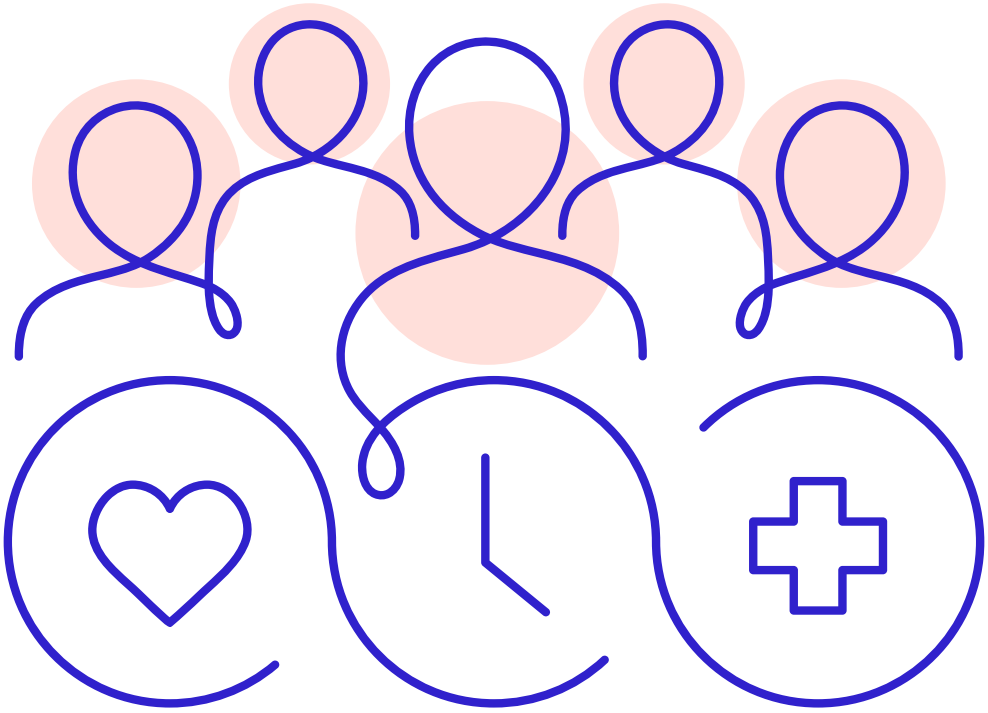
de Nederlandse ggz



AZWA
ggz passages

2025-2026

Inhoudsopgave

1. Inleiding 03
1.1 Introductie en leeswijzer
1.2 Transitiedoelen
1.3 Arbeidsmarkt en werkgeverschap
1.4 Gezamenlijke doorbraak en commitment 04
1.5 Ambitie en commitment: mensen vrijspelen voor de zorg

2. Maatregelen per transitiedoel 04
A. Afwenden onbeheersbaar arbeidsmarkttekort
B. Juiste inzet van medewerkers en vergroten van vakmanschap
C. Gelijkwaardigere toegang tot zorg 05
D. Beweging naar de voorkant
E. Passende zorg

3. Financiële paragraaf ggz 06

4. Bijlagen: Detailafspraken voor de ggz 08
4.1 Transparantie wachttijden ggz (C3a*)
4.2 Verbeteren toegankelijkheid ggz (C6*) 10
4.3 Continuïteit ANW- en crisisdiensten (D7*) 12

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)

1. Inleiding

1.1 Introductie en leeswijzer

Partijen geven met het *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord* (AZWA) en het *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg* (HLO) hun toewijding aan het gelijkwaardiger toegankelijk maken van de zorg in Nederland. En zetten zich in om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest. Partijen staan samen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief goede zorg en ondersteuning, nu en in de toekomst.

Deze samenvatting bevat de belangrijkste onderdelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) die relevant zijn voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De selectie biedt overzicht in doelen, maatregelen en financiële afspraken die binnen het AZWA voor de ggz zijn gemaakt.

Hoofdstukken en paragrafen volgen de lijn van het akkoord: van transitiedoelen en gezamenlijke ambitie, via concrete maatregelen en financiële afspraken, tot detailafspraken in de bijlagen. Waar in de tekst hoofdletters en cijfers tussen haakjes staan, verwijzen deze naar de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord. Voor verdere toelichting of achtergrondinformatie kan altijd het volledige akkoord worden geraadpleegd.

1.2 Transitiedoelen

Transitiedoel 1: Het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort
De grootste bedreiging van gelijkwaardige toegang is het groeiende personeelstekort. **Het streefdoel is om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest.** Daarnaast blijven we inzetten op opleiden, instroom en behoud van personeel. Daarmee voorkomen we het onbeheersbare arbeidsmarkttekort en houden we de zorg toegankelijk.

Transitiedoel 2: gelijkwaardigere toegang
Mensen in Nederland moeten merken dat de **toegang tot passende zorg gelijkwaardiger wordt**, in het bijzonder voor mensen die nu een te hoge drempel ervaren. De inzet van partijen is om de wachttijden voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de daarvoor geschikte normen brengen.

1.3 Arbeidsmarkt en werkgeverschap

Focus op werkgeverschap en scholing
We hebben ook aandacht voor werkgeverschap en scholing. De zorg- en welzijnssector moet aantrekkelijk zijn en blijven om in te werken. Dat vraagt om goed arbeidsmarktbeleid, sterk werkgeverschap en nog betere scholing- en ontwikkelingsmogelijkheden. Alleen dan kunnen we voldoende mensen blijven boeien, binden en behouden voor de sector.

Zorgplicht
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderkent het belang van de afspraken in dit AZWA ten aanzien van het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars alles doen wat binnen hun mogelijkheden ligt om te komen tot tijdige en passende zorg. Daarbij houdt de NZa in het toezicht redelijkerwijs rekening met wat verwacht mogelijk geacht kan worden van de zorgverzekeraars in relatie tot de stijgende zorgvraag en de situatie op de arbeidsmarkt.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

1.4 Gezamenlijke doorbraak en commitment

Samen creëren we een doorbraak

Om deze doelen tijdig te kunnen realiseren moet het tempo van de transformatie van zorg en welzijn fors omhoog, de samenhang moet worden versterkt en de focus worden verbreed. Hiervoor zien we momentum. Overal bruist het van de ideeën en initiatieven om onze zorg en welzijn in de benen te houden en te verbeteren. De ondertekenende partijen willen meer impact realiseren op deze transitiedoelen en zijn gecommitteerd om hier samen aan te werken. Dit doen we door in het AZWA aanvullende afspraken te maken boven op de bestaande IZA- (en deels GALA-) afspraken, deze zorgvuldig te monitoren en te realiseren. En daarnaast door het HLO af te sluiten en uit te voeren. Dit bouwt voort op de beweging die in de praktijk al aan de gang is en is ondersteund door het programma WOZO.

1.5 Ambitie en commitment: mensen vrijspelen voor de zorg

Partijen hebben een ambitieuze doelstelling afgesproken om het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen in 2028 dan het geval was geweest wanneer geen maatregelen zouden zijn genomen. Om die reden committeren partijen zich met dit akkoord aan de diverse afspraken die daaraan bijdragen. Partijen verwachten de grootste ambitie qua arbeidsbesparing door:

- Het opschalen van passende zorg (-20.000 mensen)
- De vermindering van administratieve lasten en het versnellen van gegevensuitwisseling (-5.000 mensen)
- De inzet van kunstmatige intelligentie (-8.000 mensen)
- Het verbeteren van inzicht in de wachtlijsten (geen impactanalyse uitgevoerd)

Qua domeinen en sectoren verwachten we een aanzienlijke bijdrage door het sociaal domein te versterken en zo zorgvraag te voorkomen en een pakket aan maatregelen die de belasting in de ggz moet verlagen.

2. Maatregelen per transitiedoel

A. Afwenden onbeheersbaar arbeidsmarkttekort

Inzet: maximaal 20% administratietijd.

- A1*: Opschalen doorbraakprojecten regeldrukvermindering, waaronder het doorbraakprogramma voor de ggz;
- A2*: Verminderen regeldruk als gevolg van machtigingen en aanvullende verklaringen;
- A3*: Verminderen regeldruk als gevolg van (verschillen tussen) inkoop- en verantwoordingseisen;
- A4*: Verminderen de tijd die medewerkers kwijt zijn aan administratie en diagnostiek door te beginnen met versnelde en verantwoorde inzet van generatieve en diagnostische AI;
- A5*: Versnellen van de implementatie van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

B. Juiste inzet van medewerkers en vergroten van vakmanschap

- B1*: Domeinoverstijgend indiceren, waarbij de minste arbeidsinzet uitgangspunt is;
- B2*: Bevorderen van de inzet van arbeidsbesparende medische technologie;
- B3*: Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid;
- B4*: Ondersteunen van medische preventie zoals vaccinaties als hiermee zorgvraag wordt voorkomen.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

C. Gelijkwaardigere toegang tot zorg

Inzet: Gelijkwaardigere toegang tot zorg tussen met name hoger opgeleiden die de weg beter kennen en mensen voor wie dat lastiger is.

- C1*: We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen (MSZ);
- C2*: Naar één landelijke voorziening voor alle vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg;
- C3*: Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren (twee trajecten, voor ggz (C3a*) en msz (C3b*) – zie bijlage 1 voor nadere toelichting;
- C4*: Normeren/differentiëren: normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden verbeteren – onderscheid tussen treeknorm voor cruciale ggz en treeknorm voor overige vormen van ggz;
- C5*: Thuisarts wordt structureel geborgd;
- C6*: Verbeteren toegankelijkheid van de ggz – zie bijlage 1 voor nadere toelichting;
- C7*: Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd;
- C8*: Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven.

D. Beweging naar de voorkant

Inzet: Zorgvragers eerder en beter helpen (van 3e lijn tot in het sociaal domein) zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen.

- D1*: Medisch specialistische zorginstellingen werken samen in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag;
- D2*: De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd;
- D3*: Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken;
- D4*: Met (financieel) maatwerk in elke regio borgen we de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg;
- D5*: We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein (o.a. landelijke implementatie Sociaal Verwijzen en Laagdrempelige steunpunten EPA);
- D6*: In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten;
- D7*: We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten – in eerste instantie met focus op psychiaters – zie bijlage 1 voor nadere toelichting.

E. Passende Zorg

Inzet: Zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten.

- E1*: We maken kwaliteitsinformatie transparant;
- E2*: We realiseren impactvolle passende zorg door opschaling en contractering;
- E3*: We dragen met professionele richtlijnen bij aan passende zorg en de transitiedoelen;
- E4*: We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert (gelijk speelveld gecontracteerd vs ongecontracteerd);
- E5*: We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten;
- E6*: We maken afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, opsporen, stoppen en bestraffen.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

3. Financiële paragraaf ggz

- Beschikbare kader ggz, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling in de betreffende jaren:

ggz	bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	5.553	5.322	5.322
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	283	272	272
3	schuif Beschikbaarheidbijdrage psychotraumazorg	-6	-6	-6
4	stand kader prijspeil 2025	5.831	5.587	5.587
5	aanpassing startniveau		202	202
6	nieuwe basisstand	5.831	5.789	5.789
7	volumegroei totaal		23	47
	w.v. groei 2027 (0,4%)		23	23
	w.v. groei 2028 (0,4%)			23
8	remgeld		123	139
9	uitstel tranchering eigen risico 2026	26		
10	**kader GGZ inclusief groei in prijspeil 2025**	**5.857**	**5.935**	**5.974**

- Deze beschikbare kaders zijn exclusief eventuele toekomstige technische mutaties. De komende jaren kan er bijvoorbeeld sprake zijn van mutaties als gevolg van wijzigingen in aanspraken en bekostiging die niet voortkomen uit en niet van invloed zijn op de afspraken uit het AZWA, maar wel kunnen leiden tot aanpassing van de meerjarenreeks.
- Het ggz-kader wordt vanaf 2027 structureel opwaarts bijgesteld met €202 miljoen. De opwaartse bijstelling voor het jaar 2026 is reeds verwerkt in de begroting 2025.
- Beschikbare volumegroei voor de ggz is 0,4% in 2026, 2027 en 2028.
- Remgelden verlagen eigen risico: in het Hoofdlijnenakkoord is vastgelegd dat het verplicht eigen risico met ingang van 2027 wordt verlaagd naar €165. Voor de verwachte stijging van de zorguitgaven als gevolg van de daardoor toenemende zorgvraag zijn voor de Zvw middelen beschikbaar gesteld (hierna: remgelden). Om de toenemende zorgvraag op te vangen worden structureel middelen toegevoegd aan de sectorale kaders op basis van onderstaande verdeling. De inzet van deze middelen wordt in lijn gedaan met de doelen van het AZWA (afwenden arbeidsmarkttekort en toegankelijkere zorg).

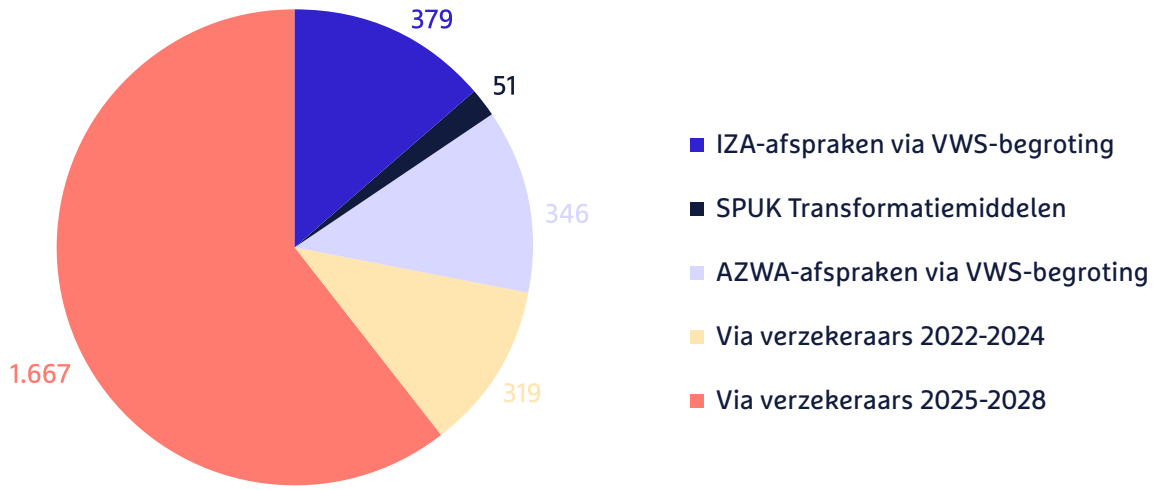
Bedragen x 1 miljoen	2027	2028
GGZ	123	139

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in de contractering afspraken over de inzet van deze middelen in samenhang met de afspraken in dit akkoord. Voor de meeste afspraken in het AZWA geldt dat de uitvoering loopt via de zorgverzekeraars en daarmee middels de reguliere contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden contractuele afspraken gemaakt in lijn met de gemaakte AZWA-afspraken. De financiële stromen lopen daarmee via de reguliere prestaties en tarieven, zoals deze door de NZa zijn vastgesteld. Voor een aantal specifieke afspraken, zoals de afspraken over de doorbraakmiddelen, loopt de declaratie via een afzonderlijke prestatie, zodat gemonitord kan worden hoeveel middelen er uitgegeven worden. Voor de meeste afspraken is dit niet van toepassing omdat deze onderdeel zijn van de reguliere contractafspraken.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

- Voor de overschrijdingen van de kaders GGZ, huisartsenzorg en MDZ in de periode t/m 2024 wordt het macrobeheersinstrument niet ingezet.
- IZA Transformatiemiddelen: de periode waarin de IZA transformatiemiddelen beschikbaar zijn wordt verlengd t/m het jaar 2028. De bestaande 'use it or lose it' afspraak blijft gehanteerd: als transformatiemiddelen in enig jaar niet worden gebruikt, dan vervallen die middelen en zijn daarmee niet meer beschikbaar voor daaropvolgende jaren.
- Een deel van de afspraken uit het AZWA wordt gefinancierd vanuit de bestaande transformatiemiddelen. Onderstaande figuur geeft de verdeling van de transformatiemiddelen weer.

Verdeling € 2,8 mrd transformatiemiddelen
(bedragen x € 1 mln)



- AZWA: doorbraakmiddelen: Conform de inhoudelijke afspraken in dit het AZWA wordt een deel van de remgelden in 2027 en 2028 als doorbraakmiddelen beschikbaar gesteld voor impactvolle transformaties, aanvullend op de bestaande transformatiemiddelen uit het IZA. Voor de jaren 2027 en 2028 is hiervoor € 400 miljoen per jaar beschikbaar. De precieze governance wordt nog uitgewerkt en vastgesteld in een toekomstig BO AZWA.
- De lat wanneer een doorbraak daadwerkelijk impactvol is wordt hoog. Daarbij moet de impact op fte (arbeidsbesparing) leidend zijn.
- De doorbraakmiddelen worden niet geoormerkt naar sectoren.
- De doorbraakmiddelen in 2027 en 2028 worden ingezet voor arbeidsbesparende maatregelen zoals de inzet van AI, medische technologie en hulpmiddelen.
- Het kabinet spreekt het politieke committent uit om structureel beleid te gaan voeren op de inzet van arbeidsbesparende technologie (AI, medische technologie en hulpmiddelen) in de zorg. Hiermee maken we de zorg toegankelijker en werken we aan het terugdringen van het arbeidsmarkttekort in de zorg. Dit is een proces van lange adem, waarbij perspectief – ook financieel – voor de sector nodig is. Samen met het veld werkt het kabinet aan plannen voor de (middel)lange termijn. Er is veel vertrouwen dat de inzet gaat werken. Er zal de komende jaren bewijs komen wat effectief is en wat niet.
- We gaan nu van de kant met een startpakket met financiering voor 2 jaar (2027 en 2028). Deze 2 jaar worden gebruikt om de concreet uit te werken en de effecten van het startpakket te evalueren. Bij een positieve evaluatie en op basis van uitgewerkte plannen loopt dit in 2028 mee in het reguliere begrotingsproces, waarbij het uitgangspunt is dat de middelen structureel worden als dit past binnen de afgesproken financiële kaders. Voor de inzet van deze middelen die dan structureel worden is in dat geval ook geen aanvullende dekking nodig.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

- Opleidingen: om bij te dragen aan de transitiedoelen zullen organisaties en professionals in zorg en welzijn anders moeten gaan werken. Dit vraagt om aandacht voor opleiding en scholing (leven lang leren) van (toekomstige) professionals, eerst en vooral waar tekorten het grootst zijn en waar de beweging naar de voorkant om vraagt. De toepassingen van technologische - (bijv. AI) en sociale innovaties (bijv. reablement) en passende zorg (bijv. samenwerking welzijn, palliatieve zorg, doelgericht indiceren en doelgestuurd behandelen) zijn majeure veranderingen. Ook is behoud van instroom in de opleidingen voor tekortberoepen, voldoende loopbaanmogelijkheden en het verminderen van de uitstroom van professionals van belang. Om het opleiden en scholen van medewerkers in zorg en welzijn ook buiten het ziekenhuis te borgen komen hiervoor middelen beschikbaar, oplopend tot € 185 miljoen structureel vanaf 2029. Als er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn indexeert VWS waar nodig de budgetten voor het opleiden van medewerkers in zorg en welzijn.
- Overige investeringen via begroting: er wordt een bedrag oplopend naar in totaal € 61 miljoen structureel beschikbaar gesteld voor investeringen via de VWS-begroting die bijdragen aan het reduceren van de zorgvraag in de Zvw of randvoorwaardelijk zijn om de doelen van het AZWA te kunnen realiseren. Ten aanzien van de doorbraakafspraak professionele richtlijnen zijn voor het verlengen van de verschillende kwaliteitsprogramma's t/m 2028 middelen beschikbaar: € 12,5 miljoen in 2027 en € 29,3 miljoen in 2028. Binnen dit totaalbedrag zijn voor de looptijd van dit akkoord tevens middelen beschikbaar gesteld voor flankerend beleid vanuit VWS. Een tabel met de meerjarig beschikbare bedragen van individuele maatregelen is opgenomen in bijlage 2.
- Enveloppe gegevensuitwisseling: tussen 2022 en 2028 staat er in totaal circa €878 miljoen op de VWS-begroting voor het realiseren van gegevensuitwisseling. Daarnaast staat er op de aanvullende post bij Financiën in totaal nog circa €566 miljoen wat beschikbaar is voor gegevensuitwisseling. Over de middelen die op de aanvullende post staan zal naar verwachting bij voorjaarsbesluitvorming 2026 worden besloten.

4. Bijlagen met detailafspraken ggz

4.1 Transparantie wachttijden ggz (C3*)

C3a*: Transparantie wachttijden ggz (Zvw) en proactieve zorgbemiddeling.
Partijen spreken af dat wachtlijstgegevens accuraat en transparant zijn voor zorgverzekeraars, verzekerden/patiënten en verwijzers, zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtlijst staat en hoe lang. Dit inzicht in de vraag naar zorg in de ggz wordt verkregen door de retrospectieve wachttijden af te lezen vanuit het declaratiebericht en de prospectieve wachttijden (actueel wachtenden) af te lezen vanuit de verwijsgegevens. Ook wordt er gewerkt aan het inzichtelijk maken van het beschikbare aanbod/capaciteit van de zorgaanbieders en het beter inzichtelijk maken van de hulpvraag (klachtenprofiel). Deze gegevens worden bij elkaar gebracht in een digitale tool, wat het voor partijen mogelijk maakt om te komen tot matching van vraag en aanbod, in eerste instantie op regionaal niveau. Accurate wachtlijsten helpen verzekeraars om hun eigen verzekerden – indien de verzekerde dit wenst - te bemiddelen naar een zorgaanbieder met een kortere wachttijd. Mogelijk vervangt dit proces in de toekomst de huidige transfertafels.

Wie gaat wat doen:

Onderdeel 1: datastroom en administratieve lasten

- Zorgverzekeraars ontvangen bij verwijzing (via de verwijsdienst) een melding dat een verzekerde is doorverwezen naar een zorgaanbieder.
- Partijen maken afspraken over het verkrijgen van inzicht in de datastroom die buiten de verwijsdiensten omgaat in de ggz en over het aansluiten van zoveel mogelijk zorgaanbieders bij verwijsdiensten.
- ZN zorgt voor de desbetreffende optie in Zorgdomein en Vecozo uiterlijk 1/1/26.

VWS werkt de mogelijkheden van en noodzaak voor een wettelijke grondslag om de data bij verwijzing automatisch te ontvangen uit. Tot een wettelijke grondslag geregeld is, moet de verzekerde hiertoe digitaal via de verwijsdienst toestemming geven. Na verwijzing door de huisarts ontvangt de patiënt van de verwijsdienst de verwijzing met de vraag of de verzekerde/patiënt bij een te lange wachttijd bemiddeld wil worden door de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Bij toestemming wordt een beperkte set gegevens doorgegeven aan de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar die de patiënt benadert conform de hieronder nader geduide afspraken en uitgangspunten.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

- Partijen spreken af dat de dataset beperkt is tot: persoon/BSN, verwijsdatum, vermoeden DSM/klachtenprofiel en zorgaanbieder (AGB), met daarbij de afspraak dat de data alleen gebruikt mogen worden voor het proces van zorgbemiddeling en de evaluatie en analyse van dit proces en niet voor andere doeleinden. Daarbij wordt gehandeld volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

Onderdeel 2: Opschoning van en inzicht in de wachtlijsten

- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor adequate wachtlijstinformatie. De wachtlijstinformatie die zorgaanbieders bij de verwijsdienst aanleveren is actueel, accuraat en geeft inzicht in wachttijd tot intake en behandeling.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders werken gezamenlijk een proces uit voor het schonen van de huidige wachtlijsten van dubbelingen en streven ernaar om dit begin Q1 van 2026 af te ronden. Het gaat indicatief om tussen de 12.000 en 20.000 cliënten die dubbel wachten. Voor het inzichtelijk maken van de huidige wachtlijsten per zorgaanbieder en de dubbelingen maken we gebruik van een TTP. Zorgverzekeraars ontvangen een rapportage met op geaggregeerd niveau de informatie over het aantal wachtenden per zorgaanbieder, en het aantal dubbelingen. Zorgverzekeraars kunnen deze informatie op persoonsgegevensniveau van de TTP niet ontvangen vanwege het ontbreken van een wettelijke grondslag, dat betekent dat zorgaanbieders in de uitvoering verantwoordelijk zijn voor het leggen van contact met de cliënt die op meerdere wachtlijsten staat.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en MIND maken een gezamenlijke afspraak over hoe ze cliënten gaan benaderen die op meerdere wachtlijsten staan. ZN en de Nederlandse ggz maken gezamenlijke afspraken over de verdeling van de kosten. Daarna kan tot uitvoering worden overgegaan.
- Opgeschoonde wachtlijsten leiden tot geschoonde wachttijden. Partijen maken uiterlijk Q1 2026 afspraken over hoe de geschoonde wachttijdinformatie ook inzichtelijk gemaakt wordt voor patiënten/verzekerden.
- In de ggz wachten veel cliënten langer dan de Treeknorm. Om zorgbemiddeling bij deze huidige wachtenden onder de aandacht te brengen wordt door zorgverzekeraars geïnvesteerd in de bekendheid van zorgbemiddeling.

Onderdeel 3: Bemiddeling

- Partijen werken het proces rond proactieve bemiddeling gezamenlijk verder uit waarbij het beperken van administratieve lasten het uitgangspunt is. Over de manier waarop verzekeraars hun verzekerden benaderen worden afspraken gemaakt tussen VWS, de verzekeraars, de aanbieders en MIND. Dit doen deze partijen op basis van onderzoek naar voorkeuren van cliënten en hoe dit gesprek goed te voeren. Daarbij wordt recht gedaan aan de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van alle betrokken partijen. Deze afspraken, die betrekking hebben op de eerste fase, worden uiterlijk 1/10/2025 gemaakt.
- In de eerste fase, die duurt vanaf het beschikbaar komen van de doormeldingsoptie in Zorgdomein/Vecozo (uiterlijk 1/1/26) tot voorjaar 2027, zullen alleen patiënten proactief bemiddeld worden die bij verwijzing aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/aanmelding, diagnostiek of behandeling.
- Partijen evalueren eind 2026 de afgesproken werkwijze van proactieve zorgbemiddeling van patiënten die aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/aanmelding, diagnostiek of behandeling. De opzet van de evaluatie stellen partijen gezamenlijk op.
- In de evaluatie wordt in ieder geval ook gekeken naar:
  - Is de wachttijdinformatie accuraat en actueel en levert iedereen aan?
  - Hoe bevalt de zorgbemiddeling de patiënten?
  - Zijn er procesaanpassingen nodig volgens aanbieders, verzekeraars en patiënten?
  - Kunnen we bemiddeling verder uitbreiden, is dat behulpzaam voor de patiënt en uitvoerbaar in de processen van eenieder?
  - Draagt de proactieve zorgbemiddeling bij aan de verwezenlijking van de doelen zoals beschreven in fiche C6*?
- Afhankelijk van de uitkomsten van de evaluatie is het vanaf voorjaar 2027 ook mogelijk patiënten proactief te bemiddelen die korter dan de Treeknorm moeten wachten.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

4.2 Verbeteren toegankelijkheid ggz (C6*)

We willen dat er meer behandelcapaciteit komt voor mensen met een ggz-vraag, specifiek voor patiënten met een complexe zorgvraag. Daarom gaan we binnen het bestaande kader schuiven met menskracht en middelen, waarbij het zwaartepunt verschuift van de behandeling van lichte zorgvragen naar de behandeling van complexe zorgvragen.

Overzicht actielijnen:

1. Herijken behandelduur, -vorm en -doelstelling

A. Richtlijnpartijen maken met ondersteuning van het Zorginstituut en in samenwerking met Akwa ggz, afspraken over hoe zij passende behandelduur en -vorm (waaronder groeps- en digitale behandelingen) in richtlijnen en zorgstandaarden opnemen. Vanaf 1 januari 2026 worden de eerste richtlijnen en zorgstandaarden aangevuld met behandelduur en -vorm.
B. Het Zorginstituut levert in Q1 2026 een analyse op van de spreiding van de gemiddelde behandelduur bij aanbieders met vergelijkbare trajecten. De uitkomsten worden benut om te bepalen welke richtlijnen en zorgstandaarden met prioriteit moeten worden opgepakt voor (her)definiëring van behandelduur. Tevens dient de informatie als spiegelinformatie voor aanbieder.
C. Het Zorginstituut levert stapsgewijs vanaf eind Q1 2026 een inventarisatie op van passende behandelduur en -vorm in richtlijnen en zorgstandaarden en hoe dit te verbeteren. Zij start met de meest voorkomende diagnoses (angststoornis en depressie) en verdere prioritering uit het hiervoor genoemde onderzoek naar de spreiding van de gemiddelde behandelduur. De inventarisatie betreft:
   - De kennis betreffende passende behandelduur en -intensiteit voor verschillende ggz-aandoeningen te inventariseren;
   - Het checken of deze passende behandelduur en intensiteit is opgenomen in de relevante richtlijn en zorgstandaarden;
   - En, wanneer niet, aangeven hoe eventuele kennislacunes per aandoening in de richtlijnen en zorgstandaarden kunnen worden aangevuld door richtlijnpartijen.
   - Ten aanzien van groepsbehandeling wordt het traject van de pakketagenda 2026-2028 gevolgd.
D. Het afspreken van behandeldoelen door patiënt en behandelaar en het evalueren van een behandeling verbetert de behandeluitkomsten. Aanbieders integreren behandelduur, - vorm en het vaststellen van gedeelde behandeldoelen door patiënt en behandelaar, evenals het periodiek evalueren hiervan, standaard in een behandeling. Aanbieders zetten tevens in op het tijdig afronden van behandelingen. Hierbij worden de resultaten van de gesprekstafel 'doelstelling, evaluatie en beëindiging' uit het programma Versterken Kwaliteitstransparantie in de ggz en lopende acties van Akwa ggz meegenomen.

2. Hybride- en groepsaanbod is voorliggend (tenzij)

De IZA afspraak om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen blijft onverkort van kracht. **Aanvullend** wordt een groeipad van tenminste 6% hybride (t.o.v. 2022) en 6% groepsbehandeling (t.o.v. 2025) in het totaalaanbod van elke aanbieder in 2027 gevraagd (inkoop 2026). Dit vraagt om het investeren in digitale toepassingen en groepsbehandelingen, het opleiden van professionals (zie ook B3*), en het versneld in kaart brengen van opschaalbare digitale toepassingen en groepsbehandeling.

3. Laagdrempelig contact tussen huisartsen – ggz – sociaal domein

Onder regie van de Nederlandse ggz wordt onderzoek gedaan naar de knelpunten rond de inzet van de consultatiefuncties huisartsen – ggz en sociaal domein – ggz. Het onderzoek brengt ook in kaart hoe deze functies beter ingezet kunnen worden en wat er nodig is voor opschaling. In Q1 2026 wordt dit onderzoek opgeleverd.

4. Passend vervolg

De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken uiterlijk Q1 2026 een continuüm van afspraken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod . Hierbij zal rekening worden gehouden met het 'Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2022)'. De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de patiënt en het absorptievermogen voor zowel huisartsen als de ggz. De bovengenoemde partijen betrekken bij de uitwerking de partners in het sociaal domein.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

5. Aanspraken en pakketbeheer

- Het Zorginstituut brengt, in afstemming met de Nederlandse ggz, beroepsgroepen, ZN en MIND en huisartsen in beeld op welke manier aanspraken en pakketbeheer een bijdrage kunnen leveren aan een toekomstbestendige ggz.
- De mogelijke maatregelen zien ten minste toe op voorstellen voor verscherping van de aanspraak, waarbij principes voor passende geestelijke gezondheidszorg centraal staan.
- Uitgangspunt is dat behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld voor patiënten met complexe zorgvragen, waarbij het van belang blijft dat ook mensen met lichtere problematiek toegang hebben tot passende zorg of ondersteuning.
- Het effect van de maatregelen op andere domeinen, inclusief het mogelijk verschuiven van patiëntvragen en hoe dit wordt opgevangen, wordt in beeld gebracht.
- De eerste stap is een inventarisatie onder leiding van het Zorginstituut van mogelijke oplossingsrichtingen, ter bespreking op het BO IZA/AZWA Q1 2026.
- Vervolgens zal na het BO IZA/AZWA van Q1 2026 het Zorginstituut in samenwerking met eerder genoemde partijen, de impact van de gekozen oplossingsrichtingen in beeld brengen (bijvoorbeeld het effect op de driehoek: ggz-huisarts-sociaal domein).
- In uiterlijk Q4 2026 zal het Zorginstituut de 'Uitleg aanspraak op basis van DSM' hierop aanpassen.

6. Arbeidsmarkt

- Voor het vrijmaken van personele capaciteit maakt de Nederlandse ggz samen met de betrokken beroepsgroepen, MIND en toezichthouders in Q4 2025 de mogelijkheden voor taakdifferentiatie of een 'skillsgerichte aanpak' inzichtelijk. Behoud van kwaliteit en (verhoging van) werkplezier is hierbij een randvoorwaarde.
- Startpunt voor deze 'skillsgerichte inzet' is de acute ggz en de high intensive care units (HIC's).
- De mogelijkheden worden vervolgens met voorrang ingepast in de betreffende zorgstandaarden.
- Deze maatregel wordt in samenhang met afspraak D7* bezien, die de continuïteit van de invulling van ANW-diensten (waaronder crisisdiensten) in elke regio borgt.

7. Exclusiecriteria bij ggz-aanbieders schrappen

- Zorgaanbieders stoppen vanaf 2026 met het hanteren van exclusiecriteria, behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen.
- Enkel voor een aantal "laag volume, hoog complexe zorgvragen" kunnen exclusiecriteria gelden, op basis waarvan vanuit een regio kan worden doorverwezen naar een landelijke (3e lijns) voorziening.
- Om deze afspraak goed te laten landen is van het belang dat de samenwerking in de regio tussen grote geïntegreerde instellingen en kleinschalige aanbieders wordt verstevigd.
- Zorgverzekeraars nemen het inperken van exclusiecriteria mee in het inkoopbeleid voor de ggz vanaf 2027. Zij hanteren hierbij het principe van redelijkheid en billijkheid, met aantoonbare inachtneming van de belangen van patiënten en zorgprofessionals. Het uitgangspunt is dat er in elke regio voldoende kwalitatief goed aanbod gecontracteerd wordt.

8. Monitoring

- We monitoren gezamenlijk, naast de reguliere IZA/AZWA monitoring, de effecten van de IZA en AZWA afspraken voor de ggz, en toetsen de uitwerking op het doel: alle ggz zorg binnen de treeknorm in 2028.
- In de monitor wordt in elk geval jaarlijks de verschuiving van lichte naar complexe zorg in beeld gebracht o.b.v. declaratiedata.
- De set van maatregelen is een samenspel met effect op verschillende domeinen. Om het doel te halen is daarom een gecontroleerde en gezamenlijke transitie noodzakelijk.
- Als blijkt dat een of meerdere betrokken partijen niet in staat is om een doelgroep te voorzien van passende zorg of ondersteuning vindt er onmiddellijk bestuurlijk overleg plaats, landelijk dan wel in de regio.

* De hoofdletter en cijfers tussen haakjes correspondeert met de onderdelen uit het volledige AZWA-akkoord

4.3 We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten (D7*)

De afspraak is dat alle partijen bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van de invulling van de ANW- en crisisdiensten. Verschillende maatregelen worden hierbij betrokken, waaronder de mogelijkheid tot wetgeving. Voor de ggz spreken we daarom af dat er een doorbraakprogramma wordt opgestart. De gezamenlijke doelstelling van het programma is dat er uiterlijk 1-1-2027 vanuit elke regio een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz is. Dit betekent een verhoging van de inzetbaarheid van psychiaters, om in de regio de werkdruk te verdelen. We streven naar 70% participatie van psychiaters in de drie verschillende doelgroepen: A) psychiaters van de geïntegreerde organisaties die 24/7 bereikbaarheid hebben, B) psychiaters bij zorgaanbieders die geen 24/7 bereikbaarheid hebben en C) vrijgevestigd psychiaters.

Met deze afspraak erkennen de psychiaters en andere relevante beroepsverenigingen dat zij een 24/7 zorgplicht hebben voor hun patiënten. Deze 24/7 verantwoordelijkheid kunnen de betreffende zorgprofessionals invullen door (waar nodig) deelname aan een sluitend netwerk acute ggz. Hierdoor creëren we tevens meer gelijkheid tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst (zzp-ers en vrijgevestigden). Op die manier wordt werken in cruciale ggz aantrekkelijker. We zien een relatie afspraak E4*: *We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert.*

Wie gaat wat doen?

- De Nederlandse ggz en relevante beroepsgroepen (NVvP, NIP en V&VN) richten een doorbraakprogramma in waarbij de in het Berenschot rapport[2] beschreven maatregelen worden geïmplementeerd
- Parrallel hieraan inventariseert VWS de mogelijkheden in wetgeving om de continuïteit van de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten te borgen.
- Uiterlijk in 2027 wordt deze nieuwe werkwijze uitgerold en gemonitord. De gezamenlijke doelstelling van het programma is dat er vanuit elke regio de werkdruk wordt verdeeld zodat er een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz is.
- De tarieven voor cruciale zorg worden verhoogd zodat instellingen kunnen investeren in de zorg voor deze meest complexe doelgroep en daarmee worden instellingen ook in staat gesteld passende financiële, personele en materiële randvoorwaarden te creëren voor professionals. De tariefsverhoging wordt macroneutraal en binnen de huidige NZa-tarieven gerealiseerd. Aanpassing van de tarifering vindt pas plaatst nadat er ruimte is gecreëerd in het makrokader ggz (bijvoorbeeld door aanscherping van de Zvw-aanspraak ggz zoals in C6* omschreven).

[2] Berenschot, 2022, 24x7 continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg: knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit het perspectief van zorgprofessionals.