

Opties financiering hoofdstuk 9 en 4:

RAV's:

Ambulances en MICU: kan hopelijk 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. Het gaat in totaal om een bedrag van $37 + 2,9 = 39,9$ mln. Wellicht is die ruimte er binnen het ambulancekader **5.1.2e** anders zou dat moeten worden opgehoogd.

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.

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

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 wellicht het beste meegenomen worden bij de subsidie/opdracht voor de opschaling van 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:

1. Meenemen bij subsidie/opdracht opschaling van IC-bedden.
2. Beschikbaarheidsbijdrage MMT ophogen.
3. 2a 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 tijds winst 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.

LCPS (inclusief systeem landelijk real time inzicht in beschikbaarheid IC-bedden): geld overmaken naar J&V voor het landelijk coördinatiecentrum bij LMS in Soest

Evt extra coördinatiekosten ROAZ-en (RCPS-en, zie ik niet in het plaatje van de NZa): beschikbaarheidsbijdrage ROAZ-en aan traumacentra zou verhoogd kunnen worden. Dat lijkt wel te passen binnen de tekst van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage zoals die nu is en zoals die wordt per 1-7-21.

Huidige tekst Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG:

Traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen. Het gaat hierbij om de beschikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg. Daarnaast gaat het om het ontwikkelen van de kennisfunctie ten behoeve van zorgverlening bij rampen, de coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen. Deze activiteiten zijn nodig ten behoeve van de beschikbaarheid van goede traumazorg;

Wordt per 1 juli 2021 (als de amvb acute zorg in werking treedt) vervangen door:

5. *Coördinatie acute zorg voor zover het gaat om:*

a. *coördinatie regionaal overleg acute zorgketen en coördinatie traumazorg*

Het gaat hierbij om het organiseren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg, het onderhouden en ontwikkelen van het traumazorgnetwerk, de kenniscentrumfunctie voor traumazorg, uitvoeren van activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de traumazorg. Daarnaast gaat het om de coördinatie van de activiteiten, omschreven in artikelen 8A.2 en 8A.3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

b. *opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises*

Het gaat hierbij om het organiseren van het opleiden, trainen en oefenen van zorgaanbieders en het coördineren van deze activiteiten ten behoeve van voorbereid zijn op rampen en crises.