

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

744

Vragen van het lid **Bergkamp** (D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *intensieve kindzorg* (ingezonden 19 oktober 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 december 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 531.

Vraag 1

Kunt u aangeven wat de status is van het rapport «Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen», het vervolg op het rapport «Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg»?

Antwoord 1

Op 2 april heb ik met uw Kamer gesproken over het rapport «Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen». Wij hebben toen samen geconcludeerd dat het rapport concrete aanknopingspunten biedt voor kwalitatief goede en houdbare zorg voor kinderen die (intensieve) zorg nodig hebben. Ik heb toen ook aangegeven dat ik bereid ben om de implementatie van het rapport te ondersteunen en hier ook financiële middelen voor beschikbaar te stellen. Inmiddels is er een implementatieplan, wordt de projectorganisatie momenteel ingevuld en is implementatiefase van het Medische Kindzorgsysteem (MKS) opgestart. Het doel is dat zoveel als mogelijk in 2016 en uiterlijk in 2017, de zorg voor alle kinderen met een somatische aandoening verleend wordt conform de uitgangspunten in dit rapport.

Vraag 2 en 3

Kunt u aangeven wie de uitvoering van dit rapport, waarin onder andere het Medisch Kindzorgsysteem wordt uitgelegd, voor zijn/haar rekening neemt? Indien dit meerdere partijen zijn, wat is de onderlinge rolverdeling? Kunt u aangeven wie de regie heeft over de invoering van het Medisch Kindzorgsysteem? Indien u dit bent, kunt u aangeven hoe u invulling geeft aan deze rol?

Antwoord 2 en 3

De samenwerkende partijen, te weten: Stichting Pal Kinderpalliatieve Expertise, V&VN Kinderverpleegkunde, Branchevereniging Medische Kindzorg Thuis (BMKT), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK),

Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK), Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA) en Stichting Kind en Ziekenhuis, hebben een programmaraad ingesteld, waarin de partijen vertegenwoordigd zijn en onder leiding van een onafhankelijke programmaleider de invoering van het Medische Kindzorgsysteem wordt gecoördineerd. Deze programmaraad voert ook de regie over het project. De uitvoering gebeurt in deelprojecten waarbij per project de meest aangewezen partij de lead neemt en de uitwerking voorbereidt met de vertegenwoordigers vanuit de samenwerkende partijen. Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en belangenverenigingen (bijv. Ieder(in), Per Saldo, BOSK) zijn ook bij deze deelprojecten betrokken.

Het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben periodiek overleg met de programmaraad.

Vraag 4

Kunt u expliciteren hoeveel subsidie het Ministerie van VWS vrijmaakt voor het implementeren en ondersteunen van het rapport «Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen»?

Antwoord 4

Voor de implementatie van het rapport heeft het Ministerie van VWS een subsidie toegekend van € 460.891,- verdeeld over 2 jaar.

Vraag 5

Kunt u aangeven wie, of welke instantie, bepaalt wie de zorgcoördinator is? Kunt u aangeven wie er leidend is in de vormgeving van dit proces en wie «controleert» of de partij die zich op wil werpen als zorgcoördinator hiertoe is toegerust?

Antwoord 5

De zorgcoördinator komt vanuit de organisatie die de meeste zorg gaat verlenen. Deze organisatie wordt gekozen door de ouders en (indien mogelijk) door het kind, in samenspraak met het ziekenhuis. Dit kan zijn een kinderthuiszorgorganisatie, een verpleegkundig kindzorghuis, of een verpleegkundig kinderdagverblijf. Uiteraard hebben de ouders ook de mogelijkheid om voor een PGB te kiezen. Bij de implementatie van het rapport wordt samen met de belangenorganisaties gekeken wie in dat geval het beste de rol van zorgcoördinator kan vervullen. De zorgcoördinator ondersteunt kind en ouders in dit voor hun vaak nieuwe proces. Hierbij neemt de zorgcoördinator niet de regie over van kind en ouders. Hoe deze taak wordt ingericht binnen de betreffende zorgorganisatie wordt in overleg met kind en ouders bepaald. De zorgcoördinator mag nooit op de stoel van de ouders gaan zitten om te vertellen welke zorg nodig is. Mijn houding ten opzichte van de zorgcoördinator is, dat het kan helpen om ouders te ontlasten bij de zoektocht die er altijd zal zijn, bij welk systeem dan ook, om specifieke zorg voor een kind te regelen. Ik vind het daarom een interessant voorstel, maar het moet niet leiden tot betutteling maar juist tot ontlasting van de ouders, als zij dat zelf willen.

Overigens wordt er door de sector nog gezocht naar een nieuwe term voor de zorgcoördinator, die beter aansluit bij de hiervoor genoemde uitgangspunten.

Vraag 6

Kunt u aangeven wie bepaalt of de kinderarts altijd het zorgplan moet ondertekenen, ook bij een kleine niet medische wijziging zoals in het rapport «Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen» staat vermeld?

Antwoord 6

Eén van de doelen van het MKS is, dat alle betrokken professionals samenwerken in hetzelfde zorgplan, ongeacht het kinderleefdomein waarop zij werkzaam zijn waardoor de verschillende kinderleefdomeinen (medisch, ontwikkeling, sociaal en veiligheid) met elkaar worden verbonden. Uitgangspunt is dat het zorgplan door alle betrokken partijen wordt onderschreven: het kind en de ouders, de verpleegkundige en de kinderarts. Bij de uitwerking

van de implementatie (onder andere in de op te stellen handreiking over het zorgplan) zal dit onderwerp (in welke gevallen een handtekening van de kinderarts is vereist) extra aandacht krijgen. Ook bij het ontwikkelen van de standaard zal dit punt nog verder uitgewerkt dienen te worden. Hierbij is het uitgangspunt dat er alleen een handtekening van een kinderarts nodig is als dit noodzakelijk is.

Vraag 7

In hoeverre bent u bekend met signalen dat gemeenten zeggen dat zorg (zoals persoonlijke verzorging, begeleiding en dagbesteding) niet onder de jeugdwet valt, maar dat zorgverzekeraars gelijktijdig stellen dat deze ook niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt voor de groep kinderen die medische zorg nodig hebben? Zo ja, wat doet u concreet om dit soort situaties te voorkomen? Zo nee, bent u bereid samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) te onderzoeken in welke situaties zorg tussen twee wetten lijkt te vallen?

Antwoord 7

Op verschillende wijze laat ik mij informeren over waar knelpunten of onduidelijkheden zich voordoen in deze transitiefase. Zo is er een zogenaamd cockpitoverleg en implementatietafel waarin het Ministerie van VWS samen met VNG en verschillende brancheorganisaties knelpunten uitwisselen en zo veel mogelijk oplossen. Ook zijn er verschillende meldpunten waar cliënten zich kunnen melden. Via deze meldpunten ontvang ik ook signalen over specifieke situaties waarin cliënten, maar ook zorgaanbieders en gemeenten, zoekende zijn naar wie nu precies wanneer en waarvoor verantwoordelijk is. Deze losse meldingen worden zo goed mogelijk verder geholpen, maar tegelijkertijd levert dit een algemeen beeld op van waar de belangrijkste knelpunten of onduidelijkheden zitten. Ik ben met de VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en belangenorganisaties in gesprek om afspraken te maken hoe we op dit onderwerp op korte termijn meer helderheid kunnen verschaffen richting gemeenten en zorgverzekeraars.

Vraag 8

Kunt u aangeven op welke manier gemeenten informatie ontvangen over welke zorg er precies onder de nieuwe jeugdwet, en dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeente, valt? Op welke manier ziet u als stelselverantwoordelijke toe of deze informatievoorziening ook tot de gewenste resultaten leidt, zodat er geen verwarring kan bestaan over de zorg waar gemeenten de verantwoordelijkheid voor dragen?

Antwoord 8

Gemeenten zijn op velerlei manieren geïnformeerd over de vormen van jeugdhulp waar zij met de Jeugdwet voor verantwoordelijk zijn geworden. Belangrijke bron is natuurlijk de Jeugdwet zelf. Daarnaast is de website www.voordejeugd.nl, waarop verscheidene handreikingen en factsheets staan, een belangrijke bron van informatie voor gemeenten. Ook de VNG en het gezamenlijke Ondersteuningsteam Decentralisaties zijn actief om gemeenten te informeren en ondersteunen bij de decentralisatie van de Jeugdhulp. Zoals ik bij het antwoord op vraag 7 al heb aangegeven houd ik via diverse kanalen scherp in de gaten of er, ondanks de informatie die wordt verstrekt, knelpunten of onduidelijkheden zijn. Indien er onduidelijkheden zijn dan ga ik hierover in gesprek met partijen. Dit vormt vervolgens weer aanleiding om bijvoorbeeld via een handreiking, maar soms ook door wettechnische aanpassingen, helderheid te verschaffen over wie waar en wanneer voor verantwoordelijk is.

Vraag 9 en 10

In hoeverre bent u bekend met de overgang van voorbehouden handelingen, zoals het prikken van een kind met diabetes of het katheteriseren van een kind, van verpleegkundigen naar de docent in onderwijsinstellingen? Heeft u zicht op de omvang waarop deze overheveling plaatsvindt? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken en te bekijken in hoeverre deze ontwikkeling wenselijk is?

In hoeverre deelt u de mening dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen niet een primaire taak is van onderwijsinstellingen, aangezien dit de

relatie tussen de docent en de leerling kan verstoren en hier medische risico's aan zijn verbonden?

Antwoord 9 en 10

Het injecteren van insuline en het katheteriseren zijn voorbehouden handelingen. Artsen, physician assistants en verpleegkundigen die bekwaam zijn tot het verrichten van die handelingen, zijn bevoegd tot het beroepsmatig verrichten van die handelingen. Ouders mogen bij hun kinderen deze voorbehouden handelingen verrichten omdat zij niet beroepsmatig handelen. Leraren mogen deze handelingen verrichten bij (jonge) kinderen in schooltijd indien zij dat niet-beroepsmatig doen. Daarvoor is onder andere vereist dat de ouders vanwege de persoonlijke band tussen de leraar en hun kind, de leraar hebben gevraagd en geïnstrueerd om de voorbehouden handeling bij hun kind te verrichten. Daarnaast moeten de ouders er voor zorgen dat er afspraken zijn gemaakt met de leraar en de reguliere zorg over scholing, instructie en achtervang bij calamiteiten. Verder kan deze invulling alleen plaatsvinden indien het bevoegd gezag van de school er geen bezwaar tegen heeft dat onderwijspersoneel tijdens schooltijd een medische handeling (niet-beroepsmatig) verricht en daarover wordt geïnstrueerd. OCW en VWS hebben een factsheet beschikbaar gesteld waarin de voorwaarden staan vermeld: <https://www.passendonderwijs.nl/wpcontent/uploads/2015/06/Factsheet-diabeteszorg-in-het-primair-onderwijs.pdf>.

Er is bij OCW en VWS geen informatie beschikbaar over het aantal leraren dat deze handelingen verricht. Ik vind het ook niet nodig om dit te onderzoeken. Ik deel echter de mening dat het uitvoeren van medische handelingen geen primaire taak van onderwijspersoneel is. Het komt echter voor dat ouders de leraar van hun kind vragen deze handelingen bij hun kind te verrichten in onderwijsuren vanwege de persoonlijke band tussen de leraar en hun kind. Het gaat dan om niet-beroepsmatig handelen. In de genoemde factsheet is opgenomen dat er in die situatie aan voorwaarden moet zijn voldaan. Zo verricht de leraar de handeling op vrijwillige basis. Daarnaast zijn er scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs die zelf een verpleegkundige in dienst hebben. Het betreft bijvoorbeeld speciale scholen voor langdurig zieke leerlingen en tytylscholen.

Vraag 11

Kunt u in het geval dat een kind dat insuline ingespoten moet krijgen onder schooltijd, aangeven of deze zorg onder de Jeugdwet of de Zvw valt?

Antwoord 11

Het spuiten van insuline is een verpleegkundige handeling. Als een kind verpleging nodig heeft (zonder verblijf) valt deze zorg dan ook onder de prestatie verpleging en verzorging onder de Zvw en valt de zorg niet onder de Jeugdwet. Bij het spuiten van insuline op school is echter niet altijd sprake van Zvw-zorg. Het kan namelijk zo zijn dat het kind zelf insuline kan inspuiten. Ook is het mogelijk dat een andere persoon, zoals ouder/familieleden dat doen.

Onder omstandigheden kan het verstrekken van insuline aan leerlingen met diabetes door onderwijspersoneel gelijk worden gesteld met toediening door ouders/familieleden indien sprake is van een persoonlijke band. In dergelijke gevallen mag onderwijspersoneel insuline inspuiten. Zoals ik ook al heb aangegeven bij vraag 9 moet hiervoor zowel de persoon die de insuline verstrekt als (de wettelijk vertegenwoordiger van) het kind akkoord zijn. Ook moet degene die de insuline toedient bekwaam zijn om de handeling uit te voeren en moet overleg plaatsvinden met de zorgverantwoordelijke van het kind (de kinderarts of kinderverpleegkundige). Indien onderwijspersoneel onder dergelijke omstandigheden insuline toedient aan een kind, is géén sprake van zorg die ten laste komt van de Zvw. In reeds onder vraag 9 genoemde «factsheet diabeteszorg in het primair onderwijs» wordt ingegaan op de voorwaarden waaronder onderwijspersoneel diabeteszorg op zich kan nemen.

Indien het kind de handeling niet zelfstandig kan uitvoeren en niemand in de privésfeer (incl. onderwijspersoneel) de taak kan overnemen, dan valt de zorg onder de Zvw indien de wijk- of kinderverpleegkundige bepaalt dat zie zorg

nodig is. In het geval een indicatie wordt afgegeven voor verpleging kan deze zorg ook op school worden verleend. In het zorgplan zal dit worden aangegeven.

Vraag 12

Kunt u aangeven in welke gevallen de persoonlijke verzorging onder de Wet langdurige zorg (Wlz), Zvw (intensieve kindzorg) of Jeugdwet valt?

Antwoord 12

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van alledaagse levensverrichtingen en is gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.

De verzorging aan verzekerden tot achttien jaar valt onder de Jeugdwet, tenzij het gaat om verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Het gaat hierbij om de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening die ook als intensieve kindzorg wordt aangeduid (artikel 2.10, tweede lid, Besluit zorgverzekering (Bzv)).

Onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was sprake van zorg die ook als «PV-speciaal» werd aangeduid. Hierbij ging het om met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding die, mede door de aard van de zorg en/of complexiteit van de zorgvraag, doorgaans alleen geleverd kan worden door zorgverleners met een verpleegkundige achtergrond. Deze zorg moet als onderdeel van de verpleging worden beschouwd en valt ook voor verzekerden tot achttien jaar onder de Zvw.

Persoonlijke verzorging valt alleen onder de Wlz indien de verzekerde volgens een indicatie van het CIZ is aangewezen op Wlz-zorg (waaronder persoonlijke verzorging). Als de zorg thuis geleverd wordt (met een volledig pakket huis, modulair pakket thuis, of een persoonsgebonden budget), kan er toch sprake zijn van verpleging onder de Zvw, namelijk als er sprake is van verpleging onder directe aansturing van de medisch specialist.

Vraag 13

Kunt u aangeven of en zo ja, op welke manier, er binnen de bekostiging van de intensieve kindzorg plaats is voor psychosociale zorg voor het gezin? Zo nee, waarom is deze ruimte er niet?

Antwoord 13

De verpleging en verzorging voor kinderen die voldoen aan het «IKZ-criterium» van artikel 2.10, tweede lid, Bzv kan ook met die verpleging en verzorging samenhangende begeleiding omvatten. Begeleiding bij intensieve kindzorg is direct gerelateerd aan de ziekte van het kind of aan het omgaan met de ziekte. Het gaat dan om bijvoorbeeld het kunnen omgaan door het kind en door het gezin (de ouders, broertjes, zusjes) met de ziekte van het kind en met de complexe verpleegkundige handelingen, beademing etc. en de effecten ervan op de ontwikkeling en opvoeding van het kind.

Vraag 14

Kunt u een reactie geven op de signalen dat ouders van de ene instantie naar de andere instantie worden gestuurd, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld van een kindje van 1 jaar met het syndroom van Down en een hartafwijking? Wat is uw reactie in casu, realiserend dat toen er verpleging werd aangevraagd omdat er hulp nodig was bij wassen, stomazorg, inspectie van de huid, observatie hartafwijking, sondevoeding via de mickeybutton, en stimuleren tot eten, maar het kindje binnen enkele weken geopereerd zou worden, de zorgverzekeraar de geïndiceerde zorg (verpleging) afwees, en gelijktijdig verwees naar de gemeente voor jeugdzorg, terwijl niet het syndroom van down de aanleiding is geweest voor zorgvraag, maar het somatische vraagstuk?

Antwoord 14

Alle verpleging voor kinderen tot 18 jaar zonder een Wlz indicatie, valt onder de Zvw. Echter zoals ook aangegeven bij het antwoord op vraag 12, kan er ook binnen de Wlz sprake zijn van verpleging onder de Zvw, namelijk als er

sprake is van verpleging onder directe aansturing van de medisch specialist. Op basis van de beperkte informatie over de beschreven casus is het niet mogelijk om een volledige reactie te geven. Mocht het zo zijn dat de zorgverzekeraar onterecht heeft doorverwezen naar de gemeente, verpleging valt immers onder de Zvw, dan is dit voor ouders zeer vervelend. Ik ga met gemeenten, zorgverzekeraars en belangenorganisaties in gesprek om hier goede afspraken over te maken, zodat dit in de toekomst wordt voorkomen.

Vraag 15

In hoeverre klopt het dat organisaties die kinderthuiszorg leveren bij de zorginkoop, moeten aangeven hoeveel kinderen zij in de zorg krijgen? Deelt u de mening dat dit bijzonder lastig is omdat de cijfers fluctueren waardoor het ingewikkeld is een inschatting te maken? Deelt u de mening dat tussentijdse bijstelling van zorginkoopafspraken in deze gevallen wenselijk zou zijn? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 15

Zorgverzekeraars vragen bij aanbieders inderdaad uit hoeveel cliënten er in zorg zijn. Dit vormt dan vaak de basis voor de nieuwe contractafspraken. Uiteraard fluctueren deze cijfers. Hiermee dient een zorgverzekeraar dan ook rekening te houden. Een zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Deze houdt in dat de zorgverzekeraar altijd voor voldoende aanbod van zorg moet zorgen. Deze zorg moet ook nog binnen redelijke termijn en redelijke afstand beschikbaar zijn. Indien in de loop van het jaar het gecontracteerde budget gaat knellen dient een aanbieder hierover in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal dan kijken of er bij andere aanbieders nog ruimte is in het contract, mede afhankelijk daarvan zal de zorgverzekeraar beoordelen of er aanvullende productieafspraken nodig zijn.

Vraag 16

Kunt u aangeven wat de criteria zijn voor intensieve kindzorg onder de Zvw en kinderen met een intensieve zorgvraag onder de Wlz? Bent u van mening dat deze criteria veel op elkaar lijken en weinig onderscheidend zijn? Op welke manier voorkomt u dat ouders van het kastje naar de muur gestuurd worden?

Antwoord 16

Het gaat bij intensieve kindzorg onder de Zvw om kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan intensieve verpleging en verzorging en waarbij permanent toezicht nodig is.

Het kan ook gaan om kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Kinderen waarbij zich naast de complexe somatische problematiek ook een verstandelijke handicap manifesteert behoren tot de doelgroep van de Wlz. Zij hebben vanwege hun (ernstige) verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig.

Hier is echter een uitzondering op, namelijk kinderen tot vijf jaar met complexe somatische problematiek en een verstandelijke handicap. Deze kinderen vallen onder de doelgroep intensieve kindzorg onder de Zvw. Hiertoe is besloten omdat tot het vijfde levensjaar het accent veelal ligt op de medische zorg. Daarnaast is voor het vijfde levensjaar niet bij alle kinderen vast te stellen of er sprake is van een verstandelijke beperking. Als deze kinderen echter voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, ongeacht hun leeftijd, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz. In het gesprek wat ik eerder heb aangekondigd bij het antwoord op vraag 14, zal ik ook het CIZ betrekken om eventuele onduidelijkheden rond de afbakening tussen de Zvw en Wlz weg te nemen.

Vraag 17

Deelt u de mening dat het onwenselijk is dat er door de kinderthuiszorg in sommige gevallen, waar het wel nodig is, geen nachtelijke uren worden geïndiceerd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 17

Het is aan de kinderverpleegkundige om te beoordelen of er nachtelijk uren zorg moeten worden opgenomen in het zorgplan. Het zorgplan wordt altijd opgesteld door de kinderverpleegkundige in samenspraak met de ouders en (indien mogelijk) het kind. Bij het opstellen van het zorgplan zal de kinderverpleegkundige onder andere bekijken wat tot gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen behoort en wordt er rekening gehouden met de draagkracht/draaglastverhouding van de ouders en algemeen ouderschap.

Vraag 18

In hoeverre klopt het dat ouders in de praktijk problemen ervaren met het goed en voldoende indiceren door een verpleegkundige bij de intensieve kindzorg omdat deze te complex zou zijn?

Antwoord 18

Laat ik voorop stellen dat elk kind voorzien moet kunnen worden van een goed en passend zorgplan. Ik begrijp echter ook dat dit niet altijd eenvoudig is en dat er tijd nodig is voor alle partijen om te wennen aan de nieuwe situatie. De nieuwe taken en bevoegdheden van kinderverpleegkundige vragen bijvoorbeeld ook om deskundigheidsbevordering. Hier wordt hard aan gewerkt door de sector, mede binnen het project «impuls opleiding kinderverpleegkunde» dat in mei 2015 is gestart. Binnen dit project worden enerzijds de zittende kinderverpleegkundigen opgeleid in het «indiceren en organiseren van zorg» en anderzijds wordt de opleiding aangeboden bij opleidingsscholen zodat dit kan worden toegevoegd aan hun curriculum. Uiteindelijk moeten we toe naar een situatie waarin ouders en professionals vertrouwen hebben in elkaar en samenwerken om te komen tot kwalitatief hoogstaande zorg. Ik heb ook signalen van ouders ontvangen dat het opstellen van het zorgplan in een aantal gevallen niet zonder problemen verloopt. Mede gezien de kwetsbare doelgroep waar het hier om gaat, neem ik deze signalen zeer serieus. Ik zie op dit moment dat bij problemen op «casus niveau», partijen elkaar goed weten te vinden om vervolgens samen te werken aan een maatwerk oplossing. Ik blijf dit uiteraard volgen.

Vraag 19

Bent u bekend met de signalen dat er soms niet voldoende gespecialiseerde intensieve zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraar? Bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 19

De zorgverzekeraars moeten te allen tijde voldoen aan hun zorgplicht. Het inkopen van voldoende zorg is een onderdeel van deze zorgplicht. In de gesprekken die ik heb gevoerd met verzekeraars over de inkoop van de wijkverpleging, hebben verzekeraars toegezegd dat ze rekening zullen houden met voldoende aanbod van specialistische onderdelen zoals intensieve kindzorg. Het is niet in het belang van hun verzekerden om deze onderdelen uit te sluiten of er weinig aandacht aan te besteden. Mede in het kader van de motie van het lid Bergkamp over de inkoop van gespecialiseerde zorg¹, blijf ik continu in gesprek met zorgverzekeraars en wijs ik hen op hun toezegging bijzondere aandacht te hebben voor specialistische onderdelen.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 689, nr. 669