

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 terugvinden¹.

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

¹ 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 variabele². 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 variabele³ 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.

² 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).

³ 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.