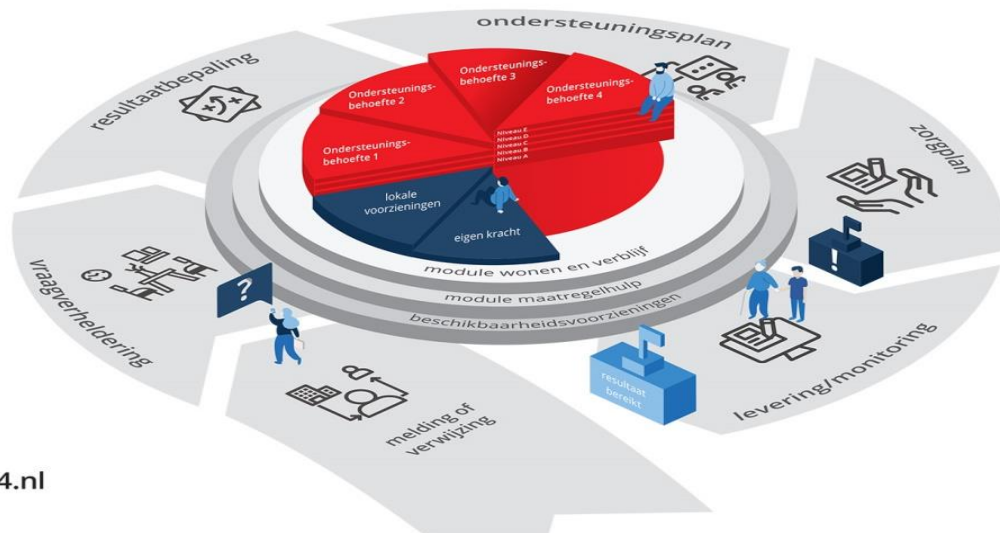


Administratieprotocol Wmo en Jeugdhulp Samen 14

Twents model

Voor maatschappelijke
ondersteuning en jeugdhulp



> samen14.nl

versie april 2018

Versie 5.0

April 2020

Disclaimer

Het administratieprotocol Wmo en jeugdhulp Samen 14. Het document is in ontwikkeling. Op onderdelen zou het document in samenwerking met de gemeenten en zorgaanbieders kunnen wijzigen. In het zorgportaal is steeds de meest actuele (en bindende) versie van het administratieprotocol te vinden.

Informatie gebruiken

Samen 14 behoudt zich alle intellectuele eigendomsrechten en andere rechten voor met betrekking tot alle op of via dit document aangeboden informatie (waaronder alle teksten, grafisch materiaal en logo's).

Wijzigingen

Samen 14 behoudt zich het recht voor om de aangeboden informatie, met inbegrip van de tekst van deze disclaimer, te allen tijde te wijzigen. Het verdient aanbeveling periodiek na te gaan of de in dit document aangeboden informatie, met inbegrip van de tekst van deze disclaimer, is gewijzigd.

Contact opnemen

Komt u toch iets tegen dat niet correct is, dan stellen wij uw reactie bijzonder op prijs. U kunt ons dit laten weten via infosamen14@regiotwente.nl. Via dit e-mailadres kunt u ook een verzoek doen voor gebruik van informatie of materiaal anders dan voor persoonlijk gebruik.

Versiebeheer

- 1.0: Eerste Samen 14 versie van het administratieprotocol
- 1.1: Protocol aangepast door de werkgroepen bedrijfsvoering en backoffice
- 1.2: Protocol aangepast op 'dag van het administratieprotocol'
- 1.3: Protocol aangepast op 31-05-2018 ter voorbereiding van publicatie
- 1.4: Protocol aangepast op 15-11-2018 door platform bedrijfsvoering
- 1.5: Protocol aangepast op 30-11-2018 door platform bedrijfsvoering
- 2.0: Protocol aangepast op 20-12-2018 door platform bedrijfsvoering
- 3.0: Protocol aangepast op 15-04-2019 door platform bedrijfsvoering
- 4.0: Protocol aangepast op 01-08-2019 door platform bedrijfsvoering
- 5.0: Protocol aangepast op 16-04-2020 door platform bedrijfsvoering
 - Diverse aanpassingen om de leesbaarheid te vergroten.
 - Afschaffen afsprakenoverzicht Twents model bij toewijzingen via de gemeentelijke toegang.
 - Gebruik afsprakenoverzicht door GI's en zorgaanbieders bij externe verwijzing.
 - Beperking geldigheid duur indicatie.
 - Invoeren resultatenoverzicht Twents model bij toewijzingen via de gemeentelijke toegang.
 - Planning en informatie managementinformatie.

Inhoudsopgave

1.	Waarom dit protocol en voor wie is dit protocol bestemd?	4
2.	Administratief proces	5
2.1.	Context	5
3.	Toewijzing	6
3.1.	Toewijzing langs lokale toegang (inclusief consultatie en diagnostiek)	6
3.2.	Toewijzing door een gecertificeerde instelling	7
3.3.	Toewijzing door de huisarts, jeugdarts, medisch specialist	8
3.4.	Beperking geldigheid duur indicatie	9
3.5.	Bijzondere regelingen	9
3.6.	Doorverwijzingen voor dyslexiezorg door scholen. Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	10
3.7.	Productcodes	12
4.	Start- en Stop-zorg berichten	13
4.1.	Melding start-zorg	13
4.2.	Melding stop-zorg	13
5.	Betalingen	14
5.1.	Betaling toegewezen zorg	14
5.2.	Betaling bij onbekende BSN	14
5.3.	Controleproces	16
5.4.	Betaling	16
5.5.	Controle achteraf	16
5.6.	Eigen bijdrage Wmo	16
6.	Wijziging in de ondersteuning	17
6.1.	Afhandeling bij mutaties en uitval	17
6.2.	Wat als een cliënt en/of gezaghebbende verhuist?	18
	Addendum 1 Medicatiecontrole	20
	Addendum 2 Maatregelhulp	22
	Addendum 3 Beschikbaarheidsvoorzieningen	23
	Bijlage 1: overzicht berichtencodes en samenhang	25
	Bijlage 2: inhoud afsprakenoverzicht: Uitsluitend te gebruiken bij externe verwijzing	27
	Bijlage 3: instructie afsprakenoverzicht	29
	Bijlage 4: Resultatenoverzicht	34
	Bijlage 5: Handreiking Coördinatiepunt Spoedhulp – inzet crisisbedden en ambulante spoedhulp	35
	Bijlage 6: Managementinformatie aan te leveren door zorgaanbieders	37

1. Waarom dit protocol en voor wie is dit protocol bestemd?

Dit protocol beschrijft de wijze waarop het toewijzings- en declaratieproces in Samen 14 verloopt en welke stappen de zorgaanbieders en de gemeenten daarin moet nemen. Verder staan in dit protocol de afspraken over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom zorgtoewijzingen en declaratiegegevens, de wijze van aanlevering en de uiteindelijke betaling van declaraties.

Het protocol geldt voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd zijn.

Met de betreffende zorgaanbieders is een Raamovereenkomst afgesloten voor het leveren van ondersteuning in de gemeenten binnen Samen 14. In deze Raamovereenkomst wordt melding gemaakt van het administratieprotocol, waarin beschreven staat op welke wijze toewijzingen en declaraties moeten worden ingediend. Het administratieprotocol is erop gericht om voor alle partijen de uitvoering van de administraties zo efficiënt mogelijk af te handelen.

Dit protocol is geschreven op enig moment en refereert aan de stand van zaken van de administraties en de landelijke standaarden van dat moment. Het is mogelijk dat in de loop van de tijd bepaalde aspecten van administraties wijzigen of dat de landelijke standaard wijzigt. Als dit het geval is, wordt dit protocol aangepast en wordt u hierover tijdig geïnformeerd. De laatste versie van dit protocol is altijd vindbaar in het zorgportaal.

2. Administratief proces

2.1. Context

Met ingang van 2019 werkt Samen14 werken met een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Deze variant staat voor:

- Uitvoering van zorg en/of ondersteuning, waarbij er een duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder is gemaakt over de levering van een specifieke ondersteuning in een afgesproken tijdseenheid, binnen de geldigheidsduur van de indicatie;
- Gemeenten stellen voor de maatwerkvoorzieningen vooraf gedefinieerde ondersteuning op;
- Gemeenten bepalen op welke vorm van ondersteuning een cliënt recht heeft;
- Gemeenten sturen een toewijzing naar de zorgaanbieders.

In dit protocol is uitgewerkt hoe de zorgaanbieder en gemeente te werk gaan in verschillende situaties om de zorg op de juiste manier aan te vragen, toe te wijzen en te declareren, zodat uiteindelijk de gemeente tot betaling over kan gaan.

3. Toewijzing

Het toewijzingsproces start op twee mogelijke manieren, of via de lokale toegang of via de wettelijke verwijzer. In beide situaties wordt er geïndiceerd op basis van het Twents model. Centraal in deze werkwijzen staat de interactie tussen inwoner, toegang en zorgaanbieder. Toegang en zorgaanbieder hebben onderlinge afstemming over de te bereiken resultaten en de in te zetten ondersteuning.

3.1. Toewijzing langs lokale toegang (inclusief consultatie en diagnostiek)

1. De toegangsmedewerker en de inwoner stellen niet alleen vast welke resultaten behaald moeten worden, maar ook welke ondersteuningsbehoefte(s), niveau(s) en/of module(s) uit het Twents Model van toepassing is/zijn. Deze onderdelen van het Twents Model geven een omschrijving van de behoefte en de situatie. Ook wordt met de inwoner gekeken welke zorgaanbieder het best past bij de ondersteuningsvraag.
2. Het kan zijn dat de inwoner en de toegangsmedewerker (buiten het reguliere contact tussen toegang en aanbieders) hulp nodig hebben bij het onderzoek en het vaststellen van de te bereiken resultaten en eventueel bij het bepalen van de ondersteuningsbehoefte(n) en/of module. Zij kunnen dan expertise inschakelen van een zorgaanbieder van maatwerkvoorzieningen, via de module **consultatie en diagnostiek**. Zie 3.5.1.
3. Een zorgtoewijzing (301-bericht) wordt door de gemeente gestuurd naar de zorgaanbieder. Tegelijkertijd stuurt de gemeente het resultatenoverzicht naar de zorgaanbieder. Op het resultatenoverzicht staan naast de basisgegevens van de inwoner en de gemeente, uitsluitend een korte omschrijving van de hulpvraag en de te behalen resultaten. De zorgaanbieder hoeft het resultatenoverzicht niet terug te sturen naar de gemeente. Het resultatenoverzicht wordt door de gemeente naar de betrokken zorgaanbieder gestuurd via een beveiligd kanaal (mail etc.). Het model resultatenoverzicht is opgenomen als bijlage 4 in dit protocol.
4. Met het ontvangen van de zorgtoewijzing en het resultatenoverzicht kan de zorgaanbieder met de inwoner aan de slag om de resultaten te bereiken. Bij aanvang van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een start-zorg bericht (305-bericht). De zorgaanbieder kan de daadwerkelijk bestede tijd (in minuten, dagdelen en etmalen, horend bij de specifieke ondersteuning) declareren op de afgesproken ondersteuningsbehoefte, niveau en/of module. Het staat de zorgaanbieder vrij samen met de inwoner bijvoorbeeld de frequentie en inhoud van de ondersteuning aan te passen, zolang de resultaten maar worden behaald en de afgesproken maximale tijd (minuten/dagdelen/etmalen) niet overschreden wordt. Wanneer de zorgaanbieder verwacht dat de maximale geïndiceerde tijd en/of de einddatum van de indicatie wordt overschreden dan maakt de zorgaanbieder hiervan melding minimaal 4 weken van te voren bij de gemeentelijke toegang. Zorgaanbieders declareren (middels een 303-bericht) per 4 weken (Wmo) of per maand (Jeugd). Gemeenten betalen de correcte declaraties binnen 30 dagen.

3.2. Toewijzing door een gecertificeerde instelling

1. Gecertificeerde instellingen (GI's) zijn wettelijk verwijzers. In het proces nemen deze GI's de rol van de toegang tot de jeugdhulp op zich die vergelijkbaar is met de rol van de toegangsmedewerker van de gemeente. Zij doorlopen stap 1 en 2 uit het proces 'toewijzing langs lokale toegang'.
NB: Waar in stap 1 en 2 gesproken wordt over toegangsmedewerker moet in deze situatie GI worden gelezen.
2. Anders dan de gemeentelijke toegang gebruiken de GI's het afsprakenoverzicht (*zie Twents model afsprakenoverzicht (bijlage 2) en de instructie afsprakenoverzicht (bijlage 3)*).
3. De zorgaanbieder vult het van de Gecertificeerde instelling ontvangen afsprakenoverzicht aan en gaat waar nodig in gesprek met de GI en de inwoner. Het ingevulde afsprakenoverzicht wordt teruggestuurd naar de GI (mocht de GI het gehele overzicht hebben ingevuld, dan betekent het terugsturen van het overzicht dat de zorgaanbieder zich kan vinden in de te behalen resultaten en voorgestelde aanpak). De medewerker van de GI kijkt of hij/zij zich kan vinden in de opzet van de zorgaanbieder. Wanneer zorgaanbieder en GI het oneens zijn over de aanpak, wordt onderling afgestemd. Eindresultaat is een gevuld afsprakenoverzicht waar alle partijen akkoord mee zijn.
4. Wanneer de GI akkoord is stuurt de GI het afsprakenoverzicht naar de gemeente en wordt door de zorgaanbieder een verzoek om toewijzing naar de gemeente verstuurd met een JW315-bericht. De gemeente zal nadat een volledig verzoek om toewijzing (het JW315 bericht en het afsprakenoverzicht) is ontvangen, de ondersteuning toewijzen met een 301-bericht. Deze wordt maximaal 10 werkdagen na ontvangst van het 315-bericht en het afsprakenoverzicht verstuurd.
5. Met het ontvangen van de zorgtoewijzing (JW301) kan de zorgaanbieder met de inwoner aan de slag om de resultaten te bereiken. Bij aanvang van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een start-zorg bericht (305-bericht). De zorgaanbieder kan de werkelijk bestede tijd (in minuten, dagdelen en etmalen, horend bij de specifieke ondersteuning) declareren. Natuurlijk uitsluitend op de toegekende ondersteuningsbehoefte, niveau en/of module. Het staat de zorgaanbieder vrij om samen met de inwoner de frequentie en specifieke ondersteuning aan te passen met als doel de resultaten te behalen, zolang de maximaal toegekende tijd niet overschreden wordt (minuten/dagdelen/etmalen). Wanneer de zorgaanbieder verwacht dat de maximale geïndiceerde tijd en/of de einddatum van de indicatie wordt overschreden dan maakt de zorgaanbieder hiervan melding minimaal 4 weken van te voren bij de G.I. Zorgaanbieders declareren (middels een 303-bericht) per maand. Gemeenten betalen deze (correcte) declaraties binnen 30 dagen.

De inzet van ondersteuning bij crisissituaties verloopt via het coördinatiepunt spoedhulp. Bij crisis wordt een termijn voor het versturen van een JW315 bericht van maximaal 10 werkdagen na starten van ondersteuning bij crisissituatie gehanteerd. In de JW315 wordt de productcode aangevraagd inclusief het volume in minuten en de periode waarover de ondersteuning nodig is. Een afsprakenoverzicht is hierbij niet nodig.

3.3. Toewijzing door de huisarts, jeugdarts, medisch specialist

Huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten zijn wettelijke verwijzers.

1. Wanneer de inwoner en de verwijzer inzet van jeugdhulp nodig achten, verwijst de verwijzer naar een passende zorgaanbieder. De zorgaanbieder verstuurt een verzoek om toewijzing (315-bericht) naar de gemeente. De gemeente zal bij een volledig verzoek om toewijzing de ondersteuning toewijzen met een 301-bericht. De zorgaanbieder rapporteert de uitkomsten terug aan de verwijzer. Mogelijk kiest de verwijzer voor ondersteuning bij een zorgaanbieder, met een directe verwijzing naar een passende zorgaanbieder.
2. Anders dan de gemeentelijke toegang gebruiken de huisarts, jeugdarts en de medisch specialist het afsprakenoverzicht (*zie Twents model afsprakenoverzicht (bijlage 2) en de instructie afsprakenoverzicht (bijlage 3)*).
3. De zorgaanbieder en de inwoner gaan samen aan de slag met een plan van aanpak (zorgplan). Ook het benoemen van resultaten en het bepalen van de ondersteuningsbehoeften, niveaus, modules, omvang en duur en vorm wordt door de zorgaanbieder samen met de inwoner gedaan. De gemaakte afspraken worden met het afsprakenoverzicht (*zie bijlage 2*) naar de toegang van de gemeente gestuurd en eventueel naar de verwijzende huisarts. Ook wordt met een verzoek om toewijzing (315-bericht) verzocht ondersteuning te mogen leveren. De gemeente zal binnen maximaal 10 werkdagen na ontvangst van het verzoek om toewijzing en het afsprakenoverzicht, de ondersteuning toewijzen met een 301-bericht.
4. Met het ontvangen van de zorgtoewijzing kan de zorgaanbieder samen met de inwoner aan het werk om de resultaten te bereiken. Bij aanvang van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een start-zorg bericht (305-bericht). De zorgaanbieder kan de werkelijk bestede tijd (in minuten, dagdelen en etmalen, horend bij de specifieke ondersteuning) declareren. Natuurlijk uitsluitend op de toegekende ondersteuningsbehoefte, niveau en/of module. Het staat de zorgaanbieder vrij om samen met de inwoner frequentie en specifieke ondersteuning aan te passen met als doel om de resultaten te behalen, zolang de maximale tijd niet overschreden wordt. Wanneer de zorgaanbieder verwacht dat de maximale geïndiceerde tijd en/of de einddatum van de indicatie wordt overschreden dan maakt de zorgaanbieder hiervan melding minimaal 4 weken van tevoren bij de gemeentelijke toegang. Zorgaanbieders declareren (middels een 303-bericht) per maand. Gemeenten betalen deze (correcte) declaraties binnen 30 dagen.

3.4. Beperking geldigheid duur indicatie

De geldigheid van de toewijzing (en verwijzing) vervalt wanneer de inwoner en/of gezin zich niet binnen drie maanden na het afgeven van het besluit/verwijzing heeft gemeld bij een zorgaanbieder. De zorgaanbieder stuurt vervolgens op dezelfde dag een startbericht (305) en stopbericht (307) met dezelfde beoogde startdatum uit de zorgtoewijzing (301) naar de gemeente. Dergelijke toewijzingen mogen door de gemeente eenzijdig worden beëindigd.

3.5. Bijzondere regelingen

In het Twents model zijn enkele soorten voorzieningen benoemd die een afwijkend administratief regiem kennen. Het betreft de voorzieningen maatregelhulp, beschikbaarheidsvoorzieningen, medicatiecontrole en consultatie/diagnostiek. Elk met zijn eigen specifieke kenmerken. Maatregelhulp, beschikbaarheidsvoorzieningen en medicatiecontrole zijn opgenomen in aparte bijlagen bij dit protocol.

3.5.1 Consultatie en diagnostiek

Via de module consultatie of diagnostiek uit het Twents model kan externe consultatie of diagnostiek worden ingezet. In complexe situaties kan dit nodig zijn. Normaliter is de afstemming tussen de gemeente, de zorgaanbieder en cliënt toereikend en zal het inzetten van deze module niet nodig zijn. Inzet van consultatie dan wel diagnostiek dient als hulpmiddel en is bedoeld om incidenteel in te zetten. Het indiceren van deze module is uitsluitend voorbehouden aan de gemeente en externe verwijzers en kan maximaal 6 weken duren.

Bij het indiceren van het product consultatie en diagnostiek wordt geen gebruik gemaakt van het afsprakenoverzicht of het resultatenoverzicht. Dit houdt in dat de zorgaanbieder een JW301-bericht ontvangt van de gemeente zonder een bijbehorend afsprakenoverzicht of resultatenoverzicht.

Consultatie

Dit betreft het inschakelen van expertise van een zorgaanbieder. Consultatie wordt uitsluitend ingezet om tot een goede vraagverheldering en een goed ondersteuningsplan te komen. Inzet van consultatie leidt niet automatisch tot inzet van ondersteuning. Consultatie wordt onderverdeeld in vier typen professionals die ingezet kunnen worden: MBO, HBO, WO en WO++.

Het betreft veelal een kort contract, waarbij de cliënt niet (per definitie) wordt gezien en waarbij geen schriftelijke rapportage opgeleverd hoeft te worden. Het contact zal veelal mondeling/telefonisch of per mail plaatsvinden.

Diagnostiek

Bedoeld wordt enkelvoudige diagnostiek. Het betreft het onafhankelijk in kaart brengen van problematiek en draagt bij aan de vraagverheldering door de gemeente. Bij inzet van diagnostiek door de gemeente, wordt de zorgaanbieder gevraagd een diagnose te stellen met als basis de door de gemeente geformuleerde adviesvraag, waarop een onafhankelijk advies van de zorgaanbieder volgt. Dit advies vormt de basis voor de te definiëren hulpvraag, de te

behalen resultaten en de wijze waarop de inzet van zorg vormgegeven kan worden. Het advies kan bijvoorbeeld gaan over niveaubepaling, persoonlijkheidsonderzoek of observatie. Diagnostiek kan zowel voorafgaand aan de inzet van de ondersteuning worden ingezet alsook tijdens de ondersteuning. Bijvoorbeeld wanneer er door de toegang een vervolgstap moet worden bepaald over de in te zetten hulp/ondersteuning.

Over de specifieke bedoeling van het verzoek tot consultatie en/of diagnostiek en de omvang van de consultatie en/of diagnostiek kan voor aanvang afstemming plaatsvinden tussen de gemeente en de zorgaanbieder. Consultatie en/of diagnostiek wordt via een verzoek om toewijzing (JW315-bericht) aangevraagd.

NB: Diagnostiek kennen we uitsluitend binnen het kader van de Jeugdwet en niet voor volwassenen. Diagnostiek voor volwassenen wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet.

3.6. Doorverwijzingen voor dyslexiezorg door scholen. Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED) (alleen bij Jeugd, inclusief consultatie & diagnostiek)

Diagnostiek Dyslexie

Voor het starten van diagnostiek bij EED is geen afsprakenoverzicht of resultatenoverzicht nodig. Hierover is afgesproken dat wanneer het protocol van Blomert is gevolgd bij de beoordeling, de vermelding van het BRIN-nummer van de school als verwijzer afdoende is. Het verzoek om zorgtoewijzing wordt gedaan via het JW315-bericht.

De indicatie t.b.v. diagnostiek dyslexie is maximaal 900 minuten (inclusief directe-, indirecte en cliëntgebonden reistijd). Voor de diagnose wordt geen termijn gesteld.

Behandeling Dyslexie

- Vanaf de inwerkingtreding van het administratieprotocol 5.0 is een afsprakenoverzicht niet meer nodig. Ook stuurt de gemeente geen resultatenoverzicht naar de zorgaanbieder.
- Het verzoek om zorgtoewijzing wordt gedaan via het JW315-bericht.
- De behandelduur dyslexie wordt vastgesteld op maximaal 70 uur inclusief directe-, indirecte tijd en cliëntgebonden reistijd. De indicatie behandeling dyslexie wordt eenmalig toegekend gedurende de behandelperiode die loopt vanaf de startdatum behandeling tot maximaal 30 maanden daarna.
- Bij de start van het traject stuurt de zorgaanbieder een JW305-bericht (start zorg).
- Bij beëindiging van het traject stuurt de zorgaanbieder een JW307-bericht (stop zorg).

3.7. Verzoek om toewijzing (JW315 bericht)

De zorgaanbieder is verplicht in het bericht JW315 en het afsprakenoverzicht het veld type verwijzer, naam verwijzer en einddatum van de voorziening te vullen.

De zorgaanbieder heeft hierbij de keuze uit de volgende opties (landelijke standaard):

Code verwijzer	Type verwijzer	Naam verwijzer
01	Gemeente	N.v.t.
02	Huisarts	Naam huisartspraktijk
03	Jeugdarts	Naam jeugdarts
04	Gecertificeerde instelling	Naam GI
05	Medisch specialist	Naam medisch specialist
06	Zelfverwijzer / geen verwijzer	N.v.t. uitgezonderd doorverwijzingen voor dyslexiezorg door scholen. In dat geval het Brin-nummer van de school vermelden
07	Onbekend ¹	N.v.t.
08	Rechter, RvK of Officier van Justitie	Aangeven welke van de drie verwijzers het betreft

De zorgaanbieder geeft de naam van de persoon of instantie die de jeugdige en/of gezin heeft doorverwezen door in het bericht. Ook wordt de AGB-code, van de persoon en/of instantie die verwezen heeft, gevuld.

3.7.1 Controle op verzoek om toewijzing

De gemeente controleert de JW315 en het afsprakenoverzicht op:

- Het woonplaatsbeginsel, juiste verwijzing en verwijzer, Raamovereenkomst met de zorgaanbieder, einddatum en de leeftijd van de jeugdige.
- Mogelijk andere lopende jeugdhulp voor deze jeugdige en/of gezin.

NB: Een crisissituatie is een uitzondering.

De gemeente controleert de JW315 aanvullend op:

- Tijdigheid van ontvangst;
- Technische inhoud van het bericht. Indien hier onjuistheden of onvolledigheden worden geconstateerd, wordt binnen 10 werkdagen contact opgenomen met de zorgaanbieder.
- Of alle velden correct gevuld zijn;
- Of de ondersteuning voorliggend gegeven kan worden, zoals via de Zorgverzekeringswet
- Of de resultaten voldoende smart geformuleerd zijn.

¹ Dit geldt voor jeugdigen die al voor 1 januari 2015 in een pleeggezin verblijven en daar mogen blijven tot hun 18^e levensjaar

3.7.2 Afwijzing van een verzoek om toewijzing (middels JW315)

Indien het verzoek niet voldoet aan één van de in paragraaf 3.7.1 genoemde criteria met betrekking tot het JW315 bericht, wordt het verzoek afgewezen. De gemeente neemt dan contact op met de zorgaanbieder.

3.7. Productcodes

Een actueel overzicht van de gebruikte productcodes treft u aan in het zorgportaal.

(<https://bettywebblocks.com/>)

4. Start- en Stop-zorg berichten

4.1. Melding start-zorg

Bij aanvang van de ondersteuning stuurt de zorgaanbieder een start-zorg-bericht (305).

Een start-zorg bericht dient binnen 10 werkdagen na de start van de zorg verstuurd te worden. Onder start-zorg wordt verstaan: de datum waarop met de daadwerkelijke activiteiten van het behandelplan wordt gestart. Hieronder valt ook diagnose indien dit onderdeel is van de toegekende ondersteuning.

4.2. Melding stop-zorg

Aan het einde van een traject, stuurt de zorgaanbieder een stop-zorg-bericht (307) met de juiste stop-code. Hiermee is het duidelijk dat de cliënt niet meer in zorg is. De zorgaanbieder stuurt geen stop-zorgbericht als de zorg tijdelijk, korter dan een maand, stopt.

Voor de gemeente is de reden van beëindiging van ondersteuning bij een cliënt essentiële informatie. Hiermee houdt de lokale toegang zicht op de voortgang van de resultaten van de cliënt. De zorgaanbieder heeft bij het veld “reden beëindiging zorg” de keuze uit de volgende opties (landelijke standaard stopcodes)¹:

I-WMO		I-JEUGD	
02	Overlijden	02	Overlijden
19	Levering volgens plan beëindigd	31	Levering is volgens plan beëindigd.
21	Levering is eenzijdig door cliënt beëindigd	32	Voortijdig afgesloten: eenzijdig door de cliënt.
22	Levering is eenzijdig door zorgaanbieder beëindigd	33	Voortijdig afgesloten: eenzijdig door de zorgaanbieder.
23	Levering is in overeenstemming voortijdig beëindigd	34	Voortijdig afgesloten: in overeenstemming.
31	Verhuizing naar een andere gemeente	35	Voortijdig afgesloten: wegens externe omstandigheden.

De stop-zorg-berichten worden binnen 10 werkdagen (nadat duidelijk is dat de ondersteuning gestopt is) naar de gemeente verstuurd. De gemeente sluit op basis van het gestuurde stop-zorg-bericht de toewijzing (met een latere einddatum) af.

¹ Zie ook hoofdstuk 6

5. Betalingen

5.1. Betaling toegewezen zorg

Samen 14 hanteert geen voorschotten.

Voor de Wmo declareert de zorgaanbieder elke vier weken het aantal minuten ondersteuning dat de zorgaanbieder heeft geleverd met een declaratiebericht (WMO303D). Voor de jeugd stelt de zorgaanbieder elke maand een declaratie (JW303D) op met daarin de in de afgelopen maand geleverde ondersteuning. Het overeengekomen tarief wordt gehanteerd. De declaratie betreft ondersteuning per minuut of dagdeel en voor verblijfsdagen per etmaal. De zorgaanbieder stuurt de 303 berichten via VECOZO naar de gemeente. De zorgaanbieder kan alleen toegewezen en daadwerkelijk geleverde ondersteuning declareren, tot een maximum van de toewijzing. Declaraties voor ondersteuning die niet toegewezen is, worden afgekeurd.

De zorgaanbieder declareert binnen 30 kalenderdagen na afloop van de betreffende 4-wekelijkse (Wmo) of maandelijkse (jeugd) periode.

Er zijn 3 aandachtspunten met betrekking tot de toewijzing die belangrijk zijn voor aanbieders en gemeenten:

1. Indien er géén geldige toewijzing 301 is, volgt er geen betaling (hoofdregel).
2. Indien er zorg wordt verleend terwijl de jeugdige en/of gezin zich zonder wettelijke verwijzing bij de zorgaanbieder heeft gemeld, is betaling van de zorg door de gemeente onrechtmatig. Dit weegt voor gemeenten, die met overheidsgeld gefinancierd worden, enorm zwaar bij de accountantscontrole. De zorgaanbieder moet dus altijd controleren of de jeugdige en/of gezin een verwijzing van een wettelijke verwijzer heeft en deze verwijzing moet bewaard worden. Bij de accountantscontrole aan het einde van het jaar controleert de instellingsaccountant hierop. Ook de gemeente ziet erop toe.
3. De gemeenten versturen een 301 bericht met een uniek toewijzingsnummer voor te leveren zorg. De zorgaanbieder dient dit unieke nummer op te nemen in het 303 bericht (declaratie). D.m.v. dit unieke nummer kunnen gemeenten de declaratie koppelen aan de juiste toewijzing.

5.2. Betaling bij onbekende BSN

Bij dit onderwerp volgen we in Twente het landelijke standaard administratieprotocol.

Hiervan is sprake bij ongeboren kinderen, die nog niet over een eigen BSN beschikken. In het geval van ongeboren kinderen wordt de zorg aan de moeder toegewezen indien zij wel een BSN heeft, omdat moeder en kind op dat moment nog onlosmakelijk verbonden zijn. Zo kan de zorg toch alvast verleend worden en na geboorte kan dit worden overgezet op het kind zelf. Indien de moeder zelf ook in zorg is, kan het dus voorkomen dat er meerdere ondersteuningsbehoeften op één BSN-nummer worden toegewezen.

Naast het hierboven genoemde zijn er nog andere situaties denkbaar waar cliënten zonder BSN zorg en/of ondersteuning ontvangen. Denk bijvoorbeeld aan jeugdige asielzoekers. Ook kan het voorkomen dat cliënten waarvan het BSN absoluut geheim moet blijven zorg en/of ondersteuning ontvangen.

In het berichtenverkeer is het gebruik van het BSN verplicht. In het geval van cliënten zonder BSN en cliënten waarvan het BSN absoluut geheim moet blijven, is het gebruik van het berichtenverkeer vanwege deze reden niet mogelijk. Deze paragraaf beschrijft via welke stappen het administratieve en financiële proces vorm krijgt:

1. In geval van verwijzing vanuit een wettelijk verwijzer informeert de zorgaanbieder de verantwoordelijke gemeente via beveiligde email of per post. De volgende gegevens worden door de zorgaanbieder hierin opgenomen.
 - a. Zorgaanbieder (AGB-code, IBAN-nummer, KvK-nummer)
 - b. Gemeente en gemeentecode
 - c. Geboortedatum cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - d. Geslacht cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - e. Naam cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - f. Wettelijke vertegenwoordiging cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - g. Eventueel intern cliëntnummer dat alleen door de zorgaanbieder aan een cliënt gekoppeld kan worden
 - h. Naam verwijzer
 - i. Code verwijzer
 - j. Startdatum en beoogde einddatum
 - k. Product (bilaterale afspraken tussen gemeente en zorgaanbieder)
 - l. Omvang (volume, frequentie, eenheid)
 - m. Contactgegevens zorgaanbieder
2. De gemeente stuurt binnen 10 werkdagen een ontvangstbevestiging (via beveiligde email of post) zodat duidelijk is dat de email of het poststuk in goede orde is ontvangen. Hierin worden de contactgegevens van de gemeente vastgelegd.
3. De zorgaanbieder en de gemeente maken in overleg nadere afspraken over het te volgen traject.
4. Declaratie vanuit de zorgaanbieder vindt na afloop van de maand waarin zorg is geleverd plaats via beveiligde email of per post en bevat de volgende gegevens voor zover dat de veiligheid van de cliënt niet schaadt:
 - a. Zorgaanbieder (AGB-code, IBAN-nummer, KvK-nummer)
 - b. Gemeente en gemeentecode
 - c. Geboortedatum cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - d. Geslacht cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - e. Naam cliënt (niet voor geheime cliënten)
 - f. Wettelijke vertegenwoordiging cliënt (niet voor geheime cliënten)

- g. Eventueel intern cliëntnummer dat alleen door de zorgaanbieder aan een cliënt gekoppeld kan worden.
- h. Periode waarover de factuur wordt gestuurd
- i. Product (bilaterale afspraken tussen gemeente en zorgaanbieder)
- j. Productperiode (begin- en of einddatum)
- k. Factuurbedrag

5.3. Controleproces

Indien de gemeente constateert dat er een fout zit in het 303 bericht (declaratie), ontvangt de indiener daarvan automatisch een melding in het retourbericht (304). Dit retourbericht wordt binnen 30 kalenderdagen verstuurd.

5.4. Betaling

Na goedkeuring van het 303-bericht (met behulp van het retourbericht, 304) gaat de gemeente tot betaling over. Er wordt een betaaltermijn van 30 kalenderdagen na het correct indienen gehanteerd.

5.5. Controle achteraf

Door de gemeente kan achteraf worden gecontroleerd of voldaan is aan de afspraken, zoals opgenomen in dit administratieprotocol. Indien bij deze controle blijkt dat niet is voldaan aan deze afspraken, dan houdt de gemeente zich het recht voor om onterecht uitbetaalde declaraties terug te vorderen bij de aanbieder.

5.6 Eigen bijdrage Wmo

Per 1 januari 2020 is het abonnementstarief Wmo, een vast tarief voor de eigen bijdragen aan Wmo-voorzieningen, definitief van kracht. Gemeenten kunnen hierdoor veel meer de regie voeren op het aanleveren en innen van de eigen bijdrage en daarnaast wordt het nieuwe eigen bijdragesysteem eenvoudiger, waardoor de administratieve lasten moeten afnemen. Concreet betekent dit dat zorgaanbieders m.i.v. 1 januari 2020 de geleverde zorg niet meer hoeven aan te leveren aan het CAK. De aanlevering van gegevens aan het CAK gebeurt per die datum door de gemeenten. Om inwoners niet onnodig te confronteren met een te hoog of te laag abonnementstarief per maand, is het noodzakelijk dat tijdig de start (305-bericht) en stopberichten (307-bericht) door de zorgaanbieders naar de gemeente worden gestuurd.

6. Wijziging in de ondersteuning

Het gaat hier om een wijziging als gevolg van nieuwe feiten en/of omstandigheden, die tot toekenning van een andere ondersteuningsbehoefte, module, of volume leiden.

6.1. Afhandeling bij mutaties en uitval

Er zijn twee hoofdvormen van uitzonderingen op de bekostiging die in deze paragraaf aan bod komen:

- Wijzigingen van ondersteuningsbehoefte.
- Voortijdig eenzijdig beëindigen.

6.1.1 Wijzigen van ondersteuningsbehoefte

In geval van een wijziging van een ondersteuningsbehoefte (toegekend door gemeente) neemt de zorgaanbieder contact op met de gemeente. Dit kan door de lokale toegang te benaderen.

Bij externe verwijzing kan dit door een nieuw verzoek om toewijzing (315-bericht en afsprakenoverzicht) in te dienen met de vermelding van het unieke zorgtoewijzingsnummer van de lopende toewijzing. De gemeente sluit (na akkoord van de gemeente) de toewijzing voor de oorspronkelijke ondersteuningsbehoefte af en stuurt een nieuwe toewijzing (301-bericht) met de nieuwe ondersteuningsbehoefte.

Hierbij zijn 2 varianten mogelijk. Hetzij door voortschrijdend inzicht, nog voordat met de behandeling is gestart, hetzij door nieuw inzicht of nieuwe ontwikkelingen, nadat de behandeling is gestart en ook een start-zorg is gestuurd:

- Bij wijzigingen vóór start-zorg sluit de gemeente de oude toewijzing af en stuurt een nieuwe toewijzing met de oorspronkelijke ingangsdatum van de beschikking. Er hoeft dan niet verrekend te worden, want er heeft nog geen betaling plaatsgevonden.
- Bij wijzigingen na start-zorg wordt de oude toewijzing afgesloten en wordt een nieuwe verstuurd. In dit geval wordt de oude toewijzing behandeld als uitval (Zie 6.1.2). Wanneer al een betaling heeft plaatsgevonden wordt deze door de zorgaanbieder gecrediteerd via een 303-bericht op de oude toewijzing.

6.1.2 Voortijdig eenzijdig beëindigen

Het kan voorkomen dat de eenmaal gestarte ondersteuning voortijdig tot een einde komt. Dit kan zijn door:

- Eenzijdige beëindiging door de cliënt, verhuizing of omdat de cliënt niet meer verschijnt.
- Voortijdige beëindiging in overeenstemming tussen zorgaanbieder en de cliënt.
- Eenzijdige beëindiging door de gemeente. Bij gegronde redenen kan de gemeente de toewijzing afsluiten en daarmee de zorg beëindigen. Hierbij zal altijd eerst contact zijn met zowel de cliënt als de zorgaanbieder.

- In uitzonderlijke gevallen kan het zijn dat de zorgaanbieder eenzijdig de ondersteuning afsluit. Hij dient hiervoor contact op te nemen met de lokale toegang om overeenstemming te krijgen om het traject te beëindigen.

6.2. Wat als een cliënt en/of gezaghebbende verhuist?

Om te zorgen dat problemen bij de financiering en het woonplaatsbeginsel het verlenen van jeugdhulp zo min mogelijk belemmert, hebben de gemeenten een convenant woonplaatsbeginsel ondertekend. Het convenant regelt - binnen de huidige wetgeving - dat de continuïteit van de zorg en de betaling aan de jeugdhulpverleners voorrang krijgen boven administratieve regels.

Als de wettelijke aanpassing van het woonplaatsbeginsel ingaat, houdt de werking van het convenant op. In het convenant is afgesproken dat:

- Bij een verhuizing van een jeugdige/gezin de nieuwe gemeente voor de duur van de indicatie, maar maximaal één jaar de (betaling van) jeugdhulp zonder nadere indicering overneemt.
- Bij onduidelijkheid tussen twee gemeenten over een gezagskwestie zorgen beide gemeenten dat de jeugdhulp in elk geval doorloopt en de zorgaanbieder betaald wordt.

In het geval een verhuizing of wijziging van gezag consequenties voor de uitkomst van het woonplaatsbeginsel heeft, heeft dat gevolgen voor de bepaling van de gemeente die de zorg betaalt. Het vaststellen hiervan is een taak van de gemeente en niet van de zorgaanbieders. De zorgaanbieder is echter wel verplicht contact op te nemen zodra deze constateert dat er sprake is van een verhuizing.

Dit kan 2 consequenties hebben voor een zorgaanbieder:

1. Het kan voorkomen dat in een lopend traject de financier (betalende gemeente) wijzigt.
2. Daarnaast kan het gebeuren dat een jeugdige en/of gezin niet in zorg kan blijven bij dezelfde zorgaanbieder.

6.2.1 Verhuizing binnen Samen 14

- De verlatende gemeente neemt contact op met de ontvangende gemeente voor een warme overdracht. In de overdracht wordt datum X afgesproken, waarop de zorg bij de verlatende gemeente stopt en de latende gemeente trekt haar toewijzing in per datum X. Datum X is altijd de laatste dag van de maand.
- De ontvangende gemeente stuurt een nieuwe toewijzing en het resultatenoverzicht per datum X+1 naar de zorgaanbieder. Dit naar aanleiding van eigen onderzoek met de cliënt, of anders het verzoek om toewijzing door de zorgaanbieder (JW315 en het afsprakenoverzicht).

6.2.2 Verhuizing buiten Samen 14

Uiteraard kan dit protocol niets voorschrijven over de werkwijze buiten Samen 14, omdat de ontvangende gemeente van buiten Samen 14 andere afspraken omtrent de levering van soorten zorg heeft. De verlatende gemeente kan, in het belang van de cliënt en/of gezaghebbende, besluiten de huidige zorg door te laten lopen en deze later te verrekenen. De lokale toegang moet hierover per situatie duidelijke afspraken maken.

Addendum 1 Medicatiecontrole

Binnen het Twents model kennen we het product medicatiecontrole. Dit product kent een afwijkende procedure en heeft twee verschillende soorten met per soort vaste zorgaanbieders.

1. Medicatiecontrole zonder co-morbiditeit

- Het betreft medicatiecontrole bij behandeling van gedragsproblemen (ADHD) en/of medicatiecontrole bij psychische- of gedragsaandoening.
- Indien medicatiecontrole nodig is tijdens de ondersteuningsbehoefte Jeugd (O3ABC of O4ABC), dan is dit onderdeel van de behandeling. Er wordt geen afzonderlijke ondersteuning voor medicatiecontrole ingezet.
- In het Twents model is medicatiecontrole ondersteuningsbehoefte 4E. Deze wordt ingezet, zodra de behandeling is afgerond, medicatie is ingeregeld maar nog wel periodieke medicatiecontrole nodig is.
- Per traject wordt de omvang en duur van de medicatiecontrole vastgesteld door de verwijzer in afstemming met de behandelaar.
- Er hoeft geen afsprakenoverzicht opgesteld te worden.
- De toewijzing en declaratie gaat via het berichtenverkeer. Volg werkwijze A (zie hieronder).
- Zorgaanbieders: zie overzicht gecontracteerde zorgaanbieders op Samen14 (<https://bettywebblocks.com/>).

2. Medicatiecontrole bij co-morbiditeit (ziekenhuizen)

- De behandeling / het consult heeft een vast tarief voor een traject van maximaal 120 dagen.
- De verwijzer altijd vullen.
- De toewijzing en declaratie-/factuur gaat bij voorkeur via het berichtenverkeer, volg werkwijze A (zie hieronder). Bent u niet aangesloten op het berichtenverkeer, volg dan werkwijze B.
- Er hoeft geen resultaten- of afsprakenoverzicht opgesteld te worden.
- Zorgaanbieders: zie overzicht gecontracteerde zorgaanbieders op Samen14 (<https://bettywebblocks.com/>).

Werkwijze A

Toewijzing en afsluiting via berichtenverkeer

1. De zorgaanbieder verstuurt een JW315-bericht naar de gemeente. Dit tot maximaal 10 werkdagen na het eerste controle moment. De einddatum is de datum waarop verwacht wordt het traject te beëindigen. De einddatum is verplicht.
2. De formele toewijzing (JW301-bericht) wordt gedaan door de gemeente. Deze wordt maximaal 10 werkdagen na ontvangst van het 315-bericht verstuurd.

Betaling en declaratie via berichtenverkeer

1. Aanbieder stuurt een JW303-bericht. Dit binnen 30 kalenderdagen na ontvangst van het JW301-bericht
2. Gemeente betaald de correcte declaratie binnen 30 kalenderdagen.

Werkwijze B

Toewijzing en afsluiting niet via berichtenverkeer

Indien de zorgaanbieder niet is aangesloten op het berichtenverkeer (VeCoZo), kan de zorgaanbieder gebruik maken van onderstaande werkwijze:

- De zorgaanbieder levert in juli van het lopende jaar een overzicht aan, door middel van een beveiligde e-mail, bij de financieel verantwoordelijke gemeente met daarop vermeld:
 1. De cliënten die de voorafgaande 6 maanden in zorg zijn (geweest) en
 2. Een prognose voor het tweede halfjaar
- De zorgaanbieder levert in december, over de voorafgaande 6 maanden een overzicht van
 1. De cliënten die tot dan in zorg zijn (geweest) en
 2. De cliënten wiens traject nog doorloopt tot uiterlijk 31 maart van het volgende jaar met betrekking tot de gecontracteerde zorg.

Hiervoor wordt door zorgaanbieder een format gebruikt, waarbij de volgende velden zijn ingevuld:

1. AGB code zorgaanbieder
2. Naam zorgaanbieder
3. Gemeentecode
4. BSN
5. Achternaam cliënt
6. Geboortedatum
7. Gezagsdrager bekend JA/NEE
8. Zorgproductcode landelijk
9. Productomschrijving
10. Ingangsdatum
11. Einddatum
12. Verwijzer
13. AGB code verwijzer
14. Naam verwijzer
15. Bedrag

Opdrachtnemer neemt onmiddellijk contact op met betreffende gemeente als de verwachte omzet meer dan 20% afwijkt van de gerealiseerde omzet.

Betaling en facturatie niet via berichtenverkeer

- De zorgkosten worden twee maal per jaar (zo spoedig mogelijk doch uiterlijk op 1 oktober en 1 mei) door de zorgaanbieder gedeclareerd middels een digitale factuur via een beveiligde mailverbinding bij de verantwoordelijke gemeente van de cliënt.
- De Twentse gemeenten hebben het convenant woonplaatsbeginsel Jeugdwet ondertekend en handelen daar ook naar. Deze declaratie is gericht aan de verantwoordelijke gemeente en is te beschouwen als een factuur voor de geleverde zorg aan de gemeente.
- De opdrachtnemer dient het declaratieveld factuurnummer te vullen met een uniek, opeenvolgend en door de financiële administratie (van de opdrachtnemer) gegenereerd nummer.
- Eventuele correcties op ingestuurde facturen worden in de eerstvolgende declaratie periode aangeboden.
- Aanvullende informatie. Deze verschilt per gemeente. Kijk hiervoor in het overzicht contactpersonen.

Addendum 2 Maatregelhulp

In het Twents model voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp zijn Jeugdbescherming-Jeugdreclassering en Jeugdzorgplus ondergebracht in de module maatregelhulp. De financiering van deze module vindt plaats via subsidiering, vastgelegd in een aparte regeling, in tegenstelling tot andere vormen van ondersteuning vanuit het Twents model.

1. Toewijzing van maatregelhulp vindt plaats overeenkomstig de procesafspraken zoals die zijn vastgelegd onder **3.2**, behoudens het hieronder genoemde onder punten 2 en 3.
2. In het 301-bericht zal bij een volledig verzoek om toewijzing door de gemeente alle informatie worden opgenomen behalve de prijs. Door te kiezen voor subsidiering is het vermelden van bedragen/prijzen in het 301-bericht irrelevant.
3. De Gecertificeerde jeugdzorginstelling hoeft bij maatregelhulp geen start- of stopbericht naar de gemeente te sturen.
4. Doordat de geleverde zorg wordt afgerekend via een subsidietraject is het declareren van ingezette zorg via een 303-bericht niet van toepassing.
5. Opdrachtgever verstrekt maandelijks een voorschot aan opdrachtnemer met een twaalfde deel van het berekende voorschot over het gehele jaar.
6. Aan het eind van ieder contractjaar vindt, voor 1 april daaropvolgend, een verrekening tussen partijen plaats voor het verschil tussen het voorschotbedrag en het daadwerkelijk te declareren bedrag.

Addendum 3 Beschikbaarheidsvoorzieningen

A. Definities

1. Beschikbaarheidsvoorziening: een intramurale voorziening die te allen tijde geboden moet kunnen worden in geval een crisis of een zware zorgbehoefte bij cliënt die acute uithuisplaatsing noodzakelijk maakt, of een door opdrachtgever geaccepteerd substituuft hiervan.
2. Crisisbedden: een tijdelijke intramurale voorziening die in een acute noodsituatie een jeugdige voorziet in verblijf en behandeling met als doel binnen 28 dagen de veiligheidssituatie van het kind te borgen en te herstellen en een perspectief te bieden voor verdere doorbehandeling indien nodig, of een door opdrachtgever geaccepteerd substituuft hiervan.
3. Driemilieuvoorziening: een weinig voorkomende, hoog specialistische intramurale voorziening waar de jeugdige verblijft, onderwijs en behandeling wordt geboden op dezelfde locatie, of een door opdrachtgever geaccepteerd substituuft hiervan.
4. Jeugdige: de minderjarige of andere persoon die als zodanig gekwalificeerd wordt op grond van de Jeugdwet.
5. Zorgaanbieders: zie overzicht gecontracteerde zorgaanbieders op Samen 14 (<https://bettywebblocks.com/>).

B. Context

1. In het Twents model voor maatschappelijke ondersteuning zijn beschikbaarheidsvoorzieningen ondergebracht in de module beschikbaarheidsvoorzieningen, het betreft de producten:
 - Crisisbereikbaarheid JGGZ.
 - Crisisbedden.
 - 3-milieuvoorzieningen.
 - WVHS Ambulant en WVHS beschikbaarheidsvoorziening.
2. Zorgaanbieders conformeren zich aan het oordeel van het coördinatiepunt speedhulp (CPSH), de 24-uurs crisisdienst GGZ en het integraal intake team met betrekking tot de plaatsing van een kind in een adequate faciliteit.
3. De financiering van de producten (behalve crisisbereikbaarheid JGGZ) vindt plaats via voorschotten, vastgelegd in een aparte regeling, in tegenstelling tot de andere vormen van ondersteuning vanuit het Twents model (excl. de zgn. Maatregelhulp).
4. Toewijzing van beschikbaarheidsvoorzieningen vindt plaats in overeenstemming met procesafspraken zoals die zijn vastgelegd onder C.

C. Toewijzing en afsluiting

1. Het CPSH, de 24-uurs crisisdienst en het integraal intake team stellen vast welke resultaten behaald moeten worden en welke zorgaanbieder/productcode van toepassing is (zie PDC-beschikbaarheidsvoorzieningen).
2. De partijen communiceren via beveiligde e-mail met de zorgaanbieder, voor de toewijzing van een beschikbaarheidsvoorziening.

3. De zorgaanbieder verstuurt een ingevuld afsprakenoverzicht en een JW315-bericht naar de gemeente. Dit binnen 10 dagen na aanmelding door de partijen zoals beschreven bij B2. Het resultaten- of afsprakenoverzicht wordt niet gebuikt voor productcode 46B04 (crisisbed)
4. De formele toewijzing (JW301-bericht) wordt gedaan door de gemeente.
 - a. Wanneer de gemeentelijke toegang een toewijzing doet, is het van toepassing dat er een 'rechtstreeks' JW301-bericht wordt verzonden naar de zorgaanbieder.
 - b. Dit geldt niet voor de toewijzing van productcode 46B04 (crisisbed). Daarvoor geldt dat de zorgaanbieder een JW315-bericht naar de gemeente stuurt met als code van de verwijzer: code 01-08
5. Bij de toewijzing wordt tevens de einddatum opgenomen.
 - a. Bij de toewijzing van productcode 46B04 (crisisbed) is het van toepassing om de einddatum op +3 maanden na de startdatum te zetten.
 - b. Bij de toewijzing van productcode 43B19 (driemilieusvoorziening) is het van toepassing om de einddatum op +24 maanden na de startdatum te zetten.
 - c. Bij de toewijzing van productcode 45A17 (WVHS ambulant) en 43BVK (WVHS beschikbaarheidsvoorziening) is het van toepassing om de einddatum op +18 maanden na de startdatum te zetten.
6. Zorgaanbieder stuurt een JW302-bericht. Dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van het JW301-bericht.
7. Bij daadwerkelijke aanvang van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een zgn. start-zorg (JW305-bericht).
8. Bij daadwerkelijke afsluiting van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een zgn. stop-zorg (JW307-bericht).

D Toewijzing door GI

1. Na verwijzing door de GI stuurt de zorgaanbieder een afsprakenoverzicht (via beveiligde e-mail) naar de gemeente, die in het kader van het woonplaatsbeginsel verantwoordelijk is voor de formele toewijzing van de beschikbaarheidsvoorziening.
2. Vervolgens zoals bij C3 en verder omschreven. Dit met de toevoeging dat in het JW315-bericht als code verwijzer: gecertificeerde instelling (04) is opgenomen.

E Betaling en facturatie

1. Doordat de betaling via bevoorschotting loopt en vervolgens wordt verrekend, is declareren via een JW303-bericht (declaratie) niet van toepassing.
2. Opdrachtgever verstrekt maandelijks een voorschot aan opdrachtnemer met een twaalfde deel van het berekende voorschot over het gehele jaar.
3. Aan het eind van ieder contractjaar vindt, voor 1 april daaropvolgend, een verrekening tussen partijen plaats voor het verschil tussen het voorschotbedrag en het daadwerkelijk te declareren bedrag.

Bijlage 1: overzicht berichtencodes en samenhang

Bericht	Omschrijving	Actie*	Doorlooptijd	Bijzonderheden
iJW 315	Verzoek om toewijzing ondersteuning o.b.v. externe verwijzer zoals een huisarts, jeugdarts, een gecertificeerde instelling of ander medisch specialist.	A	10 werkdagen na aanmelding **	<ul style="list-style-type: none"> De einddatum moet worden vermeld door de zorgaanbieder. Dit is al een besluit (genomen door een extern verwijzer zoals een huisarts, jeugdarts, een gecertificeerde instelling of ander medisch specialist).
iJW/iWmo 316	Retourbericht verzoek om toewijzing ondersteuning	G	10 werkdagen	<ul style="list-style-type: none"> Dit bericht is noodzakelijk en dient als ontvangstbevestiging.
iJW/iWmo 301	Toewijzing ondersteuning	G	10 werkdagen na ontvangst 315-bericht of datum genomen besluit door de gemeente	<ul style="list-style-type: none"> Zorg mag niet eerder worden gestart dan de datum in de toewijzing. Voor het 315 bericht geldt dat de termijn haalbaar is, mits alle parameters in het 315 bericht zijn aangeleverd en het afsprakenoverzicht is teruggestuurd. In de gevallen waarin de parameters niet juist of volledig zijn ingevuld, volgt nader onderzoek en kan de termijn overschreden worden.
iJW/iWmo 302	Retourbericht toewijzing ondersteuning	A	10 werkdagen	<ul style="list-style-type: none"> Dit bericht is noodzakelijk en dient als ontvangstbevestiging.
iJW/iWmo 305	Aanvang ondersteuning	A	10 werkdagen na daadwerkelijke start zorg	<ul style="list-style-type: none"> Binnen 10 werkdagen na opdracht wordt de zorg gestart. Het start-zorg-bericht wordt uiterlijk 10 werkdagen na deze daadwerkelijke start gestuurd.
iJW/iWmo 306	Retourbericht aanvang ondersteuning	G	10 werkdagen	<ul style="list-style-type: none"> Dit bericht is noodzakelijk en dient als ontvangstbevestiging.
iJW/iWmo 303	Declaratie/factuur	A	Binnen 30 kalenderdagen na verstrijken periode ingediend	<ul style="list-style-type: none"> Samen14 maakt gebruik van het 303- declaratiebericht (303D) Bevat alle toewijzingsgegevens Zonder toewijzingsnummer van de gemeente d.m.v. een 301 bericht is geen declaratie mogelijk.
iJW/iWmo 304	Retourbericht declaratie/facturatie	G	30 kalenderdagen na ontvangst	<ul style="list-style-type: none"> Dit bericht dient enerzijds als ontvangstbevestiging en daarnaast geeft het verantwoordingsinformatie over de declaratieverwerking. De gemeente heeft binnen 30 dagen na ontvangst van het declaratiebericht (303) het toegekende bedrag uit het retourbericht (304) uitgekeerd. De termijn kan verlengd worden als er meer uitgezocht moet worden en er nog geen reactie is vanuit de zorgaanbieder.
iJW/iWmo	Einde of mutatie	A	10 werkdagen	<ul style="list-style-type: none"> Te sturen na het daadwerkelijke

307	ondersteuning			einde van de zorg of wanneer er een mutatie plaatsvond. De datum moet binnen de indicatieperiode vallen. Indien de zorg langer duurt dan in de toewijzing is vermeld moet contact worden opgenomen met de betrokken gemeente voor een aangepaste zorgtoewijzing.
iJW/iWmo 308	Retourbericht einde of mutatie ondersteuning	G	10 werkdagen	<ul style="list-style-type: none"> Dit bericht is noodzakelijk en dient als ontvangstbevestiging.

**A = zorgaanbieder, G = gemeente*

*** definitie aanmelding = het moment dat de cliënt wordt ingeschreven in het systeem van opdrachtnemer*

Bijlage 2: inhoud afsprakenoverzicht: Uitsluitend te gebruiken bij externe verwijzing

Afsprakenoverzicht Twents model

Versie 5.0

Basisgegevens Gemeente en Cliënt	
Naam gemeente	
BSN	
Geboortedatum	

AANDEEL Administratie

Cliëntgegevens	
Voorletters en naam (ook meisjesnaam)	
Telefoonnummer	

Gegevens Contactpersoon	
-------------------------	--

Contactpersoon1 *(Indien van toepassing)*

Achternaam en voorletters	
Telefoonnummer	
Relatie <i>(bv. familie, wettelijke vertegenwoordiger)</i>	

Contactpersoon2 *(Indien van toepassing)*

Achternaam en voorletters	
Telefoonnummer	
Relatie <i>(bv. familie, wettelijke vertegenwoordiger)</i>	

Contactpersoon3 *(Indien van toepassing)*

Achternaam en voorletters	
Telefoonnummer	
Relatie <i>(bv. familie, wettelijke vertegenwoordiger)</i>	

Aanvullende Gegevens	
----------------------	--

Externe verwijzer *(Indien van toepassing)*

Naam verwijzer	
AGB-code verwijzer	

Gegevens Zorgaanbieder

Zorgaanbieder	
AGB-code zorgaanbieder	
E-mail behandelaar/begeleider	
Rechtstreeks telefoonnummer	

AANDEEL Zorgtoeleiding

Korte beschrijving van de hulpvraag

Clïënt heeft ondersteuning gevraagd bij:

Te behalen resultaten

Resultaat 1

Resultaat 2

Resultaat 3

Resultaat 4

In te zetten ondersteuning

	OB/ Module	Begindatum indicatie	Einddatum indicatie	Volume totaal (minuten, etmalen, dagdelen)	Direct	Indirect	Reistijd (cliëntgebonden)
R1							
R2							
R3							
R4							
Trajecttotaal							

Evaluatie (datum, frequentie, periode)

R1

R2

R3

R4

Door zorgaanbieder in te zetten ondersteuning / activiteiten

R1

R2

R3

R4

Namens de GI (indien van toepassing)

Naam:

Functie:

Datum:

Namens de zorgaanbieder:

Naam:

Functie:

Datum:

Bijlage 3: instructie afsprakenoverzicht

Invulinstructie afsprakenoverzicht 5.0

Deze invulinstructie is bedoeld om duidelijkheid te scheppen over hoe het afsprakenoverzicht ingevuld dient te worden. Daarnaast wordt duidelijk wie wat invult, de invulinstructie is zowel voor zorgaanbieders als gemeenten en externe verwijzers. In deze invulinstructie is per onderdeel van het afsprakenoverzicht uiteengezet wat er ingevuld moet worden.

Belangrijk is dat het afsprakenoverzicht **volledig** wordt ingevuld. Wanneer het afsprakenoverzicht niet volledig is ingevuld, neemt de gemeente het niet in behandeling en wordt er geen indicatie afgegeven.

Onderstaande onderdelen worden door de externe verwijzer ingevuld (indien nodig aangevuld door de zorgaanbieder):

Basisgegevens gemeente en cliënt

Naam gemeente (in het kader van het woonplaatsbeginsel (WPB), zie hieronder) en het BSN van de cliënt + geboortedatum.

De basisgegevens staan vast in de koptekst zodat deze noodzakelijke informatie beschikbaar is.

Cliëntgegevens en gegevens contactpersoon

Aanvullende noodzakelijke gegevens ten behoeve van de gemeente en de zorgaanbieder:

- Voorletters en naam (evt. ook de meisjesnaam) geldt voor zowel de cliënt als de contactpersoon
- Telefoonnummer geldt voor zowel de cliënt als de contactpersoon
- Voor de contactpersoon dient ook de relatie met de cliënt beschreven te worden.

Bovenstaande gegevens zijn voor de gemeente noodzakelijk om vast te kunnen stellen:

- Het woonplaatsbeginsel (WPB): oftewel welke gemeente verantwoordelijk is voor de zorg en voor de zorgaanbieder welke gemeente de zorg toewijst en vervolgens de declaraties betaalt;
- De (wettelijk) vertegenwoordigers: zoals het gezag en/of het bewind en/of het mentorschap. Zodat zowel de gemeente als ook de zorgaanbieder met de juiste betrokken relatie informatie kan delen of afstemmen;
- Het 1^e contact: op welk telefoonnummer er direct contact kan worden gezocht met de cliënt zelf, door de gemeente of de zorgaanbieder.

Aanvullende gegevens

Externe verwijzer

Deze gegevens zijn voor de gemeente noodzakelijk om vast te kunnen stellen:

- De naam van externe verwijzer (bijvoorbeeld mevr. J. Jansen);
- De AGB-code van de externe verwijzer (de zorgverlenerscode conform het landelijk AGB-code-register).

Gegevens zorgaanbieder

Deze gegevens zijn voor de gemeente noodzakelijk om vast te kunnen stellen of er een raamovereenkomst is gesloten met de zorgaanbieder:

- Naam van de zorgaanbieder (naam conform de raamovereenkomst);
- De AGB-code van de zorgaanbieder (AGB-code conform de raamovereenkomst);
- E-mail behandelaar;
- Rechtstreeks telefoonnummer behandelaar.

Onderstaande onderdelen worden door de GI of door de zorgaanbieder (bij externe verwijzing) ingevuld:

Korte beschrijving van de hulpvraag

Deze vraag heeft het doel om de zorginzet en de te behalen resultaten met elkaar in relatie te brengen.

Deze beschrijving heeft ook het doel om zowel de cliënt als de gemeente een beeld te geven van de aanleiding van de hulp-/zorgvraag. Invulling van de hulpvraag is vereist.

Let op: bij de beschrijving van de hulpvraag in alle gevallen **GEEN** medische informatie en/of informatie met een herleidbaarheid naar een (vermoedelijke) stoornis of een (nog te stellen) diagnose benoemen!

VOORBEELD:

Er kan bij het beschrijven van de hulpvraag gebruik worden gemaakt van de leefgebiedenbeschrijving zoals deze in de Zelfredzaamheids-Matrix (ZRM) is beschreven. Het werken met ZRM is een suggestie en **niet leidend** of verplicht. Daar waar de zorgaanbieder de voorkeur geeft aan een eigen beschrijving of instrument is dit ook mogelijk.

Bij het gebruik van de ZRM kan een van onderstaande leefgebieden ingevuld worden bij de beschrijving van de hulpvraag. Op welke leefgebieden¹ heeft de cliënt (en evt. het netwerk rondom de cliënt) nu ondersteuning nodig:

- A. **Financiën**
- B. **Dagbesteding** (*werk / opleiding*)
- C. **Huisvesting**
- D. **Gezinsrelaties / huiselijke relaties**
- E. **Fysieke gezondheid**
- F. **Mentale gezondheid** (*geestelijk*)
- G. **Verslaving / middelengebruik**
- H. **Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)-vaardigheden** (*zowel basale als instrumentele vaardigheden*)
- I. **Maatschappelijke participatie** (*tijdsbesteding buiten werk/opleiding*)
- J. **Sociaal netwerk** (*relaties buiten gezinsrelatie/huisrelatie*)
- K. **Justitie** (*nu of in het verleden mee te maken gehad*)

Te behalen resultaten

Deze gegevens zijn voor zowel de cliënt als ook de gemeente noodzakelijk om de te behalen resultaten inzichtelijk te krijgen, waarbij de relatie met de hulpvraag van toepassing is op de beschreven leefgebieden. De te behalen resultaten dienen ook als uitgangspunt bij de evaluatie.

In combinatie met de hiervoor beschreven hulpvraag wordt gevraagd een beschrijving te geven van de te behalen resultaten. Deze resultaten dienen SMART geformuleerde doelen te zijn. De letters van SMART staan voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

Let op: ook bij de beschrijving van de te behalen resultaten in alle gevallen **GEEN** medische informatie en/of informatie met een herleidbaarheid naar een (vermoedelijke) stoornis of een (nog te stellen) diagnose benoemen! Onderstaande voorbeelden zijn richtinggevend en **niet leidend** of verplicht.

VOORBEELD:

A. Financiën

- Cliënt/jeugdige heeft binnen drie maanden een overzicht van zijn schulden gemaakt.
- Cliënt/jeugdige gaat binnen zes maanden een kasboekje bijhouden en heeft daarmee per maand zijn uitgaven en inkomsten inzichtelijk.

B. Dagbesteding

- Cliënt/jeugdige heeft binnen drie maanden voor minimaal acht uur per week werk passend bij zijn mogelijkheden.

C. Huisvesting

¹ ZRM: De Zelfredzaamheid-Matrix brengt de vraag en de mate van zelfredzaamheid van de cliënt in kaart. Het instrument is te gebruiken bij de intake, de voortgang en bij de afsluiting van het ondersteuningstraject. Door op meerdere momenten te toetsen, krijgt u inzicht in de vooruitgang die is geboekt.

- Cliënt/jeugdige heeft zich binnen twee weken op de wachtlijst laten zetten bij de woningbouwvereniging.
- Cliënt/jeugdige heeft binnen twee maanden de voortuin vrij gemaakt van onkruid en dit onkruid in de groen container gedaan.

D. Gezinsrelaties / huiselijke relaties

- Cliënt/jeugdige heeft binnen drie maanden maximaal één keer per week ruzie met zijn ouders/verzorgers over de frequentie en/of duur van het gamen.
- Ouders kunnen binnen drie maanden herkennen en beschrijven wat afwijkend gedrag bij hun kind is.
- Ouders kunnen binnen drie maanden herkennen en beschrijven wat de aanleiding is van het afwijkende gedrag bij hun kind.

E. Fysieke gezondheid

- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden benoemen wat ongezonde leefgewoonten van hem/haar zijn.
- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden alternatieven benoemen voor zijn ongezonde leefgewoonten en deze ook tot uitvoering brengen waardoor hij/zij maximaal één keer per maand nog terugvalt in zijn ongezonde leefgewoonten.

F. Mentale gezondheid (geestelijk)

- Cliënt/jeugdige weet binnen drie maanden de signalen te benoemen die voorafgaan aan een boze bui.
- Cliënt/jeugdige weet binnen drie maanden de juiste acties te ondernemen om een boze bui te voorkomen of te verminderen en heeft daardoor maximaal één boze bui per week.
- Cliënt/jeugdige weet binnen drie maanden, na een boze bui te benoemen wat de aanleiding was van de boze bui en kan dit bespreken met de betrokken persoon.
- Cliënt/jeugdige weet binnen drie maanden welk diagnostisch beeld er van toepassing is bij zijn problemen.
- Cliënt/jeugdige weet binnen drie maanden welke begeleiding het meest passend is om zijn problemen te verminderen.
- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden benoemen wat kenmerken zijn van het niet lekker in zijn vel zitten.
- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden benoemen wat factoren zijn waardoor hij niet lekker in zijn vel zit.
- Cliënt/jeugdige heeft binnen zes maanden geleerd hoe hij minder beïnvloed kan worden door factoren waardoor hij niet lekker in zijn vel zit en heeft daardoor maximaal één keer per week een moment dat hij minder goed in zijn vel zit en kan de aanleiding van dit moment benoemen.
- Cliënt/jeugdige heeft binnen drie maanden een overzicht gemaakt waarbij inzichtelijk is geworden op welke levensgebieden hij problemen ervaart.
- Cliënt/jeugdige kan binnen zes maanden benoemen welke factoren de problemen op de verschillende levensgebieden beïnvloeden.
- Cliënt/jeugdige kan binnen zes maanden benoemen welke acties hij kan ondernemen om de problemen op de verschillende levensgebieden te verminderen.
- Cliënt/jeugdige kan binnen één jaar de juiste acties ondernemen om de problemen op de verschillende levensgebieden te verminderen waardoor er per maand maximaal twee keer een probleem wordt ervaren.
- Cliënt/jeugdige is binnen zes maanden op de juiste medicatie ingesteld.
- Cliënt/jeugdige weet binnen zes maanden de signalen te herkennen die passen bij het niet (meer) goed ingesteld zijn op medicatie en weet welke actie hij/zij daarop moet ondernemen.
- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden beschrijven welke hinder hij/zij op de diverse levensgebieden ervaart door zijn/haar trauma.
- Cliënt/jeugdige kan binnen zes maanden benoemen welke acties hij/zij moet ondernemen om in het dagelijks functioneren niet gehinderd te worden door zijn/haar trauma.
- Cliënt/jeugdige heeft binnen één jaar geleerd om passende actie te ondernemen zodra hij/zij bemerkt dat het trauma zijn dagelijks functioneren gaat beïnvloeden. Hierdoor wordt cliënt/jeugdige binnen één jaar maximaal één keer per maand gehinderd in zijn dagelijks functioneren door het trauma.

G. Verslaving

- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden de omvang van zijn gebruik/verslaving en de gevolgen daarvan voor zijn dagelijks functioneren benoemen.
- Cliënt/jeugdige gebruikt binnen zes maanden maximaal één keer per week verdovende middelen.
- Cliënt/jeugdige heeft binnen zes maanden minimaal twee achtereenvolgende weken geen gebruik gemaakt van verdovende middelen.

H. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) vaardigheden

- Cliënt/jeugdige kan binnen drie maanden elke dag zelfstandig zijn eigen tanden poetsen.
- Cliënt/jeugdige kan binnen een half jaar zich dagelijks zelfstandig aan en uitkleden.

I. Maatschappelijke participatie (tijdsbesteding buiten werk/opleiding)

- Cliënt/jeugdige heeft zich binnen drie maanden ingeschreven bij een sportschool waar hij/zij structureel minimaal één keer per twee weken gaat sporten.

J. Sociaal netwerk (relaties buiten gezinsrelatie/huisrelatie)

- Cliënt/jeugdige spreekt binnen drie maanden minimaal één keer per week af met een vriend of vriendin.

K. Justitie (nu of in het verleden mee te maken gehad)

- Cliënt/jeugdige komt gedurende een periode van zes maanden niet in aanraking met politie/justitie.

Onderstaande onderdelen worden door de GI en/of de zorgaanbieder (bij externe verwijzing ingevuld):

In te zetten ondersteuning

- Ondersteuningsbehoefte of module:
Niveau of module wordt door de GI of de zorgaanbieder ingevuld.
- Begindatum indicatie:
De begindatum indicatie in het afsprakenoverzicht is de datum ingevuld door de GI of de zorgaanbieder waarop de ondersteuning start of de datum van de intake van de zorgaanbieder met de cliënt. Na ontvangst van het volledig gevulde afsprakenoverzicht kan de definitieve indicatiedatum worden bepaald door de gemeente. Het toewijzingsbericht (301-bericht) bevat de definitieve indicatiedatum. Deze kan dus afwijken van de indicatiedatum van het bericht Verzoek Om Toewijzing (315-bericht). Het toewijzingsbericht (301-bericht) is leidend.
- Einddatum indicatie:
Verwachte einddatum van het resultaat ingevuld door de externe verwijzer, welke wordt opgenomen in het toewijzingsbericht (301-bericht) van de gemeente.
- Volume totaal (in minuten, etmalen of dagdelen):
Het totale volume is de som van de overeengekomen directe tijd, indirecte tijd en reistijd. Alleen bij ondersteuning uitgedrukt in minuten is het noodzakelijk deze weer te geven in direct, indirect en reistijd. Bij verblijf middels een Dakje en/of bij Ondersteuning Groep spreken we van een all-in volume. Bij Dakjes en/of Ondersteuning Groep wordt alleen het volume totaal gevuld per resultaat. Indien alle resultaten met 1 Ondersteuningsbehoefte of 1 Module worden verzorgd is het vullen van 1 totaal onder de resultaten afdoende. We spreken dan van een trajecttotaal.
Bijvoorbeeld: alle beschreven resultaten worden met 1 ondersteuningsbehoefte 2B behaald. Dan mag de inzet voor alle resultaten in het trajecttotaal worden beschreven.

Daar waar er geen vulling (eenheden) van toepassing zijn, zal 'n.v.t.' wordt gevuld.
Zie onderstaande voorbeelden:

Variant afsprakenoverzicht n.a.v. externe verwijzing indien alle resultaten met 1 en dezelfde ondersteuningsvorm wordt ingezet.

In te zetten ondersteuning							
	OB/ Module	Begindatum indicatie	Einddatum indicatie	Volume totaal (minuten, etmalen, dagdelen)	Direct	Indirect	Reistijd (cliëntgebonden)
R1	O2AIW	01-04-2019	30-11-2019				
R2	O2AIW	01-04-2019	30-11-2019				
R3	O2AIW	01-04-2019	30-11-2019				
Trajecttotaal				900	700	150	50

Variant afsprakenoverzicht n.a.v. externe verwijzing indien niet alle resultaten met 1 en dezelfde ondersteuningsvorm wordt ingezet.

In te zetten ondersteuning							
	OB/ Module	Begindatum indicatie	Einddatum indicatie	Volume totaal (minuten, etmalen, dagdelen)	Direct	Indirect	Reistijd (cliëntgebonden)
R1	O2BIW	01-04-2019	30-11-2019	800	640	60	100
R2	O2BGW	01-04-2019	30-11-2019	32	Nvt	Nvt	Nvt
Trajecttotaal				Nvt			

- Directe tijd: is de tijd die de zorgaanbieder besteedt aan het face-to-face- en telefonisch contactmoment met de cliënt;
- Indirecte tijd: is de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de directe tijd), maar waarbij de cliënt zelf niet aanwezig is;
 - NB: In de tarieven die gelden voor ondersteuning groep is rekening gehouden met indirecte tijd en reistijd. Daarom mag in die situatie deze tijd niet apart (extra) worden gedeclareerd.
- Reistijd naar en van de cliënt (cliëntgebonden reistijd): is de kortste tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de cliënt, die buiten een instelling/zorglocatie behandeling of begeleiding ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct cliëntgebonden activiteiten (de directe tijd). Bij 'no-show' mag er maximaal twee keer, per indicatie, reistijd worden gedeclareerd. We verwachten dat zorgaanbieder zo veel mogelijk afspraken combineert om de reistijd zo laag mogelijk te houden.

Evaluatie (datum, frequentie, periode)

Kan per resultaat verschillen, kan ook hetzelfde zijn. Als er meerdere resultaten zijn kunnen er dus eventueel meerdere evaluatiemomenten komen. De gemeente/externe verwijzer vult dit onderdeel in.

Door zorgaanbieder in te zetten ondersteuning- / activiteiten

Dit onderdeel is bedoeld om inzichtelijk te maken op welke wijze de zorgaanbieder met de cliënt gaat toewerken naar het te behalen resultaat. De zorgaanbieder dient per resultaat te beschrijven door middel van welke ondersteuning / activiteit aan het resultaat gewerkt gaat worden. Deze informatie zal bij de evaluatie per resultaat meegenomen worden. Het is van groot belang dat hier door de zorgaanbieder wordt ingevuld "HOE" de beoogde resultaten worden behaald. Wanneer deze gegevens niet zijn ingevuld neemt de gemeente het afsprakenoverzicht niet in behandeling en wordt er geen indicatie afgegeven.

Er geldt een uitzondering op deze omschrijving wanneer er een specifieke behandeling of procesdiagnostiek ingezet moet worden die direct herleidbaar is naar een (vermoedelijke) stoornis of een (nog te stellen) diagnose. Alleen in die gevallen kan bij 'door zorgaanbieder in te zetten ondersteuning/activiteiten', volstaan worden met de term behandeling en/of procesdiagnostiek.

Let op: ook bij de in te zetten ondersteuning / activiteiten mag in alle gevallen **GEEN** medische informatie en/of informatie met een herleidbaarheid naar een (vermoedelijke) stoornis of een (nog te stellen) diagnose benoemd worden!

Ondertekening

Er wordt geen handtekening van de zorgaanbieder verlangd. Vermeld wel de naam + functie van de therapeut/behandelaar of hoofdbehandelaar. Deze persoon is bevoegd om bovenstaande afspraken te maken en vast te leggen.

Bijlage 4: Resultatenoverzicht

Resultatenoverzicht Twents model

Versie 1.0

Basisgegevens Gemeente en Cliënt	
Naam gemeente	
Voorletters en naam (ook meisjesnaam)	
BSN	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Contactpersonen/ouders	
Zorgaanbieder	

Korte beschrijving van de hulpvraag

Cliënt heeft ondersteuning gevraagd bij:

Te behalen resultaten

Resultaat 1	
Resultaat 2	
Resultaat 3	
Resultaat 4	

NB:

- Het resultatenoverzicht wordt uitsluitend door de gemeente gebruikt. De GI's en zorgaanbieders gebruiken het Twentse afsprakenoverzicht.
- Het resultatenoverzicht wordt door de gemeente naar de betrokken zorgaanbieder gestuurd via een beveiligd kanaal gestuurd, gelijktijdig met het 301 toekenningsbericht (via het berichtenverkeer).
- Indien zorgaanbieder akkoord is, hoeft deze niet te reageren, behalve met een startbericht (305). Indien de zorgaanbieder niet akkoord is dient deze binnen 5 werkdagen te reageren naar de gemeente en mag de ondersteuning nog niet gestart worden.

Bijlage 5: Handreiking Coördinatiepunt Spoedhulp – inzet crisisbedden en ambulante spoedhulp

Coördinatiepunt Spoedhulp en 24-uurs crisisbereikbaarheid Jeugd-GGZ
Telefoonnummer: 085 – 484 62 48

Het doel van het Coördinatiepunt Spoedhulp is het realiseren van de bereikbaarheid, triage (inclusief consultatie) en doorzetting naar de juiste vorm van ambulante spoedhulp en/of een crisisbed.

Werkwijze

- Afspraak is dat alle crisissen door erkende verwijzers bij dit punt worden aangemeld. Het gaat dus om één centraal aanmeldpunt dat 24-uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar is.
- Dit geldt voor de lokale toegang van de 14 Twentse gemeenten, Twentse huisartsen, gecertificeerde instellingen, jeugdartsen, VTT en medisch specialisten.
- De erkende verwijzer constateert DAT er een crisis is en het coördinatiepunt zegt WAT er nodig is om deze crisis op te lossen.
- De medewerker van het Coördinatiepunt informeert bij de erkende verwijzer of er sprake is van een crisis of dat een advies volstaat.
- De medewerker van het Coördinatiepunt heeft kennis van jeugdzorg, LVB en GGZ.
- Het Coördinatiepunt zal de cliënt doorzetten naar de juiste vorm van ambulante spoedhulp en/of een crisisbed en/of de erkende verwijzer van advies voorzien.
- Het Coördinatiepunt heeft een overzicht van beschikbaar zorgaanbod en beschikbare bedden in heel Twente.
- Wanneer er sprake is van een crisisplaatsing/ -interventie, neemt de zorgaanbieder die de crisiszorg levert de eerstvolgende werkdag contact op met de betreffende gemeente voor afstemming van de in te zetten zorg (duur en intensiteit van de zorg)

Berichtenverkeer en facturatie

Ambulante spoedhulp

- Bij verzoek van het Coördinatiepunt Spoedhulp (CPSH) voor het starten van ambulante spoedhulp, start de zorgaanbieder binnen 24 uur de ambulante spoedhulp;
- De zorgaanbieder van ambulante spoedhulp neemt op de eerste werkdag na oppakken van de casus binnen kantoortijd contact op met de gemeentelijke toegang, om af te stemmen over duur en intensiteit van de ambulante spoedhulp.
- Zorgaanbieder meldt met een aanvraag zorgtoewijzing (315-bericht) en een ingevuld afsprakenoverzicht bij gemeente dat zij ambulante spoedhulp inzet op verzoek van een erkende verwijzer.
- De gemeente zal bij een volledig verzoek om toewijzing de ondersteuning toewijzen met een 301-bericht. Deze wordt maximaal 10 werkdagen na ontvangst van het 315-bericht verstuurd.
- Ambulante spoedhulp kan maximaal 28 dagen worden ingezet.

- Binnen vier (4) weken draagt de zorgaanbieder in afstemming met de cliënt zorg voor de evaluatie en advies over eventuele vervolgondersteuning aan de gemeentelijke toegang.

24-uurs crisisbereikbaarheid Jeugd-GGZ

- Zorgaanbieder meldt binnen 10 werkdagen na het leveren van de crisiszorg met een aanvraag zorgtoewijzing (315-bericht) dat zij crisiszorg heeft ingezet op verzoek van een erkende verwijzer. De gemeenten beschouwen deze vorm van zorg als consultatie/crisisbeoordeling. Voor consultatie is geen afsprakenoverzicht nodig, daarom is voor 24-uurs crisisbereikbaarheid geen afsprakenoverzicht nodig.
- De codes hiervoor zijn 54008 beschikbaarheid en 54016 crisisbehandeling.
- De gemeente zal bij een volledig verzoek om toewijzing de crisiszorg toewijzen met een 301-bericht. Deze wordt maximaal 10 werkdagen na ontvangst van het 315-bericht verstuurd.

Bed:

- De zorgaanbieder verstuurt een JW315-bericht naar de gemeente. Dit binnen 10 werkdagen na aanmelding door het coördinatiepunt spoedhulp (CPSH) of de 24-uurs crisisdienst GGZ. Afsprakenoverzicht: dit geldt niet voor productcode 46B04 (crisisbed)
- De formele toewijzing (JW301-bericht) zal worden gedaan door de gemeente.
- Bij de toewijzing dient volgens onderstaand de einddatum worden toegewezen
- Bij de toewijzing van productcode 46B04 (crisisbed) is het van toepassing om de einddatum op +3 maanden te zetten in relatie tot de startdatum.
- Zorgaanbieder stuurt een JW302-bericht. Dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van het JW301-bericht.
- Bij daadwerkelijke aanvang van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een zgn. start-zorg (JW305-bericht).
- Bij daadwerkelijke afsluiting van de ondersteuning verstuurt de zorgaanbieder een zgn. stop-zorg (JW307-bericht).

De crisisbedden worden vanuit OZJT (gemeenten) bevoorschot en betaald. Na afloop van het jaar vindt verrekening tussen gemeenten plaats naar woonplaatsbeginsel en geleverde zorg. Het regionaal administratieprotocol is van toepassing met uitzondering van de facturatie. Jaarlijks maakt OZJT reductieafspraken met de betrokken zorgaanbieders. Het OZJT monitort op deze afspraken.

Bijlage 6: Managementinformatie aan te leveren door zorgaanbieders

De gecontracteerde zorgaanbieder leveren ieder kwartaal managementinformatie aan via het zorgportaal.

De planning is als volgt:

Q	Datum uitvraag	Deadline aanlevering aanbieders	Onderwerpen
Q1 (jan- feb)	2 maart	16 maart	<ul style="list-style-type: none">- Omzet (gerealiseerd en prognose)- Outcome indicatoren jeugd (CBS-spiegelinformatie)
Q2 (mrt- april- mei)	2 juni	16 juni	<ul style="list-style-type: none">- Omzet (gerealiseerd en prognose)- Klachten (voor zover niet opgenomen in uw jaarverslag)
Q3 (juni- juli- aug)	1 september	15 september	<ul style="list-style-type: none">- Omzet (gerealiseerd en prognose)- Outcome indicatoren jeugd (CBS-spiegelinformatie)
Q4 (sept - okt- nov)	1 december	15 december	<ul style="list-style-type: none">- Omzet (gerealiseerd en prognose)

NB: tussen haakjes staan de maanden waarover de gerealiseerde omzet aangeleverd moeten worden. De omzetprognose wordt voor het resterende deel van het jaar afgegeven.

Werkwijze en format omzetgegevens

Alle aanbieders leveren informatie via het Zorgportaal aan. Aanbieders met een jaaromzet vanaf € 250.000 moeten omzetgegevens aanleveren.

Vanaf 1-1-2020 verloopt de aanlevering via het zorgportaal. U ontvangt op de datum van de uitvraag een e-mail met het verzoek de managementinformatie aan te leveren. In het zorgportaal vindt u het format. Na het invullen kunt u het document uploaden in het systeem of, indien van toepassing, aanvinken dat u omzet lager is dan de drempel.

We vragen u om altijd te reageren, ook als uw omzet onder de drempel is. Dit hoeft u dan eenmalig aan te vinken. Overschrijdt uw omzet later in het betreffende jaar de drempel? Dan moet u alsnog omzetgegevens aanleveren via het zorgportaal.

De aanlevering van de informatie over klachten en de CBS-spiegelinformatie verloopt vanaf 1-1-2020 ook via het Zorgportaal. Daar kunt u de bestanden uploaden. Een handleiding vindt u bij de documenten in het zorgportaal.