

Nr	Vraag	Reactie	Volgt hieruit een wijziging?	Wijziging indien van toepassing
1	<p>Wij hebben over het administratieprotocol (wijzigingen annex 4) wat opmerkingen t.a.v. het verzoek om wijziging: '8.1 Bijzondere gebeurtenissen geïnitieerd door de aanbieder'</p> <p>Wij vragen meestal het product Basale stoornissen aan. Dit is een product van 8000 minuten. Deze toewijzing wordt standaard voor de duur van een jaar afgegeven terwijl wij met dit 8000 minuten wel 2 jaar toekunnen. Het mooiste zou zijn dat de toewijzing vanaf 1-1-2021 voor een duur van 2 jaar standaard wordt afgegeven aan ons. Scheelt weer administratief werk. Kan de duur aangepast worden naar 2 jaar?</p>	<p>Dit is een inhoudelijke vraag, die nu niet ter consultatie ligt. We nemen uw suggestie ter harte voor een volgende versie.</p>	Nee	
2	<p>Verder denken wij, als we de stukken zo lezen, dat een VOW standaard als antwoord krijgt "afgewezen" of "onderzoek". Dat onderzoek kan 8 weken duren en daarmee loop je als aanbieder risico op het niet betaald krijgen van je zorg. Als dat de standaard procedure is van de gemeente dan denken we dat er weinig gebruik gemaakt gaat worden van dit bericht. Tevens schiet dit dan zijn doel voorbij waarbij je "snel" iets kunt regelen terwijl je al een toewijzing hebt.</p>	<p>Het VOW is een nieuw bericht, waar we allemaal nog ervaring mee moeten opdoen. Invoering van dit bericht kunnen we beschouwen als leertraject. Verder is het zo, dat een verzoek om een wijziging in principe een bijzondere gebeurtenis is, die we weloverwogen willen beantwoorden. Het kan inderdaad zijn dat daar overleg of onderzoek voor nodig is.</p>	Nee	
3	<p>o Algemene opmerking: Het zou overzichtelijker zijn als de regio het Standaard Administratieprotocol letterlijk overneemt en afwijkingen daarop overzichtelijk in een aparte bijlage zet.</p>	<p>Het landelijk administratieprotocol voldoet op dit moment onvoldoende aan de lokale nuance. We nemen uw suggestie ter harte voor een volgende versie.</p>	Nee	
4	<p>o In §4 op p7 is m.b.t. verwijzing toegevoegd: "Ook in een opvolgend verzoek om toewijzing is een geldige verwijzing noodzakelijk. - "Wat 'geldig' is, is niet gedefinieerd. Normaliter hoeft er alleen een nieuwe verwijzing geregeld te worden bij een nieuwe zorgvraag, niet bij het verlengen van het traject voor de huidige zorgvraag. Dit staat ook min of meer verderop in het administratieprotocol: <i>Alleen wanneer sprake is van een medisch verwijzer (o.a. huisarts, medisch specialist) kan de jeugdige / het gezin afspreken dat de aanbieder namens het gezin een verlenging aanvraagt middels een JW315. Buiten het berichtenverkeer om kan de gemeentelijke toegang met de aanbieder en/of cliënt aanvullende afstemmingsafspraken maken over de meest efficiënte en effectieve inzet van de verlengde hulp. Hierbij worden geen medische gegevens uitgewisseld, waaronder het behandelplan met diagnose en medische doelen, zonder toestemming van de cliënt. (§8.2).</i> - Toevallig loopt er momenteel een casus waarbij een verlenging geweigerd is terwijl het om dezelfde zorgvraag gaat. Inmiddels is er via de huisarts een nieuwe verwijzing geregeld, maar dit is zorginhoudelijk niet nodig en betreft puur administratieve rompslomp.</p>	<p>We verwijzen voor dit punt naar de werkwijze SGGZ, die gepubliceerd staat op de website van de Zorgregio</p>	Nee	
5	<p>o In §6.1 op p11 is het woord 'geen' geschrapt waardoor Start- en stopberichten nu wel een voorwaarde zijn voor de verwerking van een declaratie. Dat is in strijd met het landelijk standaard administratieprotocol, daarin staat namelijk letterlijk in §2.4: "Startzorg- en Stopzorg berichten mogen niet worden aangemerkt als voorwaarde voor de verwerking van een declaratie.". Start- en stopberichten zijn regieberichten en geen directe relatie met rechtmatigheid. Wat de regio hier doet is niet in lijn met hoe het de berichtenstandaard is opgezet. Zie ook dit document pagina 13: "Berichttypen in iJW die geen directe relatie hebben met rechtmatigheid zijn de regieberichten: 'Start zorg' (JW305) en 'Stop zorg' (JW307)."</p>	<p>Start en stop-berichten hebben een directe relatie tot de toewijzingsberichten. De toewijzingsberichten zijn bepalend voor de declaratie. De regieberichten hebben inderdaad geen directe relatie op declaraties. Dit wordt verduidelijkt</p>	Ja	Het woord geen wordt alsnog in de zin toegevoegd.
6	<p>o In §8.1 staat dat de gemeente 5 werkdagen de tijd heeft om een 318 retourbericht te sturen. In het SAP is dit 3 werkdagen. NB in de tabel op pagina 6 staat wel 3 werkdagen. Kan hier 1 lijn in getrokken worden?</p>	<p>Correct, dit zal worden aangepast</p>	Ja	Termijn wordt aangepast naar 3 dagen.

7	o Op pagina 24 is geschrappt dat de gemeentes de monitoringsinfo niet delen met andere regio's of aanbieders. Is dat acceptabel?	Het doel is niet het delen van informatie, maar als we komen tot een bevredigende werkwijze voor zowel Zorgregio, gemeenten als aanbieders is het van belang dat gegevens - in overleg met aanbieders - in breder verband gebruikt kunnen worden.	Nee	
8	o Op pagina 26 is toegevoegd dat de boeteclausule op de declaraties pas geschrappt wordt nadat de gemeente het plan van aanpak heeft goedgekeurd. Aanleveren is niet meer voldoende en de gemeente mag hier 2 weken de tijd voor nemen. Er kan dus 2 weken langer 8% van de declaraties ingehouden worden. Wat als de conclusie is dat er iets aangepast moet worden en wij de volgende dag de aanpassing doorvoeren en de gemeente weer 2 weken de tijd neemt. Op deze manier worden wij afhankelijk van de snelheid van de afhandeling door de gemeente.	Een eventuele boete kan pas in werking treden, nadat de aanbieder in gebreke is gesteld en daarvoor moet eerst een PVA worden aangeleverd.	Nee	
9	Landelijk wordt gesteld dat berichtenverkeer 315/317 en 317/318 verplicht is. Waarom staat in de aanvulling bladzijde 7, dat er situaties zijn die niet via de 315 mogen. Ik pleit voor om het landelijke beleid toe te passen, berichtenverkeer is verplicht. - Graag uitvoeren zoals landelijk besloten is. (Bijlage 3: Wijziging van de toewijzing moet nog aangepast worden met de VOT en VOW berichten(verkeer)	Binnen de wettelijke verwijsroute vanuit een Gecertificeerde Instelling is overleg met de gemeente noodzakelijk voordat een verwijzing plaats vindt. Hierdoor is een 315 overbodig. Binnen de WMO en MO/BW mag een aanbieder niet zelfstandig een toewijzing aanvragen.	Nee	
10	Bij (bladzijde 4) de bullets: productcode, eenheid, volume en frequentie, zou ik aan toevoegen dat dit conform productcodetabel ingevuld moet worden - Vermelden dat dit conform productcodetabel is/hoort	Indien u pagina 7, hoofdstuk 4 bedoelt: akkoord	Ja	Vermelding naar productcodetabel opgenomen
11	Bladzijde 8, wordt er niet zorginhoudelijk beoordeeld/gecontroleerd? Wordt er 'teveel' aangevraagd? Ik lees deze check niet bij de bullets onder 'de gemeente voert op het 315-bericht een controle uit op de volgende aspecten:.. - Waar en wanneer vindt de inhoudelijke beoordeling plaats?	Deze berichtsoort vindt alleen plaats bij de medische verwijsroute, hier mag geen inhoudelijke beoordeling op plaats vinden.	Nee	
12	Bladzijde 9. 'de aanbieder .... Ontvangt', als er afkeur in de 316 zit dan gaat de zorgaanbieder hiermee aan de slag en verwacht in eerste instantie géén 301. Waarom dan toch deze zin 'de aanbieder..... ontvangt'..... Wat als een 316 géén foutcode bevat, is de 315 akkoord bevonden. Als er dan géén 301 komt, neemt de gemeente dan contact op de zorgaanbieder? - Afspraak maken wie doet wat?	Als een 301 niet binnen de gestelde termijn wordt ontvangen, terwijl er geen sprake is van afkeur, ligt het voor de hand dat een aanbieder contact opneemt met de gemeente.	Nee	
13	Bladzijde 9; hoe wordt er omgegaan met cliënten die nu (2020) meerdere toewijzingsberichten? Krijgen deze vanaf 01-01-2021 één 'nieuw' toewijzingsbericht? - Naar aanleiding van de release vermelden, wat met deze variant gebeurt (wie doet wat)?	Alleen in geval van een nieuwe toewijzing staat alle relevante informatie hier in.	Nee	
14	Wat als na een 301/302 de cliënt toch géén zorg wil, op welke wijze geeft de zorgaanbieder dit door aan de gemeente? - Op welke wijze koppelt de aanbieder terug aan de gemeente dat de zorg niet van start gaat	Hiervoor is het stopbericht met een definitieve beëindiging de juiste manier.	Nee	
15	Bladzijde 11; bij bullet 'bij een startbericht (305-bericht) hoort altijd een stopbericht. Zonder startbericht kan niet gestopt worden.' - Hoort deze zin niet bij 6.2?	Dank voor uw reactie, dat is correct. Dit wordt aangepast	Ja	Zin verplaatst naar juiste paragraaf
16	Bladzijde 11; bij bullet 'bij het stoppen ..... (301-bericht)'.... - Hoort deze zin niet bij 6.2?	Dank voor uw reactie, dat is correct. Dit wordt aangepast	Ja	Zin verplaatst naar juiste paragraaf
17	Bladzijde 11; dat een startbericht aanwezig moet zijn, om te kunnen declareren is helder. In de EI standaarden staat dat je binnen de toewijzing moet declareren, en niet daar buiten. - Wat heeft een stopbericht te maken met het mogen declareren?	Stopberichten kunnen leiden tot een aanpassing van de einddatum in een toewijzingsbericht. Zoals u zelf ook aangeeft, kan er alleen binnen de toewijziging gedeclareerd worden.	Nee	
18	Bladzijde 11; bij 6.2, de zin 'bij specifiek toewijzen .... Gevuld' (tweede bullet). Ik begrijp deze zin niet. - Wat heeft deze te maken met 6.2?	Hierin volgen wij het SAP, het betreft eisen voor de correcte verwerking van de berichten.	Nee	

19	Bladzijde 15, 8.1. Waarom zou een aanbieder de einddatum verkorten? Dan doet de aanbieder toch een einde zorg? - Verduidelijken, of als het er niet toe doet uit het administratie protocol halen	Het kan voorkomen dat een aanbieder eerder dan gepland wil starten met een ander product. Dan kan deze wijziging worden aangevraagd.	Nee	
20	Ik maak uit hoofdstuk 8.1 op, dat de zorgregiomijov gaat werken met de 317/318, klopt dit?	Dit is correct.	Nee	
21	Hoofdstuk 8.2 pagina 16 onder het kopje verlengen van een toewijzing 'een verlenging van hulp- en ondersteuning onder de Wmo & MO/BW vraagt de cliënt altijd zelf aan bij de gemeentelijke toegang. Dit gebeurt buiten het berichtenverkeer om'. ; als de cliënt bij de Passerel in zorg is, zorgt onze persoonlijke begeleider (samen met de cliënt) voor de verlenging. Zij gaan bijvoorbeeld samen naar het WMO-loket. In de nieuwe situatie (2021) gaat onze persoonlijke begeleider zorgen voor een 317 (Verzoek om Wijziging). De 'Aanvulling "Verlenging waarbij ook het volume wijzigt", is wat mij betreft verwarrend en onduidelijk wat het doel is van deze passage. - Verduidelijken, of als het er niet toe doet uit het administratie protocol halen	Dit is onderdeel van het leerproces rondom dit bericht. Op basis van ervaringen kunnen we een nadere duiding geven.	Nee	
22	Bladzijde 26 derde bullet; de aanbieder kan op basis van de niet tijdige regels acties op papier zetten. Een voorwaarde is volgens mij om te zeggen 'op basis van periode X, met de volgende declaratieregels die te laat zijn, vraagt de gemeente om PvA te schrijven'. Als toevoeging zou ik graag zien, dat als de twee weken niet worden gehaald dat de aanbieder contact opneemt met gemeente om samen tot een nieuwe deadline te komen. - Verduidelijken	Indien een aanbieder voorziet dat de gestelde termijn te kort is voor een volledig plan van aanpak, kan een voorlopig plan worden ingediend. Daarover kunnen gemeente en aanbieder met elkaar in gesprek	Nee	
23	Worden de producten van Werkt Mee, specifiek of specifiek toegewezen? Als dit specifiek is, komt hiervan nog een apart administratieprotocol? (het concept wat er nu ligt is gericht op specifiek)	Deze producten worden specifiek toegewezen.	Nee	
24	1. De iStandaarden beschrijven de door het Zorginstituut vastgestelde berichten, bedrijfsregels en processen die verplicht moeten worden toegepast als gebruik wordt gemaakt van het landelijk berichtenverkeer iJw/iWmo. Zie ook <a href="https://i-socialdomein.nl/groups/view/57979317/groep-ketenmanagement/blog/view/57982147/release-30-vow-bericht-verplicht-of-optioneel">https://i-socialdomein.nl/groups/view/57979317/groep-ketenmanagement/blog/view/57982147/release-30-vow-bericht-verplicht-of-optioneel</a> In dit kader kunnen ook 315 berichten gebruikt worden. Nu wordt in hoofdstuk 4 315-berichten vallende onder Wmo en MO/BW uitgesloten, terwijl gebruik hiervan juist administratief lasten verlichtend zou kunnen werken. Dit kan gebruikt worden bij open beschikkingen, zoals omschreven staat in deze analyse van het Zorginstituut bij 2.2. <b>Voorbeeld:</b> Cliënten op de wachtlijst voor BW met een beschikking worden nu buiten het berichtenverkeer om gemeld als zij instromen. Een 315 bericht zou eenvoudig kunnen volstaan. Wij zouden hier graag gebruik van maken.	Dank voor uw reactie. Een Verzoek om Toewijzing is alleen van toepassing als er sprake is van een externe verwijzer. Dat is bij BW niet het geval.	Nee	
25	2. Hoofdstuk 5 Werkwijze toewijzing specifiek : Eén toewijzingsbericht omvat alle toewijzingen die op of na de aanmaakdatum geldig zijn. Moeten huidige toewijzingen worden geconverteerd? Hoe wordt dit in de praktijk verwerkt nu niet alle toewijzingen in één toewijzingsbericht zijn opgenomen?	Alleen in geval van een nieuwe toewijzing staat alle relevante informatie hier in.	Nee	
26	3. Hoofdstuk 5. Werkwijze toewijzing specifiek: Een toewijzing vervalt als niet binnen drie maanden een startbericht wordt gestuurd. In de praktijk wordt dit niet gevolgd. Gaat er toekomstig wel mee gewerkt worden? Volgt er dan een intrekking op deze toewijzing?	Het is ter discretie van de gemeente om te beslissen of een toewijzing vervalt als er niet binnen drie maanden gestart wordt met de zorg/hulpverlening. Dat kan verschillen per geval.	Nee	
27	4. Paragraaf 8.2 Verlengen van een toewijzing : Verlenging kan middels het VOW aangevraagd worden, deze passage is niet meer actueel, deze kan ons inziens verwijderd worden.	Dit is onderdeel van het leerproces rondom dit bericht. Op basis van ervaringen kunnen we een nadere duiding geven.	Nee	

28	<p>5. Paragraaf 14.3 Verbeteren tijdigheid declaraties : Wanneer sprake is van herhaaldelijk te laat binnengekomen declaraties die de termijn overschrijden, schrijft de gemeente de aanbieder aan. Deze aanschrijving bevat een termijn van twee weken waarbinnen de aanbieder een SMART plan van aanpak moet overleggen waarin de acties staan beschreven die de aanbieder gaat uitvoeren om het declaratieproces te verbeteren.</p> <p>De termijn van 2 weken is erg kort. De zorgaanbieder dient eerst een analyse te doen van de reden van de verlate declaraties alvorens gestart kan worden met een plan van aanpak. Hiervoor dienen alle regels individueel bekeken te worden. De ervaring in 2020 is dat hier ook onterechte regels in worden meegenomen. Wij stellen voor om deze termijn uit te breiden naar 6 weken.</p>	<p>Dank voor uw reactie. We herkennen dat twee weken aan de korte kant is, we zullen deze termijn verlengen</p>	<p>Ja</p>	<p>termijn wordt aangepast naar 4 weken</p>
29	<p>startbericht voorwaardelijk voor declaratie.</p> <p>Voor alle zekerheid willen we dit maar even checken want een GI werkt niet met de JW305 en JW307 berichten. In de bijlage het document hierover van het Zorginstituut Nederland. Dit document is ververs per 01-10-2020 en aangepast naar de nieuwe standaarden. Op blz. 5 staat ook dat een gemeente dit niet aan ons kan vragen.</p> <p>Graag ontvangen wij een bevestiging dat onze aannname klopt dat dit voor de GI ongewijzigd blijft.</p>	<p>Het klopt dat een GI niet verplicht kan worden gebruik te maken van start en stop berichten. Dit staat ook op pagina 11 van het administratieprotocol zo vermeld: Regieberichten zijn niet verplicht voor de producten die vallen onder de productcategorie 47: Jeugdreclassering en 48: Jeugdbescherming.</p>	<p>Nee</p>	
30	<p>Algemeen: Wat is de relatie met het document "instructie toewijzen SGGZ versie 2019"? Er zijn daarna nog nieuwe administratie protocollen ontwikkeld. Deze protocollen zijn niet op elkaar afgestemd. Wij verzoeken de regio deze werkwijzen te integreren en gaan er van uit dat het administratieprotocol leidend is. Daarnaast is het zeer onwenselijk om over elke ophoging te moeten afstemmen, dit is ook niet conform SAP. Wij onderschrijven de noodzaak om in specifieke complexe en hoog intensieve casussen tussentijds en bij intensivering van minder zorgintensieve casussen zo spoedig mogelijk af te stemmen met de gemeente. Dit is uit privacy oogpunt echter alleen mogelijk als patiënt (en/of zijn ouders) hier toestemming voor geven. Om elke patiënt op dit niveau bij ophogingen te bespreken geeft een enorme lastenverzwaring. Ook doen we hierbij een beroep op het vertrouwen tussen zorgaanbieder en gemeenten.</p>	<p>Het Standaard AdministratieProtocol bevalt onvoldoende nuance om aan de lokale wensen te kunnen voldoen. Daarom blijft de werkafpraak rondom toewijzen van SGGZ producten geldig.</p>	<p>Nee</p>	
31	<p>Betreft 2.3: In het SAP staat dat dat een aanbieder binnen 5 werkdagen na de beoordeling/intake een VOT (315 bericht verstuurt). Dit is binnen de huidige productstructuur en werkwijze bij MI-OV niet mogelijk. Binnen deze termijn is nog niet duidelijk of alleen diagnostiek wordt ingezet of dat behandeling volgt. Dit wordt ook benoemd door de regio in hoofdstuk 4. Voor sGGZ geldt dat het verzoek om toewijzing uiterlijk drie maanden + 5 werkdagen na start diagnostiek wordt ingediend. Graag een voetnoot plaatsen en verwijzen naar hoofdstuk 4.</p>	<p>Dank voor uw reactie, we zullen dit verduidelijken.</p>	<p>Ja</p>	<p>Tabel in paragraaf 2.3 wordt aangepast.</p>

32	<p>Betreft 4:</p> <p>1: In hoofdstuk 4 geeft MIJ-OV aan dat een zorgaanbieder geen 315-bericht niet gebruikt mag worden indien sprake is van een GI. In SAP staat het volgende: Bij een verwijzing door een huisarts, jeugdarts, medisch specialist of Gecertificeerde Instelling moet de aanbieder per Verzoek om Toewijzing in het bezit zijn van een verwijzing, afgegeven door de verwijzer aan de cliënt. In hoofdstuk 11 wordt een aanvulling gegeven: dat een SGGZ aanbieder wel een 315 bericht mag indienen. Dit is verwarrend. Graag ook benoemen in hoofdstuk 4.</p> <p>2: MI-OV geeft aan dat in een opvolgend verzoek om toewijzing een geldige verwijzing noodzakelijk is. De initiele verwijzing blijft geldig totdat cliënt uit zorg is. Dit betekent dat niet een nieuwe verwijsbrief noodzakelijk is bij het aanvragen van een verlenging. Dit is niet nodig en leidt tot extra administratieve lasten. Wat is de meerwaarde?</p> <p>3: Er wordt aangegeven dat intake niet declarabel is. Dit is tegenstrijdig, intake is de eerste direct-cliëntgebondentijd (m.u.v bij crisis en spoed). Te beginnen met de definitie 'intake'. In het contract en in onze werkwijze worden deze termen anders geïnterpreteerd. Wat jullie verstaan onder intake is bij ons onderdeel van de screening. Wij zien intake als uitgebreide diagnostiek en dat valt onder behandeling/diagnostiek. Deze tijd is declarabel.</p>	<p>1: De hoofdregel is dat als een GI de verwijzer is, de soort hulp al bepaald wordt, waardoor een gemeente enkel nog de toewijzing hoeft te sturen. In geval van SGGZ is er eerst sprake van een diagnosetraject, waarna een aanbieder de juiste hulp kan verzoeken. Om dit uitgebreid toe te lichten zorgt voor verwarring in hoofdstuk 4.</p> <p>2: Gemeenten mogen hierover afspraken maken, ook over de geldigheidsduur van de verwijzing. Deze zijn vastgelegd in de werkafspraken SGGZ.</p> <p>3: Zoals in de algemene voorwaarden ook is aangegeven bij de begripsbepalingen, is intake een kosteloos oriënterend face to face gesprek, en valt derhalve dus niet onder behandeling of diagnostiek.</p>	Nee	
33	<p>Betreft 6.1:</p> <p>In SAP staat het volgende: Startzorg- en Stopzorg berichten mogen niet worden aangemerkt als voorwaarde voor de verwerking van een declaratie. Wij zien graag een aanpassing.</p>	<p>Start en stop-berichten hebben een directe relatie tot de toewijzingsberichten. De toewijzingsberichten zijn bepalend voor de declaratie. De regieberichten hebben inderdaad geen directe relatie op declaraties. Dit wordt verduidelijkt</p>	Ja	Het woord geen wordt alsnog in de zin toegevoegd.
34	<p>Betreft 6.4:</p> <p>Dit is niet haalbaar voor SGGZ. Voorbeeld: bij farmacotherapie: er vindt niet elke maand contact plaats. Ook bij andere soorten behandelingen kan het voorkomen dat de frequentie minder intensief is maar de zorg loopt wel door. Het is niet wenselijk om tussentijds stopberichten te versturen. Dit leidt tot onnodige administratieve lasten. Artikel graag aanpassen waarbij uitzondering op de regel mogelijk is.</p>	<p>Deze paragraaf heeft betrekking op een situatie waarin zorg tijdelijk gestopt wordt. Dit is in uw geval niet aan de orde, waardoor een stopbericht niet noodzakelijk is.</p>	Nee	
35	<p>Betreft 7:</p> <p>De aanbieder declareert maandelijks, via een 323-bericht. Dit doet de aanbieder uiterlijk op de laatste dag van de opvolgende maand waarin de kosten conform het contract declarabel zijn. Dit is alleen mogelijk zodra de toewijzing is ontvangen, hierbij moet rekening gehouden worden met de termijn van 90+5 werkdagen, zie hiervoor punt 2.3 en hoofdstuk 4. Samenvattend: Een aanbieder declareert binnen 30 dagen na ontvangst v/d toewijzing. We zien dit graag aangepast.</p>	<p>Dank voor uw bericht, we zullen dit verduidelijken</p>	Ja	Verduidelijking in hoofdstuk 7
36	<p>Betreft 8.1:</p> <p>We gaan er van uit dat dit betekent dat het DVO formulier voor ophogingen (buiten het berichtenverkeer om) vervalst. Vanaf 01-01-2021 zullen wij voor verlengingen en ophogingen een VOW / 317 bericht sturen.</p>	<p>Deze werkwijze blijft vooralsnog bestaan. Het VOW is een nieuw bericht, waar we allenaal nog ervaring mee op moten doen.</p>	Nee	
37	<p>Betreft 8.2:</p> <p>Dit is niet gewijzigd t.o.v. het administratie protocol 2020. In de praktijk zien wij dat van deze werkwijze wordt afgeweken, zowel door aanbieder en gemeente. Karakter mag ook bij gemeentelijke verwijzingen een verlenging aanvragen via berichtenverkeer alvorens er contact is geweest met het wijkteam. Wij zien deze aanpassing graag terug in het protocol. Ditzelfde geldt voor ophogingen, een DVO formulier (buiten berichtenverkeer om) is vanaf 01-01-2021 niet meer van toepassing en kan aangevraagd worden via berichtenverkeer.</p>	<p>Deze werkwijze blijft vooralsnog bestaan. Het VOW is een nieuw bericht, waar we allemaal nog ervaring mee op moeten doen. Onderdeel van het leerproces kan zijn dat de DVO werkwijze komt te vervallen.</p>	Nee	

38	<p>p. 8 artikel 4. WERKWIJZE VERZOEK OM TOEWIJZING SPECIFIEK</p> <p>Wanneer deze aspecten akkoord zijn, verstrekt de gemeente middels het 301-bericht de toewijzing aan de zorgaanbieder.</p> <p>Wanneer een of meerdere aspecten niet akkoord zijn, gebruikt de gemeente een passende retourcode in het 316-bericht of overlegt de gemeente met de aanbieder hierover buiten het berichtenverkeer om als er geen passende retourcode is.</p> <p><u>Vraag:</u> U geeft aan dat de gemeente ook buiten het berichtenverkeer om overlegt als er geen passende retourcode is. De functionele retourcodes in versie 2.4 komen te vervallen. Aangezien het de bedoeling is dat communicatie overwegend binnen het berichtenverkeer dient plaats te vinden is het proces ons niet geheel duidelijk. Kunt u dit nader toelichten?</p>	<p>In principe moet het berichtenverkeer voldoen, en kan een 319 ingezet worden als een 316 niet toereikend is. Enkel in uiterste gevallen wordt buiten het berichtenverkeer om gecommuniceerd.</p>	Ja	<p>Verduidelijking over communicatie buiten berichtenverkeer om.</p>
39	<p>"Start- en stopberichten zijn voorwaarde voor de verwerking van een declaratie"</p> <p><u>Vraag:</u> kunt u aangeven waarom start- en stopberichten voorwaarde zijn voor de verwerking van een declaratie aangezien dit in strijd is met het SAP 'startzorg-bericht'?</p> <p>(Met het startbericht geeft de aanbieder aan de gemeente door wanneer hij gestart is met de levering van gecontracteerde zorg of ondersteuning. Het bericht is binnen het kader van het standaard administratieprotocol een regiebericht om de gemeente inzicht te geven in het daadwerkelijk plaatsvinden van de levering van zorg en ondersteuning. Er kunnen geen rechten ontleend worden aan dit bericht. Dit wil ook zeggen dat er geen afhankelijkheid met de betaling (declaratie) mag bestaan")</p>	<p>Start en stop-berichten hebben een directe relatie tot de toewijzingsberichten. De toewijzingsberichten zijn bepalend voor de declaratie. De regieberichten hebben inderdaad geen directe relatie op declaraties. Dit wordt verduidelijkt</p>	Ja	<p>Het woord geen wordt alsnog in de zin toegevoegd.</p>
40	<p>p. 15 artikel 8.1 BIJZONDERE GEBEURTENISSEN GEINITIEERD DOOR DE AANBIEDER</p> <p>Het VOW (317-bericht) kan voor de volgende verzoeken gebruikt worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einddatum verkorten of verlengen (bij gelijkblijvend volume)</li> <li>- Ingangsdatum aanpassen</li> <li>- Volume aanpassen</li> <li>- Product aanpassen</li> <li>- Aanvullend product aanvragen</li> </ul> <p>De aanbieder kan alleen met toestemming van de cliënt een verzoek om wijziging indienen.</p> <p><u>Vraag:</u> Het gebruik van het VOW (317) bericht lijkt een extra administratieve handeling met zich mee te brengen als mondelinge of schriftelijke toelichting op de wijziging wenselijk is, doordat het niet in het bericht zelf kan worden aangegeven. Kunt u aangeven waarom u toch kiest voor deze werkwijze mede gezien het feit dat het extra administratieve last oplevert?</p>	<p>Het VOW is een nieuw bericht, waar we allemaal nog ervaring mee moeten opdoen. Verder is het zo, dat een verzoek om een wijziging in principe een bijzondere gebeurtenis is, die we weloverwogen willen beantwoorden. Het kan inderdaad zijn dat daar overleg of onderzoek voor nodig is.</p>	Nee	