

Bijlage B_1_Declaratieprotocol 2017

Bijlage 4

Declaratieprotocol voor gecontracteerde zorgaanbieders ZiN Jeugdzorg, Wmo, Wmo Beschermd Wonen en DBC

Dit declaratieprotocol is geschreven op de nieuwe declaratiesystematiek met behulp van het berichtenverkeer. Daar deze systematiek nieuw is, is dit een “levend” document, dat op basis van ervaringen in de praktijk zal worden aangepast en verbeterd.

Niet-materiële aanvullingen en aanpassingen zullen gepubliceerd worden op de website: <https://www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl/inkoop/handleidingen-en-instructies/>, in het document “Aanvullingen en uitwerkingen Declaratieprotocol”

Algemeen:

Eventuele vragen of opmerkingen met betrekking tot de declaraties kunt u richten aan declaratiesSD@maastricht.nl of het desbetreffende gemeentelijke toegangsteam.

1. Declaraties indienen (berichten iJW303d, iWmo303d & iJW321)

Inleiding

Op het moment van invoeren van het declareren door middel van het berichtenverkeer stopt de regio met bevoorschotting. Om het declaratieproces te stroomlijnen worden de regels en richtlijnen met betrekking tot het declaratieproces voor aanbieders in deze handreiking toegelicht.

Declaratieregels

Vanaf 1 januari 2017 worden verschillende bekostigingsmethodieken gehanteerd, op basis van:

1. Arrangementen (trajecten)
2. Maandfinanciering
3. Etmaalfinanciering
4. DBC's

Om te kunnen declareren dient u te beschikken over een tweetal geldige berichten:

- 301 (toewijzing zorg)
- 305 (start zorg)

Toewijzing Zorg (301-bericht)

Om zorg te kunnen starten, dient u in het bezit te zijn van een geldige toekenning. Deze toekenning kan u verleend zijn door de gemeentelijke toegang door middel van een 301-bericht. Daarnaast kunnen voor jeugdhulp de volgende partijen ook verwijzen:

- Huisarts (H);
- Jeugdarts (J);
- Gecertificeerde Instelling (GI);
- Medisch specialist (M);

Wanneer u een verwijzing krijgt van een van de bovenstaande partijen, dient u door middel van een 315-bericht bij de gemeente een 'verzoek tot toewijzing' te doen. Indien dit wordt gehonoreerd ontvangt u van de gemeente een 301-bericht. Op deze wijze krijgt u duidelijkheid dat de zorg ook daadwerkelijk door de gemeente zal worden betaald.

De gemeentelijke toegang dient binnen 10 werkdagen nadat het 315-bericht is ontvangen en alle bijbehorende stukken zijn aangeleverd (zoals Plan van Aanpak / 1G1P1R) formeel te reageren op het 315-bericht.

Bij Wmo is de gemeentelijke toegang de enige toekenner.

Belangrijk:

- **Indien er geen geldige toewijzing is, volgt geen betaling**
- **Indien er hulp wordt verleend, terwijl de cliënt zich bij de zorgaanbieder heeft gemeld zonder wettige verwijzing, is de betaling van de zorg door de gemeente onrechtmatig.**

Het 301-bericht bevat informatie over het type en de duur van de toegewezen zorg.

Start Zorg (305-bericht)

Bij aanvang hulp stuurt u een start-zorg-bericht (305).

Conform DVO (artikel 11.4) is het moment van Start Zorg, het moment dat de dienstverlening daadwerkelijk start. Het voortraject dat leidt tot een plan van aanpak/behandelplan behoort expliciet niet tot de dienstverlening. Indien er sprake is van een gecombineerde behandeling bestaande uit medische diagnostiek gedurende behandeling (zie ook productomschrijving van het arrangement behandeling), dan geldt voor moment aanvang zorg de datum waarom deze gecombineerde behandeling start. Dit is echter een uitzondering: in de regel zal er sprake zijn van het arrangement start totdat duidelijkheid is verkregen over de benodigde inzet van hulp.

Er geldt dat u uiterlijk binnen 8 weken na de verzenddatum van een toewijzingsbericht (301) dient te starten met de hulp.

Een start-zorg-bericht dient binnen 10 werkdagen na de start van de zorg verstuurd te worden.

Betaling van Zorg (303d-bericht)

Na afloop van een zorgperiode stelt u een declaratie op (303d-bericht) over de geleverde zorg en stuurt deze (eventueel via de VNG Berichtenapp) via Vecozo naar de gemeente. Hierbij zijn verschillende vormen mogelijk:

- Declaraties arrangementen < EUR 10.000
- Declaraties arrangementen > EUR 10.000
- Declaraties op de vaste maandprijs
- Declaraties op de vaste etmaalprijs
- Declaraties op basis van DBC

2 Declaraties per bekostigingstype

2.1 Declaraties arrangementen < EUR 10.000

Voor de arrangementen met een tarief lager dan EUR 10.000 geldt dat deze in 1 termijn gedeclareerd kunnen worden in de maand volgende op de maand start zorg. Voorbeeld: Indien de zorg wordt gestart in de maand mei, moet het totale arrangementsbedrag in juni gedeclareerd worden.

Dit betreft de volgende producten:

92100	Jeugd	Regie betrokken	
92200	Jeugd	Regie onafhankelijk	
84110	Jeugd	Begeleiding individueel	Laag/Kort
84120	Jeugd	Begeleiding individueel	Laag/Lang
84210	Jeugd	Begeleiding individueel	Middel/Kort
84220	Jeugd	Begeleiding individueel	Middel/Lang
84310	Jeugd	Begeleiding individueel	Hoog/Kort
85110	Jeugd	Begeleiding groep	Laag/Kort
85120	Jeugd	Begeleiding groep	Laag/Lang
85210	Jeugd	Begeleiding groep	Middel/Kort
85220	Jeugd	Begeleiding groep	Middel/Lang
85310	Jeugd	Begeleiding groep	Hoog/Kort
83100	Jeugd	Behandeling individueel	Start
83110	Jeugd	Behandeling individueel	Laag/Kort
83120	Jeugd	Behandeling individueel	Laag/Lang
83210	Jeugd	Behandeling individueel	Middel/Kort
83220	Jeugd	Behandeling individueel	Middel/Lang
83310	Jeugd	Behandeling individueel	Hoog/Kort
80110	Jeugd	Behandeling groep	Laag/Kort
80210	Jeugd	Behandeling groep	Middel/Kort
51200	Jeugd	BOR middel	
52300	Jeugd	BOR zwaar	
34100	Jeugd	Dyslexie diagnose	
40100	Jeugd	Dyslexie behandeling	
82100	Jeugd	Crisishulp ambuland individueel	
82200	Jeugd	Crisishulp ambuland gezinsaanpak	
82300	Jeugd	Crisishulp verblijf	

Bovenstaande arrangementen kennen een vaste trajectprijs. Het tarief staat los van de feitelijke duur van het specifieke traject.

Op het moment dat een arrangement is toegekend en de zorg is gestart bestaat de betaalverplichting. Er wordt alleen verrekend (terugvorderen/verrekenen van het betaalde arrangementsbedrag) indien:

- er kwaliteitsproblemen zijn bij een bepaalde zorgaanbieder, of
- contractuele afspraken niet worden nagekomen, of
- in bepaalde gevallen, als een arrangement wordt vervangen of opgevolgd door een ander arrangement. Mogelijke combinaties en hoe te verrekenen vindt u in bijlage 4A. Voor

vervangingen of opvolgende arrangementen is altijd een nieuwe toekenning van de gemeentelijke toegang vereist (301-bericht).

Daarnaast kan in het geval dat over het totaal van arrangementen geleverd door een zorgaanbieder, indien er materieel minder lange, complexe of intensieve zorg wordt geleverd dan beschikt, de gemeentelijke toegang met terugwerkende kracht toekenningen herzien. Dit na hoor en wederhoor met de desbetreffende zorgaanbieder. Het inkoopteam Sociaal Domein zal hierbinnen een coördinerende rol vervullen tussen zorgaanbieder en gemeenten.

Het arrangementestartief dat in rekening gebracht mag worden is het gecontracteerde tarief op het moment van toekenning (301-bericht)

2.2 Declaraties arrangementen > EUR 10.000

Voor de arrangementen met een tarief hoger dan EUR 10.000 geldt dat deze, conform de 'Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJW' (outputgericht), na afronding van het arrangement in 1 keer wordt gedeclareerd.

Echter, omdat dit impliceert dat de zorgaanbieder het gehele traject dient te voorfinancieren, wordt de zorgaanbieder de gelegenheid geboden om in 2 termijnen te declareren. De zorgaanbieder heeft de vrije keuze om af te wijken van de Handreiking en te kiezen voor declareren in 2 termijnen:

- 1^e termijn (50%) in de maand volgende op de maand start zorg.
- 2^e termijn (50%) 4 kalendermaanden na de declaratie van de 1^e termijn.

Voorbeeld: indien de zorg wordt gestart in de maand mei, kan de 1^e termijn (50% van het arrangementsbedrag) gedeclareerd worden in de maand juni en de 2^e termijn (de resterende 50% van het arrangementsbedrag) in de maand oktober.

Dit betreft de volgende producten:

80310	Jeugd	Behandeling groep	Hoog/Kort
84320	Jeugd	Begeleiding individueel	Hoog/Lang
85320	Jeugd	Begeleiding groep	Hoog/Lang
83320	Jeugd	Behandeling individueel	Hoog/Lang
80120	Jeugd	Behandeling groep	Laag/Lang
80220	Jeugd	Behandeling groep	Middel/Lang
80320	Jeugd	Behandeling groep	Hoog/Lang

Bovenstaande arrangementen kennen een vaste trajectprijs. Het tarief staat los van de feitelijke duur van het specifieke traject.

- er kwaliteitsproblemen zijn bij een bepaalde zorgaanbieder, of
- contractuele afspraken niet worden nagekomen, of
- in bepaalde gevallen, als een arrangement wordt vervangen of opgevolgd door een ander arrangement. Mogelijke combinaties en hoe te verrekenen vindt u in bijlage 4A. Voor vervangingen of opvolgende arrangementen is altijd een nieuwe toekenning van de gemeentelijke toegang vereist (301-bericht).

Daarnaast kan in het geval dat over het totaal van arrangementen geleverd door een zorgaanbieder, indien er materieel minder lange, complexe of intensieve zorg wordt geleverd dan beschikt, de

gemeentelijke toegang met terugwerkende kracht toekenningen herzien. Dit na hoor en wederhoor met de desbetreffende zorgaanbieder. Het inkoopteam Sociaal Domein zal hierbinnen een coördinerende rol vervullen tussen zorgaanbieder en gemeenten.

Het arrangementstarief dat in rekening gebracht mag worden is het gecontracteerde tarief op het moment van toekenning (301-bericht). Dit tarief geldt voor beide (50%'s) termijnen.

2.3 Declaraties op basis van de vaste maandprijs

Betaling wordt gedaan op basis van het 303d-bericht dat verstuurd wordt in de maand, nadat de maand waarin de zorg is verleend is verstreken (voor nadere uitwerking zie: 3.0 Procesafspraken – Declaratieproces)

Hierbij wordt standaard een stuksprijs per maand gehanteerd. Hierbij is het aantal steeds 1, de frequentie per maand en het tarief het toewezen maandtarief.

Dit betreft de volgende producten:

21510	Wmo	Begeleiding individueel	Laag / 0-2
21520	Wmo	Begeleiding individueel	Laag / 2-4
21530	Wmo	Begeleiding individueel	Laag / 4-8
21540	Wmo	Begeleiding individueel	Laag / 8-13
21550	Wmo	Begeleiding individueel	Laag / 13-25
21710	Wmo	Begeleiding individueel	Hoog / 0-2
21720	Wmo	Begeleiding individueel	Hoog / 2-4
21730	Wmo	Begeleiding individueel	Hoog / 4-8
21740	Wmo	Begeleiding individueel	Hoog / 8-13
21750	Wmo	Begeleiding individueel	Hoog / 13-25
71510	Wmo	Begeleiding groep	Licht / 0-2
71520	Wmo	Begeleiding groep	Licht / 2-4
71530	Wmo	Begeleiding groep	Licht / 4-6
71540	Wmo	Begeleiding groep	Licht / 6-9
71610	Wmo	Begeleiding groep	Middel / 0-2
71620	Wmo	Begeleiding groep	Middel / 2-4
71630	Wmo	Begeleiding groep	Middel / 4-6
71640	Wmo	Begeleiding groep	Middel / 6-9
71710	Wmo	Begeleiding groep	Zwaar / 0-2
71720	Wmo	Begeleiding groep	Zwaar / 2-4
71730	Wmo	Begeleiding groep	Zwaar / 4-6
71740	Wmo	Begeleiding groep	Zwaar / 6-9
19550	Wmo BW	Dagbesteding	
18550	Wmo BW	Beschermd Wonen zonder verblijf	
16550	Wmo BW	Beschermd Wonen met verblijf licht	
14550	Wmo BW	Beschermd Wonen met verblijf basis	
18550	Wmo BW	Toeslag V&V	
17550	Wmo BW	Toeslag opschaling BW zonder verblijf naar verblijf licht	
15550	Wmo BW	Toeslag opschaling BW licht naar BW basis	

De maand waarin de zorg wordt gestart dient gedeclareerd te worden, ook al is er geen volledige maand zorg geleverd. De maand waarin de zorg wordt gestopt mag niet worden gedeclareerd. Indien

de zorg start op 7 april 2017 en eindigt op 18 november 2017 kunnen de maanden april tot en met oktober 2017 gedeclareerd worden.

In een kalendermaand geen zorg geleverd

Indien gedurende een kalendermaand geen zorg (= 0 uur) geleverd is aan een cliënt (binnen een lopende toekenning), mag de zorgaanbieder in deze kalendermaand geen zorg declareren. De zorginzet zal door het inkoopteam worden getoetst aan de hand van de aanlevering van de CAK-gegevens.

Er dient bij een orderbreking van de zorg door de zorgaanbieder geen stop-/start zorg bericht verstuurd te worden (307/305)

Degressief Tarief

Voor een aantal verblijfsarrangementen is het degressieve tarief van toepassing. Het maximum te leveren maanden dat tegen het volledige tarief wordt vergoed is vastgelegd. Op het moment dat dit maximum is bereikt voor een bepaalde zorgaanbieder, wordt de arrangementsprijs herberekend voor deze specifieke zorgaanbieder.

Het maandtarief dat in rekening gebracht mag worden is het gecontracteerde tarief in de maand dat de zorg wordt geleverd.

Als in januari van het volgende jaar hogere tarieven zijn gecontracteerd dan het voorafgaande jaar, moet in februari (over de maand januari) het hogere tarief in rekening worden gebracht.

Als in januari van het volgende jaar lagere tarieven zijn gecontracteerd dan het voorafgaande jaar, moet in februari (over de maand januari) het lagere tarief in rekening worden gebracht.

2.4 Declaraties op basis van de vaste etmaalprijs

Betaling wordt gedaan op basis van het 303d-bericht dat verstuurd wordt in de maand, nadat de maand waarin de zorg is verleend is verstreken (voor nadere uitwerking zie: 3.0 Procesafspraken – Declaratieproces).

Hierbij wordt het daadwerkelijke aantal geleverde etmalen gedeclareerd. Hierbij geldt (met uitzondering van de Wmo-toeslag rolstoelvervoer) dat een etmaal een nacht dient te bevatten. Dus ingeval van bijvoorbeeld logeren van vrijdagmiddag 17.00 uur tot en met zondagmiddag 20.00 uur kunnen 2 etmalen gedeclareerd worden (omdat deze periode 2 nachten bevat). Het feit dat de zorg is verdeeld over 3 kalenderdagen doet hier niets aan af.

Dit betreft de volgende producten:

61100	Jeugd	Verblijf	JGGZ
61300	Jeugd	Verblijf	J&O
61200	Jeugd	Verblijf	(voormalig) AWBZ 18-
62100	Jeugd	Logeren	
35100	Jeugd	Pleegzorg	
41510	Wmo	Kortdurend verblijf	
75510	Wmo	Rolstoelvervoer	

In de toekenning is het maximaal aantal etmalen dat er recht is op verblijf of vervoer gedurende de geldigheidsduur van de toekenning gedefinieerd. Dit maximaal aantal etmalen kan bepaald zijn per:

- Week
- Maand
- Jaar
- Looptijd van de toekenning

Met betrekking tot declareren in 2017 gelden de volgende regels:

De zorgaanbieder die J-GGZ-verblijf declareert, registreert de daadwerkelijk geleverde etmalen (= aanwezigheid) in een kalendermaand. Voor J&O en (voormalig) AWBZ hanteren we de dagen van aanwezigheid waarbij weekendverlof en ziekenhuisopname beperkt mogen worden mee genomen. Dit conform de oude jeugdzorg en AWBZ regelingen. Een nadere uitwerking is terug te vinden in het document "Aanvullingen en uitwerkingen Declaratieprotocol". De meest recente versie kunt u terugvinden op <https://www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl>

De geleverde etmalen worden gedeclareerd in de maand volgende op de maand van levering van de diensten. De applicatie houdt het resterende maximaal nog te leveren aantal etmalen bij. Op het moment dat alle etmalen zijn ingezet, worden er geen verdere etmalen meer vergoed.

Het etmaaltarief dat in rekening gebracht mag worden is het gecontracteerde tarief in de maand dat de zorg wordt geleverd.

Als in januari van het volgende jaar hogere tarieven zijn gecontracteerd dan het voorafgaande jaar, moet in februari (over de maand januari) het hogere tarief in rekening worden gebracht.

Als in januari van het volgende jaar lagere tarieven zijn gecontracteerd dan het voorafgaande jaar, moet in februari (over de maand januari) het lagere tarief in rekening worden gebracht.

2.5 Declaraties op DBC

Gedurende 2017 is het nog mogelijk voor de aanbieders die gecontracteerd zijn tegen DBC-tarieven, om op basis van DBC's te declareren. Vanaf 2018 vervalt de wettelijke bescherming van de DBC's. De regio Zuid-Limburg zal vanaf 1 januari 2018 declaraties op basis van DBC's niet meer vergoeden, omdat op dat moment alle GGZ-zorg onderdeel uitmaakt van de Zorg in Natura-systematiek.

Na afloop van een DBC dient de zorgaanbieder per gemeente per DBC waarvoor de daadwerkelijke zorg is geleverd, één declaratie in te dienen voor de geleverde DBC. Voor deze gecontracteerde zorg dient de zorgaanbieder over een toewijzingsbericht (301) te beschikken. Deze declaratie bedraagt het DBC-tarief van het geleverde product en is altijd inclusief vervoerskosten.

Het DBC-tarief dat in rekening gebracht moet worden is het gecontacteerde tarief op de openingsdatum van de DBC.

Voor nieuwe DBC's in 2017 dient door middel van een 315-bericht (verzoek tot toewijzing zorg) melding gemaakt te worden bij de gemeentelijke toegang. De gemeente zal hierop reageren door middel van een 301 indien het 315 bericht correct is.

Voor DBC's die doorlopen vanuit 2016 hoeft geen 301 (toewijzing Zorg) aangevraagd te worden door middel van een 315-bericht (verzoek tot toewijzing zorg).

2.5 Declareren van Consult

Zowel bij Wmo als bij Jeugdhulp is afgesproken dat consult lokaal wordt toegewezen en lokaal financieel wordt afgewikkeld. Dit impliceert dat toewijzing en facturatie buiten het berichtenverkeer om plaats zal vinden. Werkafspraken met betrekking tot de toekenning van en financieel administratieve afwikkeling van consult worden elders gecommuniceerd.

3.0 Procesafspraken

Spiegelinformatie

De inhoud van het berichtenverkeer bevat niet de diepgang die nodig is om een analyse te maken van de ingezette zorg door de zorgaanbieders. Daarom zal ook in de toekomst minimaal 2x per jaar spiegelinformatie worden uitgevraagd bij de zorgaanbieder. Nadere specificatie hiervan vindt bij de uitvraag plaats. Voor de duidelijkheid: deze uitvraag maakt geen onderdeel uit van het declaratieproces.

Op basis van de (spiegel)informatie zal onder andere worden beoordeeld door het inkoopteam Sociaal Domein of, over het totaal van arrangementen toegewezen aan een aanbieder ('in the mix'), de geleverde zorg overeenkomt met de toegewezen zorg. Indien materieel verschil wordt waargenomen tussen de toegekende en de geleverde intensiteit, complexiteit en duur over het totale van de toegekende arrangementen aan een aanbieder, dan behoudt het inkoopteam Sociaal Domein, namens de gemeenten, zich het recht voor om de toekenningen met terugwerkende kracht te herzien. Dit na hoor en wederhoor bij de desbetreffende zorgaanbieder.

Declaratieproces

Declaraties dienen door de zorgaanbieder te worden ingediend binnen 3 weken na afloop van de kalendermaand waarin de zorg:

- is gestart (in het geval van arrangementen die in 2 termijnen worden betaald: de 2^e termijn 4 kalendermaanden na de 1^e termijn);
- heeft plaatsgevonden (in het geval van maandarrangementen en etmaalfinanciering);
- is beëindigd (in het geval van DBC's).

Bekostigingstype	Start Zorg bijv. maart	Start Zorg + 1 maand bijv. april	Start Zorg + 5 maanden bijv. augustus	Eind Zorg bijv. oktober	Eind Zorg + 1 bijv. november	Einde Arrangement
Arrangement < EUR 10.000	Aanvang Zorg	Declaratie 100%				
Arrangement > EUR 10.000	Aanvang Zorg					Declaratie 100%
Arrangement > EUR 10.000 (alternatief)	Aanvang Zorg	Declaratie 50%	Declaratie 50%			
Maandfinanciering	Aanvang Zorg	Declaratie maandtarief maart	Declaratie maandtarief juli	Declaratie maandtarief september (laatste declaratie)	Maand oktober mag niet gedeclareerd worden	
Etmaalfinanciering	Aanvang Zorg	Declaratie etmalen maart	Declaratie etmalen juli	Declaratie etmalen september	Declaratie etmalen oktober	
DBC's	Aanvang Zorg			Declaratie DBC		

Na ontvangst van de declaratie wordt gecontroleerd door de applicatie of:

- er een geldige toewijzing voorhanden is (301-bericht)
- start zorg gemeld is (305-bericht)
- de declaratie voldoet aan de inhoudelijke/contractuele afspraken.

Indien dit het geval is wordt de declaratie betaalbaar gesteld. Indien dit niet het geval is ontvangt de zorgaanbieder een bericht van de afkeur inclusief reden van de afkeur. Vervolgens dienen gemeente en zorgaanbieder in overleg te gaan om de afkeur op te lossen. Deze afkeur zal administratief opgelost moeten worden en leiden tot een nieuwe toekenning (301) of nieuwe declaratie (303d) welke wederom door de applicatie getoetst zal worden.

Uiterlijk binnen 2 weken kan de zorgaanbieder de afgekeurde regels opnieuw aanbieden voor goedkeuring.

Hierna is een tabel opgenomen met de geldende termijnen.

Levertermijnen declaraties

Onderstaande tabel bevat de verantwoordelijkheden van de gemeentelijke toegangen en zorgaanbieder met betrekking tot het declaratieproces en bijbehorende termijnen.

Verantwoordelijkheid	Partij	Termijn
Aanlevering realisatiecijfers/declaratie	Zorgaanbieder	3 weken na afloop kalendermaand waarin de zorg: <ul style="list-style-type: none"> • is aangevangen • heeft plaatsgevonden • is beëindigd (afhankelijk van de contractuele afspraken behorende bij het bekostigingsmodel)
Reactie op ingediende realisatie/declaratie	Gemeenten	3 weken na ontvangst declaratie
Correctie/mutatie	Zorgaanbieder	4 weken na ontvangst reactie op ingediende declaratie
Reactie op ingediende correctie/mutatie	Gemeenten	4 weken na ontvangst correctie/mutatie

4.0 Facturatie

Na afloop van het boekjaar dienen de zorgaanbieders een papieren jaarfactuur te versturen aan het Inkoopteam Sociaal Domein in Maastricht. Deze papieren factuur dient het totaalbedrag te bevatten van de afzonderlijke goedgekeurde declaraties van het desbetreffende boekjaar. Specifieke instructies wonden aan het eind van het boekjaar gecommuniceerd aan de zorgaanbieders als onderdeel van de jaarafsluitingsinstructies.

5.0 Controleprotocol

Nadere uitwerking artikel 19.3 DVO inzake Controleverklaring.

De aanbieder die een omzet realiseert van meer dan € 100.000,- in de regio Zuid-Limburg, op alle gecontracteerde zorg die onder de DVO valt, levert een productieverantwoording en controleverklaring aan conform het landelijke "Accountantsprotocol en Productieverantwoording Wmo/Jeugdwet" van het betreffende jaar.

Het advies met betrekking tot omzetgrens/controledrempel uit de toelichting op het accountantsprotocol Wmo/Jeugdwet 2016 kan niet gevolgd worden omdat de regio Zuid-Limburg veel kleine aanbieders contracteert. De gezamenlijke omzet van deze kleinere aanbieders is van een materiële omvang voor kleinere gemeenten, vandaar dat een omzetgrens/controledrempel van € 100.000,- over de regio Zuid-Limburg van toepassing is.

Bijlage 4A

Uitwerking van verrekening van arrangementen

In onderstaande voorbeelden wordt ervan uitgegaan dat er een beschikking is afgegeven.

Algemeen: indien een arrangement is toegekend (301-bericht) en de zorg is gestart (305-bericht) bestaat het recht van de zorgaanbieder om het arrangementsbedrag te declareren (100% of 2 x 50%, afhankelijk van het arrangementstarief van het specifieke arrangement). Indien er korter zorg geleverd wordt dan de maximumduur van het arrangement, blijft het recht bestaan om het volledige arrangementsbedrag te declareren. Alleen in het geval van kwaliteitsproblemen met betrekking tot de geleverde zorg vervalt dit recht.

In situaties als verhuizen of overlijden wordt er niet verrekend. Leidend is het moment van toekennen zorg (301-bericht). De gemeente die beschikt dient het volledige arrangementsbedrag te voldoen. In onderling overleg kunnen gemeente en zorgaanbieders afgebroken arrangementen vervangen door een ander arrangement.

In het geval van maandarrangementen of etmaaltarieven kan er na afloop van de maand een arrangement gestopt worden en eventueel vervangen worden door een ander arrangement of door hetzelfde arrangement bij een andere gemeente.

Stop Zorg

Voorbeeld 1 bij opname in een verpleeghuis of ziekenhuis

Cliënt woont in Stein (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Stein betaalt de zorg). Cliënt heeft sinds 3 januari 2017 het arrangement behandeling GGZ bij aanbieder A, met een overeengekomen tarief van € 5.000.

Op 1 mei 2017 wordt cliënt opgenomen in een verpleeghuis. De behandeling GGZ bij aanbieder A komt daarmee te vervallen.

De aanbieder A mag gehele arrangementtarief declareren: € 5.000 bij gemeente Stein.

Verhuizing

Voorbeeld 2 bij verhuizing buiten de regio - arrangementen

Onder "buiten de regio" wordt verstaan:

Jeugd: buiten de achttien Zuid Limburgse gemeenten

Cliënt woont in Schinnen (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Schinnen betaalt de zorg). Cliënt heeft behandeling GGZ voor de periode 1 juni 2017 t/m 31 mei 2018 ontvangen. Stel prijs van dit arrangement bij aanbieder A is € 5.000 in 2017 en € 6.000 in 2018.

De cliënt verhuist per 1 oktober naar een gemeente X in Noord-Holland (conform woonplaatsbeginsel = gemeente X betaalt de zorg). Per 1 oktober neemt aanbieder B de begeleiding over.

De aanbieder A mag declareren: € 5.000. Aanbieder B declareert conform contract met gemeente X.

n.b.: Daar gemeente Brunssum zelfstandig de ambulante jeugdzorg heeft ingekocht geldt specifiek voor de gemeente Brunssum:

- Ambulante jeugdzorg = Buiten de regio

- Overige jeugdzorg = Binnen de regio

Voorbeeld 3 bij verhuizing binnen de regio

Cliënt woont in Meerssen (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Meerssen betaalt de zorg). Cliënt heeft individuele begeleiding voor de periode 1 juni 2017 t/m 31 mei 2018 ontvangen. Stel prijs van dit arrangement € 5.000 in 2017 en € 6.000 in 2018 (de duur arrangement is "lang": 12 maanden).

De cliënt verhuist op 1 oktober naar gemeente Voerendaal (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Voerendaal betaalt de zorg). Ook na 1 oktober 2017 biedt aanbieder A de begeleiding.

De aanbieder A mag declareren: € 5.000 bij gemeente Meerssen voor de gehele periode 1 juni 2017 t/m 31 mei 2018. Na afloop van het arrangement (31 mei 2018) dient de gemeente Voerendaal een nieuwe toekenning af te geven op basis waarvan de zorgaanbieder mag declareren over de zorg geleverd na 1 juni 2018. Indien dit hetzelfde arrangement is dient aanbieder A € 6.000 te declareren bij de gemeente Voerendaal voor de duur van het 2e arrangement (in de geval 1 juni 2018 t/m 31 mei 2019)

n.b.: Daar gemeente Brunssum zelfstandig de ambulante jeugdzorg heeft ingekocht geldt specifiek voor de gemeente Brunssum:

- Ambulante jeugdzorg Brunssum = Buiten de regio
- Overige jeugdzorg Brunssum = Binnen de regio

Overlijden

Voorbeeld 4 bij overlijden binnen kalenderjaar

Cliënt woont in Nuth (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Nuth betaalt de zorg). Cliënt heeft behandeling GGZ sinds 1 oktober 2017. Stel prijs van dit arrangement is € 5.000 in 2017.

De begeleiding stopt door overlijden cliënt per 2 december 2017.

De aanbieder mag gehele arrangementtarief declareren: € 5.000 bij gemeente Nuth.

Stop-Start Zorg

Voorbeeld 5 bij nieuwe toewijzing voor hetzelfde arrangement bij een andere aanbieder binnen hetzelfde kalenderjaar

Cliënt woont in Gulpen-Wittem (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Gulpen-Wittem betaalt de zorg). Cliënt heeft behandeling GGZ voor de periode 1 februari 2017 t/m 31 juli 2017. Zorg is door aanbieder A geleverd. Stel prijs van dit arrangement is in 2017 € 5.000.

Vervolgens meldt cliënt zich in september 2017 en conclusie is dat cliënt weer behandeling GGZ krijgt voor de periode september 2017 t/m februari 2018. Zorg wordt door aanbieder B geleverd. Aanbieder B is voor dit arrangement gecontracteerd voor € 5.000.

De aanbieder A mag declareren: € 5.000 bij gemeente Gulpen-Wittem

De aanbieder B mag declareren: € 5.000 bij gemeente Gulpen-Wittem

Voorbeeld 6 herstarten arrangement bij dezelfde aanbieder binnen hetzelfde kalenderjaar

Cliënt woont in Kerkrade (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Kerkrade betaalt de zorg). Cliënt heeft behandeling GGZ voor de periode 1 februari 2017 t/m 1 juni 2017 op een toekenning lang (12 maanden). Zorg is door aanbieder A geleverd. Stel prijs van dit arrangement is in 2017 € 5.000. 1 juni wordt de cliënt uit zorg gemeld (307).

Op 1 september meldt de cliënt zich weer bij de gemeente Kerkrade – hij heeft een terugval gehad en de zorg moet weer opgestart worden. Er wordt gekozen om deze te laten invullen door de originele aanbieder A.

Aanbieder A dient de zorg te leveren tot en met 31 januari 2018 (einde looptijd originele arrangement). Indien binnen de looptijd van een afgesloten arrangement (uit-zorg bericht (307) is al verstuurd) de zorg alsnog wordt hervat, dient de zorgaanbieder het Inkoopteam Sociaal Domein hiervan te berichten per e-mail met hiervan melding te maken “zorg weer opgestart binnen lopende toekenning” de gegevens:

- BSN-nummer
- Arrangementscode
- AGB-code
- Gemeentenaam

Het Inkoopteam Sociaal Domein zal de melding stop-zorg (307-bericht) handmatig verwijderen, zodat op een later moment wederom een 307-bericht kan worden verstuurd.

De aanbieder A mag declareren: € 5.000 bij gemeente Kerkrade over de gehele periode 1 februari 2017 tot en met 31 januari 2018.

Bovenstaande methodiek geldt zowel voor korte als voor lange arrangementen.

Combinaties van arrangementen

Voorbeeld 7 bij nieuwe toewijzing voor ander arrangement bij dezelfde aanbieder binnen kalenderjaar

Cliënt woont in Maastricht (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Maastricht betaalt de zorg).

Cliënt heeft behandeling GGZ voor de periode 1 februari 2017 t/m 31 maart 2017. Zorg is door aanbieder A geleverd. Stel prijs van dit arrangement kost in 2017 € 5.000.

Vervolgens meldt cliënt zich in augustus 2017 en conclusie is dat cliënt een ander arrangement krijgt toegewezen voor de periode 15 augustus 2017 t/m 31 december 2017. Zorg wordt door aanbieder A geleverd. Aanbieder A is voor dit arrangement gecontracteerd voor € 6.000.

De aanbieder A mag declareren voor 2017: € 5.000 bij gemeente Maastricht.

De aanbieder A mag declareren voor 2017: € 6.000 bij gemeente Maastricht.

Opeenvolgende arrangementen

Het is mogelijk de zorg van een cliënt binnen een arrangement op- of af te schalen. Als de omstandigheden wijzigen kan, in overleg met de gemeentelijke toegang, een cliënt worden ingedeeld in een ander arrangement.

Afhankelijk van de resterende behandelduur wordt samen met de gemeentelijke toegang bekeken of het huidige arrangement omgezet moet worden, of dat een nieuw arrangement het huidige arrangement opvolgt.

Arrangement Behandeling Individueel Start:

Indien al gestart is met het arrangement Behandeling Individueel Start, en de definitieve indeling pas gedurende de behandeling duidelijk wordt, moet het arrangement Behandeling Individueel Start

omgezet worden naar een ander arrangement. Indien het arrangement vanaf de start het correcte arrangement is, dan hoeft er niets omgezet worden.

2 opeenvolgende Arrangement Kort van gelijke complexiteit:

Een arrangement Kort kan niet binnen 12 maanden worden opgevolgd door een nieuw arrangement Kort van gelijke complexiteit. In dat geval wordt het arrangement Kort omgezet naar het arrangement Lang.

Verrekening ZiN/PGB

Voorbeeld X bij overgang van PGB naar een ZiN-arrangement

Cliënt woont in Maastricht (conform woonplaatsbeginsel = gemeente Maastricht betaalt de zorg). Cliënt heeft sinds 1 januari 2017 zorg ingekocht bij aanbieder A vanuit een PGB ter waarde van € 1.000. Op 1 juli 2017 gaat deze cliënt over naar een ZiN arrangement bij dezelfde zorgaanbieder (arrangementsprijs € 5.000).

Aanbieder A kan € 1.000 declareren over de periode januari - juni 2017 (PGB) en vervolgens € 5.000 declareren voor de zorg geleverd vanaf 1 juli 2017 tot einde looptijd arrangement.