

Opties financiering IC opschaling hoofdstuk 9 vervoer

RAV's:

25 extra ambulances voor begeleid IC-transport en extra ritten MICU's: exploitatiekosten kunnen gefinancierd worden via de reguliere budgetten van de betreffende RAV's als zorgverzekeraars en RAV's daarvoor samen een aanvraag indienen. Financiering gaat dan uit de premiemiddelen.

Tekst beleidsregels NZa:

"5.1.2. Flexibilisering S&B-vergoeding

RAV en representerende verzekeraar(s) kunnen in uitzonderingssituaties gezamenlijk een loonkostenvergoeding overeenkomen voor het oplossen van specifieke knelpunten in de ambulancezorg."

"5.5.7 Overige kosten

Deze component is gelijk aan de component overige kosten uit het budget jaar (t-1), tenzij anders overeengekomen in het overleg tussen RAV en representerende zorgverzekeraar(s). Deze post dient ter vergoeding van kosten waar de overige budgetonderdelen geen ruimte voor bieden."

Verder zijn er vergoedingen voor de MICU chauffeur (5.1.6) en wagenpark vergoedingen (5.2 van de beleidsregels).

Het gaat in totaal volgens de berekening van de NZa om een bedrag van $37 + 2,9 = 39,9$ mln. Het bedrag van 37 mln voor de extra ambulances is incl. investeringskosten, het bedrag van 2,9 mln voor MICU is exclusief investeringskosten. Wellicht is die ruimte er binnen het ambulancekader, anders zou dat moeten worden opgehoogd. Beleidsregels van de NZa vergoeden exploitatiekosten (incl afschrijving) geen investeringen.

AZN gaat alleen uit van exploitatiekosten, niet van investeringskosten en komt op een bedrag van max. 2,25 mln jaarlijks voor de ambulances en 0,7 mln incidenteel voor de opleiding van 20 ambulanceverpleegkundigen tot begeleider IC transport per RAV.

Aanpassing IC-bus: onbekende maar waarschijnlijk niet al te hoge investeringskosten. Hoe deze bij de 3 noordelijke RAV's te krijgen? Via bovengenoemde post "overige kosten"?

Ziekenhuizen:

Personeel en apparatuur MICU: ik meen uit p. 5 van het document van de NZa te kunnen afleiden dat het gaat om $11,3 - 2,9 = 8,4$ mln. Dit kan misschien meegenomen worden bij de subsidie/opdracht voor de opschaling van IC-bedden of uit reguliere DBC's?

Van NVIC krijg ik de indruk dat voor de verdubbeling van het aantal MICU's gewerkt wordt met bestaande auto's en bestaande apparatuur die ook tijdens de (eerste) piek al gebruikt is.

Voldoen aan NVIC richtlijn interklinisch transport IC patiënten: elk IC-houdend ziekenhuis moet eigen trolley met spullen hebben die in een reguliere ambulance ingezet kan worden. Investeringskosten onbekend. Meenemen in subsidie/opdracht opschaling IC-bedden.

MMT: het gaat alleen om de kosten van vliegreuen. Het gaat om een helikopter die al als reservehelikopter voor de Waddenhelikopter wordt gefinancierd uit de beschikbaarheidsbijdrage ambulancehelikopter (niet: beschikbaarheidsbijdrage MMT).

Opties financiering extra vliegreuen:

1. Meenemen bij subsidie/opdracht opschaling van IC-bedden.
2. Beschikbaarheidsbijdrage MMT ophogen.
3. Za met aanpassing van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG

4. 2b zonder aanpassing Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG

Huidige tekst Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (waarnaar in de aanwijzing wordt verwezen):

Zorg door mobiel medische teams. Het gaat hierbij om zorg aan vitaal bedreigde patiënten door mobiel medische teams, bestaande uit een medisch specialist (meestal anesthesioloog of chirurg/traumatoloog) en een gespecialiseerde verpleegkundige, die ter plaatse voorbehouden handelingen als bedoeld in de Wet op de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg kunnen verrichten, waartoe ambulancepersoneel niet bevoegd is. Het mobiel medische team kan, volgend op een inzet, als de daarmee te realiseren tijdswinst gezien de gezondheidstoestand van de patiënt noodzakelijk is, incidenteel als onderdeel van de zorgverlening ook zorgdragen voor het vervoer van de patiënt per helikopter. Het gaat om:

- a. vier helikopters en voertuigen met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams die bij daglicht binnen twee minuten en in het donker binnen vijf minuten moeten kunnen uitrukken en
- b. twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams die binnen 25 minuten moeten kunnen uitrukken;
- Ad 2a.
- Binnen de NZa leeft het idee dat het Besluit beschikbaarheidsbijdrage moet worden aangepast omdat daar staat "volgend op een inzet" en "incidenteel". Verder staat er dat het gaat om 4 helikopters, terwijl hiervoor een vijfde, reservehelikopter wordt ingezet. Met het Besluit ambulancezorgvoorzieningen zou de tekst van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage op dit punt per 1-1-21 aangepast kunnen worden. Er zou bijvoorbeeld een tijdelijke aanvulling opgenomen kunnen worden in de trant van: "Tot uiterlijk 31-12-2022 of zoveel eerder als het COVID-19 virus in hoge mate is bestreden, gaat het ook om zorg aan en vervoer van COVID-19 patiënten."
- Voordeel: in 2021 en 2022 is de hogere beschikbaarheidsbijdrage rechtmatig.
- Nadelen:
 - Er is zeer snelle actie nodig: het Besluit ambulancezorgvoorzieningen moet 24 augustus in de CWIZO liggen voor adviesaanvraag aan de Raad van State;
 - Invoegen van deze wijziging leidt wellicht tot discussie met Financiën;
 - Tot 1 januari 2021 biedt dit geen oplossing.

Ad 2b.

"gedurende de COVID-19 periode" zou wellicht ook gezien kunnen worden als "incidenteel". Met "volgend op een inzet" wordt bedoeld "volgend op een inzet van een ambulance". Dat zou dan ruim moeten worden gezien, het MMT wordt ingezet als er geen ambulance beschikbaar is of om ambulances beschikbaar te houden. En het gaat wel om een vijfde helikopter, maar die was altijd al beschikbaar als reservehelikopter.