

Activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen – 2013



Inhoud

Voorwoord	3
Woordje van de algemene directie	4
Deel 1 - Opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen.....	5
I. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1).....	6
II. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht	7
Deel 2 - Beheersorganen.....	9
I. Opdrachten van de Raad van Bestuur	10
II. Samenstelling van de Raad van Bestuur.....	10
III. Vergaderingen en verwezenlijkingen van de Raad van Bestuur.....	11
IV. Het Beheerscomité in het raam van de integratie van het FMO in het RIZIV.....	12
Het Beheerscomité van het FMO	13
Deel 3 - Administratieve structuur en team.....	15
I. Organigram van het Fonds voor de medische ongevallen.....	16
II. Externe expertise.....	17
III. Middelen.....	18
Deel 4 - Activiteitenstatistieken m.b.t de “opdrachten” voor de geanalyseerde periode en toelichtingen.....	19
Statistieken callcenter	20
4^e Deel bis - Statische gegevens eerste verwerking 1.000 aangiftes.....	41
I. Inleiding	42
II. Ernstcriteria	43
1. Algemeen.....	43
2. Aantal patiënten dat mogelijk voldoet aan de criteria overlijden, blijvende invaliditeit (B.I.) of tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO):.....	43
3. Totaal aantal patiënten met ernstige aanwijzingen dat de schade de graad van ernst, bedoeld in artikel 5, bereikt	44
4. Besluit.....	44
5. Verdeling per specialisme van de 476 gevallen die voldoen aan de ernstcriteria.....	45

III. Zorgverleners.....	46
IV. Locatie.....	47
V. Zorgverstrekking.....	48
1. Zorgverstrekking - subcategorie “algemeen”.....	49
2. Zorgverstrekking - subcategorie “Diagnosestelling”.....	49
VI. De eerste schade	50
1. Eerste schade - algemeen.....	51
2. Nosocomiale infecties : overzicht.....	52
V. Het blijvend letsel : oorzaak van invaliditeit of overlijden	54
VI. Besluit.....	54

5^e Deel - Financiële informatie “opdrachten” 55

I. Begroting 2013 en 2014 – Opdrachten	56
II. Begroting 2013 en 2014 – Beheer.....	58
III. Financiële statistieken betreffende de opdrachten	59

6^e Deel - Aanbevelingen om schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen..... 61

7^e Deel - Adviezen van het FMO 63

I. Standpunt van het Beheerscomité betreffende de kosteloosheid van de procedure en de uitgavenposten van vergoedbare schade	64
II. Standpunt van het Beheerscomité betreffende het concept abnormale schade en medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA).....	65
1. De wet en de “werk indicatoren” voor MOZA	65
2. Algoritme abnormale schade.....	66
3. De indicatoren	67

Voorwoord

Beste lezer

Het Fonds voor de Medische ongevallen kende in 2013 een erg druk jaar. Interne procedures en software dienden op punt gesteld, experts via overheidsopdrachten aangetrokken vanuit de meest uiteenlopende medische disciplines en de interne equipe versterkt en opgeleid. De zorg voor dit kader is een waarborg voor de kwaliteit en een snelle behandeling van de aanvragen.

Dit is nodig, want elke maand vindt een groot aantal patiënten en hun rechtverkrijgenden de weg naar het Fonds. Gemiddeld ontvangt het Fonds maandelijks een tachtigtal aanvragen. Uit een eerste analyse blijkt bovendien dat meer dan de helft van de aanvragen verband houdt met ernstige schade. De wet schiet haar doel dus niet voorbij.

De eerste opdracht van het Fonds is het verlenen van adviezen en de vergoeding van medische schadegevallen onder de wettelijke voorwaarden. Een minstens even belangrijke taak is het formuleren van aanbevelingen tot preventie van ongevallen en het opmaken van statistieken over toegekende vergoedingen. Voor het eerst in de Belgische geschiedenis zal informatie over medische schadegevallen centraal worden beheerd, waardoor het mogelijk wordt én een plicht om hieruit lering te trekken. Om aan deze maatschappelijke uitdaging te kunnen beantwoorden, moeten deze gegevens van bij aanvang worden verzameld en gecategoriseerd. Deze inspanning wordt pas zichtbaar op termijn maar kan moeilijk worden overschat.

De uitdaging is dan ook erg groot en het beheerscomité houdt samen met de andere actoren voortdurend de vinger aan de pols. Op basis van een behoeftenanalyse werd het personeelskader in de eerste helft van 2014 meer dan verdubbeld. Deze uitbreiding moet toelaten om de instroom en de uitstroom op hetzelfde niveau te brengen en de achterstand zo spoedig mogelijk in te lopen, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de adviezen.

De opstart van deze nieuwe instelling is vanuit vele invalshoeken uniek en grensverleggend. Het is dankzij de dagelijkse gewaardeerde inzet en expertise van de teamleden dat het Fonds aan uw verwachtingen zal kunnen beantwoorden.

Voorzitster
Geneviève Schamps

Ondervoorzitter
Steven Lierman

Wordje van de algemene directie

2013 was voor het Fonds voor de Medische Ongevallen een belangrijk maar moeilijk jaar:

Op structureel en institutioneel vlak heeft het Fonds zijn autonome structuur van ION opgegeven om als zesde dienst van het RIZIV en de derde sector van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, naast de sectoren van de Geneeskundige Verzorging en de Uitkeringen, in te staan voor de vergoeding van de medische ongevallen.

In 2013 zijn er alsmear meer nieuwe aanvragen binnengekomen (meer dan 100 per maand), wat bewijst dat onze burgers met betrekking tot medische ongevallen en overheidssteun grote verwachtingen en behoeften hadden.

Laten we maar niet erom heen draaien en onmiddellijk toegeven dat we bij de lancering van onze nieuwe structuur (september 2012) overdonderd zijn geweest door de stroom en de ernst van de meeste aanvragen, doordat juist die structuur, de actiemiddelen en dus het niveau van operationalisering ervan niet voldeden. De ingediende dossiers vereisten meer expertises en analyses dan oorspronkelijk voorzien en de interventiemiddelen, zowel het interne personeel als de IT-middelen die ons werk konden ondersteunen, werden te traag ingezet; ook de aanwervingen en de uitbouw van het netwerk van externe medische en juridische deskundigen verliepen niet snel genoeg.

Ons Beheerscomité, dat onze Raad van Bestuur in mei 2013 heeft vervangen, heeft samen met ons die paradoxen van ons succes en de moeilijkheden die met de ontwikkeling van een nieuwe openbare dienst gepaard gaan, moeten vaststellen en dat bovendien in een periode waarin de aanwervingen werden beperkt of zelfs stopgezet. Samen hebben we in mei 2014 een masterplan kunnen opstellen om naast de procedures en de indicatoren voor de follow-up ook onze interne teams en de externe ondersteuning aanzienlijk te versterken. We werken actief aan de implementatie van die maatregelen, ondanks de moeilijke budgettaire context voor de hele openbare sector.

Ondanks die moeilijkheden die tot een opeenstapeling van dossiers en dus tot veel vertraging bij de behandeling van de aanvragen hebben geleid, biedt het verslag van 2013 voor de eerste keer toch een reeks van medische gegevens en analyses over de realiteit van de medische ongevallen die bij ons worden aangegeven.

Zoals u kunt lezen, is het nog te vroeg voor echte conclusies of eventuele aanbevelingen. In 2013 zaten we in de fase van de eerste indicatoren, die meer diepgaande analyses vergen, in het bijzonder met de zorgverleners, om de oorzaken en oplossingen te begrijpen van de problemen die bij geneeskundige verstrekkingen opduiken. Van die verstrekkingen wordt immers normaal verondersteld dat ze de gezondheidstoestand verbeteren of handhaven en niet dat ze leiden tot een plotse, onverwachtse of abnormale verslechtering van die toestand. Gelukkig gaat de overgrote meerderheid van alle geneeskundige verstrekkingen niet met incidenten gepaard.

Het RIZIV zal alles in het werk stellen om de nodige middelen in te zetten zodat het Fonds voor de Medische Ongevallen zijn rol ten volle kan spelen, zowel voor de individuele aanvragen als de collectieve aanbevelingen, en binnen termijnen die beter overeenstemmen met de verwachtingen van alle partijen en de maatschappij.

Veel leesplezier!

Jo DE COCK
Waarnemend directeur-generaal
Van het Fonds voor de Medische Ongevallen

Benoît COLLIN
Waarnemend directeur-generaal
Van het Fonds voor de Medische Ongevallen

Deel 1

Opdrachten van het
Fonds voor de medische
ongevallen

De integratie van het FMO als 6^e dienst van het RIZIV, die heeft plaatsgevonden op 1 april 2013, heeft geen invloed gehad op de opdrachten, die bij oprichting werden toevertrouwd.

De opdrachten van het FMO staan omschreven in artikel 8 van de wet medische ongevallen van 31 maart 2010 (Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 2.4.2010).

Het omvat, enerzijds, **taken in het kader van zijn opdracht om slachtoffers** van schade als gevolg van gezondheidszorg of hun rechthebbenden (binnen de grenzen van art. 4 en 5) **te vergoeden**, en anderzijds, **opdrachten van algemeen belang**. In het eerste geval betreft het een advies-, vergoedings- en bemiddelingsfunctie. Daarnaast vervult het FMO algemene opdrachten in het kader van registratie, rapportering en preventie.

Hierna volgt een korte beschrijving van elke taak waarmee het FMO belast is.

I. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1)

Voorname functies maken de belangrijkste opdracht uit van het FMO. Het onderstelt namelijk:

- Het bepalen of schade als gevolg van gezondheidszorg aan de patiënt al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, alsook de beoordeling van de ernst van de schade. Hiervoor kan het FMO:
 - bij de zorgverlener(s), de zorginstelling, de patiënt en aan elk natuurlijk persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen, die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen
 - een beroep doen op gespecialiseerde zorgverleners om verduidelijking te krijgen over een specifiek domein van gezondheidszorg.
- Het vaststellen of de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt, daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering. Bovendien kan het FMO zich uitspreken over de reikwijdte van de dekking van de door de zorgverlener afgesloten verzekering.
- Het verzoek aan de zorgverlener of zijn verzekeraar om een vergoedingsvoorstel te doen aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer het oordeelt dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener in het geding is.
- Het uitkeren van een vergoeding aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer er aan de vergoedingsvoorwaarden van art. 4 en 5 van de wet is voldaan.
- Het organiseren van een bemiddeling (overeenkomstig de artikelen 1.724 tot 1.733 Ger.W.) wanneer de patiënt of zijn rechthebbenden, een zorgverlener en/of zijn verzekeraar hierom verzoekt.
- Het verstrekken van een advies inzake de toereikendheid van het vergoedingsvoorstel dat wordt voorgesteld door de zorgverlener en/of zijn verzekeraar, indien de patiënt of zijn rechthebbenden hierom verzoeken.

II. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht

De preventiefunctie houdt in dat het FMO alle gegevens betreffende de aanvragen dient te centraliseren zodat het op verzoek van de bevoegde minister of op eigen initiatief adviezen kan uitbrengen over elke aangelegenheid in verband met preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Verder heeft het FMO ook de taak om statistieken op te stellen over de vergoedingen die krachtens de bepalingen van de wet medische ongevallen werden toegekend.

Ten slotte dient er een jaarlijks activiteitenverslag opgesteld en overgemaakt te worden aan de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Dit verslag bevat onder meer de analyse van statistische en financiële gegevens, alsook aanbevelingen ter preventie van schade als gevolg van gezondheidszorg en ter verbetering van de vergoeding ervan en bovendien eventueel een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het FMO meent te moeten uitbrengen. Dit verslag mag enkel anonieme gegevens bevatten en aldus geen persoonsgegevens.

Deel 2

Beheersorganen

I. Opdrachten van de Raad van Bestuur

Het Fonds voor de medische ongevallen is oorspronkelijk opgericht als overheidsinstelling met een eigen rechtspersoonlijkheid van categorie B, zoals bepaald in de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Overeenkomstig de bepalingen van voornoemde wet beschikte het FMO over een Raad van Bestuur (R.B.). Die Raad van Bestuur moest erop toezien dat het FMO zijn verschillende opdrachten, zoals beschreven in het eerste deel van dit verslag, uitvoerde.

Door de integratie van het FMO in het RIZIV is de Raad van Bestuur vervangen door een Beheerscomité. De Raad van Bestuur is dus opgehouden te bestaan vanaf 1 april 2013. Hoewel de twee organen een aantal gelijkenissen vertonen, zijn er ook meerdere zaken die hen sterk doen verschillen zoals uit die verslag zal blijken.

Onder voorbehoud van de bepalingen van de voornoemde wet van 1954 beschikte de Raad van Bestuur over alle bevoegdheden die noodzakelijk zijn voor het bestuur van het FMO. Hij had ook de bevoegdheid om te benoemen zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 8 januari 1973 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut.

In die structuur was de directeur-generaal van het FMO belast met het dagelijks beheer van het instituut en oefende die bevoegdheid uit onder toezicht van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur was niet aangewezen om tussen te komen in de behandeling van de individuele dossiers. Die taak kwam toe aan de administratie van het FMO die de individuele aanvragen moest behandelen onder de verantwoordelijkheid van de directeur van het FMO. De Raad van Bestuur was daarentegen wel belast met het definiëren van het te volgen vergoedingsbeleid, dat door de directeur moest worden uitgevoerd.

II. Samenstelling van de Raad van Bestuur

Aangezien het FMO gedeeltelijk door het RIZIV wordt gefinancierd, is de samenstelling van de Raad van Bestuur (R.B.) geïnspireerd op de samenstelling van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV. De vertegenwoordigers van de patiënten zijn eraan toegevoegd, aangezien zij rechtstreeks bij de materie zijn betrokken.

De voorwaarden voor de aanwijzing van de leden van de Raad van Bestuur zijn vastgesteld in het koninklijk besluit van 15 november 2010 (B.S. 15.12.2010). De werking van de Raad van Bestuur was vastgesteld in een aantal bepalingen van de wet van 16 maart 1954, bij koninklijk besluit van 12 oktober 2011 (B.S. 17.10.2011) en door een huishoudelijk reglement.

De Raad van Bestuur van het FMO was als volgt samengesteld:

- 1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;
- 2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers vertegenwoordigen en de representatieve organisaties van zelfstandigen;
- 3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waarvan minstens 3 geneesheren;
- 6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waarvan minstens een geneesheer-hygiënist;
- 7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;
- 8° twee professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

De Raad van Bestuur en elk van de vertegenwoordigde groepen telden evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te beoordelen of aan die voorwaarde was voldaan, werden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen als één groep beschouwd.

De voorzitter en de ondervoorzitter hadden een andere taalrol.

Het bericht betreffende de benoeming van de voorzitter, de ondervoorzitter, en de leden van de Raad van Bestuur van het Fonds voor de medische ongevallen is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 16 augustus 2011 (zie bijlage 1).

Na de benoeming van de leden heeft de Raad van Bestuur de eerste keer kunnen vergaderen op 23 september 2011.

III. Vergaderingen en verwezenlijkingen van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur heeft vanaf de eerste vergadering een systeem van werkgroepen georganiseerd. De werkgroepen maakten deel uit van de Raad van Bestuur. De samenstelling was dezelfde maar in beperktere groep.

De werkgroepen waren belast met de voorbereiding van de besprekingen binnen de Raad teneinde ze te vergemakkelijken maar ze namen geen beslissingen. Na een technische bespreking probeerden ze te komen tot gemeenschappelijke standpunten; de conclusies van die besprekingen werden vervolgens voor bespreking en goedkeuring aan de Raad van Bestuur voorgelegd.

De voorzitter en de ondervoorzitter van de Raad van Bestuur bepaalden de agenda van de werkgroep. Alle punten die voor het FMO van belang waren, konden op de agenda worden geplaatst. De onderwerpen die tot op heden zijn behandeld, hadden voornamelijk betrekking op de begroting (controle van de voor het FMO opgestelde begroting), de human resources (discussies over het organigram van het FMO, de functiebeschrijvingen van de aan te werven personeelsleden), de door het FMO toegepaste procedures (aan de aanvragers verstuurd typebrieven, formulieren voor de indiening van de aanvragen, interne procedures, enz.), de niet gedefinieerde juridische begrippen van de wet van 31 maart 2010 (ernstcriteria, medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, termijnen, enz.), de communicatie van het FMO (bespreking van de website die voor het FMO is uitgewerkt, de door het callcenter van het FMO gebruikte FAQ, enz.), de voor het FMO ontwikkelde informaticatool (GENIDOC-programma en bepalen welke informatie in de informaticaprogramma's moet worden opgenomen zodat betrouwbare en nuttige statistieken kunnen worden opgemaakt).

Op basis van de besprekingen in de werkgroepen en de Raad van Bestuur konden een reeks richtlijnen en interpretaties worden geformuleerd waardoor het FMO op 1 september 2012 van start kon gaan en de eerste aanvragen konden worden behandeld.

Naast het belangrijke werk van de Raad met betrekking tot de processen en de richtlijnen voor het beheer, heeft hij ook de nodige middelen voor het beheer en de opdrachten van het FMO kunnen definiëren en verdedigen: begroting, organigram, follow-up van de verbintenissen inzake HR, IT-programma's, enz.

Sedert de start in september 2012 volgt de Raad nauwkeurig de statistieken van het FMO op: dossiers en callcenter (zie deel 4) en de algemene evolutie van de behandeling van de dossiers.

Ondanks de integratie van het FMO in het RIZIV, blijven de verschillende gedragslijnen, interpretaties en beslissingen die door de Raad van Bestuur zijn genomen, volkomen geldig en actueel. Het bestuur van het FMO blijft hierop dagelijks een beroep doen om zijn opdrachten te vervullen.

Tabel - Vergadertabel Raad van Bestuur

08/03/2013

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

IV. Het Beheerscomité in het raam van de integratie van het FMO in het RIZIV

In het raam van de integratie van het FMO als nieuwe dienst van het RIZIV, is de Raad van Bestuur vervangen door een Beheerscomité (B.C.) (Art. 27 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S., 29 maart 2013, ed. 2, p. 20188). Door de oprichting van dit Beheerscomité wordt de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en de follow-up van zijn wettelijke opdrachten gewaarborgd.

De samenstelling van het Beheerscomité is identiek aan wat vóór de integratie voor de Raad van Bestuur bestond. De in de wet ingevoegde overgangsbepaling tot uitvoering van die integratie (wet van 19 maart 2013) geeft de regeringscommissarissen en de leden van de Raad van Bestuur van het Fonds voor de medische ongevallen, die hun functie uitoefenen op het moment van de inwerkingtreding van die wet, de mogelijkheid om hun mandaat voort te zetten (tot het einde ervan) als leden van het Beheerscomité waardoor een nieuwe benoeming of een nieuw mandaat via K.B. wordt vermeden en waardoor de continuïteit tussen het FMO als ION categorie B en het FMO als nieuwe dienst van het RIZIV wordt gewaarborgd.

In tegenstelling tot wat vóór de integratie van het FMO in het RIZIV bestond, zal in de wet (artikel 137 **quinquies** van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) een bepaling over het Beheerscomité worden opgenomen en zullen daarin zijn bevoegdheden duidelijk worden gedefinieerd.

Het Beheerscomité van het FMO

- 1° Beheert samen met de dienst en zijn directeur-generaal de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten;
- 2° Stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals die is vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010;
- 3° Stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor;
- 4° Verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst;
- 5° Wordt door de directeur-generaal van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd;
- 6° Stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.

Vandaag blijft het Beheerscomité werken met het systeem van de werkgroepen dat op identiek dezelfde wijze functioneert als de Raad van Bestuur vroeger. In die zin bestaat er een heel duidelijke continuïteit tussen de twee organen.

Naast de handelingen die het Beheerscomité in het kader van zijn algemene bevoegdheden (zie punten 1 tot 6) stelt, moet het ook andere belangrijke beslissingen treffen. Die vallen duidelijk buiten het kader van zijn normale activiteiten maar behoren toch tot zijn bevoegdheden. Voor het Beheerscomité gaat het om het nemen van beslissingen die meer strategisch en organisatorisch van aard zijn. Het Beheerscomité kan ook belast worden met het uitbrengen van aanbevelingen ter voorkoming van medische ongevallen.

Een aantal van die beslissingen van strategische of organisatorische aard kunnen we als volgt omschrijven:

- Goedkeuring door de R.B. (vergadering van 8.3.2013) van de conclusies van de W.G. die in 2012 zijn geformuleerd;
 - Ernst van de schade
 - Informatie tool GENIDOC
 - Workflow
 - Abnormale schade
 - Medische gegevens
 - Expertises – tegensprekelijk karakter
- Richtlijnen van het B.C. (3.5.2013) betreffende de redactie en het gebruik van de templates door het bestuur van het FMO en de documenten betreffende de expertises en de adviezen van het FMO
- Advies van het beheerscomité (20.9.2013) betreffende de mededeling van de notulen van de vergaderingen van de R.B./B.C. krachtens de wet betreffende de openbaarheid van bestuur
- Validatie van de BPM (Business Process Model) fase 1 en 2: beschrijving van de interne processen en procedures in het FMO

Tabel 1 - Vergaderingen van het B.C. en de W.G.

Beheerscomité	Werkgroep
03/05/2013	03/05/2013
07/06/2013	07/06/2013
23/08/2013 (geannuleerd want quorum niet aanwezig)	08/11/2013
20/09/2013	
11/10/2013	
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

Deel 3

Administratieve
structuur en team

I. Organigram van het Fonds voor de medische ongevallen

Op 31 december 2013 zag het personeelsbestand van het Fonds voor de medische ongevallen er als volgt uit:

Tabel 2				
Q	Functie	Taalrol	Indiensttreding	Geslacht
1	Directeur-generaal		nog aan te werven	
1	Jurist-coördinator	FR	2010	♂
1	Jurist-coördinator	NL	2010	♀
1	Junior geneesheer	FR	01/05/2013	♀
1	Senior geneesheer-coördinator	NL	01/01/2013	♂
1	Junior geneesheer	FR	16/04/2013	♀
1	Junior geneesheer	NL	15/11/2013	♀
1	Secretariaat FR	FR	2012	♀
1	Secretariaat NL	NL	2012	♀
1	Assistent scanning	NL	01/09/2013	♀
	Team dossierbeheer			
1	Jurist-dossierbeheerder	FR	2012	♀
1	Junior jurist-dossierbeheerder	FR	aangeworven in 2013, in dienst in 2014	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2011	♂
1	Dossierbeheerder	FR	01/04/2013	♀
1	Dossierbeheerder	FR	01/05/2013	♀
1	Jurist dossierbeheerder	NL	2012	♀
1	Junior jurist-dossierbeheerder	NL	01/11/2013	♀
1	Dossierbeheerder	NL	2010	♀
1	Dossierbeheerder	NL	01/07/2013	♂
1	Dossierbeheerder	NL	nog aan te werven	
0,5	Economist	FR	2012	♂
1	ICT-coördinator	NL	2011	♂
21,5	PERSONEELSFORMATIE 2013			
19,5	In dienst of aangeworven			
2	Nog aan te werven			

De verschillende aanwervingen die in 2013 hebben plaatsgevonden, kunnen als volgt worden samengevat:

Tabel 3			
1	Junior geneesheer	FR	♀
1	Junior geneesheer-coördinator	NL	♂
1	Junior geneesheer	FR	♀
1	Junior geneesheer	NL	♀
1	Assistent scanning	NL	♀
1	Junior jurist-dossierbeheerder	FR	♀
1	Junior jurist-dossierbeheerder	NL	♀
1	Dossierbeheerder	FR	♀
1	Dossierbeheerder	FR	♀
1	Junior jurist-dossierbeheerder	NL	♀
1	Dossierbeheerder	NL	♂
11	Aangeworven personen in 2013	5 FR – 6 NL	9 ♀ - 2 ♂
7	Personeelsleden niveau A	3 FR – 4 NL	6 ♀ - 1 ♂
3	Personeelsleden niveau B	2 FR – 1NL	2 ♀ - 1 ♂
1	Personeelslid niveau C	1 NL	1 ♀ - 0 ♂
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

Uit die twee tabellen kan worden afgeleid dat er voor 2013 13 aanwervingen waren gepland. Twee aanwervingsprocedures die in 2013 waren gestart, zijn dus voortgezet in 2014 waaronder die voor directeur-generaal van het FMO.

II. Externe expertise

Er zijn twee overheidsopdrachten in het tweede kwartaal van 2013 afgesloten om te kunnen beschikken over een pool van juridische en medische experts die ervoor moeten zorgen dat het FMO zijn opdrachten kan uitvoeren.

Op juridisch vlak beschikt het FMO over een pool van advocaten die over het hele land de geschillendossiers kunnen behandelen en die los van een bijzonder geschil complete juridische adviezen kunnen verschaffen op verzoek van het FMO.

Met de medische pool beschikt het FMO voortaan over een reserve van experts in verschillende medische specialismen. Op die experts wordt een beroep gedaan voor eenzijdige of tegensprekelijke expertises die door het FMO worden georganiseerd in het kader van het beheer van de aanvragen die het behandelt. Die experts kunnen ook gevraagd worden om, naast de uitvoering van een bijzondere expertise, het FMO wetenschappelijke uitleg te verschaffen in verband met een of meerdere gevallen die het krijgt voorgelegd in materies waarvoor het FMO intern over onvoldoende middelen beschikt.

De pool met medische experts die na de overheidsopdracht is samengesteld, kan niet altijd de noden van het FMO opvangen. In sommige gevallen beschikt het FMO over onvoldoende experts in een bepaald specialisme of kunnen zij niet worden aangesteld om redenen van onverenigbaarheid of agendaproblemen. Daarom is het FMO na de sluiting van de overheidsopdracht nog voortdurend op zoek naar nieuwe experts om zijn pool te versterken en te vervolledigen.

III. Middelen

Een belangrijke gebeurtenis voor het FMO betreft de integratie in het RIZIV begin 2013. Dit bracht met zich mee dat inzake infrastructuur, ontwikkelingsprojecten en werkprocessen de samenwerking met de diensten van ICT werd verder gezet en meer uitgediept.

2013 was een jaar waarin de lancering van een aantal belangrijke technologische projecten werd aangekondigd. Tot deze behoren:

- het DAMO-project dat een acroniem is en komt van “Dossier Accidents Médicaux, - Medische Ongevallen”. Met dit project wordt de ontwikkeling en het in praktijk brengen beoogd van een computertoepassing waarmee zowel gestructureerde als niet gestructureerde types informatie binnen de context van een dossier beschikbaar en behandeld worden met een beveiligde toegang tot die informatie;
- de aanvangsfase van de ontwikkeling van technologie waarmee binnenkomende en uitgaande geschreven communicaties op een digitale en gestroomlijnde manier van en naar het elektronisch dossier worden gestuurd;
- het beheerssysteem voor de informatieveiligheid waaraan bijzondere aandacht is besteed. In het kader van dit programma zijn acties ondernomen om de opslag van medische gegevens te verbeteren en is gewerkt aan het voorbereiden van pre-certificatie audits.

De lancering van het DAMO-project werd voorafgegaan door een periode waarin intensief is gewerkt aan het beschrijven van de werkprocessen en het vastleggen van functionele behoeften voor het dossierbeheer en waarin de technologie dient te voorzien. Waarmee tevens de basis werd gelegd voor de selectie van partners voor de technologische realisatie van het project.

Deel 4

Activiteitenstatistieken
m.b.t de “opdrachten”
voor de geanalyseerde
periode en toelichtingen

In dit deel worden de activiteitenstatistieken van de "opdrachten" voorgesteld. Aangezien het FMO sinds 1 september 2012 actief is, is het interessant om een aantal tendensen te belichten. Eerst zullen de statistieken van het callcenter worden besproken. Daaruit kan immers worden afgeleid of het aantal oproepen daalt, dan wel of het publiek een beroep blijft doen op het callcenter. Daarna zullen de activiteitenstatistieken worden toegelicht om algemene informatie te verschaffen over de dossiers en hun follow-up in het FMO. In verband met de activiteitenstatistieken proberen we telkens een vergelijking te maken tussen de in 2012 verzamelde gegevens en hun evolutie in 2013.

I. Statistieken callcenter

We bekijken eerst de statistieken van het callcenter. Die zijn opgenomen in de onderstaande tabel, die betrekking heeft op het jaar 2013. Er wordt een overzicht gegeven van het totale aantal oproepen per maand en van het aantal oproepen die binnen 30 seconden werden beantwoord (service level), het aandeel Franstalige en Nederlandstalige oproepen of nog de 'abandon rate' die overeenstemt met het percentage oproepen waarbij de beller uiteindelijk heeft ingehaakt alvorens hij door een operator te woord werd gestaan.

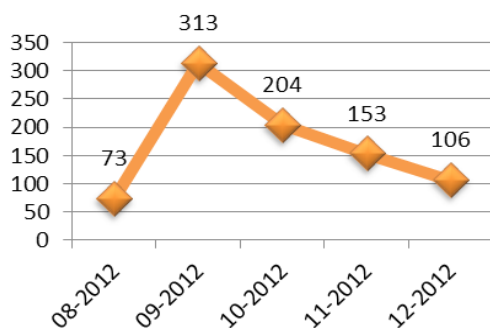
Tabel 4													
Reporting FMO	01-2013	02-2013	03-2013	04-2013	05-2013	06-2013	07-2013	08-2013	09-2013	10-2013	11-2013	12-2013	Moyenne Gemiddelde
Totaal oproepen	139	114	109	96	78	59	68	53	107	128	96	77	95
Totaal gecumuleerde oproepen	139	253	362	458	536	595	663	716	823	951	1047	1124	-
Service Level	90%	95%	95%	95%	94%	89%	97%	90%	99%	95%	96%	93%	94,00%
Abandon rate	1%	0%	0%	2%	0%	1%	3%	5%	0%	0%	0%	1%	1,08%
NL rate	33%	35%	36%	24%	42%	29%	45%	53%	51%	32%	39%	35%	37,83%
FR rate	67%	65%	64%	76%	58%	71%	55%	47%	49%	68%	61%	65%	62,17%
FAQ rate	90%	89%	88%	96%	94%	91%	89%	90%	94%	93%	91%	93%	91,50%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

De belangrijkste informatie in deze tabel betreft het aantal oproepen en de taalkundige verdeling van de oproepen. Wat het aantal in 2013 ontvangen oproepen betreft, blijkt uit de bovenstaande tabel een maandelijks gemiddelde lager dan 100. Dat betekent een daling ten opzichte van het voorgaande jaar, aangezien er in 2012 gemiddeld 170 oproepen per maand waren. Wat de verdeling van de oproepen betreft, is het interessant om vast te stellen dat het hoogste aantal oproepen in de eerste maanden van het jaar is genoteerd en dat het aantal nog even naar omhoog is gegaan in de maanden september en oktober. We kunnen dus zeggen dat nog steeds een beroep wordt gedaan op het callcenter maar in mindere mate dan in 2012. Dat is logisch aangezien het FMO in 2012 is opgestart.

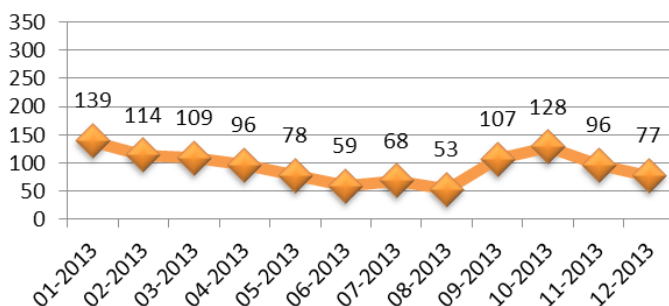
We stellen ook vast dat de reactiesnelheid van de dienst zeer hoog is, aangezien 94% van de bellers binnen de 30 seconden door een operator te woord wordt gestaan. Als rekening wordt gehouden met een 'abandon rate' van 1,08% betekent dit dat minder dan 5% van de bellers meer dan 30 seconden moet wachten om iemand aan de lijn te krijgen. Dat is een veel beter cijfer dan in 2012 maar de eenvoudige verklaring daarvoor is dat het callcenter minder oproepen heeft ontvangen.

Grafiek 1 - Aantal oproepen per maand in 2012



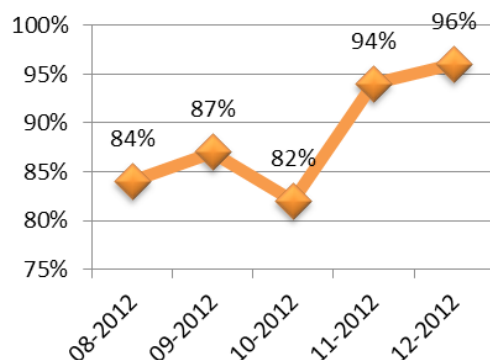
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 2 - Aantal oproepen per maand in 2013

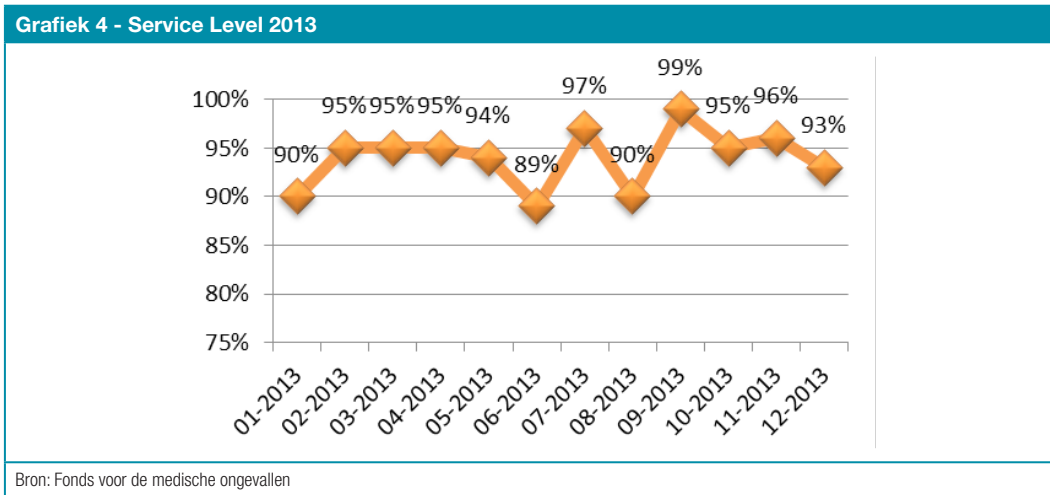


Bron: Fonds voor de medische ongevallen

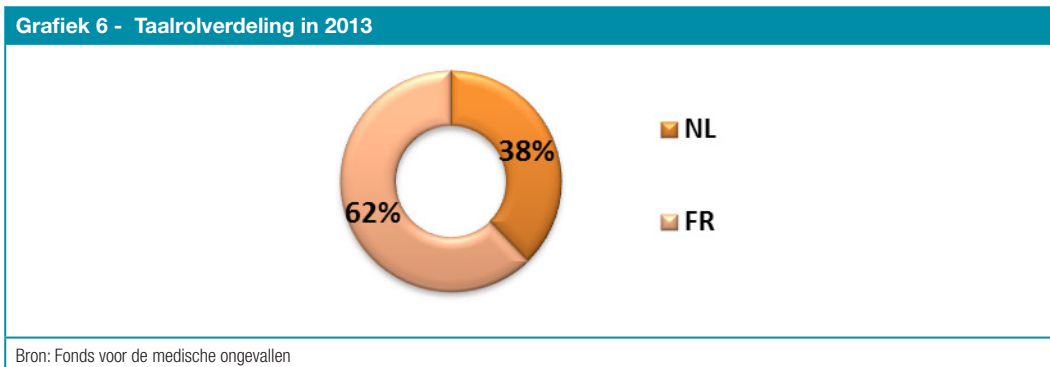
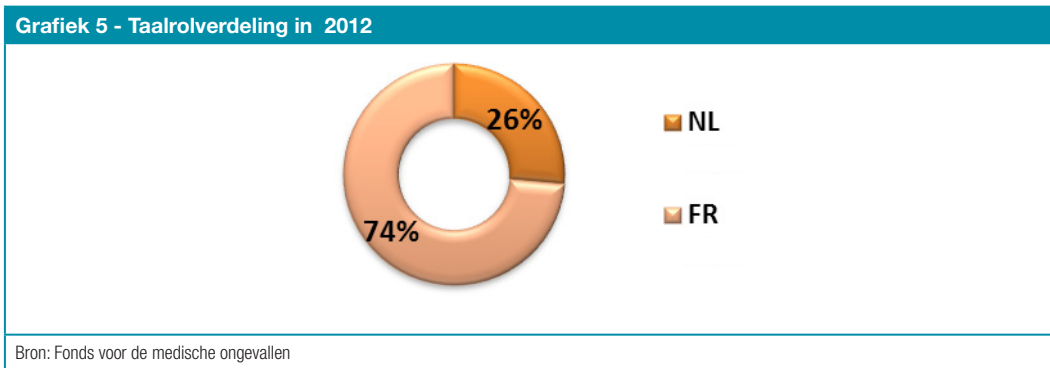
Grafiek 3 - Service Level 2012



Bron: Fonds voor de medische ongevallen



De tweede heel interessante vaststelling die op basis van deze tabel kan worden gedaan, heeft betrekking op de taalkundige verdeling van de oproepen. Uit de onderstaande schema's blijkt dat het evenwicht tussen Frans- en Nederlandstalige oproepen in de loop van 2013 min of meer is hersteld. Ook al helt de balans nog steeds over naar de Franstalige oproepen, toch stellen we vast dat de verhouding van 3/4-1/4 naar 2/3-1/3 is geëvolueerd. Als we wat meer in detail gaan kijken, zien we zelfs dat er in sommige maanden (augustus en september 2013) meer Nederlandstalige dan Franstalige oproepen zijn binnengekomen. Die verdeling moet in 2014 aandachtig worden gevolgd om te zien of die kloof blijft krimpen, dan wel of ze op dit niveau gehandhaafd blijft.



Ten slotte vindt het FMO het belangrijk om te weten welke vragen de burger over zijn dienstverlening heeft. Daarom is een FAQ-lijst aangemaakt om het nodige te doen zodat de bevolking beter wordt geïnformeerd en het aantal oproepen in verband met die vragen vermindert. Hieronder volgt de FAQ-lijst sinds augustus 2012, op basis waarvan de FAQ-rate van bovenstaande tabel is bepaald. Het gemiddelde van 91,50% betekent gewoonweg dat in 91,5% van de oproepen naar het callcenter ten minste een van de onderstaande vragen aan bod kwam. Dat percentage is vrij gelijk aan dat van 2012 (91%).

Frequently Asked Questions

Datum van de tegemoetkoming ten opzichte van de indiening van een dossier.
 Aanvraag verzending formulier via de post.
 Dossier ontvankelijk?
 Hoe het dossier overdragen?
 Mag ik voor iets een dossier indienen?
 Ik heb een brief van het FMO ontvangen, wat moet ik doen?
 Naast elkaar bestaande procedures (FMO + justitie)?
 Kunt u me vertellen hoe ver het staat met de behandeling van mijn dossier?

Er moet ook worden opgemerkt dat naast dit overzicht van FAQ aan het callcenter, een reeks mogelijke FAQ worden beantwoord op de website van het FMO en dat zij regelmatig worden aangevuld met antwoorden op de FAQ van het callcenter.

II. Activiteitenstatistieken - Opdrachten

Hieronder hebben we het over de activiteitenstatistieken van het FMO die de periode januari 2013-december 2013 bestrijken. Er zal een vergelijking met 2012 worden gemaakt om de evolutie van de gegevens te kunnen analyseren en de nodige conclusies te kunnen trekken. Tot slot zullen we voor sommige statistieken ook beschrijven hoe de situatie sinds de oprichting van het FMO in 2010 is geëvolueerd.

De informatie hieronder heeft voornamelijk betrekking op algemene statistieken over de dossiers die in voornoemde periode zijn ingediend. Er worden onder andere cijfers verstrekt over de taalkundige en geografische verdeling, de plaats van het ongeval of nog het aantal ingediende en reeds gesloten dossiers. Naast die algemene statistieken wordt ook informatie meegedeeld over de twee grote behandelingsfasen van de dossiers met onder meer de ontvankelijkheid ervan. Tot slot analyseren we de termijn tussen het openen van een dossier en de stand van zaken ervan op 31.12.2013, om die met de richttermijn in de wet te vergelijken en een beeld te krijgen van het "stockbeheer" van ingediende dossiers.

1. Open, gesloten en heropende dossiers en taalkundige verdeling

We onderzoeken eerst de taalkundige verdeling van de dossiers en hun status, zowel voor het jaar 2013 alleen als voor de hele periode sinds de lancering van het FMO.

Voor 2013 ziet de situatie er als volgt uit:

Tabel 5				
Aantal dossiers 2013	Taal			
Status	D	F	N	Totaal
Gesloten	-	38	12	50
Open	6	455	580	1.041
Heropend	-	5	-	5
Totaal	6	498	592	1.096

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in 2013 in totaal 1096 dossiers bij het FMO zijn ingediend. Wat de taalkundige verdeling van die dossiers betreft, stellen we een licht overwicht vast van Nederlandstalige dossiers. Zij vertegenwoordigen 54% van het totaal tegen 45% Franstalige dossiers. Interessant om op te merken is dat de tendens ten opzichte van 2012 is omgekeerd, aangezien het aandeel Franstalige dossiers is gedaald van meer dan 60% naar 45% in 2013, terwijl de Nederlandstalige dossiers zijn gestegen van 38% naar 54%. We merken ook op dat de Duitstalige dossiers nog steeds slechts een miniem gedeelte in het totale aantal dossiers vertegenwoordigen.

Alvorens de cijfers over de statussen van de dossiers toe te lichten, moet eerst kort worden uitgelegd wat wordt begrepen onder een open, een gesloten en een heropend dossier.

Een open dossier is een dossier dat bij het FMO is ingediend en er nog altijd wordt behandeld. Het kan zich in fase 1 bevinden (bepaling van zijn ontvankelijkheid, ontvangst van de documenten, enz.) of in fase 2 (juridisch of medisch onderzoek, expertise, enz.).

Een gesloten dossier daarentegen is een dossier dat niet meer wordt behandeld, en dat om verschillende redenen: het heeft aanleiding gegeven tot een vergoeding die door alle partijen is aanvaard, het is administratief niet-ontvankelijk verklaard, enz. Als een dossier vandaag wordt gesloten, is dat meestal omdat het in fase 1 niet-ontvankelijk is verklaard.

Een dossier kan wel worden heropend wanneer nieuwe gegevens die onbekend waren op het ogenblik dat het dossier werd gesloten, opduiken en moeten worden onderzocht. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een dossier dat is gesloten omdat de vereiste documenten niet binnen de opgelegde termijn waren aangekomen, nadien moet worden heropend zodra de aanvrager uiteindelijk de bedoelde documenten heeft bezorgd.

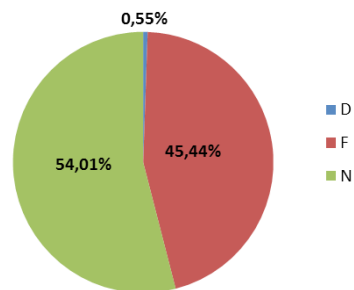
Nu die begrippen zijn omschreven, kunnen we vaststellen dat de meeste dossiers die in 2013 zijn ingediend momenteel nog altijd geopend of heropend zijn. Slechts iets minder dan 5% van de in 2013 ingediende dossiers is immers al gesloten.

De tabellen en grafieken hieronder maken het mogelijk om die specifieke situatie voor 2013 te vergelijken met de stand van zaken van de dossiers sinds de oprichting van het FMO.

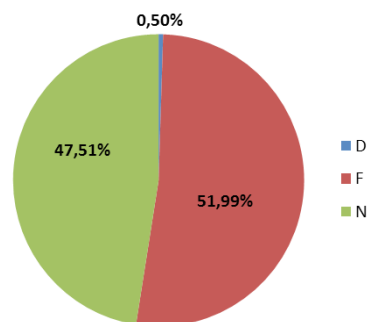
Tabel 6

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Gesloten	-	102	44	146
Open	8	715	716	1439
Heropend	-	18	3	21
Totaal	8	835	763	1606

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 7 - Taalrolverdeling van de dossiers in 2013

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 8 - Taalrolverdeling van de dossiers

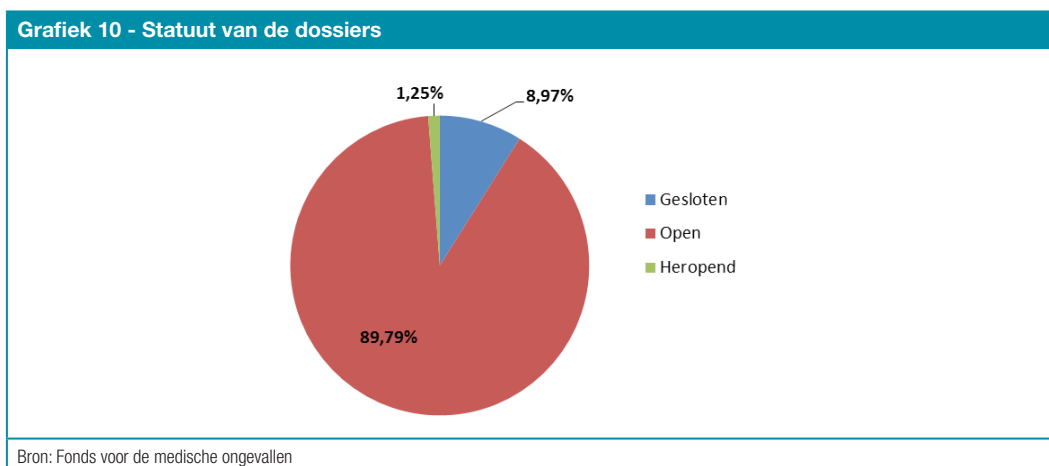
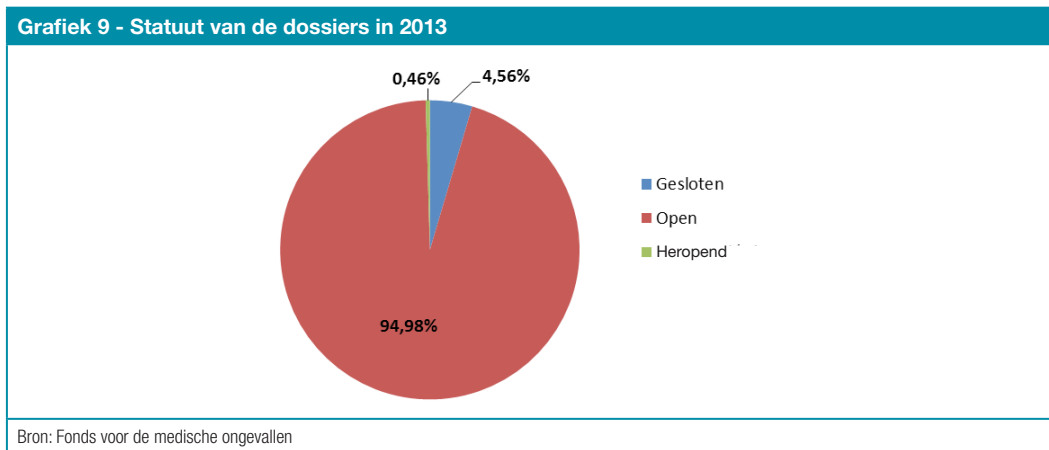
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Tabel 7													
Jaar	Maanden												Algemeen totaal
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2	0	1	0	2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	71	1.096
Algemeen totaal	157	102	125	100	81	101	69	84	229	209	203	146	1.606

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Eind 2013 blijken er 1606 dossiers bij het FMO te zijn ingediend, waarvan 1096 in 2013, 463 in 2012, 36 in 2011 en 11 in 2010. Sinds de behandeling van de dossiers in september 2012 effectief van start is gegaan, komen er elke maand gemiddeld een honderdtal nieuwe dossiers bij (91,3 in 2013 en 93,7 voor de 4 behandelingsmaanden in 2012). Er liggen nog 135 dossiers van vóór de behandelingsfase in september 2012 te wachten.

Op taalkundig vlak stellen we vast dat de verdeling 2013 tussen Nederlandstalige en Franstalige dossiers in vergelijking met de cijfers van het verslag 2012 weer in evenwicht komt.



Tabel 8					
Jaar	Statuut				
	Gesloten	Heropend	Open	Algemeen totaal	%
2010	9	0	2	11	82%
2011	21	1	14	36	58%
2012	66	14	383	463	14%
2013	50	6	1040	1096	5%
Algemeen totaal	146	21	1439	1606	9%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

De tabel hierboven (laatste kolom) geeft met name het percentage gesloten dossiers per jaar weer.

Ongeveer 5% van de dossiers 2013 kon in 2013 worden gesloten, terwijl het percentage gesloten dossiers op het totale aantal en over de hele behandelingsperiode ongeveer 9% bedraagt, maar met een neerwaartse trend volgens het jaar van indiening.

Als we rekening houden met de onontvankelijke dossiers die als gesloten worden beschouwd en met de dossiers die om andere reden zijn gesloten (stopzetting van de procedure door de aanklager of bij gebrek aan door hem verstrekte informatie), moet het sluitingspercentage eigenlijk naar boven worden bijgesteld na een check-in van de coderingen in het beheerssysteem.

Het is in ieder geval duidelijk dat de overgrote meerderheid van de dossiers (ten minste 85%) eind 2013 nog in behandeling is. We moeten dus een grote en gecumuleerde achterstand vaststellen ten opzichte van de richttermijnen in de wetgeving.

Aan de hand van deze tabel kunnen we, in tegenstelling tot het sluitingspercentage, stellen dat van de 1606 dossiers die sinds de start van het FMO tot eind 2013 bij het FMO zijn ingediend, 1460 dossiers, ofwel gemiddeld 91% van de ingediende dossiers, nog altijd open en dus niet gesloten zijn (of dat nu met een advies over de aansprakelijkheid of de vergoeding is of om andere redenen – onontvankelijkheid, stopzetting van de procedure, enz.).

Op jaarbasis blijkt evenwel 71% van de dossiers die nog open zijn van 2013 te zijn, 27% van 2012 en minder dan 2% van 2011 en 2010.

2. Verdeling van de dossiers per fase

Nu het aantal gesloten, open en heropende dossiers bekend is, is het interessant om na te gaan hoe de open en heropende dossiers over de verschillende fasen van de procedure zijn verdeeld. Net als in het vorige punt is het nuttig om kort uit te leggen wat die fasen 1 en 2 inhouden alvorens over te gaan tot de bespreking van de resultaten.

Fase 1 is de initiële fase in de behandeling van de dossiers. In deze fase openen de dossierbeheerders het dossier en verzamelen ze alle documenten die ze nodig hebben om te bepalen of het vanuit administratief oogpunt ontvankelijk is. Het gaat dus om een administratieve fase die begint met de ontvangst van de adviesaanvraag van het slachtoffer of zijn rechthebbenden en die eindigt wanneer de administratieve ontvankelijkheid van het dossier is bepaald. Op dat ogenblik is het dossier ofwel administratief niet-ontvankelijk en wordt het gesloten, ofwel is het administratief ontvankelijk en dan wordt fase 2 van de behandeling ingezet. Die tweede fase is ongetwijfeld de belangrijkste fase van de procedure omdat het de fase is met de uitvoering van de medische en juridische onderzoeken op basis waarvan het FMO een advies kan uitbrengen over de aansprakelijkheid en over het recht op vergoeding. Die tweede fase loopt af zodra het FMO zijn advies heeft geformuleerd. Daarna begint de derde fase, waarin in voorkomend geval een advies wordt uitgebracht over het voorstel tot vergoeding vanwege de aansprakelijke van de schade of waarin het FMO een voorstel tot vergoeding formuleert.

Tabel 9					
Jaar	Fases				
	Fase 1 Initieel	Fase 2 Onderzoek	Algemeen Totaal	% Fase 1	% Fase 2
2010		2	2	0%	100%
2011	1	14	15	7%	93%
2012	18	379	397	5%	95%
2013	138	908	908	13%	87%
Algemeen totaal	157	1.303	1.460	11%	89%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Bovenstaande tabel laat zien dat gemiddeld 89% van alle dossiers die tot eind 2013 zijn ingediend en niet zijn gesloten, zich in de tweede behandelingsfase bevindt (normale evolutie volgens de anciënniteit van de dossiers: tussen 100% voor de dossiers 2010 en 87% voor de dossiers 2013).

Wat de reeds aangehaalde problemen van de behandelingsachterstand betreft, is het belangrijk om vast te stellen dat de dossiers 2013 die zich eind 2013 nog in fase 1 bevinden (138 ofwel 13%) voornamelijk dossiers van het laatste kwartaal 2013 zijn (115 op 138). Het team probeert en slaagt er dus in om fase 1 zonder een al te grote vertraging af te handelen, behalve bij een complex dossier, en om zo snel mogelijk de dossiers in de 2^e fase te krijgen. Het team probeert ook om fase 2 in de volgorde van ontvangst van de dossiers af te ronden (beheer volgens anciënniteit) om de behandelingstermijn tussen de datum van indiening en het formuleren van het advies zo kort mogelijk te houden.

Ondanks de inspanningen van het team en van de externe experts loopt de behandeling van de dossiers dus vooral in fase 2 een zekere – tot zelfs grote – achterstand op in vergelijking met de richttermijn van 6 maanden die in de wetgeving is vastgesteld.

Voor de dossiers **die nog openstaan** (1460) bedraagt de **totale gemiddelde termijn per jaar waarin de dossiers** zijn ingediend, tussen de openingsdatum van het dossier (start fase 1) en 31.12.2013:

Tabel 10		
2010	503,5 kalenderdagen	2 dossiers
2011	507,5 dagen	15 dossiers
2012	433,9 dagen	397 dossiers
2013	184,1 dagen	1046 dossiers
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

We kunnen hier dus niet spreken van een echte gemiddelde **behandelingstermijn** aangezien we enkel de dossiers analyseren die op 31.12.2013 nog openstaan. Bovendien omvat de termijn ook **niet-actieve wachtfasen** alvorens naar een andere subfase, voornamelijk van fase 2, over te gaan. Die wachttijden kunnen worden verklaard door het feit dat er te weinig capaciteit is om het grote aantal dossiers naar een volgende behandelingssubfase over te brengen.

Aangezien de wettelijke richttermijn voor de 2e fase 6 maanden bedraagt (kennisgeving van een advies na ontvankelijkheid van het dossier) en voor de 1e fase ongeveer 1 tot 2 maanden (ontvankelijkheid), bedraagt de totale wettelijke richttermijn 7 tot 8 maanden, ofwel 210 tot 240 dagen.

Op basis daarvan dekt de totale gemiddelde berekende termijn op 31.12.2013:

Tabel 11			
Jaar	X richttermijn 240D	Achterstand x richttermijn	Achterstand in dagen
2010	2,09	1,09	263,5
2011	2,11	1,11	267,5
2012	1,80	0,80	193,9
2013	0,76	-0,24	-55,9
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

Die achterstand heeft meerdere, cumulatieve oorzaken:

- het aantal interne medewerkers van het FMO volgens het vastgestelde kader is pas in het laatste kwartaal 2013 bereikt;
- de externe medische expertises konden pas in mei 2013 worden opgestart en ze hebben vaak langer geduurd dan de 6 maanden van de richttermijn zoals oorspronkelijk was voorzien;
- een continue stroom van een honderdtal nieuwe dossiers per maand leidt momenteel tot verzadiging ten opzichte van de behandelingstijd die op dit ogenblik nodig is;
- de dossiers lijken in het algemeen een aanzienlijke ernstgraad te vertonen, waardoor de analyse en expertise langer duren dan voorzien;
- het team is nog niet 100% operationeel op kruissnelheid voor de behandelingswijze van de dossiers. Voor veel medewerkers (beheerders, juristen of artsen) gaat het om een eerste of recente ervaring in dat domein;
- het FMO is in september 2012 van start gegaan, waardoor veel procedures nog in een opstartfase zitten of moeten worden aangepast, wat de behandeling vertraagt;
- in het licht van de gemiddelde behandelingstijd in de subfasen en van de continue stroom van nieuwe dossiers, lijkt het team dus onderbemand te zijn om de richttermijnen te kunnen respecteren. Die lijken bovendien weinig realistisch in vergelijking met de gemiddelde interne en externe behandelingstermijnen (expertises).

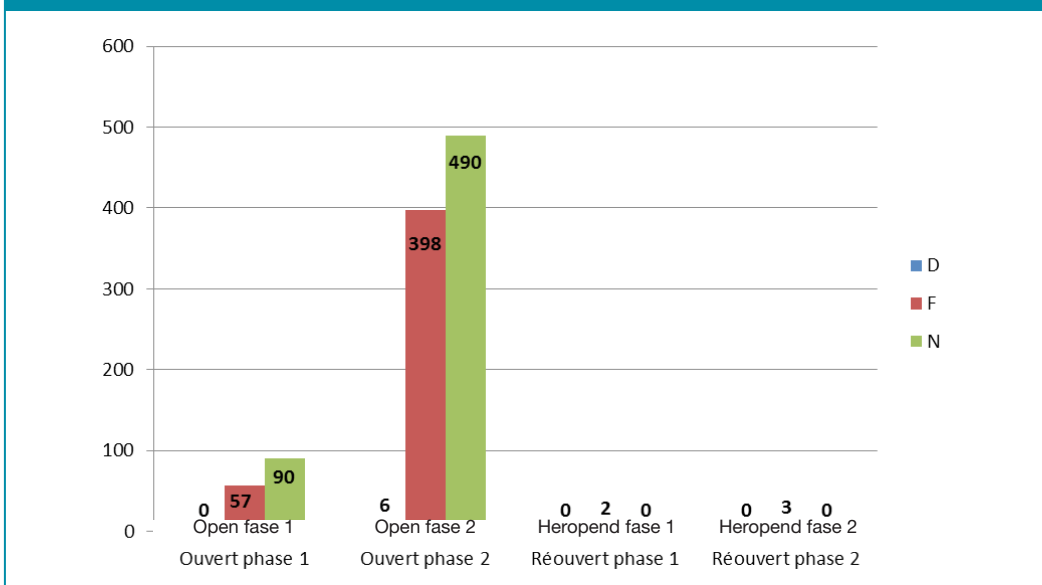
Naar aanleiding van die vaststellingen en na een grondige analyse op basis van de gedetailleerde behandelingsstatistieken die in 2014 beschikbaar waren, hebben de algemene directie en het beheerscomité in mei 2014 een reeks maatregelen goedgekeurd:

- een aanzienlijke toename (ongeveer een verdubbeling) van de personeelsformatie bij de juristen en artsen;
- een beroep doen op externe deskundigenbureaus op juridisch vlak, enz.

Dat betekent vooral vanaf 2015 een aanzienlijke verhoging van het beheersbudget dat van de overheid moet worden verkregen als men wil dat het FMO zijn opdrachten binnen een redelijke behandelingstermijn kan uitvoeren.

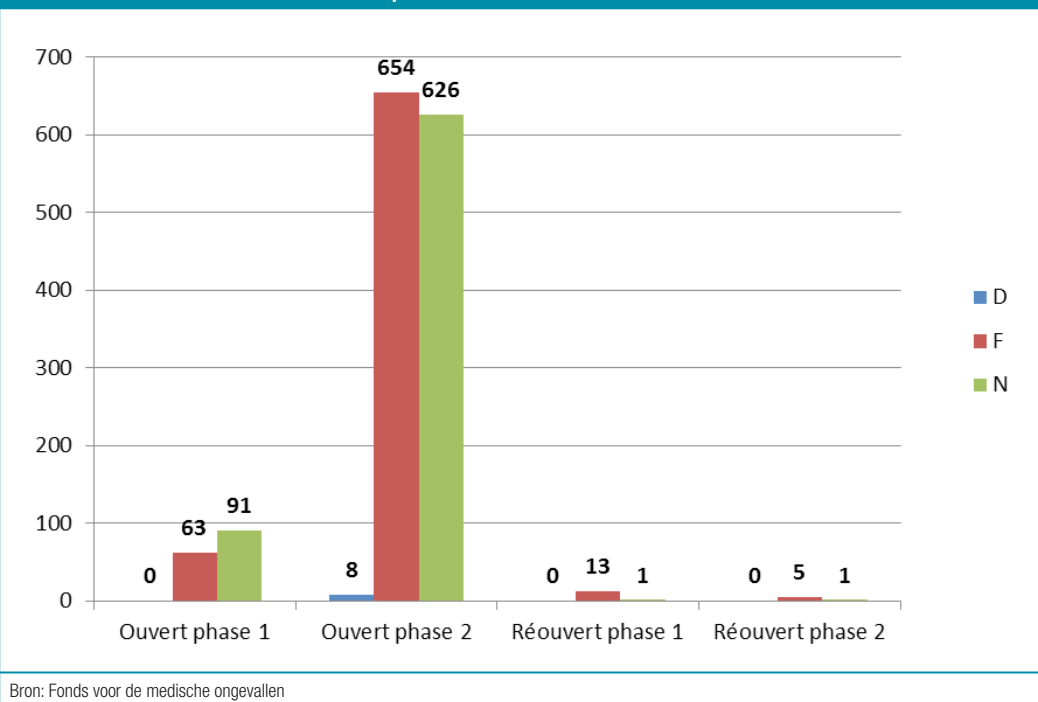
De grafieken hieronder tonen de voortgang in beide fasen van de in 2013 ingediende dossiers enerzijds en sinds de start van het FMO in september 2012 anderzijds. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen Franstalige, Nederlandstalige en Duitstalige dossiers.

Grafiek 11 - Stand van zaken in 2013



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

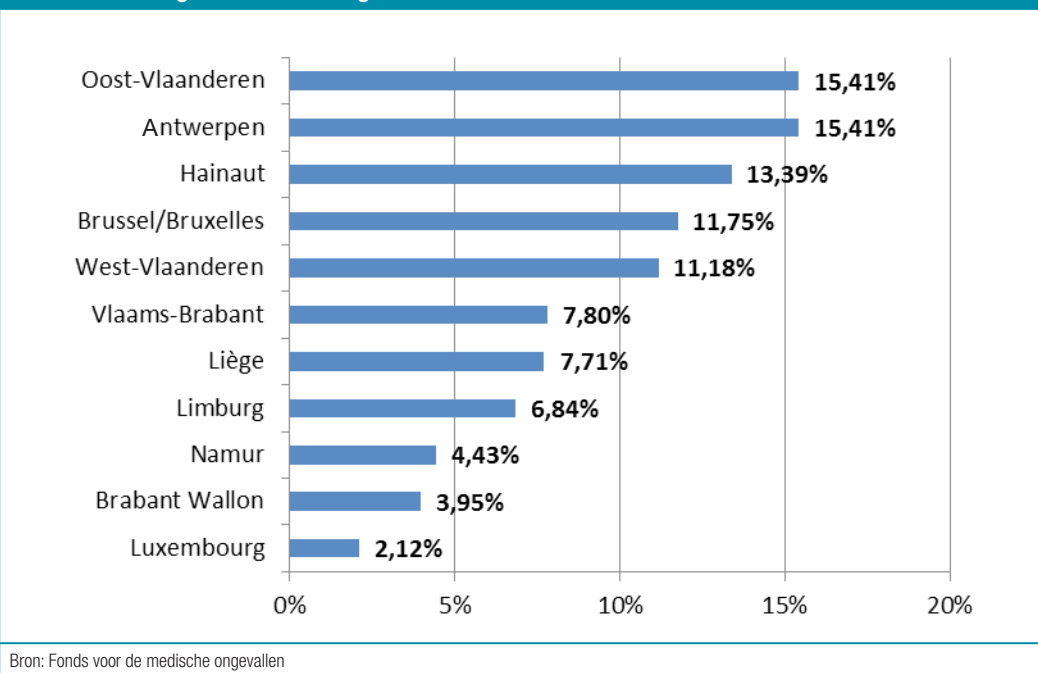
Grafiek 12 - Stand van zaken sinds september 2012



3. Geografische verdeling van de dossiers

In verband met de geografische verdeling is het belangrijk erop te wijzen dat de dossiers verdeeld zijn volgens de woonplaats van de aanvrager en niet op basis van de plaats waar de schadegeval zich heeft voorgedaan. Die statistieken zullen in het verslag voor 2014 worden opgenomen.

Grafiek 13 - Geografische verdeling in 2013



In bovenstaande afnemende grafiek valt op dat twee provincies de koppositie innemen met elk 15,41% van de aanvragen: Oost-Vlaanderen en Antwerpen. Daarna volgen Henegouwen, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en West-Vlaanderen met respectievelijk 13,39%, 11,75% en 11,18%. Luxemburg staat op de laatste plaats met slechts 2% van alle aanvragen.

Op gewestelijk vlak zien we dat 31,61% van de dossiers wordt ingediend door personen die in het Waalse Gewest wonen, 11,75% van de dossiers door personen die uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afkomstig zijn en 56,64% van de dossiers door personen uit het Vlaamse Gewest.

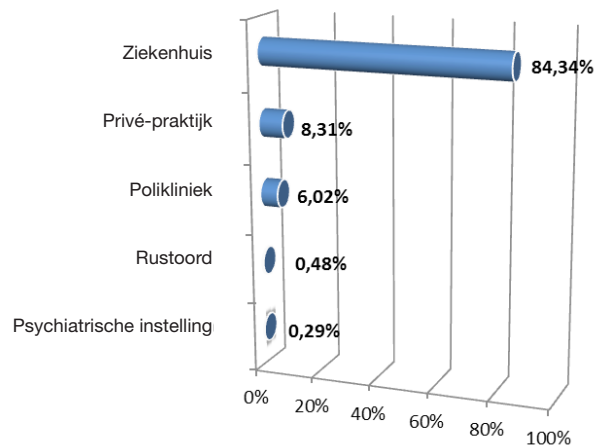
Dat is anders dan in 2012, want toen stond Henegouwen bovenaan met bijna 20% van de aanvragen, vóór Brussel-Hoofdstad met 17% en Luik met 14%. Die wijziging is deels te verklaren door een zeer sterke stijging in de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen met respectievelijk + 6,01% en +6,18% en een algemene daling in de Waalse provincies.

Er moet worden opgemerkt dat het gegeven "geografische" plaats van de verstrekking die aan de basis van de klacht en het dossier ligt, momenteel niet als statistische indicator in het beheerssysteem is opgenomen en dus niet in kaart kan worden gebracht. De mogelijkheid wordt bestudeerd om er een reporting van te maken, zonder dat dit evenwel een persoonlijke of institutionele identificatie met zich meebrengt. Die informatie moet voorzichtig worden behandeld en gevalideerd want de behandeling van het dossier zou tot de conclusie kunnen leiden dat de aansprakelijk gestelde verstrekker of instelling de door de aanvrager geleden schade uiteindelijk niet heeft (hebben) veroorzaakt of er niet aansprakelijk voor is (zijn).

4. Verdeling van de dossiers volgens plaats (type) van de geneeskundige verstrekking die verband houdt met de aangegeven schade

De volgende statistiek betreft de plaats van de geneeskundige verstrekking die volgens de aangifte van de aanvrager verband houdt met de schadegeval. Op die manier krijgt men een duidelijk beeld van de spreiding van de ongevallen over de verschillende plaatsen waar geneeskundige verstrekkingen kunnen worden verleend. Er moet worden verduidelijkt dat de plaatsvermelding wordt gebaseerd op de informatie uit de ingediende aanvraag. Het gaat niet met zekerheid om de plaats waar de schade ook werkelijk is opgelopen, dat kan ook ergens anders zijn. Het is immers mogelijk dat het slachtoffer verklaart dat de schade volgens hem het gevolg is van een behandeling in het ziekenhuis bijvoorbeeld, maar dat na analyse door het FMO wordt vastgesteld dat de verstrekking die de schade heeft veroorzaakt elders is uitgevoerd, in een privépraktijk of in een rusthuis.

Grafiek 14 - Plaats van het ongeval

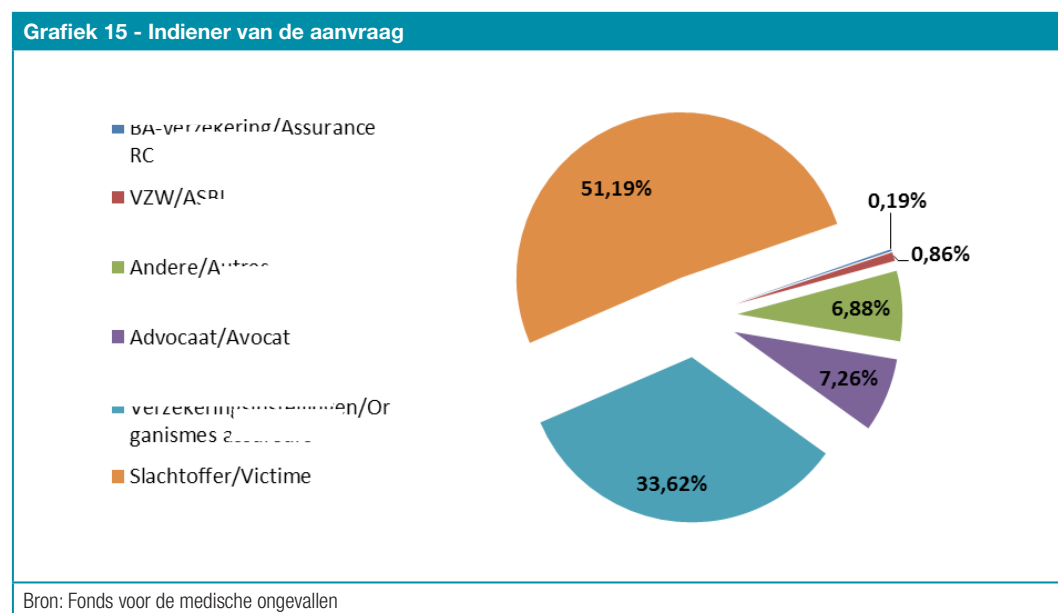


Bron: Fonds voor de medische ongevallen

De meest voorkomende plaats van de geneeskundige verstrekking is het ziekenhuis. Meer dan acht op tien ongevallen doen zich immers daar voor, ofwel tijdens een opname ofwel bij de toediening van ambulante verzorging in het ziekenhuis. Ver achter de ziekenhuizen vinden we in de rangschikking de privépraktijken met 8,31% van de schadegevallen en de poliklinieken met 6,02%. Sommige dossiers betreffen schadegevallen in een rusthuis of een psychiatrische inrichting, maar die gevallen komen veel minder vaak voor.

5. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag

De verdeling van de dossiers volgens de indiener van de aanvraag kan onbeduidend lijken omdat men ervan uitgaat dat het slachtoffer zelf de aanvraag rechtstreeks indient. Hoewel de meeste dossiers inderdaad door het slachtoffer worden ingediend, is dat niet altijd het geval. Zoals onderstaande grafiek immers aangeeft, gebeurt het dat het slachtoffer niet in staat is om de aanvraag in te dienen of dat hij verkiest om door een derde persoon te worden bijgestaan.



Zoals hierboven wordt aangegeven, wordt de aanvraag in een op de twee gevallen door het slachtoffer zelf bij het FMO ingediend. Dat betekent een daling van 12% in vergelijking met 2012. Dat is voornamelijk te verklaren door een aanzienlijke toename van de dossiers die door de verzekeringsinstellingen worden ingediend: in een jaar tijd is dat aantal bijna verdubbeld.

Andere partijen kunnen ook een aanvraag indienen in de plaats van het slachtoffer. Het gaat om de advocaten (ongeveer 7%) en vzw's (patiëntenorganisaties bijvoorbeeld) (om en bij de 1%).

Dat zijn natuurlijk niet de enige partijen die een aanvraag indienen voor een slachtoffer. In sommige gevallen dienen de rechthebbenden, de wettelijke vertegenwoordigers of allerhande gemachtigden een aanvraag in bij het FMO. Die andere indieners zijn in bovenstaande grafiek in de rubriek "Anderen" opgenomen. Die rubriek neemt een niet onbelangrijke plaats in want ze vertegenwoordigt meer dan 7% van het totale aantal ingediende dossiers.

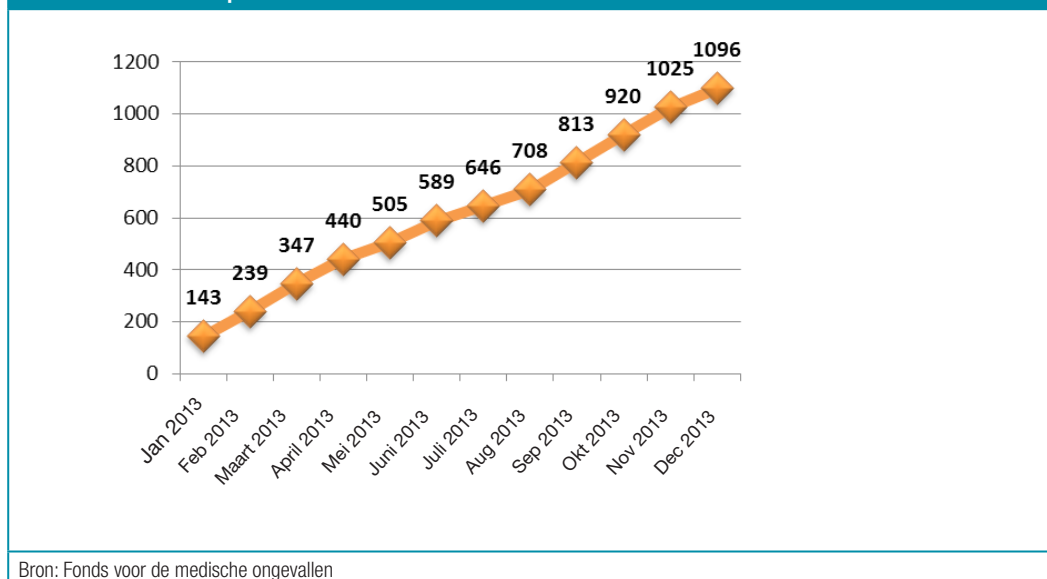
6. Verdeling van het aantal ingediende en geopende dossiers per maand

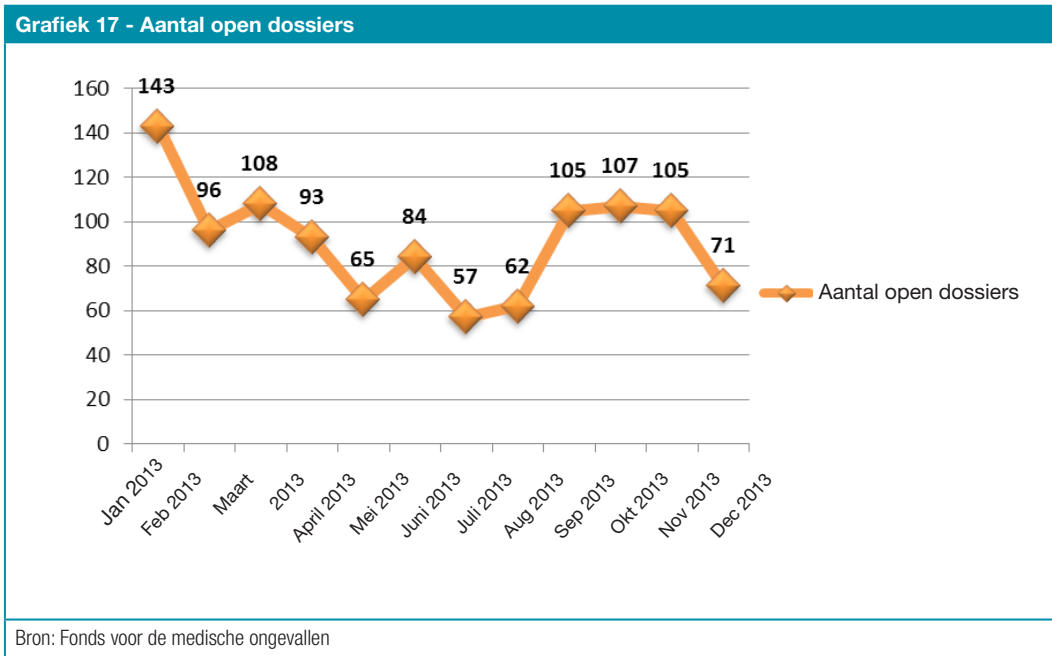
Met de statistiek betreffende het aantal ingediende dossiers per maand kunnen we onder andere nagaan of het aantal dossiers permanent stijgt, of er kalmere of veel drukkeres periodes zijn, en of er sprake is van een opstarteffect en een kruissnelheid.

Tabel 12

Maand	Aantal dossiers	Gecumuleerde dossiers
Jan 2013	143	143
Feb 2013	96	239
Maart 2013	108	347
Apr 2013	93	440
Mei 2013	65	505
Juni 2013	84	589
Jul 2013	57	646
Aug 2013	62	708
Sep 2013	105	813
Okt 2013	107	920
Nov 2013	105	1025
Dec 2013	71	1096
Totaal	1096	Gemiddelde = 92/ maand

Grafiek 16 - Aantal open dossiers





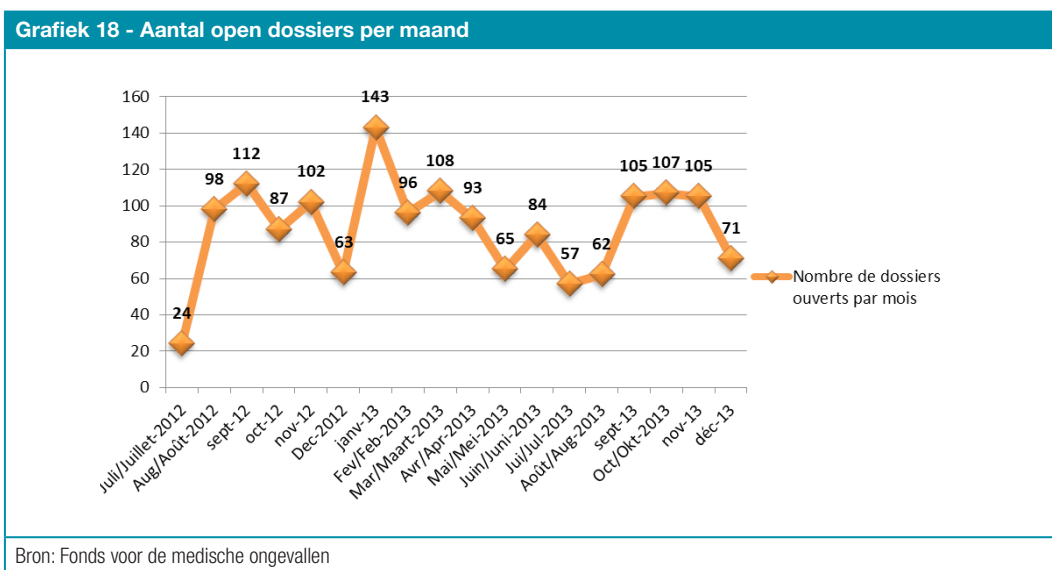
Uit de analyse van de tabel en de vorige grafieken kunnen we meerdere zaken afleiden over het aantal ingediende dossiers.

Als we de grafiek van het aantal gecumuleerde dossiers bekijken, merken we ten eerste een vrij constante toename op over heel 2013. We zien immers een praktisch rechte lijn die aantoont dat de toevloed van dossiers vrij stabiel en continu is, met een gemiddelde van ongeveer 92 dossiers per maand.

Als we de cijfers per maand analyseren, stellen we evenwel vast dat er in het eerste kwartaal 2013 en van september tot november 2013 een grotere toevloed van dossiers was.

Om de evolutie van het aantal binnenkomende dossiers te volgen, is het interessant om dezelfde oefening te maken met betrekking tot het aantal open dossiers per maand, niet alleen voor het hele jaar 2013 maar ook sinds de opstart van het FMO.

Dat levert de volgende grafiek op:



Van augustus 2012 tot december 2012 zijn maandelijks gemiddeld 97 dossiers ingediend. In vergelijking met het gemiddelde 2013 van 92 dossiers betekent dit dat de toevloed na 16 maanden activiteit over het algemeen stabiel blijft.

7. Verdeling van het aantal gesloten dossiers per maand in fase 1 en 2

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal gesloten dossiers per maand in fase 1 en 2 voor het jaar 2013.

Maand	Aantal gesloten dossiers in fase 1	Aantal gesloten dossiers in fase 2	Aantal geopende dossiers per maand
Jan 2013	13		
Feb 2013		7	
Maart 2013			1
Apr 2013			
Mei 2013			
Juni 2013		3	
Juli 2013		1	
Aug 2013		3	
Sep 2013		2	
Okt 2013		2	
Nov 2013		2	
Dec 2013		3	
Totaal		49	1

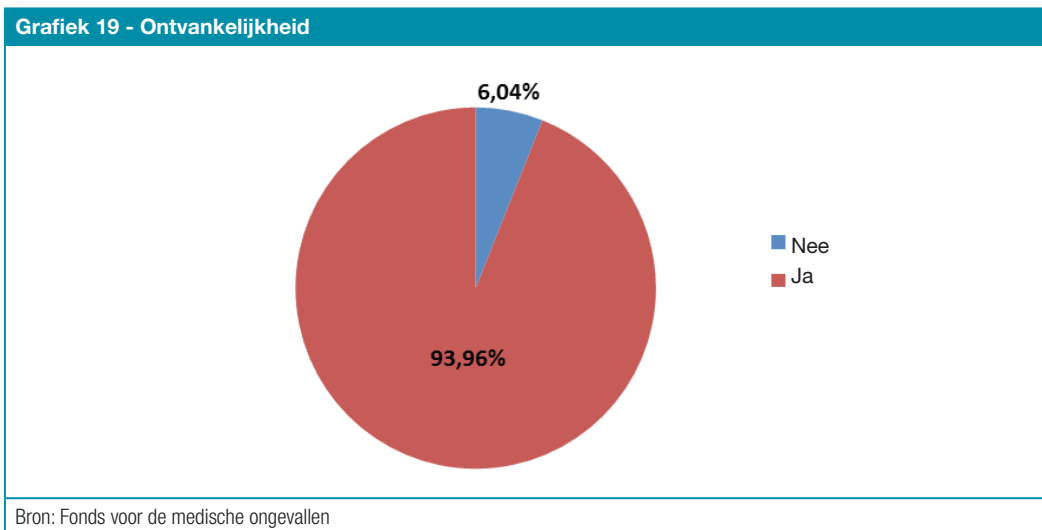
Een snelle blik op de tabel maakt duidelijk dat bijna alle dossiers tijdens de administratieve controle in fase 1 zijn gesloten. Dat is normaal, aangezien op 31 december 2013 zeer weinig dossiers al voldoende ver in fase 2 waren gevorderd om te kunnen beslissen om ze te sluiten en zo een einde te maken aan de medische en juridische onderzoeken die tot een advies van het FMO moeten leiden.

8. Aantal ontvankelijke en niet-ontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling

De laatste activiteitenstatistiek die hieronder wordt besproken, betreft de administratieve ontvankelijkheid van de dossiers die bij het FMO zijn ingediend. We herinneren eraan dat de verklaring in verband met de administratieve ontvankelijkheid de laatste stap is van de initiële fase bij de verwerking van de dossiers. Een dossier wordt ontvankelijk verklaard zodra alle administratieve elementen verzameld zijn en het dossier in fase 2 kan worden behandeld. Het betreft dus wel degelijk een administratieve ontvankelijkheid en geen akkoord voor de betaling van een vergoeding of de vaststelling van de aansprakelijkheid.

Tabel 14				
Aantal dossiers	Taal			
Ontvankelijkheid	D	F	N	Totaal
Nee		41	20	61
Ja	6	405	538	949
Totaal	6	446	558	1.010

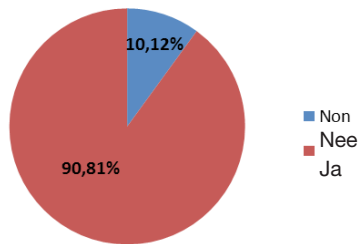
Het verschil van 86 dossiers tussen het aantal ingediende dossiers in 2013 (1096) en het totaal aan ontvankelijke en niet-ontvankelijke dossiers (1010) stemt overeen met de dossiers waarvoor men op 31 december 2013 nog niet wist of ze vanuit administratief oogpunt al dan niet ontvankelijk waren (analyse van de ontvankelijkheidscriteria in fase 1 nog niet uitgevoerd).



Uit de bovenstaande grafiek blijkt dat in 2013 slechts 6% van de ingediende dossiers vanuit administratief oogpunt onontvankelijk was. Dat betekent een daling van ongeveer 3,5% ten opzichte van 2012, wat logisch lijkt, aangezien het publiek geacht wordt steeds beter geïnformeerd te zijn over de procedures en de ontvankelijkheidscriteria van het FMO. Vooral de oorzaak van de onontvankelijkheid op basis van de datum van het schadeverwekkende feit (vanaf april 2010) is in de in 2013 ingediende dossiers minder aanwezig.

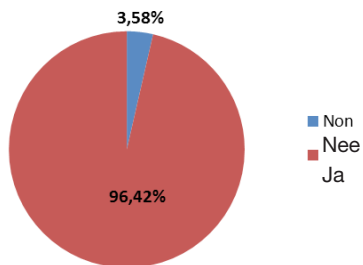
We moeten nu nog bekijken of die algemene daling van de onontvankelijke dossiers meer uit de Franstalige of Nederlandstalige dossiers voortkomt. De volgende grafieken leveren een antwoord op die vraag:

Grafiek 20 - Ontvangelijkheid FR



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 21 - Ontvangelijkheid NL



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

We merken al meteen op dat net als in 2012 bij de Franstalige dossiers het aantal onontvankelijke gevallen proportioneel hoger is. We stellen tussen 2012 en 2013 aan Franstalige kant echter een grotere daling (-2,8%) van de onontvankelijkheid vast dan bij de Nederlandstalige dossiers (-0,9%).

4^e Deel bis
Statische gegevens
eerste verwerking
1.000 aangiftes

I. Inleiding

- De cijfers die in dit rapport worden voorgesteld zijn **louter gebaseerd op de aanvraag en de documenten die de aanvrager heeft meegedeeld**. Dit moet steeds goed voor ogen gehouden worden bij het interpreteren van dit rapport.
- De cijfers geven een beeld van **de perceptie van de aanvrager** op het ogenblik van de aanvraag. Hieruit kan dus worden afgeleid in hoeverre een aanvraag gebeurt omdat de aanvrager ofwel meer duidelijkheid wenste verkrijgen over een complicatie ofwel omdat hij een fout of een vergoedbaar medisch ongeval vermoedt.
- Hieruit kan evenwel **niet** worden afgeleid of de aanvraag terecht is en in het geheel niet of er aansprakelijkheid of een “medisch ongeval zonder aansprakelijkheid” (Moza) in de zin der wet is.
- Belangrijk voor de verdere toekomst zijn wel de volgende vaststellingen op basis van deze eerste statistiek:
 - De cijfers geven een beeld over de **ernst** van de aanvragen. Het blijkt dat de meeste aanvragen gebeuren voor ernstige of vermoedelijk ernstige verwickelingen: 93 overlijdens, 383 hoge blijvende invaliditeit (B.I.) of tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO), samen 476/1000, d.i. bijna de helft der aanvragen.
 - De cijfers geven ook een beeld over de **categorieën van zorgverleners**, specialismen, die het meest betrokken zijn in aanvragen. De oorzaak hiervan kan momenteel nog niet worden aangegeven. Een verklaring kan zijn dat in bepaalde specialismen meer heelkundige behandelingen gebeuren. Heelkundige behandelingen geven het meest aanleiding tot aanvragen. Andere verklaringen zijn natuurlijk ook niet a priori uitgesloten. De cijfers laten het FMO toe om zich te oriënteren: het FMO zal speciaal aandacht geven aan de zorgverstrekkingen waarin, om welke reden dan ook, meer aangiften worden gedaan: hier zal gezocht worden naar oorzaken; de verdere actie zal in overleg met de betrokken zorgverleners en/of via hun beroepsverenigingen gebeuren.
 - De cijfers geven tenslotte een beeld over de behandelingen die het meest aanleiding geven tot aanvragen. Het weze nogmaals benadrukt dat de huidige cijfers absoluut geen kwaliteitsbeoordeling van behandelingen noch van de betrokken zorgverleners toelaten.

II. Ernstcriteria

1. Algemeen

De criteria voor “**ernstige schade**” zijn gedefinieerd in de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (WVSG)¹, artikel 5; er zijn vier criteria². In de eerste analyse (op basis van aanvraag en eerste dossiergegevens) is het criterium “**schade die bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden verstoort**”(art.5, 3^o) niet opgenomen, omdat het gegeven bij de aanvraag, dit is vooraf aan een medische evaluatie door het FMO, te onzeker is.

De criteria tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO), blijvende invaliditeit (B.I.) en overlijden werden geteld.

2. Aantal patiënten dat mogelijk voldoet aan de criteria overlijden, blijvende invaliditeit (B.I.) of tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO):

Tabel 15 - De overleden patiënten (art. 5,4^o)

Overleden	93/1000
------------------	---------

Tabel 16 - De aanvragen met vermoedelijke blijvende invaliditeit van 25% of meer (art.5,1^o)

B.I.	≥25%	<25%	onbekend
	296	584	27

Tabel 17 - De aanvragen met vermoedelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid van 6 maanden of meer (art.5,2^o)

TAO	≥6m	<6m	onbekend
	204	690	13

1. Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, 31 maart 2010.

2. Art. 5. De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan : 1^o de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer; 2^o de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden; 3^o de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt; 4^o de patiënt is overleden.

Tabel 18 - De aanvragen met of B.I. \geq 25% of TAO \geq 6 maanden of beide gecombineerd		
B.I. \geq 25%	TAO \geq 6m	Aantal (B.I. en/of TAO)
x	x	117
-	x	87
x	-	179
		totaal: 383
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

3. Totaal aantal patiënten met ernstige aanwijzingen dat de schade de graad van ernst, bedoeld in artikel 5, bereikt

Dit is het aantal dat voldoet aan de ernstcriteria ofwel overlijden, ofwel TAO ofwel B.I. ofwel tegelijk TAO en B.I.

$$= 93 \text{ (overleden)} + 383 \text{ (TAO en/of B.I.)} = 476.$$

Dus is dat **47,6% van de aanvragen**

4. Besluit

Ongeveer de helft van de aanvragen betreffen dossiers waarin er aanwijzingen zijn dat de schade ernstig genoeg is. Waar vooraf aan de start van het FMO de vraag gesteld werd of FMO niet overstelt zou worden met aanvragen over minder belangrijke verwickelingen, blijkt deze vrees tot heden niet bewaarheid te worden.

5. Verdeling per specialisme van de 476 gevallen die voldoen aan de ernstcriteria

Tabel 19			
Zorgverstrekker	Aantal	% (Afgerond)	Cumul%
orthopedie	137	28,80	28,80
gynaecologie-verloskunde	52	10,90	39,70
algemene chirurgie	43	9,00	48,70
neurochirurgie	37	7,80	56,50
anesthesie	29	6,00	62,50
huisartsgeneeskunde	15	3,20	65,70
vaatchirurgie	14	3,00	68,70
verpleegkundige	14	3,00	71,70
oftalmologie	12	2,60	74,30
urgentiegeneeskunde	10	2,10	76,40
cardiochirurgie	9	1,90	78,30
otorhinolaryngologie	9	1,90	80,20
radiologie	9	1,90	82,10
urologie	9	1,90	84,00
gastro-enterologie	8	1,70	85,70
cardiologie	8	1,70	87,40
niet nader bekend	6	1,30	88,70
neurologie	6	1,30	90,00
pediatrie	5	1,10	91,10
pneumologie	5	1,10	92,20
fysiotherapie en revalidatie	4	0,80	93,00
oncologie	4	0,80	93,80
algemeen inwendige	3	0,60	94,40
psychiatrie	3	0,60	95,00
vroedkundige	2	0,40	95,40
chirurgische discipline niet bekend	2	0,40	95,80
intensieve zorgen	2	0,40	96,20
thoracale chirurgie	2	0,40	96,60
plastische chirurgie	2	0,40	97,00
ziekenhuis	2	0,40	97,40
tandarts algemeen/onbekend	2	0,40	97,80
maxillofaciale en stomatologie	2	0,40	98,20
internistische discipline niet bekend	2	0,40	98,60
hematologie	1	0,20	98,80
radiologie	1	0,20	99,00
radiotherapie	1	0,20	99,20
reumatologie	1	0,20	99,40
adm. geneeskunde	1	0,20	99,60
bandagist-orthesist-prothesist	1	0,20	99,80
geriatrie	1	0,20	100,00

III. Zorgverleners

Tabel 20 - Zorgverleners die meest waarschijnlijk betrokken waren			
Specialisme zorgverstrekkers	Aantal	%	Cumul%
orthopedie	286	28,6	28,6
gynaecologie-verloskunde	94	9,4	38,0
algemene chirurgie	84	8,4	46,4
neurochirurgie	64	6,4	52,8
anesthesie	54	5,4	58,2
oftalmologie	32	3,2	61,4
tandarts algemeen/onbekend	30	3,0	64,4
urgentieneeskunde	28	2,8	67,2
huisartsgeneeskunde	27	2,7	69,9
NNB	25	2,5	72,4
verpleegkundige	24	2,4	74,8
urologie	24	2,4	77,2
gastro-enterologie	24	2,4	79,6
vaatchirurgie	24	2,4	82,0
radiologie T	23	2,3	84,3
otorhinolaryngologie	19	1,9	86,2
cardiologie	19	1,9	88,1
plastische chirurgie	15	1,5	89,6
cardiochirurgie	11	1,1	90,7
maxillofaciale en stomatologie	11	1,1	91,8
algemeen inwendige	10	1,0	92,8
neurologie	8	0,8	93,6
ziekenhuis	6	0,6	94,2
kinesitherapie	6	0,6	94,8
oncologie	6	0,6	95,4
pediatrie	6	0,6	96,0
pneumologie	6	0,6	96,6
fysiotherapie en revalidatie	5	0,5	97,1
psychiatrie	4	0,4	97,5
thoracale chirurgie	4	0,4	97,9
administratieve geneeskunde	2	0,2	98,1
anatomopathologie	2	0,2	98,3
intensieve zorgen	2	0,2	98,5
vroedkundige	2	0,2	98,7
geriatrie	2	0,2	98,9
radiotherapie	2	0,2	99,1
dermatologie	1	0,1	99,2
hematologie	1	0,1	99,3
MOC	1	0,1	99,4
bandagist-orthesist-prothesist	1	0,1	99,5
radiologie D	1	0,1	99,6
reumatologie	1	0,1	99,7
RVT	1	0,1	99,8
patiëntenvervoer	1	0,1	99,9
andere alternatieve geneeswijze	1	0,1	100,0

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

IV. Locatie

(vervolg)

De plaats waar de zorgverstrekking gebeurde en/of waar de verwikkeling veroorzaakt werd kan in de toekomst, in het kader van preventie, belangrijk blijken; bv. de problemen bij infecties.

In de medische analyse wordt de locatie eveneens geregistreerd. Voorlopig kunnen alleen volgende ruwe cijfers gegeven worden, omdat de analyse pas voldoende nauwkeurig kan gebeuren nadat, in de meeste dossiers een expertise is gebeurd.

Tabel 21 - Betrokken zorgverleners o.b.v. medische analyse

ziekenhuis	865
niet ziekenhuis	106
niet nader bekend	29
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

Op basis van de administratieve registratie tot april 2014 (programma "Genidoc") komen we tot de volgende cijfers (totaal 1447, omgerekend naar 1000).

Tabel 22 - Zorgverleners o.b.v. administratieve registratie in programma 'Genidoc'

ziekenhuis	841
niet ziekenhuis	159
niet nader bekend	0
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

Aangezien de administratieve registratie gebeurt door de administratieve beheerder, op basis van de aangifte, terwijl de medische codering gebeurt na de eerste analyse van het medisch dossier, door een arts, is verklaarbaar dat er meer nuance is. Bv. een infectie die wordt vastgesteld in een ziekenhuis, maar die mogelijk extra muros werd veroorzaakt, al dan niet door een zorgverstrekking (iatrogeen). Na de eindanalyse, als alle gegevens door dossierstudie of door expertise gekend zijn, zullen deze verhoudingen dus weer kunnen veranderen.

V. Zorgverstrekking

Deze cijfers geven het type uitgevoerde zorgverstrekking (therapie, diagnostisch, toezicht, verzorging). Sommige zorgverstrekkingen, bv. behandelingen van de wervelkolom (vaak operaties) worden door verschillende disciplines uitgevoerd. We moeten vanzelfsprekend rekening houden met het absolute aantal uitgevoerde zorgverstrekkingen door elk specialisme, om te kunnen vaststellen of het ene specialisme meer aanvragen genereert dan het andere. Als dat het geval zou blijken, dan kan in een later stadium het FMO dit verder onderzoeken, in samenwerking met de betrokken disciplines.

Deze categorie wordt in volgende tabellen, bij wijze van voorbeeld, verder uitgewerkt: eerst de subcategorie "algemene actie" en vervolgens de sub-subcategorie "diagnosestelling".

Tabel 23 - Betrokken zorgverstrekking			
Actie	Aantal	%	Cumul%
orthopedie	224	22,4	22,4
algemeen	158	15,8	38,2
spinaal	98	9,8	48,0
abdominale chirurgie	59	5,9	53,9
anesthesie	55	5,5	59,4
gynaecologie	52	5,2	64,6
obstetrisch	38	3,8	68,4
tandheelkunde	33	3,3	71,7
oftalmologie	31	3,1	74,8
vasculair	24	2,4	77,2
medische beeldvorming	22	2,2	79,4
uro-andrologie	21	2,1	81,5
neus-keel-oren	20	2,0	83,5
verzorging/transfer	19	1,9	85,4
cardiologie	18	1,8	87,2
inwendige geneeskunde	17	1,7	88,9
niet nader bekend	14	1,4	90,3
perifere zenuwen	14	1,4	91,7
cardiochirurgie	13	1,3	93,0
thoraxchirurgie	12	1,2	94,2
plastische chirurgie	11	1,1	95,3
hersenchirurgie	9	0,9	96,2
oncologie	7	0,7	96,9
kinesitherapie	7	0,7	97,6
urgentiegeneskunde	7	0,7	98,3
maxillofaciale	5	0,5	98,8
pneumologie	2	0,2	99,0
neurologie	2	0,2	99,2
radiotherapie	2	0,2	99,4
anatomopathologie	2	0,2	99,6
dermatologie	2	0,2	99,8
paramedisch	1	0,1	99,9
instelling	1	0,1	100,0

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

1. Zorgverstrekking - subcategorie “algemeen”

De categorie “algemeen” is een subcategorie van “zorgverstrekking”. Ze bevat uiteenlopende zorgverstrekkingen. Opvallend, maar niet onverwacht, is het vrij hoge aantal dossiers waarin de diagnosestelling in vraag gesteld wordt. Onder ‘medicatie’ vallen alle medicatie problemen, zowel bijwerkingen als de indicatiestellingen, doseringen of toedieningsproblemen.

Tabel 24 - Enkele subcategorieën - Aantal : 158/1000	
actie	aantal
diagnosestelling	100
medicatie	30
sonde-drain-katheter	13
infuus	9
geen actie	3
observatie	3
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

2. Zorgverstrekking - subcategorie “Diagnosestelling”

De subcategorie “diagnosestelling” werd uitgewerkt per zorgverlener. Het blijkt dat de meeste aanvragen in verband met mogelijke diagnoseproblemen voorkomen bij urgentieartsen en huisartsen, samen 40%. Ook hier benadrukken we dat het nog gepercipieerde diagnoseproblemen betreft, waarbij er evenmin uitspraak gedaan kan worden of het diagnoseprobleem een gevolg is van een “fout of nalatigheid”, dan wel een “verkeerde diagnose zonder fout” (WVSG art. 2 ,7°).

Tabel 25 - Aangiften (totaal=100) over diagnoseproblemen, per zorgverstreker Diagnosestelling			
Zorgverstreker	Aantal	%	Cumul%
urgentiegeneskunde	21	21,0	21,0
huisartsgeneeskunde	20	20,0	41,0
orthopedie	9	9,0	50,0
neurologie	6	6,0	56,0
gynaecologie-verloskunde	6	6,0	62,0
algemene chirurgie	4	4,0	66,0
gastro-enterologie	3	3,0	69,0
pneumologie	3	3,0	72,0
niet nader bekend	3	3,0	75,0
pediatrie	3	3,0	78,0
neurochirurgie	2	2,0	80,0
cardiologie	2	2,0	82,0
algemeen inwendige	2	2,0	84,0
anesthesie	2	2,0	86,0
inwendige ziekten	1	1,0	87,0
urologie	1	1,0	88,0
vaatchirurgie	1	1,0	89,0

Tabel 25 - Aangiften (totaal=100) over diagnoseproblemen, per zorgverstreker			
Diagnosestelling (vervolg)			
Zorgverstreker	Aantal	%	Cumul%
dermatologie	1	1,0	90,0
fysiotherapie en revalidatie	1	1,0	91,0
intensieve zorgen	1	1,0	92,0
radiologie	1	1,0	93,0
MOC	1	1,0	94,0
oncologie	1	1,0	95,0
psychiatrie	1	1,0	96,0
reumatologie	1	1,0	97,0
ziekenhuis	1	1,0	98,0
tandarts algemeen/onbekend	1	1,0	99,0
geriatrie	1	1,0	100,0
	som = 100		

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

VI. De eerste schade

De rubriek “eerste schade” geeft aan ter hoogte van welke lichaamsstructuur (orgaan, lidmaat, regio) de schade verwekt werd.

Dit is dus te onderscheiden van “blijvend letsel”, de uiteindelijke oorzaak van invaliditeit of overlijden.

Bv. verlamming (blijvend letsel) kan worden veroorzaakt door een hersenletsel (eerste schade) of een ruggenmergletsel (eerste schade). Bv. een infectie van een heupprothese (eerste schade) kan na endocarditis een hartklepletsel (blijvend letsel) veroorzaken.

1. Eerste schade - algemeen

Tabel 26 - Oorspronkelijke letsels			
Damage	Aantal	%	Cumul%
locomotorisch (niet spinaal)	222	22,2	22,2
spinaal	126	12,6	34,8
perifeer neurologisch	113	11,3	46,1
gastro-intestinaal	111	11,1	57,2
cerebraal	62	6,2	63,4
algemeen	50	5,0	68,4
oftalmologisch	39	3,9	72,3
uro-nefrologisch	37	3,7	76,0
tandheelkundig	34	3,4	79,4
niet nader bekend	32	3,2	82,6
plastisch en esthetisch	28	2,8	85,4
oncologisch	27	2,7	88,1
vasculair	27	2,7	90,8
luchtwegen	23	2,3	93,1
cardiologisch	23	2,3	95,4
obstetrisch	15	1,5	96,9
neus-keel-oren	9	0,9	97,8
gynaecologisch	8	0,8	98,6
anesthesie	4	0,4	99,0
endocrinologisch	4	0,4	99,4
psychisch	2	0,2	99,6
onbekend	2	0,2	99,8
doorbloeding	1	0,1	99,9
radiotherapeutisch (*)	1	0,1	100,0

(*) apart gecategoriseerd wegens multipel weefsel betrokken en specifiek karakter,

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

2. Nosocomiale infecties : overzicht

Nosocomiale infecties zijn infecties die de patiënt oploopt tijdens een behandeling in het ziekenhuis. Ca. 1/5 van de aanvragen gaan over nosocomiale infecties. De aanvragen betreffen alleszins slechts een minieme fractie van het totale aantal nosocomiale infecties, dat voor België geschat werd op meer dan 100 000 jaarlijks³. De orthopedisch chirurgen (prothesen van o.a. heup- en kniegewrichten) zijn sterk vertegenwoordigd, maar ook de algemene chirurgen (algemene heelkunde) en de gynaecologen. Samen zijn deze drie groepen betrokken in 60% van de aanvragen over nosocomiale infecties.

a. Overzicht per type zorgverlener

Tabel 27 - Overzicht van de ziekenhuisinfecties verdeeld per zorgverlenerscategorie- Aantal: 207/1000			
Specialisme zorgverstreker	Aantal	% (Afgerond)	Cumul%
orthopedie	50	24,20	24,20
algemene chirurgie	38	18,30	42,50
gynaecologie-verloskunde	37	17,80	60,30
gastro-enterologie	11	5,20	65,50
urologie	9	4,20	69,70
neurochirurgie	7	3,40	73,10
verpleegkundige	6	2,90	76,00
huisartgeneeskunde	5	2,40	78,40
cardiologie	5	2,40	80,80
anesthesie	4	1,90	82,70
plastische chirurgie	4	1,90	84,60
NNB	4	1,90	86,50
tandarts algemeen/onbekend	3	1,50	88,00
urgentiegeneskunde	3	1,50	89,50
oftalmologie	3	1,50	91,00
otorhinolaryngologie	2	1,00	92,00
maxillofaciale en stomatologie	2	1,00	93,00
algemeen inwendige	2	1,00	94,00
radiologie therapeutisch	2	1,00	95,00
pediatrie	2	1,00	96,00
vaatchirurgie	2	1,00	97,00
thoracale chirurgie	1	0,50	97,50
fysiotherapie en revalidatie	1	0,50	98,00
intensieve zorgen	1	0,50	98,50
radiologie diagnostisch	1	0,50	99,00
cardiochirurgie	1	0,50	99,50
ziekenhuis	1	0,50	100,00
	Totaal = 207		

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

b. Verdeling per type zorgverstrekking

De orthopedische ingrepen, abdominale ingrepen (buikoperaties) en de gynaecologische operaties staan vooraan, samen 52%, hetgeen overeenstemt met het voorkomen per betrokken discipline.

Tabel 28 - Ziekenhuisinfecties verdeeld per categorie van behandeling			
Type actie	Aantal	% (Afgerond)	Cumul%
orthopedie	43	20,70	20,70
abdominale chirurgie	34	16,30	37,00
gynaecologie	32	15,50	52,50
algemeen	31	15,00	67,50
spinaal	12	5,70	73,20
inwendige geneeskunde	11	5,30	78,50
uro-andrologie	9	4,35	82,85
anesthesie	5	2,40	85,25
obstetrisch	5	2,40	87,65
tandheelkunde	3	1,45	89,10
oftalmologie	3	1,45	90,55
plastische chirurgie	3	1,45	92,00
vasculair	2	1,00	93,00
neus-keel-oren	2	1,00	94,00
cardiologie	2	1,00	95,00
cardiochirurgie	2	1,00	96,00
verzorging/transfer	2	1,00	97,00
niet nader bekend	2	1,00	98,00
dermatologie	1	0,50	98,50
medische beeldvorming	1	0,50	99,00
maxillofaciale heekunde	1	0,50	99,50
thoraxchirurgie	1	0,50	100,00
	Totaal = 207		

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

VII. Het blijvend letsel : oorzaak van invaliditeit of overlijden

De invaliditeit waarmee uiteindelijk de slachtoffers behept zijn, blijkt vooral gevolg van letsels aan het locomotorisch stelsel (d.w.z. het bewegingsapparaat) of letsels aan het ruggenmerg, de zenuwwortels en zenuwen, samen bijna de helft (47.5%) van de aanvragen.

Tabel 29 - Overzicht van de oorzaken van de invaliditeit (of overlijden)			
Blijvend letsel	Aantal	%	Cumul%
locomotorisch	241	24,1	24,1
spinaal	126	12,6	36,7
perifeer neurologisch	108	10,8	47,5
algemeen (niet gespecificeerd)	90	9,0	56,5
gastro-intestinaal	86	8,6	65,1
cerebraal	76	7,6	72,7
oftalmologisch	40	4,0	76,7
uro-andrologisch	38	3,8	80,5
niet nader bekend	34	3,4	83,9
tandheelkundig	31	3,1	87,0
oncologisch	22	2,2	89,2
litttekens-oppervlakkige infecties	20	2,0	91,2
neus-keel-oren	20	2,0	93,2
cardiaal	16	1,6	94,8
luchtwegen	13	1,3	96,1
gynaecologisch	10	1,0	97,1
plastisch chirurgisch	9	0,9	98,00
obstetrisch	8	0,8	98,8
perifeer vasculair	5	0,5	99,3
psychisch	4	0,4	99,7
endocrinologisch	1	0,1	99,8
multiple	1	0,1	99,9
tetanos	1	0,1	100,0

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

VIII. Besluit

Wij wensen te benadrukken dat deze cijfers uitsluitend weergeven wat uit de eerste 1000 aanvragen tevoorschijn komt. Zij geven alleszins wel een beeld van de perceptie bij de aanvragers, maar slechts na de expertises en de juridische eindbeoordeling in de adviezen van het FMO zal blijken in hoeverre dit bevestigd wordt of niet.

5^e Deel

Financiële informatie

“opdrachten”

Na de statistieken over de activiteiten "opdrachten" van het FMO is het goed om een blik te werpen op de begroting en op de potentiële kostprijs van die verschillende opdrachten voor het FMO. Daarom is dit 5e deel gewijd aan de financiële informatie en meer in het bijzonder aan de begrotingen 2013 en 2014 van het FMO. Die begrotingen worden in twee delen voorgesteld: een deel over de opdrachten van het FMO en een deel over de werkingsuitgaven van het FMO (beheersbegroting).

Sinds meer dan twee jaar heeft het FMO tal van expertises uitgevoerd en enkele dossiers lijken te kunnen leiden tot een vergoeding door het FMO. Het FMO is trouwens de eerste vergoedingsbedragen aan het bepalen en de eerste effectieve vergoedingen mogen waarschijnlijk worden verwacht voor 2014. Doordat tot nog toe geen vergoedingen zijn uitgevoerd, kunnen echter geen statistieken worden geleverd over de aard en de bedragen ervan.

Daarentegen zullen wij het hieronder hebben over de financiële statistieken met betrekking tot de kosten van de expertises die noodzakelijk zijn met het oog op de goede uitvoering van de opdrachten van het FMO. Tot nog toe zijn nog niet veel expertises uitgevoerd. Op basis van dat laatste deel krijgt men dus een preciezer beeld van de kosten van de door het FMO uitgevoerde expertises.

I. Begroting 2013 en 2014 – Opdrachten

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2013 ter beschikking heeft gekregen voor de uitvoering van zijn opdrachten.

Tabel 30	
Rubriek	Begroting 2013
8157 – Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	110.000
8158 – Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000
80500 – Ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen:	8.924.977
<ul style="list-style-type: none"> • Vergoedingen: 5.111.870 EUR • Rampen: 1.910.748 EUR • Nosocomiale infecties: 556.829 EUR • MME's: 1.345.530 EUR 	
Totaal	9.839.977
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2014 ter beschikking krijgt voor de uitvoering van zijn opdrachten.

Tabel 31	
Rubriek	Begroting 2014
8157 – Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	110.000
8158 –Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000
80500 – Ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen:	11.665.329
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergoedingen: 2.550.000 EUR ○ Rampen: 4.753.024 EUR ○ Nosocomiale infecties: 1.414.305 EUR ○ MME's: 2.948.000 EUR 	
Totaal	12.580.329
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

De betwiste zaken in verband met de opdrachten van het FMO houden verband met het geraamde bedrag dat moet worden betaald aan advocaten in het kader van eventuele juridische procedures tegen een privéverzekeraar of van procedures tegen de verzekerden ter betwisting van een advies of andere zaak.

De andere honoraria die geen verband houden met betwiste zaken betreffen de resources waarover het FMO beschikt om bij externe specialisten precieze informatie in te winnen over een specifiek medisch probleem. Gewoonlijk gaat het om geneesheren-specialisten of gespecialiseerde technici die uit hoofde van hun specialisme het FMO bijstaan bij de behandeling van specifieke dossiers.

Ten slotte vertegenwoordigt de tenlasteneming van de kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen veruit het grootste bedrag aangezien het gaat om het bedrag waarin wordt voorzien voor de vergoeding van de slachtoffers. Die tenlasteneming is in vier aparte categorieën onderverdeeld: de vergoedingen voor een nosocomiale infectie, rampen of een andere soort schade en de minnelijke medische expertises die worden uitgevoerd.

Die begrotingen "opdrachten" zijn opgesteld op basis van een KCE-studie (rapport 107B: "Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg") **en binnen de limieten die door de regering** zijn toegestaan (jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een in de Ministerraad overlegd besluit, overeenkomstig artikel 10 van de wet van 31 maart 2010), rekening houdende met het redelijke vergoedingsrisico in 2013 en 2014, gelet op de duur van de behandeling van een dossier.

De normale en initiële begroting was immers aanzienlijk hoger omdat zij was gebaseerd op het aantal gevallen dat door het KCE was gesimuleerd en berekend.

Verderop in dit verslag zullen die begrotingen worden vergeleken met de uitgaven voor in 2013 uitgevoerde opdrachten en in het bijzonder met de uitgaven in het kader van de expertises, ongeacht of zij eenzijdig of tegensprekelijk zijn.

II. Begroting 2013 en 2014 – Beheer

Naast de opdrachtenbegroting (tegemoetkomingen) is er natuurlijk een beheersbegroting (werking), waarin de uitgaven die noodzakelijk zijn voor de goede dagelijkse werking van het FMO worden ingeschreven.

In de onderstaande tabellen worden de beheersbegrotingen van het FMO weergegeven, respectievelijk voor de jaren 2013 en 2014.

Tabel 32 - Begroting 2013		
Personeel	1.058.784	42,9%
Gewone werkingskosten	620.239	25,1%
Roerende investeringen	21.000	0,9%
Informatica werkingskosten	700.000	28,3%
Informatica investeringen	70.000	2,8%
Totaal beheersbegroting	2.470.023	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Tabel 33 - Begroting 2014		
Personeel	1.300.243	49,1%
Gewone werkingskosten	546.155	20,6%
Roerende investeringen	21.273	0,8%
Informatica werkingskosten	709.000	26,8%
Informatica investeringen	71.000	2,7%
Totaal beheersbegroting	2.647.671	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Bij de uitgaven die in de beheersbegroting zijn opgenomen, bevinden zich de personeelsuitgaven voor de bezoldiging van het personeel dat bij het FMO werkt (dossierbeheerders, artsen, juridische experts, economen...) maar ook de uitgaven voor de gewone werking en informaticawerking, de roerende investeringen en investeringen in informatica, die noodzakelijk zijn voor de creatie van specifieke toepassingen voor het FMO of voor de invoering van een performant systeem voor dossierbeheer.

Er dient op te worden gewezen dat de begroting 2013 in de loop van het jaar tweemaal is aangepast met het oog op overdrachten van de personeelsenveloppe naar de enveloppe voor de gewone werking, overdrachten die geen weerslag hebben op de globale beheersbegroting.

De begroting 2014 is enigszins naar boven herzien om rekening te houden met de realiteit van de personeelsaanwervingen en met de andere behoeften op basis van het dienstjaar 2013.

Met betrekking tot de verdeling van de beheersbegroting van het FMO is het niet verwonderlijk dat de personeelsuitgaven met meer dan 40% van de beheersbegroting de hoogste uitgaven blijken te zijn. Zij worden gevolgd door de werkingsuitgaven die noodzakelijk zijn opdat het FMO de hem toevertrouwde opdrachten in de best mogelijke omstandigheden, en met name dank zij de ontwikkeling van een performant informatica-instrument voor het dossierbeheer, kan uitvoeren.

III. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

Hoogtijd om even stil te staan bij de statistieken "opdrachten" van het FMO. Zoals reeds hierboven is gezegd, heeft het FMO immers tal van expertises uitgevoerd waarbij bepaalde financiële gegevens in verband met de opdrachten van het FMO konden worden verzameld. In dit deel zullen u dus de nodige statistieken en informatie over de kostprijs van die expertises worden meegedeeld. Momenteel moeten wij ons echter beperken tot de expertises aangezien tot op heden geen enkele vergoeding effectief is toegekend.

De hierna voorgestelde statistieken hebben vooral betrekking op de kosten van de expertises en de verdeling van de kosten tussen de eenzijdige en tegensprekelijke expertises.

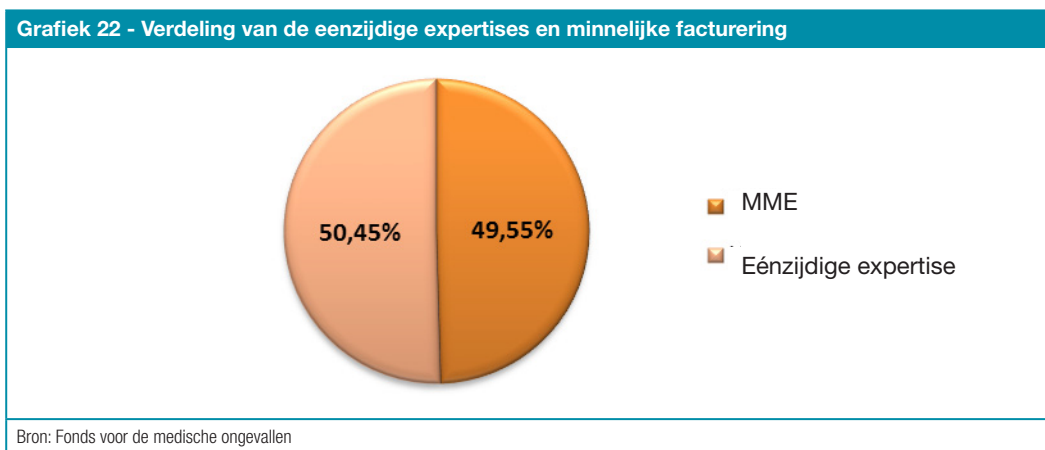
In de onderstaande tabel worden de gegevens betreffende de expertises die sinds de start van het FMO (tot 28.5.2014) zijn gefactureerd, samengevat:

Tabel 34

Type van expertise	Aantal gefactureerde expertises	Totale kosten	Gemiddelde kosten
MME	55	73.678,56 EUR	1.339,61 EUR
Eenzijdige	56	58.079,43 EUR	1.037,13 EUR
Totaal	111	131.757,99 EUR	-

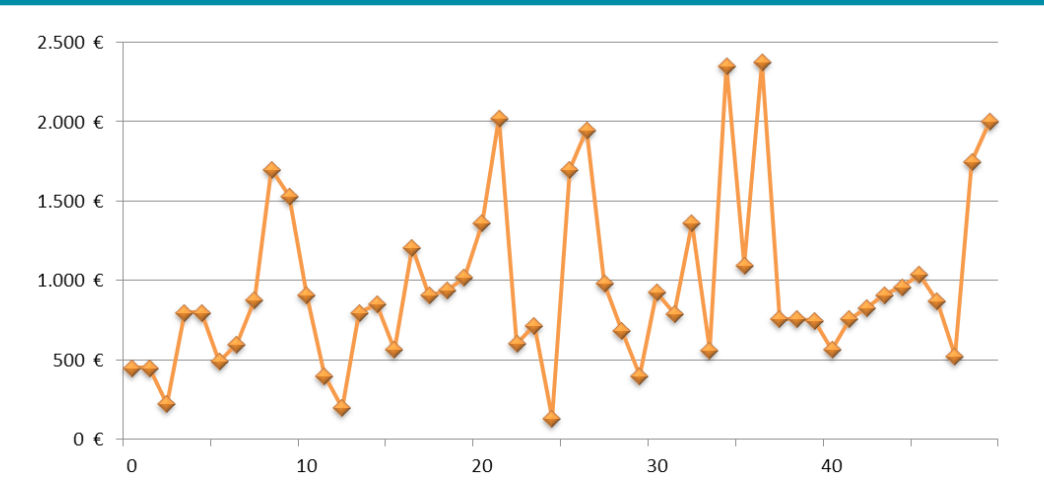
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Uit de tabel blijkt dat het aantal gefactureerde expertises, ongeacht of het gaat om minnelijke of om eenzijdige expertises, nogal gelijklopend is. De onderstaande grafiek toont immers dat naar verhouding 49,55 % tegensprekelijke en 50,45 % eenzijdige expertises zijn aangerekend.



Met betrekking tot de kosten van die expertises wekt het geen verbazing dat de MME's (minnelijke medische expertises), met een gemiddelde kostprijs van 1.339,61 EUR, duurder zijn dan de eenzijdige expertises, die 1.037,13 EUR kosten. De interessante tabel bevat geen preciseringen over de kostenmarge van de expertises. Het is immers nuttig om na te gaan of alle expertises ongeveer dezelfde kostprijs hebben dan wel of enkele expertises het gemiddelde de hoogte injagen. Daarom wordt in de onderstaande grafieken een overzicht gegeven van alle gefactureerde expertises en hun respectieve kostprijs.

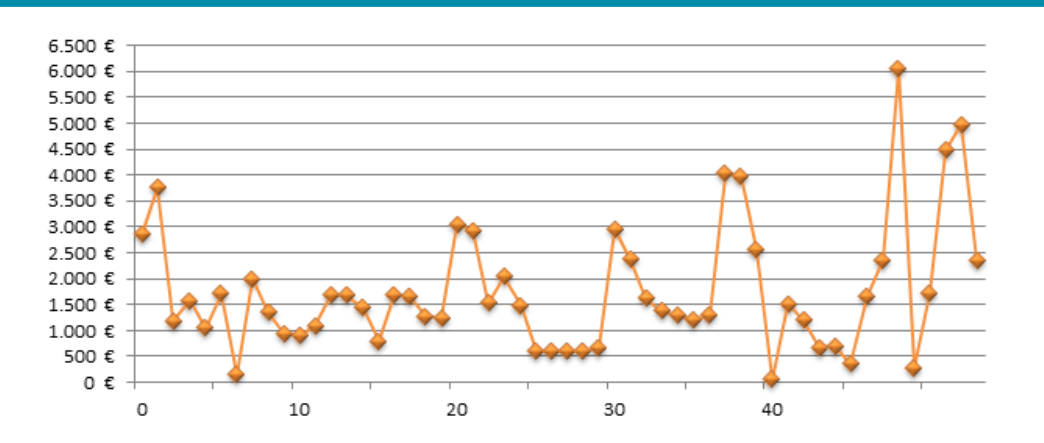
Grafiek 23 - Kosten van de eenzijdige expertises



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In de bovenstaande grafiek kan men vaststellen dat de kosten voor de eenzijdige expertises relatief homogeen zijn. De kostprijs ligt telkens tussen de 50 en 2.500 EUR, met een gemiddelde in de buurt van 1.000 EUR, zoals hierboven wordt vermeld.

Grafiek 24 - Kostprijs van de tegensprekelijke medische expertises



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In verhouding tot de vorige grafiek blijkt dat de kosten van de tegensprekelijke expertises veel variabler zijn. Zij liggen in een ruimere marge tussen 50 en 6.000 EUR. Die vaststelling moet echter worden genuanceerd want de meeste kosten schommelen zoals voor de eenzijdige expertises tussen 100 en 2.500 EUR. Ten slotte moet worden opgemerkt dat een expertise waarvoor een kostprijs van 13.400 EUR werd gefactureerd, niet in de grafiek van de MME's is opgenomen om de lezing ervan te vergemakkelijken. Het is echter evident dat die factuur in aanmerking is genomen voor de verschillende kostenberekeningen hierboven.

6^e Deel

Aanbevelingen om
schade als gevolg van
gezondheidszorg te
voorkomen

In de wet van 31 maart 2010 wordt bepaald dat in het jaarverslag aanbevelingen van het FMO inzake het voorkomen van schade als gevolg van gezondheidszorg moeten worden opgenomen. In die wet wordt het FMO, naast zijn voornaamste opdracht van vergoeding en controle op de vergoeding, immers belast met een preventie-opdracht op basis van de vaststellingen die kunnen worden gedaan in het licht van de behandeling van de ingediende dossiers en van de algemene besprekingen binnen de dienst en het Beheerscomité van het FMO. In die zin zullen de statistieken steeds preciezer zijn, teneinde echt de profielen van de dossiers (plaats van de verstrekking, soort verstrekking, betrokken zorgverleners, betreffende aandoeningen, veroorzaakte schade, enz.) te schetsen en maatregelen ter preventie van schade vast te leggen en te bespreken.

Het Fonds voor de medische ongevallen heeft momenteel geen aanbevelingen wegens het kleine aantal afgesloten dossiers op 31 december 2013.

7^e Deel
Adviezen van het
FMO

Overeenkomstig de Wet van 31 maart 2010 worden in het jaarverslag de adviezen van het FMO, met betrekking tot de verschillende materies die onder zijn bevoegdheid vallen, opgenomen (vergoeding en preventie), en dat onder andere op vraag van de Minister maar eveneens op eigen initiatief. Hier ook is het nog te vroeg om, naast de interne aanbevelingen van de Raad van de Bestuur ter verduidelijking van de procedure of van de interne procedures voor het dossierbeheer en de gevraagde adviezen over de werking (begroting, personeel, enz.) of over de wetgeving (o.a. de recente wet over de integratie van het FMO in het RIZIV), adviezen of voorstellen te formuleren over eventuele wijzigingen van de wet van 31 maart 2010 of om andere elementen te overwegen met betrekking tot de behandeling van de aanvragen en dossiers.

Desalniettemin leek het zinvol om, bij de adviezen van de Raad van Bestuur, de hieronder volgende adviezen mee te delen. Zij kunnen de belanghebbenden van het FMO op bepaalde punten meer duidelijkheid verschaffen.

I. Standpunt van het Beheerscomité betreffende de kosteloosheid van de procedure en de uitgavenposten van vergoedbare schade

Het FMO ontvangt aanvragen van slachtoffers die willen worden vergoed voor andere uitgavenposten m.b.t. de schade, zoals administratieve kosten (kopieën, enz.), transportkosten, kosten voor technische expertise, kosten voor adviseurs, enz. Moet het FMO deze uitgaven vergoeden op basis van de "kosteloosheid" van de procedure? Wat omvat het principe van de "kosteloosheid" van de procedure?

Het Beheerscomité stelt voor om aan te nemen dat de kosteloosheid van de procedure enkel betrekking heeft op de interne behandeling van het dossier en de expertises (eenzijdige en tegensprekelijke) op verzoek van het FMO. Alle andere uitgavenposten zijn niet inbegrepen in de kosteloosheid van de procedure.

Moet het FMO ook de advocatenkosten ten laste nemen of de kosten van andere raadslieden van de partijen wanneer het een patiënt vergoedt (hetzij in het raam van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, hetzij in het raam van een schadegeval met aansprakelijkheid).

Het Beheerscomité stelt voor om die verschillende vergoedingen niet ten laste te nemen. De wet van 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van een advocaat is niet van toepassing.

II. Standpunt van het Beheerscomité betreffende het concept abnormale schade en medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA)

1. De wet en de “indicatoren” voor MOZA

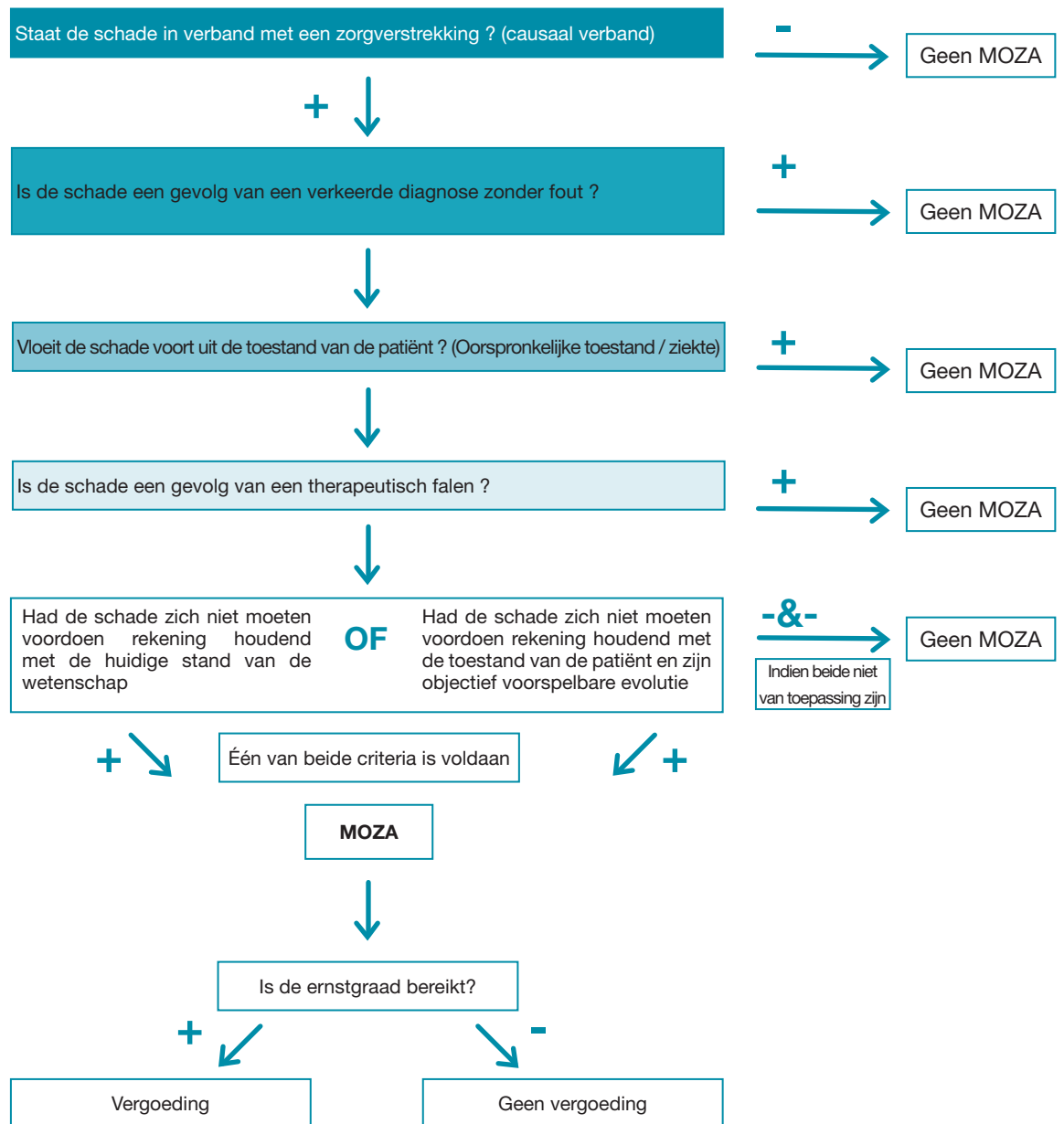
De wet, art.2, §7:

“medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”: een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;”

Schema van de criteria

1. De schade is gevolg van zorgverstrekking
én
2. de schade is geen gevolg van de oorspronkelijke pathologie/toestand van de patiënt
én
3. de schade is geen gevolg van verkeerde diagnose zonder fout
én
4. de schade is geen gevolg van therapeutisch falen
EN :
5. **Ofwel:** de schade had zich niet moeten voordoen volgens de huidige stand van de wetenschap
6. **Ofwel:** de schade had zich niet moeten voordoen rekening houdend met de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie

2. Algoritme abnormale schade



3. De indicatoren

Doel van de indicatoren: een methodologie voor het FMO om de interpretatie van de begrippen concreet te maken. Er worden géén criteria ingevoerd, maar wel worden indicatoren aangereikt die impliciet in de wet of in de commentaren teruggevonden worden. Deze indicatoren bevorderen een objectieve beoordeling, een eenduidige motivatie van de adviezen en leiden tot een grotere transparantie.

a. De hoogste stand van de wetenschap identificeren: “De schade is vermijdbaar”

- Een andere behandelingstechniek bestaat
- De andere behandelingstechniek zou in casu toepasbaar geweest zijn
- De andere behandelingstechniek leidt met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie (of neveneffect) of een complicatie (of neveneffect) met een vergelijkbare of grotere ernst.
- De andere bestaande behandelingstechniek heeft dezelfde of een vergelijkbare succesratio.

Middelen om de andere behandelingstechniek aan te tonen:

- Medische literatuur evidence level A (gerandomiseerde gecontroleerde studie met grote hoeveelheid data)
- Medische literatuur evidence level B (beperkte gegevens of gegevens niet gerelateerd aan de doelpopulatie)
- Medische literatuur evidence level C (niet-gerandomiseerde studies of observationele studies)
- Medische literatuur evidence level D (expert opinie op basis van ervaring of synthese van research)
- De niet-gepubliceerde opinie van een vakspecialist
- De opinie van de deskundige

b. de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie

Hier worden de begintoestand, het doel van de zorgverstrekking, de zorgverstrekking zelf en de eindtoestand tegen elkaar afgewogen.

- De globale gezondheidstoestand

Meerdere algemene risicofactoren voor complicaties
--

- De leeftijd, de constitutie, de lichamelijke conditie...]
- De chronische ziekten
- Vroegere ziekten, operaties
- Geneesmiddelengebruik
- Levensgewoonten

- De reden/oorzaak/doel van de zorgverstrekking:

Er is geen aandoening (preventief, vaccineren,...)
Er is een aandoening die goedaardig, banaal, zelflimiterend, ... is
Er is een aandoening die ver staat van de schade
Er is een verhoogd risico bij deze patiënt voor deze complicatie

- De zorgverstrekking zelf

Eenvoudig
Beproefd, gekend
Hoger algemeen risico (dus niet m.b.t. het risico dat zich heeft voorgedaan)
Hoger specifiek risico (dat zich gerealiseerd heeft)

- De complicatie(s)

Prevalentie oorspronkelijke complicatie laag
Prevalentie uiteindelijke schade laag
Opeenvolgende serie van complicaties
Samenloop van complicaties
Grotere functionele weerslag van de complicatie(s)

Publicatiedatum: Februari 2013

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: Fonds voor de medische ongevallen

Grafisch ontwerp: Communicatiecel van het RIZIV

Foto: Verypics

Wettelijk depot: D/2015/0401/4