

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

In het document "Aanvullingen en uitwerkingen Declaratieprotocol" op de : <https://www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl> worden **voorbeelden** uitgewerkt met betrekking tot op- en afschalen, verhuizingen en de wijzigingen met betrekking tot registratie etmalen verblijf ten opzichte van 2017.

Vanaf 1-1-2018 dient u in staat te zijn het **volledige** berichtenverkeer te gebruiken. U vindt alle bestaande berichten die het informatiemodel Jeugdwet/Wmo kent op de van iStandaarden onder het kopje berichten.

Met betrekking tot op- en afschalen en alle overige situaties die een intrekking tot gevolg hebben geldt dat intrekkingen tot en met de laatste dag van het kalenderjaar (31-12-2017/ 31-12-2018) worden verwerkt in de eindafrekening van dat betreffende kalenderjaar (2017 /2018). Intrekkingen die met terugwerkende kracht over voorgaand kalenderjaar worden uitgevoerd worden verrekend in volgend kalenderjaar. Een intrekking op 30-5-2018 over een arrangement afgegeven in 2017 wordt verrekend in eindafrekening 2018. Bij een intrekking gevolgd door een vervanging die betrekking heeft op een voorgaand jaar, dienen de producten te worden gebruikt (met de prijzen) die in dat jaar van toepassing waren. Voor toekenningen in 2018 over zorg die in 2018 start dienen de producten te worden gebruikt die voor 2018 zijn ontwikkeld.

1. Declaraties indienen (berichten iJW303d, iWmo303d)

Inleiding

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 2018 bestaan de volgende bekostigingsmethodieken:

1. Arrangementen (traject financiering mogelijk langer dan 1 jaar)
2. Arrangementen (maximale duur 4 maanden, 6 maanden of 1 jaar)
3. Maandfinanciering
4. Etmaalfinanciering

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

- **301 (toewijzing zorg)**
- **305 (start zorg)**
- **303 (declaratie)**

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);
- Rechter, Raad voor de Kinderbescherming en de Officier van Justitie;

Bijlage B_6 Declaratieprotocol 2018

Wanneer u een verwijzing krijgt van een van de bovenstaande partijen, dient u zo snel mogelijk, doch uiterlijk na 10 werkdagen 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 formeel te reageren op het 315-bericht. Op de website van Sociaal Domein Maastricht Heuvelland vindt u alle informatie met betrekking tot 1gezin1plan1regisseur en het plan van aanpak met alle vereisten. Indien een gemeente op basis van woonplaatsbeginsel een 315-bericht afkeurt dient deze de zorgaanbieder en de gemeente waar de cliënt wel thuishoort te informeren. De zorgaanbieder stuurt alsnog een nieuw 315-bericht naar de juiste gemeente.

Met de GI's is de werkafpraak gemaakt dat een bepaling eerst met de gemeenten wordt afgestemd. De zorgaanbieder die de opdracht krijgt dient deze zoals hierboven beschreven via een 315-bericht kenbaar te maken bij de gemeente.

Bij Wmo is de gemeentelijke toegang de enige toekenner inclusief beschermd wonen.

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 zorg dient u binnen 10 werkdagen een start-zorg-bericht (305) te sturen.

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 arrangementsomschrijving van het arrangement Behandeling Individueel), dan geldt voor moment aanvang zorg de datum waarop deze gecombineerde behandeling start. Dit is echter een uitzondering: in de regel zal er sprake zijn van het "arrangement Behandeling Individueel Start" totdat duidelijkheid is verkregen over de benodigde inzet van zorg.

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

Declaratie 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

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, kan het totale arrangementsbedrag in juni gedeclareerd worden. Een overzicht van de actuele producten met de productnaam, prijs, productcode en eenheid vindt u op het door u getekende tarievenblad. Arrangementen kennen een vaste trajectprijs. Het tarief staat los van de feitelijke duur (binnen de kaders van het arrangement).

Op het moment dat een arrangement is toegekend en de zorg is gestart bestaat de betaalverplichting. Er wordt verrekend (terugvorderen/verrekenen op basis van de creditering van de aanbieder 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 "Aanvullingen en uitwerkingen declaratieprotocol". Voor vervangingen of opvolgende arrangementen is altijd een nieuwe toekenning van de gemeentelijke toegang vereist (301-bericht)

Daarnaast kan, in het geval dat een zorgaanbieder over de "totale mix" materieel minder lange, complexe of intensieve zorg levert 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 start zoals benoemd in de 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 voor te financieren, 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. Een overzicht van de actuele producten met de productnaam, prijs, productcode en eenheid vindt u op het door u getekende tarievenblad. Arrangementen kennen een vaste trajectprijs. Het tarief staat los van de feitelijke duur van het specifieke traject binnen de kaders van het arrangement.

Bijlage B_6 Declaratieprotocol 2018

Op het moment dat een arrangement is toegekend en de zorg is gestart bestaat de betaalverplichting. Er wordt verrekend (terugvorderen/verrekenen op basis van de creditering van de aanbieder 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 "Aanvullingen en uitwerkingen declaratieprotocol". Voor vervangingen of opvolgende arrangementen is altijd een nieuwe toekenning van de gemeentelijke toegang vereist (301-bericht)

Daarnaast kan, in het geval dat een zorgaanbieder over de "totale mix" materieel minder lange, complexe of intensieve zorg levert 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 start zoals benoemd in de 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, na de maand waarin de zorg is verleend (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 geldende maandtarief. Een overzicht van de actuele producten met de productnaam, prijs, productcode en eenheid vindt u op het door u getekende tarievenblad.

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 kan niet worden gedeclareerd. Indien de zorg start op 7 april 2018 en eindigt op 18 november 2018 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), kan de zorgaanbieder in deze kalendermaand geen zorg declareren. De zorginzet zal door het Inkoopteam Sociaal Domein worden getoetst, indien mogelijk aan de hand van de CAK-gegevens. Er dient bij een onderbreking van de zorg door de zorgaanbieder geen stop-/start zorg bericht verstuurd te worden (307/305).

Degressief Tarief

Voor de verblijfsarrangementen (Jeugd Verblijf: Ontwikkelingsgericht, Intensief Specialitisch, Zeer intensief/ HIC en WMO: Beschermd Wonen Licht en Basis) is het degressieve tarief van toepassing. Op het tarievenblad bijlage 1 van de DVO 2018 kunt u terugvinden welke arrangementen het betreft en welke voorwaarden van toepassing zijn.

Het maximum te leveren maanden dat tegen het volledige tarief wordt vergoed is gebaseerd op de realisatie 2017 en door de gemeente vastgesteld in januari 2018 op basis van de dan bekende factuurinformatie. De aanbieder blijft de overeengekomen prijs declareren, achteraf vindt verrekening plaats via de eindafrekening 2018. Bij overschrijding van het maximum te leveren etmalen volgt er een terugvordering. Voor Beschermd Wonen wordt dit verrekend met het geldende maandtarief.

Bijlage B_6 Declaratieprotocol 2018

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

2.4 Declaraties op basis van een vaste etmaalprijs

Betaling wordt gedaan op basis van het 303d-bericht dat verstuurd wordt in de maand, na de maand waarin de zorg is verleend (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 in 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. Een overzicht van de actuele producten met de productnaam, prijs, productcode en eenheid vindt u op het door u getekende tarievenblad.

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 2018 gelden de volgende regels:

De zorgaanbieder die Jeugdverblijf declareert, registreert de daadwerkelijk geleverde etmalen (= aanwezigheid) in een kalendermaand. 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>

Degressief Tarief

Voor de verblijfsarrangementen (Jeugd Verblijf: Ontwikkelingsgericht, Intensief Specialitisch, Zeer intensief/ HIC en WMO: Beschermd Wonen Licht en Basis) is het degressieve tarief van toepassing. Op het tarievenblad bijlage 1 van de DVO 2018 kunt u terugvinden welke arrangementen het betreft en welke voorwaarden van toepassing zijn.

De geleverde etmalen worden gedeclareerd in de maand volgende op de maand van levering van de diensten. ZorgNed houdt het resterende maximaal nog te leveren aantal etmalen per cliënt bij. Er wordt niet vergoed boven het aantal beschikte etmalen.

Het etmaaltarief dat in rekening gebracht mag worden is het gecontracteerde tarief op het beschikte product en het daarbij geldende tarief.

Als in januari van het volgende jaar hogere/lager tarieven zijn gecontracteerd dan het voorafgaande jaar, dienen over de etmalen geleverd in het volgende boekjaar de nieuwe tarieven gehanteerd te worden in de declaratie. Dit betekent dat in februari (over de maand januari) van het volgende jaar het hogere/lager tarief in rekening worden gebracht. (Prijswijziging bij bestaande producten).

2.5 Declareren van Consult

Zowel bij Wmo als bij Jeugdhulp is afgesproken dat een consult lokaal wordt toegewezen en lokaal financieel wordt afgewikkeld. Werkafspraken met betrekking tot de toekenning van en financieel administratieve afwikkeling van een consult worden door de betreffende gemeente met de zorgaanbieder afgestemd bij de opdracht.

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 spiegelinformatie zal onder andere worden beoordeeld of, over het totaal van arrangementen toegewezen aan een aanbieder ('in the mix'), de geleverde zorg overeenkomt met de toegewezen zorg. Indien er een materieel verschil wordt waargenomen tussen de toegekende en de geleverde intensiteit, complexiteit en duur over het totaal 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 afhankelijk van de keuze die de aanbieder maakt voor arrangementen boven € 10.000,-.

Bijlage B_6 Declaratieprotocol 2018

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	

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)
- er geen einde zorg gemeld is (307-bericht)
- er in geval van een declaratie op basis van een vaste maandprijs niet de laatste maand waarin zorg wordt geleverd is gedeclareerd
- de declaratie voldoet aan de inhoudelijke/contractuele afspraken.

Indien dit het geval is worden de goedgekeurde declaratieregels betaalbaar gesteld. Indien dit niet het geval is ontvangt de zorgaanbieder een 304 bericht (afkeuring) inclusief reden van de afkeur. Via ZorgNed kunt u inhoudelijk inzien welke opmerkingen de fiatteur heeft gemaakt bij de afkeuring.

Uiterlijk binnen 4 weken kan de zorgaanbieder de afgekeurde regels opnieuw aanbieden voor goedkeuring.

Bijlage B_6 Declaratieprotocol 2018

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 (inkoopteam)	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 worden 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 van de VNG 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.