



Dienst Uitvoering
Subsidies aan Instellingen
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Vragen en antwoorden

Opschaling curatieve zorg COVID-19

Systematiek

Waarom houdt het ministerie van VWS vast aan de verhouding 1:2? Dat klopt toch niet meer?

In het Opschalingsplan COVID-19 wordt gesproken over de volgende verhouding: 1 IC-bed staat tot 1,7 verpleegbed. Op basis hiervan zijn wij uitgegaan van de verhouding 1:2. Dat deze verhouding op dit moment anders is, is bekend, maar dat kan over een aantal weken veranderd zijn. De vergoeding deel 2 (ten behoeve van fase 2) gaat uit van vaste bedragen voor de opschaling van 200 IC-bedden en 400 klinische bedden. Mochten die IC-bedden niet worden ingezet als warme bedden, dan kan deze vergoeding ook deels gebruikt worden voor de opschaling van verpleegbedden. Voor fase 3 wordt in de standaardvergoeding al een bedrag opgenomen voor klinische capaciteit: 0,8 verpleegbed per teleenheid IC-bed. Deze vergoeding in fase 3 staat dus voor 280 verpleegbedden ($350 * 0,8$).

Zijn er ook vergoedingen voor extra verpleegbedden of zijn die inbegrepen in de vergoeding voor IC-bedden?

Ja, in de subsidie is ook een vergoeding voor de opschaling van klinische capaciteit opgenomen.

Waarom is de materiële kostenvergoeding in deel 2, de helft van de vergoeding in deel 3 (bij bezette bedden)?

Deel 2 gaat uit van vaste bedragen (ongeacht of er sprake is van koude of warme bedden). 50% is daarom een reëel percentage, omdat dit uitgaat van een bezetting van 50% van alle bedden over de gehele periode. In deel 3B is er sprake van een extra vergoeding voor een warm bed. Het is dan logisch de materiële component in dat deel volledig op te nemen.

Is de vergoeding uit 3B (materiële kosten) ook van toepassing op deel 2, als de bedden worden bezet?

Nee, deel 2 is een vast bedrag per teleenheid IC-bed (ongeacht of er sprake is van koude of warme bedden) en bevat een reële vergoeding voor materiële kosten.

Heeft het ministerie van VWS een globale analyse gedaan van het effect van 1:5 (de verhouding in oktober 2020) bij deze regeling?

De vergoeding voor deel 2 (ten behoeve van fase 2) gaat uit van vaste bedragen voor de opschaling van 200 IC-bedden en 400 klinische bedden. Mochten die IC-bedden niet worden ingezet als warme bedden, dan kan deze vergoeding ook deels gebruikt worden voor de opschaling van verpleegbedden. De hoogte van een vergoeding voor een IC-bed is ruim 3 keer zo hoog als een verpleegbed. Wanneer we in fase 2 dus '1 teleenheid IC-bed' vergoeding wordt, staat deze vergoeding gelijk aan 5 verpleegbedden. Voor fase 3 wordt ook in de standaardvergoeding al een bedrag opgenomen voor klinische capaciteit: 0,8 verpleegbed per teleenheid IC-bed. Deze vergoeding in fase 3 staat dus voor 280 verpleegbedden ($350 * 0,8$).

Wordt in de financiële specificatie in fase 3 uitgegaan van de verhouding 1 IC-bed : 0,8 verpleegbed (en niet 1:2, zoals in fase 2)?

Dat klopt. Omdat we in fase 3 uitgaan van de afschaling van reguliere capaciteit tot 80% is dit percentage ook doorgevoerd in de 2 verpleegbedden. 0,4 bed komt dan immers vrij uit het wegvallen van reguliere capaciteit. 0,8 is opgenomen in deel 3A en 0,8 is verwerkt in dagvergoedingen deel 3B.

Is een vergoeding voor IC-artsen inbegrepen?

Nee, in de subsidie zijn geen vergoedingen opgenomen voor extra medisch specialisten of arts-assistenten.

Welke definitie wordt gehanteerd voor een 'bezet bed'? Is dit de definitie van een IC-dag?

Voor de dagvergoeding van een bezet bed in fase 3 wordt inderdaad aangesloten bij de definitie van verblijfsdag op de IC. Zie de werkwijze hierboven.

Wanneer is de capaciteitsuitbreiding van fase 2 gerealiseerd?

Als het IC-bed fysiek aanwezig is in de instelling op de afdeling, inclusief bijbehorende voorzieningen, en er sprake is van 5 fte personeel, dat direct voor zorg inzetbaar is;

Een personeelsvergoeding van 70% kan enkel als de reguliere zorg wordt afgeschaald. Is dat de bedoeling?

Nee, dat is niet de bedoeling. Maar de 70% gaat uit van een 100% bezetting van alle extra bedden over het hele jaar. Aangezien daar geen sprake van zal zijn, is een (ruim) percentage van 70% aangehouden voor de gehele periode.

Blijft de vergoeding voor materiële kosten 50% voor bedden uit fase 2, ook als deze volledig bezet zijn in fase 3?

Ja, 50% is een reëel percentage omdat dit uitgaat van een bezetting van 50% van alle bedden over de gehele periode.

Is het realistisch te verwachten dat pas in fase 3 de reguliere zorg wordt afgeschaald?

Dat is inderdaad afgesproken in het Opschalingsplan COVID-19.

Dient de extra IC-capaciteit voor de duur van de gehele subsidieperiode tot en met 2022 beschikbaar te zijn?

De subsidieverstrekking voor de bouwkundige aanpassingen is ten behoeve van opschalingsfase 1 tot en met opschalingsfase 3. Deze laatste fase loopt tot en met 31 december 2022. Tot aan deze datum dient uw instelling deze IC-capaciteit beschikbaar te hebben.

Declaratie

Wordt een bezet, opgeschaald bed in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar tegen een afgesproken tarief?

Voor de IC-bedden in de uitgangssituatie (oftewel het oorspronkelijke aantal IC-bedden) en in fase 1 wel. Om dubbele bekostiging en verrekeningen achteraf te voorkomen, wordt voor bezette, extra IC-bedden in fase 2 en 3 de gewone IC 'add-on' vervangen door een 'subsidie add-on'. Hiervoor heeft de NZa twee extra add-on codes aangemaakt.

De nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg' van de NZa schrijft voor hoe deze codes gebruikt moeten worden. De twee extra add-on codes voor verblijf op de IC gelden vanaf 1 oktober 2020 en hebben een gereduceerd tarief van €0,01. Er zijn vanaf dan vier add-on codes beschikbaar voor verblijf op de IC:

- 190157 IC-dag, type 1
- 190158 IC-dag, type 2
- 190159 IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2
- 190160 IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3

Als er meer klinische productie komt, moet dat worden vertaald naar productieafspraken met zorgverzekeraars?

De (eventuele) klinische productie in fase 2 (400 klinische bedden) en fase 3 (700 klinische bedden) wordt via de subsidieregeling vergoed. Voor de reguliere productie (incl. fase 1) zijn afspraken met de zorgverzekeraar nodig.

De reguliere, maximale capaciteit is niet gelijk aan de gecontracteerde capaciteit. Is er voor dit verschil extra budget beschikbaar bij de zorgverzekeraar?

Als bestaande afspraken niet toereikend zijn voor de reguliere capaciteit, dan moeten hier afspraken over worden gemaakt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Betalen zorgverzekeraars voor een volledige bezetting van de IC?

Zorgverzekeraar hebben toegezegd in de financiering van de 1.150 bedden te voorzien.

Wij zitten nu qua IC-bezetting al in fase 3. Hoe moet dit gedeclareerd worden?

Fase 3 gaat per 1 januari 2021 in. Dus vanaf dat moment kan aanspraak gemaakt worden op de dagvergoeding voor een bezet IC-bed fase 3. De NZa levert hier op korte termijn prestatiecodes voor, die voor de telling gebruikt kunnen worden. Als IC-bedden opschalingsfase 3 al in 2020 bezet zijn, dan moet hiervoor dekking komen uit de afspraken met de zorgverzekeraar. Net als in het voorjaar van 2020 tijdens de eerste golf.

Wordt in fase 0 + 1 de totale opschaling tot 1.150 bedden (en cohortbedden) ook betaald?

De vergoeding voor het opschalen in fase 1 tot het reguliere niveau van 1.150 volgt niet uit de subsidie. Deze reguliere capaciteit moet uit normale middelen worden betaald. Wel voorziet deze subsidie in een vergoeding voor eventueel noodzakelijke bouwkundige aanpassingen (ook in fase 1) en is er een vergoeding voor het opleiden van personeel in fase 1.

ICT en administratie

Hoe zijn de ICT-leveranciers aangehaakt?

De NZa heeft de nadere regel medisch-specialistische zorg aangepast en besproken in haar overleg met de EPD-leveranciers.

Zijn er standaard ICT-faciliteiten die de registratie kunnen ondersteunen?

Er is een standaard werkwijze die voor iedereen gelijk is. De werkwijze is als volgt:

- Het ziekenhuis legt voor elke verblijfsdag op de IC (= warm bed) de bestaande zorgactiviteitcode vast (190157 of 190158).
- Het declaratiesysteem van het ziekenhuis telt elke kalenderdag om 0:00 uur het aantal geregistreerde IC-dagen (add-ons) en zet dit af tegen het aantal reguliere bedden volgens de opschalingslijst in de subsidieregeling van het ministerie van VWS. Onder reguliere IC-bedden wordt verstaan: het aantal IC-bedden in de uitgangssituatie, plus het aantal opgeschaalde IC-bedden in fase 1.
- Is het aantal geregistreerde IC-dagen op een kalenderdag lager dan of gelijk aan de reguliere capaciteit? Dan declareert het ziekenhuis de bestaande add-ons (190157 of 190158). Is dit aantal hoger? Dan wordt elke geregistreerde IC-dag boven de reguliere capaciteit voor het declareren omgezet naar één van de twee nieuwe 'IC-dagen, VWS-subsidie opschaling'.
- De IC-dagen boven de reguliere capaciteit worden voor declaratie omgezet naar een 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2' (190159) of 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3' (190160), al naar gelang de fase waarin zij vallen. Omdat de twee extra add-ons dezelfde eigenschappen hebben als de gewone add-ons, zal de afleiding van het DBC-zorgproduct in de grouper normaal verlopen en kan het bijbehorende DBC-zorgproduct op het gebruikelijke moment worden afgesloten.
- Het omzetten van reguliere IC-dagen (190157 of 190158) naar 'IC-dagen VWS-subsidie (190159 en 190160) gaat via een verplicht voorgeschreven formule, waarbij de langst op de IC verblijvende patiënt als eerste aan een fase wordt toegekend, totdat die fase vol is, enzovoorts. Dit betekent dat voor de laatst opgenomen patiënt de kans op een hogere fase groter is. Zie ook de illustratie in de publieksinformatie van de subsidie.
- De NZa-regels schrijven voor dat alle add-ons (190157 t/m 190160) verplicht in rekening moeten worden gebracht bij de zorgverzekeraar, zodat ook deze verblijfsdagen gemonitord kunnen worden en een opname op de IC volledig zichtbaar blijft.
- De 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2' (190159) leidt niet tot een extra declaratie aan het ministerie van VWS. De 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3' (190160) wordt gebruikt voor het in rekening brengen van de dagvergoeding subsidie deel 3b bij het ministerie van VWS.

Wanneer komt het controleprotocol beschikbaar?

Wij streven ernaar het controleprotocol voor 1 februari 2021 te publiceren.

Het is vanzelfsprekend dat de regeling bedoeld is voor het overschrijden van de capaciteit door COVID-19-patiënten, maar wordt er ook daadwerkelijk verwacht van ziekenhuizen dat dit op individueel niveau wordt gecontroleerd en toepast?

De extra capaciteit mag ook ingezet worden voor niet-COVID-19-zorg. In de telling hoeft geen rekening te worden gehouden met welk type patiënt in het IC-bed ligt. De werkwijze is opgenomen in op pagina 9 van [dit bestand](#).

Aantal bedden

Het verwerkte aantal IC-bedden in de regeling komt niet overeen met ons beeld van het aantal bedden. Hoe moeten we hiermee omgaan?

Het ministerie van VWS is uitgegaan van de informatie die het LNAZ heeft aangeleverd. De aantallen bedden in de uitgangssituatie en de totale aantallen bedden in de verschillende fasen van het LNAZ-opschalingsplan vormden het uitgangspunt (fase 1: 1 050 - 1 150, fase 2: 1 150 - 1 350, fase 3: 1 350 - 1 700). De opschalingslijst is vastgesteld in het bestuurlijk overleg met alle ROAZ-voorzitters op 7 oktober 2020.

Wij willen bedden ruilen met een andere instelling. Hoe gaat dat in zijn werk?

Het wijzigen van de beddenaantallen kan alleen met een officieel wijzigingsverzoek vanuit de ROAZ-voorzitter én onder de voorwaarde dat het totaal aantal bedden per fase binnen een regio gelijk blijft.

Hoe is de teleenheid gedefinieerd?

In de subsidiedelen 1, 2 en 3 is de teleenheid een extra (opgeschaald) IC-bed. De definitie van IC-bed is opgenomen in de regeling.

Wat is het startpunt voor subsidieverstrekking? Vanaf hoeveel IC-bedden wordt een teleenheid gerekend?

Per ziekenhuis is vastgesteld met hoeveel bedden per fase wordt opgeschaald. Die aantallen zijn leidend. Een tabel is opgenomen in de subsidieregeling.

Opleidingen

Gelden de opleidingsbedragen per bed?

Ja, per teleenheid-bed.

Hoe verhoudt deze subsidie zich tot de KIPZ-subsidie, bijvoorbeeld het opleidingsdeel uit fase 1, 2 en 3?

Opleidingen die worden vergoed met deze subsidiegelden, mogen uiteraard niet nogmaals worden opgevoerd onder de KIPZ-gelden.

Geldt het opleidingsbedrag per bed?

Genoemde bedragen in subsidiedeel 1, 2 en 3 zijn per teleenheid IC-bed.

Komt er ook een vergoeding voor de tijd waarin verpleegkundigen niet inzetbaar zijn als zij opgeleid worden?

Verletkosten zijn meegenomen in de berekening van de normbedragen voor opleiden.

Hoe verhoudt deze regeling zich tot de CZO-subsidie?

De beschikbaarheidsbijdrage voor FZO-beroepen is bedoeld voor een aantal verpleegkundige vervolgoopleidingen en een aantal medisch ondersteunende beroepen, zoals omschreven in bijlage B, onderdeel B, artikel 1 van het besluit Beschikbaarheidsbijdrage WMG. Deze subsidie is al jaren beschikbaar en blijft beschikbaar. Voor deze opleidingen kan daarom een beroep worden gedaan op de beschikbaarheidsbijdrage. De huidige subsidie is bedoeld voor het bij- en nascholen en opleiden van personeel voor de IC-opschaling. Hoewel de FZO-opleidingen in theorie zowel door deze subsidie als door de beschikbaarheidsbijdrage kunnen worden bekostigd, mag geen sprake zijn van dubbelfinanciering voor dezelfde kosten.

Mag het bedrag voor opleidingen ingezet worden voor alle opleidingen?

Het ziekenhuis mag dit bedrag inzetten voor het opleiden van zorgpersoneel, afhankelijk van de behoefte in het ziekenhuis. Deze middelen mogen niet worden gebruikt voor opleidingen die al via andere overheidsvergoedingen worden betaald,

bijvoorbeeld de KIPZ-regeling. Verder merken wij op dat met de opleidingsvergoeding in deze regeling ook de Basisopleiding Acute Zorg (BAZ) moet worden gefinancierd.

Bouwtechnische aanpassingen

Zijn bouwtechnische aanpassingen voor de opslag van de voorraad geneesmiddelen onderdeel van de regeling?

Nee, de verbouwing/bouwtechnische aanpassingen moeten verband houden met de opschaling van de IC- en klinische capaciteit en niet met het aanleggen van de voorraad geneesmiddelen.

Mogen de verbouwingskosten ook betrekking hebben op andere afdelingen dan de IC-afdeling?

De Regeling richt zich primair op de uitbreiding van de IC-capaciteit, niet op uitbreiding van de verpleegcapaciteit. Maar als uitbreiding van de klinische capaciteit noodzakelijk is om COVID19-patienten te kunnen behandelen dan mogen de verbouwingskosten ook betrekking hebben op deze capaciteitsuitbreiding. Het aantonen van de noodzakelijkheid hiervan is essentieel. Net als voor de uitbreiding van de IC-capaciteit geldt voor de uitbreiding van de klinische capaciteit dat de verbouwingen moeten plaatsvinden binnen de bouwkundige grenzen van de instelling. U neemt deze capaciteitsuitbreiding mee in het plan voor de bouwkundige aanpassingen.

Binnen onze instelling hebben alle bouwkundige aanpassingen ten behoeve van de opschaling al plaatsgevonden tijdens de eerste golf, in maart en april. Mogen de kosten die toen zijn gemaakt ook worden opgegeven onder het kopje 'Bouwkundige aanpassingen'?

Het bedrag van de subsidieverlening voor een instelling bestaat alleen uit de eenmalige kosten ten behoeve van bouwkundige aanpassingen in de opschalingsfase 1, 2 en 3 vanaf 1 juli 2020 tot 1 maart 2021. Dit staat in artikel 7 van de regeling. Kosten buiten deze periode mogen dus niet worden opgegeven.

Kunnen jullie de term 'lichte toetsing' (artikel 9.2 van de regeling) toelichten?

Daar bedoelen we mee dat alleen het ministerie van VWS toetst of voldaan wordt aan de subsidievoorwaarden. Wanneer een aanvraag voor 'subsidie deel o - verbouwing' boven de grensbedragen uitkomt, wordt er niet alleen door VWS getoetst, maar wordt VWS ook geadviseerd door een comité met externe deskundigen.

Is de declaratieperiode van fase o strikt beperkt tot het jaar 2020?

De verbouwing en de bouwkundige aanpassingen moeten vóór 1 maart 2021 zijn gerealiseerd.

Medische inventaris

Er wordt om een lijst met medische inventaris gevraagd. Op welk niveau wordt die lijst verwacht?

U dient de inventarislijst op te stellen op regelniveau, gegroepeerd volgens de indeling zoals op pagina 18 van de regeling is beschreven. Per regel voegt u de kosten toe. Uw lijst bestaat dus uit 6 inventarisgroepen. Elke groep bevat een of meer inventarisoorten en bijbehorende kosten. Het totaalbedrag voert u in het aanvraagformulier in. De aangeschafte inventaris moet uiterlijk 1 maart 2021 beschikbaar zijn. Een voorbeeld kunt u vinden op de [website](#).

Gedurende de subsidieperiode kan er van alles wijzingen, ook op het gebied van de noodzakelijke, medische inventaris. Op basis van de kennis die wij nu hebben vragen wij subsidie aan. Maar stel dat we volgend jaar bijvoorbeeld tot een standpunt komen dat het mogelijk is de capaciteit positief te beïnvloeden door patiënten eerder van de COVID-19-verpleegafdeling te ontslaan door ze in de thuishouding te voorzien van zuurstof. Is er dan een mogelijkheid om de noodzakelijke inventaris alsnog gesubsidieerd te krijgen?

De regeling vergoedt alleen inventaris die voor 1 maart 2021 beschikbaar is. Volgens artikel 7 betreft de vergoeding 'eenmalige kosten in opschalingsfasen 1, 2, en 3'. Opschalingsfase 3 moet gerealiseerd zijn op 1 januari 2021. Vanwege dit eenmalige karakter zullen andere inventariskosten die gedurende de subsidietermijn worden gemaakt niet worden bekostigd. Dat sluit niet uit dat de zorg op een andere manier wordt vergoed, bijvoorbeeld als eerstelijnsverblijf.

Is de declaratieperiode van fase 0 strikt beperkt tot het jaar 2020?

De medische inventaris moet vóór 1 maart 2021 zijn gerealiseerd.

Crisisvoorraad

Wat wordt bedoeld met geaggregeerd volume van de crisisvoorraad zoals genoemd in artikel 13 lid 3 a.3?

Met geaggregeerd volume wordt het volume per desbetreffend geneesmiddel bedoeld. Verdere uitsplitsing naar merk, dosering of iets dergelijks is niet nodig.

Is de hoogte van de crisisvoorraad gebaseerd op de opschalingsbedden of voor 5 maanden regulier verbruik, plus 3 maanden piekverbruik?

De crisisvoorraad is gebaseerd op 5 maanden regulier gebruik en 3 maanden piekverbruik.

Opschalingsvoorstel

Wat wordt bedoeld met de “onderbouwing op welke wijze de Raad van Bestuur van de instelling zo doelmatig mogelijk vorm geeft aan opschalingsfase 2 en opschalingsfase 3”?

Dit is een kwalitatieve toelichting van de Raad van Bestuur op de noodzakelijkheid van de bouwkundige aanpassingen en de medische inventaris voor opschalingsfases 2 en 3 en daarmee op de doelmatigheid van het ingediende voorstel.

Ondertekening

Bij de keuze voor meervoudige ondertekening is in het formulier slechts ruimte voor ondertekening door 1 andere bevoegde. Bij ons moeten meer dan 2 bestuurders ondertekenen. Hoe moeten wij dat aanleveren?

Zet in dat geval een vinkje bij 'volmacht'. Upload een document met de handtekeningen. Het document moet verwijzen naar uw aanvraag. U kunt voor het document eventueel een printscreen van tab 5 gebruiken.

De regeling noemt dat verklaard moet worden dat de instelling niet reeds elders subsidie heeft aangevraagd/ontvangen voor de opleidingen. En dat de instelling het aantal op te schalen IC-bedden in fase 2 fysiek aanwezig heeft en voor deze bedden personeel beschikbaar heeft. Tab 4 heeft echter geen uploadmogelijkheid, dus waar moeten we dit verklaren?

Deze verklaring is onderdeel van de algemene verklaring op tab 5. U hoeft hierover geen aparte verklaring te uploaden.

Overige vragen

Wordt het macrokader aangepast voor de extra uitgaven in fase 1?

Nee, er is geen sprake van aanpassing van het Budgettair Kader Zorg.

Wat gebeurt er met de bedden en het personeel na deze twee jaar?

Daar zal in de komende twee jaar een plan voor moeten worden gemaakt. De bedden kunnen uiteraard ook na die twee jaar gewoon gebruikt worden.

Artikel 11 lid 1.c vraagt om een contactpersoon aan te wijzen. Wie moeten we hiervoor opgeven?

Wij raden u aan de bestuurder of verantwoordelijk manager als contactpersoon op te geven. Die kan dan zo nodig doorverwijzen.