdat ik zei dat ik niet kon hebben dat ik aan de ene kant wachtlijsten heb en er aan de andere kant geld naar de algemene middelen gaat. Dus dat geld is nog steeds beschikbaar om afspraken over te maken.

Ik heb die afspraken voor de zomer gemaakt. Die moeten er daadwerkelijk in een jaar voor zorgen dat alle wachttijden zeker binnen de treeknorm liggen, maar als het even kan nog korter zijn. Het is ook niet zo dat alle wachttijden over de treeknorm heen gaan; je ziet dat bij heel specifieke groepen, met specifieke zorg. Dus kun je niet over de hele linie zeggen dat er één maatregel nodig is. Je moet er verschillende maatregelen op nemen. Het zit allemaal in de afspraken die ik voor de zomer heb gemaakt en die dit jaar hun beslag moeten krijgen.”

“Minister **Schippers** [blz. 2-9-8]: [...] Wat moet er gebeuren? Moeten wij sancties hebben voor overschrijding van de wachttijdnormen? Ik vind dat de NZa niet vandaag kan ingrijpen, want zoals gezegd, we hebben die afspraken net gemaakt. Maar gedurende het jaar, tot aan de zomer, zal de NZa steeds strenger gaan handhaven waar de wachtlijsten niet afnemen. Zo hebben we dat geregeld.

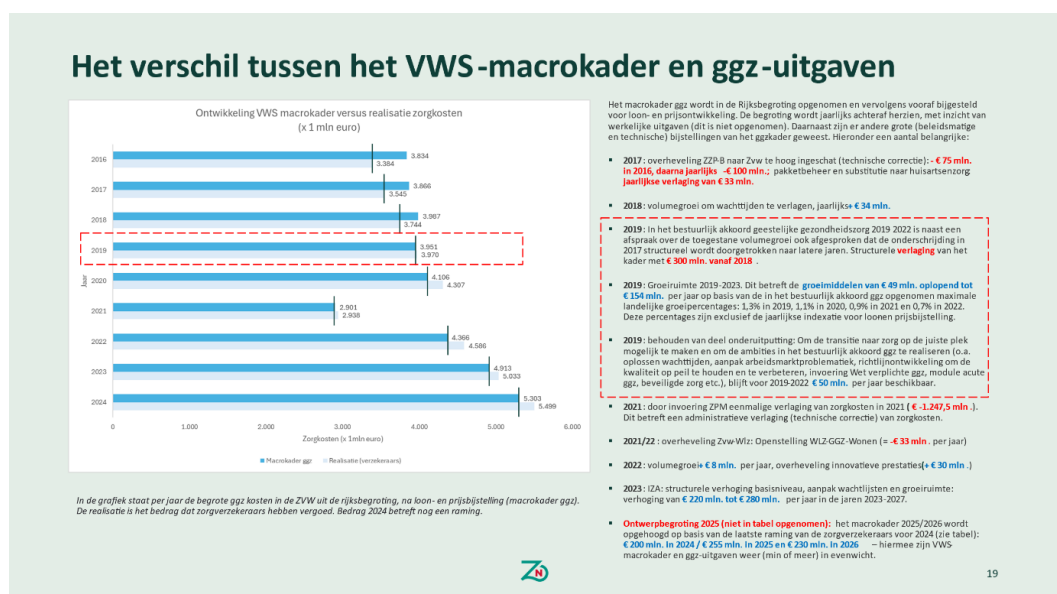
Er komen meer patiënten met complexere problematiek bij de instellingen, maar iedereen heeft recht op zorg. Dus ook als complexere patiënt heb je gewoon recht op zorg. Dan moet de zorgverzekeraar regelen dat die zorg er voor jou is. En als de zorgverzekeraar te weinig heeft begroot of te weinig heeft betaald en niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, dan zal hij erbij moeten contracteren. Zo simpel is het, want de patiënt heeft recht op die zorg.”

- 2.99. Ondanks de gedane beloftes werden de overschrijdingen toch als een structurele korting of bezuiniging ingeboekt op de GGZ-uitgaven.⁷² Dat is hoe dan ook opvallend, omdat in de praktijk van overheidsfinanciën ‘overschrijdingen’ niet als

⁷² Bestuurlijk Akkoord, p. 17 en hierboven dagvaarding nr. 2.91 en 2.92.

financiële overschotten of meevallers worden aangemerkt. De Stichting licht de oorzaak van de onderschrijdingen in de GGZ hieronder toe.

- 2.100. Een belangrijke oorzaak van het fenomeen onderschrijding in de GGZ is de wijze van contracteren in ons wettelijke basiszorgstelsel. Als gezegd, in par. 2.1.4, maken zorgverzekeraars binnen de grenzen van het beschikbare macrobudget, met zorgaanbieders individueel afspraken over hoeveel zorg zij jaarlijks maximaal kunnen declareren (d.i. het contracteren van zgn. omzetplafonds). Deze wijze van contracteren begrenst in de praktijk de productie van de GGZ-aanbieder. Immers, wanneer de GGZ-aanbieder de maximaal overeengekomen zorg als omzet heeft gedeclareerd, zal een eventueel aanbod van daaropvolgende zorg in beginsel niet worden vergoed. In sommige gevallen verhogen zorgverzekeraars tijdelijk het omzetplafond, maar het korten bij overschrijding is gebruikelijk(er). Andersom komt het ook voor dat zorgaanbieders minder zorg kunnen leveren dan het gecontracteerde omzetplafond in beginsel toelaat. Beide mechanismen – de ene aanbieder bereikt wel zijn omzetplafond, de ander niet – leiden ertoe dat zorgverzekeraars in de periode 2013 tot en met 2017 jaarlijks tot 10% minder GGZ-omzet aan de zorgaanbieders hebben uitgekeerd. De Staat zag daarin nu aanleiding om het jaarlijkse macrobudget voor de GGZ jaarlijks met € 250 miljoen te verlagen.
- 2.101. Onderschrijdingen na 2017 zijn minder overzichtelijk bijgehouden door het Ministerie van VWS. Wel heeft Zorgverzekeraars Nederland hierover, in een presentatie uit 2024, onderstaand grafische overzicht getoond.



2.102. Hieronder heeft de Stichting de jaarlijkse onderschrijdingen in de periode 2013 tot en met 2024 in een tabel op een rij gezet en daarbij gecorrigeerd voor de structurele korting van € 250 per jaar sinds 2019.

Onderschrijdingen GGZ-budget per jaar

<i>Jaartal</i>	<i>Onderschrijding (x miljoen euro)</i>
2013	-216
2014	-344
2015	-320
2016	-305* / -450**
2017	-307* / -321**
2018***	-243
2019 ^x	-231 (+19-250)
2020	-49 (+201-250)
2021	Overgangsjaar ZPM ^{xx}
2022	-30 (+220-250)
2023	-170 (+80-250)
2024	-54 (+196-250)
<i>Totaal minimaal</i>	-2.269

* Gebaseerd op Jaarverslag 2017 VWS (nr. 2.92)

** Gebaseerd op data ZN (nr. 2.101)

*** Vanaf 2018 gebaseerd op data ZN (nr. 2.101)

^x Vanaf 2019 werd het beschikbare macrobudget GGZ jaarlijks met € 250 miljoen gekort.

^{xx} 2021 was een overgangsjaar naar een nieuw bekostigingssysteem, het Zorgprestatie-model (ZPM), waardoor de omvang van onderschrijding niet eenduidig is te bepalen.

2.103. Het totaalbedrag van onderschrijding van GGZ-uitgaven in de periode 2013 tot en met 2024 bedraagt minimaal € 2.269 miljoen, terwijl in die periode de wachttijden – langer dan de Treeknormen – aantoonbaar toenamen.

2.104. Enerzijds is sprake van structurele onderschrijding die vanaf 2018 als korting op het macrobudget is ingevoerd terwijl anderzijds wachttijden/lijsten verder zijn opgelopen. De Algemene Rekenkamer bevestigde dit fenomeen in haar

Verantwoordingsonderzoek uit 2024 op het jaarverslag van het Ministerie van VWS. In hoofdstuk 5, paragraaf 5.2 rapporteert de Algemene Rekenkamer de uitkomsten van het onderzoek naar extra geld voor het terugdringen van wachttijden in de GGZ en twee andere financiële maatregelen waarvan de minister verwacht dat zij de GGZ toegankelijker maken voor mensen met complexe problematiek (Productie E-7).

- 2.105. In 2023 verhoogde de minister voor Langdurige Zorg en Sport het GGZ-budget met € 30 miljoen en deed dat nog eens in 2024. Beide verhogingen zijn daadwerkelijk aan GGZ-zorg besteed. De Algemene Rekenkamer vermeldt hierover (p. 65, Productie E-7):

“Het is aannemelijk dat de extra verleende zorg heeft geleid tot kortere wachttijden – korter dan zonder deze maatregel het geval was geweest. Het kan ook zo zijn dat een deel van de bestaande cliënten langere tijd behandeld werd, in plaats van dat de extra zorg naar nieuwe cliënten ging. Maar het is onwaarschijnlijk dat dit geldt voor alle extra geleverde zorg. Als we ervan uitgaan dat een behandeling in de ggz gemiddeld ongeveer € 5.000 kost (op basis van de meest recente cijfers), dan konden ongeveer 6.000 extra cliënten zorg krijgen die betaald is met het extra geld.

Kortom: het extra geld is uitgegeven en hiermee is extra zorg geleverd. Dit maakt het aannemelijk dat het doel van de minister is gehaald.”

- 2.106. Ook is al jaren bekend dat het contracteren met omzetplafonds *an sich* lange wachttijden in de hand werkt voor juist de patiënten met de ernstigste psychiatrische problematiek. In april 2019 werd dit door de Onderzoeksraad voor Veiligheid vastgesteld in het rapport *Zorg voor Veiligheid*.⁷³ De Onderzoeksraad noteert (p. 50):

“Verleende zorg boven het omzetplafond wordt door zorgverzekeraars, zonder aanvullende afspraak, niet vergoed. Tegelijkertijd stellen zorgverzekeraars dat als het plafond wordt bereikt tijdens de behandeling van de patiënt, de zorgaanbieder de zorg al dan niet zonder vergoeding moet continueren. Voor zorgaanbieders betekent het omzetplafond een risico voor de bedrijfsvoering. Een zorgaanbieder raakt door de behandeling van mensen met een EPA

⁷³ Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019), *Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving* (https://onderzoeksraad.nl/wp-content/uploads/2023/11/20183461_rapportage_psychiatrische_aandoeningen_epa_interactief_190405.pdf).

[ernstig psychische aandoening] sneller aan zijn omzetplafond dan met de behandeling van mensen met een lichtere zorgvraag. Dit verhoogt de kans op een afwijzing voor een EPA-patiënt, zeker omdat de behandeling door moet lopen als het omzetplafond is bereikt. Daarmee loopt de zorgaanbieder een risico op hoge zorgkosten die niet worden vergoed. EPA-patiënten kunnen daardoor worden afgewezen of op een wachtlijst worden geplaatst en komen op dat moment niet in zorg.”

2.107. De Algemene Rekenkamer stelde dit negatieve effect op de wachttijden voor patiënten met de ernstigste psychiatrische aandoeningen eveneens vast in haar rapport (2020) *Geen plek voor grote problemen (Productie E-9)*, p. 20:

“We constateren dat ook de omzetplafonds het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Met patiënten met een zware zorgvraag loopt de instelling een groter risico zijn omzetplafond te overschrijden, waarna de financiering van de aangeboden zorg onzeker wordt. De kans op afwijzing van patiënten met ernstige klachten is daardoor groter. Als een patiënt eenmaal is geaccepteerd, moet de behandeling doorgaan, ook al heeft de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt”.

2.108. De Algemene Rekenkamer bespreekt in het Verantwoordingsonderzoek uit 2024 (*Productie E-7*) nog twee maatregelen die enigszins bijdragen om de wachttijden te verkorten.⁷⁴ Allereerst is dat de zogenoemde Hogekostencompensatie ggz (HKC) die de werking van de risicoverevening voor mensen met zeer complexe problematiek dient te verbeteren. De Algemene Rekenkamer stelde namelijk vast dat het systeem van risicoverevening mensen met complexe (GGZ) problematiek benadeelt en dat het doel om alle verzekerden voor verzekeraars financieel even aantrekkelijk te maken met dit systeem niet wordt bereikt.⁷⁵ Ten tweede heeft het zogenoemde Zorgprestatiemodel (ZPM) prikkels in de bekostiging weggenomen die leiden tot een beperkter GGZ-aanbod voor mensen met complexe problematiek.⁷⁶ Want GGZ-

⁷⁴ Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, par. 5.2.2 (p. 65-70) en par. 5.2.3 (p. 70-76).

⁷⁵ Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, p. 68.

⁷⁶ Niet alleen het bekostigingssysteem vóór het ZPM – waarin de GGZ-aanbieder werd betaald voor de zorg die een type patiënt gemiddeld genomen voor de betrokken zorg kreeg en dus niet voor de zorg die daadwerkelijk werd verleend, maar ook het contracteren van omzetplafonds contractafspraken die zorgverzekeraars en ggz-aanbieders

zorgaanbieders krijgen nu niet alleen beter betaald voor het leveren van méér zorg aan mensen met complexe problematiek, maar ook voor de duurdere zorg die deze groep patiënten vaak nodig heeft. Het ZPM heeft echter niet de ongewenste prikkels in de contractering voor GGZ-zorgaanbieders, in de vorm van te krappe omzetplafonds, weggenomen.⁷⁷

2.4.2 Afschalen klinische opvang is niet gecompenseerd met ambulante zorg

- 2.109. In 2012 werd het beleid ingezet om klinische opvang af te schalen en ambulante hulp daarvoor in de plaats te stellen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, op 18 juni 2012 gesloten tussen het Ministerie van VWS, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties, werd afgesproken om de destijds huidige totale beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg.⁷⁸ De gedachte daarachter was dat het voor patiënten goed zou zijn om zoveel mogelijk in de vertrouwde eigen omgeving behandeld te worden. Welnu, het eerste is gelukt alleen het tweede niet.
- 2.110. In 2012 waren er nog 112 bedden per 100.000 inwoners voor klinische behandeling. In 2018 daalde het aantal naar 83 per 100.000. Recentere cijfers zijn niet gepubliceerd, maar op basis van cijfers van Vektis is wel een schatting te maken: in 2023 werden er 48.000 volwassenen gemiddeld 55 dagen opgenomen.⁷⁹ Volgens de systematiek van het Trimbos-instituut voor de berekening van het aantal bedden⁸⁰ leidt dat tot 7.233 klinische plekken ($48.000 \times 55 \div 365$ dagen per jaar). Op een aantal van 14,4 miljoen volwassen Nederlanders in 2023 komt dit naar schatting neer op 50 bedden per 100.000 inwoners. De opbouw voor ambulante

onderling maken, leidden ertoe dat GGZ-aanbieders te weinig betaald kregen voor behandeling van cliënten met complexe problematiek (Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, p. 70 en 72).

⁷⁷ Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, p. 75.

⁷⁸ Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, Afspraken iii, p. 7. Dit bestuurlijk akkoord is als bijlage overgelegd bij brief van de minister van VWS aan de Eerste Kamer van 20 juni 2012 (Kamerstuk I, 2011-2012, 25 425, B.).

⁷⁹ Vektis, Factsheet GGZ 2024 (gepubliceerd op 6 januari 2025), onder kopje *Verblijf in de ggz* (<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024>).

⁸⁰ Aantal verblijfdagen in een kalenderjaar, omgerekend naar de plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats, Trimbos-instituut, Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020, Utrecht: 2021, p. 15 (<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ef8acb4f-0f30-4cc0-b896-7d6d955353f0/pdf>)

voorzieningen voor patiënten met een zware zorgvraag is/werd echter niet gerealiseerd.⁸¹

- 2.111. Vijf jaar na het bovengenoemde bestuurlijk akkoord – op 13 juli 2017 – moest de minister van VWS de Tweede Kamer al informeren over afspraken die zij met partijen heeft moeten maken om de wachttijden in de GGZ terug te dringen (**Productie E-16**).⁸² In de bijlage bij de desbetreffende Kamerbrief (“Afspraken aanpak wachttijden GGZ”) wordt een verband gelegd tussen de olopende wachttijden en de spaak lopende ambulantisering (par. 2 onder e):

“**Analyse:** De afgelopen jaren is door partijen in het belang van de cliënt gewerkt aan het afbouwen van de klinische behandelcapaciteit om er zo voor te zorgen dat de cliënt de zorg meer in de eigen omgeving kan ontvangen en hiermee kan blijven participeren in de maatschappij. Het is belangrijk dat de opbouw van het ambulante zorgaanbod gelijk op gaat met de afbouw van de klinische capaciteit. Het Trimbos-instituut heeft in zijn monitoring ambulantisering aangegeven dat de opbouw te langzaam gaat. Deze opbouw moet versneld plaats vinden. [...]

Oplossing: Zorgaanbieders stellen op basis van de lokale en bovenregionale situatie concrete, integrale, plannen voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod op. Zorgverzekeraars zullen goede plannen financieren uit Zvw middelen. Het Trimbos-instituut wordt gevraagd voor het zomerreces 2018 te rapporteren of deze acties succesvol zijn.”

- 2.112. De wachttijdenproblematiek in de GGZ is dus niet van gisteren en staat al geruime tijd op de politieke agenda. Veelzeggend is het navolgende citaat van de minister

⁸¹ Kamerstuk I, 2011-2012, 25 424, nr. B, bijlage. Tussen 2008 en 2018 zijn ruim 6.000 klinische plaatsen afgebouwd (afname van 30%), waarvan 60 procent klinische plaatsen voor het eerste opnamejaar betrof. Het aantal plaatsen in het beschermd wonen steeg tussen 2008 en 2018, omdat in de periode 2008 tot 2012 het aantal ‘beschermd wonen’-plaatsen sterk was gestegen, maar in de periode daarna, tussen 2012 en 2018, daalde dat aantal weer met in totaal 4%. Het totaal aantal klinische plaatsen per 100.000 inwoners nam in de periode 2012 tot en met 2018 af van 112 tot 83. In diezelfde periode nam het aantal ‘beschermd wonen’-plaatsen af van 105 tot 98. Bron: Trimbos-instituut, Ambulantisering van de GGZ – Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019, infosheet, Utrecht: 2019, p. 3-4, figuren 1 en 2 (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1661-ambulantisering-van-de-ggz.pdf>).

⁸² De deelnemende partijen waren degenen het bestuurlijke akkoord van 2012 deelnamen: MIND, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlands Instituut voor Psychologen, Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, Platform Meer ggz, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten en het Ministerie van VWS.

van VWS in de desbetreffende Kamerbrief die de urgentie van de problematiek duidelijk tot uitdrukking brengt:

“Alle partijen zijn met mij van mening dat het onacceptabel is dat de wachttijden langer zijn dan de normen die ervoor staan en delen de urgentie om dit op te lossen. In het bijzonder, maar niet exclusief, geldt voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en een licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz problematiek dat zij nu veel te lang moeten wachten op de benodigde zorg. Specifieke aandacht is ook nodig voor de overgang van jeugd-ggz naar volwassen ggz. Daarbij dient voorkomen te worden dat er wachttijden bij andere doelgroepen ontstaan.

[...] Nu is het tijd voor actie. Ik heb met partijen afgesproken dat de wachttijden in de ggz in 1 jaar tijd – uiterlijk op 1 juli 2018 – worden teruggebracht binnen de afgesproken normen.”

2.113. Het is pijnlijk om te constateren dat in 2018 al duidelijk moet zijn geweest dat het bovengenoemde doel bij lange na niet werd gehaald, en dat ook een gebrek aan motivatie daaraan ten grondslag moet hebben gelegen. Het Trimbos-instituut dat in opdracht van het Ministerie van VWS de resultaten van de gemaakte afspraken die de minister van VWS in haar brief van 13 juli 2017 noemde heeft geïnventariseerd, noteert in zijn rapport uit 2018 op pagina 11:⁸³

“De landelijke afspraak over de ambulante opbouw werd over het algemeen wat schouderophalend ontvangen. Het lijkt een stevige afspraak van de landelijke partijen, aan de hand waarvan lokale knelpunten zouden kunnen worden aangepakt. Maar over het algemeen, zo werd opgemerkt, merkt men in de lokale praktijk weinig van wat de landelijke partijen met elkaar afspreken en wordt er een afstand ervaren tussen (sommige) – op landelijk niveau gemaakte – afspraken en wat er daadwerkelijk in de praktijk gebeurt. Het zijn de lokale instellingen en zorgverzekeraars die de echte afspraken met elkaar maken. Zo speelde de landelijke onderbesteding in het macrokader dat in de beleidsbrief werd aangegeven, geen rol in die onderhandelingen bij gebrek aan geormerkte middelen. Men had ook opmerkingen bij de formulering van de

⁸³ Trimbos-instituut, Opbouw ambulante GGZ – Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de zorginkoop en verkoop voor 2018 (quickscan), Utrecht: 2018 (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1610-opbouw-ambulante-ggz.pdf>).

specifieke afspraak die opvolging ervan beperkte; deze komen in de volgende paragrafen aan bod.”

2.114. Meer (tamelijk) onthutsende citaten/resultaten uit het onderzoek van het Trimbos-instituut zijn de navolgende.

2.115. Over de 'onduidelijkheid over extra financiering':⁸⁴

“In de notitie over de aanpak van de wachttijden wordt gerefereerd aan een onderschrijding in het macrokader van 288 miljoen euro en dat daarmee geld dus geen probleem zou moeten zijn in de aanpak van de wachttijden. De geïnterviewde aanbieders geven echter aan dat zij het onduidelijk vonden of er nu wel of geen mogelijkheden waren tot aanvullende financiering. Aanbieders kregen van zorgverzekeraars namelijk te horen dat er geen extra geld beschikbaar was. Sommige geïnterviewde aanbieders gaven ook aan dat het bedrag nooit genoemd had moeten worden omdat dat geld helemaal niet op de plank ligt. Dit komt ook uit de interviews met zorgverzekeraars naar voren. Bedragen zijn verrekend in het zo laag mogelijk houden van premies en dat geld ligt nergens op de plank, zo is de uitleg.

In ieder geval hebben verschillende geïnterviewde aanbieders aangegeven niet verder te zijn gegaan met het maken van voorstellen nadat zij van zorgverzekeraars begrepen dat hiervoor geen extra (landelijke) financiering zou zijn; omdat het idee leefde dat dit de relatie met de zorgverzekeraar zou kunnen schaden, dan wel dat het geen zin had omdat er geen extra middelen zouden komen. Daarbij gaven geïnterviewde aanbieders aan dat als er extra geld geïnvesteerd kan worden, dit beter via een zorginnovatieregeling met geormerkte middelen kan gaan.”

2.116. En over de 'toename van zorgzwaarte':⁸⁵

“Op zich zijn de hierboven geschetste ontwikkelingen van afbouw van klinische voorzieningen en verschuiving van cliënten van de SGGZ naar de basis GGZ

⁸⁴ Trimbos-instituut, Opbouw ambulante GGZ – Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de zorginkoop en verkoop voor 2018 (quickscan), Utrecht: 2018, par. 4.3.3, p. 14 (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1610-opbouw-ambulante-ggz.pdf>).

⁸⁵ Trimbos-instituut, Opbouw ambulante GGZ – Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de zorginkoop en verkoop voor 2018 (quickscan), Utrecht: 2018, par. 4.4.1, p. 15 (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1610-opbouw-ambulante-ggz.pdf>).

bewust ingezette bewegingen, maar in de praktijk blijkt het soms lastig om met zorgverzekeraars tot afspraken te komen over een hoger gemiddelde prijs per unieke cliënt die nodig is vanwege de toename van de zorgzwaarte en een toename van activiteiten zoals het bespreken van effectmetingen, somatisch onderzoek bij mensen met EPA en de kindcheck. Sommige geïnterviewden geven aan dat zij wel betere afspraken hierover hebben kunnen maken, maar bij anderen lukte dit (nog) niet. Daarbij is gezegd dat aanbieders en zorginkopers het inhoudelijk vaak eens zijn maar dat een zorginkoper uiteindelijk ook weer moet werken met een meegekregen target. Uit de interviews met zorgverzekeraars komt naar voren dat kostenbeheersing zeker een rol speelt aangezien zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het betaalbaar houden van premies.”

2.117. Samengevat, is het beleidsdoel om klinische plaatsen voor specialistische GGZ af te bouwen gelukt, maar daarvoor in de plaats is geen, althans onvoldoende ambulante hulp gekomen voor deze groep patiënten. Hierdoor konden – en zijn – de wachttijden voor specialistische GGZ blijven toenemen.⁸⁶ Dat proces voltrok zich al direct in de eerste vijf jaar na het bestuurlijke akkoord (van 18 juni 2012) waarin de afbouw van de klinische plaatsen met een derde was afgesproken. De maatregelen en oplossingen die de minister van VWS met partijen in het veld daarna – in 2017 – afkondigden, hebben de nood onvoldoende verzacht. Ook dat werd vrijwel direct vastgesteld door het Trimbos-instituut.

2.118. Nadat het beleidsdoel was gehaald ging de afbouw van de klinische capaciteit door. Meerdere hoogspecialistische en Topklinische afdelingen sloten of krompen, ondanks dat er voor die afdelingen een lange wachttijd bestond, en ondanks het feit dat er voldoende hooggekwalificeerde zorgprofessionals werkten. Naar aanleiding van Kamervragen en berichten in de media over de sluitingen, kwam de NZa in juli 2022 met een Rode Dradenanalyse.⁸⁷ Daarin erkent de NZa op p. 6:

“De locaties voor klinische ggz zijn mede vanwege de kosten van het vastgoed relatief duur. Het betreft vaak grote terreinen met verouderde panden die maar een deel van de tijd in gebruik zijn. Daarnaast is de inzet van

⁸⁶ Het aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht is tussen 2009 en 2024 ruim verdrievoudigd (zie par. 2.3.1).

⁸⁷ NZa, Rode draden analyse, Bevindingen controlebezoeken zorgverzekeraars. Casuïstiek afbouw klinische ggz (<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-773e335225c9b6bfd9ca10cf59957b8d06ffc7f5/pdf>).

hooggekwalificeerd personeel per patiënt relatief hoog. Dat maakt deze vorm van ggz kostbaar. Het lukt aanbieders steeds minder goed om deze vorm van zorg kostendekkend aan te bieden.”

2.4.3 Personeelsgebrek: een ander verhaal

- 2.119. De minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft ook wel eens gewezen op het ‘personeelsgebrek’ als belangrijke oorzaak van de groeiende wachtlijsten in de GGZ.⁸⁸ Het is echter de vraag of dit vandaag de dag (nog) terecht is. In absolute zin is het aantal GGZ-professionals namelijk sterk toegenomen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vermeldt in een nieuwsbericht van 13 september 2024 dat in het eerste kwartaal van 2024 er 110.000 werknemers in de GGZ (basis GGZ en specialistische GGZ) werkten. Dit is het hoogste aantal sinds 2010, het eerste jaar waarvoor deze cijfers beschikbaar zijn. Toen telde de GGZ ruim 83.000 werknemers. Het aantal werknemers is ook bijna 18.000 hoger dan in het begin van 2018.⁸⁹ In datzelfde bericht wordt overigens ook een hoog aantal vacatures genoemd; het hoogste binnen de sector zorg en welzijn, namelijk 74 vacatures per duizend banen. Dit strookt echter met het feit dat 9% van de GGZ-professionals werkt als zzp-er,⁹⁰ terwijl de sector dit als onwenselijk beschouwt, gezien de overheidshandhaving op schijnzelfstandigheid.⁹¹
- 2.120. De sterke groei van het aantal GGZ-professionals wordt inmiddels ook erkend door de minister en staatssecretaris van VWS. In hun Kamerbrief van 19 december 2024 met als onderwerp *Dataverwerking in de ggz* stellen zij: “Tegelijkertijd werken er op dit moment **meer mensen in de ggz dan ooit**, maar is de vacaturegraad het hoogst van alle zorgsectoren.”⁹²

⁸⁸ Kamerstuk II, 2021-2022, 25 424, nr. 602, p. 1 (stand van zaken wachttijden ggz, brief bij informatiekaart wachttijden ggz 2021). In 2014 werd overigens rekening gehouden met een (toekomstig) personeelsoverschot in onder meer de GGZ (AZW-rapport, Arbeid in Zorg en Welzijn 2014, <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2014D19282&did=2014D19282>)

⁸⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/37/aantal-vacatures-in-de-ggz-verder-gestegen>. en

⁹⁰ AWZ, De Staat van de arbeidsmarkt geestelijke gezondheidszorg 2024, p. 6 (<https://www.azwinfo.nl/app/uploads/2024/10/GGZ-Staat-van-de-arbeidsmarkt-2024.pdf>).

⁹¹ Nieuwsbericht van 9 september 2024 van de Nederlandse ggz, *Ggz branche waarschuwt voor gevolgen zzp-wetgeving op continuïteit van ggz* (<https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2024/ggz-branche-waarschuwt-voor-gevolgen-zzp-wetgeving-op-continu%C3%AFteit-van-ggz>).

⁹² Kamerstuk II, 2024-2025, 25 424, nr. 724, p. 1.

2.4.4 IBO mentale gezondheid en ggz

- 2.121. Een IBO is een interdepartementaal onderzoek waarin ambtenaren beleidsopties uitwerken voor een belangrijk beleidsterrein, in opdracht van het kabinet.⁹³ Op 30 september 2025 werd het rapport "Uit balans" gepubliceerd van het *IBO mentale gezondheid en ggz*.⁹⁴ In dit IBO worden diverse oorzaken benoemd en geanalyseerd die de wachttijden in de specialistische GGZ doen laten oplopen. Hieronder gaat de Stichting in op de bevindingen in het IBO, voor zover relevant in het licht van haar vordering. Want terecht wordt in het IBO vastgesteld dat "preventie" een belangrijke optie is om de toekomstige GGZ-behoefte in te dammen, maar daarmee wordt de groep actueel wachtenden niet geholpen; voor hen komt "preventie" te laat. Ook wordt in het IBO (al dan niet terecht) gewezen op de risico's van een toenemende "medicalisering" en "diagnose-expansie", maar de Stichting plaatst daartegenover dat die risico's in de specialistische GGZ voor volwassenen minder evident zijn, omdat het aantal volwassenen dat specialistische GGZ ontvangt in de tijd juist sterk is afgenomen.
- 2.122. Dit gezegd hebbende, wordt in het IBO erkend dat "juist voor de mensen met een complexe hulpvraag vaak geen tijdige of passende zorg is."⁹⁵ In het IBO worden in hoofdstuk 6 vier kernoorzaken genoemd, te weten: (i) onvoldoende preventie, (ii) vraag groter dan aanbod, (iii) benodigd aanbod komt onvoldoende tot stand en (iv) versnippering.⁹⁶
- 2.123. Wat betreft de eerste kernoorzaak dat er onvoldoende wordt ingezet op preventie, merkt de Stichting op dat aanpak hiervan de huidige groep wachtenden niet helpt.
- 2.124. Over de tweede kernoorzaak, dat de vraag groter is dan het aanbod, wordt in het IBO gesteld dat het aantal volwassenen met een psychische aandoening de afgelopen twaalf jaar fors is toegenomen: van 17% in 2007-2009 naar 26% in 2019-2022. En dat nog geen vijfde van de mensen met een psychische aandoening gebruik maakt van GGZ. De potentiële vraag naar GGZ is dus nog veel groter dan de werkelijke vraag.⁹⁷ Tegelijkertijd wordt in het IBO vastgesteld dat er een relatieve daling

⁹³ <https://evaluaties.rijksfinancien.nl/ibos>.

⁹⁴ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 6. Het 144-tellende rapport is beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz> en meegestuurd als bijlage bij Kamerstuk II, 2025-2026, nr. 756.

⁹⁵ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 4.

⁹⁶ Zie ook 'Samenvatting', pp. 8-9, Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025.

⁹⁷ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 68 en p. 8.

zichtbaar is in het gebruik van basis GGZ en specialistische GGZ, en een relatieve stijging van het aantal mensen dat in de huisartsenpraktijk POH-ggz ontvangt.⁹⁸ Naar het oordeel van de Stichting kan daarom niet zonder meer het standpunt worden ingenomen dat voor specialistische GGZ de zorgvraag stijgt, want juist in die categorie blijkt sprake van een forse daling van het zorggebruik. Het is des te klemmender dat de wachttijden voor die categorie het langst zijn en blijven.

- 2.125. Over derde kernoorzaak, dat het benodigde aanbod onvoldoende tot stand komt, wordt in het IBO vastgesteld dat dit in belangrijke mate is toe te schrijven aan de inkoopordening. In het rapport wordt gesteld:

“De wrange werkelijkheid is dat het in het huidige stelsel aantrekkelijker is om mensen met lichte problematiek te helpen. Zorginkoop zou hier tegenwicht aan moeten bieden, maar sturing door inkopers komt onvoldoende uit de verf. Dit type zorg voldoet vaak niet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde concurrentie.”⁹⁹

en

“Tegelijkertijd is er binnen de risicoverevening gemiddeld genomen sprake van ondercompensatie voor verzekerden met hoge ggz-kosten. Ten tweede zorgt het onvoorspelbare beloop van psychische aandoeningen ervoor dat het tot dusver complex is gebleken om eenduidige producten te definiëren.”¹⁰⁰

- 2.126. Een vergelijkbare analyse gaf de Onderzoeksraad voor Veiligheid in 2019 (zie rnr. 2.106), de Algemene Rekenkamer in 2020 en 2024 (zie rnr. 2.107 en 2.108), en werd dit fenomeen ook door gezondheidseconomen al in 2005 voorspeld (zie rnr. 2.31).

- 2.127. Wat betreft de vierde kernoorzaak – versnippering – wordt in het IBO vastgesteld dat mensen met psychische problematiek tussen wal en schip kunnen vallen, doordat zorgaanbieders en hulpverleners op basis van verschillende wettelijke bevoegdheden en vanuit verschillende afgebakende domeinen handelen. Domeinoverstijgend samenwerken blijkt lastig te financieren en ook tot het

⁹⁸ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 22.

⁹⁹ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 9.

¹⁰⁰ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 72.

afwentelen van kosten op de ander.¹⁰¹ De Stichting beaamt deze analyse die in de kern samenvalt met de wijze waarop de (wettelijke) inkoopordening van specialistische GGZ is georganiseerd.

2.5 Conclusie

- 2.128. Het aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm(en) wacht is tussen 2009 en 2024 ruim **verdrievoudigd**. De Treeknormen zijn een objectieve bepaling, naar Nederlandse gezondheidsmaatstaven, van wat nog een aanvaardbare wachttijd is voor het verkrijgen van wettelijk verzekerde basiszorg. Krijgt een patiënt niet binnen die normtijden de desbetreffende zorg dan is er geen sprake van 'tijdige en bereikbare zorg' voor die patiënt.
- 2.129. De Staat erkent de Treeknormen als maatstaf voor het verlenen van goede zorg. Al in 2003 nam de minister van VWS de Treeknormen als ijkpunt voor nog acceptabele wachttijden in de GGZ. In 2017 stelde de minister van VWS zich ten doel om de wachttijden in de (specialistische) GGZ binnen één jaar – dus in 2018 – terug te brengen binnen de Treeknormen, en werden de Treeknormen in het beleid van de NZa verankerd. De wachttijden in de specialistische GGZ werden echter niet binnen een jaar teruggedrongen. In 2022 werd in het IZA de doelstelling om de wachttijden terug te dringen binnen de Treeknormen toch weer opnieuw bekrachtigd, maar in de tijd naar voren geschoven, namelijk naar 2026. Tegelijkertijd werd in het IZA als doel gesteld om de algehele Treeknorm van 14 weken te bekorten naar 5 weken.
- 2.130. Op basis van de informatiekaarten die de NZa publiceert, waren er op peildatum 1 oktober 2024 naar schatting van de Stichting **afgerond 56.000 individueel wachtenden die langer dan de Treeknormen op specialistische GGZ moe(s)ten wachten**.
- 2.131. De **individuele gevolgen** voor deze wachtenden en hun naasten zijn vaak desastreus (zie hierover par. 2.3.2). De bevindingen van de Stichting op basis van de door haar afgenomen interviews worden bevestigd in een recent onderzoek van het NIVEL onder 404 respondenten naar de gevolgen van de wachttijd op een GGZ-behandeling (Productie E-12). Bij 83% van de patiënten die deelnamen aan het onderzoek verergerden de klachten, bij 77% van de werkenden had de wachttijd een negatieve impact op het werk en bij 70% van de patiënten met een partner had

¹⁰¹ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: pp. 9, 77 en 79.

de wachttijd een negatieve impact op hun partnerrelatie. Gedachtes aan zelfdoding had 62% van de patiënten en 53% raakte in crisis. De meerderheid van de patiënten (78%) raakte hun vertrouwen in de zorg of zorgverleners in het algemeen kwijt. Een opmerkelijke bevinding was dat bij ruim een derde (36%) van de huisartsen en bijna een vijfde (17%) van de POH's-ggz de wachttijden en overbruggingszorg een dusdanige belasting vormden, dat zij overwogen te stoppen met hun functie.¹⁰²

- 2.132. Dit komt overéén met eerdere bevindingen uit een grondige literatuurinventarisatie van het Trimbos-instituut (Productie E-13), met als uitkomst dat het overgrote deel van de wachtenden in conditie achteruitgaat. Slechts bij 3,9 tot 16,8% werd een verbetering opgemerkt. Bij mensen met een eerste psychose is een langere wachttijd geassocieerd met slechter herstel, slechtere (arbeid) re-integratie en sociale isolatie. Bij zwangeren is het geassocieerd met negatieve gevolgen voor de motorische en cognitieve ontwikkeling van het ongeboren kind. Hoe langer de wachttijd, hoe groter de kans op uitval op werk, crimineel gedrag, terugval in verslaving en uitval uit de behandeling, en hoe kleiner de kans dat de behandeling effect heeft. Een langere wachttijd vergroot de kans op psychische problemen bij naasten.
- 2.133. Daarnaast rapporteren huisartsen dat zij in toenemende mate overbelast raken door zorg voor patiënten die hun expertise te boven gaan, met als gevolg verdringing van andere taken.
- 2.134. Ook de **collectieve gevolgen voor de samenleving** zijn aanzienlijk. De eerdergenoemde overbelasting en risico op uitval van huisartsen heeft gevolgen voor de hele gezondheidszorg. Het in stand houden van wachtlijsten is vanuit een economisch perspectief allesbehalve effectief. Onderzoek wijst uit dat het behandelen van patiënten in de specialistische GGZ – wat zorgkosten betreft – goedkoper is dan hen niet behandelen, en een maand reductie van de wachttijd de maatschappij meer dan € 300 miljoen per jaar oplevert, alleen al door preventie van uitval op werk.¹⁰³ In het *Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz* worden de maatschappelijke kosten van psychische

¹⁰² NIVEL (Productie E-12), p. 3 en 4.

¹⁰³ R. Prudon, Kans op werk daalt door lange GGZ-wachtlijsten, ESB, 108(4826), 23 oktober 2023 (https://esb.nu/wp-content/uploads/2023/10/464-466_Prudon2.pdf).

aandoeningen per jaar geschat op een bedrag van € 17 tot € 51 miljard.¹⁰⁴ Uit onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie bleek dat bijna 20% van de onderzochte groep die overleed door suïcide op de wachtlijst stond voor GGZ-behandeling.¹⁰⁵ Investeren in de specialistische GGZ is zonder meer zinvol: de maatschappelijke kosten zullen dalen en ook het menselijk leed zal sterk afnemen.

- 2.135. De **belangrijkste oorzaken** voor het overschrijden van de Treeknorm(en) zijn: (i) het niet-optimaal contracteren van de noodzakelijke zorg en het korten van het macro GGZ-budget vanaf 2019, en (ii) het afschalen van klinische opvang zonder daarvoor voldoende ambulante hulpverlening in de plaats te stellen.
- 2.136. Het niet-optimaal contracteren kan worden beschouwd als een systeemfalen in ons zorgstelsel en het korten van het macro GGZ-budget was een onnodige en ondoordachte politieke keuze van de Staat. Beide aspecten hebben geleid tot een sterke stijging van de wachttijden. Ook het afschalen van klinische opvang heeft geleid tot een sterke stijging van de wachttijden, omdat de beoogde ambulantisering niet werd gerealiseerd en hierdoor de openvallende plekken niet heeft kunnen opvangen. Ook hier was sprake van een politieke keuze van de Staat.
- 2.137. Gebrek aan personeel is geen aanwijsbare oorzaak van de sterke stijging van de wachttijden.
- 2.138. De feiten zijn even ontluisterend als onthutsend, waarbij de Staat steeds een cruciale rol heeft vervuld bij het (kunnen) ontstaan van die feiten. Als stelselverantwoordelijke mag – en moet nu, gelet op de ernst van de feiten – de Staat worden aangesproken om meer maatregelen te nemen die bijdragen aan het oplossen van deze wachttijdenproblematiek.

¹⁰⁴ Uit Balans - IBO mentale gezondheid en ggz, september 2025: p. 6. Het 144-tellende rapport is beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz> en meegestuurd als bijlage bij Kamerstuk II, 2025-2026, nr. 756.

¹⁰⁵ E. Balt et al, Nooit meer hetzelfde, Samen leren, Minder Suïcide, Rapportage Psychosociale autopsie 2025, 113 Zelfmoordpreventie: 24 maart 2025 (<https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/113rapport%20PSA.pdf>).

3. SCHENDEN VAN MENSENRECHTEN EN ONRECHTMATIG HANDELEN

3.1 Inleiding

- 3.1. De Treeknormen geven invulling aan de wettelijke zorgplicht die als open norm in de Zorgverzekeringswet is geformuleerd. De Treeknormen zijn een objectieve bepaling, naar Nederlandse gezondheidsmaatstaven, van wat nog een aanvaardbare wachttijd is voor het verkrijgen van wettelijk verzekerde basiszorg (ofwel: zorg waarop een persoon redelijkerwijs is aangewezen). De concrete normtijden zijn niet verankerd in wetgeving maar in beleid. Krijgt een patiënt niet binnen die normtijden de desbetreffende zorg dan is er geen sprake van 'tijdige en bereikbare zorg' voor die patiënt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond. De Treeknormen vormen dus de concrete operationalisering van tijdige en bereikbare zorg binnen het wettelijke verzekerde basispakket.
- 3.2. Wanneer een persoon langer dan de Treeknorm(en) op specialistische GGZ moet wachten, betekent dit dat deze persoon niet tijdig de zorg verkrijgt waarop hij wettelijk aanspraak heeft en kan maken. Deze persoon kan letterlijk niet zijn recht op zorg uitoefenen zoals dat in het stelsel van wettelijk verzekerde basiszorg is beoogd. De individuele en collectieve gevolgen van de wachttijdenproblematiek zijn, zoals in par. 2.3.2 en 2.3.3 beschreven, groot.
- 3.3. In de specialistische GGZ heeft het overschrijden van de Treeknormen een structureel en langdurig karakter. Hierdoor wordt de minimaal beoogde zorgstandaard in de wettelijk verzekerde basiszorg eveneens structureel en langdurig niet gehaald (zie hiervoor rnr. 2.26).
- 3.4. In de kern gaat dit geding dan ook over de vraag hoe ver de juridische verplichtingen van de Staat reiken om het uitoefenen van fundamentele rechten op zorg door zijn burgers te beschermen en mogelijk te maken, en in het bijzonder over de vraag of de Staat in dat verband verplicht is (al dan niet aanvullende) maatregelen te nemen om de wachttijdenproblematiek op te lossen, althans het structurele en langdurige karakter van de wachttijdenproblematiek weg te nemen. In de onderstaande parafen beantwoordt de Stichting deze vragen.
- 3.5. Naar het oordeel van de Stichting is de Staat aansprakelijk voor de geschetste wachttijdenproblematiek, oftewel aansprakelijk voor het door volwassenen langer

dan de Treeknorm(en) moeten wachten op specialistische GGZ waarop zij wettelijk en geldig een aanspraak hebben. De grondslag voor deze aansprakelijkheid is het schenden van mensenrechten en onrechtmatig handelen door de Staat.

- 3.6. De Stichting sluit niet haar ogen voor de complexiteit van de problematiek, althans dat ook andere actoren verantwoording dragen om de wachttijden binnen de Treeknormen te houden. Zo hebben de zorgverzekeraars jegens hun verzekerden een zorgplicht (zie par. 2.1.2), hebben zorgverleners eveneens een verplichting om zorg te verlenen (zie rnr. 2.28) en houden de IGJ en de NZa toezicht op het naleven van die verplichtingen. Dit alles laat onverlet dat de Staat, naar het oordeel van de Stichting, verantwoordelijk is voor het adequaat functioneren van het stelsel van (wettelijk verzekerde) basiszorg, ook als andere actoren specifieke verantwoording dragen voor het goed functioneren van dat stelsel (zie ook par. 2.1.1).
- 3.7. Hieronder gaat de Stichting eerst in op haar vordering. Vervolgens bespreekt zij de grondslagen van die vordering en de nadere invulling van het toepasselijke recht in deze zaak.

3.2 Wat vordert de Stichting?

3.2.1 Inleiding

- 3.8. Vooraf merkt de Stichting op dat zij zich bewust is van de machtscheiding in ons staatsbestel en dat de door haar aangezochte rechtbank de Staat niet kan gebieden specifieke (door haar voorgestelde) maatregelen te treffen om de wachttijdenproblematiek aan te pakken. Dit 'hoe' valt binnen de beoordelingsmarge die de Staat als exclusieve bevoegdheid heeft om dergelijke maatregelen te treffen. Dit geldt te meer wanneer de Staat wordt aangesproken, zoals in deze zaak, op het niet naleven van mensenrechtelijke verplichtingen.¹⁰⁶ De rechtbank kan echter wel oordelen dat de Staat – als zodanig – maatregelen moet treffen wanneer er mensenrechtenschendingen in het geding zijn en wanneer de Staat in het licht van artikel 6:162 BW toerekenbaar onrechtmatig handelt. Zij gaat in dat geval niet op de stoel van de wetgever zitten.
- 3.9. Het bovenstaande neemt niet weg dat de Stichting ideeën heeft over oplossingsrichtingen voor de wachttijdenproblematiek. In hoofdstuk 2 heeft de

¹⁰⁶ Vgl. EHRM 9 april 2024, no. 53600/20 (Verein KlimaSeniorinnen Schweiz e.a./Zwitserland), rov. 543.

Stichting de belangrijkste twee oorzaken voor het overschrijden van de Treeknormen genoemd. Deze waren (i) een falen in de inkoopordening van specialistische GGZ waardoor minder geld effectief beschikbaar was/is gesteld aan deze vorm van zorg, en (ii) het afschalen van klinische specialistische GGZ waarvoor onvoldoende (effectieve) ambulantisering in de plaats is gekomen. De negatieve gevolgen van beide oorzaken zouden, naar het oordeel van de Stichting, weggenomen (of ten minste beperkt) kunnen worden door (al dan niet tijdelijk) extra geld beschikbaar te stellen voor het verlenen van specialistische GGZ. Dit zou zeker effect kunnen hebben op het wegnemen of beperken van de gevolgen voor de zwaarst getroffen gevallen; de EPA-patiënten die het langst wachten. De Algemene Rekenkamer concludeerde in haar Verantwoordingsonderzoek uit 2024 in elke geval dat extra geld een positief effect kan hebben op het terugdringen van de wachttijden (zie [Productie E-7](#)).

3.10. De Stichting heeft aan de Staat dan ook het voorstel gedaan om het aanbod voor specifiek af te bakenen patiëntengroepen, bijvoorbeeld de groep EPA-patiënten met eetstoornissen, de specialistische GGZ (aanvullend) met beschikbaarheidsbijdragen te bekostigen. Los van de vraag of de Wet marktordening gezondheidszorg (bijv. artikel 57 lid 1 onder e) de wettelijke grondslag hiervoor biedt, als de politieke wil er is, is er een maatregel te treffen om extra financiële middelen (al dan niet tijdelijk) beschikbaar te stellen voor het wegnemen van deze problematiek. Dit geldt te meer als de beleidsmakers en de wetgever realiseren dat de financiële baten van het terugdringen van de wachttijden in de specialistische GGZ hoger zullen zijn dan de kosten die daarmee gepaard gaan.¹⁰⁷ Bovendien zou een dergelijke maatregel stroken met een van de aanbevelingen van het recente *IBO mentale gezondheid en ggz*, namelijk optie 3 van Denkrichting A: "een landelijke Rijksinkoper deze zorg in te laten kopen buiten de Zvw om".¹⁰⁸

3.11. Ook zou de Staat maatregelen kunnen treffen die (al dan niet tijdelijk) het contracteren van omzetplafonds voor het aanbieden van specialistische GGZ aan

¹⁰⁷ Zie bijvoorbeeld de in paragraaf 2.3.3 genoemde onderzoeken: Patiënten met schizofrenie die begeleid worden binnen de specialistische GGZ bleken € 10.000 per jaar aan zorgkosten goedkoper dan zonder die behandeling. Een kalendermaand reductie van de wachttijd leidt tot een aanzienlijke reductie in baanverlies en levert, naar baten min kosten gemeten, meer dan € 300 miljoen per jaar op. En in het *IBO mentale gezondheid en ggz (2025)* werden de maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen per jaar geschat op een bedrag van € 17 tot € 51 miljard. Het besteden van extra financiële middelen aan specialistische GGZ om de wachttijden terug te dringen binnen de Treeknormen, lijkt dus zonder meer kosteneffectief.

¹⁰⁸ Uit Balans - *IBO mentale gezondheid en ggz*, september 2025: p. 88.

EPA-patiënten verbiedt. De (huidige) inkoopordening, die van het contracteren van omzetplafonds uitgaat, leidt tot zeer ongunstige prikkels aan zowel de aanbodzijde als de vraagzijde van de markt waardoor per saldo onvoldoende specialistische GGZ voor EPA-patiënten beschikbaar is/komt en de wachttijden niet zullen slinken.

- 3.12. Verder zou de Staat maatregelen kunnen treffen waardoor (al dan niet tijdelijk) patiënten die langer dan de algehele Treeknorm wachten op specialistische GGZ, zich kunnen wenden tot niet-gecontracteerde aanbieders van specialistische GGZ die geen lange wachttijden hebben.¹⁰⁹ Dit wel onder dezelfde voorwaarden wanneer de desbetreffende patiënt in behandeling zou gaan bij gecontracteerde aanbieder. Met een dergelijke maatregel zou vooral de huidige groep gedupeerde patiënten die langer dan 14 weken wacht, op een effectieve manier snel kunnen worden geholpen.

3.2.2 Vordering

- 3.13. De Stichting verzoekt de rechtbank (i) te verklaren voor recht dat de Staat diverse mensenrechten heeft geschonden en hierdoor onrechtmatig heeft gehandeld, en (ii) de Staat te gebieden maatregelen te treffen die het aanbod van specialistische GGZ door niet-gecontracteerde aanbieders op redelijke voorwaarden beschikbaar maakt voor patiënten die, na verwijzing, langer dan 14 weken wachten voordat zij in behandeling kunnen worden genomen, en/of (iii) de Staat te gebieden aanvullende maatregelen te treffen – boven op de maatregelen die de Staat al neemt – die de wachttijden voor de volwassenen die aanspraak maken op specialistische GGZ binnen de Treeknorm(en) brengen.

3.3 Uitwerking grondslagen van de vorderingen

3.3.1 Stelselverantwoordelijkheid en verplichtingen van de Staat

- 3.14. In paragraaf 2.1.1 heeft de Stichting uiteengezet dat op de Staat de verplichting rust om een effectief en toegankelijk zorgsysteem in stand te houden en dat de Staat in de uitoefening van zijn grondwettelijke taak verantwoordelijk is voor een adequaat werkend basiszorgsysteem; de Staat is stelselverantwoordelijke voor de

¹⁰⁹ Zorgverzekeraars zijn sinds 2018, op grond van hun wettelijke zorgplicht (art. 11 Zvw), verplicht om wachttijdbemiddeling aan hun verzekerden aan te bieden wanneer de Treeknorm wordt overschreden. Dit heeft echter sindsdien niet geleid tot een afname van de structureel lange wachttijden (zie: <https://www.nza.nl/onderwerpen/i/informatieverstrekking-door-zorgaanbieders/zorgbemiddeling>).

(wettelijk verzekerde) basiszorg. Onder die verantwoordelijkheid valt de financiële inrichting van het stelsel, regelgeving voor kwaliteitsnormen en toegankelijkheid, toezicht en handhaving op zorgaanbieders en zorgverzekeraars en bescherming van kwetsbare groepen.

- 3.15. Artikel 22 lid 1 van de Grondwet luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid." Uit de parlementaire behandeling blijkt dat met 'bevordering' ook 'bescherming' is bedoeld. De overheid heeft derhalve de grondwettelijke taak om ervoor zorg te dragen dat de gezondheid van de burger, ook zijn geestelijke gezondheid, niet wordt geschaad en mogelijk wordt versterkt.
- 3.16. Dat 'bescherming van gezondheid' een fundamenteel recht van burgers is, ofwel een mensenrecht is, volgt niet alleen uit de Grondwet, het is ook vastgelegd in diverse verdragen of vloeit daaruit voort (zie hierover par. 3.3.2).
- 3.17. In de uitoefening van zijn grondwettelijke taak staat de Staat hem een politiek en bestuurlijk instrumentarium ter beschikking, onder meer ook om structurele problemen – zoals de wachttijdenproblematiek – in de zorg aan te pakken.
- 3.18. Voor de wachttijdenproblematiek geldt dat de Staat maatregelen *kan* (en naar het oordeel van de Stichting nu *moet*) treffen om de wachttijden in de specialistische GGZ binnen de daarvoor geldende Treeknormen te brengen. Weliswaar zijn de Treeknormen tot stand gekomen in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar vast staat ook dat de Staat (het Ministerie van VWS) deze normen mede heeft ondertekend en dat de overheid de Treeknormen als ijkpunt voor beleid nemen (zie uitvoerig par. 2.1.3). De Treeknormen zijn daardoor inroepbaar ten overstaan van de Staat.
- 3.19. Een Treeknorm is niet zomaar een streefnorm, maar een daadwerkelijke doelstelling en/of een concreet te bereiken doel, waaraan de Staat zich mede heeft gecommitteerd. Dit wordt in heldere taal bevestigd in het Bestuurlijk Akkoord van 11 juli 2018 met het onderwerp *Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022*. Onder paragraaf 3.9 "Aanpak wachttijden" wordt onder (b) vermeld:

"Alle ondertekenaars [waaronder destijds de staatssecretaris van VWS] van deze bestuurlijke afspraken zijn gecommitteerd om de wachttijden op zo kort mogelijke termijn terug te brengen. Partijen intensiveren hun inspanningen totdat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen vallen."

- 3.20. In 2017 sprak de reactie van minister Schippers ook al boekdelen: in een Kamerdebat stelde zij zich ten doel de wachttijden in de (specialistische) GGZ binnen één jaar binnen de Treeknormen te brengen (zie hierboven rnr. 2.98, derde geciteerde alinea). Als bekend – getuige ook het bovengenoemde Bestuurlijk Akkoord – is dat doel nimmer gehaald. Niettemin heeft de Staat het terugdringen van de (specialistische) GGZ-wachttijden binnen de Treeknormen consequent als doel gesteld. In het IZA is zelfs als aanvullend doel gesteld om de algehele Treeknorm van 14 weken te bekorten naar 5 weken.¹¹⁰ Alle goede voornemens, beloften en doelstellingen van de Staat ten spijt: de Treeknormen worden anno 2026 nog steeds bij lange na niet gehaald. In het IZA van 2022 werd nog het jaar 2026 genoemd, maar ook dat doel heeft de Staat inmiddels – op 9 april 2025 – bijgesteld naar 2028.¹¹¹
- 3.21. Onweersproken is dat de Treeknormen een onderdeel van de zorgplicht van zorgverzekeraars zijn – namelijk als grens tussen aanvaardbare en niet-aanvaardbare wachttijd – en behoort de Staat dus in actie te komen bij stelselmatige schending van die zorgplicht. In de eerste plaats zou dat via de NZa moeten geschieden, omdat het staatstoezicht op het naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars bij de NZa is belegd. Alleen blijkt de NZa geen doorzettingmacht te hebben. De NZa heeft tot op heden (in 2024) slechts tweemaal een zorgverzekeraar erop aangesproken dat zij haar zorgplicht onvoldoende nakwam,¹¹² terwijl de NZa nog geen jaar later moest concluderen dat de wachttijden in de GGZ onverkort lang bleven en de toegang tot de GGZ niet leek te zijn verbeterd.¹¹³ Toch besluit de NZa niet handhavend op te treden. Op 24 juni 2025 heeft zij het handhavingsverzoek van de Stichting Bevlogen Huisartsen in bezwaar (opnieuw) afgewezen.¹¹⁴ Samengevat, is de NZa van mening dat uit het door haar ambtshalve uitgevoerde 'Thematisch onderzoek proactiviteit zorgverzekeraars' (TOP-onderzoek)

¹¹⁰ Integraal Zorgakkoord 2022, Samenwerken aan gezonde zorg, p. 113: "Daarnaast spreken we in aanvulling af dat de gemiddelde wachttijd aan het einde van de looptijd van het IZA 5 weken (één tot twee weken voor aanmeldfase en drie tot vier weken voor behandelfase) zal bedragen. Dit zal gelden voor iedere individuele groep (o.b.v. ordering ZPM) binnen de ggz." IZA is een bijlage bij Kamerstuk II, 31 765, nr. 655 en te raadplegen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.

¹¹¹ Kamerstuk II, 25 425, nr. 731, p. 7.

¹¹² <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/03/12/nza-treedt-op-tegen-zorgverzekeraars-voor-niet-nakomen-zorgplicht>.

¹¹³ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang>.

¹¹⁴ NZa, Besluit op bezwaar Stichting De Bevlogen Huisartsen en 71 individuele huisartsen, 24 juni 2025 (gepubliceerd 17 juli 2025), zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_796261_22/1/.

niet volgt dat zorgverzekeraars in grote getalen en structureel hun zorgplicht ten aanzien van de GGZ schenden. Wat van de juridische merites van deze zaak zij, vaststaat dat de wachttijden voor de specialistische GGZ niet binnen de Treeknormen vallen en dat de NZa kennelijk niet de bevoegdheid heeft, of niet over het instrumentarium beschikt, om deze problematiek concreet dan wel effectief op te lossen.

- 3.22. Gelet op het **structurele en langdurige karakter van de wachttijdenproblematiek** kan de Staat zich niet verschuilen achter de eventuele (juridische) verplichtingen en/of inspanningen van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de wachttijden in de specialistische GGZ binnen de Treeknormen te brengen en te houden. Evenmin kan de Staat zich verschuilen achter het toezicht dat de NZa op die verplichting houdt en behoort te houden. De Staat moet immers als stelselverantwoordelijke de juiste randvoorwaarden formuleren en de zorginfrastructuur garanderen waarbinnen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de NZa als externe toezichthouder – dat nota bene een publiekrechtelijk orgaan van de Staat is – rechtens juist, tijdig en volledig kunnen handelen; bij gebreke waarvan de Staat maatregelen behoort te treffen om dit mogelijk maken. Doet de Staat dit niet dan worden zijn burgers belemmerd in de uitoefening van hun fundamentele rechten, dan wel worden hun fundamentele rechten geschonden. In beide gevallen is de Staat aansprakelijk voor die normschendingen, nu de overschrijdingen van de Treeknorm(en) in de specialistische GGZ niet incidenteel van aard zijn maar een structureel en langdurig karakter hebben, waardoor de minimaal beoogde zorgstandaard in de wettelijk verzekerde basiszorg eveneens structureel en langdurig niet wordt gehaald en hierdoor de mensenrechten van de burgers die aanspraak hebben op specialistische GGZ worden geschonden.
- 3.23. Als de door de Staat genomen maatregelen ontoereikend blijken – of als desondanks de wachttijden onaanvaardbaar lang blijven – moet de Staat juist aanvullende maatregelen treffen. Mogelijk ontkent de Staat dat ook niet, maar de verwijzing dat hij (al) *voldoende* doet uit hoofde van zijn inspanningsverplichting,¹¹⁵ doet het ergste vrezen en mag geen excuus zijn om niet *meer* aanvullende maatregelen te nemen.
- 3.24. De Staat onderschrijft de Treeknormen en heeft in elk geval vanaf het moment dat hij het bovengenoemde Bestuurlijk Akkoord heeft ondertekend een eigen

¹¹⁵ Zie reacties van de Staat op de aansprakelijkstelling, [Productie E-2](#) en [Productie E-4](#).

civielrechtelijke verantwoordelijkheid (ofwel zorgplicht), die volgt uit artikel 6:162 BW, om de wachttijden in de specialistische GGZ binnen de Treeknormen te brengen en te houden. Daarenboven is de Staat, als gezegd, stelselverantwoordelijke van het basiszorgstelsel en rust op hem uitdien hoofde de (grondwettelijke) verplichting om hetgeen het basiszorgstelsel beoogt te waarborgen ook daadwerkelijk te beschermen.

- 3.25. Gelet op de herhaaldelijke en consistente onderschrijvingen van de Staat van de Treeknormen, is het onbegrijpelijk dat de staatssecretaris van VWS op 9 april 2025 in zijn Kamerbrief over het *Actieprogramma mentale gezondheid en ggz* zich ten doel stelt dat mensen met een complexe GGZ-zorgvraag pas in 2028 zorg binnen de Treeknorm zullen ontvangen.¹¹⁶ Dit doel staat haaks op alle eerder door de Staat gestelde doelen de wachttijden binnen de Treeknormen te brengen.

3.3.2 Mensenrechten en verplichtingen van de Staat

- 3.26. De grondwettelijke verplichting van de Staat om de 'bescherming van gezondheid' van zijn burgers te waarborgen en te beschermen, volgt ook uit diverse internationale verdragen. Op grond van de betrokken bepalingen in die verdragen is de Staat eveneens civielrechtelijk gehouden om schending van die bepalingen te voorkomen en/of weg te nemen.¹¹⁷ De Stichting staat daarom bij de toepassing van mensenrechten in deze zaak hieronder wat langer stil.
- 3.27. Mensenrechten beschermen de waardigheid van ieder mens. Ieder mens kan er aanspraak op maken. Mensenrechten zijn naar hun aard persoonlijke/individuele rechten die worden verondersteld universeel en – met uitzondering van het eigendomsrecht – los van vermogensbestanddelen te gelden.
- 3.28. In diverse internationale verdragen en onze Grondwet zijn mensenrechten vastgelegd. De basis voor alle internationale afspraken over mensenrechten is de Universele verklaring van de rechten van de mens (hierna: **UVRM**), die op 10 december 1948 is aangenomen door de Verenigde Naties. De UVRM omvat geen juridisch afdwingbare bepalingen, maar aan de 30 bepalingen wordt wel in grote mate 'gewoonterecht' toegekend.

¹¹⁶ Kamerstuk II, 25 425, nr. 731, p. 7.

¹¹⁷ Vgl. de zaak Urgenda, Hoge Raad 20 december 2019, Staat tegen Stichting Urgenda, ECLI:NL:HR:2019:2006.

- 3.29. Op de staten die zich bij de internationale verdragen hebben aangesloten, rust de verplichting om hun burgers te beschermen tegen inbreuken op de in die verdragen vastgelegde fundamentele rechten. Kortom, daar waar al een inbreuk op een mensenrecht jegens een burger van een aangesloten staat plaatsvindt, behoort die staat die inbreuk weg te nemen en het recht van die burger te herstellen.
- 3.30. In het geval van de wachttijdenproblematiek is, naar het oordeel van de Stichting, sprake van dergelijke mensenrechtenschendingen die de Staat moet wegnemen.
- 3.31. Hieronder licht de Stichting de bedoelde mensenrechtenschendingen en de toepassing daarvan nader toe.

Recht op leven

- 3.32. Allereerst is in deze zaak het 'recht op leven' van toepassing. In diverse internationale mensenrechtenverdragen is het recht op leven vastgelegd, onder meer in artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (hierna: **IVBPR**), artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (hierna: **EVRM**) en artikel 2 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (hierna: **Handvest**).
- 3.33. Het recht op leven is nauw verbonden met het kernbeginsel van de menselijke waardigheid, dat de basis vormt van alle rechten.¹¹⁸
- 3.34. Het VN Mensenrechtencomité (het zgn. Human Rights Committee) stelt zich op het standpunt – zie General comment No. 36 (2019)¹¹⁹ – dat staten maatregelen moeten nemen die de toegang tot gezondheidszorg respecteren (eerbiedigen), opdat burgers hun fundamentele recht moeten kunnen uitoefenen, oftewel moeten kunnen genieten van een waardig leven. Staten dienen hun burgers te beschermen tegen (redelijkerwijs te voorziene) bedreigingen die uitgaan van particuliere entiteiten.
- 3.35. Volgens vaste rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: **EHRM**) behelst artikel 2 EVRM, waarin dus het recht op leven is vastgelegd, mede de positieve verplichting van een verdragsstaat om passende

¹¹⁸ UN General Assembly, *International Covenant on Civil and Political Rights*, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 999, Preamble.

¹¹⁹ General comments van VN-organen zijn gezaghebbend.

maatregelen te nemen om het leven te beschermen van eenieder die onder zijn rechtsmacht valt (“to take appropriate steps to safeguard the lives of those within its jurisdiction”). Deze verplichting geldt volgens die rechtspraak onder meer ook in de context van de gezondheidszorg.

- 3.36. Zo oordeelde het EHRM in de zaak *Sentürk v. Turkije* dat de verdragsstaat passende maatregelen moet nemen om ervoor te zorgen dat het leven van de patiënt wordt beschermd door het ziekenhuis dat gezondheidszorg weigerde aan de betrokken patiënt zonder voorafgaande betaling.¹²⁰ En oordeelde het EHRM in de zaak *Vasileva v. Bulgarije* dat overheden de positieve verplichting hebben om zorg te dragen voor regulering die publieke en private ziekenhuizen verplicht om maatregelen te nemen ter bescherming van hun patiënten.¹²¹ Verder oordeelde het EHRM in de zaak *Asiye Genç v. Turkije* dat de verdragsstaat moet zorgen voor een goede organisatie en werking van de publieke ziekenhuisdienst en in algemenere zin, het systeem voor gezondheidsbescherming.¹²²
- 3.37. De bescherming van artikel 2 EVRM ziet niet alleen op specifieke personen, maar ook op de samenleving of bevolking als geheel. De gehoudenheid van de Staat om passende maatregelen te nemen om het leven te beschermen van eenieder die onder zijn rechtsmacht valt, bestaat als er een ‘real and immediate risk’ voor personen is en de betrokken verdragsstaat van dat gevaar op de hoogte is. Onder ‘real and immediate risk’ valt in dit verband te verstaan een gevaar dat reëel en direct is. Het begrip ‘immediate’ ziet niet op de onmiddellijkheid van het gevaar in de betekenis dat sprake moet zijn van een kort tijdsverloop tot de verwezenlijking ervan, maar in de betekenis dat sprake moet zijn van een gevaar dat de betrokken personen rechtstreeks bedreigt. In geval van de onderhavige wachtlijsten geldt dat aan het criterium ‘real and immediate risk’ wordt voldaan.¹²³

¹²⁰ EHRM 9 april 2013, nr. 13423/09 (*Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk/Turkije*), rov. 97.

¹²¹ EHRM 17 maart 2016, nr. 23796/10 (*Vasileva/Bulgarije*), rov. 63.

¹²² EHRM 27 januari 2015, nr. 24109/07 (*Asiye Genç/Turkije*), rov. 80. Vgl. in dit verband ook EHRM 26 maart 2014, nr. 38963/18 (*V.I./Republiek Moldavië*) waarin de staat verantwoordelijk werd gehouden voor de geïnstitutionaliseerde verwaarlozing van een verstandelijk gehandicapt kind. Deze zaak werd echter beoordeeld op grond van het verbod op foltering (art. 3 EVRM) en discriminatie (art. 14 EVRM).

¹²³ Uit een recente uitspraak van het EHRM (6 maart 2025, nr. 35950/20) zou kunnen worden afgeleid dat ‘real and immediate risk’ strikt wordt uitgelegd als het gaat om het voorkomen van suïcide. De casus betrof een asielzoeker die na het uitzettingsoordeel zelfmoord pleegde, terwijl bij de autoriteiten bekend was dat hij psychisch leed en diverse zelfmoordpogingen al had ondernomen. Het beoordelen of sprake was van een ‘real and immediate risk’ vond plaats in het kader van de uitzettingsprocedure en niet in het kader van de vraag of de betrokken persoon al dan niet tijdig psychische hulp kon/moest krijgen.

- 3.38. De positieve verplichting van de Staat om concrete handelingen te verrichten ter voorkoming van (al dan niet) verdere aantastingen van de mensenrechten die artikel 2 EVRM beogen te beschermen, heeft het EHRM overwogen artikel 2 EVRM uitgelegd moet worden op een manier die geen 'onmogelijke of disproportionele last' ('impossible or disproportionate burdens') op de overheid legt. Deze algemene begrenzing van de in dat artikel aan de orde zijnde positieve verplichting, heeft het EHRM geconcretiseerd door te oordelen dat de overheid alleen concrete handelingen behoeft te verrichten die redelijk zijn en waartoe zij bevoegd is, indien sprake is van een reëel en onmiddellijk (dreigend) gevaar en de overheid dit gevaar kende of behoorde te kennen. Als gezegd, wordt aan dit criterium voldaan. Effectieve bescherming vereist dan dat aantasting zoveel mogelijk moet worden voorkomen door vroegtijdige interventie van de overheid. Bij de keuze van de maatregelen heeft de overheid een 'wide margin of appreciation'.¹²⁴

Recht op gezondheid en zorg

- 3.39. Ten tweede is het 'recht op gezondheid of gezondheidszorg' van toepassing, kortweg: het recht op gezondheid. Dit fundamentele recht bestaat als 'economisch en sociaal recht' en is als zodanig onder meer vastgelegd in artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (hierna: **IVESCR**), artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest (hierna: **ESH**) en artikel 35 Handvest. Ook is het recht op gezondheid vastgelegd in artikel 25 van de UVRM. En ondanks dat het EVRM niet concreet voorziet in een recht op gezondheid, kan – zoals hierboven in rnr. 3.36 uiteengezet – uit een analyse van de rechtspraak van het EHRM over het 'recht op leven' worden afgeleid dat het EVRM de verdragsluitende staten diverse (met name positieve) verplichtingen oplegt die relevant zijn voor de bescherming van de gezondheid.¹²⁵
- 3.40. In 1946 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie in haar statuut dat "het genot van een zoo goed mogelijke gezondheidstoestand is een van de grondrechten van ieder menselijk wezen zonder onderscheid van ras, godsdienst, politiek geloof, economische of sociale positie."

¹²⁴ Zie Gerechtshof Den Haag, ECLI:NL:GDHA:2018:2591 (Urgenda), rov. 42 (in cassatie bekrachtigd).

¹²⁵ Zie hierover A.C. Hendriks, 'The Council of Europe and Health Rights', in: B.C.A. Toebes e.a., Health and Human Rights: Global and European Perspectives, Cambridge: Intersentia 2022, hoofdstuk 5.

- 3.41. In 2000 is het recht op gezondheid, neergelegd in artikel 12 IVESCR, nader uitgewerkt in General comment No. 14. In dit document worden de verplichtingen van de verdragsstaten (om het recht op gezondheid voor eenieder te garanderen) uitgebreid toegelicht. Onder meer wordt uitgelegd dat de formulering *het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid* in artikel 12 lid 1 IVESCR¹²⁶ betekent dat hierbij zowel de biologische en sociaaleconomische omstandigheden van het individu als de financiële mogelijkheden van de staat in acht genomen moeten worden. Het recht op gezondheid – waaronder mede begrepen: geestelijke gezondheid – moet dus worden gezien als een recht op het genot van een verscheidenheid aan faciliteiten, goederen, diensten en voorwaarden die nodig zijn voor het realiseren van de hoogst haalbare gezondheidsstandaard. Het gaat daarbij zowel om toegang tot (letterlijk) gezondheidszorg als toegang tot gezondheidszorgdiensten.¹²⁷
- 3.42. Het recht op gezondheid in al zijn vormen en op alle niveaus bevat, aldus General comment No. 14, de navolgende vier onderling samenhangende en essentiële elementen, waarvan de precieze toepassing zal afhangen van de omstandigheden in een bepaalde staat die partij is: (i) beschikbaarheid (availability), (ii) toegankelijkheid (accessibility), (iii) aanvaardbaarheid (acceptability) en (iv) kwaliteit (quality).
- 3.43. Beschikbaarheid van gezondheidszorg heeft te maken met diversiteit en kwantiteit van faciliteiten, goederen, diensten en gezondheidsprogramma's. De mate van beschikbaarheid hangt sterk af van het ontwikkelings-/welvaarsniveau van een staat.
- 3.44. Toegankelijkheid betreft zowel de fysieke toegankelijkheid tot zorg binnen veilige afstand voor iedereen, als financiële toegankelijkheid en volgens het principe van non-discriminatie. Ook moet iedereen toegang hebben tot begrijpelijke gezondheid-gerelateerde informatie.
- 3.45. Aanvaardbaarheid van gezondheidszorg wil zeggen dat gezondheidszorg de medische ethiek en geheimhouding respecteert en rekening houdt met de cultuur en

¹²⁶ Article 12 lid 1 ICESCR: "The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health."

¹²⁷ Zie ook, N. Abrokwa, The right to mental health, diss. RUG 2023, m.n. hoofdstuk 4.

benodigdheden van specifieke groepen zoals minderheden, gemeenschappen, geslacht- en leeftijdsgroepen.

- 3.46. Kwaliteit van gezondheidszorg heeft betrekking op de wetenschappelijke en medische geschiktheid van zorg. Een goede kwaliteit vereist onder andere bekwaam medisch personeel en goedgekeurde medicijnen en apparatuur.
- 3.47. Voorts bepaalt General comment No. 14 dat verdragsstaten het recht op gezondheid dienen te *respecteren*, te *beschermen* en te *vervullen*.
- 3.48. De *verplichting tot respecteren* betekent dat de overheid het recht op gezondheid niet mag schenden. De verdragsstaat mag geen zorg aan mensen onthouden of discrimineren in wie er toegang heeft tot zorg.
- 3.49. De *verplichting tot beschermen* houdt in dat de overheid schendingen van het recht op gezondheid door anderen voorkomt. Zo behoort een staat maatregelen te nemen die voorkomen dat dit recht door acties van derden geschonden wordt.
- 3.50. De *verplichting tot verwezenlijken* betekent dat de overheid maatregelen moet nemen om er zeker van te zijn dat rechten kunnen worden genoten. Zo behoort een staat passende wettelijke, bestuurlijke en budgettaire beslissingen te nemen, en concreet te zorgen voor diverse verschillende faciliteiten, goederen, diensten en voorwaarden, met als doel een zo goed mogelijke gezondheidsstandaard te verwezenlijken.
- 3.51. Met betrekking tot de afdwingbaarheid van bovengenoemde verantwoordelijkheden is relevant dat op de staat een inspanningsverplichting rust,¹²⁸ zie artikel 2 lid 1 IVESCR dat luidt: "Iedere staat die partij is bij dit verdrag verbindt zich maatregelen te nemen, zowel zelfstandig als binnen het kader van de internationale hulp en samenwerking, met name op economisch en technisch gebied, en met volledige gebruikmaking van de hem ter beschikking staande hulpbronnen, ten einde met alle passende middelen, inzonderheid de invoering van wettelijke maatregelen, steeds nader tot een algehele verwezenlijking van de in dit Verdrag erkende rechten te komen."

¹²⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 3 (1990) noteert namelijk in punt 1: "Those obligations include both what may be termed (following the work of the International Law Commission) *obligations of conduct* and *obligations of result*." (cursivering advocaat)

- 3.52. Deze verplichting wordt ook geduid als een staatsverplichting tot progressieve verwerkelijking van het sociale recht op gezondheid en zorg, en impliceert een verbod op retrogressie (achteruitgang).¹²⁹ Nu de specialistische GGZ-wachtlijsten alleen maar langer zijn geworden (tussen 2009 en 2024 verdrievoudigd), is die retrogressie ten opzichte van de in ons basiszorgstelsel hoogst haalbare standaard (in dit geval: de Treeknormen) een feit.¹³⁰
- 3.53. Het van overheidswege naleven van het verbod op retrogressie geldt in het bijzonder (ook) als naar het aantal suïciden wordt gekeken onder patiënten die niet binnen de Treeknormen hun benodigde specialistische GGZ ontvingen. In een onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie (2025) is vastgesteld dat 19,3% van de mensen die door zelfdoding overleed, op een wachtlijst stond voor GGZ-behandeling.¹³¹
- 3.54. Vanuit het verbod op retrogressie geldt dat, nu de Treeknormen vooral in de specialistische GGZ worden overschreden, juist die zware gevallen (de specialistische GGZ-patiënten, en dan nog in het bijzonder de EPA-patiënten) niet in een slechtere situatie mogen komen te verkeren dan degene die zijn aangewezen op minder zware GGZ-zorg.
- 3.55. Ook roept het verbod op retrogressie vragen op in hoeverre wachtenden op specialistische GGZ niet worden gediscrimineerd ten opzichte van andere personen die zijn aangewezen op andere vormen van GGZ, dan wel anderszins noodzakelijke

¹²⁹ Zie Committee on Economic and Cultural Rights, General Comment 14, par 31: “[...] progressive realization means that States parties have a specific and continuing obligation to move as expeditiously and effectively as possible towards the full realization of article 12.”

¹³⁰ Uit General Comment 14 volgt dat retrogressie slechts in uitzonderlijke gevallen kan worden gebillijkt. Zie par. 32 (*onderstreping, advocaat*): “As with all other rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to health are not permissible. If any deliberately retrogressive measures are taken, the State party has the burden of proving that they have been introduced after the most careful consideration of all alternatives and that they are duly justified by reference to the totality of the rights provided for in the Covenant in the context of the full use of the State party’s maximum available resources.” En par. 48: “Violations of the right to health can occur through the direct action of States or other entities insufficiently regulated by States. The adoption of any retrogressive measures incompatible with the core obligations under the right to health, outlined in paragraph 43 above, constitutes a violation of the right to health. Violations through acts of commission include the formal repeal or suspension of legislation necessary for the continued enjoyment of the right to health or the adoption of legislation or policies which are manifestly incompatible with pre-existing domestic or international legal obligations in relation to the right to health.”

¹³¹ E. Balt et al, Nooit meer hetzelfde, Samen leren, Minder Suïcide, Rapportage Psychosociale autopsie 2025, 113 Zelfmoordpreventie: 24 maart 2025, p. 9

(<https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/113rapport%20PSA.pdf>).

zorg. De Stichting meent dat van discriminatie sprake is, omdat overduidelijk burgers/patiënten langer op specialistische GGZ moeten wachten dan op andere vormen van GGZ. En binnen de categorie patiënten die op specialistische GGZ zijn aangewezen, zijn de wachttijden voor de groep EPA-patiënten nog langer dan die voor niet-EPA-patiënten. Kortom, de toegang tot GGZ – maar ook binnen de specialistische GGZ – is niet op non-discriminatoire wijze gewaarborgd.¹³²

- 3.56. Wat betreft het verbod op discriminatie heeft de Staat ook uitdrukkelijk erkend dat discriminatie bij toegang tot zorg niet is toegestaan. Bij de ratificatie van het VN-verdrag Handicap¹³³ verklaart de Staat (in een zogeheten interpretatieve mededeling): “The Kingdom of the Netherlands interprets article 25(a) to concern access to health care and the affordability of health care, and confirms that discrimination in such matters is not allowed.”¹³⁴
- 3.57. Patiënten met structurele ernstige psychische en mentale problemen die zich wenden tot de specialistische GGZ vallen rechtstreeks onder de doelstelling van artikel 1 van VN-verdrag Handicap die luidt (*onderstreeping advocaat*): “Doel van dit Verdrag is het volledige genot door alle personen met een handicap van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op voet van gelijkheid te bevorderen, beschermen en waarborgen, en ook de eerbiediging van hun inherente waardigheid te bevorderen. Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.”
- 3.58. Het onderstreepte gedeelte van de geciteerde doelstelling definieert “personen met een handicap”. Daaronder vallen personen die specialistische GGZ behoeven, mits hun psychische aandoeningen of mentale beperkingen overeenkomstig de definitie langdurig zijn en in combinatie met omgevingsdrempels leiden tot participatieproblemen. Het VN-verdrag Handicap kiest nadrukkelijk voor een breed en dynamisch handicapbegrip, waarbij niet alleen lichamelijke, maar ook geestelijke

¹³² Zie ook, N. Abrokwa, *The right to mental health*, diss. RUG 2023, par. 5.2.1 “Non-discrimination and the Right to Health Norm”.

¹³³ Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap; New York, 13 december 2006, Trb. 2007, 169. Door Nederland geratificeerd op 14 juni 2016 en inwerking getreden op 14 juli 2016 (Trb. 2016, 105).

¹³⁴ Trb. 2016, 105, p. 19.

of psychische beperkingen onder de bescherming vallen als zij voldoende ernstig en langdurig zijn.

- 3.59. Gelet op het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat patiënten die langdurig (dus langer dan de Treeknorm) op de wachtlijst voor specialistische GGZ staan, op grond van het VN-verdrag Handicap worden gediscrimineerd en dat de Staat, gelet op artikel 25 VN-verdrag Handicap, maatregelen dient te treffen om de gevolgen daarvan jegens deze groep weg te nemen.
- 3.60. Tot slot, brengt de Stichting naar voren dat het 'recht op gezondheid en zorg' ook betekenis heeft bij de toepassing van artikel 3 EVRM (verbod op onmenselijke behandeling/foltering). Uit de rechtspraak over artikel 3 EVRM volgt namelijk dat staten kwetsbare personen toegang tot adequate medische zorg en/of opvang dienen te verlenen.¹³⁵ En het heeft ook betekenis bij de toepassing van artikel 8 EVRM (het recht op eerbieding van privé, familie- en gezinsleven). Dit fundamentele recht wordt als bijna vanzelfsprekend geschonden als vaststaat dat de negatieve gevolgen van de wachttijdenproblematiek de mensenrechten van de betrokken patiënten schenden. De positieve verplichtingen die in dat geval op de Staat rusten, worden op eenzelfde wijze uitgelegd als bij de toepassing van artikel 2 EVRM.

3.4 Conclusie: de Staat handelt in strijd met mensenrechten

- 3.61. De algehele Treeknorm of de onderscheiden Treeknormen zijn bepalend voor de vraag of iemand zorg krijgt waarop hij redelijkerwijs is aangewezen en daarvoor op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd. Deze normstelling is de vastlegging van de grens tussen aanvaardbare en problematische wachttijden en geeft daarmee concreet invulling aan het recht op gezondheid. De Staat heeft deze normstelling niet en nooit betwist – sterker: de Staat onderschrijft consequent de Treeknorm(en) en neemt deze als ijkpunt voor zijn beleid.
- 3.62. Wordt de Treeknorm(en) geschonden, dan wordt daardoor het recht op gezondheid geschonden. Immers, *het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid* –

¹³⁵ EHRM 21 januari 2011, nr. 30696/09 (M.S.S./België en Griekenland) waarin een asielzoeker – die behoort tot een 'ondergeprivilegieerde en kwetsbare groep' – adequate toegang tot medische zorg diende te worden geboden, rov. 251 en 263. Zie ook de in voetnoot 122 aangehaalde zaak: EHRM 26 maart 2014, nr. 38963/18 (V.I./Republiek Moldavië) waarin de staat verantwoordelijk werd gehouden voor de geïnstitutionaliseerde verwaarlozing van een verstandelijk gehandicapt kind.

zoals bedoeld in artikel 12 lid 1 IVESCR, en zoals beoogd te worden gewaarborgd in het basiszorgstelsel – wordt door de schending van de Treeknorm(en) niet gehaald en kan hierdoor ook niet anderszins nog worden gehaald.

- 3.63. Ook wordt het in artikel 2 EVRM bedoelde recht op leven – zowel letterlijk als in de context van gezondheidszorg (zie de feiten, par. 2.3.2) – geschonden. Immers, de gevolgen van de schending van deze mensenrechtenbepaling zijn reëel en direct en bedreigen rechtstreeks de betrokken personen (i.e. degenen die langer dan de Treeknormen op specialistische GGZ moeten wachten). In dit verband zij tot slot gewezen op een staatsverplichting tot progressieve verwerkelijking van het sociale recht op gezondheid en zorg, wat een verbod op retrogressie (achteruitgang) impliceert. Nu de specialistische GGZ-wachlijsten alleen maar langer zijn geworden (tussen 2009 en 2024 verdrievoudigd), is die retrogressie ten opzichte van de in ons basiszorgstelsel hoogst haalbare standaard (in dit geval: de Treeknormen) een feit.
- 3.64. Nu de overschrijdingen van de Treeknorm(en) in de specialistische GGZ niet incidenteel van aard zijn maar een structureel en langdurig karakter hebben, wordt de minimaal beoogde zorgstandaard in de wettelijk verzekerde basiszorg eveneens structureel en langdurig niet gehaald. Hierdoor worden de mensenrechten van de burgers die aanspraak hebben op specialistische GGZ geschonden. De Staat is onder deze voorwaarden ervoor verantwoordelijk dat de minimaal beoogde zorgstandaard voor deze categorie burgers wordt behaald en dat de mensenrechtenschendingen voor deze groep burgers worden weggenomen. Doet de Staat dat niet dan handelt hij in strijd met de genoemde mensenrechten.

3.5 Aansprakelijkheid van de Staat

- 3.65. Hierboven is uiteengezet dat de Staat in strijd handelt met mensenrechten. Dit onrechtmatig handelen resulteert in aansprakelijkheid van de Staat.
- 3.66. Concreet heeft de Staat in strijd gehandeld met de wettelijke verplichtingen die zijn neergelegd in de artikelen 2 EVRM en/of artikel 6 IVBPR en/of artikel 2 Handvest en/of artikel 12 IVESCR en/of artikel 11 ESH en/of artikel 35 Handvest, door geen effectieve maatregelen te treffen die het structurele en langdurige karakter van de overschrijdingen van de Treeknormen hebben weggenomen.
- 3.67. De Staat is aan deze verdragsrechtelijke normen rechtstreeks gebonden en het maken van inbreuk daarop levert een onrechtmatige daad op bestaande uit een inbreuk op een wettelijke plicht (artikel 6:162 lid 2 BW).

- 3.68. De toerekenbaarheid van de aansprakelijkheid voor deze inbreuk(en) volgt uit de verdragsnormen zelf en uit de uitleg die de rechtspraak daaraan heeft gegeven. Daarbij merkt de Stichting nog op dat het nemen van maatregelen in dit geval geen 'onmogelijke of disproportionele last' op de overheid legt. De Stichting heeft in paragraaf 3.2.1 gewezen op maatregelen die op relatief korte termijn uitvoerbaar (moeten kunnen) zijn en effectief de wachttijden in de specialistische GGZ kunnen bekorten.
- 3.69. De wachttijdenproblematiek bestaat (in haar majeure omvang) al sinds 2017. Sindsdien worden door opeenvolgende bewindspersonen maatregelen aangekondigd om de wachttijdenproblematiek het hoofd te bieden. Niets heeft echter tot het gewenste – en vanuit mensenrechtelijk perspectief gezien: noodzakelijke – resultaat geleid. De aangedragen feiten wijzen uit dat de gepleegde inspanningen van de Staat tot op heden ontoereikend zijn gebleken om de wachttijdenproblematiek op te lossen en/of te mitigeren en daarmee de gezondheidsschade aan de betrokkenen weg te nemen of drastisch te beperken. De wachttijden in de specialistische GGZ zijn sinds 2017 niet afgenomen maar toegenomen, wat door de Staat bovendien niet wordt betwist. Dit maakt dat de Staat onder die omstandigheden, en in zijn hoedanigheid van stelselverantwoordelijke, toerekenbaar tekortschiet in het nemen van effectieve maatregelen en daarom aansprakelijk is voor alle geleden en nog te lijden gezondheidsschade die de wachttijdenproblematiek in de specialistische GGZ veroorzaakt.

4. TOEPASSELIJKHEID WAMCA en ONTVANKELIJKHEID EISERES

4.1 Inleiding

- 4.1. De Stichting stelt deze collectieve actie in op basis van artikel 3:305a BW, zoals gewijzigd bij de inwerkingtreding van de Wet afwikkeling massaschade in collectieve actie (hierna: WAMCA) op 1 januari 2020.
- 4.2. De dagvaarding in een collectieve actie dient volgens artikel 1018c lid 1 sub a tot en met f Rv aan een aantal eisen te voldoen. In hoofdstuk 2 van deze dagvaarding is al uitvoerig ingegaan op de voor de collectieve vorderingen relevante gebeurtenissen (artikel 1018c lid 1 sub a Rv). Op de overige vereisten wordt hierna ingegaan.
- 4.3. De Stichting zal in dit hoofdstuk achtereenvolgens ingaan op de toepasselijkheid van de WAMCA op de onderhavige vorderingen (par. 4.2), de personen tot bescherming

van wier belangen de collectieve vordering strekt (par 4.3), de ontvankelijkheid van de Stichting (par. 4.4), de efficiëntie en effectiviteit van deze collectieve procedure (par 4.5), het verzoek om aanwijzing tot Exclusieve Belangenbehartiger (par. 4.6), en de aantekening in het Centraal register voor collectieve vorderingen (par 4.7).

4.2 Toepasselijkheid WAMCA

- 4.4. De WAMCA is per 1 januari 2020 in werking getreden. Ondanks dat de wachttijdenproblematiek vóór 2020 is ontstaan, duurt de problematiek onverminderd voort en is hierdoor in deze zaak de WAMCA van toepassing.

4.3 Nauw Omschreven Groep

- 4.5. De groep van personen die in deze collectieve actie door de Stichting worden vertegenwoordigd (hierna: de **Nauw Omschreven Groep**) betreft alle volwassen personen die redelijkerwijs zijn aangewezen op specialistische GGZ en langer dan de Treeknormen moeten wachten op die specialistische GGZ. In hoofdstuk 2 is een schatting gegeven van de omvang van deze groep, namelijk 56.000 personen ultimo 2024.¹³⁶

4.4 Ontvankelijkheid Eiseres

4.4.1 Gelijksoortige belangen, statuten en waarborg belangenbehartiging

- 4.6. De bevoegdheid van belangenorganisaties om rechtsvorderingen in te stellen op grond van artikel 3:305a BW, is beperkt tot de bescherming van gelijksoortige belangen. Uit vaste rechtspraak van de Hoge Raad volgt dat het vereiste van gelijksoortigheid is voldaan "indien de belangen ter bescherming waarvan de rechtsvordering strekt, zich lenen voor bundeling, zodat een efficiënte en effectieve rechtsbescherming ten behoeve van de belanghebbenden kan worden bevorderd." De vorderingen lenen zich voor bundeling als daarover in één procedure geoordeeld kan worden, "zonder dat daarbij de bijzondere omstandigheden aan de zijde van de individuele belanghebbenden betrokken behoeven te worden".¹³⁷

¹³⁶ Sinds 2025 registreert de NZa niet langer het aantal wachtenden of wachtplekken in absolute zin, maar er zijn geen concrete aanwijzingen dat het genoemde aantal drastisch lager ligt.

¹³⁷ Zie HR 26 februari 2010, ECLI:NL:HR:2010:BK5756 (Stichting Baas in Eigen Huis/Plazacasa), rov. 4.2.

- 4.7. De ideële belangen waarvoor de Stichting opkomt zijn hier gelijksoortig. De behartiging van de belangen in deze procedure valt verder binnen de statutaire doelomschrijving van de Stichting.
- 4.8. De Stichting heeft volgens artikel 2 van haar statuten (hierna: de **Statuten**) (**Productie E-17**) onder meer ten doel:
- “het verbeteren van toegang tot, en verminderen van de wachttijden voor psychiatrische en psychologische behandeling/zorg en het verbeteren van de (rechts-)positie en belangen van premiebetalers op de wachtlijst voor deze behandeling, door onder andere handhaving van de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars en het al dan niet in rechte optreden namens de stichting en/of betrokken patiënten en/of zorgverleners.”
- 4.9. De Stichting tracht haar doel onder meer te bereiken door, verkort en samengevat:
- “bij te dragen aan publieke en politieke bewustwording van de schadelijke gevolgen van de lange wachttijden voor psychiatrische behandeling;
het motiveren van degenen die als taak hebben toegankelijkheid van het psychiatrisch aanbod te bewaken;
het verlenen van voorlichting en advies en het voeren van procedures in het kader van de doelstellingen.”
- 4.10. De Stichting heeft indachtig haar ANBI-status geen winstoogmerk en werkt op basis van subsidies, donaties en andere verkrijgingen en baten (artikel 3 Statuten).
- 4.11. De Stichting houdt zich sinds haar oprichting in 2024 – en haar voorganger sinds 2022 – feitelijk bezig met de behartiging van het voornoemde statutaire belang. Ter toelichting merkt de Stichting daarover het navolgende op.
- 4.12. Sinds maart 2022 brengt de Stichting, toen nog als “Actiegroep Red de GGZ”, de problematiek onder de aandacht van de politiek. Als eerste vroeg zij concreet aandacht voor de dreigende sluiting van een aantal cruciale, hoog specialistische psychiatrische klinieken naast een effectieve aanpak van de groeiende wachtlijsten, die met de sluitingen onnodig verder zouden groeien.

- 4.13. Op 31 mei 2022 bood de actiegroep aan Tweede Kamerleden een petitie¹³⁸ aan met het verzoek om bovengenoemde sluitingen te voorkomen en de wachtlijsten effectief aan te pakken, maar de minister kon de sluitingen naar eigen zeggen in het debat dat erop volgde, niet voorkomen.¹³⁹ De sluitingen kregen aandacht in diverse media, waaronder het programma Pointer, die de actiegroep volgde naar het gesprek met minister Helder.¹⁴⁰ Dit werd gevolgd door een bezoek van de minister aan één van de met sluiting bedreigde psychiatrische afdelingen. Er volgden gesprekken met de directies van zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis, met de NZa, met ambtenaren van het Ministerie van VWS. De NZa onderzocht vervolgens de omstandigheden rond de sluitingen en bracht een rapport hierover uit.¹⁴¹ De actiegroep voerde gesprekken met diverse Kamerleden, die leidden tot het indienen van moties¹⁴² en het stellen van Kamervragen¹⁴³ over de sluitingen van hoog specialistische GGZ-klinieken en de groeiende wachtlijsten. Tevens werd de actiegroep uitgenodigd om deel te nemen aan een Rondetafelgesprek met de Vaste Kamercommissie van VWS op 22 februari 2023.¹⁴⁴
- 4.14. Helaas werden de moties om de klinieken open te houden en de wachtlijsten effectief aan te pakken steevast ontraden door minister Helder, die aangaf niet in de positie te verkeren om er iets aan te doen en voortdurend verwees naar “partijen” die het “samen” zouden moeten oplossen. Zij doelde dan op zorgverzekeraars, GGZ-instellingen en de NZa. En minister Kuipers zag destijds geen reden om aanpassingen voor te stellen in het bekostigingssysteem, ondanks de gesignaleerde nadelige effecten voor de specialistische GGZ.

¹³⁸ Red de GGZ! Ministers, stop de onderfinanciering van de specialistische GGZ

(<https://campagnes.degoedezaak.org/campaigns/red-de-ggz>).

¹³⁹ Minister kan sluiting van specialistische ggz-klinieken niet voorkomen (<https://nos.nl/artikel/2430965-minister-kan-sluiting-van-specialistische-ggz-klinieken-niet-voorkomen>).

¹⁴⁰ De GGZ-kliniek in nood | KRO-NCRV (<https://pointer.kro-ncrv.nl/de-ggz-kliniek-in-nood>).

¹⁴¹ Rode dradenanalyse | Rapport | Rijksoverheid.nl

(<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/05/rode-dradenanalyse>).

¹⁴² Kamerstuk II, 2021-2022, 25 424, nr. 611 (motie Westerveld c.s. van 31 mei 2022), Kamerstuk II, 2022-2023, 25 424, nr. 654 (motie Van den Berg c.s. van 16 mei 2023) en Kamerstuk II, 2022-2023, 25 424, nr. 655 (motie Westerveld c.s. van 16 mei 2023).

¹⁴³ Tweede Kamer, schriftelijke vragen, 2022Z26410 (Westerveld 27 dec 2022), Tweede Kamer, schriftelijke vragen, 2023Z00470 (Westerveld 18 jan 2023) en Tweede Kamer, schriftelijke vragen 2023Z03565 (Westerveld, 28 feb 2023).

¹⁴⁴ De enorme stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis | Tweede Kamer der Staten-Generaal (https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2022A10078).

4.4.2 De Stichting is voldoende representatief (art. 3:305a lid 2 aanhef BW)

- 4.15. Artikel 3:305a lid 1 BW bepaalt tot slot dat de belangen van degenen waarvoor de Stichting opkomt voldoende dienen te zijn gewaarborgd. Artikel 3:305a lid 2 BW preciseert en versterkt deze eisen nader. De belangen zijn volgens deze bepaling voldoende gewaarborgd wanneer de stichting als belangenorganisatie voldoende representatief is, gelet op de achterban en de omvang van de vorderingen en de stichting voldoet aan een de eisen uit sub a t/m e.
- 4.16. Artikel 3:305a lid 6 BW bepaalt dat de rechter een rechtspersoon als bedoeld in lid 1, ontvankelijk verklaart, zonder dat aan de vereisten van lid 2, subonderdelen a tot en met e, en lid 5 hoeft te zijn voldaan, wanneer de rechtsvordering wordt ingesteld met een ideëel doel en een zeer beperkt financieel belang of wanneer de aard van de vordering van de rechtspersoon als bedoeld in lid 1 of van de personen tot bescherming van wier belangen de rechtsvordering strekt, daartoe aanleiding geeft. Bij toepassing van dit lid kan de rechtsvordering niet strekken tot schadevergoeding in geld.
- 4.17. De Stichting is een dergelijke rechtspersoon aangezien haar vordering een ideëel doel betreft en niet strekt tot schadevergoeding in geld. De Stichting hoeft dus niet te voldoen aan de vereisten zoals opgenomen in artikel 3:305a lid 2 sub a t/m e BW.
- 4.18. De Stichting voldoet ook aan de ontvankelijkheidsvereisten genoemd in artikel 3:305a lid 3, sub a t/m c BW. De bestuurders hebben geen winstoogmerk (sub a). De Stichting komt in deze procedure op voor personen die aanspraak maken op specialistische GGZ die valt onder de wettelijk verzekerde basiszorg in Nederland. Het merendeel van de personen tot bescherming van wier belangen de rechtsvorderingen strekken, zal dan ook hun gewone verblijfplaats in Nederland hebben. De rechtsvordering ziet daarmee op gebeurtenissen die in Nederland hebben plaatsgevonden. Hieruit volgt dan ook dat de collectieve vorderingen in de onderhavige procedure een voldoende nauwe band met de Nederlandse rechtssfeer hebben (sub b). De Stichting heeft de Staat bij brief van 22 oktober 2024 aansprakelijk gesteld.
- 4.19. De Stichting heeft de Staat daarbij uitgenodigd, althans uitdrukkelijk aangegeven beschikbaar te zijn voor overleg over de kwestie. Uit de eerste reactie van de Staat bij brief 5 december 2024 volgde dat een overleg om tot een eventuele minnelijke

regeling te komen niet realistisch was. Echter, de Staat heeft in zijn tweede reactie, bij brief van 18 juli 2025, de Stichting toch uitgenodigd om met hem in overleg te treden. Deze uitnodiging heeft de Stichting geaccepteerd en sinds oktober 2025 overlegt de Stichting regelmatig met ambtenaren van het Ministerie van VWS over het nemen van maatregelen die de wachttijden in de specialistische GGZ kunnen helpen terugdringen. Deze constructieve overleggen hebben echter tot op heden niet geleid tot concrete, uitvoerende maatregelen die de wachttijdenproblematiek voor de huidige groep patiënten die aangewezen zijn op specialistische GGZ (ten tijde van het uitbrengen van de dagvaarding) hebben verminderd. Daarom is de Stichting overgegaan tot het dagvaarden van de Staat, ondanks dat zij met de betrokken ambtenaren (vooralsnog) blijft overleggen over oplossingen voor de problematiek.

4.4.3 Conclusie ten aanzien van de (wettelijke) ontvankelijkheidsvereisten

- 4.20. Uit het voorgaande blijkt dat de Stichting ruimschoots voldoet aan de wettelijke ontvankelijkheidsvereisten die in artikel 3:305a BW worden gesteld. Zij verzoekt uw rechtbank dan ook haar ontvankelijk te verklaren in haar collectieve vorderingen.

4.5 Efficiëntie en effectiviteit van deze collectieve procedure

- 4.21. Ingevolge artikel 1018c lid 5 Rv gaat de rechtbank pas over tot de inhoudelijke behandeling van een collectieve vordering, wanneer eiser voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat het voeren van deze collectieve vordering efficiënter en effectiever is dan het instellen van een individuele vordering, doordat:
- a. de te beantwoorden feitelijke en rechtsvragen in voldoende mate gemeenschappelijk zijn,
 - b. het aantal personen tot bescherming van wier belangen de vordering strekt voldoende is, en
 - c. indien de vordering strekt tot schadevergoeding, zij alleen dan wel gezamenlijk een voldoende groot financieel belang hebben.
- 4.22. De collectieve vordering van de Stichting jegens de Staat is op bovengenoemde punten – waarbij punt c) niet relevant is aangezien de vordering niet strekt tot schadevergoeding – evident efficiënter en effectiever dan het instellen van individuele procedures. De aard van een ideële actie maakt dat deze bij uitstek collectief moet worden gevoerd en niet individueel. Dat de te beantwoorden feitelijke en rechtsvragen in voldoende mate gemeenschappelijk zijn en zich

zodoende voor bundeling lenen, heeft de Stichting al toegelicht in par. 4.4.1 van deze dagvaarding.

4.6 Verzoek om aanwijzing van Exclusieve Belangenbehartiger

- 4.23. De Stichting meent dat zij de meest geschikte partij is om te worden aangewezen als Exclusieve Belangenbehartiger.
- 4.24. Overeenkomstig artikel 1018e lid 1 Rv dienen bij de aanwijzing van de exclusieve belangenbehartiger alle omstandigheden van het geval in aanmerking te worden genomen, waaronder in ieder geval:¹⁴⁵
- a. de omvang van de groep personen voor wie de eiser opkomt;
 - b. de grootte van het door deze groep vertegenwoordigde financiële belang;
 - c. andere werkzaamheden die de eiser verricht voor de personen voor wie hij opkomt in of buiten rechte;
 - d. eerdere door de eiser verrichte werkzaamheden of ingestelde collectieve vorderingen.
- 4.25. De Stichting meent dat zij op basis van voornoemde gezichtspunten geschikt is om als exclusieve belangenbehartiger te worden aangewezen.
- 4.26. Een relevante omstandigheid betreft andere werkzaamheden die de eiser verricht voor de personen voor wie zij opkomt in of buiten rechte. Volgens de wetgever kunnen die andere werkzaamheden bijvoorbeeld zien op het optreden als spreekbuis voor benadeelden of andere activiteiten op basis waarvan juist deze belangenbehartiger in beeld komt om voor de hele groep personen op te treden.¹⁴⁶
- 4.27. Hierboven is de Stichting ingegaan op enkele activiteiten die zij en haar voorganger hebben ontplooid (rnr. 4.11 t/m 4.14). Verder kan nog worden gewezen op onder meer de volgende activiteiten (voor een actueel en volledig overzicht wordt verwezen naar de website van de Stichting):
- Het leveren van een inhoudelijke inbreng voor het Voorjaarsnotadebat 2025 en het debat van de Vaste Kamercommissie van VWS (beide op 18 juni 2025).
Daarin heeft de Stichting aanbevelingen aangereikt voor een effectieve aanpak

¹⁴⁵ Artikel 1018e lid 1 sub a t/m b Rv.

¹⁴⁶ Kamerstuk II, 2016-2017, 34 608, nr. 3, p. 43.

van de wachtlijsten, namelijk het alsnog uitvoeren van het advies van Schut, Van der Geest en Varkevisser uit 2005, voorafgaand aan de invoering van de gereguleerde marktwerking in de zorg.¹⁴⁷ Zij adviseerden toen al het bekostigen van psychiatrische behandeling door het Rijk.

- Verschillende publieksacties om het wachtlijstenprobleem onder de aandacht te brengen (demonstraties, flyer, posters uitdelen, hardloopevenementen, interviews in TV-programma's Kassa en Radar, het Financiële Dagblad, De Telegraaf, populair medisch magazine Arts & Auto, magazine voor beleidsmakers in de zorg Zorgvisie, dagblad De Telegraaf, artsenvakblad Medisch Contact).

- 4.28. Weging van de bovenstaande factoren, leidt tot de slotsom dat de Stichting de meest geschikte partij is om door uw rechtbank als exclusieve belangenbehartiger te worden aangewezen.

4.7 Aantekening in het Centraal register voor collectieve vorderingen

- 4.29. De Stichting zal niet alleen de dagvaarding ter griffie indienen, maar daarvan gelijktijdig aantekening laten maken in het centraal register voor collectieve acties.

5. VERWEREN VAN DE STAAT

- 5.1. Bij brief van 5 december 2024 heeft de Staat een eerste reactie gegeven op de brief van eiseres van 22 oktober 2024 waarin zij de Staat aansprakelijk heeft gesteld voor het onrechtmatige handelen jegens volwassenen die langer dan de algehele Treeknorm van 14 weken op de wachtlijst staan voor specialistische GGZ (Productie E-2). Bij brief van 18 juli 2025 heeft de Staat een tweede reactie gegeven (Productie E-4), naar aanleiding van de brief van de Stichting van 8 april 2025. Daarin stelt de Staat dat hij zijn eerdere standpunt niet herziet, maar wel graag met de Stichting in gesprek gaat.
- 5.2. Hieronder behandelt de Stichting het verweer van de Staat in zijn eerste reactie en voor zover aanvullend relevant ook in zijn tweede reactie.

¹⁴⁷ Schut, Van der Geest en Varkevisser, Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, april 2005.

5.1 Treeknormen

- 5.3. De Staat erkent dat in de specialistische GGZ wachtlijsten bestaan die de algehele Treeknorm van 14 weken overschrijden. De Staat onderkent naar eigen zeggen ook de "lastige positie" waarin de belanghebbenden, waarvoor eisers opkomt, verkeren en de zorgen waarmee dat gepaard gaat. De Staat is echter van oordeel dat er geen sprake is van een normschending die kan leiden tot zijn aansprakelijkheid. Daartoe voert de Staat primair aan dat de Treeknorm een "streefnorm" of "richtlijn" is die door het veld zelf is opgesteld. Het is, aldus de Staat, geen norm die verankerd is in wetgeving en door individuele cliënten (in rechte) kan worden afgedwongen. Volgens de Staat proberen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan deze richtlijn te houden om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen.

5.1.1 Reactie Stichting

- 5.4. Dit eerste verweer van de Staat snijdt geen hout. Het klopt dat de Treeknormen tot stand zijn gekomen in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar vast staat ook, zoals de Stichting hierboven in par. 2.1.3 al heeft opgemerkt, dat de Staat (het Ministerie van VWS) deze normen mede heeft ondertekend (geformaliseerd) en dat de overheid de Treeknormen als ijkpunt voor beleid nemen.¹⁴⁸ De Treeknormen zijn daardoor inroepbaar ten overstaan van de Staat, wat te meer geldt wanneer de overschrijdingen van die normen een structureel en langdurig karakter hebben. Dat niet alleen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook de centrale overheid zich richt op, en heeft gecommitteerd aan, de Treeknormen wordt in heldere taal bevestigd in het Bestuurlijk Akkoord (Productie E-14). Onder paragraaf 3.9 "Aanpak wachttijden" wordt onder (b) vermeld:

"Alle ondertekenaars [waaronder destijds de staatssecretaris van VWS] van deze bestuurlijke afspraken zijn gecommitteerd om de wachttijden op zo kort mogelijke termijn terug te brengen. Partijen intensiveren hun inspanningen totdat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen vallen."

¹⁴⁸ Zie NZa-Beleidsregel, p. 18 (Productie E-5).

- 5.5. Uit het bovenstaande citaat volgt dat de Treeknormen niet zomaar streefnormen zijn, maar een daadwerkelijke doelstelling en/of concreet te bereiken doel vormen.
- 5.6. Bovendien doet het standpunt van de Staat geen afbreuk aan het feit dat de Treeknormen bepalend zijn voor de vraag of iemand zorg krijgt waarop hij redelijkerwijs is aangewezen en daarvoor op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd. De normen zijn immers de vastlegging van de grens tussen aanvaardbare en problematische wachttijden en de Staat heeft nooit publiekelijk die normstelling betwist.
- 5.7. Gelet op het bovenstaande kan de Staat zich niet verschuilen achter de eventuele verplichtingen en/of inspanningen van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de wachttijden in de specialistische GGZ binnen de Treeknormen te brengen en te houden. De Staat onderschrijft die normen en heeft in elk geval vanaf het moment dat hij het Bestuurlijk Akkoord heeft ondertekend een eigen civielrechtelijke verantwoordelijkheid om de wachttijden in de specialistische GGZ binnen de Treeknormen te brengen en te houden. Daarbij komt dat op de Staat (in hoedanigheid van stelselverantwoordelijke van het basiszorgstelsel) de grondwettelijke verplichting rust om hetgeen het basiszorgstelsel beoogt te waarborgen ook daadwerkelijk te beschermen.
- 5.8. De Stichting zou nog mee kunnen gaan in een verweer dat luidt dat "een enkele of tijdelijke overschrijding van de Treeknormen" niet kan leiden tot aansprakelijkheid van de Staat. Alleen is van die situatie anno 2026 geen sprake: de Treeknormen worden structureel en langdurig overschreden. En de maatregelen die de Staat tot heden heeft genomen, hebben niet geleid tot het significant terugdringen van de wachttijden binnen de Treeknormen in de specialistische GGZ. Dus ook als de Staat zich op het standpunt zou stellen dat de Treeknormen ten hoogste een inspanningsverplichting voor hem meebrengen, dan nog volgt uit de feiten dat de Staat als stelselverantwoordelijke (en onderschrijver van de Treeknormen) te weinig inspanning levert om de normen te halen. Dit geldt te meer nu vaststaat dat de wachttijden voor specialistische GGZ, sinds de Staat bekend is met de problematiek, zijn toegenomen en niet afgenomen. In paragraaf 5.3.1 geeft de Stichting een reactie op de initiatieven die de Staat onderneemt.

5.2 Oorzaken van de wachttijden

- 5.9. Volgens de Staat zijn de wachttijden in de specialistische GGZ een complex probleem. De Staat neemt het navolgende standpunt daarover in (p. 2 brief van 5 december 2024):

“Oorzaken zijn onder meer een toenemende vraag naar gespecialiseerde ggz, een toenemend aantal verwijzingen naar de ggz (vanuit de huisarts) en een tekort aan zorgpersoneel. Ook de vergrijzing, de nasleep van de coronapandemie en het hoge ziekteverzuim spelen een rol bij de verminderde toegang tot de zorg. De wachttijden hebben, kortom, vele uiteenlopende oorzaken en daarmee zijn oplossingen op meerdere fronten nodig, hetgeen niet eenvoudig te realiseren is. Het vraagstuk vraagt en krijgt daarom inzet van partijen, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en gemeenten en niet alleen van de Staat.

[...] Naast financiële prikkels identificeert de Algemene Rekenkamer ook andere factoren die bijdragen aan de wachttijden, zoals verkeerde financiële prikkels, beperkte capaciteit binnen instellingen en moeizame uitstroom. Deze bevindingen onderstrepen dat het probleem van de wachttijden in de ggz complex is en niet enkel door financiële middelen kan worden opgelost. Er is een integrale aanpak nodig die zowel de financiële structuren als de organisatorische en capaciteitsgerelateerde aspecten adresseert. Dit werd in 2024 wederom bevestigd.”

5.2.1 Reactie Stichting

- 5.10. Dat de wachttijdenproblematiek complex is, ontkent de Stichting niet. De Stichting betwist wel dat een toenemende vraag naar specialistische GGZ een belangrijke oorzaak van de problematiek is. Allereerst wordt “zorgvraag” niet gedefinieerd in de reactie van de Staat en is daarmee onduidelijk wat ermee wordt bedoeld. Daarentegen is wel duidelijk dat de behandelcapaciteit, juist in het onderdeel waarvoor problematische wachtlijsten bestaan, sterk is gekrompen: in 2012 werden er jaarlijks ongeveer 165.000 volwassenen méér behandeld in de specialistische GGZ dan in 2021. Was deze capaciteit nu nog voorhanden geweest, dan zouden er geen wachtlijsten van betekenis zijn geweest. Ditzelfde geldt voor het toenemend aantal verwijzingen door de huisarts: kennelijk leidt dit niet tot een toename van het aantal behandelde volwassenen in de specialistische GGZ. Een oorzaak voor het

toegenomen aantal verwijzingen zijn mogelijk juist de wachtlijsten: huisartsen klagen erover dat zij een patiënt vaak meermaals moeten verwijzen vanwege de vele afwijzingen door GGZ-aanbieders als gevolg van de wachtlijsten. Wat betreft het tekort aan zorgpersoneel: in absolute zin zijn er ruimschoots voldoende GGZ-professionals (ook in opleiding). De minister van Langdurige Zorg en Sport erkent dit feit (zie hierboven par. 2.4.3). Vergrijzing van personeel kan dus geen verklaring zijn voor de groeiende wachtlijsten. Maar ook vergrijzing onder patiënten is dat niet, om een trieste reden: patiënten met ernstige psychische aandoeningen leven 15 tot 20 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander.¹⁴⁹ In de ouderenpsychiatrie speelt dan ook geen wachttijdenproblematiek. De coronapandemie lijkt een gelegenheidsargument: de groei van de wachtlijsten dateert al van ver daarvoor. Voor de "moeizame uitstroom" wordt geen feitelijke onderbouwing aangereikt. De krimp van de jaarlijkse specialistische GGZ-behandelcapaciteit van 165.000 volwassenen tussen 2012 en 2021 duidt juist op het omgekeerde.

- 5.11. Wat betreft de 'andere factoren' die Algemene Rekenkamer heeft geïdentificeerd merkt de Stichting op dat het in de macht van de Staat en zijn exclusieve bevoegdheden ligt om de negatieve impact van die factoren, te beperken. De Staat is als stelselverantwoordelijke immers verantwoordelijk en bij machte om de verkeerde financiële prikkels uit het stelsel weg te nemen. Hetzelfde geldt voor de beperkte capaciteit binnen instellingen; de Staat stond aan de wieg van die problemen met zijn beleid gericht op het afschalen van klinische zorg en het onvoldoende tot stand brengen van ambulantisering.

5.3 Initiatieven die de Staat neemt

- 5.12. De Staat lijkt niet te ontkennen dat op hem verplichtingen rusten als stelselverantwoordelijke. In zijn reactie bespreekt de Staat diverse maatregelen en initiatieven die hij heeft genomen om de wachtlijstenproblematiek aan te pakken (pagina 3 t/m 6 van zijn brief van 5 december 2024 en later ook in zijn brief van 18 juli 2025, pagina 2 t/m 6).
- 5.13. Allereerst wijst de Staat erop dat de NZa toezicht houdt op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. In het kader van die zorgplicht zijn

¹⁴⁹ D. Cohen, Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting, in: Huisarts en Wetenschap van 7 januari 2015 (https://www.henw.org/artikelen/een-ernstige-psychiatrische-aandoening-verkort-de-levensverwachting?toegangscodes=GQg-n_rMsoJS1jc4sdap073wAbL0IvK9psyiPFqUd-7d&utm_source=directmail&utm_medium=email&utm_campaign=paywall).

zorgverzekeraars sinds 2018 verplicht om wachttijdbemiddeling aan hun verzekerden aan te bieden wanneer de Treeknorm wordt overschreden. En in 2024 heeft de NZa twee formele maatregelen genomen tegen zorgverzekeraars die hun zorgplicht niet nakwamen met betrekking tot het in beeld krijgen van de knelpunten in het aanbod, de acties die zij daarop namen en het evalueren en bijstellen van deze acties.

- 5.14. Vervolgens wijst de Staat op de initiatieven van de *Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz*, die zijn gericht op een regionale aanpak. Uit een evaluatie van de NZa en IGJ zou volgen dat die initiatieven een positieve uitwerking hebben gehad.
- 5.15. Ook wijst de Staat op het sinds 2022 in het leven geroepen Integraal Zorgakkoord (IZA). Via het IZA bevordert de Staat, naar eigen zeggen, samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten teneinde de wachttijden terug te dringen. En de Staat stimuleert (onder meer met een investering van € 162 miljoen) digitalisering in de GGZ om de toegankelijkheid te verbeteren en wachttijden te verkorten. Ook noemt de Staat de aanvullende afspraken die hij in 2025 met de diverse stakeholders heeft gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (hierna: **AZWA**).
- 5.16. De Staat erkent dat de verlaging van het budget een reactie was op de onderschrijding van € 300 miljoen in 2017, maar dat tot 2019 de curatieve GGZ-uitgaven ruim binnen het GGZ-kader bleven; volgens de Staat was er sprake van 'onderuitputting' (d.i. een andere term voor onderschrijding) en is daarom het GGZ-kader verlaagd. Maar sinds de uitgaven en overschrijdingen binnen de GGZ weer toenemen, stelt de Staat extra geld beschikbaar voor het terugdringen van de wachttijden. In het AZWA is afgesproken dat het macrokader GGZ vanaf 2027 structureel opwaarts wordt bijgesteld met € 202 miljoen. Ook verwacht de Staat dat het nieuwe bekostigingsmodel – het Zorgprestatiemodel, ZPM – de wachttijden kan verkorten.
- 5.17. De Staat merkt overigens op dat geld alleen niet de oplossing van de problematiek is, want ook met het budgetniveau van vóór 2019 waren er wachttijden in de specialistische GGZ die de Treeknorm overschreden.
- 5.18. In de brief van 18 juli 2025 (p. 4 bovenaan) wijst de Staat wel op een belangrijke – voorgenomen – maatregel, namelijk dat hij "prikkel" wil verbeteren. "Het huidige bekostigingssysteem bevat prikkels die ertoe leiden dat zorgaanbieder

liever mensen met lichtere problematiek behandelen, omdat dat financieel aantrekkelijk is. Om dit te doorbreken, wil de staatssecretaris een aantal stelselprikkelels aanpassen.”

5.3.1 Reactie Stichting

- 5.19. In de dagvaarding is de Stichting uitvoerig ingegaan op de onderschrijdingen. De onderschrijdingen ontstonden niet in een goed functionerend contracteringssysteem waarin jaarlijks voldoende zorg werd ingekocht. Integendeel, de onderschrijdingen waren juist het gevolg van een falend contracteringssysteem, zoals uiteengezet in par. 2.4.1. Zo droegen onjuiste financiële prikkels in de risicoverevening bij aan beperkte inkoop door zorgverzekeraars van relatief dure, hoogspecialistische behandeling. Tevens legden verzekeraars aan zorgaanbieders zodanig lage omzetplafonds op, dat het voor de aanbieder riskant is om complexe, ernstig zieke patiënten in behandeling te nemen. Hierdoor wordt het omzetplafond namelijk sneller bereikt en vervolgens overschreden, met navorderingen tot gevolg.¹⁵⁰ De Staat is als stelselverantwoordelijke verplicht om in die situatie maatregelen te nemen die dat systeemfalen kunnen herstellen. Het argument van de Staat dat er ook vóór 2019 al wachttijden in de specialistische GGZ waren die de Treeknorm overschreden, gaat volledig voorbij aan de enorme groei van het aantal wachtenden, langer dan de Treeknorm: ruim een verdrievoudiging tussen 2009 en 2024.
- 5.20. De Stichting ontkent niet dat de Staat aandacht heeft voor de wachttijdenproblematiek en dat hij diverse initiatieven onderneemt, en maatregelen treft, om die problematiek aan te pakken. Deze initiatieven en maatregelen sorteren echter ontoereikend effect: de wachttijden zijn in de periode 2017 tot ultimo 2025 niet geslonken. Bij gebreke van accurate openbare data mag ervanuit worden gegaan dat het aantal volwassenen dat langer dan de Treeknormen wacht op specialistische GGZ vooralsnog niet of nauwelijks is afgenomen.
- 5.21. Het succes van de initiatieven hangt verder in belangrijke mate af van de kennis die de Staat heeft over (i) de omvang van de problematiek (hoeveel wachtenden), (ii) binnen welke EPA-aandoeningen de problematiek in welke mate plaatsvindt, en (iii)

¹⁵⁰ Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, p. 68 en p. 72 (Productie E-7) en Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019), Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving p. 50 (https://onderzoeksraad.nl/wp-content/uploads/2023/11/20183461_rapportage_psychiatrische_aandoeningen_epa_interactief_190405.pdf).

in welke regio's dit in welke mate afspeelt. Zonder deze kennis kunnen er, naar het oordeel van de Stichting, geen effectieve en/of gerichte maatregelen worden getroffen om de wachttijdenproblematiek aan te pakken. Helaas heeft de Stichting echter geen bronnen kunnen vinden waarin deze vragen worden beantwoord en het heeft er alle schijn van dat de Staat dan ook geen idee heeft wat die antwoorden zijn, anders dan dat de problematiek bestaat en aanzienlijk is. Dit kan een verklaring zijn waarom de initiatieven en maatregelen tot op heden geen of nauwelijks effect hebben gehad, of ontoereikend zijn gebleken.

- 5.22. Dat de Staat het voornemen heeft om een aantal "stelselprikkels" aan te passen, zou tot enig optimisme moeten leiden, ware het niet dat de NZa heeft aangegeven vooralsnog geen advies hierover te kunnen uitbrengen (zie par. 2.2.1). Daarbij komt dat de Staat de voorgenomen aanpassing, naar het oordeel van de Stichting, veel te beperkt wil inzetten, namelijk alleen voor een klein onderdeel van de "cruciale ggz" (t.w. HIC en IHT) en niet voor de (gehele) specialistische GGZ en in het bijzonder de EPA-patiënten die het zwaarst worden getroffen door de wachttijdenproblematiek.

5.4 De Staat is niet aansprakelijk op grond van verplichtingen die voortvloeien uit onder meer artikel 2 EVRM en artikel 12 IVESCR

- 5.23. Ten aanzien van artikel 2 EVRM stelt de Staat zich op het standpunt dat hij een beleids- en beoordelingsruimte ("margin of appreciation") heeft om aan zijn positieve verplichtingen te voldoen op grond van dat artikel.
- 5.24. Wat betreft de toepassing van artikel 12 IVESCR stelt de Staat in de eerste plaats dat dit artikel in Nederland geen directe werking heeft, en in de tweede plaats dat het bovendien geen absolute verplichting oplegt om direct en volledig toegang tot gezondheidszorg te garanderen. En in de derde plaats, volgens de Staat, erkent General Comment No. 14 expliciet dat directe volledige verwezenlijking van 'recht op gezondheid' niet haalbaar is. Het verplicht de Staat slechts om naar vermogen verbeteringen door te voeren, afhankelijk van de beschikbare middelen. De Staat stelt zich op het standpunt dat hij aan deze verplichting voldoet.
- 5.25. In zijn tweede reactie benadrukt de Staat dat uit het EVRM en het IVESCR geen absolute rechten op onmiddellijke toegang tot specifieke vormen van zorg voortvloeien. "Zolang de Staat aantoonbaar en doelgericht maatregelen treft om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren, handelt hij binnen de grenzen van zijn verdragsrechtelijke verplichtingen. Juist de huidige actieve inzet geeft invulling aan

de verantwoordelijkheid die de Staat wél draagt binnen het bestaande zorgstelsel.”
Waarvan de Staat toevoegt: “dat er tijd nodig is om effecten te zien van de getroffen maatregelen.”¹⁵¹

5.4.1 Reactie Stichting

- 5.26. De door de Stichting genoemde internationale (mensenrechten) verdragen leggen de Staat positieve verplichtingen op als het gaat over het effectueren van een recht op (gezondheids)zorg, waarbij de Nederlandse grondwet die internationale verdragen incorporeert binnen het toepasselijke Nederlandse gezondheidsrecht en daarmee de Staat verplicht om passende maatregelen te treffen als zijn ingezetenen reëel en direct gezondheidsrisico's (dreigen) te lopen en de Staat daarvan op de hoogte is.¹⁵²
- 5.27. Allereerst merkt de Stichting met betrekking tot de door de Staat veronderstelde beleids- en beoordelingsruimte op dat deze *margin of appreciation* in de context van de wachttijdenproblematiek in de specialistische GGZ, gelet op de aard en ernst van de gevolgen daarvan voor patiënten, beperkter is als het gaat om de vraag of tegen de gevolgen van die wachttijdenproblematiek opgetreden moet worden. Staten hebben een ruimere beoordelingsmarge als het gaat om de keuze tussen verschillende middelen om het doel te behalen (het hoe).¹⁵³
- 5.28. De directe werking van de economische en sociale grondrechten (zoals artikel 12 IVESCR), en van mensenrechten in het algemeen, is niet in steen gebeiteld. Het is dus niet iets dat je *in abstracto*, maar *in concreto* vaststelt. Per geval moet worden bekeken of de norm in een voorliggende situatie kan worden toegepast.

¹⁵¹ Staat, brief van 18 juli 2025, p. 6 onderaan en p. 7 bovenaan ([Productie E-4](#)).

¹⁵² In gelijke zin: Hoge Raad 20 december 2019, Staat tegen Stichting Urgenda, ECLI:NL:HR:2019:2006. En in dit verband is ook de uitspraak van het EHRM in de zaak *Fedulov tegen Rusland* nomenswaardig (EHRM 8 oktober 2019, ECLI:CE:ECHR:2019:1008JUD005306808). In deze zaak oordeelde het EHRM dat wanneer een patiënt volgens de nationale wetgeving recht heeft op zorg, een staat zich niet kan beroepen op budgettaire beperkingen om niet te voldoen aan zijn verplichtingen om de zorg te verlenen waar de patiënt recht op heeft. Het EHRM oordeelde in het bijzonder dat, hoewel staten een ruime beoordelingsmarge hebben bij het verlenen van gezondheidszorg en het opzetten van een stelsel van sociale zekerheid in het bijzonder, en hoewel het heel goed mogelijk is dat wetgeving rond sociale zekerheid kan worden gewijzigd, staten, zodra een bepaald kader is vastgesteld, verplicht zijn te verlenen wat dat kader voorschrijft.

¹⁵³ Vgl. EHRM 9 april 2024, no. 53600/20 (Verein KlimaSeniorinnen Schweiz e.a./Zwitserland), rov. 543, en ook bijv. Gerechtshof Den Haag, ECLI:NL:GDHA:2018:2591 (Urgenda), rov. 42 (in cassatie bekrachtigd).

- 5.29. De Staat lijkt, blijkens zijn eerste reactie, nog vast te zitten in het dogmatische narratief dat die sociale grondrechten en internationale economische en culturele rechten geen directe werking hebben. Maar in de (internationale) rechtspraktijk bestaat dit dogma niet. De toepassing van die fundamentele rechten is relatief; rechters beoordelen per geval hoe je ernaar moet kijken. Dus toetsbaarheid, directe werking, en *justiciability* van deze rechten is contextueel afhankelijk (waarbij progressieve realisatie en non-discriminatie belangrijke uitgangspunten zijn).¹⁵⁴
- 5.30. De wachttijdenproblematiek bestaat (in haar majeure omvang) al sinds 2017 en geeft aanleiding tot politieke en bestuurlijke interventie; GGZ-instellingen luiden al geruime tijd de noodklok voor de ernstige gezondheidsschade ten gevolge van extreme wachttijden. Het probleem wordt ook onderkend door diverse instanties, waaronder de IGJ, het Trimbos-instituut, de NZa, het Zorginstituut en diverse universiteiten. Er is sprake van een langdurig en structureel organisatorisch en financieel probleem. Klaarblijkelijk schiet het bestaande regulatoire kader tekort om onmiddellijke oplossingen te bieden.
- 5.31. “Dat er tijd nodig is om effecten te zien van de getroffen maatregelen” is een onbegrijpelijk antwoord in het licht van de feiten, die onder meer uitwijzen dat vanaf 2017 door opeenvolgende bewindspersonen maatregelen worden aangekondigd om de wachttijdenproblematiek het hoofd te bieden. Niets heeft tot het gewenste – en vanuit mensenrechtelijk perspectief gezien: noodzakelijke – resultaat geleid. De Staat heeft consequent verzaakt op zijn gestelde doelen en ambities, en het nemen van effectieve maatregelen op z’n beloop laten gaan.
- 5.32. Alle ingrediënten voor adequaat overheidsoptreden zijn aanwezig. Het beeld echter dat door de jaren heen is ontstaan, is dat van een weinig doortastend optreden van de Staat. De gepleegde inspanningen van de Staat zijn in elk geval ontoereikend gebleken om de wachttijdenproblematiek op te lossen en/of ter mitigeren en daarmee de gezondheidsschade aan de betrokkenen weg te nemen of drastisch te beperken. Nu de Staat nalaat om meer regie en maatregelen te nemen teneinde de wachttijdenproblematiek effectief aan te pakken en hierdoor de gezondheidsschade voor zijn burgers laat voortbestaan, is de Stichting van oordeel dat de Staat voor

¹⁵⁴ Zie Committee on Economic and Cultural Rights, General Comment 14, par 31: “[...] progressive realization means that States parties have a specific and continuing obligation to move as expeditiously and effectively as possible towards the full realization of article 12.”

die problematiek aansprakelijk is voor alle geleden en nog te lijden gezondheidsschade.

6. BEWIJSMIDDELEN EN BEWIJSAANBOD

- 6.1. Ter onderbouwing van haar stellingen verwijst de Stichting naar de in deze dagvaarding genoemde en overgelegde Producties E-1 tot en met E-17.
- 6.2. De Stichting meent haar stellingen met deze bewijsstukken genoegzaam te hebben onderbouwd, maar biedt hierbij aan om haar stellingen, voor zover zij op grond van artikel 150 Rv daartoe is gehouden, nader te bewijzen door alle middelen rechtens, waaronder door het horen van getuigen of deskundigen, bijvoorbeeld een of meer van de geïnterviewde personen in Productie E-11, dan wel deskundigen die anderszins kunnen verklaren over het functioneren van de (huidige) inkoopordening van specialistische GGZ.

7. BEVOEGDHEID RECHTBANK DEN HAAG

- 7.1. Aangezien de Staat zijn zetel heeft in Den Haag, is de rechtbank Den Haag, locatie Den Haag op grond van artikel 99 Rv de bevoegde rechter om van de vorderingen kennis te nemen.

8. PETITUM

De Stichting verzoekt de rechtbank bij vonnis, voor zover mogelijk uitvoerbaar bij voorraad:

- i) Te verklaren voor recht dat de Staat jegens de Nauw Omschreven Groep mensenrechten heeft geschonden, als bedoeld in artikel 2 EVRM en/of artikel 6 IVBPR en/of artikel 2 Handvest en/of artikel 12 IVESCR en/of artikel 11 ESH en/of artikel 35 Handvest.
- ii) Te verklaren voor recht dat de Staat, door het schenden van een of meer van de onder (i) genoemde bepalingen, onrechtmatig heeft gehandeld in de zin van artikel 6:162 BW.
- iii) De Staat, op grond van artikel 3:296 BW, te gebieden maatregelen te treffen die het aanbod van specialistische GGZ door niet-gecontracteerde aanbieders op

redelijke voorwaarden beschikbaar maakt voor patiënten uit de Nauw Omschreven Groep die, na verwijzing, langer dan 14 weken wachten voordat zij in behandeling kunnen worden genomen, dit binnen een in goede justitie nader te bepalen termijn.

- iv) De Staat, op grond van artikel 3:296 BW, te gebieden maatregelen te treffen, aanvullend op de reeds bestaande maatregelen, die de wachttijden voor de Nauw Omschreven Groep binnen de Treeknormen brengen, dit binnen een in goede justitie nader te bepalen termijn.
- v) De Staat te veroordelen om de kosten van dit geding inclusief de nakosten aan de Stichting te voldoen binnen zeven dagen na dagtekening van het vonnis, onder bepaling dat indien de gedingkosten niet binnen genoemde termijn zijn voldaan, hierover vanaf de achtste dag wettelijke rente verschuldigd is.

PRODUCTIEOVERZICHT

Productie	E-1	Stichting, brief van 22 oktober 2024, aansprakelijkstelling Staat voor wachttijdsten specialistische GGZ
Productie	E-2	Staat, brief van 5 december 2024, reactie op aansprakelijkstelling Staat voor wachttijden specialistische GGZ
Productie	E-3	Stichting, brief van 8 april 2025, reactie op brief van VWS van 5 december 2025
Productie	E-4	Staat, brief van 18 juli 2025, reactie op brief van Stichting van 8 april 2025
Productie	E-5	NZa beleidsregel de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw – TH/BR-025
Productie	E-6	Publicaties over gevolgen van risicoverevening in de specialistische GGZ
Productie	E-7	Algemene Rekenkamer, Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (2023), hoofdstuk 5, Den Haag: 2024
Productie	E-8	Ph. Delespaul en Consensusgroep EPA, Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland, 2013, Overzichtsartikel, Tijdschrift voor Psychiatrie 55 (2013) 6, pp. 427-438
Productie	E-9	Algemene Rekenkamer, Geen plek voor grote problemen – Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz, Den Haag: juni 2020
Productie	E-10	NZa Informatiekaarten
Productie	E-11	Stichting, verslaglegging van afgenomen interviews
Productie	E-12	NIVEL, Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel (factsheet), Utrecht: 2025

COUPRY

Productie	E-13	Trimbos-instituut, In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz, Utrecht: 2024
Productie	E-14	Bestuurlijk akkoord GGZ 2019 - 2022
Productie	E-15	Kamerstuk II, 20 september 2017, nr. 9, Behandelstops in de ggz, blz. 2-9-1 t/m 2-9-11
Productie	E-16	Kamerstuk II, 2016-2017, 25 424, nr. 369
Productie	E-17	Stichting, statuten

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
Basiszorg	Wettelijk verzekerde basiszorg
Bestuurlijk Akkoord	Bestuurlijk akkoord GGZ 2019 - 2022
Stichting	Stichting Recht op GGZ
Staat	Staat der Nederlanden
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EPA	Ernstig Psychische Aandoening
ESH	Europees Sociaal Handvest
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Handvest	Handvest van de grondrechten van de Europese Unie
HIC	High & Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IHT	Intensive Home Treatment
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten
IZA	Integraal Zorgakkoord
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
UVRM	Universele verklaring van de rechten van de mens
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WAMCA	Wet afwikkeling massaschade in collectieve actie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zorginstituut	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet