

De Staat der Nederlanden  
T.a.v. Ministerie van VWS,  
portefeuillehouder GGZ, staatssecretaris  
de heer V. Karremans MSc  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

mr. drs. B. van der Kamp  
mr. dr. J.J.M. Sluijs  
advocaten  
vanderkamp@coupry.nl  
sluijs@coupry.nl

BEZORGEN

per e-mail: [ ]

Datum: 22 oktober 2024  
Onderwerp: Aansprakelijkstelling Staat voor  
wachtlijsten specialistische GGZ

Ons kenmerk: 16.607  
Uw kenmerk:

Excellentie,

1. Wij schrijven u namens onze cliënte, de Stichting Recht op GGZ (hierna: de "**Stichting**").
2. De Stichting, die is voortgekomen uit Actiegroep Red de GGZ, stelt zich samengevat tot doel: het verbeteren van de toegang tot psychiatrische en psychologische behandeling/zorg en de rechtspositie en belangen van premiebetalers, en het bijdragen aan het behoud van het aanbod van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (hierna: "**s-GGZ**" en "**s-GGZ-zorg**").<sup>1</sup> De Stichting representeert een grote groep patiënten die op de wachtlijst voor s-GGZ-zorg staat.
3. Eind mei 2024 heeft de Stichting bekend gemaakt een juridische procedure te zullen starten tegen de Staat der Nederlanden (hierna: de "**Staat**") wanneer deze de wachtlijsten in de s-GGZ voor volwassenen niet onmiddellijk zou reduceren.
4. In de media is de nodige aandacht besteed aan de wachtlijstenproblematiek en in tal van onderzoeken zijn de gevolgen van de problematiek uitvoerig besproken en geanalyseerd.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Zie statuten van de Stichting op <https://www.rechttopggz.nl/>.

<sup>2</sup> Zie onder meer:

Inspectie voor Volksgezondheid en Jeugd, Toezicht op aanpak wachttijden ggz,  
<https://www.ijg.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/wachttijden-in-de-ggz;>

5. Peilstok voor het antwoord op de vraag of sprake is van “te lange wachttijden”, is de Treeknorm, een veldnorm voor de maximaal aanvaardbare wachttijd.<sup>3</sup> Die maximaal aanvaardbare tijd is nu gezet op 14 weken: 4 weken voor een eerste intakegesprek, 4 weken voor het vaststellen van de diagnose en 6 weken voor het beginnen van de behandeling. De Treeknorm is ook verankerd in het beleid van de NZa met betrekking tot haar toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars (zie Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025), p. 8 en 18, en artikel 10.6) en wordt in de praktijk zelfs als wettelijke norm geaccepteerd.
6. Vandaag wachten ongeveer 55.000 mensen met ernstige psychische klachten in Nederland te lang op hulp in de s-GGZ. Voor deze groep wordt de wachttijd van 14 weken, die door het veld dus nog als acceptabel wordt gezien, ruimschoots overschreden. Het gevolg is ondraaglijk lijden, niet alleen voor de patiënten zelf maar ook voor hun naasten. Het suïciderisico onder deze patiënten neemt toe, zij verliezen vaak hun werk en/of inkomsten, en relaties gaan stuk.
7. De onaanvaardbare wachtlijsten zijn het gevolg van (structurele) tekortschietende financiering. In 2020 concludeerde de Algemene Rekenkamer, dat de wachtlijsten voor de zwaarste patiënten, direct verband hielden met een tekort aan financiële middelen. In 2024 bevestigde de Algemene Rekenkamer deze bevindingen. Zorgverzekeraars en de Staat hebben een cruciale rol gespeeld in die oplopende tekorten. Eerst besteedden zorgverzekeraars structureel minder aan s-GGZ – het contracteren van omzetplafonds leidde in de praktijk tot onderbesteding – waarna de Staat vanaf 2019 het jaarlijks beschikbare ggz-macrobudget (onderaan de streep) met zo’n € 250 tot € 270 miljoen verlaagde.<sup>4</sup>

---

Nederlandse Zorgautoriteit, informatiekaart wachttijden van 4 april 2024 (“De wachttijden in de ggz blijven onverminderd lang. De gemiddelde totale wachttijden zijn in bijna alle regio’s voor alle diagnosegroepen langer dan de Treeknorm.”) Zie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_760147\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/);

Trimbos instituut in samenwerking met NIVEL, In de wachtstand, een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH’s-GGZ, 17 juni 2024

(<https://www.nivel.nl/en/publicatie/de-wachtstand-een-literatuurinventarisatie-naar-de-impact-van-wachttijden-de-ggz-op>);

Algemene Rekenkamer, Geen plek voor grote problemen, Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz, 25 juni 2020 en Rapport bij het Jaarverslag 2023, par. 5.2. Zie: <https://www.rekenkamer.nl/publicaties>.

<sup>3</sup> Sinds 2005 zijn/worden afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland gemaakt over de wachttijd die nodig is om de zorg te plannen en te organiseren.

<sup>4</sup> Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019-2022), p. 17

(<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D39365&did=2018D39365>) en Algemene Rekenkamer, a.w. 2020, p. 20.

8. De Stichting stelt zich op het standpunt dat de Staat zijn mensenrechtelijke verplichtingen schendt jegens degenen die langer dan de Treeknorm op de wachtlijst voor s-GGZ-zorg staan.
9. Personen die onder de rechtsmacht van de Staat vallen, kunnen een beroep doen op de rechtstreeks in Nederland werkende mensenrechten bepalingen, en een belangenorganisatie, zoals de Stichting, kan dat ook voor hen doen op basis van artikel 3:305a van het Burgerlijk Wetboek (hierna: "**BW**"). Hiervoor geldt wel dat de aan de orde zijnde belangen van die personen voldoende gelijksoortig zijn en zich lenen voor bundeling, zodat een efficiënte en effectieve rechtsbescherming ten behoeve van hen wordt bevorderd. Van dit alles is sprake en de Stichting geeft hier dan ook een eerste gevolg aan met het schrijven van deze brief waarin zij de Staat aansprakelijk stelt.
10. Hieronder licht de Stichting haar standpunt en de onderbouwing daarvan nader toe.

## **I Mensenrechten en verplichtingen van de Staat**

11. 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.
12. 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.

### ***Recht op leven***

13. Het recht op leven is vastgelegd in diverse internationale mensenrechtenverdragen, onder meer in artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (hierna: "**IVBPR**") en artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (hierna: "**EVRM**").

14. Het recht op leven is nauw verbonden met het kernbeginsel van de menselijke waardigheid, dat de basis vormt van alle rechten.
15. Het VN Mensenrechtencomité (het zgn. Human Rights Committee) stelt zich op het standpunt – zie General comment No. 36 (2019)<sup>5</sup> – 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.
16. 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 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 in de context van de gezondheidszorg.
17. 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>
18. 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

---

<sup>5</sup> General comments van VN-organen zijn gezaghebbend.

<sup>6</sup> EHRM 9 april 2013, nr. 13423/09 (*Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk/Turkije*), rov. 97.

<sup>7</sup> EHRM 17 maart 2016, nr. 23796/10 (*Vasileva v. Bulgarije*), rov. 63.

<sup>8</sup> EHRM 27 januari 2015, nr. 24109/07 (*Asiye Genç/Turkije*), rov. 80.

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.

## ***Recht op gezondheid & zorg***

19. Het recht op gezondheid of gezondheidszorg 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") en artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest. Ook is het recht op gezondheid vastgelegd in artikel 25 van de UVRM.
20. 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."
21. In 2000 is het 'recht op gezondheid', neergelegd in artikel 12 IVESCR, nader uitgewerkt in General comment No. 14, waarin de verplichtingen van lidstaten bij dit verdrag om 'het recht op gezondheid' voor eenieder te garanderen uitgebreid worden toegelicht. De formulering 'het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid' in artikel 12 lid 1 IVESCR<sup>9</sup> 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' 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.
22. Het recht op gezondheid in al zijn vormen en op alle niveaus bevat de navolgende vier onderling samenhangende en essentiële elementen, waarvan de precieze toepassing zal afhangen van de omstandigheden in een bepaalde staat die partij is:

---

<sup>9</sup> 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."

(i) beschikbaarheid (availability), (ii) toegankelijkheid (accessibility), (iii) aanvaardbaarheid (acceptability) en (iv) kwaliteit (quality).

23. 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-/welvaartsniveau van een staat.
24. 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.
25. Aanvaardbaarheid van gezondheidszorg wil zeggen dat gezondheidszorg de medische ethiek en geheimhouding respecteert en rekening houdt met de cultuur en behoeften van specifieke groepen zoals minderheden, gemeenschappen, geslacht- en leeftijdsgroepen.
26. 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.
27. General comment No. 14 bepaalt dat verdragsstaten het recht op gezondheid dienen te respecteren, beschermen en vervullen. 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. 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. 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.

28. Met betrekking tot de afdwingbaarheid van bovengenoemde verantwoordelijkheden is relevant dat op de staat een inspanningsverplichting rust,<sup>10</sup> 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."
29. 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).<sup>11</sup> Nu de s-GGZ-wachlijsten langer zijn geworden, is die retrogressie een feit.

### ***Eerste tussenconclusie***

30. Het laten voortbestaan van wachttijden voor s-GGZ-zorg gelegen buiten de maatschappelijk geaccepteerde Treeknormen staat op gespannen voet met diverse staatsrechtelijke verplichtingen ter waarborging van mensenrechten, zoals die geformuleerd zijn in de diverse internationale verdragen en de Grondwet. Het macro-budgettair beperken van de s-GGZ-zorg, terwijl bekend is dat er maatschappelijk onaanvaardbare lange wachlijsten bestaan of hebben bestaan, is aan te merken als een onrechtmatig handelen waarvoor de Staat aansprakelijk is. Dit schept voor de Staat in elk geval de verplichting om de remediërende maatregelen te treffen.
31. Met het laten voortbestaan van die wachlijsten – i.e. 'het onaanvaardbaar belemmeren van toegang tot die specifieke s-GGZ-zorg' – worden mensenrechten geschonden, te weten in ieder geval: het recht op leven (en in voorkomende gevallen het recht op eerbiediging van het privé- en familie- en gezinsleven) en het recht op zorg.

---

<sup>10</sup> 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)

<sup>11</sup> 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."

## **II Wettelijke aanspraak van verzekerden**

32. Ingezetenen in Nederland zijn verplicht verzekerd tegen de risico's van ziekte en hebben een wettelijke aanspraak op de zorg waarop zij redelijkerwijs zijn aangewezen.
33. Tegenover die verplichting en daarmee samenhangende premiebetaling, staat de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Die zorgplicht houdt in dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht/aanspraak heeft op prestaties bestaande uit: (i) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of (ii) de vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten, en desgevraagd vergoeding van de activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. In het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering is de zorgplicht nader uitgewerkt. Ook in diverse rechterlijke uitspraken is nadere duiding gegeven aan de zorgplicht.
34. Als gezegd, is het al jaren bekend dat de wijze van contracteren door zorgverzekeraars heeft geleid tot een structurele onderbesteding in de s-GGZ-zorg.

## **III Reactie(s) Zorgverzekeraars Nederland en de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit**

35. Zorgverzekeraars Nederland stelt zich op het standpunt dat de ontstane wachtlijsten verschillende oorzaken hebben, waaronder de stijgende vraag, toename van de verwijzingen, het gebrek aan personeel en gebrekkig gemaakt onderscheid in de verschillende soorten GGZ-zorg. Zij zoekt de oplossing voor het wegwerken van de wachtlijsten in samenwerking en het verzamelen van data (op het individuele niveau van de zorgverzekeraars).<sup>12</sup> Uit een nog ongepubliceerd onderzoek van gezondheidseconomen van de Vrije Universiteit, in opdracht van zorgverzekeraar VGZ, zou blijken dat de helft 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 langer of korter lijken dan ze in werkelijkheid zijn.<sup>13</sup> Deze geconstateerde problematiek poetst echter niet het probleem weg van diegenen die langer dan de Treeknormen op s-GGZ-hulp wachten. Dat aantal is en blijft zeer aanzienlijk en hun mensenrechten blijven geschonden.

---

<sup>12</sup> Zie reactie ZN van 4 april 2024 op berichtgeving over wachtlijsten in de GGZ, <https://www.zn.nl/actueel/reactie-zn-op-berichtgeving-over-wachtlijsten-in-de-ggz/>.

<sup>13</sup> <https://nos.nl/artikel/2541672-wachttijden-ggz-niet-goed-vastgelegd-zeggen-onderzoekers>.



36. De toezichthoudende rol van de Nederlandse Zorgautoriteit op de wachtlijsten in de s-GGZ is gebrekkig en onvoldoende geweest. De Stichting verwijst kortweg naar hetgeen daarover in de media is geopenbaard en gepubliceerd in diverse (gezaghebbende) artikelen.

#### **IV Samenvatting en slotconclusie van de Stichting**

37. Er is sprake van een structurele overschrijding van de Treeknormen binnen de s-GGZ voor volwassenen, waardoor het effectueren van het recht op passende, goede en tijdige s-GGZ voor deze groep ernstig wordt bemoeilijkt. Op grond van internationaal verdragsrechtelijke bepalingen, evenals overigens op grond van artikel 22 Grondwet, is de Staat verantwoordelijk voor het bevorderen van de volksgezondheid en het waarborgen dat juist iedere burger toegang heeft tot die tijdige en adequate s-GGZ zorg.
38. Nu de Staat, als (eind)verantwoordelijke voor het zorgstelsel, al jaren op de hoogte is van de oplopende wachtlijsten in de s-GGZ en nalaat om in te grijpen, stelt de Stichting zich op het standpunt dat de Staat inbreuk maakt op zijn verplichtingen die voortvloeien uit onder meer artikel 2 EVRM en artikel 12 IVESCR.
39. Over de schadelijke gevolgen, die het in stand houden van wachtlijsten heeft, buiten de maatschappelijk acceptabele Treeknormen, zijn diverse onderzoeken helder.<sup>14</sup> De voornaamste luiden:
- Klachten verergeren, de kans op herstel neemt af;
  - Mensen zien af van behandeling;
  - Wachten verhoogt de kans op behandeluitval;
  - Wachten verhoogt de kans op langere en intensievere behandeling;
  - Wachten verhoogt de kans op arbeidsuitval en verkleint die van terugkeer in het arbeidsproces; en
  - Schade aan gezinnen.
40. Een voor de hand liggende oplossing is het verhogen van het beschikbare macro s-GGZ-budget, tot bijvoorbeeld het niveau van vóór 2019. Daarnaast zou de Staat ervoor moeten zorgdragen dat zorgverzekeraars hun wettelijke zorgplicht nakomen. Niets doen is geen optie. Bovendien kost het in stand houden van de s-GGZ-

---

<sup>14</sup> Zie voetnoot 2, en R. Prudon, ESB 16 augustus 2023, Kans op werk daalt door lange ggz-wachttijden (<https://esb.nu/kans-op-werk-daalt-door-lange-ggz-wachtlijsten/>).

wachtlijsten de samenleving uiteindelijk meer dan het oplossen ervan door extra financiële middelen beschikbaar te stellen.

41. Op grond van het voorgaande stelt de Stichting de Staat aansprakelijk voor de mensenrechtenschendingen en/of anderszins handelen in strijd met zijn (wettelijke en/of maatschappelijke) verplichtingen en/of anderszins onrechtmatig handelen. Voor overleg of toelichting op deze brief is de Stichting beschikbaar.
42. Wij verzoeken u vriendelijk om **uiterlijk 20 november 2024** op deze brief te reageren. Als we op die datum geen inhoudelijke reactie hebben ontvangen, zal de Stichting verdere juridische stappen ondernemen.

Vriendelijke groet,

w.g. Bob van der Kamp en Jan-Koen Sluijs  
advocaten