

“De Twentse Aanpak”

een Twentse betalingsregeling geldend voor de Jeugdwet en de Wmo in
tijden van de Coronacrisis

Deze regeling biedt uitsluitel op de betaling van kosten als gevolg van de RIVM-maatregelen over de 3 categorieën uit het landelijke afsprakenkader tussen het Rijk en de VNG.

Versie 2.0

Wijziging t.o.v. versie 1.0

- Op basis van richtlijnen van de VNG is het percentage continuïteitsbijdrage gewijzigd van 80% naar 100%

De Twentse Aanpak in hoofdlijnen:

- ✓ als gevolg van Corona-maatregelen RIVM
- ✓ heeft betrekking op de periode maart, april en mei 2020 (1 maart tot 1 juni 2020)
- ✓ onder voorbehoud van de nog vast te stellen Rijksregeling die voor gaat op de Twentse Aanpak
- ✓ bestemd voor zorgaanbieders, die gedurende de periode maart, april en mei in een Twentse gemeente zorg moeten leveren volgens een lopende/geldende zorgindicatie
- ✓ exclusief vervoer (separate regeling)
- ✓ exclusief hulpmiddelen (n.v.t. want koop of huurovereenkomst)
- ✓ voorziet, per binnen de regeling vallende periode, in een aanvulling op de reguliere productie tot 100% van de omzet op Wmo-Huishoudelijke Ondersteuning ,de Jeugdwet en Wmo-begeleiding
- ✓ deze aanvulling is gebaseerd op wat er gemiddeld in 2019 periodiek is omgezet
- ✓ deze omzet is het bedrag dat de gemeente tot uiterlijk 1 april 2020 heeft betaald over 2019
- ✓ vanaf nu heet deze aanvulling de continuïteitsbijdrage
- ✓ tarieven uit 2019 zijn per 2020 verhoogd met de geldende indexatie 2020 en daarom wordt bij het bepalen van de continuïteitsbijdrage ook rekening gehouden met hetzelfde indexatiepercentage.
- ✓ in situaties van significante omzetafwijkingen tussen 2019 en 2020 heeft de gemeente het recht de continuïteitsbijdrage vooraf afwijkend zowel naar boven als naar beneden vast te stellen.
- ✓ ten tijde van controle achteraf (na 1 juli 2020) houdt de gemeente het recht om bij constatering van dubbele betalingen het aanvullende bedrag terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe nog uit te keren declaratiebedragen.
- ✓ geconstateerde dubbele betalingen worden aangemerkt als een vorm van fraude.

Inhoud

De Twentse Aanpak in hoofdlijnen:	2
De Twentse Aanpak	4
Financiering per categorie	5
Categorie 1 Niet cliëntgebonden meerkosten op de inzet van reguliere zorg	5
Categorie 2 Reguliere cliëntgebonden kosten inclusief alternatieve oplossingen	5
Categorie 3 Extra kosten door overmacht niet geleverde cliëntgebonden zorg, hulp of ondersteuning agv de RIVM maatregelen	6
Procesverloop van aanvraag tot uitkering in deze regeling	7
In te richten bij de gemeente	8
Persoons Gebonden Budget (PGB)	8
Maatregelhulp en beschikbaarheidsvoorzieningen	8
Nacalculatie	9

De Twentse Aanpak

De regeling, De Twentse Aanpak, wordt uitgevoerd op basis van een groot vertrouwen in de door de Twentse gemeenten gecontracteerde zorgaanbieders ten tijde van de Corona-crisis en geeft daarentegen ook aan hard te zullen optreden als achteraf bij controle blijkt dat er misbruik van deze regeling is gemaakt; het zogenaamde High Trust High Penalty principe is van toepassing op deze regeling.

*De regeling biedt uitsluitel op de betaling van kosten als gevolg van de RIVM-maatregelen over de 3 categorieën uit het landelijke afsprakenkader tussen het Rijk en de VNG;
Beschrijving van deze 3 categorieën*

- categorie 1 niet cliëntgebonden meerkosten op de inzet van reguliere zorg,
meerkosten, die zijn gemaakt om de overeengekomen indicatie uit te voeren conform de richtlijnen en maatregelen van het RIVM, maar niet cliëntgebonden zijn aan te geven en daardoor ook niet gemeente gebonden zijn aan te geven. Zodra de Rijksregeling bekend wordt, informeren wij de zorgaanbieders over de wijze waarop de meerkosten kunnen worden gedeclareerd.*
- categorie 2 reguliere cliëntgebonden kosten inclusief alternatieve oplossingen;
zorg, hulp en ondersteuning is geboden conform de indicatie en worden gedeclareerd via het landelijke berichtenverkeer*
- categorie 3 extra kosten door overmacht niet geleverde cliëntgebonden zorg hulp of ondersteuning aq.v de RIVM maatregelen);
de overeengekomen zorg, hulp of ondersteuning is niet uitvoerbaar door overmacht door het volgen van de richtlijnen van het RIVM. Zorgaanbieders zitten daardoor wel met doorlopende kosten, maar krijgen daarvoor geen vergoeding volgens de gesloten zorgovereenkomst en de overeengekomen werkafspraken. Het kan zijn dat aanbieders andere invullingen van zorg hulp en ondersteuning hebben geboden, maar deze andere invullingen zijn niet conform deze overeenkomst geleverd of geboden. Gemeenten betalen tot 1 juni 2020 de niet geleverde zorg hulp of ondersteuning door. De Twentse gemeenten geven, per gemeente en per de binnen de regeling vallende periode, aan de zorgaanbieder een omzetgarantie tot 100% van de gemiddelde periodieke omzet van betrekkingperiode 2019 vermeerderd met een opslag ter hoogte van het indexatiepercentage geldend op het betreffende zorgonderdeel.*

Financiering per categorie

Categorie 1 Niet cliëntgebonden meerkosten op de inzet van reguliere zorg

Wanneer, door de corona-richtlijnen van het RIVM, meerkosten worden gemaakt om de zorg te kunnen blijven leveren, worden deze vergoed. De aard van de hier bedoelde kosten maakt dat deze moeilijk toe te rekenen zijn aan de individuele zorgvrager.

De kosten dienen inzichtelijk te worden gemaakt door de zorgaanbieder. Hierbij volgen de gemeentes de landelijke regeling die momenteel wordt ontworpen door het ministerie van VWS in overleg met de VNG. Verwacht mag worden dat hier in de komende periode (mei-juli 2020) meer duidelijkheid over zal ontstaan.

Op dit moment denken wij bij meerkosten onder andere aan:

- Beschermingsmiddelen (mondkapjes, brillen, etc.)
- Extra personele kosten (extra inhuur)
- Extra schoonmaakkosten
- Kosten in verband met in quarantaine nemen van cliënten
- Kosten in verband met opzetten noodvoorziening
- ICT middelen (hardware en software)

Wanneer er voor meerkosten andere regelingen in het leven worden geroepen, dan gaan deze voor op deze regeling. Zo is voor meerkosten die een relatie hebben met E-health investeringen de landelijke E-Health subsidie (max 50K) Stimuleringsregeling E-Health Thuis (SET) van toepassing.

Zoals gezegd sluiten wij aan bij de landelijke regeling. Op dit moment verzoeken wij de aanbieders om de meerkosten apart te registreren. Zodra de regeling vanuit het Rijk bekend wordt, informeren wij de aanbieders over de wijze waarop de meerkosten gedeclareerd kunnen worden.

Categorie 2 Reguliere cliëntgebonden kosten inclusief alternatieve oplossingen

Alle regulier geleverde zorg, hulp en ondersteuning wordt gedeclareerd via het berichtenverkeer. Hierin verandert niets. Alternatieve oplossingen zoals e-health thuis oplossingen etc. zijn geoorloofd. Voor alle vormen van 1-op-1 zorg, hulp en ondersteuning zijn bellen, app-en, beeldbellen en dergelijke denkbaar.

Wanneer alternatieve vormen van zorg worden geboden die een directe relatie hebben tot de zorgvrager en die een bijdrage leveren aan de resultaten zoals gesteld bij de geldende indicatie, is deze zorg te declareren via het berichtenverkeer.

Het Twentse Administratieprotocol geeft geen belemmeringen in het vergoeden van alternatieve vormen van zorg. De zorginzet door zorgaanbieders is gericht op het behalen van de gestelde resultaten. Hoe de resultaten worden bereikt is aan de zorgaanbieders overgelaten. Wanneer de alternatieve vorm van zorg een directe relatie heeft tot de zorgvrager en deze zorginzet bijdraagt aan de resultaten die bij de geldende indicatie zijn gesteld is de zorg rechtmatig.

Categorie 3 Extra kosten door overmacht niet geleverde cliëntgebonden zorg, hulp of ondersteuning agv de RIVM maatregelen

Vanwege de aard van de te leveren zorg kunnen zorgaanbieders soms niet, ook niet in alternatieve vorm, de zorg bieden die volgens de indicatie nodig is. Geïndiceerde zorg die niet geleverd kan worden terwijl er uitdrukkelijk wel een intentie tot levering is en daar ook controleerbare actie op is gezet door de zorgaanbieder valt onder overmacht.

Deze kosten kunnen **niet** via het berichtenverkeer worden gedeclareerd want er is niets geleverd of de geleverde zorg is niet toe te rekenen aan een geldende indicatie.

Om de zorgaanbieder in het omzetverlies dat hierdoor ontstaat te ondersteunen worden de volgende maatregelen genomen.

- ✓ Per aanbieder wordt door iedere individuele gemeente een maximale vergoeding berekend.
- ✓ Deze vergoeding wordt door de gemeente als volgt bepaald:
 1. De kosten over het betrekingsjaar 2019, dus inclusief de betalingen die tot 1 april 2020 over 2019 zijn betaald, worden gedeeld door het aantal periodes in 2019 dat zorg is geleverd. Bedoeld worden hier de maanden/periodes dat daadwerkelijk zorg is geleverd, dus wanneer gedurende 5 maanden/periodes zorg is geleverd in 2019, wordt het jaarbedrag 2019 gedeeld door 5. Maximaal wordt het jaarbedrag 2019 gedeeld door 12 maanden (jeugd) of 13 periodes (Wmo).
 2. De uitkomst, vermeerderd met het voor de betreffende regeling (Jeugd, Wmo-begeleiding of Wmo-Huishoudelijke Ondersteuning (HO)) geldende indexeringspercentage 2020 geeft het basisbedrag per betaalperiode. (Jeugd per maand en Wmo-begeleiding/ Wmo-HO per 4 weken).
 3. Het bedrag dat per betaalperiode voor vergoeding in aanmerking komt, wordt gesteld op maximaal 100% van het basisbedrag per periode onder aftrek van de cliëntgebonden zorg die door de zorgaanbieder al is gedeclareerd via het berichtenverkeer. Dit bedrag noemen we de continuïteitsbijdrage. De gedeclareerde zorg en de continuïteitsbijdrage samen bedragen dus altijd minimaal 100% van het basisbedrag. Omdat de regulier gedeclareerde zorg via het berichtenverkeer altijd 100% wordt uitbetaald kan het voorkomen dat de regulier betaalde/gedeclareerde zorg hoger is dan de continuïteitsbijdrage. In die situatie vindt er geen uitbetaling van de continuïteitsbijdrage meer plaats.
 4. In situaties van significante omzetafwijkingen tussen 2019 en 2020, of andere voor de gemeente zwaarwegende omstandigheden kan de gemeente de via deze regeling berekende continuïteitsbijdrage vooraf afwijkend, zowel naar boven als naar beneden, vaststellen.
- ✓ De zorgaanbieder kan, wanneer de reguliere zorgdeclaraties over de betreffende periode volledig zijn ingediend, zelf de hoogte berekenen van de vergoeding waarop recht bestaat en hiervoor een factuur indienen bij de betreffende gemeente. De gemeente zorgt voor een spoedige betaling van de factuur.
- ✓ Na verloop van enige maanden kan de gemeente een finale check doen op de betaalde vergoedingen. Hiertoe wordt de gedeclareerde zorg via het berichtenverkeer per aanbieder vergeleken met de verstrekte vergoeding en definitief vastgesteld. Dit kan leiden tot een nabetaling of terugvordering van de vergoeding of een gedeelte daarvan. Verschillen kunnen bijvoorbeeld ontstaan wanneer nadat de vergoeding is uitbetaald nog verrekeningen in de reguliere declaraties zijn gedaan en uitbetaald.
- ✓ De gekozen werkwijze sluit het risico van dubbele betaling niet uit. De reguliere indicatie blijft doorlopen en daarop kan door de zorgaanbieder blijven declareren via het berichtenverkeer. Het laten doorlopen van de indicatie is nodig om de zorg wanneer deze wel weer regulier kan worden verstrekt administratief soepel te kunnen opstarten.
- ✓ Wanneer zonder voorafgaand overleg met de gemeente dubbel wordt gedeclareerd zien de gemeenten dit als een vorm van fraude. Hierop wordt achteraf gecontroleerd.

Procesverloop van aanvraag tot uitkering in deze regeling

1. Wanneer de zorgaanbieder een beroep wil doen op de vergoedingsregeling kan de zorgaanbieder eenmalig een verzoek hiertoe doen via de speciaal hiervoor ingerichte webpagina op SAMEN14.nl
2. De gemeenten controleren het ingediende digitale verzoek op het recht op vergoeding door te kijken of er geldende indicaties zijn in de periode maart t/m mei 2020 en welke maximale omzetwaarde deze indicaties vertegenwoordigen.
3. Gaat de gemeente niet akkoord: dan volgt er telefonisch contact. Hieruit volgt een akkoordbericht of een afkeuringsbericht per mail van de gemeente.
4. Indien er een recht bestaat op een aanvullende vergoeding (akkoordbericht) wordt het maximale periodieke omzetbedrag voor zowel Wmo-Huishoudelijke Ondersteuning (HO), de gezamenlijke Jeugdwet zorg hulp en ondersteuning (Jeugdwet) als de resterende Wmo-zorg hulp en ondersteuning (Wmo-begeleiding) berekend voor de periodes maart, april en mei van 2020. Dit resulteert in een vastgestelde continuïteitsbijdrage per soort zorg. Wanneer de zorgaanbieder zorg levert op alle 3 soorten zorg worden 3 verschillende continuïteitsbijdragen vastgesteld.
5. In situaties van significante omzetafwijkingen tussen 2019 en 2020, of andere voor de gemeente zwaarwegende omstandigheden kan de gemeente de via deze regeling berekende continuïteitsbijdrage vooraf afwijkend, zowel naar boven als naar beneden, vaststellen.
6. De 3 omzet gerelateerde bedragen worden per mail (akkoordbericht) teruggestuurd naar de aanvragende zorgaanbieder met de eis deze mail digitaal als bijlage toe te voegen bij periodieke facturen.
7. De zorgaanbieder zorgt er eerst voor dat de regulier ingezette zorg conform categorie 2 van deze regeling via het berichtenverkeer binnen 30 dagen na afloop van de periode is gedeclareerd.
8. Na de laatste toegekende declaratiebedragen van de betreffende gemeente mag een aanbieder deze periode afsluiten met een factuur.
9. Deze factuur bevat per periode het aan te vullen bedrag op het onderdeel Wmo-HO, Jeugdwet en Wmo-begeleiding.
10. De aan te vullen continuïteitsbijdrage op de factuur per onderdeel is door de gemeente te controleren door van de maximale toegekende continuïteitsbijdrage per onderdeel (mail gemeente) de toegekende declaratiebedragen via het berichtenverkeer af te trekken. Het resterende bedrag moet sluitend zijn met het door de zorgaanbieder ingediende factuurbedrag.
11. Indien er geen sprake is van sluitende bedragen wordt de factuur niet in behandeling genomen en daarmee niet betaalbaar gesteld.
12. Indien er wel sprake is van een sluitende factuur wordt het factuurbedrag door de gemeente betaalbaar gesteld.
13. De gemeente streeft er naar dit factuurbedrag binnen 7 kalenderdagen over te hebben gemaakt naar bankrekening van de zorgaanbieder zoals bij de gemeente bekend is.

In te richten bij de gemeente

1. E-mailadres beschikbaar stellen per gemeente. Het is aan de gemeente om hiervoor een speciaal adres in te richten of een bestaand adres te gebruiken.
2. Een contactpersoon benoemen, die de aanvraag gaat beoordelen, akkoord geeft en zorg kan dragen voor betaling van de factuur.
3. Een werkwijze t.b.v. de nacalculatie op de ingediende Corona-facturenstroom later in het jaar.

Persoons Gebonden Budget (PGB)

Zorginzet die wordt gedaan via een persoonsgebonden budget wordt ingezet om zeer diverse redenen. Dat kan liggen in de aard van de zorg, de soort zorgaanbieder, persoonlijke voorkeuren van de zorgvrager of specialistische zorg. Dit maakt dat moeilijk een generieke financiële regeling is te hanteren voor financiering van zorg die via PGB wordt verstrekt. Daarbij komt dat de zorgaanbieders die via PGB zorg verlenen niet een contract hebben met de gemeente, maar met de zorgvrager. De zorgvrager is opdrachtgever en bepaald of en wanneer er zorg wordt ingezet. De betaling van de ingezette zorg vindt plaats via de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De gemeente zal per zorgvrager moeten bepalen of en hoeveel budgetverhoging noodzakelijk is en of extra voorwaarden nodig zijn.

Maatregelhulp en beschikbaarheidsvoorzieningen

Maatregelhulp en beschikbaarheidsvoorzieningen worden vanaf 01-01-2019 gefinancierd door middel van bevoorschotting via het OZJT. De bevoorschotting loopt door. Er is geen noodzaak hier nu verandering in te brengen. Ook binnen deze soorten zorg kunnen extra kosten en/of vraaguitval ontstaan als direct gevolg van de corona richtlijnen van het RIVM. Mogelijk dat bij het afrekenen van de voorschotten begin 2021 nog vraagstukken in beeld komen. Die zullen dan op dat moment beoordeeld moeten worden. Vooralsnog vragen wij de zorgaanbieders deze kosten apart te registreren.

Nacalculatie

De gemeenten en ook de zorgaanbieders zijn en blijven, ondanks alle goede wil om de zorg te continueren, alternatieve zorg in te zetten en deze ook te financieren, gebonden aan verantwoording achteraf. Managementinformatie inhoudelijk en financieel moet achteraf beschikbaar zijn op bestuurdersniveau, raadsniveau, provinciaal niveau en uiteindelijk ook op rijksniveau (i.v.m. de rijksregeling).

Het toestaan en financieren van alternatieve zorg en het toepassen van de continuïteitsregeling zou kunnen leiden tot een inhaalslag van de zorg in de toekomst. Soms is dat onvermijdbaar. Individuele begeleiding en behandelingen moeten toch worden gedaan, ook al gebeurt dat nu later en misschien intensiever.

Samenloop met andere (landelijke) regelingen is en blijft mogelijk. Wanneer we mogelijk misbruik willen uitsluiten is gedetailleerde regelgeving nodig die een grote administratieve druk zet op zowel de zorgaanbieders als de gemeenten. De verwachting is dat zorgaanbieders verantwoord omgaan met de geboden regelingen en hiervan geen misbruik maken.

We verzoeken zorgaanbieders met klem geen dubbele vergoeding te vragen voor gemaakte kosten. Daarmee wordt bedoeld dat indien vanuit andere (Rijks)regelingen vergoedingen worden ontvangen, ofwel vanuit aanpalende wetgeving, b.v. de Wlz, deze kosten niet nogmaals bij de gemeenten kunnen worden neergelegd. De gemeenten behouden het recht tot corrigeren wanneer uit controles achteraf blijkt dat kosten dubbel zijn vergoed. Wanneer de zorgaanbieder zonder voorafgaand overleg met de gemeente, dubbele vergoedingen ontvangt en dit bij de nacontrole blijkt wordt dit aangemerkt als fraude.

Deze regeling is in eerste aanleg niet bestemd voor de zorgaanbieders die incidenteel zorg aanbieden via contracten die met een afzonderlijke gemeente zijn afgesloten. Natuurlijk kan elke gemeente die dergelijke contracten heeft afgesloten zelfstandig besluiten die contracten ook onder deze regeling te laten vallen.

Er wordt op dit moment gewerkt aan een landelijke regeling. Wanneer de landelijke regeling afwijkt op de Twentse regeling, gaat de landelijke regeling voor. Dit kan zowel voordelig als nadelig voor de zorgaanbieder en de gemeenten uitpakken.