

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Studie over de uitwerking van indicatoren  
voor de responsabilisering m.b.t.  
de werkingskosten van de Zorgkassen**

Eva Pattyn  
Prof. dr. Paul Gemmel  
Prof. dr. Jeroen Trybou



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2017/01

SWVG-Rapport 01

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Studie over de uitwerking van indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten van de Zorgkassen

Promotor: Prof. dr. Paul Gemmel

Copromotor: Prof. dr. Jeroen Trybou

Onderzoekers: Eva Pattyn

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.



No material may be made public without an explicit reference to the source.

#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy</li><li>· Instituut voor Sociaal Recht</li><li>· HIVA Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving</li><li>· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid</li><li>· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel  Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>Universiteit Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement</li><li>· Vakgroep Publieke Governance, Management &amp; Financiën</li><li>· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg</li></ul>	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum OASeS, Departement Sociologie</li></ul>	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum voor Statistiek</li></ul>	
<b>Thomas More Hogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Opleiding Toegepaste Psychologie</li></ul>	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst onderzoek en dienstverlening</li></ul>	
<b>Hogeschool Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Mens en Welzijn</li></ul>	
<b>UC Leuven-Limburg</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Groep Gezondheid en Welzijn</li></ul>	

## Rapport

### MP03 - Studie over de uitwerking van indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten van de Zorgkassen

Onderzoeker: Eva Pattyn  
Promotor: Prof. dr. Paul Gemmel  
Copromotor: Prof. dr. Jeroen Trybou

## Samenvatting

Het project MP03 is een uitwerking van artikel acht van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016. In dit artikel worden de opdrachten van het Agentschap m.b.t. de Vlaamse sociale bescherming vastgelegd. Zo is het Agentschap o.a. verantwoordelijk voor de financiële responsabilisering en het toezicht op de Zorgkassen. Dit betekent dat het Agentschap instaat voor de controle op de Zorgkassen m.b.t. hun dienstverlening en daarnaast de mogelijkheid heeft om een financiële straf of beloning tegenover deze prestaties te plaatsen. De bedoeling van het project is om deze responsabilisering uit te werken a.d.h.v. indicatoren m.b.t. de werkingskosten van de Zorgkassen. Binnen het huidige project wordt er enkel gefocust op de uitvoering van de zorgverzekering en behoren de andere bevoegdheden (BOB en THAB) van de Zorgkassen niet tot scope van deze studie. Echter dient men wel in het achterhoofd te houden, dat een uitbreiding van de financiële responsabilisering naar deze bevoegdheden op lange termijn een mogelijkheid is.

De doelgroep van de responsabilisering zijn de Zorgkassen die instaan voor de dagdagelijkse werking en het dossierbeheer binnen de Vlaamse sociale bescherming. Het project heeft specifiek betrekking op de vijf mutualistische Zorgkassen (de CM-Zorgkas, de Neutrale Zorgkas Vlaanderen, de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten, de Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen en de Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen). Voor het proefdraaien van de indicatoren worden er echter resultaten getoond van zes Zorgkassen. Bij deze twee proefdraaien zijn de resultaten van de Vlaamse Zorgkas die ingericht wordt binnen het Agentschap, mee opgenomen. De Vlaamse Zorgkas is voornamelijk verantwoordelijk voor de ambtshalve aansluitingen.

In de uitvoering van de responsabilisering wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de Zorgkassen onderling. M.a.w. mag geen enkele Zorgkas bevooroordeeld worden ten opzichte van een andere speler. Echter dient men wel rekening te houden met de schaalgrootte van een Zorgkas bij de toepassing van een financiële straf of beloning. Gezien één Zorgkas de helft van het aantal bijdrageplichtige leden representeert en een andere slechts 3.00%, kan de implicatie van een financiële straf of beloning verschillen van Zorgkas tot Zorgkas. Het is niet de bedoeling om de uitvoering van het takenpakket voor een Zorgkas onmogelijk te maken wanneer een financiële bestraffing op hen wordt toegepast.

### **Algemene onderzoeksopzet**

In de eerste fase van het project werden de wetteksten doorgenomen om voldoende informatie te verkrijgen over de verschillende opdrachten van de betrokken spelers. Op die manier kon er worden nagegaan op welke manier de indicatoren de verschillende opdrachten van de Zorgkassen weerspiegelden. Daarnaast werd er gepeild naar de verwachtingen van het Agentschap naar het project toe. Behalve het lezen van wetteksten, werd er tevens gebruik gemaakt van een werkbezoek bij de Zorgkassen, overlegmomenten met het Agentschap en werk- en stuurgroepvergaderingen met alle betrokken spelers.

In een volgende fase werden de definities, de in- en exclusiecriteria en de methodologie van elke indicator op scherp gesteld. A.d.h.v. twee proefdraaien werd er nagegaan wat de resultaten waren van de Zorgkassen op de verschillende indicatoren en tevens welke oorzaken er gevonden konden worden voor fouten in de dataregistratie. Op die manier werd de definiëring van de verschillende indicatoren op punt gesteld, zodat de indicatoren meten wat zij behoren te meten (Fitsilis, 2006: pp. 187 & 190; Gemmel et al., 2016: p. 45; Vandaele & Gemmel, 2004: p. 161).

In de laatste fase van het project diende er a.d.h.v. de indicatoren een model opgesteld te worden dat het minimum aanvaardbare kwaliteitsniveau van de dienstverlening bepaalde. Er werden afspraken gemaakt over de te behalen normen/standaarden/serviceniveaus en de wijze waarop deze gekwantificeerd zullen worden. M.a.w. werd er bepaald welk kwaliteitsniveau de Zorgkassen dienen te behalen en hoe (methode, meetinstrumenten, e.d.) het prestatieniveau gemeten wordt. Het opgelegde prestatieniveau dient wel haalbaar te zijn voor de Zorgkassen. Dit betekent dat er geen onmogelijke inspanningen mogen verwacht worden van de Zorgkassen. Aan de andere kant dient het gehanteerde prestatieniveau wel een zeker niveau van kwaliteit te bevatten (Bouras & Sevasti, 2005: pp. 286-287; Dan et al., 2003; Fitsilis, 2006: pp. 187-188; Gemmel et al., 2016: pp. 42-43; Hiles, 1994: p. 14; Jain et al., 2002: pp. 171-172; Jin et al., 2002; Larson, 1998: p.128; Lehr & McKnight, 2002: p. 26; Liang & Atkins, 2013: pp. 1103-1104; Marilly et al., 2002: p. 57; Smith, 1995: p. 17; Vandaele & Gemmel, 2004: pp. 139-140 & 150-151; Wieder et al., 2011 geciteerd in Labidi et al., 2016: pp. 180-181; Zhu et al., 2012: p. 255).

### **Indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten: ontwikkeling en verloop**

Om de dienstverlening aan de burger door de verschillende Zorgkassen te kwantificeren, werd er een lijst met tien indicatoren opgesteld. Deze lijst werd door het Agentschap opgesteld, alvorens het project van start ging. De tien indicatoren omvatten de verschillende opdrachten van de Zorgkassen zoals omschreven in artikel 19 van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016 en hebben betrekking op de dagdagelijkse uitvoering van en het dossierbeheer binnen de zorgverzekering. Dit betekent dat de indicatoren peilen naar de inning van bijdragen, de beslissing over aanvragen en de uitvoering van de tenlastenemingen. Hierbij ligt de nadruk voornamelijk op het respecteren van de wettelijk opgelegde termijnen door de Zorgkassen.

De Zorgkassen verzamelen en registreren zelf gegevens over hun werking en leden, aangezien zij wettelijk verplicht zijn om deze data ter beschikking te stellen tijdens een controle en deze op geregelde tijdstippen te rapporteren aan het Agentschap (artikel 37 van het voorontwerp van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming; Vlaams Zorgfonds, 2016a; Vlaams Zorgfonds, 2016b). Sinds 2012 worden de gerapporteerde data van de Zorgkassen door het Agentschap geboekstaafd op het Digitaal Platform (Vlaams Zorgfonds, 2012: pp. 4-5).

Voor de berekening van de indicatoren en de analyse van de resultaten wordt er nauw samengewerkt met het Team *Gegevensbeheer* van het Agentschap, aangezien zij de nodige data ter beschikking kunnen stellen en zij na afloop van het project zullen instaan voor de gegevensverzameling en –analyse m.b.t. de indicatoren. Hierbij is besloten om tijdens het project de analyse van de gegevens zowel via SPSS als via een query in DP uit te voeren. Op die manier kan er nagegaan worden of men via de opgestelde query's dezelfde resultaten bekomt als bij de data-analyse in SPSS. Daarnaast wordt er ook nauw samengewerkt met het Team *Beleidsontwikkeling* van het Agentschap om na te gaan of de wetgeving correct geïnterpreteerd is en deze in de verfijningen en verduidelijkingen aan de definitie van een indicator gereflecteerd worden.

Naast de verschillende overlegmomenten met het Agentschap worden er ook regelmatig individuele werkbezoeken bij de Zorgkassen ingepland. Tijdens deze werkbezoeken wordt de gehanteerde methodologie en de bekomen resultaten met de Zorgkassen besproken. Zij kunnen op die manier aangeven welke fouten er aanwezig zijn in de dataregistratie en welke de mogelijke oorzaken hiervan zijn. Verder kunnen de Zorgkassen tevens vragen stellen of suggesties verlenen m.b.t het verdere verloop van het project.

#### **Indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten: eerste proefdraai**

De implementatie van de tien indicatoren is opgedeeld in drie fasen, aangezien de gegevens niet voor alle indicatoren onmiddellijk voorhanden zijn (i.e. indicatoren 1, 2, 5, 6, 8, 9 en 10). De indicatoren waarvoor er reeds gegevens beschikbaar waren (indicatoren 3, 4 en 7), werden berekend en geanalyseerd a.d.h.v. gegevens uit het verleden (aanvraagjaar 2015). Voor de indicatoren van de tweede fase (indicatoren 1, 2, 5 en 6) werden er nieuwe gegevensstromen opgezet zodat er een proefdraai kon plaatsvinden in april 2017. Uiteindelijk werd er besloten om de berekening en analyse van de indicatoren van de derde fase (indicatoren 8, 9 en 10) uit te stellen naar 2018. Het huidige project heeft dus betrekking op de indicatoren van de eerste en de tweede fase. Hierbij zouden de definitie, de gehanteerde in- en exclusiecriteria en methodologie voor de indicatoren 1 tot en met 7 vastgelegd worden, waarbij deze indicatoren in 2018 officieel geïmplementeerd kunnen worden. Voor de indicatoren uit de derde fase dient de eerste proefdraai afgewacht te worden, alvorens een beslissing genomen kan worden over de timing van de implementatie. Hieronder kan u de verschillende indicatoren terugvinden<sup>1</sup>.

Indicatoren voor de responsabilisering van de zorgkassen m.b.t. de werkingskosten	
1.	Tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden
2.	Gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieperiode
3.	Correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN (carens)
4.	Maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden
5.	Correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum
6.	Tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum
7.	Doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing

Uit de eerste proefdraai met de Fase I-indicatoren (hierboven aangeduid in het licht paars) kwam naar voren dat het algemeen gemiddelde (alle Zorgkassen samen) en het individueel gemiddelde (het gemiddelde van elke Zorgkas afzonderlijk) zich bij de verschillende (sub)indicatoren meestal binnen de wettelijk bepaalde termijn bevonden. Echter bij de berekening van de carenstijd voor een subonderdeel

<sup>1</sup> Voor meer informatie m.b.t. de definities van de indicatoren 1 tot en met 7 kan u bijlage drie raadplegen.

van indicator 3, de carenstijd bij automatische openingen van rechten, bleek het individueel gemiddelde van verschillende Zorgkassen afwijkend te zijn van de wettelijk opgelegde norm. Na een bespreking van deze resultaten met de Zorgkassen bleek dat zij de definitie m.b.t. deze indicator verkeerd begrepen hadden en daardoor een verkeerde datum geregistreerd hadden in hun rapportage aan het Agentschap. Dit betekent dat de resultaten m.b.t. dit onderdeel moeilijk geïnterpreteerd kunnen worden en er dus gewacht dient te worden op de resultaten van de tweede proefdraai om een correcte analyse te verlenen. Daarnaast was er ook bij een subonderdeel van indicator 4, de duurtijd bij de Katz-inschalingen afgenomen door de thuisverpleegkundigen bij personen jonger dan 75 jaar, een hoger gemiddelde dan wettelijk bepaald en dit zowel bij het individuele gemiddelde van enkele Zorgkassen als bij het algemene gemiddelde van alle Zorgkassen samen.

Verder kwam er uit de eerste proefdraai naar voren dat er verschillende overschrijdingen zijn van de wettelijk opgelegde termijn en dit bij alle geanalyseerde indicatoren en bij elke Zorgkas. Er is daarom geopteerd om het resultaat van een indicator te hercoderen naar een ordinale variabele<sup>2</sup>. Deze ordinale variabele kent drie categorieën: de wettelijk opgelegde termijn werd correct berekend, de wettelijk opgelegde termijn werd fout berekend en outliers. Er wordt dus tussen de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn een onderscheid gemaakt tussen outliers en cases die buiten de wettelijk opgelegde termijn vallen maar geen outlier zijn. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de uiterste grenzen van de wettelijk opgelegde periode of cases die onmogelijk zijn bv. een beslissingsdatum die voor een aanvraagdatum ligt. M.a.w. geven outliers de categorie weer van de extreme gevallen of cases waarbij de overschrijding van de wettelijke termijn een extreme waarde kent en de cases die ondenkbaar zijn.

Binnen het project werd er geopteerd om met een ordinale variabele te werken i.p.v. een binaire variabele<sup>3</sup> voor de indicatoren 3, 4 en 7, omdat er bij deze indicatoren werd vastgesteld dat bepaalde cases een grote foutenmarge hadden. Gezien outliers drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de wettelijk bepaalde grenzen en dus extreme waarden zijn, is het interessant om na te gaan hoe groot het aandeel is van deze gevallen in het totaal aantal cases. Daarnaast zijn outliers ook cases die onmogelijk zijn. Outliers kunnen daarom de Zorgkassen een indicatie geven van aanwezige technische problemen in hun IT-systemen of overdrachtskanalen.

Binnen elke indicator en bij elke Zorgkas werden er in de eerste proefdraai outliers teruggevonden, maar deze hadden weinig invloed op het gemiddelde. Bovendien lagen de behaalde totaalscores in het algemeen erg hoog bij de Zorgkassen. Eén Zorgkas scoorde zelfs 100.00% op twee indicatoren, indien de foute dataregistratie bij de automatische openingen van rechten bij indicator 3 buiten ogenschouw wordt gehouden.

---

<sup>2</sup> Een ordinale variabele is een variabele die bestaat uit verschillende categorieën en waarbij er tussen deze categorieën een rangorde bestaat. Deze rangorde kan bijvoorbeeld uitgedrukt worden van klein naar groot of in dit geval van een normale waarde naar een extreme of onmogelijke waarde. Het verschil tussen deze categorieën kan echter niet gevat worden in een getal, maar enkel met de termen 'meer of minder'. Eén van de bekendste voorbeelden van een ordinale variabele is de mate waarin iemand verbrand is (eerste, tweede of derde graad) (Baarda et al., 2011: p. 17; Field, 2009: p. 9).

<sup>3</sup> Een binaire variabele is een variabele die bestaat uit twee categorieën bv.: juist of fout, man of vrouw, ja of nee. In dit geval zou een binaire variabele bestaan uit de categorieën: de wettelijk opgelegde termijn werd correct berekend en de wettelijk opgelegde termijn werd fout berekend (Field, 2009: p. 8). M.a.w. bij een binaire variabele zou er geen categorie 'outliers' zijn, gezien deze opgenomen zouden zijn binnen de categorie 'de wettelijk opgelegde termijn werd fout berekend'.

**Indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten: tweede proefdraai**

Indicatoren voor de responsabilisering van de zorgkassen m.b.t. de werkingskosten	
1.	Tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden
2.	Gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieperiode
3.	Correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN (carens)
4.	Maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden
5.	Correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum
6.	Tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum
7.	Doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing

De resultaten van de tweede proefdraai zijn eerder gemengd. Bij sommige indicatoren bevinden het algemeen gemiddelde (alle Zorgkassen samen) en het individueel gemiddelde (het gemiddelde van elke Zorgkas afzonderlijk) zich binnen de wettelijk bepaalde termijn. Bij andere indicatoren overschrijden deze de wettelijk opgelegde termijn. Voor het algemeen gemiddelde is dit van toepassing bij indicator 4, specifiek bij de berekende duurtijd bij Katz-inschalingen van personen jonger dan 75 jaar en bij indicator 5 de correcte berekening van de eerste prestatieperiode. Voor het individuele gemiddelde van een Zorgkas heeft dit betrekking op indicator 2 de tijdige overdracht van dossiers van gemuteerde leden, indicator 3 bij de carenstijd van de automatische openingen van rechten, indicator 4 bij de berekende duurtijd van de Katz-inschalingen van personen jonger dan 75 jaar, indicator 5 de correcte berekening van de eerste prestatieperiode en indicator 6 bij de correcte berekening van de eerste betalingsmaand in de dossiers residentiële zorg. Na een bespreking met de Zorgkassen over de behaalde scores, werden er diverse oorzaken gevonden voor deze overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn bij de verschillende indicatoren. Onder andere werd er bij indicator 5 een misinterpretatie van de definitie vastgesteld, net als bij indicator 3. Bij indicator 2 waren er problemen geweest met de toegang tot SharePoint, waardoor bepaalde medewerkers de dossiers niet tijdig konden aanleveren. Bij indicator 4 en 6 werden er verschillende oorzaken gerapporteerd door de Zorgkassen.

Gezien er ook in de tweede proefdraai verschillende overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig waren, werd er geopteerd om te werken met een binaire of ordinale variabele. Bij indicatoren 1 en 2 wordt er gewerkt met een binaire variabele; de opgegeven datum is binnen de voorziene periode of niet. Bij indicatoren 3 tot en met 7 wordt er gebruik gemaakt van een ordinale variabele zoals in het vorige hoofdstuk reeds werd beschreven. Bij elke indicator en bij elke Zorgkas werden er overschrijdingen van de wettelijke termijn en outliers genoteerd. Echter blijken deze outliers weinig invloed te hebben op het gemiddelde. Daarnaast scoort één Zorgkas 100.00% op een onderdeel van indicator 3. Meerdere Zorgkassen scoren 100.00% op bepaalde onderdelen van indicator 4 en één Zorgkas behaalt zelfs 100.00% op alle onderdelen van indicator 4.

**Indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten: het model voor de responsabilisering**

Na de rapportage van de resultaten uit de tweede proefdraai werd er een model opgesteld m.b.t. de bepaling van de totale kwaliteitsscore van de Zorgkassen. Deze kwaliteitsscore wordt berekend a.d.h.v. het resultaat op de verschillende indicatoren. Hierbij wordt er rekening gehouden met de inhoud, het aantal dossiers en het belang van een indicator binnen de Vlaamse sociale bescherming voor de burger. Allereerst krijgen de indicatoren m.b.t. de bijdrageplicht en de indicatoren m.b.t. de tenlastenemingen eenzelfde gewichtsverdeling, namelijk 50/50. Daarnaast wordt er rekening gehouden met het aantal dossiers binnen een indicator en de impact van de indicator op de burger. Op basis hiervan werd een

model opgesteld waarbij momenteel indicator 1 50.00% vertegenwoordigt. Wanneer de indicatoren 8, 9 en 10 geïmplementeerd zullen worden, zal deze 50.00% verdeeld worden over deze vier indicatoren die de bijdrageplicht meten. Verder krijgen de indicatoren 4, 5 en 6 het meeste gewicht binnen de andere 50.00%. Indicator 7 wordt niet meegenomen in de bepaling van de kwaliteitsscore, gezien de Zorgkassen geen invloed hebben op deze indicator (afhankelijkheid van derden).

Met deze kwaliteitsscore wordt er verder gewerkt om het model van de responsabilisering op te stellen. Bij de responsabilisering wordt er gekeken naar de individueel behaalde totaalscore van een Zorgkas en op basis van deze totaalscore wordt de Zorgkas ingedeeld in een scoringscategorie. Deze scoringscategorie wordt gekoppeld aan een specifiek afdrachtspercentage bv.: als een Zorgkas 97,50% scoort, zal er een afdrachtspercentage van 5.00% worden toegepast. Echter wordt niet het volledige budget van een Zorgkas toebedeeld a.d.h.v. het responsabiliseringsmechanisme. Slechts een klein percentage van de werkingskosten van een Zorgkas wordt gesubsidieerd op basis van het responsabiliseringsmechanisme. Het overige en grootste deel van de werkingsmiddelen wordt toebedeeld op basis van het ledenaantal en het aantal tegemoetkomingen dat een Zorgkas heeft. Bij het opstellen van het model werd er geopteerd om te starten met een responsabiliseringsgraad van 5.00%. Deze responsabiliseringsgraad zal de volgende jaren verder stijgen naar analogie met het responsabiliseringsmechanisme van FAMIFED.

Elke Zorgkas verliest op basis van het toegepaste afdrachtspercentage middelen, tenzij men 99.00% scoort. Bij een score van 99.00% of meer bedraagt het afdrachtspercentage 0.00%. De middelen die de Zorgkas dient af te dragen op basis van de behaalde score, worden vervolgens volgens het ledenaantal en het aantal tenlastenemingen van een Zorgkas opnieuw herverdeeld over de Zorgkassen. De herverdeelde middelen worden daarbij toegevoegd aan de pot met de vergoeding van de werkingskosten van een Zorgkas. Van dit bedrag (originele subsidie + het herverdeelde bedrag) wordt het af te dragen bedrag in mindering gebracht. De middelen die daarna overblijven, na de aftrek van het af te dragen bedrag, zijn de middelen die een Zorgkas ontvangt dat jaar. Op die manier wordt de Zorgkas bestraft bij een slechte score en beloond bij een goede score (t.o.v. de andere Zorgkassen). Er werd voor deze methode geopteerd omdat de responsabilisering voor het Agentschap een budgetneutrale oefening diende te zijn. Door de af te dragen middelen opnieuw te herverdelen over de Zorgkassen bevat het responsabiliseringsmechanisme niet alleen een bestraffend luik, maar is er ook een belonend effect aanwezig.



## Inhoud

<b>Situering van de Vlaamse sociale bescherming en het project MP 03</b>	<b>15</b>
1 Relatie Agentschap en Zorgkassen	15
2 Situering van het project	17
<b>Hoofdstuk 1 Methode</b>	<b>19</b>
1 De algemene onderzoeksopzet: voorbereidende fase	19
2 De algemene onderzoeksopzet: gegevensverzameling en verwerking	20
3 De deelnemers en de setting	22
4 Het gebruikte materiaal, de gebruikte technieken en methodes	23
5 De gebruikte statistische technieken	25
<b>Hoofdstuk 2 De eerste proefdraai (oktober-november 2016): definiëring, methodologie en resultaten</b>	<b>27</b>
1 Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden	29
1.1 In- en exclusiecriteria	29
1.2 Methodologie	29
1.3 Resultaten	30
1.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	30
2 Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN	31
2.1 In- en exclusiecriteria	31
2.2 Methodologie	32
2.3 Resultaten	32
2.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	34
3 Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden	36
3.1 In- en exclusiecriteria	37
3.2 Methodologie	37
3.3 Resultaten	38
3.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	41
4 Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing	42
4.1 In- en exclusiecriteria	42
4.2 Methodologie	43
4.3 Resultaten	43
4.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	45

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>De tweede proefdraai (april-mei 2017): definiëring, methodologie en resultaten</b>	<b>47</b>
1	Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden	50
1.1	In- en exclusiecriteria	50
1.2	Methodologie	50
1.3	Resultaten	51
1.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	51
2	Indicator 2: gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieperiode	52
2.1	In- en exclusiecriteria	52
2.2	Methodologie	52
2.3	Resultaten	53
2.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	53
3	Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN	54
3.1	In- en exclusiecriteria	54
3.2	Methodologie	55
3.3	Resultaten	55
3.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	57
4	Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden	57
4.1	In- en exclusiecriteria	58
4.2	Methodologie	59
4.3	Resultaten	60
4.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	62
5	Indicator 5: correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum	62
5.1	In- en exclusiecriteria	63
5.2	Methodologie	63
5.3	Resultaten	64
5.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	65
6	Indicator 6: tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum	66
6.1	In- en exclusiecriteria	66
6.2	Methodologie	66
6.3	Resultaten	67
6.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	68

7	Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing	69
7.1	In- en exclusiecriteria	70
7.2	Methodologie	70
7.3	Resultaten	71
7.4	Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers	72
<b>Hoofdstuk 4 Definitieve versie van de indicatoren 1 tot en met 7</b>		<b>73</b>
1	Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden	73
2	Indicator 2: gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatie ronde	74
3	Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN	75
4	Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden	76
5	Indicator 5: correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum	77
6	Indicator 6: tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum	78
7	Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing	79
8	Indicator 8: Tijdig verstuurdde rappelbrieven naar bijdrageplichtige leden die niet betaalden in het voorjaar, Indicator 9: Rappelbrieven met opvragen correct aantal achterstallige bijdragen en Indicator 10: Aangetekende brieven met correcte aantal achterstallige bijdragen	80
<b>Hoofdstuk 5 Verdere verloop van het project: bepalen van de serviceniveaus</b>		<b>81</b>
1	Algemene resultaten na de eerste proefdraai	81
2	Algemene resultaten na de tweede proefdraai	82
3	Bepaling van de gewichten per indicator: totale kwaliteitsscore	84
4	Model met de financiële implicaties: denkoefening	87
5	Model met de financiële implicaties: definitieve versie	88
<b>Hoofdstuk 6 Conclusie</b>		<b>91</b>
<b>Referentielijst</b>		<b>93</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>97</b>
	Bijlage 1: Projectfiche verstuurd naar de Zorgkassen voor de eerste stuurgroepvergadering van 5 oktober 2016	99
	Bijlage 2: Vooropgestelde indicatoren aan de start van het project	103
	Bijlage 3: Definitieve vorm van de indicatoren	107
	Bijlage 4: Informed consentformulier	111
	Bijlage 5: Vragenlijst gebruikt tijdens het werkbezoek bij de Zorgkassen	115
	Bijlage 6: Vragenlijst gebruikt tijdens het werkbezoek bij FAMIFED	117

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Algemene resultaten van de onderzochte indicatoren	28
Tabel 2	Resultaten van de analyses voor een normaalverdeling	28
Tabel 3	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: aanvragen	33
Tabel 4	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: automatische openingen van rechten	33
Tabel 5	Indicator 3: vergelijking attesten: aanvragen	35
Tabel 6	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: indicatiestellingen en kine-E	39
Tabel 7	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: attesten gezinszorg	39
Tabel 8	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij nul tot 74-jarigen	40
Tabel 9	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij 75-jarigen of ouder	41
Tabel 10	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: aanvragen	44
Tabel 11	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: automatische openingen van rechten	44
Tabel 12	Indicator 7: vergelijking indicatiestellingen: aanvragen	46
Tabel 13	Indicator 7: vergelijking indicatiestellingen: automatische openingen van rechten	46
Tabel 14	Algemene resultaten van de onderzochte indicatoren	48
Tabel 15	Resultaten van de analyses voor een normaalverdeling	49
Tabel 16	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 1	51
Tabel 17	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 2	53
Tabel 18	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: aanvragen	56
Tabel 19	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: automatische openingen van rechten	57
Tabel 20	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: indicatiestellingen en kine-E	60
Tabel 21	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: attesten gezinszorg	61
Tabel 22	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij nul tot 74-jarigen	61
Tabel 23	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij 75-jarigen of ouder	62
Tabel 24	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 5: aanvragen	64
Tabel 25	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 5: automatische openingen van rechten	65

Tabel 26	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 6: mantel-en thuiszorg	68
Tabel 27	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 6: residentiële zorg	68
Tabel 28	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: aanvragen	71
Tabel 29	Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: automatische openingen van rechten	72
Tabel 30	Resultaten per onderdeel van een indicator	81
Tabel 31	Resultaten per indicator volgens een gelijke verdeling van gewicht	82
Tabel 32	Resultaten per indicator volgens het aantal cases per subindicator	82
Tabel 33	Resultaten per onderdeel van een indicator	83
Tabel 34	Resultaten per indicator	83
Tabel 35	Resultaten van de factoranalyse	84
Tabel 36	Aantal dossiers per indicator	85
Tabel 37	Model met de gewichten per indicator	86
Tabel 38	Berekening responsabiliseringsbedrag per Zorgkas	89
Tabel 39	Gekoppeld afdrachtspercentage per scoringscategorie	89
Tabel 40	Herverdelingsmechanisme op basis van de grootte van een Zorgkas	90
Tabel 41	Bepaling van de uiteindelijke subsidie	90

## Lijst Figuren

Figuur 1	Onderlinge verhouding van de Zorgkassen qua ledenaantal	22
Figuur 2	Vereenvoudigd organogram m.b.t. het project	23
Figuur 3	Tijdslijn indicator 1	29
Figuur 4	Tijdslijn indicator 3	31
Figuur 5	Tijdslijn indicator 4	36
Figuur 6	Tijdslijn indicator 7	42
Figuur 7	Tijdslijn indicator 1	50
Figuur 8	Tijdslijn indicator 2	52
Figuur 9	Tijdslijn indicator 3	54
Figuur 10	Tijdslijn indicator 4	58
Figuur 11	Tijdslijn indicator 5	62
Figuur 12	Tijdslijn indicator 6	66
Figuur 13	Tijdslijn indicator 7	69
Figuur 14	Tijdslijn indicator 1 met 1a = de tijdslijn voor de uitnodiging tot betaling (brieven) en 1b = de tijdslijn voor poging tot innen (domiciliëringen)	73
Figuur 15	Tijdslijn indicator 2	74
Figuur 16	Tijdslijn indicator 3	75
Figuur 17	Tijdslijn indicator 4	76
Figuur 18	Tijdslijn indicator 5	77
Figuur 19	Tijdslijn indicator 6	78
Figuur 20	Tijdslijn indicator 7	79
Figuur 21	Inhoudelijke bepaling van de indicatoren	85
Figuur 22	Tijdslijn bij een goedgekeurde tenlasteneming	85

# Situering van de Vlaamse sociale bescherming en het project MP 03<sup>4</sup>

## 1 Relatie Agentschap en Zorgkassen

De Vlaamse zorgverzekering zag het levenslicht in 2001 (Vlaams Zorgfonds, 2002: p. 3) en heeft als doel om de burger te verzekeren tegen kosten van niet-medische aard. De zorgverzekering bestaat uit een forfaitaire tegemoetkoming van 130 euro per maand en vergoedt alle kosten die gepaard gaan met een verlies aan zelfredzaamheid. Zo kan men de vergoeding gebruiken om de eigen bijdragen voor de zorgkosten in ambulante, semi-residentieel en residentieel verband te betalen (Vlaams Zorgfonds, 2015: p. 4). Deze dienstverlening wordt aangeboden door verschillende zorgverstrekkers bv.: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, oppashulp, woonzorgcentra, ... Daarnaast kan men de tegemoetkoming ook gebruiken voor het vergoeden van een mantelzorger of andere kosten. De gerechtigde hoeft namelijk geen verantwoording af te leggen voor de kosten waaraan hij/zij de vergoeding besteedt. M.a.w. mag men het bedrag vrij spenderen aan de kosten die gepaard gaan met het verlies aan zelfredzaamheid. Op die manier dient de burger de verschillende uitgaven niet volledig zelf te financieren.

In 2016 heeft de Vlaamse Overheid een decreet opgesteld m.b.t. de Vlaamse sociale bescherming, namelijk het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016. Voortbouwend op de Vlaamse zorgverzekering, worden hierin de nieuwe onderdelen van zorg opgenomen die zijn overgeheveld naar de Vlaamse Regering. Vanwege de 6<sup>de</sup> staatshervorming zijn er verschillende federale materies overgedragen aan de deelstaten (de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen, tegemoetkomingen voor WZC, ...) en het doel is om deze nieuwe componenten onder te brengen binnen de Vlaamse sociale bescherming naast de reeds bestaande bevoegdheden van Vlaanderen zoals de zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap, de gezinszorg, ...

De overdracht van de federale bevoegdheden en de koppeling met de reeds bestaande componenten kennen een gefaseerd verloop. In een eerste fase werd de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap en de Vlaamse zorgverzekering opgenomen in de Vlaamse sociale bescherming. Hiervoor werd er een uitvoeringsbesluit opgesteld, welke de uitvoering van de voorgenoemde onderdelen bepaalt. Momenteel zijn de THAB, de BOB en de zorgverzekering al in werking getreden, waarbij de Zorgkassen fungeren als uniek loket voor de burger en zorgen voor de uitvoering van deze financiële tegemoetkomingen. De andere overgedragen bevoegdheden kennen een overgangsfase die loopt tot 1 januari 2019. Dit betekent dat er nu en in de komende jaren nog verschillende nieuwe ontwikkelingen zullen plaatsvinden.

---

<sup>4</sup> Het rapport werd geschreven op basis van voorontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. Memorie van toelichting (DOC.0590-3TER), het ontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming, (DOC.0590-2TER), het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming (DEC.0042), het voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet (DOC.0867/2TER), de handleiding zorgverzekering (Vlaams Zorgfonds, 2016a), de bijlage bij de handleiding (Vlaams Zorgfonds, 2016b) en de conceptnota (De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, s.d.). Alle gegevens uit het rapport zijn dus afkomstig uit deze documenten, tenzij dit anders wordt aangegeven.

Binnen de Vlaamse sociale bescherming zijn er twee belangrijke spelers aanwezig, die elk een specifieke opdracht kennen. Het verzekeringssysteem van de Vlaamse sociale bescherming wordt immers uitgevoerd door meewerkende instellingen zonder winstoogmerk, namelijk de Zorgkassen. *“De Zorgkas int de bijdrage, informeert de gebruiker, behandelt de aanvraag, waarborgt de dossieropvolging, beoordeelt of aan de voorwaarden voldaan is, beslist en betaalt uit conform het decreet en zijn uitvoeringsbesluiten. [...] In dit kader responsabiliseren we de Zorgkassen en bewaken we een uniforme werking. Er wordt een besluit uitgewerkt waarin de parameters en het systeem van responsabilisering worden opgenomen.”*<sup>5</sup> Dit betekent dat de Zorgkassen de concrete uitvoering van de zorgverzekering waarborgen, terwijl het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming verantwoordelijk is voor de beleidsvoorbereiding en de controle op de Zorgkassen. Verder dient het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming te zorgen voor de nodige financiële middelen voor de Zorgkassen, zodat zij hun taak naar behoren kunnen uitvoeren. Het Agentschap is dus verantwoordelijk voor het financieren van de werking van de Zorgkassen en van de tegemoetkomingen uitbetaald door de Zorgkassen, voor de controle en voor de budgetbewaking.

In het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016 wordt er in punt één en vier van artikel acht vermeld dat het Agentschap de financiering van de tegemoetkomingen die toegekend zijn in het kader van de zorgverzekering, dient te waarborgen en dat het Agentschap instaat voor de subsidies aan de Zorgkassen. De vorm van deze subsidies wordt omschreven in artikel 22 en bestaat uit zowel een bedrag voor de effectieve tegemoetkomingen als een forfaitair bedrag voor de administratieve werkingskosten van de Zorgkassen.

In artikel acht, punt twee van datzelfde decreet wordt aangekondigd dat het Agentschap als taak heeft om *de Zorgkassen financieel te responsabiliseren en toezicht te houden op hen*. Artikel 37, paragraaf twee van het voorontwerp van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, geeft een toelichting over deze controle. Elke Zorgkas dient namelijk inzage te verlenen in de verzamelde data m.b.t. de aansluitingen en de tenlastenemingen aan zowel het Agentschap als de Zorginspectie. Meer informatie m.b.t. deze data werd vastgelegd in artikel 37, paragraaf één van datzelfde voorontwerp. Het Agentschap heeft dus het recht om de controle op de uitvoering van de dienstverlening te organiseren en bij de Zorgkassen na te gaan of zij hun taken volgens het wetgevende kader uitvoeren. Het Agentschap werkt hiervoor nauw samen met de Zorginspectie; deze laatste voert jaarlijks controles uit bij de Zorgkassen (Vlaams Zorgfonds, 2015: p. 17). Deze controle bestaat uit twee delen; eerst wordt er onderzocht of de geldende wetgeving in interne procedures vervat zit bij elke Zorgkas. Daarna gaat een inspecteur ter plaatse om na te gaan hoe deze procedures in de praktijk worden toegepast. Op basis van deze controle wordt er individueel aan elke Zorgkas een rapport bezorgd met de vaststellingen en aandachtspunten m.b.t. de gecontroleerde items. Dit verslag wordt tevens aan het Agentschap bezorgd, nadat de Zorgkas de mogelijkheid heeft gehad om opmerkingen m.b.t. het verslag door te geven aan de Zorginspectie. Daarnaast wordt er jaarlijks een geanonimiseerd jaarverslag bezorgd aan het Agentschap dat de algemene vaststellingen en aandachtspunten opsomt (Zorginspectie, 2010; Zorginspectie, 2011; Zorginspectie, 2012; Zorginspectie, 2014; Zorginspectie, 2015; Zorginspectie, 2016).

---

<sup>5</sup> Voorontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. Memorie van toelichting (DOC.0590-3TER)



## 2 Situering van het project

Zoals reeds aangehaald, is het Agentschap wettelijk verplicht om de werking van de Zorgkassen te controleren. Het huidige project vertrekt vanuit deze insteek, namelijk vanuit artikel acht, punt twee van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016. Het project heeft dus betrekking op *de financiële responsabilisering van de Zorgkassen m.b.t. hun werkingskosten*. Deze responsabilisering wordt uitgevoerd *a.d.h.v. indicatoren*, die door het Agentschap werden opgesteld alvorens het project van start ging. De indicatoren belichamen (een deel van) de kerntaken van de Zorgkassen zoals omschreven in artikel 19 van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016 en hebben betrekking op de dagdagelijkse werking van de zorgverzekering. Na dit project zal er geleidelijk verder worden gebouwd op dit model overeenkomstig de verdere inkanteling van nieuwe bevoegdheden. Momenteel heeft het project enkel betrekking op de zorgverzekering en zijn de indicatoren gebaseerd op de gegevens die de Zorgkassen verzamelen in functie van de uitvoering van deze. De opdrachten van de Zorgkassen m.b.t. de zorgverzekering bestaan uit het optreden als een uniek loket voor alle vragen over dossiers en de bestaande rechten binnen de Vlaamse sociale bescherming, het aanvragen, onderzoeken en beslissen over de tegemoetkomingen, het uitvoeren van de tegemoetkomingen, het registreren en rapporteren van gegevens, het innen van de bijdragen bij haar leden en ten slotte het beheren van haar financiële reserves.

*Het doel van het project is om de vastgelegde indicatoren te valideren en de gehanteerde definities te verduidelijken.* Er worden m.a.w. geen nieuwe indicatoren opgesteld, maar aanpassingen aan de huidige indicatoren om hun definiëring en inhoud te verfijnen zijn wel mogelijk. Ook kunnen er aanbevelingen worden gegeven naar aspecten in de zorgverzekering, die eerder onderbelicht zijn en eventueel opgenomen kunnen worden als extra indicator. Echter dient er steeds rekening gehouden te worden met de financiële implicaties van aanpassingen aan of verbredingen van de lijst van indicatoren. Ten slotte dient men de huidige en toekomstige ontwikkelingen binnen de Vlaamse sociale bescherming in het achterhoofd te houden, gezien deze materie volop in evolutie is door de indaling van verschillende bevoegdheden m.b.t. zorgverlening en zorgondersteuning.

Het hoofddoel van de indicatoren is om de Zorgkassen te responsabiliseren. *Afhankelijk van het behaalde resultaat zal een Zorgkas dus een financiële beloning of straf ontvangen.* Echter dient men rekening te houden met de implicaties van deze straf of beloning op de Zorgkas, aangezien de bijdrageplichtige leden niet evenwichtig verspreid zijn over de Zorgkassen. Eén Zorgkas representeert namelijk de helft van de verplicht aan te sluiten bijdrageplichtigen, terwijl een andere Zorgkas slechts 3.00% van het totaal aantal leden vertegenwoordigt (Vlaams Zorgfonds, 2015: p. 7). Voor deze organisaties zal de impact van een financiële straf of beloning anders zijn.

Zowel het Agentschap als de Zorgkassen werden in het project betrokken. Hierbij gaf het Agentschap de aanzet tot het ontwerp van de responsabilisering. Zo bepaalde het Agentschap welke indicatoren gebruikt zouden worden samen met een voorstel tot responsabilisering. De Zorgkassen werden aangesproken om de nodige gegevens aan te leveren voor het proefdraaien van de indicatoren en de haalbaarheid van het project af te toetsen. Op die manier zijn de opzet en het doel van de responsabilisering vanaf het begin voor alle betrokkenen duidelijk. Daarnaast kennen de Zorgkassen de vooropgestelde standaarden en weten zij dus hoe de responsabilisering de volgende jaren verder zal uitgebouwd worden. De Zorgkassen dienen te voldoen aan een bepaalde standaard indien zij geen bestraffing wensen te verkrijgen. Echter dienen de vastgelegde normen haalbaar te zijn voor de

Zorgkassen en mogen deze dus geen onmogelijke of onrealistische inspanningen omvatten. De algemene opzet van het project wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk één.

Verder wordt er in hoofdstuk één meer informatie gegeven over de deelnemers en de setting, het gebruikte materiaal, de gebruikte technieken en methodes en de gebruikte statistische technieken. In hoofdstuk twee worden de voorlopige definities van de indicatoren uit de eerste fase en de resultaten van de eerste proefdraai besproken. In hoofdstuk drie worden daarna de resultaten van de tweede proefdraai getoond. In hoofdstuk vier worden de vastgelegde definities van de indicatoren 1 tot en met 7 beschreven. Daarna behandelt hoofdstuk vijf het model van de responsabilisering. Hierbij wordt er zowel aandacht geschonken aan het proces dat voorafging aan de bepaling van het uiteindelijke model als het model zelf. Ten slotte vormt hoofdstuk zes een kort besluit m.b.t. het project.

# Hoofdstuk 1

## Methode

### 1 De algemene onderzoeksopzet: voorbereidende fase

Bij de start van het project werd de context van de Vlaamse sociale bescherming in kaart gebracht. Hierbij werd er bestudeerd hoe de verschillende spelers zich tot elkaar verhouden, op welke dienstverleningsprocessen het project betrekking heeft en wat de verwachtingen van het Agentschap naar het onderzoeksteam waren. Daarnaast werd er gekeken naar de definiëringen die reeds door het Agentschap waren geformuleerd a.d.h.v. de vooropgestelde indicatoren. Op basis van deze kon het plan van aanpak en de te volgen methodologie bepaald worden (Dan et al., 2003; Gemmel et al., 2016: pp. 44-45; Hiles, 1994: p. 14; Labidi et al., 2016: p. 180; Larson, 1998: pp. 129 & 132; Marilly et al., 2002: p. 61; Smith, 1995: p. 19; Trienekens et al., 2004: p. 54; Vandaele & Gemmel, 2004: pp. 157-160).

In de eerste fase werden de verkregen *wetteksten* grondig nagelezen om een beeld te vormen over de wettelijke normering en de organisatie van de Vlaamse sociale bescherming. Het Agentschap verleende namelijk alle wetgevende documenten m.b.t. de zorgverzekering (het decreet, de besluiten, de handleiding en bijlagen bij deze teksten) aan het onderzoeksteam van de UGent. Het doel was om meer inzicht te verkrijgen in de werking van de Zorgkassen en de relatie tussen het Agentschap en de Zorgkassen. Op die manier kon het onderzoeksteam nagaan wat de taken zijn van de Zorgkassen en van het Agentschap en welke concrete opdrachten zij dienen uit te voeren. De verkregen documentatie werd daarna in een samenvattend overzicht gegoten om een definiëring en omschrijving van de wettelijk opgelegde taken op te stellen en te vergelijken met de inhoud van de vooropgestelde indicatoren. A.d.h.v. deze informatie werd er een plan van aanpak opgesteld en werd de methode verder verfijnd en aangepast aan de context van het project bij de Vlaamse Sociale Bescherming.

Daarnaast werden de *jaarverslagen van de zorginspectie* gelezen om na te gaan hoe de controles bij de Zorgkassen plaatsvinden en welke aandachtspunten er in het verleden naar voren kwamen. Deze jaarverslagen zijn geanonimiseerd en geven een algemeen beeld van de (eerder) aanwezige knelpunten binnen de zorgverzekering. Hierbij wordt er voornamelijk gefocust op de aspecten waarin er grote verschillen tussen de Zorgkassen onderling werden geconstateerd (Zorginspectie, 2010; Zorginspectie, 2011; Zorginspectie, 2012; Zorginspectie, 2014; Zorginspectie, 2015; Zorginspectie, 2016). Deze jaarrapporten werden tevens gebruikt bij het opstellen van de vragenlijst voor het werkbezoek bij de Zorgkassen, gezien er in de verslagen melding werd gemaakt van problemen met het IT-systeem van het Agentschap (namelijk foute interpretatie bij de registratie van gegevens bij de Zorgkassen en problemen met de toegang tot het systeem). Gezien de indicatoren opgesteld worden a.d.h.v. de gerapporteerde data door de Zorgkassen aan het Agentschap, is dit een cruciaal element binnen het project.

Een tweede belangrijk aspect tijdens de voorbereidende fase waren de *werkbezoeken*. In de beginfase van het project plande het onderzoeksteam bij de Zorgkassen een werkbezoek in om te onderzoeken hoe de wettelijk opgelegde taken in de praktijk uitgevoerd werden. De werkbezoeken vonden plaats in de week van maandag 14 november tot en met vrijdag 18 november 2016. De Zorgkassen werden voor de start van het interview gevraagd om een informed consentformulier te ondertekenen (zie bijlage vier). Verder werd er a.d.h.v. de wetgeving m.b.t. de zorgverzekering (DEC.0042; DOC.0867/2TER; Vlaams Zorgfonds, 2016a; Zorgfonds, 2016b; De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en

Gezin, s.d.), de projectfiche van het onderzoek (zie bijlage één), de vooropgestelde indicatoren (zie bijlage twee) en de jaarverslagen van de zorginspectie (Zorginspectie, 2010; Zorginspectie, 2011; Zorginspectie, 2012; Zorginspectie, 2014; Zorginspectie, 2015; Zorginspectie, 2016) een vragenlijst samengesteld (zie bijlage vijf). Met deze vragenlijst wilde het onderzoeksteam meer inzicht verkrijgen in de verschillende werk- en dienstverleningsprocessen. Op die manier werden de Zorgkassen individueel bevraagd over de praktische uitvoering van hun taken, de problemen die zij ondervinden tijdens de dienstverlening, de methode van en problemen met de datacollectie en dataregistratie bij de Zorgkassen en de financiële en menselijke implicaties van het invoeren van de responsabilisering a.d.h.v. indicatoren. Daarnaast werd ook de haalbaarheid van de gegevensverzameling voor de verschillende indicatoren bevraagd en werd het vooropgestelde plan van aanpak en de gehanteerde methodologie, zoals voorgesteld op de stuurgroep van 5 oktober 2016, nogmaals overlopen met de Zorgkassen.

Ten slotte werd er een werkbezoek ingepland bij FAMIFED op dinsdag 22 november 2016. FAMIFED heeft in 1999 een nieuwe controlemethodiek geïmplementeerd die gebaseerd is op een representatieve steekproeftrekking. Aangezien deze nieuwe methodiek een verandering heeft teweeggebracht in de manier van werken bij het controleorgaan, werd er een werkbezoek ingepland om na te gaan wat de gevolgen waren van de ontwikkeling en implementatie van deze nieuwe controlemethodiek. Ook werd er gevraagd naar het plan van aanpak bij FAMIFED en de problemen waarop men gestuit was. Voor dit werkbezoek werd er op voorhand een vragenlijst opgesteld (zie bijlage zes). Op die manier kreeg het onderzoeksteam een beter beeld van de mogelijke consequenties die een procesverandering met zich kan meebrengen en met welke factoren men rekening dient te houden.

## **2 De algemene onderzoeksopzet: gegevensverzameling en verwerking**

In de tweede fase werden de inhoudelijke aspecten van de werkprocessen en de te behalen kwaliteit binnen de dienstverlening bepaald. M.a.w. ging men naast de definiëring van de werkprocessen tevens de gewenste normen/standaarden vastleggen. Het doel is om het minimum aanvaardbare niveau van kwaliteit te definiëren en te kwantificeren. Hierbij werden er afspraken opgesteld over de te bereiken standaard en de wijze waarop deze gekwantificeerd zou worden. M.a.w. werd er bepaald welk kwaliteitsniveau men dient te behalen en hoe (methode, meetinstrumenten, e.d.) het prestatieniveau gemeten zal worden. Echter dient het verwachte prestatieniveau haalbaar te zijn en mogen er dus geen onmogelijke inspanningen verwacht worden. Anderzijds dient het prestatieniveau wel een zeker niveau van kwaliteit te omvatten (Bouras & Sevasti, 2005: pp. 286-287; Dan et al., 2003; Fitsilis, 2006: pp. 187-188; Gemmel et al., 2016: pp. 42-43; Hiles, 1994: p. 14; Jain et al., 2002: pp. 171-172; Jin et al., 2002; Larson, 1998: p.128; Lehr & McKnight, 2002: p. 26; Liang & Atkins, 2013: pp. 1103-1104; Marilly et al., 2002: p. 57; Smith, 1995: p. 17; Vandaele & Gemmel, 2004: pp. 139-140 & 150-151; Wieder et al., 2011 geciteerd in Labidi et al., 2016: pp. 180-181; Zhu et al., 2012: p. 255).

Op basis van deze gegevens werd er een voorontwerp opgesteld, waarop men nog feedback kon geven. Het voorontwerp kon nog worden aangepast aan de bedenkingen of vragen die bij de verschillende spelers en hun achterban leven (Gemmel et al., 2016: pp. 73-74; Rubin et al., 2001: p. 490; Trienekens et al., 2004: p. 47). A.d.h.v. dit voorontwerp werd er een proefdraai opgesteld voor de verschillende indicatoren en het responsabiliseringsmodel. Op die manier kon het onderzoeksteam nagegaan welke scores de verschillende Zorgkassen reeds behaalden en welke fouten in de dataregistratie er naar voren komen. Daarnaast werd er nagegaan of het model meet wat het behoort te meten (Dan et al., 2003;

Fitsilis, 2006: pp. 190-191; Gemmel et al., 2016: p. 45; Labidi et al., 2016: p. 180; Marilly et al., 2002: p. 61; Vandaele & Gemmel, 2004: pp. 161-163; Zhu et al., 2012: p. 256).

Tijdens de werkbezoeken konden de Zorgkassen feedback geven op de indicatoren door aan te geven welke oorzaken er aan de basis lagen van de fouten in de dataregistratie. Echter de uiteindelijke beslissing m.b.t. de vorm/definiëring van de indicatoren lag bij de Overheid. Na het werkbezoek werden daarom deze opmerkingen bekeken en doorsproken met het Agentschap, waarbij het Agentschap bepaalde met welke suggesties er rekening werd gehouden (bv. uitzonderingen in de wetgeving die meegenomen waren in de eerste proefdraai van een indicator werden later als exclusie criterium aan de definitie toegevoegd) en hoe de uiteindelijke vorm van de indicatoren eruit zou zien.

In november vond er een eerste proefdraai plaats op de gegevens die reeds beschikbaar waren. Gezien de indicatoren 3, 4 en 7 samengesteld konden worden op basis van de data uit het B-bestand, werd er geopteerd om deze drie indicatoren al een eerste keer te berekenen. Voor indicator 1 waren er enkel gegevens beschikbaar van de Vlaamse Zorgkas, maar ook deze indicator werd a.d.h.v. de aanwezige data voor een eerste keer berekend. Op basis van de eerste proefdraai werden er resultaten getrokken voor de bovengenoemde indicatoren en werden er verschillende eigenaardigheden gedetecteerd m.b.t. de gevonden uitkomsten. Deze geanonimiseerde resultaten werden voorgesteld op de stuurgroepvergadering van 23 november 2016. Gezien de Zorgkassen de individuele resultaten graag in detail wilden bespreken, werd er geopteerd om een tweede werkbezoek in te plannen. Deze werkbezoeken vonden plaats op 14, 19 en 20 december 2016 en 10 en 12 januari 2017. Tijdens dit tweede werkbezoek werden de individuele resultaten van de Zorgkassen doorgenomen, zodat er kon worden nagegaan welke de onderliggende oorzaken waren van de gevonden fouten. Hierbij kwamen er tevens verkeerde interpretaties m.b.t. de definiëring van de indicatoren aan het licht. Deze aspecten worden gedetailleerd behandeld in hoofdstuk twee.

In januari werd de lay-out voorgesteld van de databestanden voor de nieuw aan te leveren indicatoren tijdens de werkgroepvergadering van 10 januari en de stuurgroepvergadering van 23 januari 2017. Indicatoren 1, 2, 5 en 6 konden namelijk niet via het B-bestand getrokken worden. Voor deze indicatoren dienden de Zorgkassen een apart gegevensbestand aan te leveren. Hierbij werd er aangegeven welke data men nodig had voor het berekenen van de indicatoren en wanneer deze bestanden dienden te worden aangeleverd. De timing voor dit jaar werd eind april 2017 gelegd, zodat de Zorgkassen voldoende tijd hadden om hun datasystemen klaar te stomen voor de overdracht van deze databestanden.

In mei werden de geanonimiseerde resultaten getoond van alle indicatoren (1 tot en met 7) aan de Zorgkassen tijdens de werkgroepvergadering van 2 mei en de stuurgroepvergadering van 15 mei 2017. Op de werkgroep werd de vraag gesteld om een derde werkbezoek in te plannen zodat de individuele resultaten van een Zorgkas besproken konden worden. Het derde werkbezoek vond plaats op 17 mei en 6, 7 en 15 juni 2017. Behalve de individuele resultaten van indicatoren 1 tot en met 7 werd ook het model met de samenstelling van de totale kwaliteitsscore doorgenomen met de Zorgkassen. Ook hier werd er nagegaan wat de onderliggende oorzaken waren van de gedetecteerde eigenaardigheden.

Bij de eerste helft van deze werkbezoeken werd het onderzoeksteam vergezeld door een medewerker van het Agentschap. Gezien het project eind juni 2017 overgedragen werd aan het Agentschap, was het gezamenlijk opnemen van de werkbezoeken een belangrijk gegeven om de continuïteit van het project te verzekeren. Op die manier was het Agentschap ook op de hoogte van de fouten die aanwezig waren in de dataregistratie.

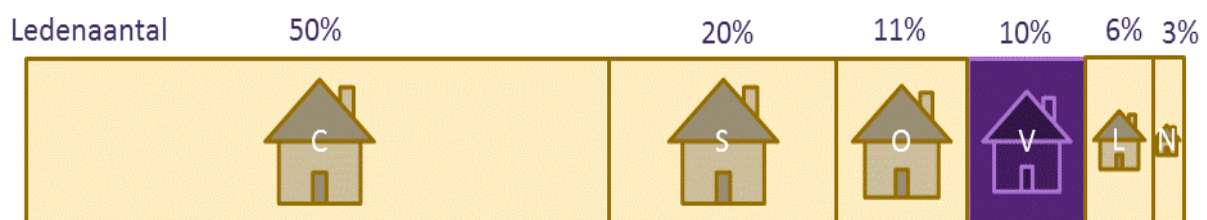
Ten slotte werd op de laatste stuurgroepvergadering van 29 juni 2017 het responsabiliseringsmechanisme getoond. Dit mechanisme bestaat uit twee modellen. Enerzijds het model met de bepaling van de totale kwaliteitsscore en anderzijds het model met de financiële implicatie van de behaalde totaalscore voor een Zorgkas. Beide modellen worden uitgebreid besproken in hoofdstuk vijf.

### 3 De deelnemers en de setting

Voor het project werd er nauw samengewerkt met twee belangrijke spelers. Enerzijds de Zorgkassen op wie de responsabilisering betrekking heeft. Anderzijds de Overheid en meer specifiek het Agentschap, die de verantwoordelijkheid draagt voor het invullen en opvolgen van het responsabiliseringsmechanisme. Beide spelers kennen een specifieke opdracht binnen de dienstverlening van de zorgverzekering, welke enkele belangrijke aandachtspunten binnen het project impliceert. Deze aandachtspunten worden hier kort besproken en werden reeds vermeld in de inleiding.

De responsabilisering van de Zorgkassen heeft betrekking op de vijf mutualistische Zorgkassen (de CM-Zorgkas, de Neutrale Zorgkas Vlaanderen, de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten, de Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen en de Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen). Echter werd bij het bepalen van de resultaten van de eerste en tweede proefdraai tevens rekening gehouden met de score van de Vlaams Zorgkas. In de resultatensectie worden dus de resultaten van deze zes Zorgkassen getoond.

Zoals in de projectfiche vermeld en in de inleiding reeds aangehaald, zijn de ledenaantallen per Zorgkas niet evenredig verdeeld. De grootste Zorgkas vertegenwoordigt 50.00% van het totale ledenaantal, terwijl de kleinste Zorgkas 3.00% representeert. Anders gesteld, vertegenwoordigt één Zorgkas procentueel gezien evenveel leden als de vijf andere Zorgkassen samen. Om deze verhouding duidelijker te maken werden alle Zorgkassen op één lijn geplaatst, waarbij de grote van het blokje de procentuele grootte van de Zorgkas ten opzichte van de andere Zorgkassen voorstelt. De letters in de figuur hebben betrekking op de beginletter van de Zorgkas. De mutualistische Zorgkassen werden in het geel aangeduid terwijl de Vlaamse Zorgkas die ingericht is binnen het Agentschap, in het paars is aangeduid.



Figuur 1 Onderlinge verhouding van de Zorgkassen qua ledenaantal<sup>6</sup>

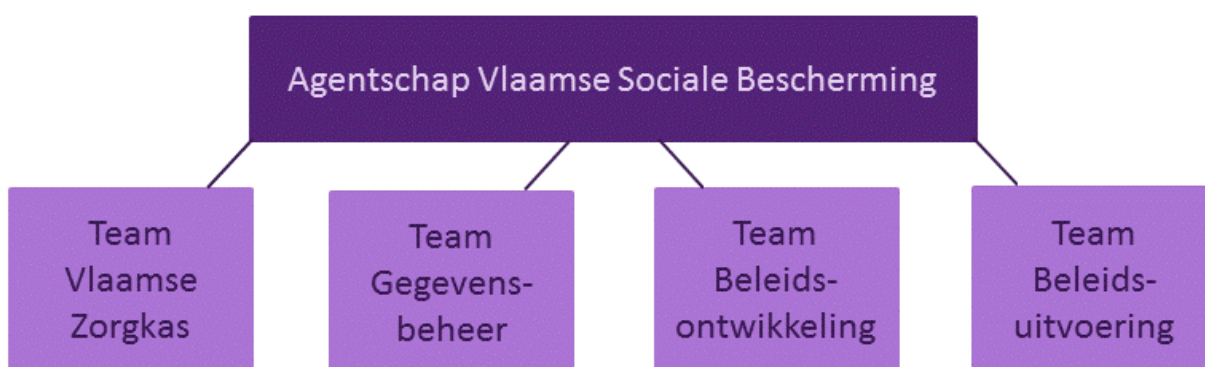
Gezien de verschillende verhoudingen tussen de Zorgkassen onderling, zal de werking van elke Zorgkas op een andere manier worden ingericht naar organisatorische elementen, medewerkers, IT, ... toe. Verder dient hier tevens rekening mee gehouden te worden bij het opstellen van het model van de financiële responsabilisering.

<sup>6</sup> Het ledenaantal werd berekend op basis van het gemiddeld aantal leden per Zorgkas van de laatste drie jaar (2013-2015) zoals vermeld in het jaarverslag van 2015 (Vlaams Zorgfonds, 2015: p. 7).

Daarnaast werd er samengewerkt met de Vlaamse Overheid om de resultaten, definiëring en gebruikte methodes op punt te stellen. Om het betrokken Agentschap te kaderen wordt er een vereenvoudigd organogram weergegeven (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

De Vlaamse Overheid is bevoegd voor verschillende aspecten binnen de samenleving bv.: onderwijs, mobiliteit, cultuur, ... Deze bevoegdheden werden onderverdeeld in 11 beleidsdomeinen (Vlaamse Overheid, n.d.). Eén van deze beleidsdomeinen is het beleidsdomein *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*, waarvan tijdens deze regeerperiode (2014 – 2019: Bourgeois I) Jo Vandeurzen Minister is. Voor de uitwerking van het model van de responsabilisering werd behalve het verantwoordelijke Agentschap tevens het Kabinet betrokken en werd er nauw samengewerkt met mevr. Sandra Derieuw.

Voor de uitwerking van de indicatoren en het responsabiliseringsmechanisme werd er intensief samengewerkt met het Agentschap *Vlaamse Sociale Bescherming*. Binnen het Agentschap werken vier teams met elk hun specifieke opdracht: Team *Vlaamse Zorgkas*, Team *Gegevensbeheer*, Team *Beleidsontwikkeling* en Team *Beleidsuitvoering* (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.). Voor het uitwerken van de indicatoren en het opstellen van de definities werd er nauw samengewerkt met het Afdelingshoofd dhr. Xavier Meurisse, het Team *Gegevensbeheer* en het Team *Beleidsontwikkeling*.



Figuur 2 Vereenvoudigd organogram m.b.t. het project

Voor de toetsing van de indicatoren aan de wetgeving werd het Team *Beleidsontwikkeling* telkens geraadpleegd. Zo werd er gecontroleerd of in de definitie van een indicator uitzonderingen op de regel (bv. aanvragen ingediend op basis van een attest bijkomende kinderbijslag bij indicator 7) of cases waarop een andere regelgeving van toepassing is (bv. personen gevestigd in het buitenland bij indicator 7) geëlimineerd werden. Daarnaast werden er regelmatig vergaderingen belegd met het Team *Gegevensbeheer* om de gehanteerde methode met hen te bespreken. Deze terugkoppeling zorgde ervoor dat het Team *Gegevensbeheer* query's kon opstellen binnen het eigen IT-programma om een onmiddellijke berekening en analyse van de indicatoren op te zetten. Op die manier kan Gegevensbeheer de indicatoren rechtstreeks via hun datasystemen analyseren en rapporteren naar de Zorgkassen.

#### 4 Het gebruikte materiaal, de gebruikte technieken en methodes

In artikel 19 van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016 worden de opdrachten van de Zorgkassen omschreven. Eén van deze opdrachten is het registreren en rapporteren van de gegevens m.b.t. de aansluitingen en de tenlastenemingen bij de Zorgkas. Dit betekent dat Zorgkassen data bijhouden over hun werking en hun leden. Deze gegevens worden gerapporteerd aan het Agentschap en worden geregistreerd in *het Digitaal Platform*. Het *Digitaal Platform* is sinds 2012

actief (Vlaams Zorgfonds, 2012, pp. 4-5) en bevat gegevens over de zorgverzekering (tenlastenemingen, bijdragen en beslissingen over tenlastenemingen) van 2001 tot nu. De wijze van rapportering staat beschreven in de bijlage bij de handleiding zorgverzekering van 18 maart 2016. Echter om alle indicatoren te kunnen meten, dienen er tevens nieuwe gegevensstromen opgezet te worden voor de indicatoren 1, 2, 5 en 6.

De analyse van de indicatoren bestaat daarom uit twee fasen. In *de eerste fase van het project werden de indicatoren 3, 4 en 7 geanalyseerd*. Tijdens deze fase werd het volledige B-bestand aan het onderzoeksteam bezorgd en werden de nodige in- en exclusiecriteria toegepast op de dataset door de onderzoekers. Deze criteria hadden betrekking op uitzonderingen binnen het dossierbeheer, waarbij een verlenging van de wettelijk opgelegde termijnen mogelijk of noodzakelijk is. Verder kon tijdens deze fase indicator 1 enkel voor de Vlaamse Zorgkas geanalyseerd worden, aangezien voor deze Zorgkas de nodige gegevens ter beschikking konden worden gesteld via het Agentschap. Voor de andere Zorgkassen en voor de andere indicatoren van de tweede fase dienden er nog gegevensstromen opgezet te worden, waardoor deze niet berekend konden worden tijdens de eerste proefdraai (oktober-november 2016). *De data voor deze indicatoren, namelijk 1, 2, 5 en 6, waren pas later (april 2017) beschikbaar.*

Alle informatie m.b.t. de definiëring, de gehanteerde in- en exclusiecriteria en gebruikte methodologie die toegepast werden op de data van de eerste proefdraai, worden verder besproken in hoofdstuk twee. De gegevens van 2015 die gebruikt werden voor de eerste proefdraai, zijn enkel ter informatie opgenomen in dit hoofdstuk en geven dus een beeld van de gevonden resultaten bij de eerste proefdraai. Alle Zorgkassen hadden echter op basis van de eigen resultaten hen toegestuurd door het onderzoeksteam, aanpassingen doorgevoerd in hun IT-systemen. Zij zijn op zoek gegaan naar de onderliggende oorzaak van fouten in de dataregistratie zoals het overschrijden van de wettelijk bepaalde termijn. *Sommige cases konden namelijk verklaard worden door een foute interpretatie van de definitie of een mismatch in de gegevens van het IT-systeem van de Zorgkas en deze in het Digitaal Platform.* Per indicator wordt er daarom tevens gerapporteerd *welke verklaringen de Zorgkassen aangaven tijdens het tweede werkbezoek voor de gevonden overschrijdingen of outliers*. Deze opmerkingen werden nadien ook gecontroleerd door het onderzoeksteam a.d.h.v. analyses in SPSS en meegenomen in de eerste werkgroepvergadering.

Op basis van de eerste werkgroepvergadering werden de definities van de indicatoren van de eerste fase nog aangepast. Desalniettemin hebben deze aanpassingen niet altijd een invloed gehad op het algemene resultaat van alle Zorgkassen samen op een indicator. Individueel heeft dit echter wel gezorgd voor enkele monsterscores. Sommige Zorgkassen behalen namelijk een resultaat van 100.00% op bepaalde (sub)indicatoren. Een ander gegeven is dat de Zorgkassen de kans kregen om tijdens de eerste werkgroepvergadering feedback te geven op de gehanteerde definities en uitzonderingen in de dienstverlening of extreme gevallen van overmacht konden rapporteren. Daarnaast zijn er tevens nog enkele kleine wijzigingen besproken op de tweede werkgroepvergadering. Op beide vergaderingen waren ook medewerkers van het Agentschap aanwezig.

Bij de tweede proefdraai waren alle gegevens voor de indicatoren beschikbaar bij het Team *Gegevensbeheer*. Na de eerste proefdraai werden er namelijk query's opgesteld door Gegevensbeheer, zodat de indicatoren rechtstreeks vanuit de beschikbare gegevens bij het Agentschap (Ledenbeheer, DPZ en het B-bestand) en de gegevensbestanden aangeleverd door de Zorgkassen, getrokken konden worden. Bij de eerste proefdraai werden de query's van indicatoren 3, 4 en 7 vergeleken met de gevonden resultaten van het onderzoeksteam. Hierbij werden er geen verschillen gevonden tussen de beide gegevensbestanden en berekeningswijzen. Bij de tweede proefdraai werden de indicatoren



rechtstreeks aangeleverd door Gegevensbeheer aan de onderzoekers. Dit betekent dat de nodige in- en exclusiecriteria reeds waren toegepast op de dataset. Echter werd er wel geopteerd om de analyses op de berekende indicatoren via de twee verschillende methoden uit te voeren. De resultaten werden zowel door het Agentschap met de opgestelde query's als door het onderzoeksteam met SPSS geanalyseerd. Ook bij deze oefening werd er geen verschil gevonden tussen de bekomen resultaten. In de toekomst zal het Agentschap dus de indicatoren berekenen aan de hand van deze query's en zullen de Zorgkassen hun resultaat kunnen raadplegen via het Dashboard.

## 5 De gebruikte statistische technieken

De data werden geanalyseerd in SPSS (Versie 22.0 IBM Corp., Armonk, NY). De uitkomstvariabele van indicatoren 1 en 2 was een continue variabele op basis van de opgegeven datum – voor indicator 1 de postdropdatum of datum aanbidding aan de bank, voor indicator 2 de datum overdracht van het dossier. De uitkomstvariabele van de indicatoren 3 tot en met 7 was een continue variabele, verkregen door de verrekening van twee data. Op de uitkomstvariabelen werd er beschrijvende statistiek toegepast (gemiddelde, standaardafwijking, mediaan, minimum- en maximumwaarde). Daarna werd er nagegaan of deze variabelen normaal verdeeld waren met een Kolmogorov-Smirnov test, de kurtosis en de skewness. Gezien de data van geen enkele (sub)indicator normaal verdeeld waren ( $p < 0.001$ ), werd er gewerkt met een binaire of een ordinale variabele.

Voor de indicatoren 1 en 2 werd er gebruik gemaakt van een binaire variabele. Dit betekent dat het gevonden resultaat juist of fout kan zijn. Echter werd er voor de bespreking van de resultaten tijdens de werkbezoeken tevens een extra onderverdeling gemaakt om na te gaan of een resultaat fout was omwille van een overschrijding van de wettelijke termijn of omwille van het ontbreken van een datum. Op die manier konden de Zorgkassen gericht op zoek gaan naar mogelijke fouten in de dataregistratie.

Voor de indicatoren 3 tot en met 7 werd er gebruik gemaakt van een ordinale variabele. Per indicator werd er een onderscheid gemaakt tussen cases die binnen de wettelijk bepaalde periode vallen, cases die buiten deze tijdspanne vielen maar minder dan drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de onderste en/of bovenste grens van de wettelijke bepaalde periode en cases die buiten de wettelijk opgelegde termijn vielen en drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de onderste en/of bovenste grens van de wettelijk bepaalde periode. Deze laatsten werden aangeduid als outliers<sup>7</sup>. Daarnaast werden outliers ook gedefinieerd als cases die niet mogelijk zijn zoals een beslissingsdatum die voor een aanvraagdatum ligt bij indicator 7 of cases waarvan een bepaalde datum verkeerd geregistreerd werd (31/12/9999).

Ten slotte werd a.d.h.v. alle indicatoren een model opgesteld om de kwaliteitsscore van een Zorgkas te berekenen. Op basis van deze totaalscore kon bepaald worden in welke scoringscategorie een Zorgkas zich bevindt en welke financiële implicaties hiervan het gevolg zijn. Een uitgebreide beschrijving van deze modellen kan teruggevonden worden in hoofdstuk vijf.

---

<sup>7</sup> Voor het bepalen van de outliers werd er steeds gebruik gemaakt van de standaardafwijking van de totale sample en dus niet van de individuele standaardafwijking van een Zorgkas. Op die manier zijn de aangegeven grenzen tussen outliers en niet-outliers voor elke Zorgkas hetzelfde.



## Hoofdstuk 2

### De eerste proefdraai (oktober-november 2016): definiëring, methodologie en resultaten

Alvorens de resultatensectie besproken kan worden, dienen er enkele bedenkingen in het achterhoofd gehouden te worden. Het is belangrijk deze mee te nemen tijdens het lezen, aangezien de resultaten anders fout geïnterpreteerd zouden worden:

- Deze resultaten hebben enkel betrekking op de gegevens uit het datasystemen van de Zorgkassen en het Agentschap en zullen dus niet altijd overeenstemmen met de werking van de Zorgkas in de praktijk. Een dossier met een overschrijding van de wettelijke termijn kan dus in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de *gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap*.
- Voor indicator 1 waren er enkel gegevens beschikbaar van de Vlaamse Zorgkas voor de mailing van 2016. Voor de eerste proefdraai werden er dus geen gegevens geanalyseerd van de andere Zorgkassen. Bovendien werden niet alle exclusiecriteria besproken tijdens de stuurgroepvergadering van 29 juni 2017, toegepast op de dataset van de Vlaamse Zorgkas aangezien deze analyses plaatsvonden in oktober-november 2016. Bij de analyse van indicator 1 werd er rekening gehouden met de omschrijving van de vooropgestelde indicator. De definitie, in- en exclusiecriteria en de methodologie van indicatoren 1, 2, 5 en 6 behoorden namelijk niet tot de scope van de eerste fase van het project.
- Voor de indicatoren 3, 4 en 7 waren er gegevens beschikbaar voor alle Zorgkassen van 2001 tot en met 2015. Er werd echter gekozen om enkel met de gegevens van 2015 te werken voor de rapportage in dit document. De historische gegevens (2001 tot en met 2015) werden wel opgenomen in de individuele rapporten aan de Zorgkassen, maar enkel ter info. De Zorgkassen dienden dus uitsluitend rekening te houden met de resultaten van 2015 wanneer zij de onderliggende oorzaken van de outliers onderzochten.
- De gedefinieerde outliers in deze resultatensectie werden berekend op basis van de standaardafwijking in de totale sample.
- Op basis van de opmerkingen en suggesties tijdens de werkbezoeken wordt er tevens een vergelijking van de indicatiestellingen meegegeven. Op die manier kan er nagegaan worden welke indicatiestellingen een groter foutenpercentage geven. Deze indicatiestellingen zijn ingekleurd in het geel.
- Na de mededeling van de resultaten aan de Zorgkassen hebben alle Zorgkassen aanpassingen doorgevoerd in hun IT-systeem om foute berekeningen veroorzaakt door IT-bugs, te verwijderen. De resultaten hierna weergegeven zijn dus niet meer representatief, maar werden enkel toegevoegd om een beeld te geven van de gevonden resultaten bij de eerste proefdraai en een vergelijking mogelijk te maken met de resultaten van 2016. Daarnaast geeft de rapportering van de resultaten de mogelijkheid om een beeld te vormen over het eindresultaat van de Zorgkassen op de verschillende indicatoren.

Tabel 1 Algemene resultaten van de onderzochte indicatoren

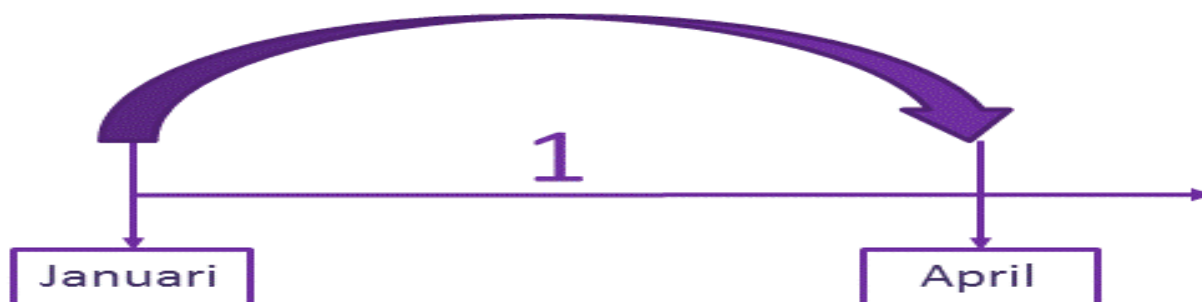
Indicator		Standaard	Gemiddelde	Standaardafwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Indicator 1		tot 1/4	13.03.2016	8 18:56:28,835	14.03.2016	15.02.2016	26.04.2016
Indicator 3	Aanvraag	3 - 4 maanden	3,89	1,143	4,00	-118	16
	AOR	3 - 4 maanden	4,09	0,918	4,00	-4	12
Indicator 4	BEL en Kine-E	1 - 36 maanden	23,04	12,194	24,00	-2	47
	Attest GZ	1 - 36 maanden	12,60	4,250	12,00	-2	36
	Katz >75	1 - 6 maanden	6,07	1,048	6,00	-1	12
	Katz 75≤	1 - 12 maanden	11,13	3,685	12,00	-3	37
Indicator 7	Aanvraag	0 - 90 dagen	37,33	25,005	36,00	-343	423
	AOR	0- 90 dagen	12,42	18,338	6,00	-348	225

Tabel 2 Resultaten van de analyses voor een normaalverdeling

Indicator		Kolmogorov-Smirnov			Kurtosis		Skewness	
		Statistic	Df	Significantie	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Indicator 1		0,114	356318	0,000	0,302	0,008	-0,479	0,004
Indicator 3	Aanvraag	0,470	36116	0,000	6588,44	0,026	-70,083	0,013
	AOR	0,401	5121	0,000	9,456	0,068	-2,145	0,034
Indicator 4	BEL en Kine-E	0,277	22620	0,000	-1,723	0,033	-0,08	0,016
	Attest GZ	0,280	7125	0,000	12,467	0,058	2,348	0,029
	Katz >75	0,493	794	0,000	22,415	0,173	2,57	0,087
	Katz 75≤	0,390	1503	0,000	20,967	0,126	2,574	0,063
Indicator 7	Aanvraag	0,068	41742	0,000	12,61	0,024	1,267	0,012
	AOR	0,249	5755	0,000	33,544	0,065	1,483	0,032

## 1 Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden

Voorlopige definitie: *De uitnodiging tot betaling wordt voor 31 maart van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden met bijdrageplicht sinds 31 december van het voorgaand jaar. Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven.*



Figuur 3 Tijdslijn indicator 1

### 1.1 In- en exclusiecriteria

Volgende leden behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een domiciliëring
- Personen met een TLN
- Personen overleden voor datum xx/xx<sup>8</sup>
- Personen die op 1 januari van Zorgkas veranderd zijn
- Potentiële leden

### 1.2 Methodologie

Eerst werd er nagegaan welke leden niet behoorden tot de doelgroep van de indicator. Personen die overleden waren of een tenlasteneming hadden, werden uit de dataset met bijdrageplichtige leden gehaald. Daarna werd er nagegaan of de bijdrageplichtige leden een brief hadden ontvangen en of de *Postdropdatum/Datum verzending* zich voor 1 april van het huidige jaar bevond. Brieven verstuurd tussen 1 januari en 31 maart werden als correct gecodeerd. Dossiers met een *Postdropdatum/Datum verzending* op of na 1 april werden als fout gecodeerd. Dossiers waarbij er geen datum werd vermeld, werden als 'zonder datum' gecodeerd.

Voor indicator 1 waren er drie mogelijkheden; een brief werd op tijd verstuurd, een brief werd te laat verstuurd of er is geen datum beschikbaar. Voor indicator 1 werden er dus geen outliers berekend. Daarnaast werd er enkel gewerkt met dossiers die in de lijst met bijdrageplichtige leden waren

---

<sup>8</sup> Gezien dit een eerste proefdraai was met enkel de gegevens van één Zorgkas (de Vlaamse Zorgkas), was er nog geen datum vastgelegd. Er werd daarom rekening gehouden met alle personen van wie de overlijdensdatum bekend was op het moment van de eerste proefdraai. Dit betekent dat er ten opzichte van de tweede proefdraai, meer leden geëxcludeerd werden dan nodig.

opgenomen. Dossiers die niet deze lijst waren opgenomen, werden niet meegenomen in de analyse van de indicator.

### **1.3 Resultaten**

Na het toepassen van de exclusiecriteria werd het bestand met de bijdrageplichtige leden gekoppeld aan het bestand met de verstuurd brieven. Dit had betrekking op 385 646 cases, waarbij er werd nagegaan of de Zorgkas voor 1 april een brief had verstuurd naar het lid.

De inningsbrieven werden verstuurd tussen 15 februari en 26 april met als gemiddelde verzenddatum 13 maart. Echter zijn er 92 brieven te laat verstuurd (na 31 maart) en 29 328 leden hebben geen brief ontvangen. Daarenboven zijn 30 479 brieven verstuurd naar leden die zich niet op de lijst van bijdrageplichtige leden bevinden.

### **1.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers**

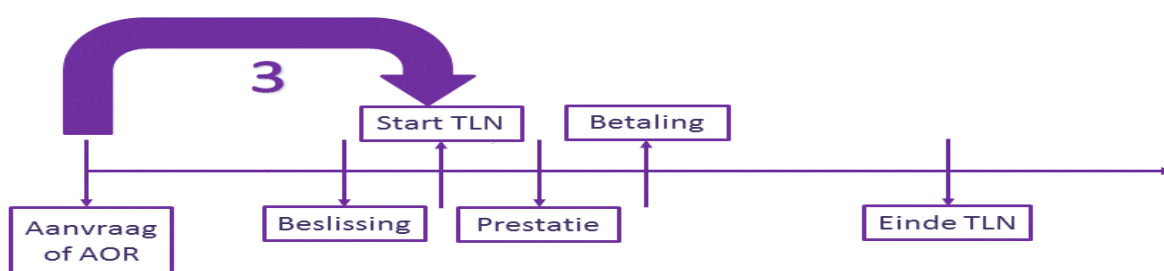
Een verklaring voor de niet-leden naar wie een brief werd verstuurd, is dat de Vlaamse Zorgkas tevens brieven post naar bijdrageplichtige Vlamingen die nog niet aangesloten zijn bij een Zorgkas. Dit zijn de ambtshalve aansluitingen en zij vormen een specifieke bevoegdheid van de Vlaamse Zorgkas. Echter kwam er uit de werkbezoeken naar voren dat er bij de andere Zorgkassen soms ook leden worden aangeschreven die niet als een aangesloten lid bij de Zorgkas zijn geregistreerd. *De reden hiervoor is dat de gegevens uit het Digitaal Platform en het IT-systeem van een Zorgkas soms andere informatie bevat over de Vlaamse burgers. De grootste oorzaak van deze mismatch is conflicterende informatie die bij het Agentschap binnenkomt, waardoor het systeem een foutmelding geeft.* Het effect van deze foutmeldingen is dat er in het Digitaal Platform leden aan een Zorgkas toegeschreven zijn, terwijl dit lid in het IT-systeem van de Zorgkas als gemuteerd geboekstaafd staat of omgekeerd. Echter kan deze stelling nog niet bevestigd worden, gezien er voor de andere Zorgkassen geen data beschikbaar zijn om deze indicator te berekenen. In de volgende proefdraai werd er daarom rekening gehouden met deze opmerking, maar dit bleek geen issue te zijn.

## 2 Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag tot tenlasteneming in het vorige jaar, geldt er een carenperiode van drie tot en met vier maanden (eerste dag van de vierde maand na aanvraagdatum/datum automatische opening van rechten).*

- Voor een aanvraag heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de datum start tenlasteneming.
- Voor een AOR<sup>9</sup> heeft dit betrekking op de periode tussen de datum automatische opening van rechten en de datum start tenlasteneming. De datum automatische opening van rechten bestaat uit de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening bij AOR.

Figuur 4 Tijdslijn indicator 3



### 2.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel het laatste dossier van een gerechtigde wordt geïncludeerd.
- Enkel de aanvragen waarvan een aanvraagdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.
- Enkel de automatische openingen van rechten waarvan een aanvraagdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar en een datum van automatische opening van rechten zich tussen 1 januari 2015 en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Leden overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel opgenomen worden in de doelgroep.
- Leden met een geweigerde aanvraag of een aanvraag die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.

<sup>9</sup> Uit het voorontwerp van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 juli 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, Boek 1, Deel 2, Art. 2: "De tegemoetkomingen worden automatisch toegekend als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: 1° de gebruiker heeft een attest als vermeld in artikel 87 of artikel 181; 2° de Zorgkas verkrijgt het attest via de bestandsmatige gegevens van het Agentschap."

## 2.2 Methodologie

Voor elke aanvraag wordt de carenstijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum start TLN. Als standaard wordt een periode van drie tot en met vier maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- 3 maanden – (3\*SD) = onderste grens
- 4 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke AOR wordt de carenstijd berekend op basis van de datum AOR en de datum start TLN. Als standaard wordt een periode van drie tot en met vier maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen AOR's die buiten de standaardperiode vallen en AOR's die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- 3 maanden – (3\*SD) = onderste grens
- 4 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

## 2.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201512B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de cases van alle Zorgkassen samen met aanvraagjaar 2015. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 36 211 aanvragen en 5134 automatische openingen van rechten over. De carenstijd dient 3 tot 4 maanden te bedragen voor zowel de aanvragen als de automatische openingen van rechten.

In totaal loopt de carensperiode voor aanvragen van -118 maanden tot en met 16 maanden met een gemiddelde van 3.87. Cases die een negatieve carensperiode hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking (SD = 1.143) berekend. Outliers zijn bij deze subindicator cases die zich onder de nul maanden en boven de zeven maanden bevinden. In de dataset zijn 79 outliers aanwezig of zo'n 0.20% van de totale sample. Ten slotte had 97.10% van alle dossiers uit 2015 een carensperiode tussen drie en vier maanden.

In tabel 3 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen drie en vier maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij verschillende Zorgkassen, behalve één, overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig zijn. Dit betekent dat er cases in het B-bestand geregistreerd zijn die een carenstijd van minder dan drie en meer dan vier maanden hebben.



Tabel 3 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: aanvragen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	3,78	1,160	4,00	-118	5
	4,00	0,000	4,00	4	4
	3,96	0,405	4,00	-8	16
	4,00	0,061	4,00	4	7
	4,00	0,062	4,00	4	7
	3,66	3,660	4,00	-102	4
Totaal	3,87	1,143	4,00	-118	16

In totaal loopt de carenperiode voor automatische openingen van rechten van -4 maanden tot en met 12 maanden met een gemiddelde van 4.09. Cases die een negatieve carenperiode hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 0.918$ ) berekend. Outliers zijn bij deze subindicator cases die zich onder de nul maanden en boven de zeven maanden bevinden. In de dataset zijn er 14 outliers aanwezig of zo'n 0.30% van de totale sample. Ten slotte had 68.40% van alle dossiers uit 2015 een carenperiode tussen drie en vier maanden.

In tabel 4 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van sommige Zorgkassen zich tussen vier en vijf maanden bevindt i.p.v. tussen drie en vier maanden, welke de wettelijk opgelegde termijn is. Daarenboven blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig zijn. Dit betekent dat er cases in het B-bestand geregistreerd zijn die een carenstijd van minder dan drie en meer dan vier maanden hebben. Echter kwam in het tweede werkbezoek naar voren dat de definitie van dit onderdeel van indicator 3 verkeerd geïnterpreteerd werd, waardoor de carenstijd verkeerd geregistreerd werd in de IT-systemen van de Zorgkas en dus verkeerd gerapporteerd aan het Agentschap.

Tabel 4 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: automatische openingen van rechten

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	4,00	0,054	4,00	4	7
	5,00	0,000	5,00	5	5
	4,59	1,224	5,00	-4	12
	3,24	1,948	4,00	-2	5
	5,00	0,000	5,00	5	5
	4,05	0,336	4,00	4	8
Totaal	4,09	0,918	4,00	-4	12

## 2.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het tweede werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- Een aanzienlijk hoger foutenpercentage bij een bepaalde afdeling van de Zorgkas. Dit kan wijzen op een *foute interpretatie van de wetgeving binnen deze afdeling*.
- Automatische openingen van rechten die geregistreerd zijn als een gewone aanvraag door het *niet (correct) invullen van de AOR-datum*.
- *Manuele correcties* aan de startdatum of aanvraagdatum.
- Een verschil in de datum geregistreerd op het Digitaal Platform en deze geregistreerd in het systeem van de Zorgkas, m.a.w. *fouten bij de registratie in het B-bestand*.
- Een interpretatiefout binnen de dataregistratie (verkeerd datumgebruik) zoals de foute registratie van een AOR: de begindatum van de betaling wordt opgegeven als de begindatum van het recht. Hierdoor ontstaat er *een foutieve rapportering in het B-bestand*.
- *Mutatiedossiers* waarbij men enkel de laatst genomen beslissing kent en dus geen extra informatie heeft m.b.t. het lopende dossier.

Hoewel de Zorgkassen en het Agentschap vermelden dat het soort attest geen invloed kan hebben op de carenstijd, zijn er toch verschillen aanwezig tussen de berekende carenstijd bij de attesten onderling. Zoals in tabel 5 wordt weergegeven is de carenstijd bij VESTA-attesten (BEL-gezinszorg) en de attesten bijkomende kinderbijslag (echter zijn deze attesten een kleinere doelgroep binnen de resultaten van de aanvragen) procentueel gezien vaker fout berekend dan bij de andere attesten. Voor de data van de automatische openingen van rechten kan deze oefening niet gedaan worden, aangezien verschillende Zorgkassen hier een verkeerde datum hebben geregistreerd door een foute interpretatie van de definitie.

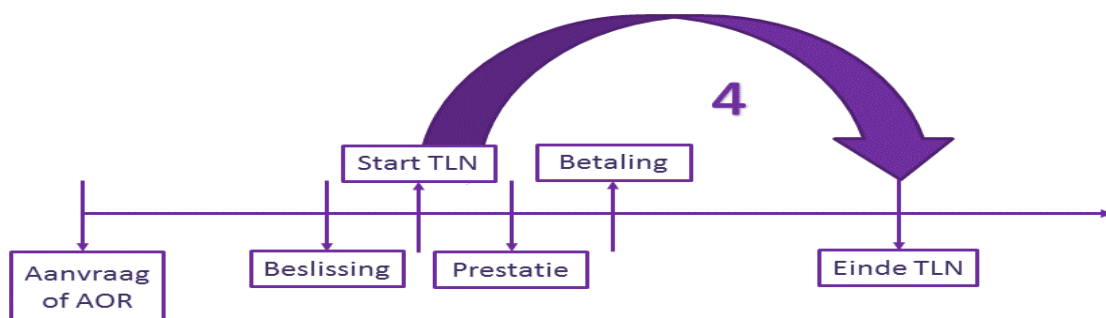
Tabel 5 Indicator 3: vergelijking attesten: aanvragen

			Dienst Gezinszorg	OCMW	Diensten maatschappe lijk werk	Lokale diensten- centra	Controle- orgaan	Katz Thuis- verpleging	Katz Verzorgings- inrichting	BEL gezinszorg	Medisch- sociale schaal IT - THAB - AA	Bijkomende kinderbijslag	Opname PVT	Dienst voor logistieke hulp	Totaal
Duur van de carens	3-4 m	Aantal	4296	589	20408	2	4	1090	5026	3308	144	57	98	3	35025
		Percent	99,80%	99,70%	99,90%	100,00%	100,00%	96,60%	97,90%	80,10%	92,90%	71,30%	92,50%	100,00%	97,10%
	0-2 m/5-7 m	Aantal	7	2	28	0	0	26	82	805	6	17	4	0	977
		Percent	0,20%	0,30%	0,10%	0,00%	0,00%	2,30%	1,60%	19,50%	3,90%	21,30%	3,80%	0,00%	2,70%
	<0 m/7 m<	Aantal	2	0	1	0	0	12	26	17	5	6	4	0	73
		Percent	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,10%	0,50%	0,40%	3,20%	7,50%	3,80%	0,00%	0,20%
Totaal		Aantal	4305	591	20437	2	4	1128	5134	4130	155	80	106	3	36075
		Percent	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

### 3 Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden

Voorlopige definitie: Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een lopend dossier op datum xx (= laatste dag van steekproefperiode) is de periode tussen de start en het einde van de tenlasteneming correct berekend. De duurtijd verschilt per type attest en kan afhankelijk zijn van de leeftijd. Het gaat hier om aanvragen, automatische openingen van rechten en verlengingen. Bij de Katz-schaal thuisverpleging wordt er geen rekening gehouden met dossiers AOR.

- Bij een BEL-score geldt voor personen die op de datum van indicatiestelling jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Kine-E-atteest geldt voor personen die op de aanvraagdatum jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Voor personen met een attest gezinszorg geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Katz-schaal thuisverpleging dient de datum beslissing na 30/06/2014 te vallen en geldt:
  - Voor personen die op de startdatum van de tenlasteneming jonger dan 75 jaar zijn, een duurtijd van één tot en met zes maanden.
  - Voor personen die op de startdatum TLN 75 jaar of ouder zijn, een duurtijd van één tot en met 12 maanden.



Figuur 5 Tijdslijn indicator 4

### 3.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel het laatste en lopende dossier van een gerechtigde wordt opgenomen in de dataset.
- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten waarvan een aanvraagdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.
- Verder zijn er per attest verschillende voorwaarden m.b.t. de leeftijd:
  - Bij een BEL-score en Kine-E-attest worden enkel personen jonger dan 80 jaar geïncludeerd. Bij een BEL-score wordt er gekeken naar de leeftijd bij datum indicatiestelling. Bij een Kine-E-attest wordt er gekeken naar de leeftijd bij de datum aanvraag.
  - Bij een attest gezinszorg wordt er geen leeftijdsbeperking gehanteerd.
  - Bij een Katz-schaal thuisverpleging worden personen met een AOR niet opgenomen in de dataset. Daarna wordt de dataset opgesplitst in personen jonger dan 75 jaar bij de datum start TLN en personen van 75 jaar of ouder bij de datum start TLN.

Volgende lopende dossiers behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator en hebben betrekking op alle attesten en indicatiestellingen van indicator 4:

- Leden die komen te overlijden alvorens de tenlasteneming start of tijdens de toekenning van de tenlasteneming, worden geëxcludeerd.
- Leden met een geweigerde aanvraag of een aanvraag die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Leden met een te lage score, zijnde een score minder dan 35 bij een BEL-score of minder dan een B-score bij de Katz-schaal, worden geëxcludeerd.

### 3.2 Methodologie

Voor elke indicatiestelling op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met 36 maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- $36 \text{ maanden} + (3 * SD) = \text{bovenste grens}$

Voor elk attest gezinszorg wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met 36 maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- 36 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke Katz-schaal afgenomen door de thuisverpleging, wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met zes maanden gehanteerd voor personen jonger dan 75 jaar bij de start tenlasteneming en een periode van één tot en met 12 maanden voor personen van 75 jaar of ouder bij de start van de tenlasteneming. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Jonger dan 75 jaar:
  - 6 maanden + (3\*SD) = bovenste grens
- 75 jaar of ouder:
  - 12 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

### 3.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201512B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de volledige populatie binnen de zorgverzekering en zijn dus alle cases van alle Zorgkassen met aanvraagjaar 2015. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 22 710 indicatiestellingen op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest over, 7163 attesten gezinszorg en 2310 indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal afgenomen door thuisverpleging. De wettelijk opgelegde duurtijd verschilt van attest tot attest. Voor de indicatiestellingen op basis van een BEL-score, een Kine-E-attest of een attest gezinszorg dient deze tussen één maand en 36 maanden te zijn.

Voor alle indicatiestellingen op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest loopt de duurtijd van -2 maanden tot en met 47 maanden met een gemiddelde van 23.04. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking (SD = 12.194) het aantal outliers berekend. Echter zijn er voor deze indicatiestellingen geen outliers aanwezig in de sample. Er zijn wel 26 cases waarbij de einddatum van de tenlasteneming voor de startdatum van de tenlasteneming valt. Zoals u kan zien op de hierboven vermelde figuur (figuur 5), is dit onmogelijk en kan men dus spreken van een fout in de dataregistratie. Op de werkbezoeken werd hier echter een oorzaak voor gerapporteerd, waardoor dit niet als een fout kan worden aanzien<sup>10</sup>. Ten slotte had 99.90% van alle dossiers uit 2015 een duurtijd tussen één en 36 maanden.

In tabel 6 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich onder de 36 maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij verschillende Zorgkassen, behalve twee

---

<sup>10</sup> Bij indicator 4 werd er een fout opgemerkt bij de inclusie van de dossiers, waardoor er een negatieve duurtijd gevonden werd bij de verschillende indicatiestellingen. Om die reden werden deze dossiers in de volgende proefdraai geëxcludeerd. De negatieve duurtijd is dus geen registratiefout van de Zorgkassen, maar een gevolg van een probleem bij het includeringsproces. Bij de resultaten van de tweede proefdraai worden er daardoor geen dossiers meer gerapporteerd met een negatieve duurtijd.

Zorgkassen, overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig zijn. Dit betekent dat er in het B-bestand cases zijn geregistreerd die een duurtijd hebben van meer dan 36 maanden.

Tabel 6 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: indicatiestellingen en kine-E

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	21,00	12,683	12,00	-2	39
	24,66	11,999	33,00	0	36
	23,49	11,674	24,00	0	47
	26,25	12,057	36,00	-1	36
	23,63	11,443	24,00	0	39
	20,03	13,280	12,00	1	38
Totaal	23,04	12,194	24,00	-2	47

Voor alle attesten gezinszorg loopt de duurtijd van -2 maanden tot en met 36 maanden met een gemiddelde van 12.60. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 4.250$ ) het aantal outliers berekend. Echter zijn er voor deze indicatiestelling geen outliers aanwezig in de sample. Er zijn wel 26 cases waarbij de einddatum van de tenlasteneming voor de startdatum van de tenlasteneming valt, m.a.w. een registratiefout. Op de werkbezoeken werd hier echter een oorzaak voor gerapporteerd, waardoor dit niet als een fout kan worden aanzien. Ten slotte hadden alle dossiers uit 2015 een duurtijd tussen één en 36 maanden.

In tabel 7 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich onder de 15 maanden bevindt. Bovendien scoren alle Zorgkassen 100.00% op deze indicator, gezien de maximumwaarde van een Zorgkas niet meer dan 36 maanden is.

Tabel 7 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: attesten gezinszorg

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	13,08	4,741	12,00	-2	36
	13,75	2,473	15,00	0	17
	10,64	3,948	11,00	1	36
	12,31	2,526	13,00	-1	36
	13,56	4,456	12,00	-2	36
	12,79	3,294	15,00	1	24
Totaal	12,60	4,250	12,00	-2	36

Bij indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal afgenomen bij personen jonger dan 75 jaar dient de duurtijd zich te bevinden tussen één maand en zes maanden. In totaal loopt de duurtijd van deze inschalingen van -1 maand tot en met 12 maanden met een gemiddelde van 6.07. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 1.048$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich boven de negen maanden bevinden. In de dataset zijn er 19 outliers aanwezig of zo'n 2.40% van de totale sample. Tevens is er één case waarbij de einddatum van de tenlasteneming zich voor de startdatum van de tenlasteneming bevindt, m.a.w. een registratiefout. Op de werkbezoeken werd hier echter een oorzaak voor gerapporteerd, waardoor dit niet als een fout kan worden aanzien. Ten slotte had 96.50% van alle dossiers uit 2015 een duurtijd tussen één en zes maanden.

In tabel 8 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich rond de zes maanden bevindt. Echter de helft van de Zorgkassen heeft een gemiddelde van meer dan zes maanden. Verder blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij verschillende Zorgkassen, behalve twee Zorgkassen, overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig zijn. Dit betekent dat er cases in het B-bestand geregistreerd zijn die een duurtijd van meer dan zes maanden hebben. Tijdens de werkbezoeken werd er vastgesteld dat door een wijziging van de wetgeving in het jaar voordien, er nog aanpassingen dienden uitgevoerd te worden m.b.t. deze wetswijziging in het rapportagesysteem van de Zorgkassen aan het Agentschap.

Tabel 8 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij nul tot 74-jarigen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	6,10	0,844	6,00	3	12
	5,89	0,530	6,00	3	6
	6,19	1,086	6,00	3	12
	6,00	0,640	6,00	-1	12
	6,39	1,810	6,00	2	12
	5,30	1,428	6,00	1	6
Totaal	6,07	1,048	6,00	-1	12

Bij indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal afgenomen bij personen van 75 jaar of ouder dient de duurtijd zich te bevinden tussen één maand en 12 maanden. In totaal loopt de duurtijd van deze inschalingen van -3 maanden tot en met 37<sup>11</sup> maanden met een gemiddelde van 11.13. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking (SD = 3.685) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich boven de 23 maanden bevinden. In de dataset zijn er 18 outliers aanwezig of zo'n 1.20% van de totale sample. Tevens zijn er 11 cases waarbij de einddatum van de tenlasteneming zich voor de startdatum van de tenlasteneming bevindt, m.a.w. een registratiefout. Op de werkbezoeken werd hier echter een oorzaak voor gerapporteerd, waardoor dit niet als een fout kan worden aanzien. Ten slotte had 98.30% van alle dossiers uit 2015 een duurtijd tussen één en 12 maanden.

In tabel 9 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich rond de 12 maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter heeft één Zorgkas een gemiddelde dat meer dan 12 maanden is en blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij de helft van de Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig zijn. Dit betekent dat er in het B-bestand cases zijn geregistreerd met een duurtijd van meer dan 12 maanden. Tijdens de werkbezoeken werd er vastgesteld dat door een wijziging van de wetgeving in het jaar voordien, er nog aanpassingen dienden uitgevoerd te worden m.b.t. deze wetswijziging in het rapportagesysteem van de Zorgkassen aan het Agentschap.

<sup>11</sup> Zoals eerder aangegeven kan een overschrijding van de wettelijke termijn in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap.



Tabel 9 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij 75-jarigen of ouder

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	11,96	3,347	12,00	-3	36
	10,96	2,083	12,00	1	12
	9,08	3,049	12,00	1	14
	11,36	2,057	12,00	1	12
	12,34	6,170	12,00	-1	37
	10,70	2,673	12,00	2	12
Totaal	11,13	3,685	12,00	-3	37

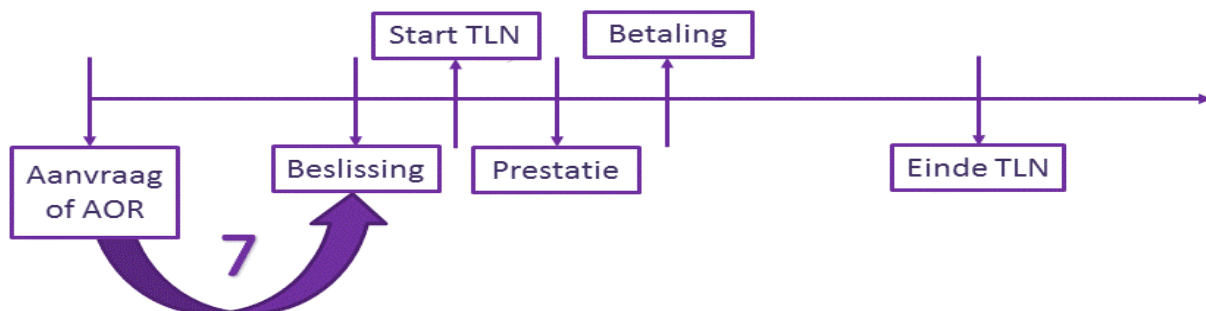
### 3.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het tweede werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- Een negatieve duurtijd (kleiner dan nul) doet zich voor als er een herziening, mutatie of wijziging van zorgvorm tijdens de carenperiode bij de Zorgkas binnenkomt. De einddatum is dan kleiner dan de startdatum van de erkenningsperiode. De oorzaak is *een annulatie van een aanvraag* en kan een menselijke fout zijn. Echter kan dit ook het gevolg zijn van *het selecteren in DP van het voorlaatste dossier* i.p.v. het laatste dossier van een lid. Dit kan zich voordoen bij herzieningen of veranderingen van zorgvormen in het volgende jaar. Bv.: aanvraag in 2015 en een herziening in 2016.
- *Mutatiedossiers* waarbij men enkel de laatst genomen beslissing kent en dus geen extra informatie heeft, kunnen zorgen voor een foute berekening van de duurtijd.
- Een *verkeerde interpretatie bij de registratie van de aanvraagdatum bij VESTA-attesten* waardoor de datum van het attest gewisseld werd met de aanvraagdatum en er dus een verkeerde datum werd ingevuld in het IT-systeem van de Zorgkas, m.a.w. een menselijke fout.
- Bij attesten gezinszorg wordt de datum van het huisbezoek gelijkgesteld aan de datum aanvraag, terwijl men *het attest soms te laat ontvangt van de betreffende instantie*. De Zorgkas is namelijk afhankelijk van de indicatiestellers om de attesten tijdig te ontvangen. Momenteel wordt enkel de datum dat het huisbezoek plaatsvindt, geregistreerd en niet de datum dat de Zorgkas het attest ontvangt van de indicatiesteller. Dit kan leiden tot de registratie van een verhoogde duurtijd.
- Een *rechtzetting bij de Katz-dossiers* in het midden van het jaar 2015. Gezien de wetgeving m.b.t. de duurtijd van de indicatiestellingen op basis van een Katz-schaal werd aangepast in 2014, vroeg dit ook een aanpassing in het IT-systeem van de Zorgkassen.
- De opvolging van hernieuwde inschalingen op basis van een Katz-score vraagt veel werk aangezien deze soms te laat worden aangeleverd door de indicatiestellers aan de Zorgkas. Indien er niet onmiddellijk een nieuwe indicatiestelling voorhanden is of deze te laat wordt ontvangen, wordt er soms *een verlenging toegepast op de einddatum van het vorige attest* i.p.v. het registreren van een nieuwe aanvraag. Dit leidt ertoe dat er een langere duurtijd wordt geregistreerd dan wettelijk toegestaan.

#### 4 Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing<sup>12</sup>

Voorlopige definitie: Voor alle personen met een goedgekeurde of geweigerde aanvraag tot tenlasteneming, geldt er een beslissingsperiode van nul tot en met 90 dagen. Zowel voor een aanvraag als voor een AOR heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de beslissingsdatum. Een uitzondering op deze regel zijn aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, VESTA-attesten, attesten van het controleorgaan en attesten op basis van de medisch sociale schaal. Ook aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend voor personen die buiten Vlaanderen of Brussel wonen, worden niet opgenomen in de indicator.



Figuur 6 Tijdslijn indicator 7

##### 4.1 In- en exclusiecriteria

Volgend inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel het laatste dossier van een gerechtigde wordt geïncludeerd.
- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten waarvan een aanvraagdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.

Volgende goedgekeurde en geweigerde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel opgenomen worden in de doelgroep.
- Personen met een aanvraag of een automatische opening van rechten die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen gevestigd in Wallonië of het buitenland, worden geëxcludeerd.
- Personen die een aanvraag of automatische opening van rechten indienen op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, een VESTA-attest, een attest van het controleorgaan of een attest op basis van de medisch sociale schaal, worden geëxcludeerd.

<sup>12</sup> Opmerking: deze indicator kan niet meetellen voor de beloning of sanctionering van de Zorgkas, omdat de Zorgkas voor het behalen van een positief resultaat afhankelijk is van het feit of de gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling tijdig heeft uitgevoerd. Voorstel is om deze indicator als benchmark voor de Zorgkassen in te voeren.

## 4.2 Methodologie

Voor elke aanvraag wordt de beslissingstijd/doorlooptijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum beslissing. Als standaard wordt een periode van nul tot en met 90 dagen gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- $90 \text{ dagen} + (3 * SD) = \text{bovenste grens}$

Voor elke AOR wordt de beslissingstijd/doorlooptijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum beslissing. Als standaard wordt een periode van nul tot en met 90 dagen gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een verschil gemaakt tussen AOR's die buiten de standaardperiode vallen en AOR's die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- $90 \text{ dagen} + (3 * SD) = \text{bovenste grens}$

## 4.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201512B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de volledige populatie binnen de zorgverzekering en zijn dus alle tenlastenemingen van alle Zorgkassen samen met aanvraagjaar 2015. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 46 109 aanvragen en 6583 automatische openingen van rechten over. De doorlooptijd dient 0 tot 90 dagen te bedragen voor zowel de aanvragen als de automatische openingen van rechten.

In totaal loopt de doorlooptijd voor aanvragen van -343 dagen tot en met 423 dagen met een gemiddelde van 37.33. Cases die een negatieve doorlooptijd hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 25.005$ ) berekend. Outliers zijn dus cases die een doorlooptijd van meer dan 165 dagen hebben of negatief zijn. In de dataset zijn er 76 outliers aanwezig of zo'n 0.20% van de totale sample. Ten slotte had 98.70% van alle dossiers uit 2015 een doorlooptijd tussen nul en 90 dagen.

In tabel 10 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen 30 en 60 dagen bevindt. Echter zijn er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk bepaalde termijn aanwezig. Dit betekent dat er in het B-bestand cases zijn geregistreerd die een doorlooptijd van meer dan 90 dagen hebben.

Tabel 10 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: aanvragen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	38,46	22,635	39,00	0	214
	26,96	22,779	23,00	0	140
	38,19	25,329	39,00	0	423
	33,56	21,398	34,00	0	119
	37,17	33,636	24,00	0	378
	33,98	31,808	29,50	-343	254
Totaal	37,33	25,005	36,00	-343	423

In totaal loopt de doorlooptijd voor automatische openingen van rechten van -348 dagen tot en met 225 dagen met een gemiddelde van 12.42. Cases die een negatieve doorlooptijd hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking (SD = 18.338) berekend. Outliers zijn dus cases die een doorlooptijd van meer dan 145 dagen hebben of negatief zijn. In de dataset zijn er vijf outliers aanwezig of zo'n 0.10% van de totale sample. Ten slotte had 99.50% van alle dossiers uit 2015 een doorlooptijd tussen nul en 90 dagen.

In tabel 11 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen minder dan 30 dagen is. Bovendien bevinden de minimum- en de maximumwaarde van één Zorgkas zich binnen de wettelijk opgelegde termijn. Bij de andere Zorgkassen zijn er wel overschrijdingen van de wettelijk bepaalde termijn aanwezig. Dit betekent dat er in het B-bestand cases zijn geregistreerd die een doorlooptijd van meer dan 90 dagen hebben.

Tabel 11 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: automatische openingen van rechten

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	9,37	13,171	5,00	0	90
	14,81	18,026	8,00	0	110
	18,85	27,955	3,00	0	168
	16,65	20,186	8,00	0	111
	17,66	21,823	10,00	0	225
	13,68	24,035	4,00	-348	178
Totaal	12,42	18,338	6,00	-348	225

#### **4.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers**

Tijdens het tweede werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- Een *programmeerfout bij bepaalde attesten* welke als gevolg een verkeerde omzetting van de beslissingsdatum in het B-bestand heeft. Hierdoor wordt de datum van het attest gebruikt.
- Indicatiestellingen die te laat ontvangen worden omdat men *afhankelijk is van derden*. Hierdoor heeft men meer tijd nodig om deze attesten te verkrijgen.
- Een *aanpassing in het systeem van de Zorgkas* waarbij de originele datum overschreven wordt door een nieuwe datum. Aanpassingen in het systeem zorgen dus voor het overschrijven van de beslissingsdatum.

Echter geven de frequentietabellen m.b.t. de verschillende indicatiestellingen bij indicator 7 eerder een gemixt beeld. Het zijn namelijk niet enkel de attesten die opgenomen werden als een exclusie criterium voor de indicator, die zorgen voor een langere doorlooptijd of outliers.

Tabel 12 Indicator 7: vergelijking indicatiestellingen: aanvragen

			Dienst Gezinszorg	OCMW	Diensten maatschappe lijk werk	Lokale diensten- centra	Katz Thuis- verpleging	Katz Verzorgings- inrichting	Opname PVT	Dienst voor logistieke hulp	Totaal
Duur van de doorlooptijd	0-90 d	Aantal	5696	671	27780	2	1134	5090	110	5	40488
		Percent	98,80%	99,40%	98,90%	100,00%	99,10%	98,60%	99,10%	83,30%	98,90%
	91-165 d	Aantal	65	4	256	0	6	50	1	1	383
		Percent	1,10%	0,60%	0,90%	0,00%	0,50%	1,00%	0,90%	16,70%	0,90%
	165 d<	Aantal	7	0	41	0	4	21	0	0	73
		Percent	0,10%	0,00%	0,10%	0,00%	0,30%	0,40%	0,00%	0,00%	0,20%
Totaal		Aantal	5768	675	28077	2	1144	5161	111	6	40944
		Percent	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabel 13 Indicator 7: vergelijking indicatiestellingen: automatische openingen van rechten

			Dienst Gezinszorg	OCMW	Diensten maatschappe lijk werk	Katz Thuis- verpleging	Katz Verzorgings- inrichting	Kine E-attest	Opname PVT	Totaal
Duur van de doorlooptijd	0-90 d	Aantal	211	128	257	1762	3257	10	100	5725
		Percent	98,10%	100,00%	98,10%	99,90%	99,50%	100,00%	99,00%	99,50%
	91-145 d	Aantal	3	0	3	2	16	0	1	25
		Percent	1,40%	0,00%	1,10%	0,10%	0,50%	0,00%	1,00%	0,40%
	145 d<	Aantal	1	0	2	0	1	0	0	4
		Percent	0,50%	0,00%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
Totaal		Aantal	215	128	262	1764	3274	10	101	5754
		Percent	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

## Hoofdstuk 3

### De tweede proefdraai (april-mei 2017): definiëring, methodologie en resultaten

Alvorens de resultatensectie besproken kan worden, dienen er enkele bedenkingen in het achterhoofd gehouden te worden. Het is belangrijk deze mee te nemen tijdens het lezen, aangezien de resultaten anders fout geïnterpreteerd zouden worden:

- Deze resultaten hebben enkel betrekking op de gegevens uit het datasystemen van de Zorgkassen en zullen dus niet altijd overeenstemmen met de werking van de Zorgkas in de praktijk. Een dossier met een overschrijding van de wettelijke termijn kan dus in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de *gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap*.
- Voor indicatoren 1 en 2 werd er gewerkt met de gegevens van 2017. Hierbij werden de databestanden van de Zorgkassen gekoppeld met de beschikbare gegevens bij het Agentschap zoals data uit Ledenbeheer, uit het DPZ of uit het B-bestand. Voor indicatoren 3 tot en met 7 werd er gewerkt met het B-bestand van 2016. Specifiek werd voor indicator 5 en 6 het B-bestand gekoppeld met de databestanden aangeleverd door de Zorgkassen.
- Alle definities, in- en exclusiecriteria en de methodologieën van indicatoren 1 tot en met 7 werden vastgelegd op de stuurgroepvergadering van 29 juni 2017. Deze worden getoond in hoofdstuk vier. De resultaten van de tweede proefdraai werden echter voorgesteld op de stuurgroepvergadering van 15 mei waarna er nog aanpassingen aan de definiëring van de indicatoren hebben plaatsgevonden. Er wordt daarom meegegeven op welke definities deze resultaten gebaseerd zijn. *De uiteindelijke vorm van indicatoren 1 tot en met 7 wordt besproken in hoofdstuk vier*.
- De gedefinieerde outliers in deze resultatensectie werden berekend op basis van de standaardafwijking in de totale sample. Er wordt dus geen gebruik gemaakt van de individuele standaardafwijking bij een Zorgkas.
- Na de opmerkingen van de Zorgkassen m.b.t. de gevonden fouten, heeft het Agentschap de resultaten aangepast en beschikbaar gesteld begin september 2017. De resultaten hierna weergegeven zijn dus niet meer representatief, maar werden enkel toegevoegd om een beeld te geven van de gevonden resultaten bij de tweede proefdraai en een vergelijking mogelijk te maken met de resultaten van de eerste proefdraai. Er wordt daarom op het einde van elk onderdeel aangegeven welke bedenkingen en verklaringen de Zorgkassen hebben gerapporteerd tijdens de bespreking van de individuele resultaten. Op die manier is het ook duidelijker op welke manier de indicatoren en de analyse van de resultaten geëvolueerd is.

Tabel 14 Algemene resultaten van de onderzochte indicatoren

Indicator	Standaard	Gemiddelde	Standaardafwijking	Mediaan	Minimumwaarde	Maximumwaarde	
Indicator 1	tot 1/4	23.02.2017	16 09:10:46,801	28.02.2017	28.11.2016	18.04.2017	
Indicator 2	tot 16/1	12.01.2017	5 02:44:48,745	10.01.2017	10.01.2017	16.02.2017	
Indicator 3	Aanvraag	3 - 4 maanden	3,38	2,94	3,29	-214	167
	AOR	3 - 4 maanden	3,76	0,927	3,68	-5	20,1
Indicator 4	BEL en Kine-E	1 - 36 maanden	24,40	11,897	24,00	1	72
	Attest GZ	1 - 36 maanden	13,10	3,868	13,00	1	148
	Katz >75	1 - 6 maanden	6,2196	1,282	6,00	1	15
	Katz 75≤	1 - 12 maanden	11,47	2,505	12,00	1	36
Indicator 5	Aanvraag	Verschil van 0	0,21	2,540	0,00	-52	130
	AOR	Verschil van 0	0,74	2,762	0,00	-43	67
Indicator 6	Mantel- thuiszorg	0 maanden	0,11	0,561	0,00	0	14
	Residentiële	1 maand	1,00	0,490	1,00	-1	10
Indicator 7	Aanvraag	0 - 90 dagen	49,37	102,685	43,00	-338	4913
	AOR	0- 90 dagen	15,34	38,683	7,00	0	1113



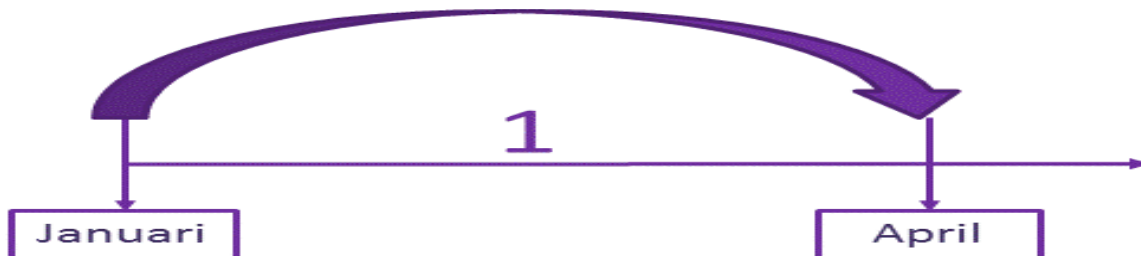
Tabel 15 Resultaten van de analyses voor een normaalverdeling<sup>13</sup>

Indicator	Kolmogorov-Smirnov			Kurtosis		Skewness		
	Statistic	Df	Significantie	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	
Indicator 1				1,680	0,002	-0,165	0,001	
Indicator 2	0,292	1301	0,000	13,669	0,136	3,307	0,068	
Indicator 3	Aanvraag	0,412	44596	0,000	1457,369	0,023	5,906	0,012
	AOR	0,198	6718	0,000	56,537	0,06	3,647	0,03
Indicator 4	BEL en Kine-E	0,297	33473	0,000	-1,654	0,027	-0,252	0,013
	Attest GZ	0,286	15349	0,000	110,32	0,04	5,021	0,02
	Katz >75	0,521	1694	0,000	16,3	0,119	3,638	0,059
	Katz 75≤	0,470	3412	0,000	37,36	0,084	1,99	0,042
Indicator 5	Aanvraag	0,503	23809	0,000	910,492	0,032	20,66	0,016
	AOR	0,418	5684	0,000	168,98	0,065	-0,665	0,032
Indicator 6	Mantel- thuiszorg	0,509	20928	0,000	129,487	0,034	9,546	0,017
	Residentiële	0,485	2563	0,000	140,295	0,097	9,521	0,048
Indicator 7	Aanvraag	0,315	52166	0,000	854,308	0,021	24,941	0,011
	AOR	0,346	6030	0,000	300,196	0,063	14,549	0,032

<sup>13</sup> Voor indicator 1 was het niet mogelijk om een Kolmogorov-Smirnov test uit te voeren, omdat de sample te groot was en SPSS hierop blokkeerde. Echter zijn er nog twee andere mogelijkheden om te testen of een sample normaal verdeeld is. Enerzijds een P-P plot waarbij voor elke waarde een overeenstemmende z-score wordt berekend (Field, 2009: pp. 134-135). Dit is een grafische voorstelling van de verdeling van de sample ten opzichte van een normaalverdeling en gezien de grote van de sample was deze techniek ook niet toepasbaar. Anderzijds kan men de parameters van vorm, kurtosis en skewness, analyseren. Hierbij wordt de waarde van de kurtosis en de waarde van de skewness omgezet naar een z-score. Deze techniek is tevens betrouwbaarder dan deze van een P-P plot (Field, 2009: pp. 138-139). Bij deze sample is de z-score van de kurtosis gelijk aan 840 en de waarde van de skewness aan -165. Deze waarden zijn groter dan 3.29, wat betekent dat de sample niet normaal verdeeld is met een significantie van < 0.001 (Field, 2009: p. 139).

## 1 Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden

Voorlopige definitie: *De uitnodiging tot betaling wordt voor 1 april van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden met bijdrageplicht sinds 31 januari van het huidige jaar. Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven.*



Figuur 7 Tijdslijn indicator 1

### 1.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Officiële aansluitingen met een startjaar vóór het huidige jaar worden geïncludeerd.
- Officiële aansluitingen met een eindjaar groter of gelijk aan het huidige jaar (kan ook een leeg veld zijn) worden geïncludeerd.

Volgende leden behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een lopende of nog niet besliste tenlasteneming op 31 december van het vorige jaar worden geëxcludeerd.
- Personen overleden voor of op 15 april van het huidige jaar, worden geëxcludeerd.
- Personen die tussen 1 januari en 15 april van het huidige jaar minstens één dag een speciale NIS-code (van ambtswege afgevoerd, verlies verblijfsrecht, vrijgesteld van inschrijving, afwezig verklaard, ...) hadden, worden geëxcludeerd.
- Niet-bijdrageplichtige leden worden geëxcludeerd.
- Ambtshalve aansluitingen worden geëxcludeerd.

### 1.2 Methodologie

Voor elk dossier dat voldoet aan de hierboven vermelde criteria, wordt er nagegaan of de *Postdropdatum/Datum verzending* of de *Datum aanbieding aan de bank* zich voor 1 april van het huidige jaar bevindt. Vroegtijdige betalingen en brieven verstuurd tussen 1 januari en 31 maart van het huidige jaar worden als correct gecodeerd. Dossiers met een *Postdropdatum/Datum verzending* of *Datum aanbieding aan de bank* op of na 1 april van het huidige jaar worden als fout gecodeerd. Dossiers waarbij er geen datum wordt vermeld, worden als fout gecodeerd.

Bij indicator 2 wordt er met een binaire variabele gewerkt en worden er dus geen outliers berekend. Daarnaast wordt er enkel gewerkt met dossiers die in de lijst met bijdrageplichtige leden zijn

opgenomen. Dossiers die niet deze lijst zijn opgenomen, worden niet meegenomen in de analyse van de indicator.

### 1.3 Resultaten

De analyse van indicator 1 had betrekking op 4 148 459 cases, waarbij er werd nagegaan of de Zorgkas voor 1 april een brief had verstuurd naar het lid. Ook voor de poging tot innen werd 31 maart als limiet gezien. De inningsbrieven en pogingen tot innen werden verstuurd/uitgevoerd tussen 28 november 2016 en 18 april 2017 met als gemiddelde 23 februari 2017. Echter zijn er 171 071 brieven en pogingen tot innen na 31 maart verstuurd/uitgevoerd en 44 962 leden hebben geen brief of poging tot innen ontvangen. Uit de werkbezoeken blijkt dat een poging tot innen altijd plaatsvindt na 31 maart. Volgens de wetgeving is de uiterste betaaldatum voor de ledenbijdrage namelijk 30 april. Vanwege deze regelgeving laten Zorgkassen hun pogingen tot innen plaatsvinden na 31 maart, met name in het begin van april. Vanuit regelgevend oogpunt is dit eigenlijk correct en zijn er dus cases onterecht als fout gecodeerd. Het reële foutenpercentage zal dus lager liggen dan het gerapporteerde percentage van de tweede proefdraai.

Tabel 16 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 1

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	28.02.2017	3 10:14:14,317	28.02.2017	28.02.2017	04.04.2017
	19.01.2017	17 23:02:49,383	05.01.2017	03.01.2017	13.04.2017
	22.02.2017	20 11:08:19,727	14.02.2017	02.01.2017	18.04.2017
	29.01.2017	5 10:08:16,173	26.01.2017	26.01.2017	12.04.2017
	13.02.2017	16 23:05:49,505	17.02.2017	28.11.2016	12.04.2017
	12.03.2017	10 02:19:42,052	13.03.2017	14.12.2016	07.04.2017
Totaal	23.02.2017	16 09:10:46,801	28.02.2017	28.11.2016	18.04.2017

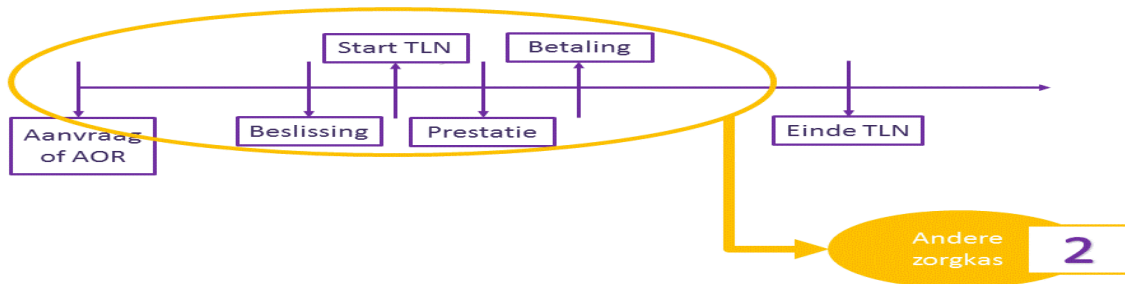
### 1.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- In de dataset zijn tevens dossiers zonder datum aanwezig. Dit zijn *misschien dossiers die wel in het bestand van het Agentschap voorkomen, maar niet bij de Zorgkas*. Op het Zorgkassenoverleg werd dit reeds aangehaald.
- Domiciliëring worden pas op 1 à 2 april doorgestuurd en zijn dus als te laat gecodeerd. *Echter mogen deze eerste pogingen later plaatsvinden*.
- Er zijn toch *enkele cases geïncludeerd die niet behoren tot de doelgroep van de indicator* zoals personen met een collectieve schuldenregeling, personen met een MOB-mutatie en personen jonger dan 26.
- In de wetgeving staat dat een lid tot 30 april tijd heeft om te betalen. Om die reden is het *verzenden van de brief op 4 april nog steeds op tijd volgens de wet*.

## 2 Indicator 2: gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieperiode

Voorlopige definitie: Voor alle personen met een lopend dossier, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is en die van Zorgkas veranderd zijn, wordt het dossier correct, volledig en tijdig doorgegeven door de oude Zorgkas aan de nieuwe Zorgkas. De oude Zorgkas draagt de dossiers uiterlijk op 15 januari van het huidige jaar over aan de nieuwe Zorgkas.



Figuur 8 Tijdslijn indicator 2

### 2.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel dossiers uit de eerste mutatieperiode worden geïnccludeerd.
- Enkel mutaties die gestart zijn in december van het vorige jaar, worden geïnccludeerd.
- Enkel lopende dossiers, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een aanvraag waarin een beslissing genomen is in het laatste kalenderjaar voor de mutatie worden geïnccludeerd.

Volgende dossiers behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Dossiers van leden die niet gemuteerd zijn, worden geëxcludeerd.
- Dossiers van leden die geen tenlasteneming hebben, worden geëxcludeerd.

### 2.2 Methodologie

Voor elk dossier dat voldoet aan de hierboven vermelde criteria, wordt er nagegaan of de *Datum overdracht van het dossier* zich voor 16 januari van het huidige jaar bevindt. Dossiers vanaf 1 januari van het huidige jaar tot en met 15 januari van het huidige jaar worden als correct gecodeerd. Dossiers met een *Datum overdracht van het dossier* op of na 16 januari van het huidige jaar worden als fout gecodeerd. Dossiers waarbij er geen datum wordt vermeld, worden als fout gecodeerd.

Bij indicator 2 wordt er met een binaire variabele gewerkt en worden er dus geen outliers berekend. Daarnaast wordt er enkel gewerkt met dossiers die op het DPZ worden vermeld. Dossiers die niet op het DPZ voorkomen, worden niet meegenomen in de analyse van de indicator.

### 2.3 Resultaten

De analyse van indicator 2 had betrekking op 1354 cases, waarbij er werd nagegaan of de Zorgkas voor 16 januari het dossier van het gemuteerde lid had overgedragen aan de nieuwe Zorgkas. De dossiers werden overgedragen tussen 10 januari 2017 en 16 februari 2017 met als gemiddelde 12 januari 2017. Echter zijn er 257 dossiers te laat overgedragen (na 15 januari) en voor 53 leden werd er geen dossier ontvangen. Een deel van de dossiers werd te laat of niet doorgestuurd vanwege technische problemen bij de Zorgkassen m.b.t. de toegang tot SharePoint of door het niet overdragen van dossiers van personen die overleden zijn in het vorige jaar.

Tabel 17 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 2

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	23.01.2017	9 02:15:35,182	24.01.2017	12.01.2017	13.02.2017
	10.01.2017	00:00,0	10.01.2017	10.01.2017	10.01.2017
	17.01.2017	3 21:49:55,463	17.01.2017	16.01.2017	16.02.2017
	10.01.2017	00:00,0	10.01.2017	10.01.2017	10.01.2017
	10.01.2017	1 14:33:12,068	10.01.2017	10.01.2017	02.02.2017
	11.01.2017	1 07:41:58,527	12.01.2017	10.01.2017	13.01.2017
Totaal	12.01.2017	5 02:44:48,745	10.01.2017	10.01.2017	16.02.2017

Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

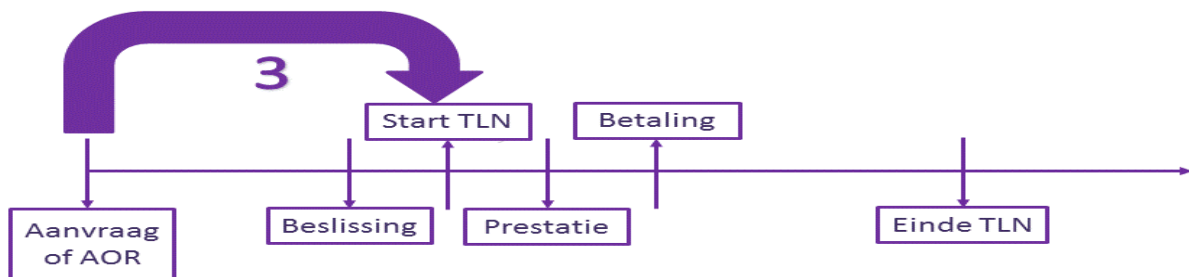
Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- Er werd een *voorlopige versie van de lijst van mutaties gebruikt i.p.v. de definitieve lijst* bij sommige kantoren. Dit zorgde ervoor dat sommige dossiers te laat werden overgedragen, m.a.w. een menselijke fout.
- Eén Zorgkas had voor de eerste keer de SharePoint-omgeving gebruikt. Echter hebben zij *verschillende problemen gekend met het overdragen van dossiers via de SharePointpagina*, aangezien bepaalde kantoren of bepaalde medewerkers geen toegang kregen tot SharePoint. Dit had als gevolg dat alle dossiers *op een later tijdstip fysiek werden doorgestuurd en dus als te laat werden gecodeerd*. Naar volgend jaar toe zou dit probleem echter opgelost zijn.
- *Dossiers van leden die overleden zijn in het vorige jaar*, worden door de oude Zorgkassen niet meer overgedragen aan de nieuwe Zorgkas. Om die reden zouden deze leden beter geëxcludeerd worden uit de dataset.
- De oude Zorgkas dient de dossiers van leden die naar een andere Zorgkas muteren, op de eigen SharePoint-pagina te plaatsen. Daarna worden deze dossiers overgezet naar de SharePoint-pagina van de nieuwe Zorgkas. *Echter heeft deze overdracht bij sommige dossiers niet plaatsgevonden*. De nieuwe Zorgkas heeft deze dossiers daardoor te laat ontvangen en ook als te laat gecodeerd, terwijl de oude Zorgkas deze tijdig had aangeboden op hun SharePoint-pagina.

### 3 Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag tot tenlasteneming in het vorige jaar, geldt er een carenperiode van drie tot en met vier maanden (eerste dag van de vierde maand na aanvraagdatum/datum automatische opening van rechten).*

- Voor een aanvraag heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de datum start tenlasteneming.
- Voor een AOR<sup>14</sup> heeft dit betrekking op de periode tussen de datum automatische opening van rechten en de datum start tenlasteneming. De datum automatische opening van rechten bestaat uit de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening bij AOR.



Figuur 9 Tijdslijn indicator 3

#### 3.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.
- Enkel automatische openingen van rechten waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar EN waarvan een datum automatische opening van rechten zich tussen 1 januari 2015 en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel opgenomen worden in de doelgroep.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.

<sup>14</sup> Uit het voorontwerp van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 juli 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, Boek 1, Deel 2, Art. 2: *“De tegemoetkomingen worden automatisch toegekend als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: 1° de gebruiker heeft een attest als vermeld in artikel 87 of artikel 181; 2° de Zorgkas verkrijgt het attest via de bestandsmatige gegevens van het Agentschap.”*

### 3.2 Methodologie

Voor elke aanvraag wordt de carenstijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum start TLN. Als standaard wordt een periode van drie tot en met vier maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve carenstijd hebben en dus onmogelijk zijn (datum start tenlasteneming voor datum aanvraag), cases met een foutieve datum aanvraag (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Dossiers met datum aanvraag = 31/12/9999
- Carenstijd < 0 maanden
- 3 maanden – (3\*SD) = onderste grens
- 4 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke AOR wordt de carenstijd berekend op basis van de datum AOR en de datum start TLN. Als standaard wordt een periode van drie tot en met vier maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen AOR's die buiten de standaardperiode vallen en AOR's die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve carenstijd hebben en dus onmogelijk zijn (datum start tenlasteneming voor datum aanvraag), cases met een foutieve datum aanvraag (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Dossiers met datum AOR = 31/12/9999
- Carenstijd < 0 maanden
- 3 maanden – (3\*SD) = onderste grens
- 4 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

### 3.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201612B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de cases van alle Zorgkassen samen met beslissingsjaar 2016. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 44 819 aanvragen en 6736 automatische openingen van rechten over. De carenstijd dient 3 tot 4 maanden te bedragen voor zowel de aanvragen als de automatische openingen van rechten.

In totaal loopt de carensperiode voor aanvragen van -214 maanden tot en met 167 maanden<sup>15</sup> met een gemiddelde van 3.38. Cases die een negatieve carensperiode hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking (SD = 2.942) berekend. Outliers zijn bij deze

---

<sup>15</sup> Zoals eerder aangegeven kan een overschrijding van de wettelijke termijn in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap.

subindicator cases die zich onder de nul maanden en boven de 13 maanden bevinden. In de dataset zijn 284 outliers aanwezig of zo'n 0.60% van de totale sample. Ten slotte had 94.20% van alle dossiers uit 2016 een carenperiode tussen drie en vier maanden.

In tabel 18 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen drie en vier maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (minder dan drie maanden of meer dan vier maanden) aanwezig zijn.

Tabel 18 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: aanvragen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	3,24	0,511	3,26	-156	34
	3,26	0,286	3,13	0	4
	3,51	4,420	3,29	-23	167
	3,67	6,229	3,35	0	148
	3,60	1,879	3,45	-4	55
	3,34	0,538	3,34	-214	7
Totaal	3,38	2,942	3,29	-214	167

In totaal loopt de carenperiode voor automatische openingen van rechten van -5 maanden tot en met 20 maanden met een gemiddelde van 3.76. Cases die een negatieve carenperiode hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking (SD = 0.927) berekend. Outliers zijn bij deze subindicator cases die zich onder de nul maanden en boven de zeven maanden bevinden. In de dataset zijn er 87 outliers aanwezig of zo'n 1.30% van de totale sample. Ten slotte had 75.40% van alle dossiers uit 2016 een carenperiode tussen drie en vier maanden.

In tabel 19 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van sommige Zorgkassen zich tussen vier en vijf maanden bevindt i.p.v. tussen drie en vier maanden, welke de wettelijk opgelegde termijn is. Daarenboven blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen, behalve één, overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (minder dan drie maanden of meer dan vier maanden) aanwezig zijn. Zoals reeds aangehaald in het vorige hoofdstuk, is de definitie van dit onderdeel verkeerd geïnterpreteerd door verschillende Zorgkassen. Dit probleem was nog niet opgelost in het B-bestand van 2016, aangezien deze misinterpretatie pas in het najaar van 2016 opgemerkt werd a.d.h.v. de resultaten van de eerste proefdraai. De tijdspanne was echter te kort om deze registratiefout nog recht te zetten in het IT-systeem van de Zorgkassen. In het B-bestand van 2017 zou dit dus geen issue meer zijn.



Tabel 19 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 3: automatische openingen van rechten

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	3,51	0,423	3,45	3	15
	4,46	0,412	4,45	0	5
	4,49	1,775	4,32	-5	20
	3,02	1,142	3,35	-3	4
	4,53	0,531	4,48	4	16
	4,00	0,000	4,00	4	4
Totaal	3,76	0,927	3,68	-5	20

### 3.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

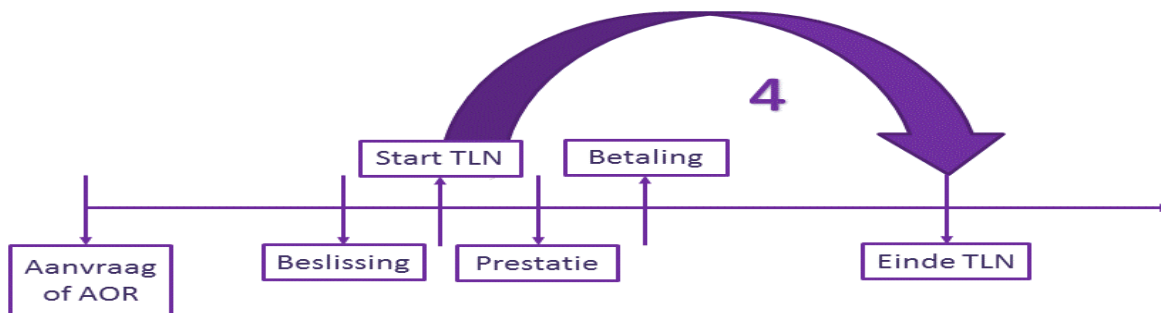
- *De mutatiedossiers zouden in de eerste fase van de evaluatie best buiten beschouwing gelaten worden, gezien er een bepaalde historiek wordt meegenomen door de nieuwe Zorgkas die strikt genomen niet de eigen verantwoordelijkheid is.*
- *Een fout in de dataregistratie van het B-bestand; AOR's worden aangeduid als aanvraag.*
- *Een interpretatiefout binnen de dataregistratie (verkeerd datumgebruik) zoals de foute registratie van een AOR: de begindatum van de betaling wordt opgegeven als de begindatum van het recht. Hierdoor ontstaat er een foutieve rapportering in het B-bestand. Dit werd reeds door de Zorgkassen aangepast in het nieuwe B-bestand maar is nog niet zichtbaar in het B-bestand van 2016.*
- *Er zijn IT-probleem opgedoken bij de berekening van de carenstijd. Dit heeft tevens een invloed op de berekening van de volgende indicatoren (5 & 6).*

## 4 Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurd en lopend dossier op datum xx (= laatste dag van steekproefperiode) is de periode tussen de start en het einde van de tenlasteneming correct berekend. De duurtijd verschilt per type attest en kan afhankelijk zijn van de leeftijd. Het gaat hier om aanvragen, automatische openingen van rechten en verlengingen. Bij de Katz-schaal thuisverpleging wordt er geen rekening gehouden met dossiers AOR.*

- Bij een BEL-score geldt voor personen die op de datum van indicatiestelling jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Kine-E-atteest geldt voor personen die op de aanvraagdatum jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Voor personen met een attest gezinszorg geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.

- Bij een Katz-schaal thuisverpleging dient de datum beslissing na 30/06/2014 te vallen en geldt:
  - Voor personen die op de startdatum van de tenlasteneming jonger dan 75 jaar zijn, een duurtijd van één tot en met zes maanden.
  - Voor personen die op de startdatum TLN 75 jaar of ouder zijn, een duurtijd van één tot en met 12 maanden.



Figuur 10 Tijdslijn indicator 4

#### 4.1 In- en exclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel het laatste en lopende dossier van een gerechtigde wordt opgenomen in de dataset.
- Enkel lopende dossiers met een beslissingsdatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïncludeerd.
- Verder zijn er per attest enkele individuele voorwaarden:
  - Bij een BEL-score en een Kine-E-attest worden enkel personen jonger dan 80 jaar geïncludeerd. Bij de BEL-score wordt er gekeken naar de leeftijd bij datum indicatiestelling. Bij het Kine-E-attest wordt er gekeken naar de leeftijd bij de datum aanvraag.
  - Bij een attest gezinszorg wordt er geen leeftijdsbeperking gehanteerd.
  - Bij een Katz-schaal thuisverpleging worden personen met een AOR niet opgenomen in de dataset. Daarna wordt de dataset opgesplitst in personen jonger dan 75 jaar bij de datum start TLN en personen van 75 jaar of ouder bij de datum start TLN.

Volgende lopende dossiers behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator en hebben betrekking op alle attesten en indicatiestellingen van indicator 4:

- Personen die komen te overlijden alvorens de tenlasteneming start of tijdens de toekenning van de tenlasteneming, worden geëxcludeerd.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen met een te lage score, zijnde een score minder dan 35 bij een BEL-score of minder dan een B-score bij de Katz-schaal, worden geëxcludeerd.

## 4.2 Methodologie

Voor elke indicatiestelling op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met 36 maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases met een foutieve datum einde tenlasteneming (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Dossiers met datum einde TLN = 31/12/9999
- 36 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elk attest gezinszorg wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met 36 maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases met een foutieve datum einde tenlasteneming (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Dossiers met datum einde TLN = 31/12/9999
- 36 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke Katz-schaal afgenomen door de thuisverpleging, wordt de duurtijd berekend op basis van de datum start TLN en de datum einde TLN. Als standaard wordt een periode van één tot en met zes maanden gehanteerd voor personen jonger dan 75 jaar bij de start tenlasteneming en een periode van één tot en met 12 maanden voor personen van 75 jaar of ouder bij de start van de tenlasteneming. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen en lopende dossiers die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases met een foutieve datum einde tenlasteneming (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de grenzen van de standaardperiode:

- Dossiers met datum einde TLN = 31/12/9999
- Jonger dan 75 jaar:
  - 6 maanden + (3\*SD) = bovenste grens
- 75 jaar of ouder:
  - 12 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

### 4.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201612B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de volledige populatie binnen de zorgverzekering en zijn dus alle cases van alle Zorgkassen met beslissingsjaar 2016. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 33 479 indicatiestellingen op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest over, 15 352 attesten gezinszorg en 5109 indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal afgenomen door thuisverpleging. De wettelijk opgelegde duurtijd verschilt van attest tot attest. Voor de indicatiestellingen op basis van een BEL-score, een Kine-E-attest of een attest gezinszorg dient deze tussen één maand en 36 maanden te zijn.

Voor alle indicatiestellingen op basis van een BEL-score of een Kine-E-attest loopt de duurtijd van één maand tot en met 72 maanden met een gemiddelde van 24.40. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 11.897$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn in dit geval cases waarvan de einddatum fout geregistreerd is. In de dataset zijn er zes outliers aanwezig of zo'n 0.00% van de totale sample. Ten slotte had 99.80% van alle dossiers uit 2016 een duurtijd tussen één en 36 maanden.

In tabel 20 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich onder de 36 maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij de helft van de Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (meer dan 36 maanden) aanwezig zijn.

Tabel 20 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: indicatiestellingen en kine-E

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	25,44	11,996	36,00	1	36
	25,95	11,680	33,00	1	36
	23,17	11,480	24,00	1	72
	26,16	11,779	36,00	1	37
	23,53	11,678	24,00	1	36
	19,82	12,413	15,00	1	53
Totaal	24,40	11,897	24,00	1	72

Voor alle attesten gezinszorg loopt de duurtijd van één maand tot en met 148<sup>16</sup> maanden met een gemiddelde van 13.10. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 3.868$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases waarvan de einddatum fout geregistreerd is of cases die zich boven de 48 maanden bevinden. In de dataset zijn er vier outliers aanwezig of zo'n 0.00% van de totale sample. Ten slotte had zo'n 100.00% van de dossiers uit 2016 een duurtijd tussen één en 36 maanden.

In tabel 21 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich onder de 15 maanden bevindt. Bij één Zorgkas blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er een overschrijding van de wettelijk opgelegde termijn (meer dan 36 maanden) aanwezig is.

<sup>16</sup> Zoals eerder aangegeven kan een overschrijding van de wettelijke termijn in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap.

Tabel 21 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: attesten gezinszorg

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	13,45	3,844	14,00	1	36
	14,23	2,599	15,00	1	36
	11,21	4,543	12,00	1	148
	12,41	1,919	13,00	1	16
	13,31	3,914	15,00	1	36
	13,09	2,539	14,00	2	24
Totaal	13,10	3,868	13,00	1	148

Bij indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal opgenomen bij personen jonger dan 75 jaar dient de duurtijd zich te bevinden tussen één maand en zes maanden. In totaal loopt de duurtijd van deze inschalingen van één maand tot en met 15 maanden met een gemiddelde van 6.22. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 1.282$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich boven de negen maanden bevinden. In de dataset zijn er 74 outliers aanwezig of zo'n 4.40% van de totale sample. Ten slotte had 95.20% van alle dossiers uit 2016 een duurtijd tussen één en zes maanden.

In tabel 22 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van de meeste Zorgkassen zich rond de zes maanden bevindt. Echter zijn er twee Zorgkassen met een gemiddelde boven de zes maanden. Verder blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij de helft van de Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (meer dan zes maanden) aanwezig zijn.

Tabel 22 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij nul tot 74-jarigen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	6,30	1,385	6,00	2	15
	5,89	0,658	6,00	2	6
	6,28	1,318	6,00	1	12
	5,99	0,158	6,00	4	6
	5,89	0,515	6,00	3	6
	5,51	1,804	6,00	1	12
Totaal	6,22	1,282	6,00	1	15

Bij indicatiestellingen op basis van de Katz-schaal opgenomen bij personen van 75 jaar of ouder dient de duurtijd zich te bevinden tussen één maand en 12 maanden. In totaal loopt de duurtijd van deze inschalingen van één maand tot en met 36 maanden met een gemiddelde van 11.47. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 2.505$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich boven de 20 maanden bevinden. In de dataset zijn er 14 outliers aanwezig of zo'n 0.40% van de totale sample. Ten slotte had 99.20% van alle dossiers uit 2016 een duurtijd tussen één en 12 maanden.

In tabel 23 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen tien en 12 maanden bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij twee Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (meer dan 12 maanden) aanwezig zijn.

Tabel 23 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 4: Katz-schaal thuisverpleging bij 75-jarigen of ouder

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	11,79	2,363	12,00	1	36
	11,31	1,533	12,00	5	12
	10,41	3,220	12,00	1	36
	11,52	1,802	12,00	1	12
	10,86	2,008	12,00	2	12
	10,75	2,992	12,00	1	12
Totaal	11,47	2,505	12,00	1	36

#### 4.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

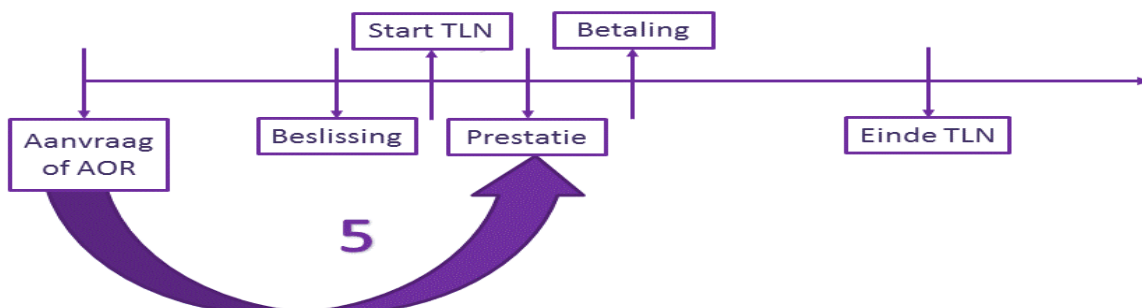
- Een tenlasteneming die *verschillende opeenvolgende correcties heeft ondergaan, kan op één grote tenlasteneming* lijken i.p.v. verschillende kleinere tenlastenemingen.
- Door een *aanpassing van de wettelijk termijn* zijn momenteel nog niet alle dossiers correct gecodeerd.

#### 5 Indicator 5: correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag of automatische opening van rechten, is de eerste prestatimaand:*

- de vierde maand na de aanvraag.
- de vijfde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening, maar maximum zes maanden voor de aanvraagdatum bij AOR, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet.

*Bij personen met opschorting wordt het aantal maanden opschorting, meegedeeld door de Zorgkas, verrekend in het resultaat.*



Figuur 11 Tijdslijn indicator 5

## 5.1 In- en exclusiecriteria

Volgend inclusie criterium heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïnccludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie, worden geëxcludeerd.
- Personen met een cumul VAPH worden geëxcludeerd.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.

## 5.2 Methodologie

Voor elke aanvraag wordt de aanvraagdatum opgeteld met vier maanden en met het aantal maanden opschorting (dit kan ook nul zijn). Deze datum is de theoretisch correcte eerste prestatiedatum. Daarna wordt er nagegaan of de theoretisch correcte eerste prestatiedatum overeenstemt met de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkas. Het verschil tussen de theoretisch correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum dient nul te zijn. Resultaten die verschillend van nul zijn, worden als fout gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen aanvragen die een verschil afwijkend van nul hebben en aanvragen die een verschil afwijkend van nul hebben EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de onderste of bovenste grens van de standaardperiode:

- $0 - (3*SD)$  = onderste grens
- $0 + (3*SD)$  = bovenste grens

Voor elke AOR zonder opschorting wordt de datum AOR opgeteld met vijf maanden. Indien deze datum minder dan zes maanden voor de aanvraagdatum valt, dan is de theoretisch correcte eerste prestatiedatum gelijk aan *Datum AOR + 5 maanden*. Indien deze datum meer dan zes maanden voor de aanvraagdatum valt, dan is de theoretisch correcte eerste prestatiedatum gelijk aan *Datum Aanvraag – 6 maanden*.

Voor elke AOR met opschorting wordt de datum AOR opgeteld met vier maanden en met het aantal maanden opschorting. Indien deze datum minder dan zes maanden voor de aanvraagdatum valt, dan is de theoretisch correcte eerste prestatiedatum gelijk aan *Datum AOR + 4 maanden + het aantal maanden opschorting*. Indien dit meer dan zes maanden voor de aanvraagdatum valt, dan is de theoretisch correcte eerste prestatiedatum gelijk aan *Datum Aanvraag – 6 maanden*.

Het verschil tussen de theoretisch correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkas dient nul te zijn. Resultaten die verschillend van nul zijn, worden als fout gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen automatische openingen van rechten die een verschil afwijkend van nul hebben en automatische openingen van rechten die een verschil afwijkend van nul hebben EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd

als cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de onderste of bovenste grens van de standaardperiode:

- $0 - (3 \cdot SD) =$  onderste grens
- $0 + (3 \cdot SD) =$  bovenste grens

### 5.3 Resultaten

De analyse van de resultaten van indicator 5 heeft betrekking op alle cases van alle Zorgkassen samen met een eerste prestatiedatum in 2016. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 23 809 aanvragen en 5684 automatische openingen van rechten over. Het verschil tussen de theoretisch correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum door de Zorgkassen dient nul te zijn voor zowel de aanvragen als de automatische openingen van rechten.

In totaal loopt het verschil van de theoretische correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen voor aanvragen van -52 maanden tot en met 130<sup>17</sup> maanden met een gemiddelde van 0.21. Een negatief verschil tussen de theoretisch correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen is vaak te wijten aan een interpretatiefout van de definitie. Bij de aangeleverde eerste prestatiedatum door de Zorgkassen diende het aantal maanden opschorting reeds bijgeteld te zijn. Verschillende Zorgkassen hadden echter de opschorting niet opgenomen bij de berekening van de variabele.

Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 2.540$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich onder de -8 maanden en boven de acht maanden bevinden. In de dataset zijn 171 outliers aanwezig of zo'n 0.70% van de totale sample. Ten slotte was er in 97.00% van de dossiers uit 2016 geen verschil tussen de theoretische correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen.

In tabel 24 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen, behalve één Zorgkas, zich boven de nul maanden bevindt. Uit de werkbezoeken is gebleken dat een interpretatiefout bij de definitie aan de basis lag van dit resultaat. Verder blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (verschil kleiner of groter dan nul) aanwezig zijn.

Tabel 24 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 5: aanvragen

	Gemiddelde	Standaardafwijking	Mediaan	Minimumwaarde	Maximumwaarde
Zorgkas	0,18	1,610	0,00	-36	1
	0,44	2,643	0,00	-32	0
	0,19	2,871	0,00	-26	130
	0,00	0,082	0,00	-2	3
	0,52	3,578	0,00	-52	60
	0,23	3,303	0,00	-8	72
Totaal	0,21	2,540	0,00	-52	130

<sup>17</sup> Zoals eerder aangegeven kan een overschrijding van de wettelijke termijn in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap.



In totaal loopt het verschil van de theoretische correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen voor de automatische openingen van rechten van -43 maanden tot en met 67 maanden met een gemiddelde van 0.74. Een negatief verschil tussen de theoretisch correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen is vaak te wijten aan een interpretatiefout van de definitie. Bij de aangeleverde eerste prestatiedatum door de Zorgkassen diende het aantal maanden opschorting reeds bijgeteld te zijn. Verschillende Zorgkassen hadden echter de opschorting niet opgenomen bij de berekening van de variabele.

Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 2.762$ ) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich onder de -8 maanden en boven de acht maanden bevinden. In de dataset zijn 84 outliers aanwezig of zo'n 1.50% van de totale sample. Ten slotte was er in 62.40% van de dossiers uit 2016 geen verschil tussen de theoretische correcte eerste prestatiedatum en de opgegeven eerste prestatiedatum van de Zorgkassen.

In tabel 25 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich boven de nul maanden bevindt. Uit de werkbezoeken is gebleken dat een interpretatiefout bij de definitie aan de basis lag van dit resultaat. Verder blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (verschil kleiner of groter dan nul) aanwezig zijn.

Tabel 25 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 5: automatische openingen van rechten

	Gemiddelde	Standaardafwijking	Mediaan	Minimumwaarde	Maximumwaarde
Zorgkas	0,74	2,408	0,00	-36	10
	0,35	2,372	0,00	-23	0
	0,90	2,009	0,00	-10	12
	0,44	1,470	0,00	-8	16
	0,92	5,841	0,00	-43	67
	0,39	1,820	0,00	0	10
Totaal	0,74	2,762	0,00	-43	67

#### 5.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

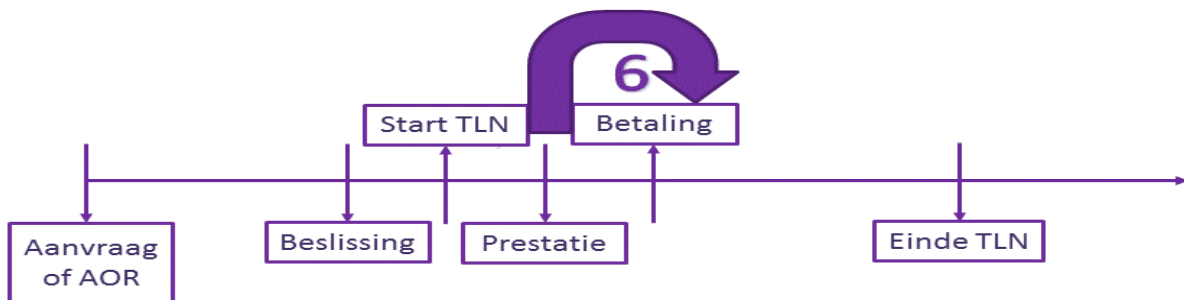
Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

- Er bestond verwarring over wat er bedoeld werd met de eerste prestatie maand. Dit heeft ervoor gezorgd dat alle dossiers met een opschorting fout berekend zijn, aangezien de opschorting niet werd meegeteld bij de berekening van de eerste prestatie maand. M.a.w. was er *een interpretatiefout van de definitie*.
- Er is een *IT-probleem aanwezig bij de berekening van de carens* en dit probleem zorgt ervoor dat ook de daaropvolgende indicatoren (5 & 6) fout worden berekend.
- Er zijn *problemen met het IT-systeem* waardoor er fouten in de rapportering van indicator 5 zijn geslopen.

## 6 Indicator 6: tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een uitbetaling van een tenlasteneming, valt de eerste uitbetalingsdatum van de tenlasteneming:*

- in de maand van de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij mantel- en thuiszorg.
- de maand na de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij residentiële zorg.



Figuur 12 Tijdslijn indicator 6

### 6.1 In- en exclusiecriteria

Volgend inclusie criterium heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïnccludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie, worden geëxcludeerd.
- Personen met een cumul VAPH worden geëxcludeerd.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen met een automatische opening van rechten worden geëxcludeerd.

### 6.2 Methodologie

Voor elke aanvraag bij mantel- en thuiszorg wordt de betalingstermijn berekend op basis van de eerste prestatiedatum en de eerste betalingsdatum. Als standaard wordt een periode van nul maanden gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve betalingstermijn hebben en dus onmogelijk zijn (datum eerste betalingsmaand voor datum eerste prestatie maand), geen eerste betalingsdatum hebben of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- Betalingstermijn < 0 maanden
- Betalingstermijn niet te berekenen vanwege de afwezigheid van een eerste betalingsdatum
- 0 maanden + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke aanvraag bij residentiële zorg wordt de betalingstermijn berekend op basis van de eerste prestatiedatum en de eerste betalingsdatum. Als standaard wordt een periode van één maand gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve betalingstermijn hebben en dus onmogelijk zijn (datum eerste betalingsmaand voor datum eerste prestatie maand), geen eerste betalingsdatum hebben of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- Betalingstermijn < 1 maand
- Betalingstermijn niet te berekenen vanwege de afwezigheid van een eerste betalingsdatum
- 1 maand + (3\*SD) = bovenste grens

### 6.3 Resultaten

De analyse van de resultaten van indicator 6 heeft betrekking op alle cases van alle Zorgkassen samen met een eerste prestatiedatum in 2016. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 21 230 dossiers mantel- en thuiszorg en 2579 dossiers residentiële zorg over. De eerste betalingsdatum dient bij dossiers mantel- en thuiszorg in dezelfde maand te liggen als de eerste prestatiedatum. Het verschil tussen beide variabelen dient dus kleiner dan één maand te zijn. Bij de dossiers residentiële zorg dient de eerste uitbetalingsdatum een maand later te liggen dan de eerste prestatiedatum. M.a.w. dient het verschil tussen beide variabelen groter dan één maand en kleiner dan twee maanden te zijn.

In totaal loopt het verschil van de uitbetalingsmaand met de eerste prestatiedatum van de Zorgkassen voor mantel- en thuiszorg van nul maanden tot en met 14 maanden met een gemiddelde van 0.11. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking (SD = 0.561) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die zich onder de nul maanden en boven de twee maanden bevinden. In de dataset zijn 609 outliers aanwezig of zo'n 2.90% van de totale sample. Ten slotte had 91.90% van alle dossiers uit 2016 een uitbetalingsperiode van minder dan één maand.

In tabel 26 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen de nul en één maand bevindt. Over het algemeen behalen zij dus een hoge score. Echter blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn aanwezig (verschil van meer dan nul maanden) zijn.

Tabel 26 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 6: mantel-en thuiszorg

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	0,06	0,590	0,00	0	14
	0,18	0,829	0,00	0	8
	0,15	0,497	0,00	0	9
	0,02	0,232	0,00	0	5
	0,11	0,670	0,00	0	8
	0,20	0,974	0,00	0	10
Totaal	0,11	0,561	0,00	0	14

In totaal loopt het verschil van de uitbetalingsmaand met de eerste prestatiedatum van de Zorgkassen voor residentiële zorg van -1 maand tot en met tien maanden met een gemiddelde van 1.00. Cases die een eerste betalingsdatum voor de eerste prestatiedatum hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking ( $SD = 0.490$ ) berekend. Outliers zijn bij deze subindicator cases die zich onder de nul maanden en boven de twee maanden bevinden. In de dataset zijn 39 outliers aanwezig of zo'n 1.50% van de totale sample. Ten slotte had 93.40% van alle dossiers uit 2016 een uitbetalingsperiode van één maand.

In tabel 27 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van de meeste Zorgkassen zich tussen de één en twee maanden bevindt. Echter zijn er twee Zorgkassen met een gemiddelde onder één maand. Verder blijkt uit de minimum- en maximumwaarden dat er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn (verschil van minder dan één maand of meer dan twee maanden) aanwezig zijn.

Tabel 27 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 6: residentiële zorg

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	0,00	0,000	0,00	-1	0
	1,25	1,151	1,00	1	10
	1,01	0,333	1,00	0	10
	0,95	0,285	1,00	0	2
	1,08	0,625	1,00	0	8
	1,09	0,674	1,00	1	8
Totaal	1,00	0,490	1,00	-1	10

#### 6.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd en mogelijke verklaringen voor deze cases zijn:

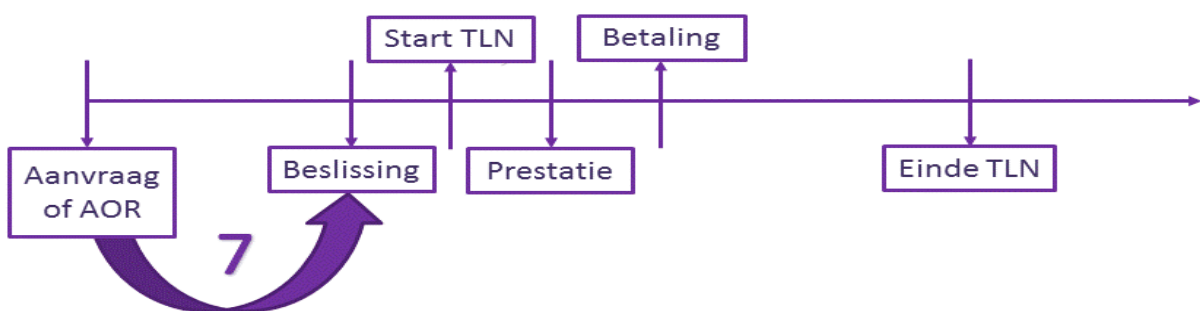
- *De uitbetalingsdatum van de dossiers mantel- en thuiszorg werd aangepast in september/oktober 2016, waardoor er nog enkele dossiers op één maand waren berekend i.p.v. minder dan één maand. Vroeger werd dit gedaan om na te gaan of het lid niet reeds overleden was en op die*

manier onnodige betalingen tegen te gaan. Echter vraagt de wetgeving een uitbetaling binnen de maand.

- *Een fout in de dataregistratie van het B-bestand; AOR's worden aangeduid als aanvraag, dus misschien werden deze AOR's mee opgenomen in de indicator wat leidt tot een verkeerde berekening.*
- *Dossiers met een leeg veld zijn personen voor wie geen IBAN beschikbaar is en voor wie men dus geen uitbetaling heeft kunnen uitvoeren.*
- *Datum ontvangst van een elektronisch attest wordt nergens vermeld. Wanneer deze te laat worden ontvangen door de Zorgkas, geeft dit een te late uitbetaling. Om die reden zouden de VESTA-attesten, de attesten verhoogde kinderbijslag en de attesten op basis van de medisch sociale schaal beter geëxcludeerd worden.*
- *Er zijn toch enkele cases geïncludeerd die niet behoren tot de doelgroep van de indicator zoals een dossier met een bezwaarprocedure.*
- *Er zijn problemen met het IT-systeem waardoor er fouten in de rapportering van indicator 6 zijn geslopen.*

## 7 Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing<sup>18</sup>

Voorlopige definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde of geweigerde aanvraag tot tenlasteneming, geldt er een beslissingsperiode van nul tot en met 90 dagen. Zowel voor een aanvraag als voor een AOR heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de beslissingsdatum. Een uitzondering op deze regel zijn aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, VESTA-attesten, attesten van het controleorgaan en attesten op basis van de medisch sociale schaal. Ook aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend voor personen die buiten Vlaanderen of Brussel wonen, worden niet opgenomen in de indicator.*



Figuur 13 Tijdslijn indicator 7

<sup>18</sup> Opmerking: deze indicator kan niet meetellen voor de beloning of sanctionering van de Zorgkas, omdat de Zorgkas voor het behalen van een positief resultaat afhankelijk is van het feit of de gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling tijdig heeft uitgevoerd. Voorstel is om deze indicator als benchmark voor de Zorgkassen in te voeren.

## 7.1 In- en exclusiecriteria

Volgend inclusie criterium heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten waarvan een beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïnccludeerd.

Volgende goedgekeurde en geweigerde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel opgenomen worden in de doelgroep.
- Personen met een aanvraag of een automatische opening van rechten die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen gevestigd in Wallonië of het buitenland worden geëxcludeerd.
- Personen die een aanvraag of automatische opening van rechten indienen op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, een VESTA-attest, een attest van het controleorgaan of een attest op basis van de medisch sociale schaal worden geëxcludeerd.

## 7.2 Methodologie

Voor elke aanvraag wordt de beslissingstijd/doorlooptijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum beslissing. Als standaard wordt een periode van nul tot en met 90 dagen gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen aanvragen die buiten de standaardperiode vallen en aanvragen die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve doorlooptijd hebben en dus onmogelijk zijn (datum beslissing voor datum aanvraag), cases met een foutieve datum aanvraag (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- Dossiers met datum aanvraag = 31/12/9999
- Doorlooptijd < 0 dagen
- 90 dagen + (3\*SD) = bovenste grens

Voor elke AOR wordt de beslissingstijd/doorlooptijd berekend op basis van de datum aanvraag en de datum beslissing. Als standaard wordt een periode van nul tot en met 90 dagen gehanteerd. Cases die buiten deze range vallen, worden als zodanig gecodeerd. Echter wordt er een onderscheid gemaakt tussen AOR's die buiten de standaardperiode vallen en AOR's die buiten de standaardperiode vallen EN gedefinieerd kunnen worden als een outlier. Outliers worden gedefinieerd als cases die een negatieve doorlooptijd hebben en dus onmogelijk zijn (datum beslissing voor datum aanvraag), cases met een foutieve datum aanvraag (31/12/9999) of cases die drie standaardafwijkingen verwijderd zijn van de bovenste grens van de standaardperiode:

- Dossiers met datum AOR = 31/12/9999
- Doorlooptijd < 0 dagen
- 90 dagen + (3\*SD) = bovenste grens

### 7.3 Resultaten

Bij de analyse van de resultaten werd als bronbestand het B-bestand 201612B gebruikt. Deze sample heeft betrekking op de volledige populatie binnen de zorgverzekering en zijn dus alle tenlastenemingen van alle Zorgkassen samen met beslissingsjaar 2016. Na het uitvoeren van de in- en exclusiecriteria bleef er een totale sample van 52 168 aanvragen en 6030 automatische openingen van rechten over. De doorlooptijd dient 0 tot 90 dagen te bedragen voor zowel de aanvragen als de automatische openingen van rechten.

In totaal loopt de doorlooptijd voor aanvragen van -338 dagen tot en met 4913 dagen<sup>19</sup> met een gemiddelde van 49.37. Cases die een negatieve doorlooptijd hebben, zijn onmogelijk gevallen en dus een registratiefout van de Zorgkassen. Deze cases worden onder andere als outlier gecodeerd. Andere outliers worden aan de hand van de standaardafwijking (SD = 102.685) berekend. Outliers zijn dus cases die een doorlooptijd van minder dan nul of meer dan 398 dagen hebben. In de dataset zijn er 244 outliers aanwezig of zo'n 0.50% van de totale sample. Tevens zijn er twee cases waarbij de beslissingsdatum voor de aanvraagdatum valt. Ten slotte had 96.40% van alle dossiers uit 2016 een doorlooptijd tussen nul en 90 dagen.

In tabel 28 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen zich tussen 30 en 60 dagen bevindt. Echter zijn er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk bepaalde termijn (meer dan 90 dagen) aanwezig.

Tabel 28 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: aanvragen

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	45,80	34,180	45,00	0	2661
	49,89	188,651	28,00	0	4327
	55,08	104,571	47,00	0	4913
	46,83	140,479	34,00	0	4362
	56,98	209,149	28,00	0	4442
	43,50	134,371	35,00	-338	4342
Totaal	49,37	102,685	43,00	-338	4913

In totaal loopt de doorlooptijd voor automatische openingen van rechten van nul dagen tot en met 1113 dagen met een gemiddelde van 15.34. Daarna werd aan de hand van de standaardafwijking (SD = 38.683) het aantal outliers berekend. Outliers zijn cases die een doorlooptijd van meer dan 206 dagen hebben. In de dataset zijn er 26 outliers aanwezig of zo'n 0.40% van de totale sample. Ten slotte had 98.70% van alle dossiers uit 2016 een doorlooptijd tussen nul en 90 dagen.

In tabel 29 worden de resultaten per Zorgkas weergegeven. Hieruit blijkt dat het gemiddelde van alle Zorgkassen minder dan 30 dagen is. Echter zijn er bij alle Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk bepaalde termijn (meer dan 90 dagen) aanwezig.

<sup>19</sup> Zoals eerder aangegeven kan een overschrijding van de wettelijke termijn in de praktijk wel op tijd uitgevoerd zijn. Dit project heeft namelijk enkel betrekking op de gegevensstromen tussen de Zorgkassen en het Agentschap.

Tabel 29 Resultaten van de Zorgkassen op indicator 7: automatische openingen van rechten

	Gemiddelde	Standaard-afwijking	Mediaan	Minimum-waarde	Maximum-waarde
Zorgkas	12,51	20,523	7,00	0	741
	25,46	77,116	10,00	0	741
	15,79	27,722	6,00	0	263
	14,12	29,015	6,00	0	385
	26,75	73,257	11,00	0	923
	17,31	65,914	5,00	0	1113
Totaal	15,34	38,683	7,00	0	1113

#### 7.4 Verklarende factoren en oorzaken voor de overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn en de outliers

Tijdens het derde werkbezoek werden de individuele resultaten aan elke Zorgkas voorgelegd, maar voor indicator 7 werden er geen suggesties of opmerkingen genoteerd.



## Hoofdstuk 4

### Definitieve versie van de indicatoren 1 tot en met 7

#### 1 Indicator 1: tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden

Vastgelegde definitie: *De uitnodiging tot betaling wordt voor 1 april van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden met bijdrageplicht sinds 31 januari van het huidige jaar. De sanctionering begint echter pas te lopen vanaf 10 april van het huidige jaar. Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven. Een poging tot innen vindt ten laatste plaats op 30 april van het huidige jaar.*



Figuur 14 Tijdslijn indicator 1 met 1a = de tijdslijn voor de uitnodiging tot betaling (brieven) en 1b = de tijdslijn voor poging tot innen (domiciliëringen)

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Officiële aansluitingen met een startjaar vóór het huidige jaar worden geïnccludeerd.
- Officiële aansluitingen met een eindjaar groter of gelijk aan het huidige jaar (kan ook een leeg veld zijn) worden geïnccludeerd.

Volgende leden behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

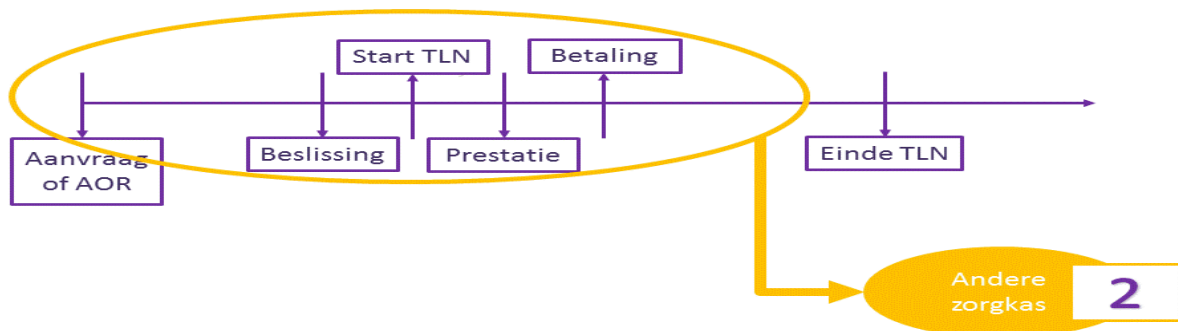
- Personen met een lopende of nog niet besliste tenlasteneming op 31 december van het vorige jaar worden geëxcludeerd.
- Personen overleden voor of op 15 april van het huidige jaar, worden geëxcludeerd.
- Personen die tussen 1 januari en 15 april van het huidige jaar minstens één dag een speciale NIS-code (van ambtswege afgevoerd, verlies verblijfsrecht, vrijgesteld van inschrijving, afwezig verklaard, ...) hadden, worden geëxcludeerd.
- Niet-bijdrageplichtige leden worden geëxcludeerd.
- Personen met een MOB-mutatie worden geëxcludeerd.

## 2 Indicator 2: gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieperiode

Vastgelegde definitie: Voor alle personen met een lopend dossier, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is en die van Zorgkas veranderd zijn, wordt het dossier correct, volledig en tijdig doorgegeven door de oude Zorgkas aan de nieuwe Zorgkas. De oude Zorgkas draagt de dossiers uiterlijk op 9 januari van het huidige jaar over aan de nieuwe Zorgkas. De sanctionering begint echter pas te lopen vanaf 16 januari van het huidige jaar.

Een volledig dossier voldoet aan de volgende criteria:

- De infofiche met de naam van de vertegenwoordiger en met een kopie van de beslissingsbrief wordt aan de nieuwe Zorgkas overgedragen door de oude Zorgkas. Dit dossier omvat tevens volgende informatie:
  - Aanwezigheid van het laatste attest of indicatiestelling van het gemuteerd lid
  - Aanwezigheid van de aanvraagdatum
  - Aanwezigheid van het IBAN-nummer



Figuur 15 Tijdslijn indicator 2

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel dossiers uit de eerste mutatieperiode worden geïncludeerd.
- Enkel mutaties die gestart zijn in december van het vorige jaar, worden geïncludeerd.
- Enkel lopende dossiers, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een aanvraag waarin een beslissing genomen is in het laatste kalenderjaar voor de mutatie worden geïncludeerd.

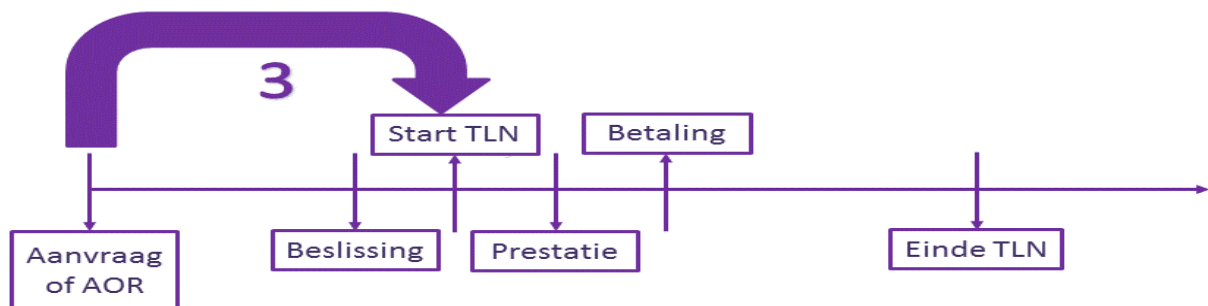
Volgende dossiers behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Dossiers van leden die niet gemuteerd zijn, worden geëxcludeerd.
- Dossiers van leden die geen tenlasteneming hebben, worden geëxcludeerd.
- Personen met een overlijdensdatum vóór het huidige jaar worden geëxcludeerd.

### 3 Indicator 3: correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN

Vastgelegde definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag tot tenlasteneming in het vorige jaar, geldt er een carenperiode van drie tot en met vier maanden (eerste dag van de vierde maand na aanvraagdatum/datum automatische opening van rechten).*

- Voor een aanvraag heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de datum start tenlasteneming.
- Voor een AOR<sup>20</sup> heeft dit betrekking op de periode tussen de datum automatische opening van rechten en de datum start tenlasteneming. De datum automatische opening van rechten bestaat uit de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening bij AOR.



Figuur 16 Tijdslijn indicator 3

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.
- Enkel automatische openingen van rechten waarvan de beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar EN waarvan een datum automatische opening van rechten zich tussen 1 januari 2015 en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïncludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

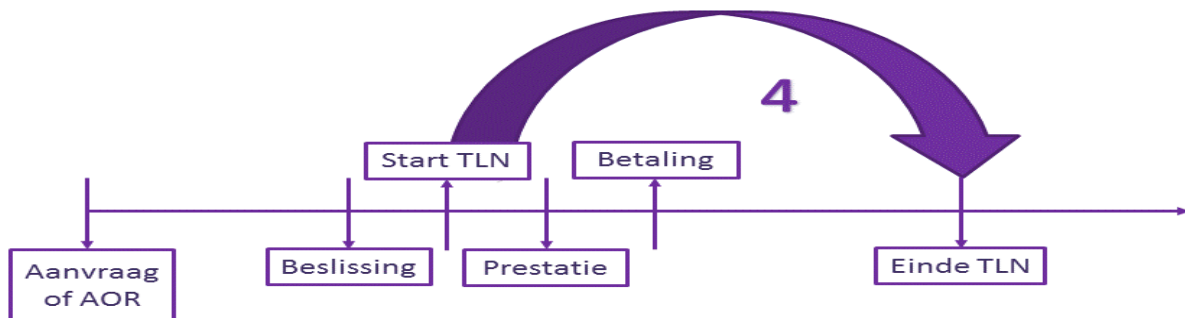
- Personen overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel worden opgenomen in de doelgroep.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de Zorgkas, worden geëxcludeerd.

<sup>20</sup> Uit het voorontwerp van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 juli 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, Boek 1, Deel 2, Art. 2: "De tegemoetkomingen worden automatisch toegekend als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: 1° de gebruiker heeft een attest als vermeld in artikel 87 of artikel 181; 2° de Zorgkas verkrijgt het attest via de bestandsmatige gegevens van het Agentschap."

#### 4 Indicator 4: maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden

Vastgelegde definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurd en lopend dossier op datum xx (= laatste dag van steekproefperiode) is de periode tussen de start en het einde van de tenlasteneming correct berekend. De duurtijd verschilt per type attest en kan afhankelijk zijn van de leeftijd. Het gaat hier om aanvragen, automatische openingen van rechten en verlengingen. Bij de Katz-schaal thuisverpleging wordt er geen rekening gehouden met dossiers AOR.*

- Bij een BEL-score geldt voor personen die op de datum van indicatiestelling jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Kine-E-atteest geldt voor personen die op de aanvraagdatum jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Voor personen met een attest gezinszorg geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Katz-schaal thuisverpleging geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met zes maanden.



Figuur 17 Tijdslijn indicator 4

Volgende inclusiecriteria hebben betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel lopende dossiers met een beslissingsdatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïncludeerd.
- Enkel het laatste en lopende dossier van een gerechtigde wordt opgenomen in de dataset.
- Verder zijn er per attest enkele individuele voorwaarden:
  - Bij een BEL-score en een Kine-E-atteest worden enkel personen jonger dan 80 jaar geïncludeerd. Bij de BEL-score wordt er gekeken naar de leeftijd bij datum indicatiestelling. Bij het Kine-E-atteest wordt er gekeken naar de leeftijd bij de datum aanvraag.
  - Bij een attest gezinszorg wordt er geen leeftijdsbeperking gehanteerd.
  - Bij een Katz-schaal thuisverpleging wordt er geen leeftijdsbeperking gehanteerd, maar personen met een AOR worden niet opgenomen in de dataset.

Volgende lopende dossiers behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator en hebben betrekking op alle attesten en indicatiestellingen van indicator 4:

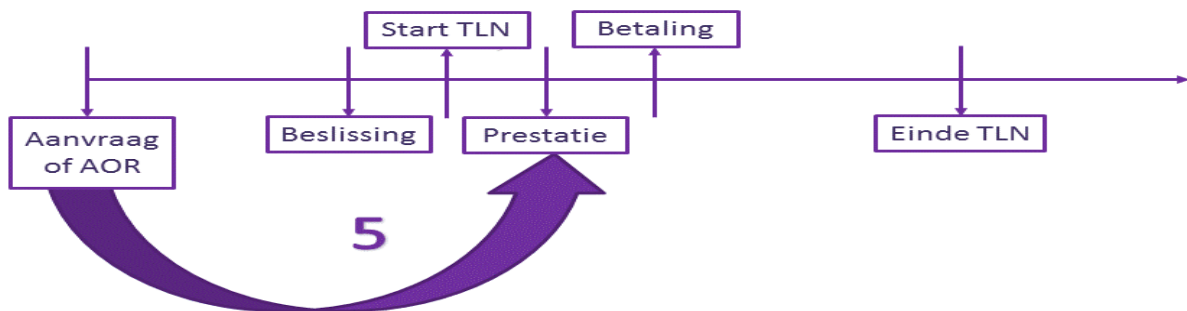
- Personen die komen te overlijden alvorens de tenlasteneming start of tijdens de toekenning van de tenlasteneming, worden geëxcludeerd.
- -Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen met een te lage score, zijnde een score minder dan 35 bij een BEL-score of minder dan een B-score bij de Katz-schaal, worden geëxcludeerd.

## 5 Indicator 5: correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum

Vastgelegde definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag of automatische opening van rechten, is de eerste prestatie maand:*

- de vierde maand na de aanvraag.
- de vijfde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening, maar maximum zes maanden voor de aanvraagdatum bij AOR, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet.

*De eerste prestatiedatum heeft betrekking op de eerste maand waarop een gerechtigde recht heeft op een vergoeding. Hierbij dient er rekening te worden gehouden met de opschorting die aan het lid wordt toegekend. Bij personen met opschorting wordt dus het aantal maanden opschorting, mee gedeeld door de Zorgkas, verrekend in het resultaat.*



Figuur 18 Tijdslijn indicator 5

Volgend inclusie criterium heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïncludeerd.

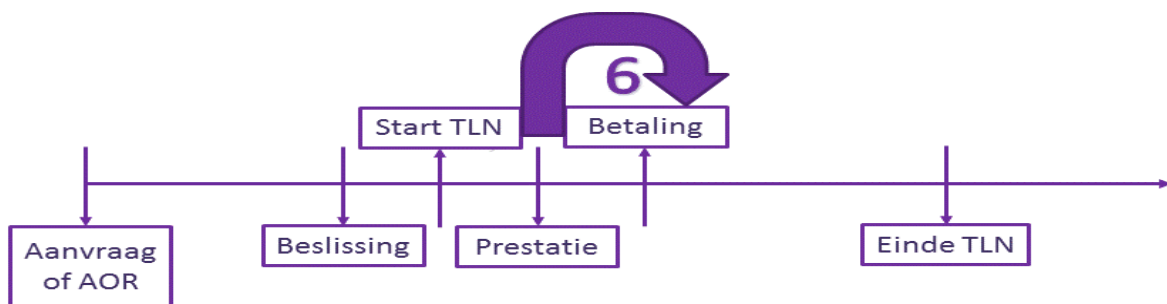
Volgende goedgekeurde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie, worden geëxcludeerd.
- Personen met een cumul VAPH worden geëxcludeerd.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de Zorgkas, worden geëxcludeerd.

## 6 Indicator 6: tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum

Vastgelegde definitie: *Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een uitbetaling van een tenlasteneming, valt de eerste uitbetalingsdatum van de tenlasteneming:*

- in de maand van de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij mantel- en thuiszorg.
- de maand na de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij residentiële zorg.



Figuur 19 Tijdslijn indicator 6

Volgend inclusiecriteria heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

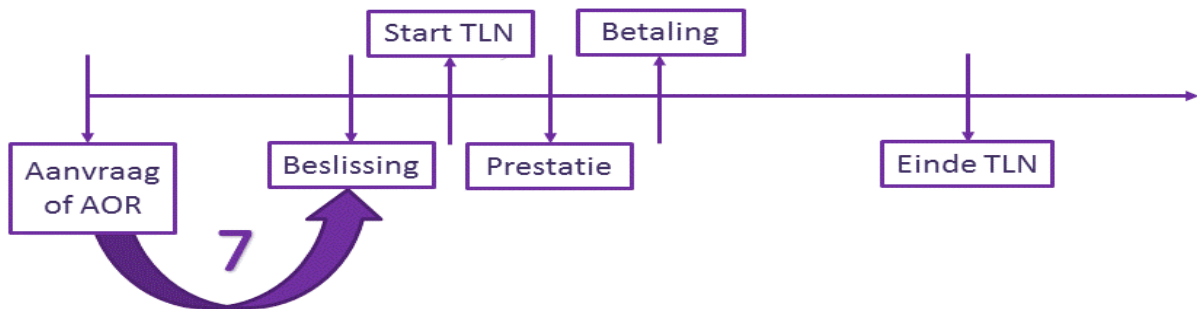
- Enkel aanvragen met een eerste prestatiedatum tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar worden geïnccludeerd.

Volgende goedgekeurde aanvragen behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen met een dossier dat behandeld wordt bij de bezwaarcommissie, worden geëxcludeerd.
- Personen met een cumul VAPH worden geëxcludeerd.
- Personen met een geweigerde aanvraag tot tenlasteneming of een aanvraag tot tenlasteneming die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen met een automatische opening van rechten worden geëxcludeerd.
- Personen die een aanvraag indienen op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, een VESTA-attest of een attest op basis van de medisch sociale schaal worden geëxcludeerd.
- Personen die in het vorige jaar gemuteerd zijn naar de Zorgkas, worden geëxcludeerd.

## 7 Indicator 7: doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing<sup>21</sup>

Vastgelegde definitie: Voor alle personen met een goedgekeurde of geweigerde aanvraag tot tenlasteneming, geldt er een beslissingsperiode van nul tot en met 90 dagen. Zowel voor een aanvraag als voor een AOR heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de beslissingsdatum. Een uitzondering op deze regel zijn aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, VESTA-attesten, attesten van het controleorgaan en attesten op basis van de medisch sociale schaal. Ook aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend voor personen die buiten Vlaanderen of Brussel wonen, worden niet opgenomen in de indicator.



Figuur 20 Tijdslijn indicator 7

Volgend inclusie criterium heeft betrekking op de doelgroep van de indicator:

- Enkel aanvragen en automatische openingen van rechten waarvan een beslissingsdatum zich tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar bevindt, worden geïnccludeerd.

Volgende goedgekeurde en geweigerde aanvragen en automatische openingen van rechten behoren niet tot doelgroep van de geanalyseerde indicator:

- Personen overleden voor de start van de tenlasteneming worden geëxcludeerd. Dit betekent dat gerechtigden die gestorven zijn op de dag dat de tenlasteneming start, wel worden opgenomen in de doelgroep.
- Personen met een aanvraag of een automatische opening van rechten die nog in behandeling is, worden geëxcludeerd.
- Personen gevestigd in Wallonië of het buitenland worden geëxcludeerd.
- Personen die een aanvraag of automatische opening van rechten indienen op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, een VESTA-attest, een attest van het controleorgaan of een attest op basis van de medisch sociale schaal worden geëxcludeerd.

<sup>21</sup> Opmerking: deze indicator kan niet meetellen voor de beloning of sanctionering van de Zorgkas, omdat de Zorgkas voor het behalen van een positief resultaat afhankelijk is van het feit of de gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling tijdig heeft uitgevoerd. Voorstel is om deze indicator als benchmark voor de Zorgkassen in te voeren.

**8 Indicator 8: Tijdig verstuurde rappelbrieven naar bijdrageplichtige leden die niet betaalden in het voorjaar, Indicator 9: Rappelbrieven met opvragen correct aantal achterstallige bijdragen en Indicator 10: Aangetekende brieven met correcte aantal achterstallige bijdragen**

*De indicatoren van de laatste fase zullen niet worden geïmplementeerd in 2018, aangezien er nog problemen zijn met het Digitaal Platform en de datasystemen van de Zorgkassen. Ook het proefdraaien van deze indicatoren was niet haalbaar in 2017. Er werd daarom geopteerd om deze indicatoren niet op te nemen in de scope van het huidige project en er zijn voor deze indicatoren dus geen afspraken gemaakt m.b.t. de definiëring, in- en exclusiecriteria en methodologie.*



## Hoofdstuk 5

### Verder verloop van het project: bepalen van de serviceniveaus

#### 1 Algemene resultaten na de eerste proefdraai

Gezien in de eerste fase van het project slechts drie indicatoren geanalyseerd konden worden, kon er pas in de tweede fase een model worden opgesteld m.b.t. de financiële responsabilisering. Echter bleek uit de eerste fase – analyses op de resultaten van 2015 – dat het behaalde niveau van de Zorgkassen reeds erg hoog lag. Verschillende Zorgkassen behaalden na de aanpassingen, die besloten werden in de werkgroep van 10 januari 2017, een score van 100.00% op bepaalde onderdelen van een indicator. Eén Zorgkas behaalde zelfs 100.00% op alle onderdelen van een indicator.

Tabel 30 Resultaten per onderdeel van een indicator

		Zorgkas						Totaal
Indicator 3	Aanvraag	95,10%	100,00%	98,70%	99,90%	99,90%	95,90%	97,10%
	AOR	100,00%	0,00%	19,70%	11,70%	0,00%	97,60%	68,40%
Indicator 4	BEL en Kine-E	100,00%	100,00%	99,90%	100,00%	99,80%	99,10%	99,90%
	Attest GZ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Katz >75	98,00%	100,00%	95,30%	97,70%	88,10%	100,00%	96,50%
	Katz 75≤	97,50%	100,00%	99,70%	100,00%	94,50%	100,00%	98,30%
Indicator 7	Aanvraag	99,60%	99,00%	98,90%	99,80%	94,00%	94,80%	98,70%
	AOR	100,00%	99,40%	99,20%	99,20%	98,60%	97,80%	99,50%

Als men de totaalscore van een Zorgkas per indicator wil nagaan, kan men twee manieren van berekenen hanteren. *Enerzijds kan er aan alle onderdelen van een indicator eenzelfde gewicht worden gegeven, anderzijds kunnen de gewichten worden verdeeld naargelang het aantal cases per onderdeel.* Echter lijkt het – met de informatie verkregen uit het tweede werkbezoek in het achterhoofd – een gegronde reden om voor de berekening van indicator 3 enkel rekening te houden met de resultaten van de aanvragen. Gezien er een fout in de dataregistratie aanwezig was bij verschillende Zorgkassen, scoren deze Zorgkassen eerder laag op het AOR-onderdeel. Dit heeft als gevolg dat zij een lagere eindscore op indicator 3 behalen. Gezien het erg aannemelijk is dat de resultaten voor de automatische openingen van rechten na het doorvoeren van de aanpassingen gelijklopend zullen zijn met de resultaten van de aanvragen bij indicator 3, wordt er enkel gekeken naar de resultaten bij de aanvragen. Bij het berekenen van een totaalscore voor indicator 3 wordt er dus geen aandacht geschonken aan de resultaten van de automatische openingen van rechten.

Indien men de totaalscore per indicator berekent volgens de eerste methode, dan krijgt elke onderdeel van een indicator hetzelfde gewicht. Dit betekent dat bij indicator 4 de scores van elk onderdeel worden opgeteld en daarna gedeeld door vier. Indien men deze methode gebruikt, scoort bij indicator 3 één Zorgkas 100.00% en scoren twee Zorgkassen bijna 100.00% (respectievelijk 99.90%). Bij indicator 4 scoort één Zorgkas 100.00% en twee Zorgkassen meer dan 99.00% (respectievelijk 99.78% en 99.43%). Bij indicator 7 scoren vier Zorgkassen meer dan 99.00%. Bij de totaalscore (alle indicatoren krijgen eenzelfde gewicht) zijn er twee Zorgkassen die meer dan 99.00% scoren.

Tabel 31 Resultaten per indicator volgens een gelijke verdeling van gewicht

	Zorgkas						Totaal
Indicator 3	95,10%	100,00%	98,70%	99,90%	99,90%	95,90%	97,10%
Indicator 4	98,88%	100,00%	98,73%	99,43%	95,60%	99,78%	98,68%
Indicator 7	99,80%	99,20%	99,05%	99,50%	96,30%	96,30%	99,10%
Totaal	97,93%	99,73%	98,83%	99,61%	97,27%	97,33%	98,29%

Indien er echter rekening wordt gehouden met het aantal cases binnen een indicator, dan wordt er gekeken naar het procentuele aantal dat een onderdeel vormt in de score van de indicator. Bijvoorbeeld bij indicator 7 zullen de aanvragen meer doorwegen op het totale resultaat omdat zij 82.00% tot 96.00% van het aantal cases representeren in het totale aantal cases bij indicator 7 (aanvragen en AOR's samen). Dit zorgt ervoor dat de resultaten een ander beeld geven dan bij de hierboven vermelde berekeningsmethode. Bij indicator 3 blijven de resultaten hetzelfde, maar bij indicator 4 scoren alle Zorgkassen meer dan 99.00% in totaal. Bij indicator 7 scoren slechts drie Zorgkassen meer dan 99.00%. Echter behalen drie Zorgkassen een totaalscore (alle indicatoren krijgen eenzelfde gewicht) van meer dan 99.00%.

Tabel 32 Resultaten per indicator volgens het aantal cases per subindicator

	Zorgkas						Totaal
Indicator 3	95,10%	100,00%	98,70%	99,90%	99,90%	95,90%	97,10%
Indicator 4	99,83%	100,00%	99,80%	99,90%	99,25%	99,45%	99,77%
Indicator 7	99,66%	99,05%	98,91%	99,71%	94,81%	95,35%	98,80%
Totaal	98,20%	99,68%	99,14%	99,84%	97,99%	96,90%	98,55%

Op basis van bovenstaande tabellen kan men besluiten dat *de te behalen serviceniveaus dicht bij de maximumscore zullen liggen*. Echter is dit een bedenking onder voorbehoud en afhankelijk van de resultaten van de nieuwe indicatoren (1, 2, 5 en 6). Ten slotte zullen de serviceniveaus tevens dienen te worden getoetst aan de resultaten van deze indicatoren in de tweede proefdraai opdat men kan nagaan of de aannames uit deze sectie correct zijn. Om die reden zullen de resultaten uit de tweede proefdraai geen gevolgen hebben voor de Zorgkassen.

## 2 Algemene resultaten na de tweede proefdraai

Bij de analyse van de tweede proefdraai is gebleken dat er nog enkele problemen zijn met de aanlevering van de gegevens van de nieuwe indicatoren. Om die reden staan de definities pas op punt sinds de laatste stuurgroepvergadering van 29 juni 2017. De gegevens waarmee gewerkt wordt om het model voor de responsabilisering voor te stellen, zijn de gegevens van de stuurgroepvergadering van 15 mei 2017. Deze gegevens zijn dus niet representatief, gezien er nog enkele wijzigingen hebben plaatsgevonden aan de definiëringen van de indicatoren zoals weergegeven in hoofdstuk vier.

Als we kijken naar de scores van de Zorgkassen bij de tweede proefdraai zien we bij indicatoren 4 en 7 enkele gestegen scores, terwijl bij indicator 3 sommige Zorgkassen stijgen en andere eerder dalen. Daarnaast zien we tevens dat het probleem met de AOR-tenlastenemingen nog niet volledig is rechtgezet. Deze aanpassingen zullen pas effect hebben in het B-bestand van 2017 en zullen dus tot uiting komen in de analyses van het volgende jaar.

Bij de nieuwe indicatoren zien we voornamelijk bij indicatoren 2 en 5 grote verschillen tussen de Zorgkassen onderling. Sommige Zorgkassen scoren zeer laag op deze indicator of bepaalde onderdelen van de indicator, terwijl andere hier eerder een hoge score optekenen. Bij indicator 2 is dit te wijten aan problemen met de toegang tot SharePoint in sommige kantoren van de Zorgkassen, waardoor er verschillende dossiers op een later tijdstip fysiek doorgestuurd werden naar de nieuwe Zorgkas. Bij indicator 5 zijn er problemen geweest met de correcte interpretatie van de definitie. Om die reden zijn er nog enkele aanpassingen doorgevoerd aan de definities van de indicatoren, zodat deze helder en duidelijk zijn voor de Zorgkassen en de gegevens correct aangeleverd kunnen worden.

Tabel 33 Resultaten per onderdeel van een indicator

		Zorgkas					Totaal	
Indicator 1		97,60%	99,90%	81,40%	98,90%	99,60%	96,90%	94,80%
Indicator 2		26,20%	98,20%		93,80%	98,60%	98,80%	77,10%
Indicator 3	Aanvraag	92,80%	99,80%	95,30%	98,00%	98,00%	88,50%	94,20%
	AOR	99,80%		28,00%	82,00%		100,00%	75,40%
Indicator 4	BEL en Kine-E	100,00%	100,00%	99,30%	99,90%	100,00%	99,80%	99,80%
	Attest GZ	100,00%	100,00%	99,90%	100,00%	99,70%	99,60%	100,00%
	Katz >75	94,10%	100,00%	94,10%	100,00%	100,00%	97,70%	95,20%
	Katz 75≤	99,00%	100,00%	98,90%	100,00%	100,00%	100,00%	99,20%
Indicator 5	Aanvraag	97,40%	95,40%	96,30%	99,70%	95,50%	98,70%	97,00%
	AOR	54,20%	95,60%	65,20%	86,10%	94,40%	93,50%	62,40%
Indicator 6	M&T	94,50%	91,30%	87,80%	98,70%	93,60%	93,50%	91,90%
	Residentieel		93,30%	97,50%	91,20%	92,40%	96,70%	93,40%
Indicator 7	Aanvraag	97,20%	95,20%	95,70%	97,10%	93,60%	95,70%	96,40%
	AOR	99,50%	97,00%	98,20%	98,60%	95,90%	98,30%	98,70%

Bij de bepaling van de totaalscore van een indicator wordt er gekeken naar het aantal cases per onderdeel van een indicator. Dit betekent dat bij indicatoren 3, 5 en 7 de behaalde score op de aanvragen meer zal doorwegen in de totaalscore van de indicator, gezien deze dossiers groter in aantal zijn. Verder wordt er in tegenstelling tot de vorige proefdraai nu wel rekening gehouden bij indicator 3 met de AOR-dossiers, gezien de helft van de Zorgkassen op deze indicator een hoge score behaalt.

In het algemeen kan men zien dat de meeste problemen zich voordoen bij indicator 2. De algemene score (alle Zorgkassen samen) ligt daar op 77.10%, terwijl de algemene score van de andere indicatoren zich tussen 90.00% en 100.00% bevindt. De hoogste score wordt behaald op indicator 4, waar alle Zorgkassen meer dan 99.00% scoren en één Zorgkas zelfs 100.00%.

Tabel 34 Resultaten per indicator

	Zorgkas					Totaal	
Indicator 1	97,60%	99,90%	81,40%	98,90%	99,60%	96,90%	94,80%
Indicator 2	26,20%	98,20%		93,80%	98,60%	98,80%	77,10%
Indicator 3	93,90%	86,20%	90,70%	96,00%	80,80%	89,80%	91,80%
Indicator 4	99,70%	100,00%	99,30%	99,90%	99,90%	99,70%	99,60%
Indicator 5	78,20%	95,40%	94,50%	98,30%	95,40%	98,50%	90,40%
Indicator 6	93,50%	91,50%	89,10%	97,80%	93,50%	93,90%	92,10%
Indicator 7	97,50%	95,40%	95,80%	97,30%	93,90%	96,00%	96,60%
Totaal	92,46%	97,13%	86,54%	98,53%	96,99%	96,74%	93,70%

### 3 Bepaling van de gewichten per indicator: totale kwaliteitsscore

Er werd geopteerd om bij de bepaling van het model van de financiële responsabilisering te werken met een algemene kwaliteitsscore, waarbij men voor elke Zorgkas tot één totaalscore komt. Om dit te berekenen, dienen de verhoudingen tussen de indicatoren onderling bepaald te worden. Op de stuurgroep van 15 mei 2017 werd het voorstel geopperd om deze verhoudingen te bepalen a.d.h.v. een Principal Component Analysis (PCA), net zoals nu bij de index voor consumptieprijzen gebeurt.

Deze denkpiste kon echter niet worden toegepast, gezien er niet voldaan werd aan de voorwaarden voor de analyse van een PCA. Vanaf de start van het project was er afgesproken met de Zorgkassen om indicator 7 niet op te nemen in de responsabilisering omdat de Zorgkassen afhankelijk zijn van derden om een tijdige beslissing te nemen over een dossier. Om die reden wordt indicator 7 niet opgenomen in de factoranalyse. De *KMO-test* (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) bedraagt 0.488 als we een factoranalyse toepassen op de dataset. Volgens Andy Field<sup>22</sup> dient, alvorens een factoranalyse geïnterpreteerd kan worden, de analyse te voldoen aan de voorwaarde van een KMO-test van minimum 0.500. Indien dit niet het geval is, kan de PCA niet worden geanalyseerd vanwege de aanwezige correlatie tussen de variabelen onderling. Bovendien bedraagt de *Bartlett's Test of Sphericity* 0.639, wat betekent dat deze test niet-significant is. Om een factoranalyse te interpreteren dient de Bartlett's significant, m.a.w.  $\leq 0.05$  te zijn en ook deze voorwaarde is hier geschonden (Field, 2009: p. 660). Er werd daarom geopteerd om de onderlinge verhoudingen tussen de indicatoren te bepalen a.d.h.v. hun inhoudelijke betekenis. Meer specifiek werd er rekening gehouden met het belang van de burger bij de bepaling van de gewichten.

Tabel 35 Resultaten van de factoranalyse

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	Bartlett's Test of Sphericity		
	Approx. Chi-Square	df	Sig.
0,488	7,892	10	0,639

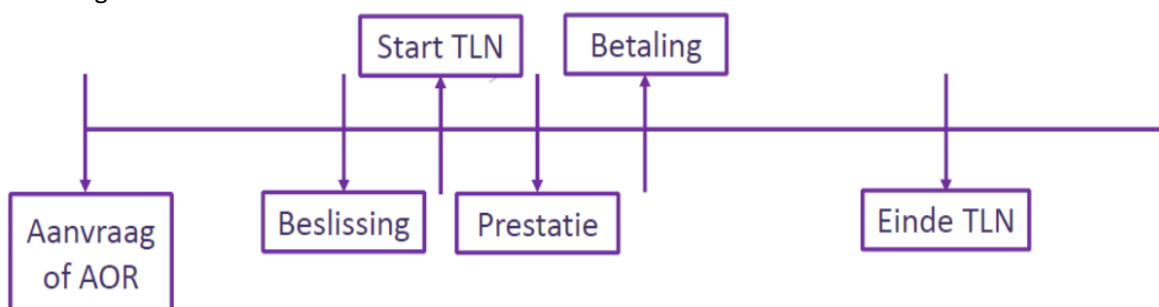
Bij de opstelling van het model werd er uitgegaan van een aantal principes. Er zijn twee soorten indicatoren: indicatoren die betrekking hebben op de bijdrageplicht van de burger en indicatoren die betrekking hebben op de tenlastenemingen. Beide indicatoren meten een ander aspect binnen de zorgverzekering, gezien dit twee verschillende doelgroepen zijn. Personen met een tenlasteneming zullen namelijk niet aangeschreven worden door de Zorgkassen, omdat de bijdrageplicht in mindering wordt gebracht van hun tenlasteneming. Personen met een tenlasteneming worden dan ook geëxcludeerd bij indicator 1. De tien indicatoren worden dus in twee types gesplitst en krijgen beide een gewicht van 50.00% binnen de totale kwaliteitsscore. Dit betekent dat indicatoren 1, 8, 9 en 10 de ene 50.00% representeren en indicatoren 2 tot en met 7 de andere 50.00% binnen de totaalscore. Gezien bij de indicatoren m.b.t. de bijdrageplicht momenteel 8, 9 en 10 *on hold* staan, wordt deze 50.00% volledig aan indicator 1 toebedeeld.

<sup>22</sup> Field (2009, p. 659).



Figuur 21 Inhoudelijke bepaling van de indicatoren

Bij de indicatoren van de tenlastenemingen dient deze 50.00% te worden verdeeld over zes indicatoren. Deze indicatoren – behalve indicator 2 – zijn aan elkaar gelinkt, aangezien zij elk een ander onderdeel vormen van de procedure die gevolgd wordt bij een aanvraag tot tenlasteneming of een automatische opening van rechten. De toekenning van een tenlasteneming bestaat uit verschillende fasen, welke elkaar opvolgen. Echter zijn de eerdergenoemde indicatoren niet in de volgorde van deze fasen uitschreven. In figuur 22 wordt de tijdslijn van een goedgekeurde tenlasteneming weergegeven. Een geweigerde tenlasteneming zal enkel terug te vinden zijn bij indicator 7, de periode tussen de aanvraag of AOR en de beslissing over deze. De andere indicatoren zijn enkel van toepassing op een goedgekeurde aanvraag of AOR.



Figuur 22 Tijdslijn bij een goedgekeurde tenlasteneming

Daarnaast is indicator 2 een bijzonder geval binnen de tenlastenemingen. Deze indicator heeft betrekking op een lid met een lopende tenlasteneming dat muteert naar een andere Zorgkas. Dit zijn echter een miniem aantal leden; in totaal heeft dit slechts op 1354 dossiers betrekking. Om die reden werd er eerst gekeken naar het aantal dossiers per indicator, alvorens het belang voor de burger in kaart werd gebracht (zie onderstaande tabel).

Tabel 36 Aantal dossiers per indicator

Indicator	Totaal	Percentage
1	4148459	95,00%
2	1354	0,03%
3	51544	1,18%
4	53940	1,24%
5	29493	0,68%
6	23809	0,55%
7	58225	1,33%
Totaal	4366824	100,00%

Behalve het aantal cases werd het gewicht van een indicator ook bepaald a.d.h.v. het belang van de indicator voor de burger. Zo krijgt indicator 2 een kleiner gewicht ten opzichte van de andere indicatoren, gezien dit betrekking heeft op een beperkt aantal cases. Echter meet deze indicator de tijdige overdracht van een mutatiedossier met tenlasteneming, waarbij een goede afhandeling essentieel is voor de burger. Om die reden werd de indicator – hoewel het betrekking heeft op een klein aantal leden – toch opgenomen binnen het model en krijgt deze indicator in de bepaling van de totaalscore een groter procentueel aandeel toebedeeld dan het vertegenwoordigt volgens het aantal cases m.a.w. 1.00% i.p.v. 0.03% (zie onderstaande tabel). Daarnaast dient opgemerkt te worden dat indicator 7 niet wordt opgenomen in het model, gezien de Zorgkassen afhankelijk van derden zijn om deze op tijd uit te voeren. Er wordt echter wel geopteerd om deze indicator indicatief mee te geven aan de Zorgkassen. Op die manier kunnen zij hun resultaat vergelijken met dat van de andere Zorgkassen.

Tabel 37 toont de gewichtsverdeling van de indicatoren op basis van hun vastgelegd gewicht. Dit model werd goedgekeurd op de stuurgroepvergadering van donderdag 29 juni 2017 en bestaat uit zeven kolommen. De eerste kolom, Indicator, geeft weer op welke indicator<sup>23</sup> de rij betrekking heeft. In de tweede kolom, Totaal, worden het aantal dossiers in totaal getoond (alle Zorgkassen samen) die geïnccludeerd werden per indicator<sup>24</sup>. In de derde kolom, Percentage<sup>25</sup>, wordt aangegeven wat het procentuele aandeel van een indicator is binnen het totale aantal dossiers (indicatoren 1 tot en met 7). Hierbij kan men zien dat, gezien indicator 1 de meeste dossiers omvat, hij procentueel ook de grootste is. In de vierde kolom, Gewicht, wordt het gehanteerde gewicht getoond om te komen tot de procentuele verdeling van de indicatoren in de totale kwaliteitsscore. Op die manier wordt het resultaat uit de kolom ‘Percentage’ afgezwakt of versterkt om te komen tot de huidige vorm van het model. De vijfde kolom, P\*G (licht paars), representeert het procentuele aandeel dat de indicator in de totale kwaliteitsscore doorweegt. Op basis van de kolom ‘P\*G’ wordt dus de totale kwaliteitsscore van een Zorgkas bepaald. Op die manier dient men in de zesde kolom, Score, de score van de Zorgkas in te vullen die behaald werd per indicator. In de zevende kolom, P\*G\*score (donkerpaars), kan men ten slotte de toepassing van de kolom P\*G op de score van een Zorgkas terugvinden. Helemaal onderaan deze kolom (in het zwart omcirkeld) kan men dan de totale kwaliteitsscore van een Zorgkas aflezen.

Tabel 37 Model met de gewichten per indicator

Model met gewichten per indicator						
Indicator	Totaal	Percentage	Gewicht	P*G	Score	P*G*score
1	4148459	95,00%	0,53	50,00%		
2	1354	0,03%	32,25	1,00%		
3	51544	1,18%	3,39	4,00%		
4	53940	1,24%	12,14	15,00%		
5	29493	0,68%	22,21	15,00%		
6	23809	0,55%	27,51	15,00%		
7	58225	1,33%	0,00	0,00%		
Totaal	4366824	100,00%		100,00%		

<sup>23</sup> Voor meer informatie m.b.t. de definitie van de indicator zie bijlage drie.

<sup>24</sup> Deze gegevens hebben betrekking op de tweede poefdraai in 2017 en zijn dus aan verandering onderhevig.

<sup>25</sup> Het percentage werd berekend op basis van de resultaten van de tweede poefdraai in 2017 en zijn dus aan verandering onderhevig.

De laatste twee kolommen van het model werden leeg gelaten, aangezien hier voor elke Zorgkas individueel de verschillende scores dienen ingevuld te worden om te komen tot de totale kwaliteitsscore. Het model, zoals weergegeven in tabel 37, berekent dus de totaalscore per Zorgkas, waarbij dit eindresultaat gebruikt wordt voor de verdere uitwerking van de financiële responsabilisering. M.a.w. bepaalt het eindresultaat in welke scoringscategorie een Zorgkas terug te vinden is en welke financiële implicaties dit heeft voor de Zorgkas.

#### **4 Model met de financiële implicaties: denkoefening**

Op basis van bovenstaande resultaten werd het model voor de financiële responsabilisering uitgewerkt. Vanaf de start van het project werd er aangehaald dat de ongelijke spreiding van het ledenaantal over de Zorgkassen een obstakel kon zijn in het vinden van een evenwichtige oplossing voor alle spelers. Echter het uitgangspunt van de responsabilisering was een systeem dat zowel sanctionering als beloning omvat. Bij het uitwerken van een responsabiliseringsmechanisme werden er daarom verschillende scenario's onderzocht, maar het verschil in grootte tussen de Zorgkassen onderling maakt het niet gemakkelijk om een rechtvaardig mechanisme te vinden. Vaak werden er ongewenste neveneffecten genoteerd.

In een eerste mogelijkheid werd er een X % van de subsidie van een Zorgkas voorbehouden aan de responsabilisering. M.a.w. krijgt elke Zorgkas een beperkt deel van zijn werkingsmiddelen uitbetaald a.d.h.v. het responsabiliseringsmechanisme. Het andere en grootste deel wordt uitbetaald a.d.h.v. het aantal leden en het aantal tegemoetkomingen dat een Zorgkas jaarlijks heeft en behandelt. Voor het opstellen van het model werd er gekozen om te starten met een responsabiliseringsgraad van 5.00%. Deze zou de volgende jaren verder stijgen naar analogie met het responsabiliseringsmechanisme bij FAMIFED. Dit betekent dat hoogstens 15.00% van de werkingsmiddelen toebedeeld worden volgens het responsabiliseringsmechanisme.

Op basis van het verschil tussen 100.00% en de behaalde totaalscore van de Zorgkas wordt bepaald hoeveel middelen de Zorgkas dient af te dragen bv. een score van 97.00% betekent dat een Zorgkas 3.00% van de gereserveerde middelen voor de responsabilisering dient af te dragen. Daarna belanden deze 'verloren' middelen in een pot, die opnieuw herverdeeld dient te worden. Voor deze herverdeling werden er verschillende mechanismen bestudeerd zoals de grootte van de Zorgkas, de rangorde van de Zorgkassen ten opzichte van elkaar op basis van het verschil tussen 100.00% en de individueel behaalde score van een Zorgkas en een rangorde tussen de Zorgkassen op basis van de individueel behaalde score zelf. Op basis van deze mechanismen werd er nagegaan wat het effect is op de werkingsmiddelen van de verschillende Zorgkassen. Echter wordt er eerst dieper ingegaan op wat de verschillende mechanismen betekenen voor de herverdeling van de afgedragen middelen.

Bij de grootte van de Zorgkas wordt er gekeken naar het aantal leden en tenlastenemingen dat een Zorgkas heeft per jaar. Hierbij zal de grootste Zorgkas ook het grootste beslag leggen op de te herverdelen middelen. Bij de rangorde van de Zorgkassen ten opzichte van elkaar op basis van het verschil tussen 100.00% en de individueel behaalde score van een Zorgkas zal daarentegen de best scorende Zorgkas het meeste aanspraak maken op de te herverdelen middelen. Per Zorgkas wordt het verschil berekend tussen 100.00% en hun individueel behaalde totaalscore. Dit betekent dat er bij een score van 97.00% met 3.00% wordt gewerkt, waarbij deze individuele verschillen worden omgezet naar een rangorde tussen de Zorgkassen. Hoe kleiner het verschil met 100.00% is, hoe beter een Zorgkas scoort en hoe groter het aandeel is waarop de Zorgkas aanspraak maakt in de herverdeling. Ten slotte

bij een rangorde tussen de Zorgkassen op basis van de individueel behaalde score zelf wordt er gekeken naar de individueel behaalde totaalscore van een Zorgkas. M.a.w. indien een Zorgkas 97.00% scoort, zal er verder gewerkt worden met deze 97.00%. Daarna worden ook hier de verschillende individuele scores omgezet naar een rangorde. In dit systeem zal dus opnieuw de best scorende Zorgkas het grootste beslag leggen op de te herverdelen middelen. Hoe hoger een Zorgkas scoort, hoe groter zijn aandeel is in de herverdelingspot.

Eerst werd een scenario uitgewerkt op basis van de eigen middelen van een Zorgkas. Hierbij wordt het afdrachtspercentage toegepast op het individueel voorbehouden bedrag voor de responsabilisering. Indien men geen 100.00% scoort, dient men het individueel behaalde verschil met 100.00% af te dragen. Bijvoorbeeld indien men 97.00% scoort, zal 3.00% van de voorbehouden middelen voor de responsabilisering niet uitbetaald worden maar in de herverdelingspot terecht komen. Deze afgedragen middelen dienen te worden herverdeeld over de Zorgkassen en dit kan op basis van de drie verschillende mechanismen zoals hierboven voorgesteld. Bij deze berekeningen werden er drie mogelijke scenario's getest; namelijk de grootste Zorgkassen scoren het slechts, de kleinste Zorgkassen scoren het slechtst en de scores liggen dicht bij elkaar.

Hierbij werd er vastgesteld dat bij scenario 2 (de kleinste Zorgkassen scoren het slechtst) en een herverdeling volgens rangorde, de grootste Zorgkas nog steeds geld diende af te geven i.p.v. te worden beloond voor een goede score. De kleinste Zorgkas daarentegen zag zijn inkomsten niet dalen bij een slechtere score. Bovendien blijkt uit scenario 3 (de scores liggen dicht bij elkaar) en een herverdeling op basis van de rangorde dat hoewel de grootste Zorgkas ongeveer gelijk scoort met de andere Zorgkassen, deze toch middelen zal afgeven aan de andere Zorgkassen.

Een tweede mogelijkheid was om het afdrachtspercentage toe te passen op het totale bedrag dat door elke Zorgkas besteed wordt aan de responsabilisering. M.a.w. wordt per Zorgkas het individueel behaalde verschil met 100.00% toegepast op het bedrag dat alle Zorgkassen samen voor de responsabilisering reserveren. Deze afgedragen middelen komen terecht in de herverdelingspot, welke over de Zorgkassen verdeeld wordt op basis van de drie voorgestelde mechanismen. Hierbij werden opnieuw de drie mogelijke scenario's bekeken zoals in de vorige oefening.

In deze oefening komt er naar voren dat bij de bepaling van de herverdeling a.d.h.v. de rangorde tussen de Zorgkassen, de herverdeling van de middelen rechtvaardiger verloopt dan in de vorige optie. Indien een grote Zorgkas slecht scoort, dient deze middelen af te dragen. Indien een kleine Zorgkas slecht scoort, dient deze middelen af te dragen. Indien men echter inzoomt op de bedragen van de herverdeling zijn deze niet billijk. Kleinere Zorgkassen krijgen procentueel gezien een groter bedrag wanneer de grotere Zorgkassen slecht scoren. Echter dienen de kleinere Zorgkassen ook een aanzienlijk hoger bedrag af te dragen, indien zij slechter scoren. In dit systeem zou het voor de kleinere Zorgkassen een financiële aderlating zijn wanneer zij slechter scoren op de indicatoren.

### **5 Model met de financiële implicaties: definitieve versie**

Er werd daarom geopteerd om te werken met het bedrag dat een Zorgkas reserveert voor de responsabilisering. Elke Zorgkas reserveert dus een X % van de totale werkingsmiddelen voor de responsabilisering. In tabel 39 kan u het principe van deze reservering van middelen terugvinden. Hierbij stelt subsidie 1 de subsidie voor zoals zij in het verleden werd berekend op basis van de grootte van een Zorgkas (aantal leden en aantal tenlastenemingen). Op deze subsidie wordt een responsabiliserings-



graad van X % toegepast. Deze responsabiliseringsgraad werd voor het eerste jaar en voor de uitwerking van het model op 5.00% gelegd. De bedoeling is om deze responsabiliseringsgraad te laten stijgen naar het voorbeeld van FAMIFED. Dit betekent dat het plafond op 15.00% ligt. M.a.w. raden wij aan om de responsabiliseringsgraad hoogstens op 15.00% te leggen en dit geleidelijk in te voeren. De overige werkingsmiddelen zullen nog steeds uitbetaald worden a.d.h.v. de grootte van een Zorgkas (aantal leden en aantal tenlastenemingen).

Tabel 38 Berekening responsabiliseringsbedrag per Zorgkas

	Zk1	Zk2	Zk3	Zk4	Zk5	Totaal
Subsidie 1						
X %						
Score						
Schaal						
Af te dragen						

Daarna wordt er nagegaan hoe hoog de Zorgkas scoort. Deze score wordt berekend op basis van het model m.b.t. de bepaling van de totale kwaliteitsscore zoals in tabel 37 werd getoond. De behaalde totaalscore van een Zorgkas is gekoppeld aan een afdrachtspercentage zoals voorgesteld in de tabel op de volgende pagina (tabel 40). Op basis van de behaalde score wordt dus het bedrag bepaald dat de Zorgkas dient af te dragen. Zoals in tabel weergegeven, dient een Zorgkas vanaf een score van 99.00% of meer niets af te dragen. 99.00% of meer wordt aanzien als een topscore en zorgt er dus voor dat een Zorgkas alle middelen die gereserveerd zijn voor de responsabilisering mag behouden.

Tabel 39 Gekoppeld afdrachtspercentage per scoringscategorie

Categorie	Afname percentage
< 92%	20%
92% - 93%	17,50%
93% - 94%	15%
94% - 95%	12,50%
95% - 96%	10%
96% - 97%	7,50%
97% - 98%	5%
98% - 99%	2,50%
99% - 100%	0%

De afgedragen werkingsmiddelen komen terecht in een pot, waarbij er verschillende mogelijkheden voor hun bestemming werden overlopen. Het onderzoeksteam stelde voor om de niet-uitbetaalde werkingsmiddelen binnen de Vlaamse sociale bescherming te houden en in te zetten voor tevredenheidsenquêtes, aanpassingen of projecten in ICT of éénmalige projecten. In overleg met de Zorgkassen kan er dan nagegaan worden hoe het bedrag het best gependend kan worden. Een ander voorstel was om de afgedragen middelen over te dragen naar het volgende jaar en het aandeel niet-uitbetaalde werkingsmiddelen van een Zorgkas uit te keren indien de Zorgkas het volgende jaar een procentuele verbetering van zijn resultaten kan voorleggen.

Gezien het uitgangspunt van de responsabilisering een systeem is dat zowel sanctionering als beloning omvat en gezien de responsabilisering van de Zorgkassen een budgetneutrale oefening diende te zijn, verkoos het Agentschap om de middelen te herverdelen over de Zorgkassen op basis van hun grootte (aantal leden en aantal tenlastenemingen). In tabel 41 wordt weergegeven hoe deze herverdeling plaatsvindt. Bij subsidie 1 ofwel de subsidie zoals deze in het verleden werd bepaald, wordt het herverdeelde bedrag bijgeteld om te komen tot subsidie 2. Het herverdeelde bedrag voor een Zorgkas bestaat uit een deel van het afgedragen bedrag van alle Zorgkassen samen. Dit deel van het totale afgedragen bedrag wordt bepaald op basis van de grootte van de Zorgkas.

Tabel 40 Herverdelingsmechanisme op basis van de grootte van een Zorgkas

	Zk1	Zk2	Zk3	Zk4	Zk5	Totaal
Subsidie 1						
Gewicht ZK	55,61%	3,62%	22,52%	8,30%	9,96%	100,00%
Herverdeling						
Subsidie 2						

Van subsidie 2 (zoals berekend in de vorige tabel) wordt daarna het af te dragen bedrag per Zorgkas in mindering gebracht. Dit af te dragen bedrag werd berekend a.d.h.v. het afdrachtperscentage zoals voorgesteld in tabel 39 en tabel 40. Na de vermindering van het afgedragen bedrag bij subsidie 2 komt men tot subsidie 3 of het totale bedrag dat een Zorgkas krijgt in de huidige vorm van de subsidiëring van de werkingskosten.

Tabel 41 Bepaling van de uiteindelijke subsidie

	Zk1	Zk2	Zk3	Zk4	Zk5	Totaal
Subsidie 2						
Af te dragen						
Subsidie 3						

Op basis van dit systeem worden de slechter scorende Zorgkassen bestraft, terwijl de beter scorende Zorgkassen beloond worden. Een beter scorende Zorgkas wordt namelijk vergoed met de verloren middelen van een slechter scorende Zorgkas. Ten slotte, gezien alle middelen om de werkingskosten van de Zorgkassen te vergoeden, worden gebruikt, is dit systeem tevens budgetneutraal en worden er evenveel middelen geïnvesteerd in de Vlaamse sociale bescherming als bij het vorige systeem van subsidiëring. M.a.w. worden in dit responsabiliseringsmechanisme de uitgangspunten van het project gerespecteerd.

## Hoofdstuk 6

### Conclusie

Het project MP03 - Studie over de uitwerking van indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten van de Zorgkassen, kadert in het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016. In dit decreet wordt meegedeeld dat het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming instaat voor het financieel responsabiliseren van en toezicht houden op de Zorgkassen. Om deze taak te vervullen werd er *een lijst van 10 indicatoren* opgesteld, die de wettelijk omschreven opdrachten van de Zorgkassen (deels) omvatten. De bedoeling van dit project is om de vooropgestelde indicatoren te definiëren en te valideren zodat de indicatoren een correct beeld geven van de prestaties van de Zorgkassen.

Het project kende twee fasen: de voorbereidende fase en de fase van gegevensverzameling en -verwerking. In de eerste fase van het project hebben de onderzoekers zich voornamelijk toegelegd op de voorbereidende fase. Zo werden de verkregen *wetteksten* doorgenomen en gingen de onderzoekers *bij de Zorgkassen langs* om na te gaan hoe de wettelijk omschreven opdrachten van de Zorgkassen m.b.t. de zorgverzekering in de praktijk worden uitgevoerd. In een volgende fase *werden de resultaten van drie indicatoren uitgebreid omschreven* a.d.h.v. de gehanteerde definiëring, de gebruikte in- en exclusiecriteria en de gehanteerde methodologie. Deze aspecten werden tevens aan de Zorgkassen gerapporteerd. Op basis van deze rapportage werden er nog aanpassingen doorgevoerd aan de indicatoren van de eerste fase. *Deze definities werden goedgekeurd op de stuurgroepvergadering van januari. Daarnaast werd er een voorstel voor de lay-out opgesteld voor de indicatoren van de volgende fase.*

Uit de resultaten in SPSS blijkt dat *het algemeen gemiddelde (alle Zorgkassen samen) zich meestal binnen de wettelijk bepaalde periode bevindt*. Deze trend keert ook terug bij de individuele resultaten per Zorgkas. *Echter zijn er bij verschillende Zorgkassen outliers en cases die buiten de wettelijk termijn vallen, aanwezig*. Een verklaring hiervoor is vaak een foute interpretatie in de dataregistratie, een mismatch tussen de gegevens van het Agentschap en de gegevens van de Zorgkassen, de invloed van indicatiestellers of (digitale) attesten en IT-bugs in het computersysteem van de Zorgkassen.

In de tweede fase van het project werden *de indicatoren van de tweede fase proefgedraaid* en werden de gehanteerde definities en in- en exclusiecriteria besproken. Deze definities werden uiteindelijk vastgelegd op de stuurgroepvergadering van 29 juni.

Uit de resultaten van de tweede fase kwamen dezelfde trends naar voren als van de eerste fase. Op de meeste indicatoren lag het algemeen gemiddelde en het individuele gemiddelde van de Zorgkassen binnen de wettelijk bepaalde periode. Uitzonderingen waren te vinden bij indicator 3 AOR, indicator 4 Katz jonger dan 75, indicator 5 en indicator 6 residentiële zorg. Verder werden er op verschillende indicatoren en bij verschillende Zorgkassen overschrijdingen van de wettelijk opgelegde termijn genoteerd. Aan deze resultaten lagen verschillende oorzaken aan de basis. Zo zorgde een foute interpretatie van de definiëring van een indicator, een mismatch tussen de gegevens van het Agentschap en de gegevens van de Zorgkassen, de invloed van indicatiestellers of (digitale) attesten en IT-bugs in het computersysteem van de Zorgkassen voor fouten binnen de dataregistratie.

*De indicatoren van de derde fase, namelijk indicatoren 8, 9 en 10 behoren niet tot de scope van dit project. De dataverzameling voor deze indicatoren zal pas haalbaar zijn na 2017. Vanwege inconsistenties in de IT-systemen van de Zorgkassen en het Agentschap is er geopteerd om nog niet proef te draaien met deze indicatoren en eerst deze problemen na te gaan.*

*Op basis van de tweede proefdraai werd er een model voor de responsabilisering opgesteld. Hierbij werden de indicatoren verdeeld op basis van de opdracht die zij meten. Op basis van deze kenden de indicatoren een 50/50-verdeling, gezien er twee grote thema's naar voren kwamen: bijdrageplicht en tenlasteneming. A.d.h.v. het opgestelde model m.b.t. de gewichtsbepaling van de indicatoren kan er een totale kwaliteitsscore per Zorgkas bepaald worden. Deze score is het vertrekpunt van de responsabilisering.*

*Echter wordt er eerst bepaald hoeveel procent van de werkmiddelen zal toebedeeld worden a.d.h.v. het responsabiliseringsmechanisme. Dit werd bij het opstellen van het model op 5.00% gelegd. In de toekomst zou deze verder stijgen naar analogie met het responsabiliseringsmechanisme van FAMIFED en kan de responsabiliseringsgraad dus maximum 15.00% bedragen. Het overige en grootste deel van de werkmiddelen worden daarnaast nog steeds uitbetaald a.d.h.v. de grootte van de Zorgkassen (aantal leden en aantal behandelde tenlastenemingen).*

*Nadat per Zorgkas een X % van de middelen wordt voorbehouden voor de responsabilisering, wordt er nagegaan hoeveel van deze X % middelen een Zorgkas dient af te dragen. De totale kwaliteitsscore bepaalt hoeveel een Zorgkas verliest, gezien deze score gekoppeld is met een afdrachtspercentage. Echter wanneer een Zorgkas 99.00% of meer scoort, is dit afdrachtspercentage 0.00%.*

*De afgedragen middelen worden nadien herverdeeld over de Zorgkassen a.d.h.v. hun grootte en bijgeteld bij het originele bedrag dat een Zorgkas krijgt aan subsidies. Dit bedrag (originele subsidie + herverdeelde middelen) wordt daarna verminderd met het af te dragen bedrag. Het resterende bedrag is de totale subsidie die de Zorgkas dat jaar zal krijgen.*

*Dit systeem zorgt ervoor dat de Zorgkassen zowel beloond als bestraft worden. Een beter scorende Zorgkas zal dus beloond worden met de afgedragen middelen van een slechter scorende Zorgkas. Ten slotte zorgt dit er tevens voor dat de responsabilisering een budgetneutraal mechanisme is.*

## Referentielijst

Agentschap zorg en gezondheid, n.d. *Organogram*.

Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/nl/contact/adressengids/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>

[Geraadpleegd op 4 september 2017]

Baarda, B. de Goede, M. & van Dijkum, C., 2011. *Basisboek statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bouras, C. & Sevasti, A., 2005. Service level agreements for DiffServ-based services' provisioning. *Journal of Network and Computer Applications*, 28(4), pp. 285–302.

Dan, A. Ludwig, H. & Pacifici, G., 2003. *Web service differentiation with service level agreements*. [online] Armonk, NY: IBM Software Group.

Beschikbaar op: <https://www.ibm.com/developerworks/library/ws-slafram/>

[Geraadpleegd in februari 2017]

*Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming van 24 juni 2016*, DEC.0042, Brussel: Vlaamse Regering.

Beschikbaar op:

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2016062416&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2016062416&table_name=wet)

[Geraadpleegd op 22 december 2016]

Field, A., 2009. *Discovering Statistics Using SPSS*. 3<sup>de</sup> ed. Thousand Oaks (California): SAGE publications.

Fitsilis, P., 2006. Practices and problems in managing electronic services using SLAs. *Information Management & Computer Security*, 14(2), pp. 185-195.

Gemmel, P. Verleye, K. & Meijboom, B., 2016. *Service management voor zorgorganisaties*. Brugge: die Keure.

Hiles, A.N., 1994. Service Level Agreements: Panacea or Pain? *The TQM Magazine*, 6(2), pp. 14-16.

Jain, G. Singh, D. & Verma, S., 2002. Service level agreements in IP networks. *Information Management & Computer Security*, 10(4), pp. 171-177.

Jin, L. Machiraju, V. & Sahai, A., 2002. *Analysis on Service level Agreement of Web Services*. [Online] Palo Alto, California: Software Technology Laboratory.

Beschikbaar op: <http://www.hpl.hp.com/techreports/2002/HPL-2002-180.html>

[Geraadpleegd in februari 2017]

Labidi, T. Mtibaa, A. & Brabra, H., 2016. CSLAOnto: A Comprehensive Ontological SLA Model in Cloud Computing. *Journal on Data Semantics*, 5(3), pp. 179-193.

Larson, K.D., 1998. The role of service level agreements in IT service delivery. *Information Management & Computer Security*, 6(3), pp. 128-132.

Lehr, W. & McKnight, L.W., 2002. Show me the money: contracts and agents in service level agreement markets. *Info*, 4(1), pp. 24-36.

Liang, L. & Atkins, D., 2013. Designing Service Level Agreements for Inventory Management. *Production and Operations Management*, 22(5), pp. 1103–1117.

Marilly, E. Martinot, O. Betgé-Brezetz, S. & Delègue G., 2002. Requirements for Service Level Agreement Management. In: IEEE (Institute of Electrical and Electronics Engineers), *2002 Workshop on IP Operations and Management*. Dallas, Texas 29-31 oktober 2002, IEEE: USA.

*Ontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming*, DOC.0590-2TER, Brussel: Vlaamse Regering.

Rubin, H.R. Pronovost, P. & Diette, G. B., 2001. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *The International Society for Quality in Health Care*, 13(6), pp. 489-496.

Smith, R., 1995. Business continuity planning and service level agreements. *Information Management & Computer Security*, 3(3), pp. 17-19.

Trienekens, J.J.M. Bouman, J.J. & van der Zwan, M., 2004. Specification of Service Level Agreements: Problems, Principles and Practices. *Software Quality Journal*, 12(1), pp. 43-57.

Vandaele, D. & Gemmel, P., 2004. Service Level Agreements: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Economie en Management*, 49(1), pp. 137-168.

Vandeurzen, J., s.d. *Conceptnota Vlaamse sociale bescherming (VSB)*.

Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/conceptnota%20VSB%20def.pdf>

[Geraadpleegd op 7 augustus 2017]

Vandeurzen, J., 2014. *Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Brussel: Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>

[Geraadpleegd op 7 augustus 2017]

Vlaamse Overheid, n.d. *Contact: De 11 beleidsdomeinen*.

Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-overheid/contact>

[Geraadpleegd op 4 september 2017]

Vlaams Zorgfonds, 2002. *Vlaams Zorgfonds: jaarverslag 2001-2002*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202002.pdf>

[Geraadpleegd op 22 december 2016]

Vlaams Zorgfonds, 2012. *Vlaams Zorgfonds IVArp: jaarverslag 2012*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202012.pdf>

[Geraadpleegd op 22 december 2016]

- Vlaams Zorgfonds, 2015. *Vlaams Zorgfonds: jaarverslag 2015*. Brussel: Vlaamse Overheid.  
Beschikbaar op: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag\\_2015\\_vlaams\\_zorgfonds.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag_2015_vlaams_zorgfonds.pdf)  
[Geraadpleegd op 22 december 2016]
- Vlaams Zorgfonds, 2016a. *Handleiding zorgverzekering*. [intern document] Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Vlaams Zorgfonds, 2016b. *Bijlage bij de handleiding zorgverzekering*. [intern document] Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Voorontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. Memorie van toelichting*, DOC.0590-3TER, Brussel: Vlaamse Regering.
- Voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming*, DOC.0867/2TER, Brussel: Vlaamse Regering.  
Beschikbaar op:  
[http://www.som.be/site/public/store/Personen\\_met\\_een\\_handicap/BGVAPH/160520/BGV160520-08\\_doc160426-16\\_ZG-RA-2015-9\\_-\\_voorontwerp\\_van\\_besluit\\_VSB\\_-\\_RC\\_VAPH\\_\(003\).pdf](http://www.som.be/site/public/store/Personen_met_een_handicap/BGVAPH/160520/BGV160520-08_doc160426-16_ZG-RA-2015-9_-_voorontwerp_van_besluit_VSB_-_RC_VAPH_(003).pdf)  
[Geraadpleegd op 22 december 2016]
- Zhu, F. Li, H. & Lu, J., 2012. A Service Level Agreement Framework of Cloud Computing based on the Cloud Bank Model. In: IEEE (Institute of Electrical and Electronics Engineers), *2012 International Conference on Computer Science and Automation Engineering (CSAE)*. Zhangjiajie, China 25-27 mei 2012, IEEE: China.
- Zorginspectie, 2010. *Bevindingen van een jaar inspecties bij de Zorgkassen in 2010*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid.
- Zorginspectie, 2011. *Bevindingen van een jaar inspecties bij de Zorgkassen in 2011*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid.
- Zorginspectie, 2012. *Vlaamse Zorgverzekering: Een terugblik op de inspectieronde 2012*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid.
- Zorginspectie, 2014. *Vlaamse Zorgverzekering: Terugblik op inspectieronde 2013*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid.
- Zorginspectie, 2015. *Vlaamse Zorgverzekering: Terugblik op inspectieronde 2014*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid.
- Zorginspectie, 2016. *Vlaamse Zorgverzekering: Terugblik inspectieronde 2015*. [intern document] Brussel: Vlaamse Overheid





## Bijlagen



# **Bijlage 1: Projectfiche verstuurd naar de Zorgkassen voor de eerste stuurgroepvergadering van 5 oktober 2016**

## **1 Situering**

Artikel 8 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming bepaalt dat het Agentschap als kerntaak heeft:

*“2° financieel responsabiliseren van en toezicht houden op de Zorgkassen, met behoud van de toepassing van de controle door de Nationale Bank van België, de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA) en de Controledienst der ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.”*

Dit artikel zal in een uitvoeringsbesluit geconcretiseerd worden.

## **2 Criteria voor set van indicatoren**

Er wordt voorgesteld om aan de hand van een set van indicatoren te meten, in welke mate de Zorgkassen hun opdrachten correct uitvoeren en hen daarvoor ook financieel te responsabiliseren<sup>1</sup>. Daarbij moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan worden:

### **2.1 Proportionaliteit**

De set van indicatoren wordt getoetst aan het principe van de proportionaliteit. M.a.w. de omvang van de werkingskosten van de Zorgkassen zal mede bepalend zijn voor de aard van de maatregelen die in het kader van de zorgverzekering/VSB kunnen opgelegd worden. De indicatoren moeten daarom aan de volgende criteria voldoen:

- de Zorgkas heeft impact op de indicator;
- een correcte meting is een absolute voorwaarde;
- de gemeten data moeten voldoende kritische massa hebben om er statistische conclusies te kunnen uit trekken;
- vermijden van dubbele sanctionering (bv. terugvorderingen omwille van fout Zorgkas zijn al ten laste van de Zorgkas).

### **2.2 Gefaseerde invoer**

De responsabilisering wordt gefaseerd ingevoerd. Daarbij onderscheiden we drie facetten van fasering:

- een fasering per pijler;
- de graduele invoer van (nieuwe) indicatoren;
- de graduele invoer van de omvang van de financiële responsabilisering.

In een eerste fase kan de responsabilisering enkel betrekking hebben op de zorgverzekering. Pas later kan de responsabilisering uitgebreid worden naar de nieuwe pijlers basisondersteuningsbudget en

tegemoetkoming hulp aan bejaarden. Vervolgens en naarmate nieuwe pijlers inkantelen in VSB wordt de set van indicatoren uitgebreid.

Een tweede reden voor gefaseerde invoer vloeit voort uit de vaststelling, dat niet alle vereiste indicatoren onmiddellijk beschikbaar zijn. Voor sommige indicatoren moeten nieuwe gegevensstromen ontwikkeld worden. Daarom wordt een onderscheid gemaakt tussen indicatoren die vrijwel onmiddellijk kunnen ingevoerd worden en indicatoren die op korte of middellange termijn kunnen ingevoerd.

Ten slotte wordt voorgesteld om de effecten van het mechanisme van financiële responsabilisering gradueel in te voeren en geleidelijk aan te groeien tot de "full option". Dit moet de Zorgkassen toelaten om zich intern te organiseren op deze nieuwe werkwijze.

Belangrijke opmerking: Vooraleer het sanctioneringsmechanisme in werking treedt is een periode van proefdraaien noodzakelijk. In deze periode wordt nagegaan of de voorgestelde indicatoren technisch correct kunnen aangeleverd en verwerkt worden. Tijdens die periode kan het systeem ook geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd worden.

### **2.3 Beschikbare capaciteit**

Volgende criteria zijn evenzeer bepalend in de keuze van de set indicatoren:

- de capaciteit die Zorginspectie kan inzetten om desgevallend steekproefsgewijze controles uit te voeren;
- de capaciteit van het Zorgfonds om de verschillende parameters te verwerken;
- de capaciteit van de Zorgkassen om nieuwe gegevensstromen en query's uit te werken en te ontwikkelen.

De capaciteit van de technische teams en van de business teams van IVArp VSB en van de Zorgkassen wordt op dit ogenblik immers prioritair ingezet om de nieuwe applicaties die in het kader van VSB gebouwd worden, operationeel te krijgen (eBOB, eTHAB en op korte termijn eWZC en eLoH). Gezien de beperkte mankracht is het bijgevolg niet evident om ook nog de inspanningen m.b.t. financiële responsabilisering in de planning op te nemen.

### **2.4 Valide conclusies**

- het model moet toelaten statistisch correcte uitspraken te doen: wat gemeten wordt, moet robuust, valide en betrouwbaar zijn.

### **2.5 Duidelijke definities**

Het is van belang om duidelijke definities te hebben van de opgelegde indicatoren. De Zorgkassen moeten weten aan welke voorwaarden zij moeten beantwoorden en wat er van hen verwacht wordt. De definities moeten eenduidig zijn om latere betwistingen te voorkomen.

## **2.6 Stabiliteit in de set indicatoren**

Er is nood aan bedrijfszekerheid. De indicatoren moeten tijdig en voor een langere periode vastgelegd worden. Er wordt gedacht aan periodes van vijf jaar. Deze optie laat ook toe dat de Zorgkassen maatregelen kunnen nemen om hun processen desgevallend te verbeteren en in de loop van een periode ook betere resultaten te kunnen voorleggen.

Qua frequentie wordt met jaarlijkse cycli gewerkt.

## **2.7 Indicatoren met verschillend gewicht**

Aan de gemonitorde indicatoren kunnen verschillende gewichten toegekend worden in functie van de impact van het gemonitorde proces op de burger/het algemeen belang. De toegekende gewichten, alsook wijzigingen aan deze gewichten, worden vooraf en tijdig besproken en kenbaar gemaakt aan alle partijen.

Het gewicht van elke indicator moet nog bepaald worden. Voor het proefdraaien in 2017 is het voorstel dat elke indicator eenzelfde gewicht zou krijgen.

Ook de norm waaraan de Zorgkassen op elke indicator minstens moeten voldoen, moet nog bepaald worden. Het voorstel is om het proefdraaien in 2017 af te wachten en op basis van de opgedane ervaring normen vast te leggen.

## **3 Voorstel voor implementatie financiële responsabilisering**

Op basis van de hierboven beschreven criteria stelt IVArp VSB de set van indicatoren en de fasering voor, die is opgenomen als bijlage. Het gaat om 4 indicatoren voor het proefdraaien in fase 1, bijkomend 3 indicatoren in de fase 2 en nog eens 3 indicatoren in de fase 3. De definities van deze indicatoren zullen in overleg met de Zorgkassen nog verder verfijnd worden, zodat mogelijke interpretatieverschillen maximaal vermeden worden.

### **3.1 Timing**

Om te kunnen proefdraaien in 2017 is het noodzakelijk dat in het najaar 2016 alle voorbereidingen worden getroffen om de gegevens van de Zorgkassen tijdig binnen te krijgen en te verwerken. IVArp VSB zal daarbij aan de Zorgkassen verduidelijken, hoe de controle zal verlopen en op basis van welke query's de resultaten zullen verkregen worden.

Daarbij zal enkel gewerkt worden via het datawarehouse. IVArp engageert zich ertoe om bij de verwerking het aantal menselijke manipulaties tot een minimum te beperken.

Bij het proefdraaien wordt gewerkt met de gegevens 2017 voor het luik bijdragen en met de gegevens van 2016 voor het luik tegemoetkomingen (201612B -bestand). Dat veronderstelt dat IVArp VSB over de gegevens van de Zorgkassen kan beschikken tegen eind april 2017. De verwerking van de data is dan tegen eind mei 2017 afgerond.

### **3.2 VOBVR responsabilisering**

De resultaten zullen vervolgens ter bespreking worden voorgelegd aan de Zorgkassen. Op basis van de eindconclusies kan vervolgens een VOBVR worden voorbereid, waarin het model van responsabilisering beschreven is. Op dat moment zullen ook de aanbevelingen van het steunpunt WVG over de uitwerking van de indicatoren beschikbaar zijn, zodat dit mee verwerkt kan worden. Dit moet ertoe leiden dat er voor de zomervakantie 2018 een BVR responsabilisering operationeel is.

## **Bijlage 2: Vooropgestelde indicatoren aan de start van het project**

### **1 Indicatoren voor proefdraaien en fase 1**

#### **1.1 Indicator 1: Tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden (officiële aansluiting in DP op het moment van de aanmaak van het gegevensbestand)**

Definitie:

De uitnodiging tot betaling wordt voor 31 maart van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden met bijdrageplicht sinds 31 december van het voorgaand jaar. De Zorgkas hoeft geen brief te sturen naar:

1. personen met een domiciliëring (ZK 380: datum eerste poging tot inning wordt meegegeven);
2. personen met een TLN
3. personen overleden voor datum xx/xx. Zorgkas geeft zelf deze datum aan.

Personen die op 1 januari van Zorgkas veranderd zijn, worden niet meegenomen in deze indicator.

Potentiële leden worden niet opgenomen in deze indicator.

Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven.

#### **1.2 Indicator 2: Gemuteerde dossiers met TLN correct en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieronde**

Definitie:

Voor alle personen met een lopend dossier, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is, of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is, en die van Zorgkas veranderd zijn, bezorgt de afstaande Zorgkas elektronisch een tekstbestand met de RRNR's per nieuwe Zorgkas aan het Zorgfonds voor 15 januari. (Ze bezorgt tevens de laatstgenomen beslissing aan de nieuwe Zorgkas. Voor alle personen met een aanvraag waarin nog geen beslissing is genomen, bezorgt de afstaande Zorgkas de aanvraag. Ze bezorgt eveneens de gegevens van de vertegenwoordiger en van de mantelzorger indien van toepassing.)

#### **1.3 Indicator 3: Correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN (carens)**

Definitie:

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag TLN, is de startdatum van de uitvoering van de TLN:

- de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag
- de eerste dag van de vierde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening bij AOR, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet

#### **1.4 Indicator 4: Maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden**

Definitie:

Voor alle personen met een lopend dossier is de einddatum correct berekend.

Bij een BEL-score of Kine-E-atteest:

- persoon is op datum indicatiestelling jonger dan 80 jaar: einddatum TLN < startdatum TLN + 36 maanden
- personen met een attest gezinszorg, ongeacht de leeftijd: einddatum TLN < startdatum TLN + 36 maanden

Bij Katz-schaal thuisverpleging:

- datum beslissing is na 30/06/2014:
  - leeftijd op startdatum TLN is jonger dan 75 jaar: einddatum TLN < startdatum TLN + 6 maanden
  - leeftijd op startdatum TLN is 75 jaar of ouder: einddatum TLN < startdatum TLN + 12 maanden

## **2 Indicatoren voor fase 2**

### **2.1 Indicator 5: Correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum**

Definitie:

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een uitbetaling van een TLN, is de eerste prestatimaand:

- de vierde maand na de aanvraag
- de vijfde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening, maar maximum zes maanden voor de aanvraagdatum, bij AOR, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet.

Uitzonderingen:

1. bij personen met opschorting wordt de eerste prestatimaand opgeschoven met het aantal maanden opschorting
2. personen met cumul VAPH worden uitgesloten



## **2.2 Indicator 6: Tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum**

Definitie:

Voor xx % van personen met een lopend dossier en een uitbetaling van een TLN, valt de eerste uitbetalingsdatum van de TLN:

- in de maand van de eerste prestatiedatum van de TLN bij mantel- en thuiszorg
- de maand na de eerste prestatiedatum van de TLN bij residentiële zorg

Brengt de Zorgkas de uitbetaling in mindering van een andere tegemoetkoming die teruggevorderd moet worden, dan deelt de Zorgkas de fictieve betaaldatum mee.

## **2.3 Indicator 7: Doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing**

Definitie:

De Zorgkas neemt een beslissing over de eerste aanvraag tot TLN binnen de 90 dagen na de ontvangst van het aanvraagformulier of de ontvangst van bestandsmatige gegevens in xx % van de dossiers.

De Zorgkas dient in principe zo snel mogelijk een correcte beslissing over het dossier te nemen. Daarom zal het Zorgfonds indicatief een overzicht van de doorlooptijden opgedeeld in categorieën aan de Zorgkas bezorgen.

Opmerking: Deze indicator kan niet meetellen voor de beloning of sanctionering van de Zorgkas, omdat de Zorgkas voor het behalen van een positief resultaat afhankelijk is van het feit of de gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling tijdig heeft uitgevoerd. Voorstel is om deze indicator als benchmark voor de Zorgkassen in te voeren.

## **3 Indicatoren fase 3**

### **3.1 Indicator 8: Tijdig verstuurdde rappelbrieven naar bijdrageplichtige leden (officiële aansluiting in DP) die niet betaalden in het voorjaar.**

Definitie:

De rappelbrief wordt voor 30 november van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden (op 31 december van het voorgaand jaar) met bijdrageplicht en naar personen die op 1 januari van Zorgkas veranderd zijn, voor zover er openstaande bijdragen waren op xx/xx. De Zorgkas hoeft geen brief te sturen naar:

1. personen met een TLN
2. potentiële leden
3. personen overleden voor datum xx/xx. Zorgkas geeft zelf de datum van overlijden aan.

### **3.2 Indicator 9: Rappelbrieven met opvragen correct aantal achterstallige bijdragen**

Definitie:

Alle bijdragen die op moment van de aanmaak van het gegevensbestand als verschuldigd in DPZ-Ledenbeheer staan voor een persoon, worden opgenomen in de rappelbrief. Openstaande bijdragen bij een oude Zorgkas worden overgenomen door de nieuwe Zorgkas. Het aantal verschuldigde bijdragen wordt gecontroleerd, niet de correctheid van het bedrag.

### **3.3 Indicator 10: Aangetekende brieven met correcte aantal achterstallige bijdragen**

Definitie:

Alle bijdragen die op het moment van de aanmaak van het gegevensbestand als verschuldigd in DZV staan voor een persoon, worden opgenomen in de aangetekende brief. Openstaande bijdragen bij een oude Zorgkas worden overgenomen door de nieuwe Zorgkas.

## **Bijlage 3: Definitieve vorm van de indicatoren**

### **1 Indicator 1: Tijdige uitnodiging tot betaling naar bijdrageplichtige leden**

De uitnodiging tot betaling wordt voor 1 april van het lopende jaar verstuurd naar de officiële leden met bijdrageplicht sinds 31 januari van het huidige jaar. De sanctionering begint echter pas te lopen vanaf 10 april van het huidige jaar. Voor personen met een domiciliëring wordt de datum van eerste poging tot innen meegegeven. Een poging tot innen vindt ten laatste plaats op 30 april van het huidige jaar.

### **2 Indicator 2: Gemuteerde dossiers met TLN correct, volledig en tijdig doorgegeven door oude Zorgkas in de laatste mutatieronde**

Voor alle personen met een lopend dossier, een aanvraag waarin nog geen beslissing genomen is of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is en die van Zorgkas veranderd zijn, wordt het dossier correct, volledig en tijdig doorgegeven door de oude Zorgkas aan de nieuwe Zorgkas. De oude Zorgkas draagt de dossiers uiterlijk op 9 januari van het huidige jaar over aan de nieuwe Zorgkas. De sanctionering begint echter pas te lopen vanaf 16 januari van het huidige jaar.

Een volledig dossier voldoet aan de volgende criteria:

- De infofiche met de naam van de vertegenwoordiger en met een kopie van de beslissingsbrief wordt aan de nieuwe Zorgkas overgedragen door de oude Zorgkas. Dit dossier omvat tevens volgende informatie:
  - Aanwezigheid van het laatste attest of indicatiestelling van het gemuteerd lid
  - Aanwezigheid van de aanvraagdatum
  - Aanwezigheid van het IBAN-nummer

### **3 Indicator 3: Correcte ingangsdatum bij positief besliste aanvragen over TLN (carens)**

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag tot tenlasteneming in het vorige jaar, geldt er een carensperiode van drie tot en met vier maanden (eerste dag van de vierde maand na aanvraagdatum/datum automatische opening van rechten).

- Voor een aanvraag heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de datum start tenlasteneming.
- Voor een AOR heeft dit betrekking op de periode tussen de datum automatische opening van rechten en de datum start tenlasteneming. De datum automatische opening van rechten bestaat uit de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening bij AOR.

#### **4 Indicator 4: Maximum geldigheidsduur wordt niet overschreden**

Voor alle personen met een goedgekeurd en lopend dossier op datum xx (= laatste dag van steekproefperiode) is de periode tussen de start en het einde van de tenlasteneming correct berekend. De duurtijd verschilt per type attest en kan afhankelijk zijn van de leeftijd. Het gaat hier om aanvragen, automatische openingen van rechten en verlengingen. Bij de Katz-schaal thuisverpleging wordt er geen rekening gehouden met dossiers AOR.

- Bij een BEL-score geldt voor personen die op de datum van indicatiestelling jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Kine-E-attest geldt voor personen die op de aanvraagdatum jonger zijn dan 80 jaar, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Voor personen met een attest gezinszorg geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met 36 maanden.
- Bij een Katz-schaal thuisverpleging geldt, ongeacht de leeftijd, een duurtijd van één tot en met zes maanden.

#### **5 Indicator 5: Correcte berekening van de uitbetalingsmaand bij positieve beslissing TLN, met focus op prestatiedatum**

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag of automatische opening van rechten, is de eerste prestatie maand:

- de vierde maand na de aanvraag.
- de vijfde maand na de startdatum van het attest of het verblijf in een residentiële voorziening, maar maximum zes maanden voor de aanvraagdatum bij AOR, tenzij de persoon op het moment van de startdatum van het attest niet aan alle formele voorwaarden voldoet.

De eerste prestatiedatum heeft betrekking op de eerste maand waarop een gerechtigde recht heeft op een vergoeding. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met de opschorting die aan het lid wordt toegekend. Bij personen met opschorting wordt dus het aantal maanden opschorting, meegedeeld door de Zorgkas, verrekend in het resultaat.

#### **6 Indicator 6: Tijdige uitbetaling bij positieve beslissing TLN, met focus op uitbetalingsdatum**

Voor alle personen met een goedgekeurde aanvraag en een uitbetaling van een tenlasteneming, valt de eerste uitbetalingsdatum van de tenlasteneming:

- in de maand van de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij mantel- en thuiszorg.
- de maand na de eerste prestatiedatum van de tenlasteneming bij residentiële zorg.

**7 Indicator 7: Doorlooptijd tussen aanvraag en beslissing**

Voor alle personen met een goedgekeurde of geweigerde aanvraag tot tenlasteneming, geldt er een beslissingsperiode van nul tot en met 90 dagen. Zowel voor een aanvraag als voor een AOR heeft dit betrekking op de periode tussen de aanvraagdatum en de beslissingsdatum. Een uitzondering op deze regel zijn aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend op basis van een attest bijkomende kinderbijslag, VESTA-attesten, attesten van het controleorgaan en attesten op basis van de medisch sociale schaal. Ook aanvragen of automatische openingen van rechten ingediend voor personen die buiten Vlaanderen of Brussel wonen, worden niet opgenomen in de indicator.

**8 Indicator 8: Tijdig verstuurdde rappelbrieven naar bijdrageplichtige leden die niet betaalden in het voorjaar, Indicator 9: Rappelbrieven met opvragen correct aantal achterstallige bijdragen en Indicator 10: Aangetekende brieven met correcte aantal achterstallige bijdragen**

Definitieve vorm en inhoud nog te bepalen.



## **Bijlage 4: Informed consentformulier**

Mevr. Eva Pattyn  
Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement (EB09)  
Universiteit Gent - Faculteit Economie en Bedrijfskunde  
Tweekerkenstraat 2, 2de verdieping bureau 017  
9000 GENT  
BELGIË  
+ 32 9 264 34 93  
evalilie.pattyn@ugent.be

Gent, 14 november 2016

### **Informatie m.b.t. het werkbezoek en toestemming voor dit werkbezoek**

Geachte heer

Geachte mevrouw

In het kader van het project, SWVG onderzoek MP03 - Studie over de uitwerking van indicatoren voor de responsabilisering m.b.t. de werkingskosten van de Zorgkassen, werd er een werkbezoek ingepland bij de betrokken Zorgkassen. Met deze werkbezoeken wenst het onderzoeksteam meer inzicht te verkrijgen in de essentiële elementen m.b.t. de administratieve werkingsprocessen van de Zorgkassen. Tijdens dit werkbezoek zal er dus concreet worden nagegaan wat de administratieve taken van een Zorgkas inhouden en hoe deze in de praktijk worden uitgevoerd.

Een werkbezoek bestaat uit een interview met de verantwoordelijke voor de administratieve dienstverleningsprocessen en indien mogelijk een observatie van deze werkingsprocessen. Er wordt aan de betrokken Zorgkassen gevraagd of zij akkoord gaan met een opname van dit interview. De opname zal enkel worden beluisterd door de betrokken onderzoekers en is ter ondersteuning bij de analyse van de resultaten.

Het werkbezoek zal plaatsvinden in de week van maandag 14 november tot en met vrijdag 18 november. Mevr. Eva Pattyn zal deze werkbezoeken op zich nemen en u kan haar aanspreken bij vragen en/of

opmerkingen m.b.t. het werkbezoek. U mag haar zowel voor, tijdens als na het werkbezoek contacteren bij vragen of opmerkingen. Haar contactgegevens werden bovenaan de brief opgenomen.

De deelname aan het werkbezoek is vrijwillig; u hebt het recht om te weigeren. U hebt tevens het recht om op elk ogenblik uw deelname stop te zetten, zelfs wanneer u het Informed Consentformulier heeft ondertekend. U hoeft tevens geen reden op te geven voor de stopzetting van uw deelname. Echter zullen de reeds verzamelde gegevens wel worden gebruikt door het onderzoeksteam.

De resultaten van de werkbezoeken zullen worden gepresenteerd tijdens de stuurgroepvergadering van woensdag 23 november 2016. De resultaten zullen echter worden geanonimiseerd. Op geen enkel moment zal de Zorgkas of de verantwoordelijke voor de administratieve dienstverleningsprocessen bij naam worden genoemd. De resultaten zullen enkel worden gebruikt om een algemeen beeld te schetsen van de administratieve werkingsprocessen in functie van het project.

Ik hoop u met deze brief voldoende geïnformeerd te hebben en wil u reeds bedanken voor uw tijd en medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Paul Gemmel, Prof. dr. Jeroen Trybou en Mevr. Eva Pattyn



Ik verklaar de informatiebrief gelezen te hebben en te weten wat de opzet en het doel van het werkbezoek is.

Al mijn vragen zijn beantwoord; eventuele onduidelijkheden zijn opgehelderd door de onderzoeker.

Ik weet dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment het interview kan stopzetten.

Ik weet dat er gegevens verzameld worden tijdens het interview over de administratieve dienstverleningsprocessen en dat deze door de onderzoekers gebruikt zullen worden tijdens de stuurgroepvergadering van 23 november 2016.

Gelezen en goedgekeurd

Datum



## **Bijlage 5: Vragenlijst gebruikt tijdens het werkbezoek bij de Zorgkassen**

### **1 Algemene vragen**

1. Wat vindt u de belangrijkste taak/taken van een Zorgkas en binnen de administratieve dienstverlening?
2. Waar wil u als Zorgkas/organisatie garant voor staan (t.o.v. het Agentschap)?
3. Wat zijn uw verwachtingen t.o.v. het project? Wat wilt u als Zorgkas uit het project halen of gerealiseerd zien?

### **2 Vragen m.b.t. de processen**

1. Hoe omschrijft u een goede dienstverlening? Wat zijn de kenmerken van goede dienstverlening?
2. Kan u aangeven hoe het dienstverleningsproces verloopt van start tot einde? Welke verschillende fasen zijn er aanwezig in de dienstverlening?
3. Welke problemen kunnen er opduiken tijdens de dienstverleningsprocessen?
4. Hoe vaak komen complexe aanvragen tot tenlasteneming voor die de duurtijd van de dienstverlening beïnvloeden, m.a.w. meer tijd vragen dan andere aanvragen tot tenlasteneming?
5. Welke factoren beïnvloeden de duurtijd van een aanvraag tot tenlasteneming?
6. Wat zijn mogelijke oorzaken voor een retroactieve tenlasteneming?
7. Welke factoren beïnvloeden de duurtijd bij het innen van bijdragen (mailing, rappelbrieven en aangetekende zending)?
8. Komen er vaak complexe gevallen voor bij het innen van bijdragen?
9. Hoe worden de gegevens m.b.t. CSR, F en VT opgehaald?
10. Zijn de vooropgestelde normen uit de wet- en regelgeving haalbaar?

### **3 Vragen m.b.t. de indicatoren**

1. Hebt u vragen over de vooropgestelde indicatoren? Denkt u dat deze set van indicatoren nog kan worden aangevuld, m.a.w. heeft u het gevoel dat er essentiële elementen ontbreken?
2. Vindt u dat de indicatoren een betrouwbaar beeld geven over het functioneren van een Zorgkas/de administratieve dienstverlening?
3. Is de datacollectie en -registratie m.b.t. de indicatoren haalbaar? Zijn de betrokken datasystemen en werknemers hierop voorbereid?
4. Hoe verloopt de opstart van een nieuwe gegevensstroom? Kunnen hier fouten insluipen en hoe vaak kunnen deze voorkomen, m.a.w. hoe valide zijn de data?
5. Hoeveel tijd en mankracht heeft u nodig om een nieuwe gegevensstroom op te zetten?

6. Hoe complex zijn de dataverwerkingsprocessen? Welke problemen kan men hierbij ondervinden (cf. digitaal overzetten van mutaties)?
7. In het verleden zijn er problemen geweest met de toegang tot SharePoint en interpretatie van de gegevens in het DPZ. Komt dit nog vaak voor? Welke impact kan dit hebben op de validiteit van de gegevens?
8. Ondervindt u nog problemen met het gebruik van het DP? Hebt u nood aan meer informatie?
9. Op welke manier worden er controles uitgevoerd op de gegevens die doorgestuurd worden naar het Agentschap VSB?

#### **4 Slotvragen**

1. Hebt u nog vragen of heeft u bepaalde opmerkingen m.b.t. de opzet en het verloop van het werkbezoek?
2. Wilt u ons nog graag iets meegeven, dat niet aan bod is gekomen tijdens het gesprek?
3. Hebt u nog suggesties of opmerkingen m.b.t. het project?
4. Ik wil u bedanken voor uw tijd, medewerking en hartelijke ontvangst.

## **Bijlage 6: Vragenlijst gebruikt tijdens het werkbezoek bij FAMIFED**

### **1 Vragen m.b.t. de werkingsprocessen en indicatoren**

1. Hoe omschrijft u een goede dienstverlening? Wat zijn de kenmerken van een goede dienstverlening?
2. Kan u aangeven hoe het dienstverleningsproces verloopt van start tot einde? Welke verschillende fasen zijn er aanwezig in de dienstverlening?
3. Hoe werd het kwaliteitsniveau bepaald bij de opstart van het project? Is de definitie van de beoogde kwaliteit veranderd tijdens het implementatieproces en indien ja, waarom en op welke manier kwam deze nieuwe/aangepaste definitie tot stand?
4. Welke problemen of obstakels kunnen er opduiken tijdens de implementatie van nieuwe dienstverleningsprocessen?
5. Op pagina zes van de PowerPointpresentatie wordt vermeld dat de assen Administratief Beheer en Financieel Beheer een grote impact hebben in de responsabilisering. Waarom kregen deze assen het grootste gewicht?
6. Geven de gekozen controlevariabelen een betrouwbaar beeld van de kerntaken van een kinderbijslagfonds? Zijn er enkele essentiële elementen die ontbreken?
7. Op welke manier zijn de gewichtsverdelingen in de kwaliteitsscore tot stand gekomen?
8. Op welke manier worden de verschillende risico's en populaties per kwaliteitsindicator bepaald?
9. Op pagina acht van de PowerPointpresentatie wordt vermeld dat de weging van fouten gebeurt volgens de gevolgen voor de gezinnen. Kan u dit even toelichten?
10. Op pagina negen van de PowerPointpresentatie wordt vermeld dat de kwaliteitsindicator per kinderbijslagfonds en voor het stelstel is. Kan u dit even toelichten?
11. Op welke manier heeft de nieuwe controlemethodiek bijgedragen aan procesveranderingen/ procesverbeteringen binnen het controleorgaan?
12. Welke impact had de wetgeving op de ontwikkeling van de nieuwe methodiek? Worden de wettelijk opgelegde normen gemakkelijker behaald dankzij de nieuwe controlemethodiek?
13. Heeft de nieuwe controlemethodiek een impact gehad op de werkdruk?
14. Welke financiële implicaties zijn verbonden aan de nieuwe methodiek? Hoe werden de grenzen van de betoelaging bepaald?
15. Gezien de huidige staatshervorming zal de organisatie van FAMIFED veranderen. Op welke manier is het controleorgaan hieraan aangepast? Op welke manier heeft men dit voorbereid (elektronisch datasysteem, werknemers, ...)?
16. Wordt er een overgangperiode voorzien om fouten gemaakt ten gevolge van wijzigingen in de wetgeving, ongestraft te laten of minder te laten doorwegen?

## **2 Vragen m.b.t. de datacollectie en -registratie**

1. Welke impact heeft het opzetten van een nieuwe methode van datacollectie en -registratie op de werknemers en op de infrastructuur? Waar dient men rekening mee te houden?
2. Hoeveel tijd en mankracht heeft u nodig gehad om de nieuwe methode te implementeren?
3. Hoe complex zijn de dataverwerkingsprocessen? Welke problemen kan men hierbij ondervinden?
4. Welke problemen zijn er voorgevallen tijdens de implementatie van het nieuwe datacollectie en -registratiesysteem? Is er nood geweest aan extra vergaderingen of bijscholing om de invoering van het nieuwe datacollectie- en dataregistratiesysteem vlotter te laten verlopen?
5. Hebben fouten in het nieuwe datacollectie en -registratiesysteem een impact gehad op de validiteit van de data? Hoe werd een validiteitsprobleem opgelost?
6. Op welke manier wordt de correctheid van de verstuurd data nagegaan? Worden hier specifieke (digitale) technieken voor gebruikt?
7. Neemt het controleren van de elektronische gegevensstromen op fouten veel tijd en mankracht in beslag?