Vraag	Antwoord
Waarom houdt VWS vast aan de verhouding 1:2. Dat klopt toch niet meer?	In het Opschalingsplan COVID-19 wordt gesproken over een 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 anders zijn. De vergoeding deel 2 (tbv 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 kan deze vergoeding ook deels gebruikt worden voor de opschaling van verpleegbedden. Voor fase 3 wordt ook in de standaard vergoeding 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)
Is de declaratieperiode van fase 0 strikt beperkt tot het jaar 2020?	De verbouwing en bouwkundige aanpassingen moeten vóór 1 maart 2021 zijn gerealiseerd.
Hoe is de teleenheid gedefineerd?	In de subsidiedelen 1, 2 en 3 is de teleenheid een opschaald IC-bed. De definitie van IC-bed is opgenomen in de regeling.
Bouwtechnische aanpassingen voor opslag voorraad geneesmiddelen, zijn die onderdeel van de regeling?	opschaling van de IC- en klinische capaciteit en niet met het aanleggen van de voorraad geneesmiddelen.
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 1150 valt niet uit de subsidie. Deze reguliere capaciteit moet uit reguliere middelen worden gedekt. Wel voorziet deze subsidie in een vergoeding voor eventuele noodzakelijke bouwkundige aanpasingen (ook in fase 1) en is er een vergoeding voor het opleiden van personeel in fase 1.
Wat is het startpunt voor subsidie verstrekking? Met andere woorden vanaf hoeveel IC bedden wordt een teleenheid gerekend?	Per ziekenhuis is vastgesteld met hoeveel bedden per fase wordt opgeschaald. Die aantallen zijn leidend. Deze tabel is opgenomen in de subsidieregeling.
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 vergoedt, bijvoorbeeld de KIPS-regeling. Verder merken wij op dat met de opleidingsvergoeding in deze regeling oop de basisopleiding Acute Zorg (BAZ) moet worden gefinancierd.
Hoe verhoudt zich dit tot de CZO-subsidie?	De beschikbaarheidbijdrage voor FZO beroepen is bedoeld voor een aantal verpleegkundige vervolgopleidingen en een aantal medisch ondersteunende beroepen, zoals omschreven in bijlage B, onderdeel B, artikel 1 van het besluit Beschikbaarheidbijdrage WMG . Deze subsidie is al jaren beschikbaar en blijft beschikbaar. Voor deze opleidingen kan derhalve een beroep worden gedaan op de beschikbaarheidbijdrage. 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 beschikbaarheidbijdrage kunnen worden bekostigd, ~~mag geen sprake zijn van dubbelfinanciering voor dezelfde kosten.~~
Komt er ook een vergoeding voor de tijd die verpleegkundigen niet inzetbaar zijn als zij opgeleid worden?	Verletkosten zijn meegenomen in de berekening van de normbedragen voor opleiden.
Wanneer is ' de beschikbaarheid 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;
Zijn er ook vergoedingen voor de extra verpleegbedden of zitten die in de vergoeding IC-bedden?	Ja, in de subsidie-vergoeding is ook een vergoeding voor de opschaling van klinische capaciteit opgenomen.
Wordt een bezet opgeschaald bed daarnaast in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar tegen afgesproken tarief?	Verrekenen daarvan is voorkomen wordt voor dezelfde 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
Zit hier ook vergoeding in voor IC artsen? Of zijn dit de genoemde IC-ondersteuners?	Nee, in de subsidie zijn geen vergoedingen opgenomen voor extra medisch specialisten of arts-assistenten.
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 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 materiële kosten vergoeding 50% voor bedden uit fase 2. Ook als deze volledig bezet zijn in fase 3?	Ja, die 50% is een reeel 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 wel afgesproken in het Opschalingsplan COVID-19
Als er meer klinische productie komt moet dat wel 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.
Is het opleidingsbedrag per bed?	Genoemde bedragen in subsidiedeel 1, 2 en 3 zijn per teleenheid IC bed
Waarom is de materiële kostenvergoeding in deel 2 de helft van deel 3 (bij bezette bedden)	Deel 2 gaat uit van vaste bedragen (ongeacht of er sprake is van koude of warme bedden). 50% is dan een reeel 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 materiele component in dat deel volledig op te nemen.
Wordt de vergoeding uit 3B (materiele kosten) ook van toepassing op deel 2 als de bedden van deel 2 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 reele vergoeding voor materiele kosten.
heeft VWS een globale analyse gedaan van effect van 1:5, bij deze regeling??	De vergoeding deel 2 (tbv 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 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 standaard vergoeding 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)
de reguliere maximale capaciteit is niet gelijk aan de gecontracteerde capaciteit. Voor dit gat extra budget bij VZ?	Als bestaande afspraken niet toereikend zijn voor de reguliere capaciteit, dan moeten hier afspraken over worden gemaakt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.
Verzekeraars gaan dus voor een 100% bezetting van de IC betalen	Zorgverzekeraar hebben toegezegd in de financiering van de 1150 bedden te voorzien.
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?	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 VWS subsidie- regeling. Onder reguliere IC-bedden wordt verstaan het aantal IC-bedden in de uitgangssituatie + 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 geregi- streerde 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 waar zij in vallen. Omdat de twee extra add-ons dezelfde eigenschappen hebben als de gewone add-ons, zal de afwikkeling van het DBC-zorgproduct in de grouper normaal verlopen en kan het bijbehorende DBC-zorgproduct op het gebruikelijke moment wordt 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 hogere fase groter is. Zie ook de illustratie in de publieksinformatie van de subsidie. • De NZa regels schrijven voordat alle add-ons (190157t/m190160) 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-subsidieopschaling fase2'(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.
Welke definitie wordt gehanteerd voor een 'bezet bed'? Is dit de definitie van een IC-dag?	Voor de daarvoor nodig van een bezet bed in fase 3 wordt inderdaad aangesloten bij de definitie van verblijfsdag op de IC. Zie de werkwijze hierboven.
In de financiele specificatie wordt in fase 3 uitgegaan van verhouden 1 IC bed : 0,8 vst bed (niet 2)	80% 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.
Hoe verhoud deze subsidie zich tot de KIPZ subsidie? (het opleidingsdeel uit fase 1, 2 en 3)	Opleidingen die worden vergoedt met deze subsidiegelden, mogen uiteraard niet nogmaals worden opgevoerd onder de KIPS-gelden.
Wordt het macrokader aangepast voor de extra uitgaven in fase 1?	Nee, er is geen sprake van aanpassing van het Budgettair Kader Zorg.
Wat gaan we doen met de bedden en 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.
zijn de opleidingsbedragen per bed?	Ja, per teleenheid IC-bed
Kunnen jullie de term "lichte toetsing" toelichten	Daar bedoelen we mee dat alleen het ministerie van VWS zelf toetst of voldaan wordt aan de subsidievoorwaarden. Wanneer een aanvraag voor 'subsidie deel 0 - verbouwing' boven de grensbedragen uitkomt, wordt er niet alleen door VWS getoetst, maar wordt VWS ook geadviseerd door een comité met extern deskundigen.

Disclaimer: Dit document geeft antwoord op vragen die gesteld zijn tijdens het webinar.
U kunt aan dit document geen rechten ontlenen. De subsidieregeling die in de Staatscourant zal worden gepubliceerd is definitief bepalend.