

Vergaderjaar 2024–2025

**34 104**

## **Langdurige zorg**

**Nr. 427**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 februari 2025

Op 13 februari jl. vond het commissiedebat Langdurige Zorg plaats. Namens het kabinet was de Staatssecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ) uitgenodigd. In de eerste termijn van dit debat zijn vragen gesteld over een aantal onderwerpen uit mijn portefeuille: private equity (door de leden De Korte (NSC) en Bevers (VVD)), woningbouw en huisvesting voor ouderen (door de leden Dobbe (SP), De Korte (NSC) en Rijkers-Oosterkamp (BBB)) en is een toelichting gevraagd op de ingeboekte besparingen in verband met opschalen van digitale zorg (door de leden Krul (CDA) en Bikker (CU)).

Met het oog op de tweede termijn van het debat op 6 maart a.s. waarvoor u ook mij heeft uitgenodigd, beantwoord ik in deze brief schriftelijk enkele openstaande vragen. Daarnaast bevat deze brief een antwoord op de door het lid Paulusma (D66) aan de Staatssecretaris van LMZ gestelde vragen over het Generiek Kompas. Ik stuur deze brief dan ook mede namens de Staatssecretaris van LMZ.

#### ***Private equity***

Wat betreft de vragen over private equity van de leden De Korte (NSC) en Bevers (VVD) wil ik allereerst opmerken dat ik het eens ben met uw Kamer dat er in de zorg geen plek is voor zorgaanbieders of investeerders, zoals sommige private equity partijen, die puur en alleen in de zorg actief zijn voor hun eigen financieel gewin. Tegelijkertijd is het wel van belang dat aanbieders voldoende vermogen hebben om bijvoorbeeld te kunnen blijven investeren en innoveren, ten behoeve van de zorg. Ik wil de risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ondervangen, zonder dat dit tot gevolg heeft dat het aanbod van zorg wordt beperkt met als gevolg dat de wachtlijsten alleen maar zullen toenemen. Daarom heb ik op 29 januari jl. het wetsvoorstel Integreer bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders naar uw Kamer gestuurd. Daarmee creëer ik de mogelijkheid om voorwaarden aan winstuitkering te stellen voor die

categorieën van zorgaanbieders die zijn uitgezonderd van het verbod op winstuitkering.

Met het oog op uw vragen is verder relevant om op te merken dat mijn voorganger uw Kamer reeds een brief heeft gestuurd met een onderzoek dat EY in opdracht van VWS heeft uitgevoerd naar de omvang van private equity in de zorg, waaronder ook in de verpleeg, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)<sup>1</sup>. In bijlage B daarvan is een lijst opgenomen met alle zorginstellingen die momenteel door private equity gefinancierd zijn, waaronder vijf VVT-instellingen. Of dit ook geclusterde woningen met 24-uurszorg betreffen is niet verder onderzocht. EY heeft daarnaast ook een uitgebreide analyse gedaan naar de effecten van private equity participatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, gebaseerd op verschillende databronnen die beschikbaar waren. Uit die analyse blijkt dat er (op basis van die beschikbare data) geen aantoonbare verschillen bestaan tussen zorginstellingen met private equity participatie en die zonder private equity participatie wat betreft de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Naar de bovengenoemde factoren, zoals dat er meer personeel wordt aange-trokken bij door private equity gefinancierde zorgvilla's, is geen onderzoek gedaan.

Verder verwijs ik naar de moties die op het gebied van private equity zijn aangenomen door uw Kamer, waaronder een motie over een verbod op private equity. Ik verwacht nog in het eerste kwartaal van 2025 in een Kamerbrief aan te geven hoe ik hiermee zal om gaan.

### ***Bouw en huisvesting***

Het lid De Korte (NSC) verwees naar de eerder aangenomen motie van haar en het lid Slagt-Tichelman om het aantal geclusterde woningen met 24-uurszorg in beeld te brengen<sup>2</sup> en vroeg of hierover al een onderzoek is uitgezet. In overleg met het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) is een monitor opgezet om onder meer het aantal geclusterde woningen voor ouderen in beeld te kunnen brengen. In de zomer van 2025 worden de eerste resultaten van deze monitor verwacht en zal ik uw Kamer hierover nader informeren.

Het lid Dobbe (SP) heeft gevraagd welke afspraken de Minister van VRO en ik gaan maken rondom de bouw en realisatie van Zorgbuurthuizen. Het Zorgbuurthuis is een vorm van geclusterd wonen. Met de woningdealregio's is afgesproken dat het aantal geclusterde woningen voor ouderen wordt uitgebreid. Het is aan de lokale partijen in welk vorm dit zal gebeuren. Zij kunnen hierbij ook kiezen om meer Zorgbuurthuizen in te richten.

Het lid Rijkers-Oosterkamp (BBB) vroeg hoe de overheid een rol gaat pakken in de woningbouwprojecten. Samen met de Minister van VRO zet ik mij in voor het programma «Wonen en zorg voor ouderen». In dit programma wordt ingegaan op de regie van de Rijksoverheid op de woningbouw. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan de leefomgeving. Onder meer via de WOZO-voortgangrapportages en de rapportages van de Minister van VRO over het bouwprogramma, is uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van dit programma.

### ***Besparing opschalen digitale zorg***

Tijdens het debat vroegen de leden Krul (CDA) en Bikker (CU) om een toelichting op de besparingen die zijn gekoppeld aan de maatregel

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 410 XVI, nr. 159

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 73

«opschaling digitale zorg». Deze besparingen zijn gebaseerd op het rapport »Geschat potentieel digitale zorg» van het onderzoeksbureau SiRM.<sup>3</sup> Uit het onderzoek blijkt dat passende inzet van digitale zorg via productiviteitsverbeteringen bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Passende inzet van digitale zorg verbetert bovendien, mits goed geïmplementeerd, de zorgervaring en geeft patiënten meer regie over hun gezondheid. Opschaling (meer zorgorganisaties en meer patiënten) en laagdrempelige uitbreiding naar nieuwe doelgroepen is daarom belangrijk. De geraamde extra netto besparingen op de Wlz bij opschaling van digitale zorg lopen geleidelijk op van € 45 miljoen in 2027 tot € 270 miljoen structureel vanaf 2031. Hierbij is rekening gehouden met tijdelijke investeringsmiddelen van € 22,8 miljoen per jaar in de periode 2027–2030 om zorgaanbieders te ondersteunen bij de transitie. Ik ben voornemens om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) via een aanwijzing te verzoeken om de bijbehorende besparingen in haar maximumtarieven te verwerken. Zoals gebruikelijk zal ik dit pas doen nadat ik de voorgenomen aanwijzing dertig dagen heb voorgehangen bij de Eerste Kamer en de Tweede Kamer.

### **Generiek Kompas**

De Staatssecretaris van LMZ heeft u toegezegd schriftelijk terugkoppeling te geven over gesprekken die zij met veldpartijen heeft gevoerd over het Generiek Kompas «Samen werken aan kwaliteit van bestaan», mede in relatie tot de door het lid Paulusma (D66) aangehouden motie tijdens het tweeminutendebat Ouderenzorg van 27 november 2024<sup>4</sup>. Op verzoek van uw Kamer heeft zij zowel met de Patiëntenfederatie (PFN) een gesprek gevoerd, als met een afvaardiging van de Kompasraad<sup>5</sup>. Ze heeft geluisterd naar de kansen en zorgen die de partijen met haar hebben gedeeld.

### *Juridische context*

Het Generiek Kompas is op 1 juli 2024 geregistreerd in het Register van het Zorginstituut en is daarmee de opvolger van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, het addendum over de Wlz-zorg thuis en het Kwaliteitskader Wijkverpleging. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft het veld een belangrijke rol bij de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en het ontwikkelen van meetinstrumenten. Het Zorginstituut toetst hierbij of aan de wettelijke voorwaarden uit de Wkkgz (artikel 11b) wordt voldaan. Daarbij is de tripartite indiening door een representatieve vertegenwoordiging vanuit cliënten, zorgverleners, aanbieders en inkopers een belangrijke voorwaarde. Het Generiek Kompas is voorgedragen door de volgende 14 partijen:

- Vanuit organisatie van cliënten en/of naasten: ANBO-PCOB (mede namens de Seniorencoalitie), LOC Waardevolle Zorg, MantelzorgNL, NCZ.
- Vanuit organisaties van zorgverleners: V&VN, Verenso, BPSW, NIP.
- Vanuit organisaties van (zorg)aanbieders: ActiZ, ZorgThuisNL, Sociaal Werk Nederland, SPOT, BVKZ.
- Vanuit organisaties van zorginkopers: Zorgverzekeraars Nederland.

De PFN is bij de totstandkoming van het Generiek Kompas betrokken geweest, maar heeft besloten om het Kompas niet te steunen. Met de betrokkenheid van bovengenoemde partijen is voldaan aan de eis van tripartite indiening, zo heeft het Zorginstituut geoordeeld. Mijn rol bij de

<sup>3</sup> Bijlage bij Kamerstuk 29 389, nr. 123

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 2024/25, 29 389, nr. 139.

<sup>5</sup> Het bestuurlijk gremium waarin de partijen die betrokken zijn bij het Generiek Kompas zijn vertegenwoordigd, onder leiding van een onafhankelijke voorzitter.

inhoud van kwaliteitsstandaarden beperkt zich tot de zogeheten noodrem-procedure (artikel 11d) bij verwachte toename van de collectieve zorguitgaven.

De Staatssecretaris van LMZ is bereid om de inhoud van de Wkkgz op dit punt en ieders rol daarbij nader toe te laten lichten aan de hand van een technische briefing vanuit mijn ministerie.

### *Terugkoppeling gesprekken over het Generiek Kompas*

Met het Generiek Kompas beogen partijen om de ouderenzorg anders te organiseren en op een andere manier naar kwaliteit van zorg te kijken. De ouderenzorg staat immers voor een grote uitdaging, namelijk om in de toekomst met minder personeel toch goede zorg en kwaliteit van leven te bieden aan kwetsbare mensen. Dit is een belangrijke opgave voor de hele sector en ook voor de Staatssecretaris van LMZ. Hierbij zet het Generiek Kompas de behoefte van de persoon die hulp nodig heeft centraal. Met hulp van het informele netwerk en technologie waar dat kan, met formele zorg waar dat nodig is. De komst van het Generiek Kompas geeft zorgaanbieders daarmee handvatten om te voldoen aan de wettelijke verantwoordelijkheid om kwalitatief goede zorg aan te bieden (artikel 2, lid 1 Wkkgz). Meer specifieke kaders over de zorgverlening per doelgroep of meer specifieke zorghandelingen zijn veelal uitgewerkt in (beroeps-)richtlijnen of standaarden.

De Staatssecretaris van LMZ heeft in haar gesprekken veel overeenstemming gehoord als het gaat om de beweging die het Generieke Kompas inzet, ook bij de PFN. De PFN heeft daarbij een aantal belangrijke thema's voor het leren en ontwikkelen genoemd, waaronder medicatieveiligheid, valpreventie, belastbaarheid van mantelzorgers en proactieve zorgplanning. Ook de partijen van het Kompas erkennen dit. Deze thema's zijn daarom opgenomen in het implementatieplan dat de partijen hebben opgesteld en onder regie van de Kompasraad wordt uitgevoerd, onder de opdracht: Uitwerking bouwsteen 5- Alternatief voor het volgen van de «beweging» van het Kompas<sup>6</sup>.

De discussie die partijen met elkaar voeren gaat over hoe zorgaanbieders deze thema's op een zinvolle manier kunnen meten, zodat wat gemeten wordt bruikbaar is voor het leren en ontwikkelen door de individuele zorgaanbieder en de sector als geheel. Daarover is een verschil van inzicht over nut- en noodzaak van het verplicht aanleveren van bepaalde indicatoren, behoudens jaarlijkse cliëntervaringsmetingen. De Staatssecretaris van LMZ vindt het belangrijk dat het leren en ontwikkelen in de sector ook vanuit een landelijk perspectief op een goede manier vorm kan krijgen en dat het perspectief van cliënten en naasten hier een nadrukkelijke rol in krijgt. Ze zal het Zorginstituut vragen of hij een rol kan vervullen in te voeren vervollgesprekken tussen de PFN en de Kompasraad. Zorgaanbieders moeten conform het Generiek Kompas uiterlijk 31 maart hun kwaliteitsbeelden aanleveren bij het Zorginstituut. Deze worden medio april openbaar toegankelijk gemaakt op de website Zorginzicht van het Zorginstituut. ZN gaat deze gegevens vervolgens analyseren met de betrokken partijen, waaronder de Patiëntenfederatie, en richt een monitor in die naar verwachting rond de zomer gepubliceerd wordt. Deze monitor heeft het karakter van een eerste nulmeting.

In de gesprekken over het Generiek Kompas heeft ZN het belang aan inzicht in kwaliteit benadrukt. De Staatssecretaris van LMZ is daarom blij

<sup>6</sup> Zie opdracht 7 van het implementatieplan bij het Generiek Kompas (bron: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/generiek-kompas-samen-werken-aan-kwaliteit-van-bestaan>)

dat juist ZN regie voert op dit traject en als constructief-kritische partij betrokken is. Als uit de analyse blijkt dat er bijsturing nodig is op deze aanpak kunnen de Kompaspartijen hier actie op ondernemen. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zal hierbij betrokken worden. Tevens vindt elk kwartaal overleg plaats tussen de Kompasraad en VWS, IGJ, NZa, CAK en CIZ om de voortgang van de implementatie te monitoren. Op deze wijze houdt de Staatssecretaris van LMZ, met inachtneming van ieders rol en verantwoordelijkheid, vinger aan de pols.

Hiermee heb ik de nog openstaande vragen uit het commissiedebat van 13 februari jl. beantwoord.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M-F. Agema