

From: 5.1.2.e 5.1.2.e@gmail.com>
Date: Monday, March 23, 2026, 6:39 AM
To: 5.1.2.e <5.1.2.e@gmail.com>
Subject: Bijdrage over wachtlijstbeleid in de GGZ

Attachments:

GGZ wachtlijsten symtroom van een systeemprobleem 230326.pdf

LS,

Ter kennisgeving (zie bijlage).

Hartelijke groet,

5.1.2.e

GGZ-wachtljsten: symptoom van een systeemprobleem (1) (2)



Uit balans

IBO mentale gezondheid en ggz



Wachten op zorg binnen de GGZ is nog steeds een groot probleem nu is gebleken dat het aantal mensen dat wacht op professionele mentale zorg én de gemiddelde wachttijden in 2025 beiden opnieuw zijn gestegen ([hier](#)). Meer dan de helft van de ruim 100.000 mensen wacht langer dan de afgesproken maximale veertien weken van de Treeknorm. Dit aantal is het afgelopen jaar met 35 procent gestegen ([Analyse MIND/Radar, 16 februari 2026](#) + al [eerder](#)).

Onveranderd is ook [het feit](#) dat nog steeds juist de mensen die specialistische GGZ (S-GGZ) nodig hebben, c.q. de meest kwetsbaren ([EPA](#) + [Vektis Factsheet EPA, 16 januari 2026](#)) ook wel geduid als “complexe GGZ”, het langst moeten wachten ([hier](#) + [vergelijk blog, 2019](#)).

Begin deze maand rapporteerde het CBS over ontwikkelingen in fysieke en psychische gezondheid in Nederland ([CBS, 5 maart 2026](#)), waarbij het aandeel mensen met een minder goede psychische gezondheid is toegenomen van 11 procent in 2001 tot 18 procent in 2024. Een toename die vooral wordt gezien in de jongere leeftijdsgroepen tussen de 18 en 45 jaar. Of deze bevinding in negatieve zin bij gaat dragen aan wachtljsten, kan ik niet beoordelen. Maar dat het bij gaat dragen aan het opheffen van de actuele kloof tussen GGZ-vragen en GGZ-aanbod lijkt onwaarschijnlijk.

In twee blogs wordt geprobeerd een actueel toestandsbeeld te schetsen van wachten in de GGZ.

Item 1: wachten op GGZ-hulp: voor de burger als GGZ-zorgvrager

Dat een toenemend aantal burgers steeds langer op professionele mentale zorg moet wachten, is allereerst voor de getroffen en diens naasten een enorme last. Gemiddeld

GGZ-wachtljsten: symptoom van een systeemprobleem

wachten mensen nu zelfs al 24 weken op GGZ-zorg ([Trouw, 17 februari 2026](#)). Op een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen wachten mensen zelfs gemiddeld 32 weken. Het is verder schrijnend dat mensen met de meest dringende hulpvragen, het langst op hulp moeten wachten.

Nu is wachten op tijdige zorg kortdurend en incidenteel binnen een stelsel te begrijpen, maar langdurend en structureel wachten ([hier](#)) niet. Het recht op geïndiceerde zorg is wetmatig net zo fundamenteel als de stelselroute van verplicht verzekeren, tijdige premiebetaling, zorginkoop met resultaatverplichting, [toezicht](#) en handhaving bij deze inkoop.

Rechtszaak

Inmiddels werkt [Stichting Recht op GGZ](#) sinds oktober 2024 aan een rechtszaak ([hier](#)) tegen de Staat ([Medisch Contact, 16 februari 2026](#)). Het geduld lijkt op ([Volkskrant, 22 januari 2026](#)).

De aangekondigde rechtszaak is nodig om te toetsen of de verplichte premiebetaler bij de juiste verwijsindicatie recht heeft op tijdige hulp van de basisverzekering of niet ([hier](#))? Of wordt/is de realiteit dat de toezichthouder en/of zorgverzekeraar en/of het ministerie naar eigen inzicht mag besluiten hoe lang de burger op zorg uit de basisverzekering mag wachten. De rechtszaak wordt de eerste ultieme lakmoesproef in de GGZ van recht op tijdige zorg ([hier](#) + [blog/blog/blog/blog](#)).

In september 2025 was de concept-dagvaarding ([Coupry, 11 september 2025](#)) gereed. Citaat uit deze dagvaarding: *“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 s-GGZ een toerekenbare tekortkoming oplevert, en dat de Staat daarvoor aansprakelijk is en dienovereenkomstig gehouden is om die tekortkoming weg te nemen (einde citaat).”*

Naast al het wachten meldt de Stichting ook het feit dat jaarlijks zo'n 350 tot 400 mensen op de GGZ-wachtlIJst door suïcide om het leven komen ([hier/hier/hier](#)).

De Staat erkent vooralsnog de aansprakelijkheid niet ([hier](#)) en stelt zich op het standpunt dat het al diverse maatregelen treft om de problematiek op te lossen...

Eerste reacties van de Staat: ([bron/bron/bron](#))

De directeur-generaal Curatieve Zorg meldt: *“De wachttijden in de ggz zijn een feit, maar kunnen de Staat, kortom, niet worden verweten op grond van de door u genoemde wettelijke en verdragsrechtelijke bepalingen. Dat de Treeknorm wordt overschreden, betekent niet dat de Staat hier geen maatregelen tegen onderneemt. De Staat heeft, zoals hiervoor beschreven, aantoonbaar maatregelen genomen en blijft actief werken aan oplossingen. Van een schending van enige verplichting is dan ook geen sprake. Tegen die achtergrond kan de Staat niet aansprakelijk worden gehouden in de door u bepleite zin. Ik wijs aansprakelijkheid dan ook van de hand. Tot zover mijn reactie op uw brief. Ik merk hierbij voor de goede orde nog op dat ik mij in geval van een eventuele procedure alle feitelijke en juridische weren voorbehoud”.*

-----en-----

“De Staat ontkent niet dat in de (gespecialiseerde) ggz wachtlijsten bestaan die de Treeknorm van veertien weken overschrijden. Echter, in tegenstelling tot wat u schrijft,

GGZ-wachtlIJsten: symptoom van een systeemprobleem

betreft de Treeknorm een streefnorm die door het veld zelf is opgesteld. (...) Deze streefnorm is niet in rechte afdwingbaar.”

Inmiddels heeft de Staat de Stichting uitgenodigd voor een gesprek om gezamenlijk te verkennen welke aanvullende en passende oplossingsrichtingen mogelijk zijn. De Stichting pakt die handschoen op en zal concrete voorstellen aan de Staat doen. Mocht de Staat de juridische verantwoordelijkheid voor de ontstane wachttijdenproblematiek van de hand wijzen, dan zal, zo is te lezen, “de Stichting de concept-dagvaarding finaliseren en uitbrengen.”

Inzet van de Stichting is het al lang bestaande voorstel om de behandeling voor patiënten met een ernstige psychische aandoening vanuit een rijksbudget te bekostigen. Want, stelt de Stichting, vijf hoofdlijnakoorden sinds 2015 hebben het wachtlijstprobleem niet alleen niet opgelost, maar zelfs groter laten worden.

Treeknorm: streefnorm, maar met hoeveel vrijheid van handelen?

Dat de Treeknorm een streefnorm is, zoals het ministerie meldt (zie kader boven), klopt maar als er gemiddeld 24 weken op GGZ-zorg gewacht moet worden, is dat een zwak argument. Daarbij, op landgoed Den Treek ([blog](#)), zaten ook VWS en ZN destijds aan tafel. Dus neem je verantwoordelijkheid en laat de burger niet het slachtoffer worden van tripartite excuses (VWS als regisseur en wetgever + ZN namens verzekeraars als branche met inkoopplicht + NZa als handhaver van deze inkoopplicht).

Een hoogleraar gezondheidsrecht stelt inderdaad dat “deze streefnorm niet in rechte afdwingbaar is”, maar meldt ook “dat iets niet in rechte afdwingbaar is, niet betekent dat je het niet hoeft te doen ([FD. 6 mei 2025](#))” en dat “rechtens steeds meer begrijpen dat er wel degelijk harde verplichtingen bij horen, nu de regering en het parlement het nogal laten liggen.”

Zelf zou ik daar nog aan toe willen voegen dat een overheid zich aan de eigen wetten moet houden. In dit verband noem ik Artikel 11 [Zorgverzekeringswet](#) (regelt de zorgplicht van zorgverzekeraars) en Artikel 22 lid 1 van de [Grondwet](#) (De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid). Als er onvoldoende zorg wordt ingekocht en de meest kwetsbaren het langst moeten wachten, moet de overheid niet wegduiken, maar het probleem op eigen bord trekken. Stichting Recht op GGZ heeft met de aansprakelijkheidstelling groot gelijk!

Item 2: wachten op GGZ-hulp: voor de huisarts als verwijzer

GGZ is voor de huisarts basiszorg. Deze zorg wordt geleverd door het huisartsteam. Eerst wat cijfers (uit het Excelprogramma van Vektis)

Voorblad		Kosten		KostenIndex		Patiënten	
Jaar	Totaal	Geneeskundige ggz	Ggz via huisartsen	Ggz in wlz			
2017	1387	918	608	6			
2018	1426	938	635	5			
2019	1479	958	674	5			
2020	1450	945	658	5			
2021	1477	938	691	24			
2022	1466	905	713	28			
2023	1527	951	735	30			
2024	1574	978	765	32			

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Uit bovenstaande landelijke declaratiecijfers van Vektis ([Vektis GGZ Factsheet, 16 januari 2026](#)) blijkt dat van de totaal 1,57 miljoen burgers die in 2024 GGZ-zorg kregen er 765.000 (=43%) deze hulp kregen via de POH-GGZ. Ten opzichte van 2023, een jaar eerder, kregen in 2024 numeriek 47.000 mensen meer GGZ-hulp (+3,1%), waarvan 27.000 in de B/S-GGZ (+2,8%) en 30.000 bij de POH-GGZ (+4,1%).

In 2024 gingen van de mensen die hulp kregen van de POH-GGZ in dat jaar 173.000 (=22,6%) ook naar de geneeskundige GGZ, basis-GGZ (B-GGZ) of S-GGZ.

Voor de goede orde, het gaat hier om uitsluitend gedeclareerde specifieke GGZ-zorg. Dus zijn bij voorbaat uitgesloten: mensen met een GGZ-probleem die niet in zorg zijn ([blog](#)), niet willen of niet kunnen (groep 1), gegeven hulp die niet te declareren is (groep 2) en zorg van overige leden van het huisartsenteam, waarvan de declaraties lopen via hun niet gespecificeerde zorg van het basissegment 1 (groep 3), met eigen specifieke declaratiecodes.

Over een langere periode gekeken, tussen 2017 (1,4 mln. burgers mentale hulp) en 2024 (bijna 1,6 mln. burgers), dan komt deze stijging vrijwel uitsluitend door de extra GGZ-hulp in huisartspraktijken (zie [factsheet](#)). In 2024 werden de uitgaven voor POH-GGZ geschat op 255 miljoen euro ([IBO, pg.49](#)).

Eerder is al vastgesteld ([blog, 26 januari 2026](#)) het enorm aantal toegenomen consulten van huisartsen en doktersassistenten in hun basissegment S1: van macro 71 miljoen consulten ([2023](#)) naar bijna 109 miljoen consulten in [2025](#).

Conclusie: De cijfers van [Vektis](#) zijn nuttig, maar leveren maar een beperkt deel van de werkelijkheid ([blog](#)). Deze beperkte ‘werkelijkheid’ wordt wel doorgegeven aan het Zorginstituut om vervolgens in het Rijksjaarverslag terecht te komen. Een [Rijksjaarverslag](#) wat weer als fundament geldt bij financiële politieke beschouwingen op de [jaarlijkse Verantwoordingsdag](#) ([hier](#)). Waarvan de uitkomst ten dele weer wordt gebruikt bij de opstellen van de nieuwe [Rijksbegroting](#) voor het komend jaar (Prinsjesdag). Dan is de beleidskring van het ingekapselde probleem bij drie genoemde groepen voor 1 jaar weer gesloten. En ieders geweten gesust?

Overbruggingszorg als sluipsubstitutie

Het extra aangetoonde werk in huisartspraktijken ([NIVEL, 2025](#)) komt ten dele door de bestaande wachtlijsten en wordt dan beleidsmatig “overbruggingszorg” genoemd. Onderzoek van de beroepsvereniging van huisartsen ([hier/2025](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#)) leert dat maar liefst 93 procent van de huisartsen weinig tot geen mogelijkheden ziet om patiënten door te verwijzen naar de specialistische GGZ. Bij de basis-GGZ gaat het om 67 procent, ook een stijgend getal.

Ook krijgen huisartsen verwijzingen terug door de enorme versnippering bij de GGZ. Deze taakverschuiving, met een extra werklast van gemiddeld zo’n 3,7 uur per week, is geen substitutie, maar schijn- of sluipsubstitutie ([blog, 2022](#)). Sluipsubstitutie als niet met de beroepsgroep overeengekomen taakverschuiving langs de weg van het afknippen van inkoop en aanbod, zonder handhaving van de wettelijke inkoopplicht en zonder inzicht voor wachtende burgers ten aanzien van de consequenties.

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

In onderstaand kader het woord aan praktiserende huisartsen over deze situatie.

Citaten huisartsen 2025/2026 over de situatie ([hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#))

“Huisartsen en hun POH-ggz vangen nu noodgedwongen enorm veel mensen met psychische problemen op. De huisartsenzorg is daarmee te lang verantwoordelijk voor patiënten die niet in de huisartsenzorg geholpen kunnen worden en is veel tijd aan kwijt aan overbruggingszorg.”

“Toch mag de geestelijke gezondheidszorg zich niet blijven verschuilen achter het systeem. Wie aanspraak maakt op publieke middelen, draagt publieke verantwoordelijkheid. Ook de ggz. Psychologen en psychiaters hebben – net als huisartsen en specialisten – de plicht om beschikbaar te zijn voor wie het echt nodig heeft. Dat betekent: niet alleen hulp bieden aan de stabiele cliënt met een burn-out, maar vooral ook ruimte maken voor mensen met ernstige, acute of meervoudige aandoeningen.”

Ook de afstemming vanuit de ggz met huisartsen over het op- en afschalen van zorg is onder de maat. “Patiënten worden terugverwezen zonder enig overleg”. Een ander zegt: “Het is iedere keer weer een puzzel naar wie te verwijzen, waar ligt welke expertise, hoe is de wachtlijst en bij wie is er een stop?”.

“Door de lange wachttijden blijf je te lang verantwoordelijk voor patiënten die je eigenlijk niet goed kan helpen. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de patiënt zelf, maar gaat ook ten koste van patiënten met lichtere problematiek.”

“Een andere oplossing is ‘[het verkennende gesprek](#)’, een pilot waarbij huisartsen om tafel gaan met de ggz en maatschappelijk werkers. Het idee is dat sommige mensen ook buiten de ggz geholpen kunnen worden. Soms is dat inderdaad heel nuttig om vanuit verschillende disciplines na te denken. Maar soms kost het alleen maar extra tijd. Van sommige patiënten kun je als huisarts echt wel inschatten dat ze therapie nodig hebben. Ik deed mee omdat ik hoopte dat de toegang tot de ggz ook zou verbeteren, maar dat heb ik helaas nog niet gemerkt.”

“Degene aan de telefoon zegt dat ze wel vinden dat iemand dan eerst een basistraject moet proberen, en dat als het bewezen niet geholpen heeft, dat ze dan specialistische hulp willen bieden. ‘Wij kunnen haar niet gewoon accepteren.’ Nee, dat is wel duidelijk. Weet je wat pas onacceptabel is - dat heen en weer schuiven bijna EEN JAAR lang, met iemand die op alle vlakken haar best doet en meewerkt. Moet je je eens voorstellen hoe dat is voor iemand die dit niet begrijpt of waar impulscontrole het hoofdprobleem is. Het is om gek van te worden.”

“Uren gaan zitten in rondbellen, herverwijzen, crisiswegingen en coördinatie die nergens echt worden bekostigd, maar wel nodig zijn om het geheel overeind te houden.”

Huisartsbestuurder: “Huisartsen zullen misschien niet snel hardop zeggen dat de zorg voor ggz-patiënten de reden is van het stoppen. Maar als ik vraag wat het grootste probleem is, noemen ze allemaal de wachttijden bij de ggz. Het is frustrerend, omdat je niet kan bieden wat patiënten willen. Je wil ze zo graag helpen, maar moet steeds zeggen dat nog het een

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

halfjaar duurt. Dat is heftig.”

“Eerstelijnszorg – oftewel huisartsenzorg – staat onder ongekende druk. Dat blijkt uit onderzoek waarin huisartsenzorg wordt vergeleken in het VK, Canada, de VS, Australië en Nieuw-Zeeland en ook Nederland. In het onderzoek, gepubliceerd in [The Milbank Quarterly](#), is een patroon zichtbaar: huisartsen moeten steeds complexere gezondheidsproblemen opvangen, terwijl ze tegelijkertijd vastlopen in toenemende bureaucratie en administratieve lasten.”

Stichting “[De Bevlogen Huisartsen](#)” (DBH, 17 februari 2026) heeft recent gemeld om, parallel met de Consumentenbond namens op zorg wachtende burgers, officieel beroep aan te tekenen bij het [College van Beroep voor het bedrijfsleven](#) vanwege het feit dat de Zorgautoriteit onvoldoende de wettelijke zorginkoopplicht van zorgverzekeraars handhaaft ([hier/hier](#)) voor zorg aan patiënten die psychische hulp nodig hebben ([hier](#)) en daarvoor zijn verwezen door huisartsen.

Al eerder, in 2024, heeft DBH hiertoe een handhavingsverzoek ingediend bij de NZa ([DBH, 18 april 2024](#)), maar de NZa heeft destijds deze bezwaren ongegrond verklaard. Nu vraagt de stichting ([wederom](#)) om een uitspraak van de hoogste rechter op het gebied van het economisch bestuursrecht. Wordt vervolgd.

Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN)

Een MGN ([hier](#)) is een oud samenwerkingsverband in een nieuwe jas. Zelf als huisarts altijd al gewerkt met een maatschappelijk werker met voortgezette opleiding en zo nodig een eerstelijnspsycholoog. Het MGN *nú* is een samenwerkingsverband tussen huisartsen, het sociaal domein en de GGZ in een regio en heeft het doel om mensen met mentale klachten sneller en meer op maat te helpen. Dat “op maat” betekent onder andere te kijken of burgers met een [Verkennd gesprek](#) niet via het sociale domein of het eigen netwerk zijn te helpen.

Het MGN is een belangrijk onderdeel in het [Integraal Zorg Akkoord](#) (IZA), het [Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord](#) (AZWA), het [interparlementaire beleidsonderzoek](#) mentale gezondheid en het [actieplan mentale gezondheid en GGZ](#).

Er is gepoogd om een landelijke dekking MGN te halen per 1 januari 2026. Vektis meldt in het voorblad ([Excel Factsheet](#)) dat er in 2024 nog geen declaraties van verkennende gesprekken zijn geweest.

Of MGN's een succes wordt richting minder instroom in de S-GGZ is nog maar de vraag, daar mijn aanname is dat gesprekken van de huisarts en met name de POH-GGZ de afgelopen decennia toch in eerste instantie ook wel het label van “verkennend” hebben gedragen??

Verwijsafspraken geherformuleerd

Met de invoering van het [zorgprestatie model](#) (ZPM) per 1 januari 2022 als nieuw bekostigingsmodel binnen de GGZ zijn toen ook verwijsafspraken gemaakt naar en binnen de GGZ. Deze afspraken hebben recent een update gehad. De bijgewerkte versie is met hulp van branche- en beroepsverenigingen in GGZ alsmede zorgverzekeraars gemaakt, met betrokkenheid van VWS, en recent weer gepubliceerd ([Kamerbrief, 6 maart 2026](#)).

Item 3: wachten op GGZ-hulp: voor de GGZ-zorgverlener (niet huisartsenpraktijk)

Allereerst enkele cijfers van Vektis ([Vektis GGZ Factsheet, 16 januari 2026](#)). Er zijn in 2024 bijna 5.000 zorgaanbieders die zorg declareren binnen de geneeskundige GGZ: 600 vaak

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

grote instellingen en 4.400 vrijgevestigde praktijken. Er zijn 400 praktijken van psychiaters en 4.000 van andere psychologische zorgverleners.

De 600 instellingen, 11,8% van het totaal aantal ggz-aanbieders, behandelen samen 77,6% van de patiënten en maken 93,0% van de ggz-kosten. De meeste patiënten krijgen zorg van 1 zorgaanbieder. Ongeveer 12% krijgt zorg van 2 of meer organisaties in hetzelfde jaar.

Het aantal zorgaanbieders dat zorg declareert is vanaf 2022 met bijna 300 (6,2%) gestegen. Binnen de basis-GGZ (27%) zijn er 4 groepen: kort, middel, intensieve en chronische zorg, binnen de S-GGZ worden patiënten ingedeeld naar diagnosegroepen.

Plaatje 3: In een Vektisplaatje van 2026 ziet dat er zo uit...

Patiëntgroep	Diagnose lang	Aantal patiënten 2023 (x 1.000)	Aantal patiënten 2024 (x 1.000)
Basis ggz kort	Basis ggz kort	13	14
Basis ggz chronisch	Basis ggz chronisch	29	26
Basis ggz middel	Basis ggz middel	48	49
Basis ggz intensief	Basis ggz intensief	175	178
Andere problemen	Andere problemen die een reden van zorg kunnen zijn	0	0
Neurocognitief	Neurocognitieve stoornissen	8	7
Voedings- en eetstoornissen	Voedings- en eetstoornissen	10	10
Obsessief-compulsief	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	11	11
Restgroep	Restgroep	18	19
Somatisch	Somatische symptoomstoornis en aanverwante stoornissen	23	25
Bipolair	Bipolaire stemmingsstoornissen	24	24
Schizofrenie	Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen	48	47
Verslaving	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	63	65
Persoonlijkheid	Persoonlijkheidsstoornissen	75	74
Angst	Angststoornissen	77	76
Neurobiologisch	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	85	93
Trauma en stress	Trauma- en stressgerelateerde stoornissen	93	100
Depressie	Depressieve stemmingsstoornissen	146	143

Zoals in 2025 gemeld (zie [ook item 1](#)), blijkt ook uit de [Monitor Toegankelijkheid van zorg](#) dat de toegang tot de GGZ niet is verbeterd, de [wachtlijden](#) in veel regio's te lang blijven en cliënten met de meest ingewikkelde zorgvragen [het langst wachten](#).

Bij de wederzijdse contracteervrijheid (verzekeraars en zorgverleners) blijft het vreemd dat gecertificeerde zorgverleners binnen de GGZ niet gecontracteerd worden en er bij gemelde wachtlijsten bij door de huisarts verwezen patiënten notabene in hun zorgcontracten wordt gewerkt met arbitraire budget- en productieplafonds ([hier](#)). Waarbij het huidige kabinet met “[Aan de Slag](#)” niet-gecontracteerde zorg zelfs wil verbieden ([blog](#) + [brief ZN](#)).

Zolang de streefnorm “Treek” bij wachten structureel wordt overschreden een onjuist standpunt.

Het werkelijke probleem is dat binnen het huidige financieringssysteem zorgverzekeraars zélf [verlies](#) lijden op de ziekste patiënten, omdat de risicoverevening niet goed werkt ([hier](#)) voor juist de meest kwetsbare GGZ-groep ([blog](#)).

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Door te kiezen voor contractblokkades en strikte inkoopkaders wordt aan betaalbaarheid een hogere prioriteit gegeven dan aan toegankelijkheid ([hier](#)). Denk daarbij ook aan het sluiten van specialistische GGZ-klinieken met hun intramurale capaciteit. Ook de mogelijkheid om gedurende het jaar met bijcontractering lokaal/regionaal de kloof tussen vraag en aanbod te dichten, wordt onvoldoende benut. Inzichtelijke correspondentie over de rechtmatigheid van terugvorderingen van zorggelden bij budgetoverschrijding ontbreekt. De rechtszaak van [Stichting Recht op GGZ](#) zal hopelijk duidelijk maken hoe binnen dit zorgstelsel de verantwoordelijkheden nu (echt) liggen ten aanzien van tijdige toegang tot passende zorg.

Welke interventie bij welke stap (5W1H)?

Het uitvoeringsplan voor transitie/aanpassing/beleid bestaat, ook voor de GGZ, uit 8 stappen: visie (1) – missie (2) – inhoud (3) – organisatie/logistiek (4) – noodzakelijk budget (5) – bekostiging (6) – tarifiering (7) – zorgcontract (8). Het plan loopt normaliter van links naar rechts. Maar als nood daarom vraagt, bij bv. een onredelijk en/of niet berekend budget op basis van de vraag, van rechts naar links voor vermindering van het zorgaanbod met het hernieuwd beschrijven van de eerste vier stappen. Plaatje 4...

UITVOERINGSPLAN IN 8 STAPPEN	
Onderdeel	Kernvraag
 Visie	Waar willen we naar toe?
 Missie	Wat doen we en voor wie?
 Inhoud	Wat leveren we concreet?
 Organisatie	Hoe organiseren we dit?
 Budget	Wat kost het?
 Bekostiging	Wie betaalt het?
 Tarifiering	Welk tarief rekenen we?
 Zorgcontract	Welke formele afspraken maken we?

Bij een structurele kloof tussen vraag en aanbod komt de vraag welke interventies de overheid/AZWA/ZN en toezichthouders in welk van de 8 stappen gaan zetten om passende GGZ-zorg tijdig te realiseren en wachttijden te reduceren?

Maak het daarbij niet onnodig ingewikkeld door een landelijk probleem door te schuiven naar [regionale](#) platforms ([hier](#) + [hier](#) + [hier](#)).

De sector zelf is ook aan zet om te kijken om te kijken waar de zorg effectiever en efficiënter gegeven kan worden ([hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#) + [hier](#)).

Item 4: wachten op GGZ-hulp: voor de overheid als centraal beleidsregisseur

De centrale overheid heeft via IZA/AZWA actieve bemoeienis gehad met oprichting van al eerdergenoemde mentaal gezondheidsnetwerken (MGN) als duurzaam regionaal

GGZ-wachtljsten: symptoom van een systeemprobleem

samenwerkingsverband tussen sociaal domein, [huisartsen](#) en GGZ. Met het verkennend gesprek ([hier](#)) moet inzichtelijk worden gemaakt of er een correlatie bestaat tussen enerzijds mentale klachten en anderzijds somatische en functionele klachten en geconstateerde sociale problematiek. Decennialang is al bekend dat mentale gezondheid onder druk komt te staan bij schulden, leefstijlfactoren zoals onvoldoende slaap, overmatig middelengebruik en factoren in iemands woon-, leef-, werk-, onderwijsomgeving alsmede maatschappelijke en (geo)politieke ontwikkelingen en crises ([IBO, determinanten, pg.33](#)).

De potentiële vraag naar GGZ is daarnaast veel groter dan de werkelijke vraag, waarbij nog geen vijfde van de mensen met een psychische aandoening gebruik maakt van de GGZ ([voorbeeld/voorbeeld](#)).

Verder zorgen psychische klachten voor maatschappelijke kosten van naar schatting 17 tot 51 miljard euro per jaar ([IBO, pg.6](#)). Het grootste deel van deze kosten is gerelateerd aan productiviteitsverlies en verzuim op de arbeidsmarkt.

Falende systeemwerking (1); inefficiënte bekostiging cruciale GGZ (2); opgelegde contracten (3)

(1). Zowel de introductie van marktwerking als de systeemrol hierbij van zorgverzekeraars zijn per 2006 bepaald door de centrale overheid ([blog/blog/blog](#)). Nu de marktwerking faalt ([hier](#)) en risicoverevening niet kan zorgdragen voor een fatsoenlijk GGZ-budget om passende zorg te regelen ([blog](#)) voor patiënten die het meest afhankelijk zijn van hulp, moet juist nu de centrale overheid ingrijpen en de machtsverhoudingen in de keten op passende wijze herstellen.

Want juist de geroemde risicoverevening werkt vooral niet goed voor de zware GGZ, waaronder de bijna 220.000 [EPA-patiënten](#). Marktwerking in de GGZ heeft vervolgens geleid tot een enorme drukte aan de voorkant van het netwerk, inclusief commerciële(re) praktijken ([hier](#)).

Zolang verzekerden met hoge GGZ-kosten voor verzekeraars gemiddeld onder gecompenseerd worden en verzekeraars zonder of met lage GGZ-kosten gemiddeld overgecompenseerd worden, zal binnen het huidige stelsel de inkoop niet veranderen ([blog](#)). Dan krijgt de lichtere basis-GGZ extra 'aandacht', waarbij ([citaat, 2025](#)) "*de lichte GGZ-zorg de zware zorg kannibaliseert*".

(2). Ondertussen poogt de Zorgautoriteit als zelfstandig bestuursorgaan met een routekaart een nieuwe bekostiging te formuleren per 2028 voor de zogenaamde 'cruciale GGZ' ([hier/hier](#)), zijnde de [High Intensive Care](#) (HIC) en [Intensive Home Treatment](#) (IHT).

Momenteel worden HIC en IHT grotendeels ingekocht via reguliere prestaties binnen het zorgprestatiemodel ([ZPM, 2022 + 2026](#)) en voor een kleiner deel via de budgetbekostiging voor de acute GGZ. Voorlopig lijken noch de verzekeraars ([hier](#)) noch de [Nederlandse GGZ](#) ([hier/hier](#)) als brancheorganisatie van 100 GGZ-aanbieders akkoord, hoewel de tijd dringt ([hier/hier/hier](#)).

Ook de Zorgautoriteit zelf twijfelt of budgetbekostiging wel de juiste oplossing is voor de cruciale GGZ en/of de twijfel of nadien de bereikbaarheid van de cruciale GGZ zal verbeteren.

De uitkomst van deze bekostiging is dus nog onzeker, zeker gezien de eerdere afbouw van intramurale capaciteit (-70%?) zonder afdoende opbouw van ambulante capaciteit ([hier - hier](#)) naast het op zorg laten wachten, of weigeren, van patiënten met voor de instelling te hoge risico's.

GGZ-wachlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Maar eigenlijk is niet bekend wat precies onder 'cruciaal' valt (stap 3, zie [IBO, pg.15](#)) en dus is ook niet bekend hoe dan de organisatie (stap 4) met welk budget kan worden gefinancierd (stap 5). Dan heeft een uitspraak of advies over een zinvolle 'bekostiging' (stap 6) ook geen zin. Met meteen de vervolgvraag of [AZWA \(tekst\)](#) de eigen doelstelling kan waarmaken dat per 2028 de wachttijden voor de (cruciale) GGZ binnen de Treeknorm gaan vallen ([hier](#))?

(3). Een derde groot probleem in het uitvoeringsplan zijn de opgelegde contracten (stap 8) met blokkades en gemaximeerde inkoopkaders. Met inmiddels een kralensnoer aan rechtszaken over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ([blog](#)). Het aandeel niet gecontracteerde zorg wordt in 2024 geschat op 6,8% van de totale zorgkosten ([bron](#)).

Verzekeraars hebben over de rug van op zorg wachtende burgers (wachten!) hun zorginkoop ([hier](#)) met resultaatverplichting verzaakt door niet-gecontracteerde zorg min of meer te criminaliseren ([hier/hier](#)).

Onder andere door te wijzen op 'personeelstekort' in de sector, terwijl in werkelijkheid gecertificeerde en professionele GGZ-zorgverleners klaar staan, maar geen contract van verzekeraars kregen aangeboden. Deze ongezonde situatie op de zorginkoopmarkt heeft veel te lang doorgewoekerd, beter gezegd door *kunnen* woekeren.

Macrokosten GGZ

De huidige verwachte GGZ-kosten worden voor 2025 geschat op 5,9 miljard euro ([hier](#)), de samengestelde jaarlijkse kostengroei GGZ van 2021 tot en met 2025 bedraagt bovengemiddeld ongeveer 19,33% ([hier](#) + [blog, 26 januari 2026](#) + [IBO, pg.7](#)). Daar waar bv. in 2025 de gemiddelde kosten van de Zorgverzekeringswet met 6,1% stegen en die van de Wet langdurige zorg met 7,6% ([hier](#)).

Maar bij Vektis ([Factsheet Excel, blad 2: "kosten", 15 januari 2026](#)) is goed te zien hoe er vooraf, tussen 2016 tot en met 2018, in de GGZ is bezuinigd (+ [2020/hier](#)).

Interdepartementaal beleidscommissie (IBO)

Een IBO in opdracht van het kabinet onder leiding van een ACM-bestuurder heeft de afgelopen tijd de GGZ-situatie in Nederland onderzocht en daarover het rapport "[Uit balans - IBO mentale gezondheid en GGZ](#)" gepresenteerd ([IBO, 30 september 2025](#)). Het rapport van 143 pagina's presenteert een fundamentele analyse over GGZ en jeugdzorg ([hier](#)).

IBO: generiek

Bij uitvoering van een IBO gelden spelregels ([hier](#)). Het ministerie van Financiën coördineert het IBO-proces en publiceert de taakopdrachten die in de Ministerraad zijn vastgesteld als bijlage bij de Miljoenennota ([hier](#)). Het IBO wordt dus ingezet in opdracht van het kabinet om op een onafhankelijke, ambtelijke wijze beleidsopties te ontwikkelen voor complexe en belangrijke maatschappelijke vraagstukken. De GGZ als vraagstuk wat het label complex en belangrijk zeker mag dragen.

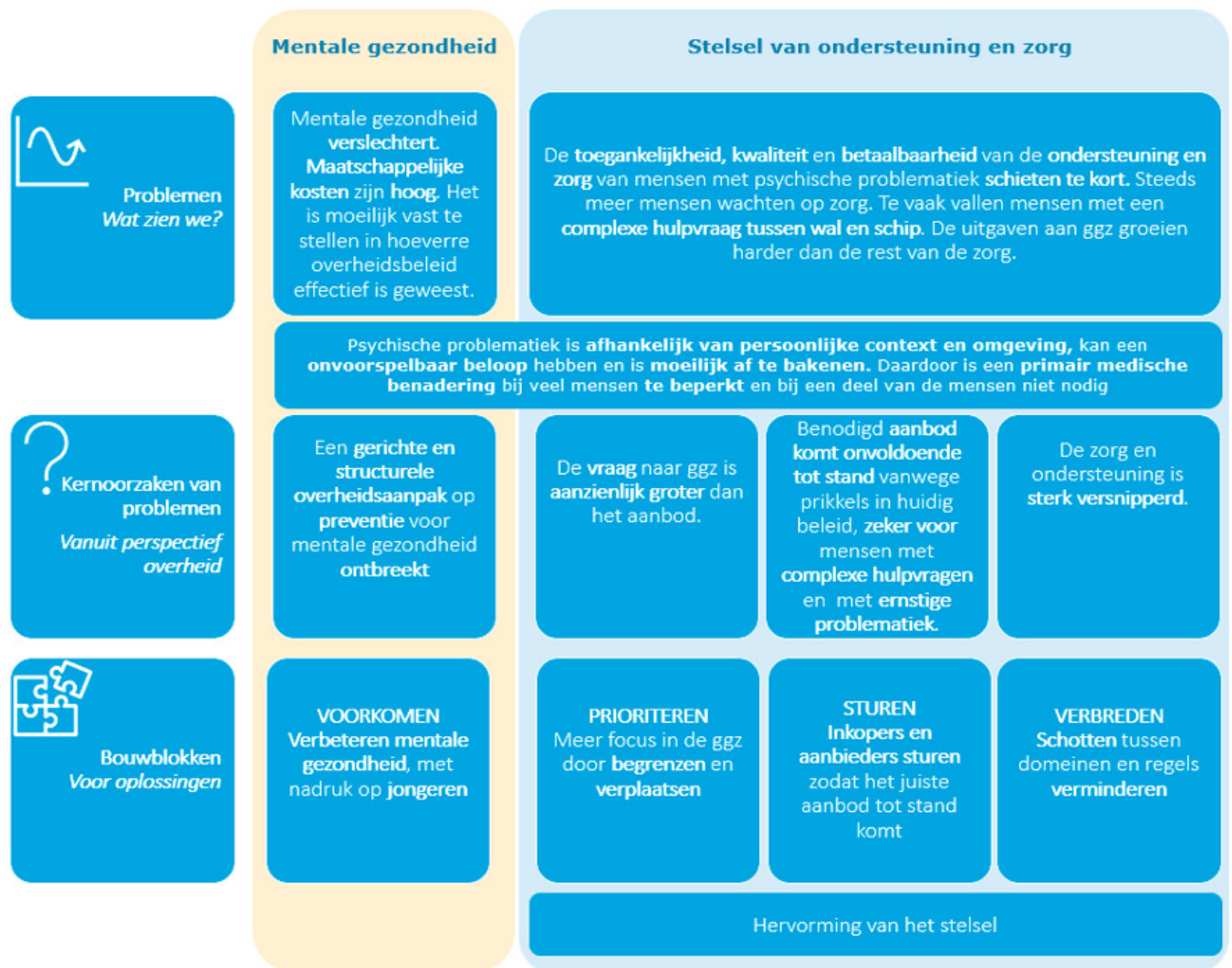
IBO: specifiek GGZ

In het IBO over de GGZ worden vier kernoorzaken geïdentificeerd die leiden tot de problemen in het mentale gezondheidsbeleid binnen het stelsel van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek ([IBO, pg.65-82](#)). De titel "uit balans" is van

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

toepassing op zowel de verslechtering van de mentale gezondheid in Nederland als de vaststelling dat het huidige stelsel van ondersteuning en zorg onhoudbaar is. De toegankelijkheid staat onder druk vanwege oplopende wachttijden, de kwaliteit van aanbod is voor mensen met een complexe zorgvraag onvoldoende passend en wat betreft de betaalbaarheid wordt vastgesteld dat de GGZ-uitgaven harder groeien dan verwacht en harder dan in andere zorgsectoren. In een plaatje zichtbaar gemaakt...

Plaatje 5: schematische weergave problemen, kernoorzaken en bouwblokken (IBO, pg.7)

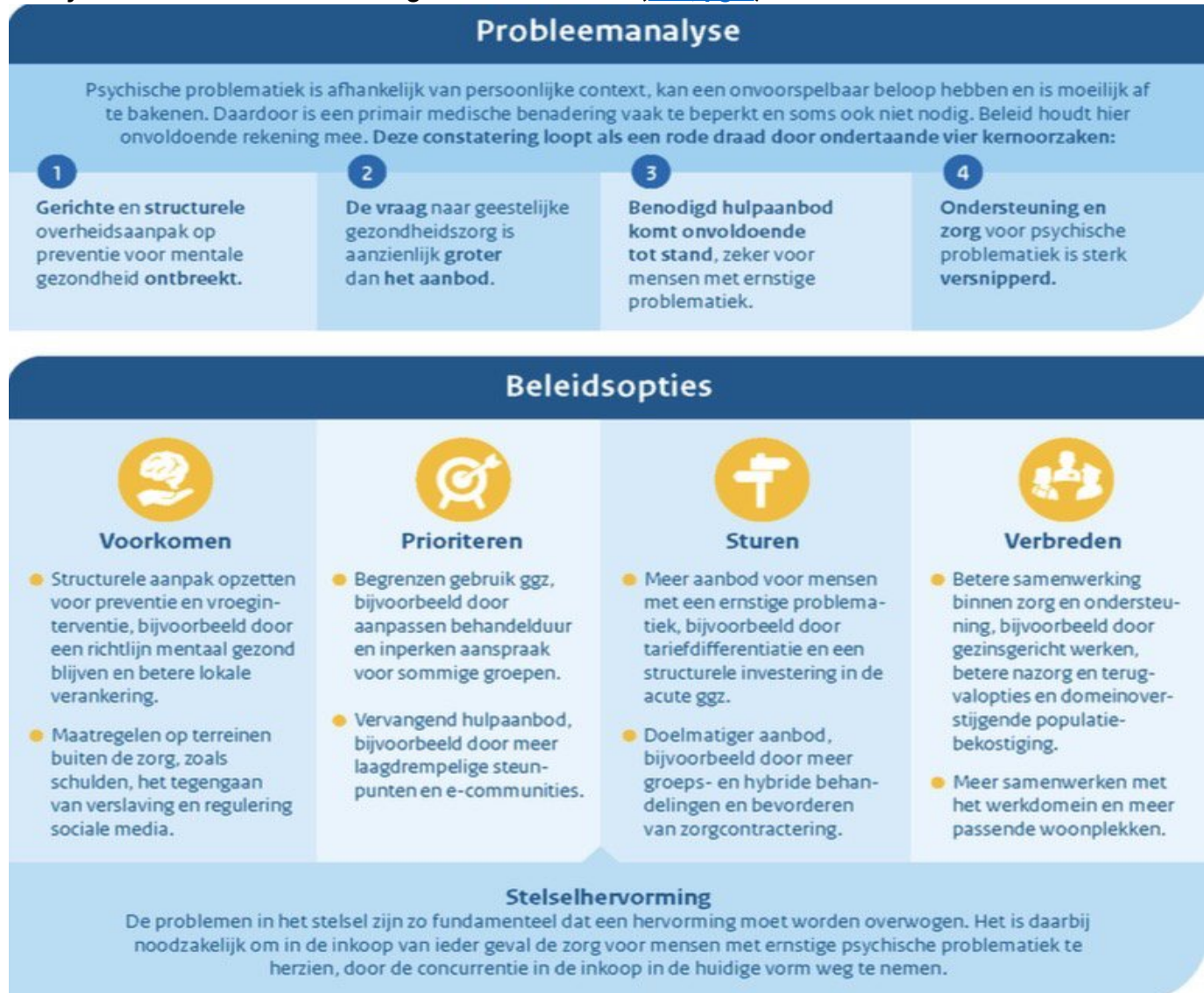


De vier bouwblokken (voorkomen, prioriteren, sturen en verbreden) komen als beleidsopties uitgebreid aan bod (IBO, pg.84-103). Deze opties komen tot stand na de vaststelling dat psychische problematiek afhankelijk is van de persoonlijke context en een onvoorspelbaar beloop kan hebben. De vaststelling dat een primair medische benadering vaak te beperkt is en soms niet nodig is, is een no-brainer (bv. blog, 2019). De weg naar het sociaal domein/maatschappelijk werk is echter te lang afgesloten geweest door bezuinigingen. Een mentaal, sociaal, functioneel probleem eindigt altijd met een somatische uiting bij de dokter als het niet tijdig elders op de juiste plek wordt opgepakt of kan worden opgepakt. De woorden "beleidsmatig gecreëerde ontregeling" lijken me dan ook voor de GGZ passender dan het woord "medicalisering".

GGZ-wachlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Als in IBO wordt vastgesteld dat met name jongere generaties relatief veel gebruik van GGZ-hulp maken en daarnaast het gebruik van S-GGZ bij jongeren het hardst groeien, dan is bij 'beleidsoptie' voorkomen (preventie!) alleréérst goede jeugdzorg belangrijk ([blog/blog](#)).

Plaatje 6: Uit balans: IBO mentale gezondheid en GGZ (IBO, pg.5)



Met bouwblok 'prioriteren' wordt gepoogd de vraag naar GGZ te begrenzen en de vraag te verplaatsen naar hulpaanbod buiten de zorg. De beleidsoptie 'sturen' richt zich op de totstandkoming van het juiste aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek. 'Verbreden' richt zich op het faciliteren en verplichten van onderlinge samenwerking in de domein en zorg en welzijn.

Bij drie van de vier beleidsopties wordt gewezen op de overweging het zorgstelsel fundamenteel te hervormen. Er zijn vervolgens 5 denkrichtingen voor een fundamentele hervorming van het zorgstelsel, waarbij in ieder geval de inkoop van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek moet worden herzien, door de concurrentie in de inkoop in de huidige vorm weg te nemen ([IBO, pg.88-91 en pg.101](#)).

GGZ-wachlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Het IBO heeft drie pakketten ([IBO, pg.91-101](#)) in de aanbieding (budgetneutraal, besparing en intensivering) om deze hervorming van het stelsel nader uit te werken. Elk pakket grijpt in op de vier geconstateerde kernoorzaken van de problemen in de GGZ, genoemd in de probleemanalyse.

Voor verder commentaar en duiding, deels met betrekking op IBO, verwijs ik naar drie zeer zinvolle bijdragen elders over de GGZ ([Z&I, 28 augustus 2025](#) + [Z&I, 27 november 2025](#) en [Z&I, 11 maart 2026](#)).

Slotwoord

Het eerste inzicht nu is dat de wachttijd in de GGZ geen toeval is, zeker nu het IBO zich zo duidelijk heeft uitgesproken, maar het symptoom van een systeemprobleem. Om ondersteuning en zorg bij psychische klachten te verbeteren wordt ([IBO, pg.10](#)) een fundamentele hervorming van het stelsel overwogen.

De bal ligt nu op het bord van de wetgever. Dit zijn niet de [20 AZWA-partijen](#), maar de interdepartementale centrale overheid met haar toezichthouders, waaronder VWS.

Daarom is het slotwoord over de GGZ nu aan de centrale overheid. Met citaten achtereenvolgens uit het coalitieakkoord (1), uit de recente begrotingsbehandeling VWS (2) en uit de Kamerbrief over Inbreng schriftelijk overleg Verzamelbrief curatieve GGZ (3).

(1). Coalitieakkoord "[Aan de Slag](#)", 30 januari 2026, GGZ-paragraaf, pg.55

Geestelijke gezondheidszorg

Mentale problemen horen bij het leven en vragen om steun van familie, vrienden, op school, op het werk of in de wijk. Niet alles hoeft meteen zorg te zijn. Voor wie gespecialiseerde zorg nodig heeft, moet die er ook echt zijn. Niemand wil vastlopen met psychische klachten en maanden moeten wachten op passende hulp. Dat vraagt om meer samenhang en samenwerking, zodat mensen niet verdwalen tussen verschillende wetten, regelingen en loketten. Dit willen we doen:

- We zetten in op preventie van mentale problemen van jongeren en volwassenen. We willen vroege interventie en voorkomen dat problemen te zwaar worden. We investeren in programma's op school, het werk en in de wijk om mentale veerkracht te versterken. Hervormen van de financiering en organisatie van de GGZ, zodat er capaciteit in menskracht en budget komt voor complexe zorg. Prikkel die lichte zorg bevordert worden afgebouwd er vindt meer sturing plaats op uitkomsten.
- Meer centrale regie over de verschillende wetten zodat mensen niet tussen wal en schip vallen als ze van de ene naar de andere wet overgaan, bijvoorbeeld als ze volwassen worden. Om beter te kunnen prioriteren, blijven we inzetten op het verkrijgen van inzicht in de zorgvraag.

We willen dat vaker bemoeizorg wordt aangeboden bij mensen die zorg mijden of onbegrepen gedrag vertonen, ook om de politie te ontlasten.

Om bovenstaande hervormingen te realiseren, maken we werk van 'Werken in de zorg', 'Goede gegevensuitwisseling en slimme inzet van technologie' en 'Geld voor zorg naar zorg'.

(2). Uit de [begrotingsbehandeling VWS](#), met Tweede Kamer, 4 maart 2026

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

Kamerlid Westerveld (GroenLinks-PvdA) over Casus ^{5.1.2.e} ggz/ervaringsdeskundigen: wachttijden ggz zijn opnieuw opgelopen, de wachttijden zijn het langst bij specialistische ggz. Het financieel plaatje van snoeiharde bezuinigingen op zorg en sociale zekerheid staat haaks op mooie woorden in het regeerakkoord over gespecialiseerde zorg en preventie. Kan de minister uitleggen hoe deze twee dingen samengaan?

Het kabinet neemt de zorgen van de Kamer mee in de uitwerking van de opgave Mentale Gezondheid en GGZ. Het uitgangspunt is hierbij dat iedereen die het nodig heeft passende zorg en ondersteuning krijgt. In 2025 is een [interdepartementaal beleidsonderzoek](#) (IBO) over [Mentale Gezondheid](#) en GGZ aan de Kamer aangeboden. In dit IBO is een uitgebreide analyse opgesteld over de knelpunten en problemen in de GGZ, maar is ook een breed palet aan oplossingsrichtingen voorgesteld. Het kabinet werkt aan een concrete [aanpak](#) Mentale Gezondheid en GGZ en zal daarbij [het IBO](#) betrekken. Het streven is om in het vierde kwartaal van 2026 de Kamer hierover te informeren. Deze aanpak is aanvullend op het lopende beleid, zoals de afspraken die zijn gemaakt in het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#) (AZWA) over bijvoorbeeld het aanpakken van de wachtlijsten, het verbeteren van de toegankelijkheid door groepsbehandeling en de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GroenLinks-PvdA) over stress. Erkent de minister dat de ggz-plannen ertoe kunnen leiden dat meer mensen ggz-hulp nodig hebben?

Het kabinet heeft begrip voor de zorgen van de Kamer over mensen die (financiële) stress en/of mentale gezondheidsklachten ervaren. In de analyse van het [Interdepartementaal Beleidsonderzoek](#) (IBO) [Mentale Gezondheid en GGZ](#) is opgenomen dat dit soort stress kan leiden tot mentale klachten. Als onderdeel van de voorgenomen hervormingen geeft het kabinet dan ook aandacht aan kwetsbare groepen en de effecten van het beleid, en daarom zijn in het coalitieakkoord afspraken gemaakt om de knelpunten in de GGZ aan te pakken. Het kabinet werkt aan een concrete aanpak Mentale Gezondheid en GGZ en zal daarbij het IBO betrekken. Het streven is om in het vierde kwartaal van 2026 de Kamer hierover te informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dobbe (SP) over of de minister bereid is om de aanbevelingen IBO GGZ op te volgen en marktwerking te verminderen.

In 2025 is een [interdepartementaal beleidsonderzoek](#) (IBO) over Mentale Gezondheid en GGZ aan de Kamer aangeboden. In dit IBO is een uitgebreide analyse opgesteld over de knelpunten en problemen in de GGZ en is ook een breed palet aan oplossingsrichtingen voorgesteld. Eén van de beleidsopties in het IBO is het (fundamenteel) hervormen van het stelsel, door bijvoorbeeld de inkoop en financiering te centraliseren.

Er vindt een verkenning plaats naar de [invoering van budgetbekostiging](#) voor de High & Intensive Care (HIC) en de Intensive Home Treatment (IHT) binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het kabinet werkt aan een concrete aanpak Mentale Gezondheid en GGZ en zal daarbij het IBO betrekken. Het streven is om in het vierde kwartaal van 2026 de Kamer hierover te informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GroenLinks-PvdA) over Specialistische ggz: kunt u uitleggen

waarom de NZa stopt met het analyseren van wachtlijstgegevens?

Betrouwbare wachttijdinformatie is essentieel om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Daarom zijn in het [IZA](#) en [AZWA](#) afspraken gemaakt over het verbeteren van het inzicht in prospectieve (vooruitkijkend) en retrospectieve (terugkijkend) wachttijdinformatie in de ggz. Sinds 1 januari 2026 is gestart met een [nieuwe werkwijze](#) om beter zicht te krijgen op retrospectieve wachttijdinformatie. Deze nieuwe [werkwijze](#) – die gefaseerd wordt ingevoerd – houdt in dat wachttijden niet meer (handmatig) aangeleverd hoeven te worden via het [Zorgbeeldportaal](#) van de NZa, maar automatisch uit de declaratiedata gehaald kunnen worden. Dit zorgt voor betrouwbaardere en completere informatie over wachttijden en verlaagt de administratieve lasten voor zorgaanbieders. De NZa heeft zeer recent een nieuw [dashboard](#) gelanceerd met informatie over de wachttijden in de ggz (<http://www.zichtopzorgaanbieders.nl/>).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Coenradie (JA21) over signalen dat zorgverzekeraars een zeer machtige positie hebben in het zorglandschap en soms zelfs richting ministeries. Is dit in balans? Hoe wordt er gereflecteerd op dit signaal m.b.t. evenwicht bij belangrijke beleids- en systeembesprekingen?

Het kabinet zet met een divers pakket van maatregelen in op het versterken van de beweging van passende zorg, waarbij zowel zorgaanbieders, professionals, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid hierin een verantwoordelijkheid moeten nemen. Het kabinet zet erop in dat [zorgverzekeraars](#) meer ruimte én verantwoordelijkheid krijgen om te sturen op passende zorg. Dit is nodig om te zorgen dat passende zorg de norm wordt en de zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft. De overheid krijgt daarbij een meer sturende rol op het zorglandschap van de toekomst, met meer regie op spreiding en concentratie en indien nodig strengere eisen aan vergunningverlening. Bij de uitwerking van de maatregelen wordt de rol van de overheid en van zorgverzekeraars in samenhang gezien, zodat dit in balans is. Het ministerie van VWS onderhoudt daarnaast reguliere contacten met zorgverzekeraars, net zoals VWS dat doet met andere partijen in het stelsel. Dat past bij hun wettelijke rol binnen het zorgstelsel en draagt bij aan een goed functionerende en toegankelijke zorg. In het kader van de zorgakkoorden, waaronder het [IZA](#) en het [AZWA](#), zitten zorgverzekeraars nadrukkelijk samen met zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en andere betrokken partijen aan tafel. Deze akkoorden zijn juist bedoeld om in gezamenlijkheid richting te geven aan de toekomst van de zorg. Naast deze brede overleggen spreekt het ministerie van VWS zorgverzekeraars, net als andere veldpartijen, ook één-op-één. Datzelfde geldt voor (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, beroepsgroepen en patiënten. Dit is gebruikelijk binnen een stelsel waarin verschillende partijen eigen verantwoordelijkheden hebben. Het kabinet weegt alle inbreng zorgvuldig en onafhankelijk. [Beleid](#) komt niet tot stand op basis van de opvattingen van één partij, maar op basis van gesprekken met een brede groep stakeholders en met het publieke belang als leidend uitgangspunt.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Poortman (CDA) over hoe het staat met de staatscommissie voor de toekomst van de zorg en wanneer we een voorstel tegemoet mogen zien komen dat daar invulling aan geeft.

Het kabinet heeft in het [coalitieakkoord](#) vermeld dat op kortetermijnmaatregelen worden

genomen om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ons zorgstelsel te verbeteren. Ook is opgenomen dat voor de lange termijn de staatscommissie zorg aanbevelingen zal doen over meer hervormingen voor een financieel houdbaar zorgstelsel als antwoord op de toekomstige vergrijzing en personeelskrapte. Het kabinet streeft ernaar de Kamer in het tweede kwartaal van 2026 een voorstel te doen dat daar invulling aan geeft.

(3). Inbreng schriftelijk overleg Verzamelbrief curatieve GGZ, [Kamerbrief VWS, 9 maart 2026](#) (bijdrage over omzetplafonds)

Minister: *“In de GGZ is sprake van een structureel grotere vraag naar zorg dan dat er aanbod beschikbaar is. Alle partijen binnen het stelsel hebben daarom een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de schaarse middelen goed in te zetten en daarmee de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, in het bijzonder voor mensen met ernstige en complexe psychische problematiek. Sturingsinstrumenten van zorgverzekeraars, zoals omzetplafonds, kunnen hierbij een rol spelen. Om te zorgen voor de verschuiving van lichte naar zwaardere, complexere zorg, is het vereist dat omzetplafonds meer gericht en effectiever worden ingezet. Het uitgangspunt blijft dat iedereen recht heeft op tijdige en passende GGZ, en dat er daarbij in het bijzonder voldoende ruimte is voor cliënten met complexe zorgvragen. Zorgverzekeraars geven aan dat er voor een verbetering bepaalde randvoorwaarden aanwezig moeten zijn op het gebied van informatie, kwaliteit en aanspraken. Omzetplafonds zijn één van de sturingsinstrumenten, maar mogen uiteraard geen belemmering vormen voor de toegang tot zorg of voor de inzet van effectieve of innovatieve behandelvormen. Ook wordt gekeken naar alternatieve sturingsmechanismen. Dit wordt verwerkt in het spoorboek, samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders opgezet, waarover de Kamer in het tweede kwartaal van 2026 wordt geïnformeerd. Opstellen spoorboek om enerzijds de afhankelijkheid van omzetplafonds in de contractering te verkleinen en anderzijds de sturing door zorgverzekeraars op de gewenste beweging van lichte naar zwaardere GGZ te versterken. De NZa heeft eveneens aangekondigd de komende periode haar toezicht op de cruciale GGZ te intensiveren. Een volledige afschaffing van de omzetplafonds zou de risico's vergroten dat de beschikbare financiële ruimte sneller wordt opgebruikt en de toegankelijkheid voor patiënten die complexe GGZ zorg nodig hebben wordt verminderd.*

NB:

Plaatje 1: (onder blogtitel) komt van IBO (voorpagina rapport)

Plaatje 2: Vektis (GGZ Excellijst, werkblad 'patiënten')

Plaatje 3: Vektis (GGZ Excellijst, werkblad 'diagnosen')

Plaatje 4: Uitvoeringsplan met 8 stappen (eigen docentmateriaal)

Plaatje 5: IBO, pg.7

Plaatje 6: IBO, pg.5

Eerdere relevante blogs over de GGZ

[19.03.2019](#): Wachten op het wegwerken van **wachtlijsten** (Treeknorm GGZ 4 weken en zorgplicht)

[27.04.2019](#): De nieuwe **K van kwaliteit** (context is bijna alles met 6 dimensies)

[11.07.2019](#): Wordt onvrijwillige zorg (**Wzd**) straks wel vrijwillig gegeven?? (hopelijk wel...)

[20.07.2019](#): **Méér tijd** voor patiënt: van incidenteel naar structureel (volumestijging bij POH-GGZ)

[14.08.2019](#): Betere GGZ: verleg zwaartepunt van poldertafel naar **werkvloer** (kleinschalige organisatie)

GGZ-wachtlijsten: symptoom van een systeemprobleem

[28.09.2019](#): Wet **zorg en dwang** na jaren van discussie nu wel heel dichtbij (*dubieuze taakverdeling*)
[14.11.2019](#): Ook wat betreft invoeringsproblemen gaan **Wzd en Wvvggz** hand in hand (2020!)
[08.12.2019](#): Contouren van een nieuwe **GGZ (1): de inhoud** (*persoonsgericht in de context*)
[11.12.2019](#): Contouren van een nieuwe **GGZ (2): de organisatie, inkoop en financiën** (*totaal*)
[27.12.2019](#): Financiële staat: **vraag/antwoord (09)** (*GGZ, POH-GGZ, Jeugdwet, extra werk ANW*)
[29.07.2020](#): Zonder GGZ-**vraag** geen goed **aanbod** en/of **bekostiging** (*vraaggestuurd, tijdig + 5 stappen*)
[09.09.2020](#): **Bekostiging passende zorg** in beweging: de **GGZ (1)** (*zorgvraagtypering + cluster - context*)
[14.12.2020](#): **Zorgplicht zorgverzekeraar** is primair een **resultaatverplichting** (*NZa met plichten ZV*)
[21.12.2020](#): Spannend jaar **toekomstig (POH-)GGZ-werk** in huisartsenpraktijk (*register/Wlz/kosten*)
[29.03.2021](#): Handhaving **inkoopplicht zorgverzekeraars** moet **na 15 jaar nog beginnen** (*NZa*)
[14.02.2022](#): **Zorgplicht** impliceert **juiste inkoop** van voldoende zorg **(1)** (*tijdig, wet, ZV, rol IGJ, NZa*)
[16.02.2022](#): **Zorgplicht** impliceert **juiste inkoop** van voldoende zorg **(2)** (*tijdig, wet, ZV, rol IGJ, NZa*)
[17.03.2022](#): **Reflectie op speerpunten zorgkoers kabinet Rutte IV (3)** (*GGZ = speerpunt 12*)
[25.04.2022](#): **GGZ: oude problemen, nieuwe bekostiging** (*ZPM, impact netwerk, transitieprobleem*)
[18.08.2022](#): **Zorgplicht zorgverzekeraars** blijft een **(te) vaag omschreven begrip** (*plicht à "samen"*)
[26.04.2023](#): Laat **rechter spreken** over status **wachtenden in GGZ** (*84.000, Treenorm, verevening*)
[23.11.2023](#): **Incomplete risicoverevening** heeft **grote impact** op zorg (*te complex/26->1 ZV's*)
[06.12.2023](#): **Passend contract** ook in IZA-tijdperk **moeizaam** te realiseren (*rechtszaken/betaaltitel*)
[02.04.2024](#): **Wachlijsten bij de GGZ: over oorzaken** en oplossingen **(1)** (*dysbalans vraag-aanbod + financiën*)
[04.04.2024](#): **Wachlijsten bij de GGZ: over oorzaken** en **oplossingen (2)** (*MGN-Uit de knel-HA-GEM-contract*)
[09.04.2024](#): **Wachlijsten bij de GGZ: over oorzaken** en oplossingen **(3)** (*NZa-lijst + antw. minister*)
[15.06.2024](#): Uitkomst **rechtszaak GGZ** van belang voor heel de zorg (*wachlijst: rol staat/verzekeraar*)
[04.09.2024](#): **Zorgverzekeringswet wijzigen** betekent eerst de **noodzaak** ervan inzien (*update 2024*)
[27.02.2025](#): **Verscherpt toezicht CZ** legt ook **functioneren NZa onder vergrootglas** (*resultaat*)
[29.03.2025](#): In **afwachting van AZWA** (*het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord/ + IZA/sociaal domein*)
[13.05.2025](#): Aanspannen **rechtszaak Stichting Recht op GGZ** volkomen terecht (*108.878 wachtenden*)
[17.06.2025](#): **Onbegrepen gedrag** in een **niet functionerend zorgsysteem** (*n.a.v. parlementaire verkenning*)
[17.03.2026](#): **GGZ-wachlijsten: symptoom van een systeemprobleem (1)** (*wachlijst, HA, GGZ*)

17 en 23 maart 2026

5.1.2.e (5.1.2.e) 5.1.2.e

<https://zorgenstelsel.nl/ggz-wachlijsten-symptoom-van-een-systeemprobleem-1/>

en

<https://zorgenstelsel.nl/ggz-wachlijsten-symptoom-van-een-systeemprobleem-2/>

GGZ-wachlijsten: symptoom van een systeemprobleem