

Activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen – 2015



Inhoud

Voorwoord	3
Woord van de directie	5

Deel 1 - Opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen..... 7

I. Inleiding	8
II. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1)	8
III. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht	9

Deel 2- Beheersorgaan..... 11

Beheerscomité in het kader van de integratie van het FMO in het RIZIV	12
---	----

Deel 3 - Administratieve structuur en team..... 15

I. Organigram van het Fonds voor de medische ongevallen	16
II. Instrumenten.....	18

Deel 4 - Activiteitenstatistieken m.b.t. de “opdrachten” voor de geanalyseerde periode en toelichtingen..... 19

I. Statistieken callcenter.....	20
II. Activiteitenstatistieken - Opdrachten	24
1. Open, gesloten en heropende dossiers en taalkundige verdeling	24
2. Verdeling van de dossiers per fase	28
3. Geografische verdeling van de dossiers	31
4. Verdeling van de dossiers volgens plaats (type) van de geneeskundige verstrekking die verband houdt met het aangegeven medisch ongeval.....	33
5. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag	34
6. Verdeling van het aantal ingediende en geopende dossiers per maand	35
7. Verdeling van het aantal gesloten dossiers per maand in fase 1 en 2 en 3.....	37
8. Aantal ontvankelijke en onontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling.....	38
9. Adviezen.....	40

Deel 4 bis- Medische statistieken..... 41

I. Algemene beschouwingen	42
1. De codering	42
2. Beperkingen van de huidige cijfers.....	42
3. Toelichting bij de weergave van de cijfers	43
II. Statistieken	43
De cijfers betreffende de dossiers.....	43
III. Andere activiteiten van de artsen	52
1. De interne artsen.....	52
2. Het netwerk van externe experts.....	52
3. Voordrachten.....	52
4. Free and informed consent.....	53

Deel 5 - Financiële informatie “opdrachten” 55

I. Begroting 2015 en 2016 – Opdrachten	56
Commentaar	57
II. Begroting 2015 en 2016 – Beheer.....	58
III. Financiële statistieken betreffende de opdrachten.....	59

Deel 6 - Aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen..... 67

Deel 7 - Adviezen van het fonds..... 69

Standpunten nopens de tegensprekelijke expertise (hierna TSE) en het concept tegensprekelijkheid in de verschillende fasen van het onderzoek van de aanvraag.....	70
De expertise-opdracht	70

Voorwoord

Beste lezer,

Sinds zijn oprichting tracht het Fonds zo goed mogelijk de verwachtingen in te lossen, ongeacht of die zich manifesteren in het kader van een situatie waarbij mogelijk een of meerdere aansprakelijke zorgverlener(s) betrokken zijn, dan wel of het om een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid gaat.

In dit vierde activiteitenverslag wordt de aandacht gevestigd op de vooruitgang van de activiteiten van het Fonds, alsook op de moeilijkheden waarmee het wordt geconfronteerd.

De rubriek betreffende de activiteitenstatistieken wordt u op dezelfde wijze gepresenteerd als in het vorige activiteitenverslag. Hierin wordt een vergelijking gemaakt met het jaar 2013, en voor sommige aspecten met de situatie op 1 september 2012, de datum waarop het Fonds werd opgestart. Aan de hand daarvan kan de evolutie van de gegevens worden geanalyseerd, meer bepaald met betrekking tot het aantal ingediende en afgesloten dossiers, het type zorgverstrekking, de plaats van het ongeval, de taalkundige en geografische verdeling,...

Het voorbije kalenderjaar ontving het Fonds maandelijks een vijftigtal nieuwe aanvragen en betaalde het Fonds vergoedingen uit in 11 dossiers. Sinds het bestaan van het Fonds waren eind december 3150 aanvragen ingediend. In het kader van de kosteloze en laagdrempelige procedure onderzoekt het Fonds alle dossiers die het ontvangt, want er bestaat geen ontvankelijkheidsdrempel voor het indienen van een adviesaanvraag. De taalkundige verdeling tussen de Franstalige en Nederlandstalige dossiers benadert de 50/50 verdeling.

Naast de algemene statistieken wordt er informatie verstrekt over de stand van zaken betreffende de twee grote fasen in de verwerking van de dossiers. De klemtoon wordt ook gelegd op de termijn tussen de opening van een dossier en de stand ervan in 2015. Ook de kloof met de wettelijke termijn wordt vermeld. Ondanks de aanhoudende inspanningen van het team van het Fonds dat de dossiers verwerkt, dient er een grote vertraging te worden vermeld waarvan de oorzaken in het verslag worden geduid. Wegens de stand van de dossiers kunnen er bijgevolg nog geen aanbevelingen worden geformuleerd voor de preventie van schade die het gevolg is van geneeskundige verzorging. Bovendien wordt er in de rubriek over de financiële statistieken onder meer gewezen op de kosten van de expertises die nodig zijn voor de goede uitvoering van de opdrachten van het Fonds.

Het beheerscomité ziet er in het bijzonder op toe dat het Fonds over de middelen beschikt om zijn opdracht te vervullen. Het comité analyseert meer bepaald de regelmatige reporting van de stand van de dossiers en spoort aan de hand van de beheersindicatoren de fasen op die problemen doen rijzen. Het staat ook de administratie bij in het zoeken naar oplossingen. De in mei 2014 geformuleerde richtlijnen werden in 2015 aangevuld en de invulling van het masterplan 2014 werd nauwgezet opgevolgd in nauwe samenwerking met de algemene directie van het Fonds, teneinde de achterstand, die zeer groot blijft, het hoofd te kunnen bieden en de verwerking te verzekeren van de continue stroom van dossiers binnen zo kort mogelijke termijnen.

Vooraf fase 2 van de verwerking van de dossiers duurt te lang. Het gaat meer bepaald om het medisch en juridisch onderzoek van het dossier, op basis waarvan het Fonds advies kan geven. Eén van de maatregelen om de vertraging aan te pakken, bestaat erin de personeelsformatie (juristen en artsen) uit te breiden en een beroep te doen op bureaus van externe juridische experts. Drie vierde van de voorziene aanwervingen konden inmiddels worden gerealiseerd, maar er waren ook enkele mensen die het Fonds verlieten. Het Fonds heeft ook stappen ondernomen om het netwerk van experts aan te vullen, meer bepaald in de sectoren waar de nood meer uitgesproken is of waar nog geen experts bereid werden gevonden voor het Fonds te werken. Het vinden van kwaliteitsvolle experts is een continue zorg.

Bovendien werden de verschillende technologische projecten die in 2013 opgestart werden verder opgevolgd om de uitvoering van de activiteiten van het Fonds te verbeteren en te versnellen. Het DAMO project (Dossier Accidents Médicaux/Medische Ongevallen) werd in 2015 nauwgezet opgevolgd en zal hopelijk in 2016 het beheer van de dossiers van het Fonds optimaliseren en de werking optimaliseren. Dankzij deze toepassing zal de analyse van de gegevens betreffende de medische ongevallen verder verfijnd worden, zodat er aanbevelingen kunnen worden uitgewerkt op het vlak van preventie.

Het beheerscomité is zich terdege bewust van de verwachtingen ten aanzien van het Fonds en van de grote uitdaging waarmee het wordt geconfronteerd. Het comité zal samen met de directeur, die op 31 december het team kwam versterken, en het ganse team van het Fonds, dat bijzondere toewijding aan de dag legt, blijven investeren met het oog op de verwezenlijking van de maatschappelijke opdracht van het Fonds voor de medische ongevallen. De versterking van het team zou een snellere verwerking van de dossiers en de verlening van kwaliteitsvolle adviezen mogelijk moeten maken, alsook de formulering van aanbevelingen met het oog op preventie. De inzet is immers groot, in het belang van iedereen.

Geneviève Schamps

Voorzitster van het Beheerscomité

Steven Lierman

Ondervoorzitter van het Beheerscomité

Woord van de directie

2015 is het derde volledige werkingsjaar van het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO), een openbare dienst die sinds mei 2013 bij het RIZIV is ondergebracht als derde sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering.

De integratie van het FMO in het RIZIV stemde overeen met de politieke bereidheid om de medische ongevallen te beheren binnen de context van de verzekering voor geneeskundige verzorging. De overheid wijst erop dat schade die voortvloeit uit een geneeskundige verstrekking, door de overheid moet worden behandeld (in alle betekenissen van het woord), door middel van adviezen of vergoedingen. Het gaat dus om een sociaal en openbaar vergoedingssysteem voor ongevallen en schade als gevolg van een gezondheidszorg dat meer bepaald via de verzekering voor geneeskundige verzorging is ingevoerd. Het betreft een vergoedingssysteem naast of als aanvulling op de gerechtelijke weg om een medisch ongeval te laten erkennen, de aansprakelijkheid ervoor vast te stellen, maar ook de mogelijke vergoeding van de schade ten laste van de verantwoordelijke zorgverlener of van het Fonds te bepalen volgens de voorwaarden die zijn vastgelegd bij de wet van 31 maart 2010.

Als directeur van het FMO, ben ik, samen met het hele team, de partners binnen het Beheerscomité en ons netwerk van externe experts, trots en uiterst geëngageerd om deze uitdaging voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te gaan.

Ik ben mij zeer goed bewust van het belang van deze opdracht, zowel voor de aanvragers als voor de zorgverleners; dit activiteitenverslag zal u zo helder en objectief mogelijk inlichten over de geboekte vooruitgang en de vastgestelde problemen.

In 2015 werden er 606 nieuwe aanvragen bij het FMO ingediend, dit komt overeen met ongeveer 50 nieuwe aanvragen per maand. Sinds de oorsprong van het Fonds werden er op 31.12.2015 3.170 aanvragen ontvangen.

U kunt echter ook vaststellen dat ongeveer 19 % van de aanvragen werd afgesloten en dat dus ongeveer 81 % op 31.12.2015 nog in behandeling was, voornamelijk in fase 2 (intern en extern medische en juridisch onderzoek (expertise)) alvorens uit te monden in een advies van het FMO.

Er zijn dus nog onvoldoende eindadviezen (dit is de eerste en voornaamste opdracht: de aanvragen onderzoeken en verwerken) en dus weinig vergoedingen (dit is de tweede opdracht). Met andere woorden een groot aantal dossiers die zich opstapelen, leidt tot een aanzienlijke achterstand en wachttijden voordat ze kunnen behandeld worden.

Het masterplan, ingevoerd door de directie-en beheersorganen van het FMO in mei 2014 had als voornaamste doelstelling een aanzienlijke versterking van het interne team, opvolging van beheersindicatoren voor de opvolging van de verschillende subfasen en de samenwerking met externen.

In 2015 gebeurde verschillende aanwervingen alhoewel alle voorziene posten nog niet werden ingevuld. Een aantal medewerkers verlieten het FMO en werden vervangen.

Toch slaagde het FMO erin in 2015 een aanzienlijk aantal adviezen te geven. De eerste schadevergoedingsvoorstellen werden ook gedaan.

De versterking van het team moet echter nog worden voortgezet en ons netwerk van medische experts moet verder worden uitgebreid; onze processen voor een snellere verwerking moeten worden versoepeld zonder aan kwaliteit in te boeten.

Het FMO doet er, in samenwerking met het RIZIV, alles aan om zijn rol ten volle te vervullen, zowel voor de individuele aanvragen als de collectieve aanbevelingen. Ik hoop dat het FMO in de toekomst de in 2015 ingeslagen weg kan verder zetten en uiteindelijk kan werken binnen termijnen die nauwer aansluiten bij de verwachtingen van alle partijen en de maatschappij.

Mia Honinckx
Adviseur-generaal, directeur FMO

Deel 1
Opdrachten van het
Fonds voor de medische
ongevallen



I. Inleiding

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 de oprichting aan het Fonds 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. 02.04.2010).

Het behelst 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.

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

Vornoemde 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 burgerlijke 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 onderhavige wet is voldaan.
- het organiseren van een bemiddeling (overeenkomstig de artikelen 1.724 tot 1.733 Ger.W.) wanneer de patiënt of zijn rechthebbende, 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 of de verzekeraar, indien de patiënt of zijn rechthebbende(n) hierom verzoekt.

III. 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 die verband houdt 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 jaarlijks een 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

Beheersorgaan



Beheerscomité in het kader van de integratie van het FMO in het RIZIV

Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) is aanvankelijk opgericht als overheidsorgaan met een eigen rechtspersoonlijkheid, ondergebracht in categorie B, zoals bepaald door de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Overeenkomstig de bepalingen van de voormelde wet beschikte het FMO over een Raad van bestuur belast met het toezicht op de verwezenlijking van zijn verschillende opdrachten, zoals beschreven in het eerste deel van dit verslag.

De integratie van het FMO in het RIZIV heeft geleid tot de opheffing van de Raad van bestuur (effectieve opheffing op 1 april 2013) die door een Beheerscomité is vervangen (artikel 27 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (I), BS, 29 maart 2013 ed. 2, p. 20188). De oprichting van dat Beheerscomité, als gevolg van de integratie, garandeert de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en de follow-up van zijn wettelijke opdrachten.

De samenstelling van het Beheerscomité is identiek aan wat vóór de integratie voor de Raad van bestuur bestond.

Krachtens artikel 137, *quater*, §2, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), is de Raad van bestuur van het FMO als volgt samengesteld:

- 4 leden die de overheid vertegenwoordigen
- 4 leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en representatieve organisaties van de zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 4 leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4 leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen
- 5 leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waarvan minstens 3 artsen
- 3 leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waarvan minstens een arts-hygiënist
- 4 leden die de patiënten vertegenwoordigen
- 2 professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

Overeenkomstig artikel 137, *quater*, §3 van dezelfde wet bepaalt de Koning de wijze waarop de leden worden aangewezen. Die bepaling heeft aanleiding gegeven tot het opstellen van het Koninklijk besluit van 25 april 2014 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVU-wet, tot invoering van een hoofdstuk IV *bis* betreffende het Fonds voor de Medische Ongevallen (M.B. van 16 juni 2014, p.45166 e.v.). De wijze waarop de leden worden aangewezen, wordt door dat hoofdstuk VI *bis* geregeld.

Dankzij de overgangsbepaling die werd ingevoegd in de wet tot uitvoering van die integratie (wet van 19 maart 2013) kunnen de regeringscommissarissen en de leden van de Raad van bestuur van het FMO, afhankelijk van het moment waarop die wet in werking is getreden, hun mandaat verder uitoefenen (totdat dit mandaat afloopt) in de hoedanigheid van leden van het Beheerscomité, waardoor aldus een nieuwe benoeming of een nieuw mandaat via koninklijk besluit wordt vermeden en de continuïteit tussen het FMO ION categorie B en het fonds, als nieuwe dienst van het RIZIV, wordt verzekerd.

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

Het **Beheerscomité** van het FMO:

- beheert samen met de dienst en zijn directeur de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten
- stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010
- stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor
- verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst
- wordt door de directeur 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
- stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.

Momenteel blijft het Beheerscomité nog met een systeem van werkgroepen (W.G.) werken dat op dezelfde manier functioneert als het systeem dat voor de Raad van Bestuur bestond. In dat opzicht bestaat er een zeer duidelijke continuïteit tussen beide organen.

Naast de handelingen die het Beheerscomité in het kader van zijn hierboven opgesomde algemene bevoegdheden (punten 1 tot 6) verricht, moet het Beheerscomité ook andere belangrijke beslissingen nemen. Die beslissingen vallen bijgevolg duidelijk buiten het kader van zijn courante activiteiten, hoewel ze wel tot zijn bevoegdheden behoren.

Het Beheerscomité moet meer strategische of organisatorische beslissingen nemen. Het Beheerscomité kan ook aanbevelingen ter voorkoming van medische ongevallen doen.

Die strategische of organisatorische beslissingen hebben onder meer betrekking op:

- de goedkeuring door het Beheerscomité van de conclusies van de W.G. betreffende het opstellen en gebruiken van de expertiseopdracht, de structuur van de definitieve adviezen die door het FMO zijn verleend, het opstellen en gebruiken van templates door de administratie, de validering van de BPM's (Business process model), fase 1 en 2, beschrijving en interne procedures voor de administratie van het FMO, het gratis karakter van de procedure en van de vergoedbare schadeposten, de bekendmaking van de adviezen op de website van het FMO, de goedkeuring van het algoritme en van de indicatoren voor de definitie van het begrip "abnormale schade"
- richtlijnen van het Beheerscomité (04.06.2014) om de achterstand weg te werken en de continue toevloed van dossiers te behandelen (Masterplan). Verzending van dossiers naar onderaannemers
- ondernomen stappen om personeel aan te werven.

Vergaderingen van het Beheerscomité en de werkgroep in 2015

Beheerscomité	Werkgroep
13/02/2015	13/02/2015
24/4/2015	29/5/2015
12/6/2015	19/6/2015
17/9/2015	17/9/2015
12/11/2015	12/11/2015
18/12/2015	18/12/2015
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

Deel 3

Administratieve structuur en team



I. Organigram van het Fonds voor de medische ongevallen

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

Tabel 1 - Kader van het personeel				
Q	Functie	Taalrol	Datum van indiensttreding	Geslacht
1	Directeur	NL	31/12/2015	♀
1	Jurist-coördinator	FR	2010	♂
1	Jurist-coördinator	NL	2010	♀
1	Senior geneesheer –coördinator	NL	Ontslag gegeven 2015	♂
1	Junior geneesheer	NL	2013	♀
1	Junior geneesheer	NL	01/10/2015	♀
1	Junior geneesheer	NL	01/10/2015	♀
1	Junior geneesheer	NL	2014	♀
1	Junior geneesheer	NL	2014	♂
1	Junior geneesheer	FR	01/07/2015	♀
1	Junior geneesheer	FR	2014	♂
1	Junior geneesheer	FR	2014	♀
1	Junior geneesheer	FR	01/10/2015	♀
1	Secretariaat	FR	01/12/2015	♀
1	Secretariaat	NL	2012	♀
1	Assistent scanning	FR	01/09/2015	♀
1	Assistent scanning	NL	2013	♀
1	coördinator	FR	2011	♂
1	jurist	FR	2012	♂
1	jurist	FR	2013	♀
1	jurist	FR	2014	♂
1	jurist	FR	2014	♀
1	jurist	FR	2014	♀
1	jurist	NL	01/06/2015	♀
1	jurist	NL	2012	♀
1	jurist	NL	01/06/2015	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2013	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2014	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2012	♀
1	Dossierbeheerder	NL	2014	♂
1	Dossierbeheerder	NL	2013	♂
1	Dossierbeheerder	NL	2014	♀
0,5	Economist	FR	2012	♂
1	ICT coördinator	NL	2011	♂
45,5 personeelskader 2014				
33,5 in dienst of aangeworven				
12 nog aan te werven				
Bron: Fonds voor de medische ongevallen				

De verschillende aanwervingen die in 2015 plaatsvonden, kunnen als volgt worden samengevat.

Tabel 2 - Personeel aangeworven in 2014			
Q	Functie	Taalrol	Geslacht
1	adviseur-generaal (directeur)	Nl	♀
2	junior-arts	Nl	♀
2	junior-arts	Fr	♀
1	administratieve ondersteuning B	Fr	♀
1	administratieve ondersteuning C	Fr	♀
2	junior-jurist	Nl	♀
9	aangeworven personen in 2015	5Nl/4Fr	♀
7	personeelsleden niveau A	5Nl/2Fr	♀
1	personeelslid niveau B	Fr	♀
1	personeelslid niveau C	Fr	♀

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Tabel 3 - Personeel vertrokken in 2015			
Q	Functie	Taalrol	Geslacht
1	Senior geneesheer –coördinator	Nl	♂
2	junior-arts	Fr	♀
1	Juriste (mutatie)	Nl	♀
2	dossierbeheerder	Fr	♀
1	Dossierbeheerder	Nl	♀

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

De personeelsformatie 2014 (masterplan mei 2014) werd niet gewijzigd in 2015. Eind 2015 zijn er 33,5 mensen in dienst. Er zijn nog 12 betrekkingen vacant. De selectie en recrutering wordt in 2016 verder gezet.

Zoals uitgelegd in het activiteitenverslag 2013 en 2014 zijn twee overheidsopdrachten binnen de desbetreffende periode afgesloten, om zowel op juridisch als medisch vlak een netwerk van experts aan te leggen. Dat netwerk moet het FMO bijstaan bij het uitvoeren van zijn opdrachten.

Net zoals in 2014 heeft het FMO ook in 2015 beroep gedaan op zijn medische en juridische experts. Het FMO heeft een beroep gedaan op medische experts om snel unilaterale en tegensprekelijke expertises uit te voeren, overeenkomstig artikel 17, §1 en §2 van de wet van 31 maart 2010. Die expertises zijn noodzakelijk opdat het FMO uitvoerige adviezen kan uitbrengen over de oorzaken en omstandigheden van de medische ongevallen waarvan het in kennis wordt gesteld.

Het FMO heeft in 2015 geprobeerd om zijn netwerk van experts verder aan te vullen, enerzijds omdat de experts die in het kader van de in 2015 afgesloten overheidsopdrachten zijn aangetrokken niet volstonden om de toevloed van ingediende aanvragen te verwerken, anderzijds omdat hun expertise niet altijd toereikend is. Op deze manier heeft men experts gevonden die in het kader van specifieke dienstverleningsovereenkomsten met het FMO willen samenwerken, in afwachting van bekendmaking van nieuwe procedures inzake overheidsopdrachten.

In 2015 werd een nieuwe procedure inzake deze specifieke overheidsopdrachten voorbereid met de bedoeling deze nieuwe overheidsopdrachten te publiceren in 2016.

Behalve op medische experts heeft het FMO in 2015 ook beroep gedaan op zijn netwerk van juridische experts.

Voor de vertegenwoordiging van het FMO heeft men bijgevolg advocaten moeten aanstellen.

Daarenboven doet het FMO ook een beroep op juristen van buiten zijn netwerk om in het kader van zijn opdrachten opzoeken te verrichten of nuttige inzichten te verschaffen.

II. Instrumenten

In 2015 heeft men verder gewerkt aan de ontwikkeling van een aantal belangrijke technologische projecten waartoe in 2013 de aanzet werd gegeven.

- het DAMO-project, acroniem voor “Dossier Accidents Medicaux-medische ongevallen”. Dit project beoogt de ontwikkeling en implementatie van een informaticatoepassing voor het beheer en de behandeling van gestructureerde en niet-gestructureerde gegevenstypes in de context van een dossier, waarin de toegang tot de gegevens beveiligd is;
- de ontwikkeling van een technologie waarmee op een digitale en geïnformatiseerde manier inkomende en uitgaande schriftelijke boodschappen kunnen verstuurd worden vanuit en naar het elektronisch dossier (IOC-project);
- een systeem voor het beheer van de informatiebeveiliging. In het kader van dat programma zijn acties ondernomen ter verbetering van de opslag van medische gegevens, de voorbereiding van de precertificeringsaudits werden gestart.

De lancering van het DAMO-project is voorafgegaan door een periode waarin intensief is gewerkt aan de beschrijving van de werkprocessen en de definitie van de functionele behoeften van het FMO waaraan de technologie moet voldoen. Op basis van de testfase, die aangekondigd werd in het vorige rapport, bleek een aanpassing van de processen en een nieuwe testfase nodig. Deze nieuwe testfase loopt verder in 2016.

Deel 4

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



In dit deel worden de activiteitenstatistieken voor 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 voorgesteld om algemene informatie te verschaffen over de dossiers en hun follow-up in het FMO. In verband met de activiteitenstatistieken zullen we telkens de in 2015 verzamelde gegevens vergeleken worden met hun evolutie sinds de lancering van het Fonds op 1 september 2012.

I. Statistieken callcenter

De statistieken van het call center zijn opgenomen in de onderstaande tabel, die betrekking heeft op het jaar 2015. 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.

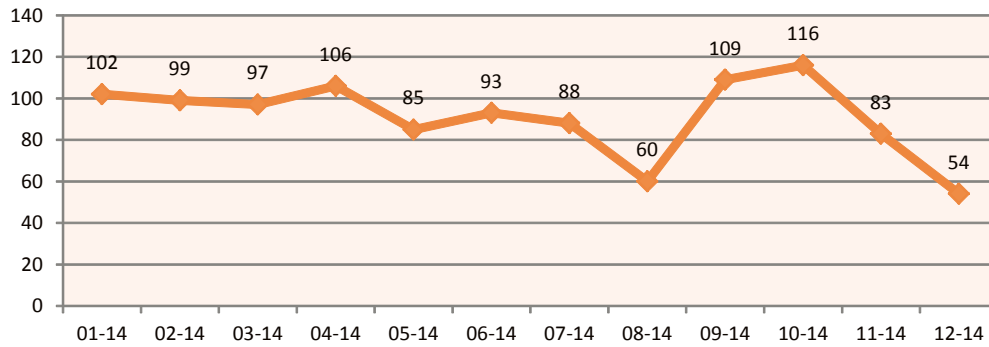
Tabel 4 - Statistieken call center													
Reporting FMO	Maand												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Gemiddelde
Totaal oproepen	84	81	84	68	62	81	65	68	66	82	71	93	75
Totaal gecumuleerde oproepen	84	165	249	317	379	460	525	593	659	741	812	905	-
Service Level	82%	71%	92%	80%	84%	83%	83%	88%	98%	91%	94%	90%	86%
Abandon rate	2%	1%	4%	1%	0%	3%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%
NL rate	49%	46%	49%	46%	47%	36%	36%	49%	32%	50%	44%	39%	44%
FR rate	51%	54%	51%	54%	53%	64%	64%	51%	68%	50%	56%	61%	56%
FAQ rate	93%	95%	98%	91%	95%	97%	96%	98%	91%	100%	94%	95%	95%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

De belangrijkste informatie in deze tabellen betreft het aantal oproepen en de taalkundige verdeling van de oproepen. Wat het aantal in 2015 ontvangen oproepen betreft, blijkt uit de bovenstaande tabel een maandelijks gemiddelde van 75 oproepen. Dat betekent een daling ten opzichte van de voorgaande jaren, aangezien er in 2012 gemiddeld 170 oproepen per maand waren tegenover 95 oproepen per maand in 2013 en 91 in 2014. De verdeling van de oproepen is vrij gelijklopend met dalingen in de vakantiemaanden juli en augustus. Er kan dus besloten worden dat er dat nog steeds een beroep wordt gedaan op het callcenter maar in mindere mate dan in 2012, 2013 en 2014. Dat is ongetwijfeld logisch aangezien het FMO in de loop der jaren steeds meer naamsbekendheid krijgt.

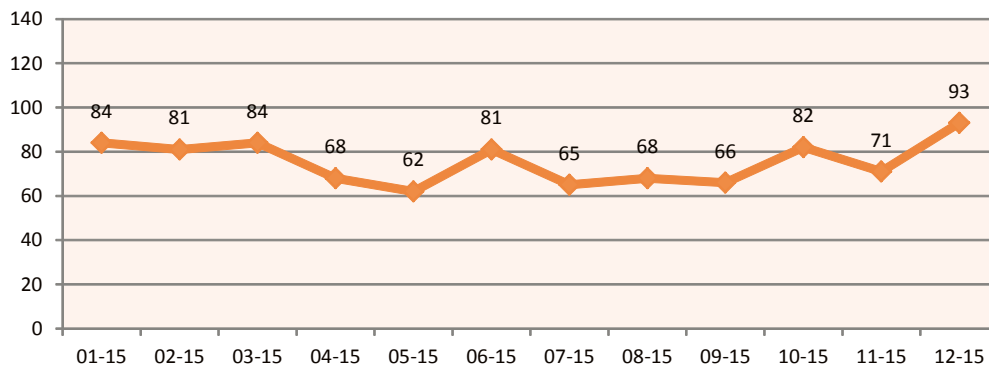
In vergelijking met 2014 is het service level-niveau licht toegenomen. 86% van de bellers werd binnen 30 seconden door een operator te woord gestaan, in 2012 en 2013 was dit meer dan 90%. Als evenwel rekening wordt gehouden met een ‘abandon rate’ van 1%, betekent dit dat iets meer dan 10% van de bellers meer dan 30 seconden moet wachten om iemand aan de lijn te krijgen.

Grafiek 1 - Aantal oproepen per maand in 2014



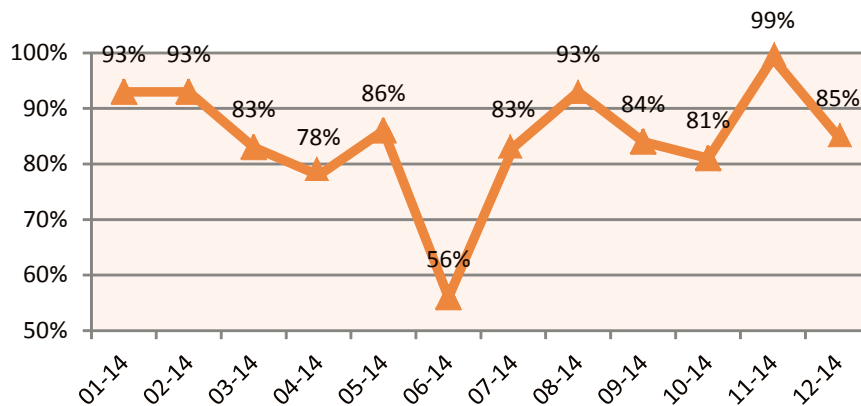
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 2 - Aantal oproepen per maand in 2015

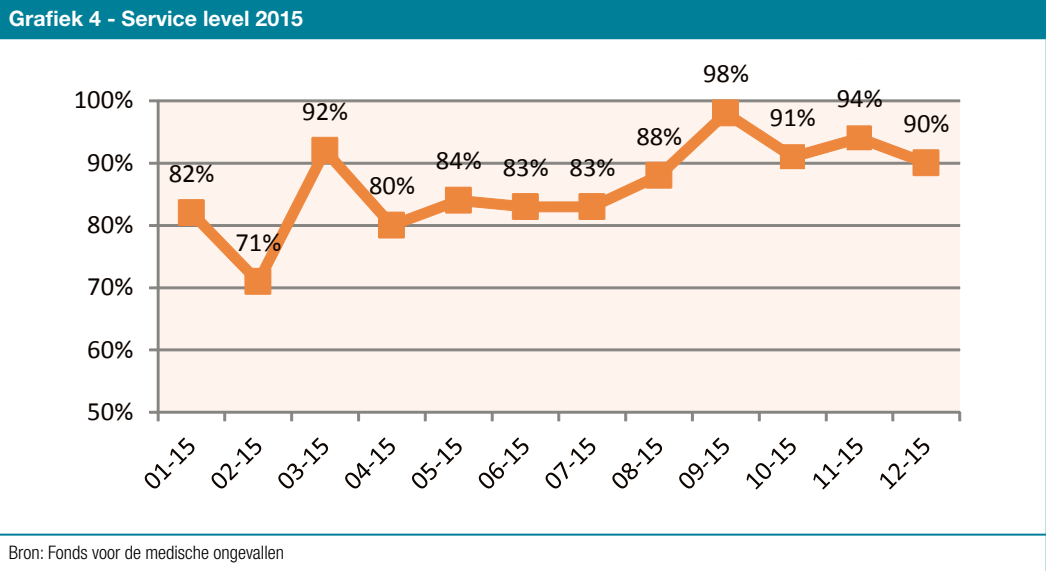


Bron: Fonds voor de medische ongevallen

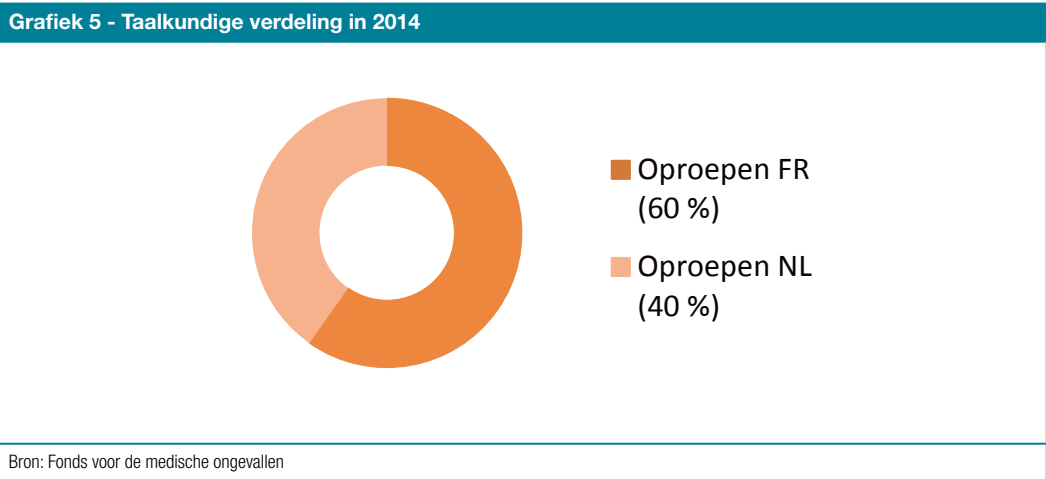
Grafiek 3 - Service level 2014



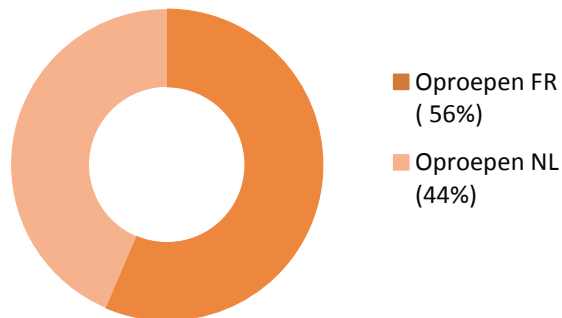
Bron: Fonds voor de medische ongevallen



De tweede zeer 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 herstel van het evenwicht tussen Frans- en Nederlandstalige oproepen dat in de loop van 2014 was ingezet, zich in de loop van 2015 heeft doorgezet. In 2015 is er nog steeds een licht overwicht aan Franstalige oproepen, de verhouding is van 3/4-1/4 in 2012 naar 2/3-1/3 in 2013, in 2014 60/40 en in 2015 56/44 is geëvolueerd.



Grafiek 6 - Taalkundige verdeling in 2015



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Ten slotte vindt het FMO het belangrijk om te weten welke vragen de burger over zijn dienstverlening heeft. Daarom is een FAQ-lijst aangemaakt met de bedoeling de bevolking beter te informeren en het aantal oproepen in verband met die vragen te verminderen. Hieronder volgt de lijst met FAQ's sinds augustus 2012 op basis waarvan de FAQ-rate van bovenstaande tabel is bepaald. Het gemiddelde van 95% betekent gewoonweg dat in 95% van de oproepen naar het callcenter ten minste een van de onderstaande vragen aan bod kwam. Dat percentage is min of meer gelijk sinds 2013.

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 x 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?

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

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

II. Activiteitenstatistieken - Opdrachten

Hieronder worden de activiteitenstatistieken van het FMO periode januari 2015 - december 2015 weergegeven¹. Er zal een vergelijking met 2013 en 2014 worden gemaakt om de evolutie van de gegevens te kunnen analyseren en de nodige conclusies te kunnen trekken. Tot slot, voor sommige statistieken wordt weergegeven hoe de situatie is geëvolueerd sinds de oprichting van het FMO in 2010.

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 meegegeeld over de twee grote behandelingsfasen van de dossiers, onder meer over de ontvankelijkheid ervan. Tot slot analyseren we de termijn tussen het openen van een dossier en de stand van zaken ervan op 31.12.2015, om die met de in de wet vastgestelde richttermijn te vergelijken en een beeld te krijgen van het “beheer van de stock” aan ingediende dossiers.

1. Open, gesloten en heropende dossiers en taalkundige verdeling

De taalkundige verdeling van de dossiers en hun status, enerzijds voor het jaar 2015 alleen en anderzijds voor de hele periode sinds de lancering van het FMO, vindt u hieronder terug.

Voor 2015 ziet de situatie er als volgt uit:

Tabel 5 - Dossiersverdeling in 2015				
Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Gesloten	-	9	6	15
Open	4	286	301	591
Heropend	-	-	0	0
Totaal	4	295	307	606

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Uit bovenstaande tabel blijkt dat, in 2015, 606 dossiers bij het FMO zijn ingediend. Wat de taalkundige verdeling van die dossiers betreft, is er een licht overwicht van de Nederlandstalige dossiers. Zij vertegenwoordigen 51,2% van het totaal tegen 48,6% Franstalige dossiers. De Duitstalige dossiers met minder dan 1% zijn nog steeds slechts een miniem gedeelte in het totale aantal dossiers.

Alvorens de cijfers over de statussen van de dossiers toe te lichten, moet eerst kort worden uitgelegd wat wordt verstaan 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.).

1. Dit rapport is gemaakt op basis van de cijfers beschikbaar op 04.01.2016.

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 onontvankelijk verklaard, enz. Als een dossier vandaag wordt gesloten, is dat meestal omdat het in fase 1 onontvankelijk 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.

De meeste dossiers die in 2015 zijn ingediend zijn nog altijd open of heropend. Bijna 2,5% van de in 2015 ingediende dossiers is al gesloten.

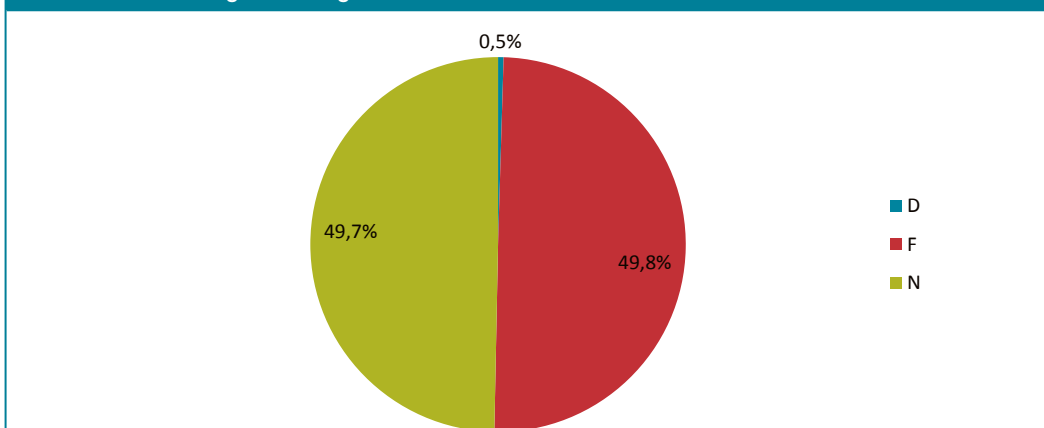
Op basis van de tabellen en grafieken hieronder kan die specifieke situatie voor 2015 worden vergeleken met de stand van zaken van de dossiers sinds de oprichting van het FMO.

Tabel 6 - Dossiersverdeling sinds 01/09/2012

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Gesloten	1	287	345	633
Open	14	1286	1211	2511
Heropend	-	7	19	26
Totaal	15	1580	1575	3170

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 7 - Taalkundige verdeling van de dossiers

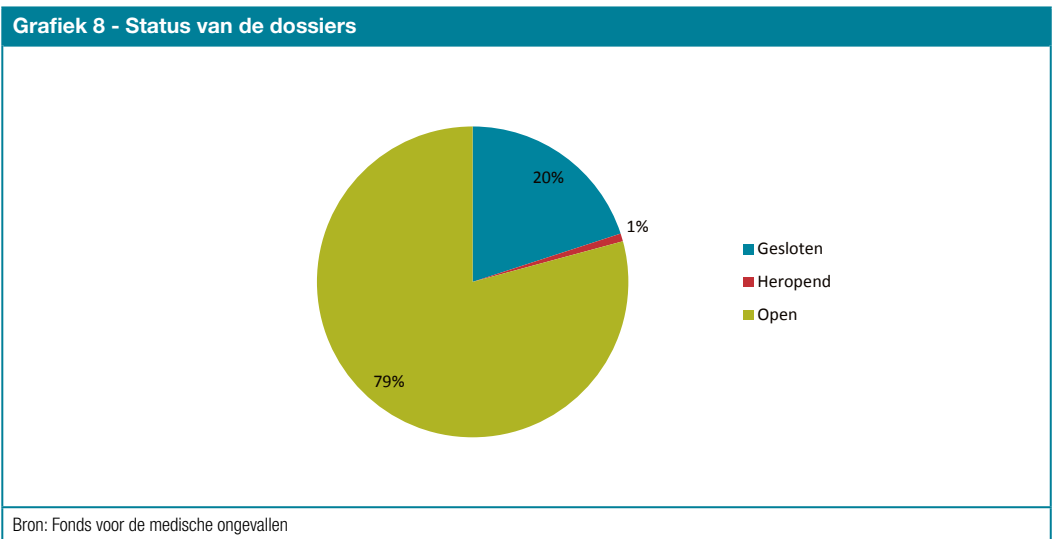


Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Tabel 7 - Aantal ontvangen dossiers per maand													
Jaar	Maand												Totaal
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					3		1		2	1	2	3	12
2011	8	2	4	1	5	1	2	1	10	4	1	2	41
2012	8	5	15	6	10	16	9	22	116	97	96	71	471
2013	146	100	112	97	66	85	58	62	105	107	105	70	1113
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	67	927
2015	66	59	56	63	57	67	49	46	53	37	43	10	606
TOTAAL	343	246	261	243	211	258	203	189	347	328	318	223	3170

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Eind 2015 blijken er 3170 dossiers bij het FMO te zijn ingediend, waarvan 606 in 2015, 927 in 2014, 1113 in 2013, 471 in 2012, 41 in 2011 en 12 in 2010. Op taalkundig vlak blijkt dat de verdeling tussen Nederlandstalige en Franstalige dossiers bijna perfect in evenwicht is gekomen.



Tabel 8 - Statuut van de dossiers per jaar

Jaar	Statuut				
	Gesloten	Heropend	Open	Algemeen totaal	%
2010	12	0	0	12	100,0%
2011	34	1	6	41	82,9%
2012	254	5	212	471	53,9%
2013	261	18	834	1113	23,5%
2014	57	2	868	927	6,1%
2015	15	0	591	606	2,5%
TOTAAL	633	26	2511	3170	20,0%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

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

Ongeveer 2,5% van de dossiers ingediend in 2015 kon in 2015 worden gesloten, terwijl het percentage gesloten dossiers op het totale aantal en over de hele behandelingsperiode ongeveer 20 % bedraagt, maar met een neerwaartse trend volgens het jaar van indiening.

Rekening houdend met de onontvankelijke dossiers die logischerwijs als gesloten zouden moeten worden beschouwd en met de dossiers die om andere redenen 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 de check-in van de coderingen in het beheerssysteem. In vergelijking met dezelfde periode een jaar eerder is er evenwel een stijging van het percentage gesloten dossiers vast, van 83% in 2011, 54% in 2012 en 23% in 2013 en 6% in 2014 en voor 2015 is 2,5% van de dossiers gesloten.

Het is in ieder geval duidelijk dat de overgrote meerderheid van de dossiers nog in behandeling is. Er is een grote en gecumuleerde achterstand ten opzichte van de in de wetgeving vastgestelde richttermijnen.

Aan de hand van deze tabel kan in tegenstelling tot het sluitingspercentage, gesteld worden dat van de 3170 dossiers die sinds de start van het FMO tot eind 2015 bij het Fonds zijn ingediend, 2511 dossiers, ofwel iets meer dan 79% van de ingediende dossiers, nog altijd open en dus niet gesloten zijn (of dat nu op basis van een advies over de aansprakelijkheid of de vergoeding is of om andere redenen – onontvankelijkheid, stopzetting van de procedure, enz.).

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 fases van de procedure zijn verdeeld. Net als in het vorige punt is het nuttig om kort uit te leggen wat die fases 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 vastgesteld. Op dat ogenblik is het dossier ofwel administratief onontvankelijk 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 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 - Verdeling per fase van de geopende dossiers							
Jaar	Fases			Algemeen totaal	% Fase 1	% Fase 2	% Fase 3
	Fase 1 Initieel	Fase 2 Onderzoek	Fase 3 Voorstel				
2010				0	-	-	-
2011		5	2	7	0,00%	71,40%	28,60%
2012	3	183	31	217	1,40%	84,30%	14,30%
2013	9	815	28	852	1,10%	95,70%	3,30%
2014	20	847	3	870	2,30%	97,40%	0,30%
	175	416		591	29,60%	70,40%	0,00%
TOTAAL	207	2.266	64	2.537	8,20%	89,30%	2,50%

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In bovenstaande tabel is te zien dat gemiddeld 89% van alle dossiers die tot eind 2015 zijn ingediend en die niet zijn gesloten, zich momenteel in de tweede behandelingsfase bevindt (normale evolutie volgens de anciënniteit van de dossiers: tussen 100% of iets minder voor de dossiers van 2010 tot 2014 en 70% voor de dossiers 2015).

Wat de reeds aangehaalde problemen van de behandelingsachterstand betreft, is het belangrijk om vast te stellen dat de meeste dossiers tot 2014 zich nu in de tweede behandelingsfase bevinden, terwijl 30% van die dossiers vorig jaar nog in fase 1 zat. Het team van het Fonds stelt dus alles in het werk om die achterstand in te halen. Wat 2015 betreft, moet worden gepreciseerd dat de 175 dossiers (30%) die zich nog in fase 1 bevinden, voornamelijk dossiers van het vierde kwartaal van 2015 zijn. 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 (2.537) bedraagt de totale gemiddelde termijn per jaar waarin de dossiers worden ingediend, tussen de openingsdatum van het dossier (start fase 1) en 31.12.2015:

Tabel 10 - Gemiddelde behandelingstermijn van de geopende dossiers		
Jaar	Termijn	Aantal dossiers
2010	2015	0
2011	1.232,5	6
2012	1.167,0	212
2013	896,8	834
2014	546,0	868
2015	194,9	591

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In feite gaat het hier niet over een echte behandelingstermijn aangezien we enkel de dossiers analyseren die op 31.12.2015 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 subfase in de behandeling over te brengen.

Aangezien de wettelijke richttermijn voor de 2^e fase 6 maanden bedraagt (kennisgeving van een advies na ontvankelijkheid van het dossier) en voor de 1^e 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 31.12.2015:

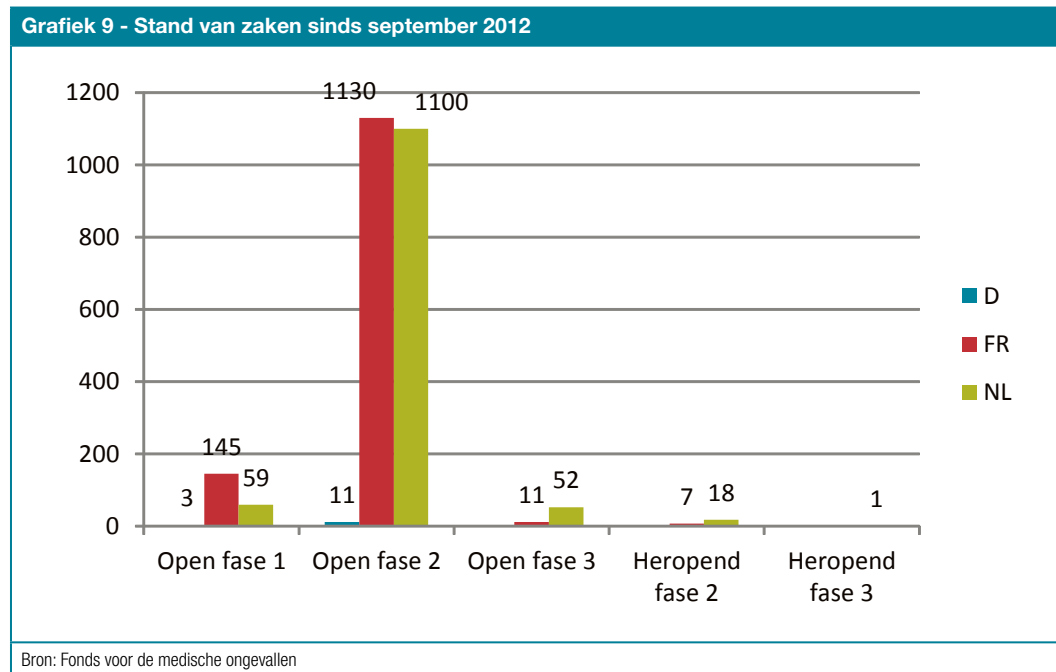
Tabel 11 - Gemiddelde behandelingsvertraging van de dossiers per jaar			
Jaar	X richttermijn 240D	Achterstand x richttermijn	Achterstand in dagen
2010	-	-	-
2011	5,14	4,14	992,5
2012	4,86	3,86	927,0
2013	3,74	2,74	656,8
2014	2,28	1,28	306,0
2015	0,81	-0,19	-45,2

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Die achterstand heeft meerdere, cumulatieve oorzaken:

- het masterplan, goedgekeurd mei 2014, is nog steeds niet volledig ingevuld, eind 2015
- het opstarten van externe medische expertises verloopt traag enerzijds door gebrek aan mankracht bij de dossierbeheerders maar ook het gebrek aan geschikte en beschikbare externe experten. Daarenboven komt het vaak voor dat de expertises door externe experten langer duren dan voorzien in de wet
- de gecumuleerde achterstand van de voorbije jaren en een blijvende continue toestroom van nieuwe dossiers leidt momenteel tot een verzadiging in verschillende fasen van de procedure
- de dossiers lijken over het algemeen een aanzienlijke ernstgraad te vertonen, waardoor de analyse en expertise langer duren dan gepland
- de ervaring leerde ook dat vele expertises moeten uitgebreid worden wanneer blijkt dat meerdere en/of andere zorgverstrekkers betrokken zijn en mogelijk aansprakelijk kunnen gesteld worden
- het team is nog niet volledig en 100% operationeel. Voor veel medewerkers (beheerders, juristen of artsen) gaat het om een eerste of recente ervaring in dat domein. Vele aanwervingen gebeurden in de loop van 2015.

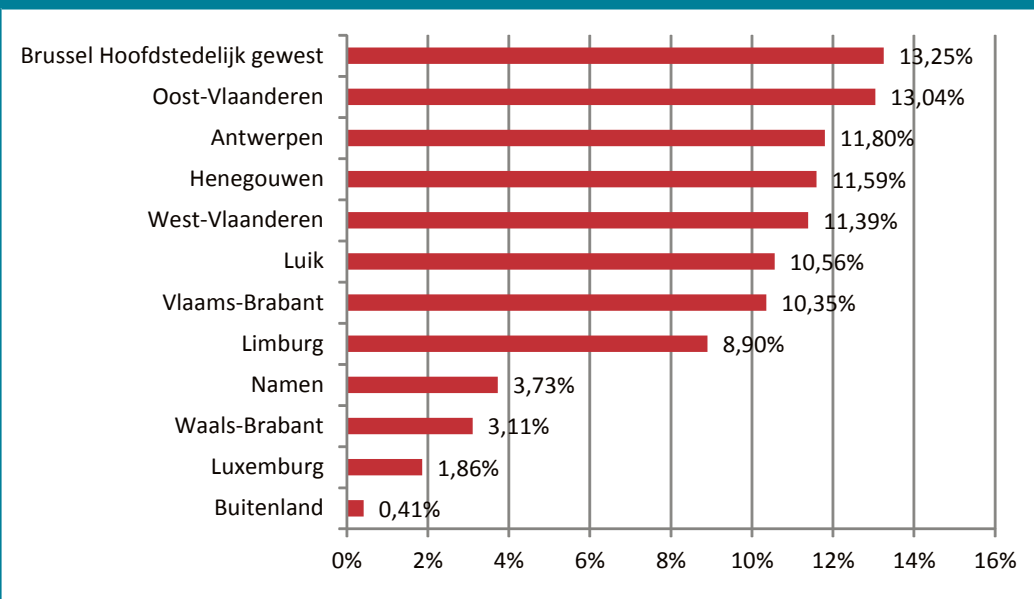
De grafiek hieronder toont de voortgang in de drie fasen van de in 2015 ingediende dossiers. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen Franstalige, Nederlandstalige en Duitstalige dossiers.



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 het schadegeval zich heeft voorgedaan.

Grafiek 10 - Stand van zaken sinds september 2012



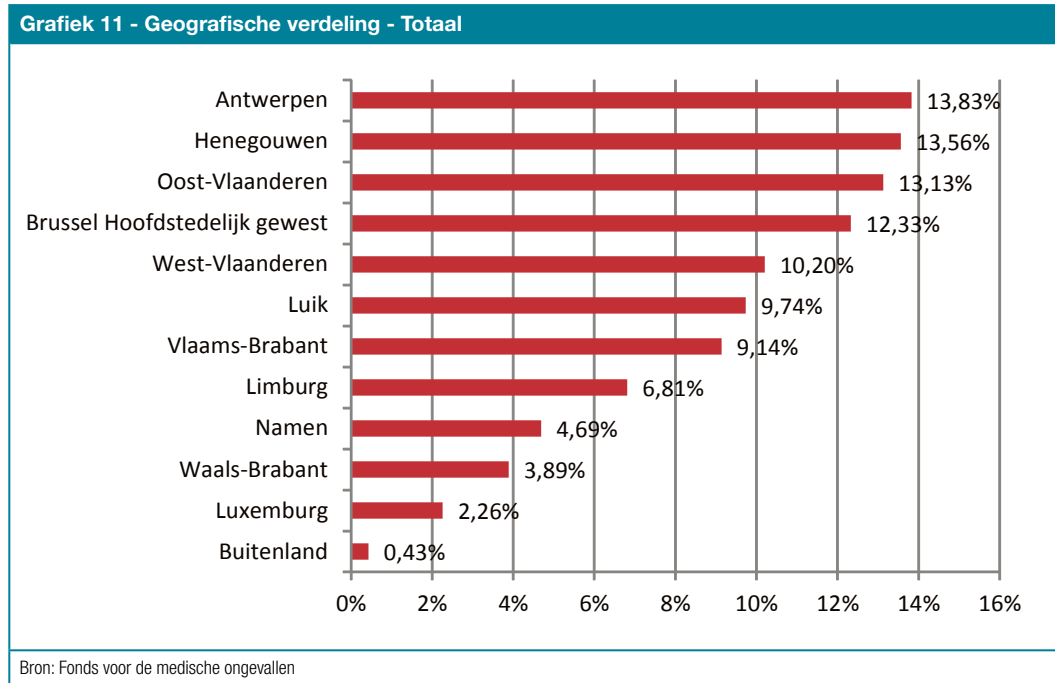
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In voorafgaande grafiek valt op dat 13,25% van de aanvragen 2015 uit het Brussels Hoofdstedelijk gewest komen, gevolgd door aanvragen uit de provincie Oost-Vlaanderen met 13,04%. 0,41% van de aanvragen wordt ingediend door personen die in het buitenland gedomicilieerd zijn.

De verdeling per gewest is als volgt: 39,85% van de dossiers wordt ingediend door personen die in het Waals Gewest wonen, 13,25% van de dossiers door personen die uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afkomstig zijn en 46,58% van de dossiers door personen uit het Vlaams Gewest.

Uit de statistieken sinds de lancering van het Fonds blijkt (zie de grafiek hieronder), zien we een verschil in verhouding tot 2015. Voor alle aanvragen sinds het ontstaan van het FMO komt het grootste deel van de aanvragen uit de provincie Antwerpen, Henegouwen en Oost-Vlaanderen. De aanvragen door bewoners van het Brussels Hoofdstedelijk gewest zijn relatief sterk toegenomen.

De aanvragen uit het buitenland, Luxemburg, Waals Brabant, Namen en Limburg blijven een beperkt aandeel te hebben.

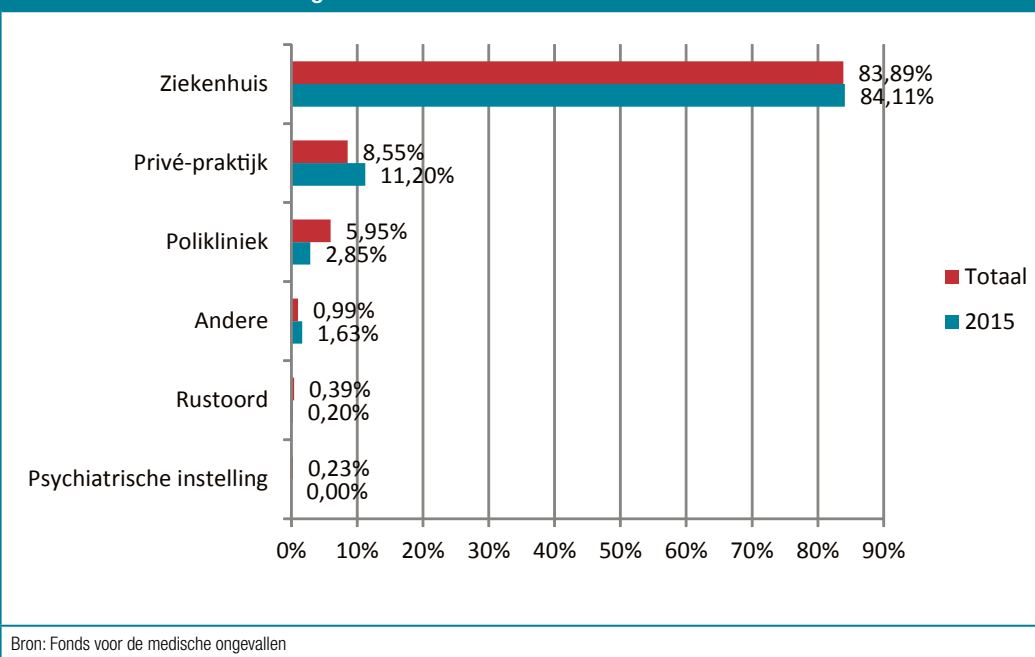


Er moet worden opgemerkt dat het gegeven “geografische” plaats van de verstrekking die aan de basis van de klacht en het dossier ligt, momenteel niet als statistische indicator in het beheerssysteem is opgenomen en dus niet in kaart kan worden gebracht. De mogelijkheid wordt bestudeerd om er een reporting 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 het aangegeven medisch ongeval

De volgende statistiek betreft de plaats van de geneeskundige verstrekking die volgens de aangifte van de aanvrager verband houdt met het medisch ongeval. 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 gepreciseerd 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 bijvoorbeeld een in het ziekenhuis uitgevoerde verstrekking 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.

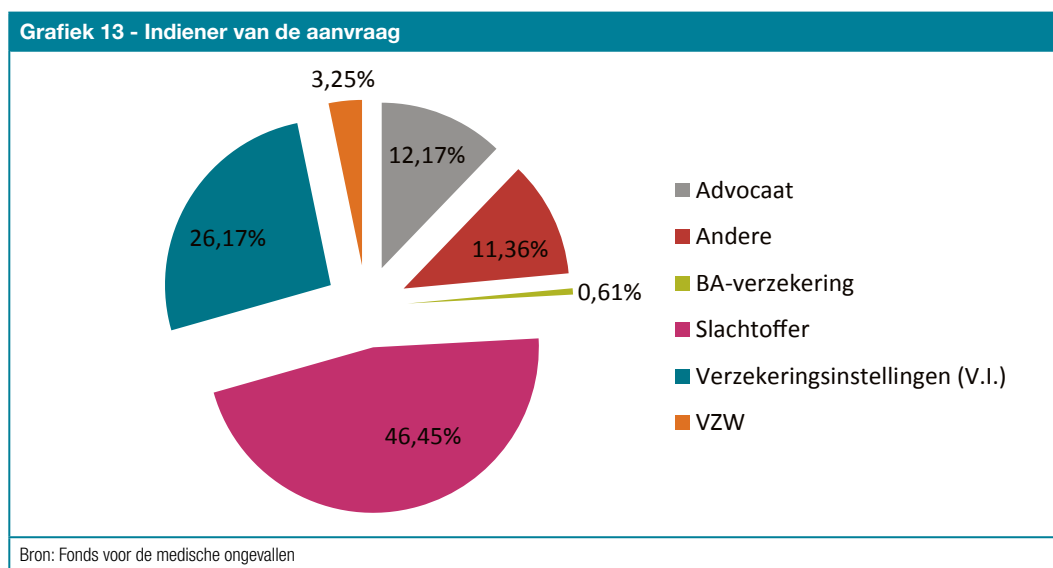
Grafiek 12 - Plaats van het ongeval



De meest voorkomende plaats voor een geneeskundige verstrekking is het ziekenhuis. Meer dan acht op tien ongevallen (meer dan 8 op 10 in 2015) 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 meer dan 8,5% van de schadegevallen sinds september 2012, dat in 2015 echter oploopt tot 11,2%, en de poliklinieken met een gemiddelde van 6,0% sinds september 2012, dat in 2015 echter terugloopt tot 2,8%. Sommige dossiers betreffen tot slot schadegevallen in een rusthuis of een psychiatrische inrichting, maar die gevallen komen veel minder vaak voor (minder dan 1%).

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 in onderstaande grafiek immers wordt aangegeven, 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 46% van de gevallen door het slachtoffer zelf bij het FMO ingediend. In vergelijking met 2014 betekent dat een daling van 2%, die wordt gecompenseerd door een stijging van 3% van de dossiers die door advocaten worden ingediend. Na het slachtoffer dienen de V.I.'s de meeste aanvragen (26 %) in.

Andere partijen kunnen ook een aanvraag indienen in de plaats van het slachtoffer. Het gaat om vzw's (patiëntenorganisaties bijvoorbeeld), bemiddelingsdiensten en verzekeringsmaatschappijen. Zij zijn goed voor iets meer dan 4% van alle aanvragen.

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 11% van het totale aantal ingediende dossiers.

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

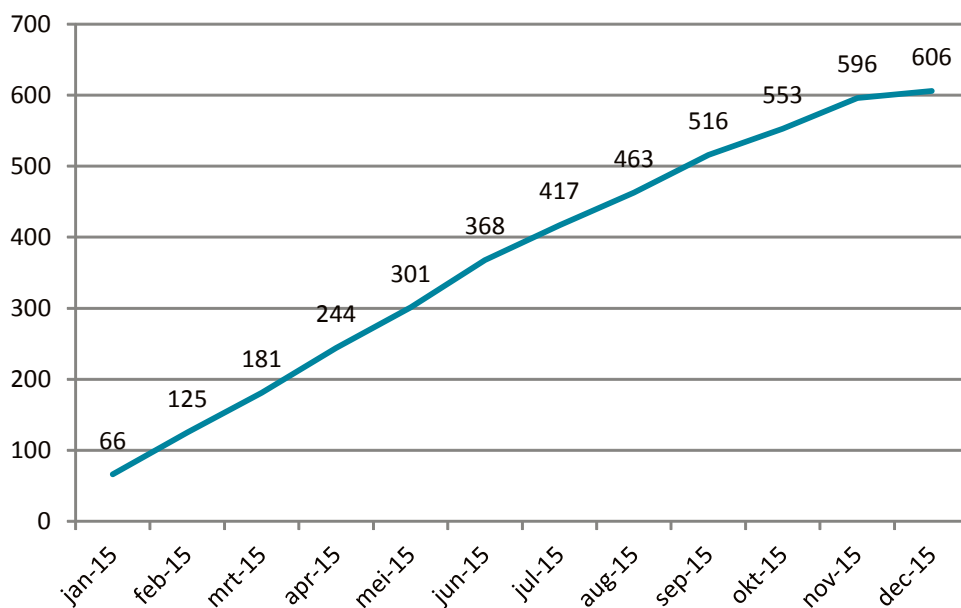
Op basis van de gegevens betreffende het aantal ingediende dossiers per maand kunnen we onder andere nagaan of het aantal dossiers permanent stijgt, of er kalmere of drukke periodes zijn, en of er sprake is van een opstarteffect of een kruissnelheid.

Tabel 12 - Detail van het aantal ingediende dossiers per maand - 2015

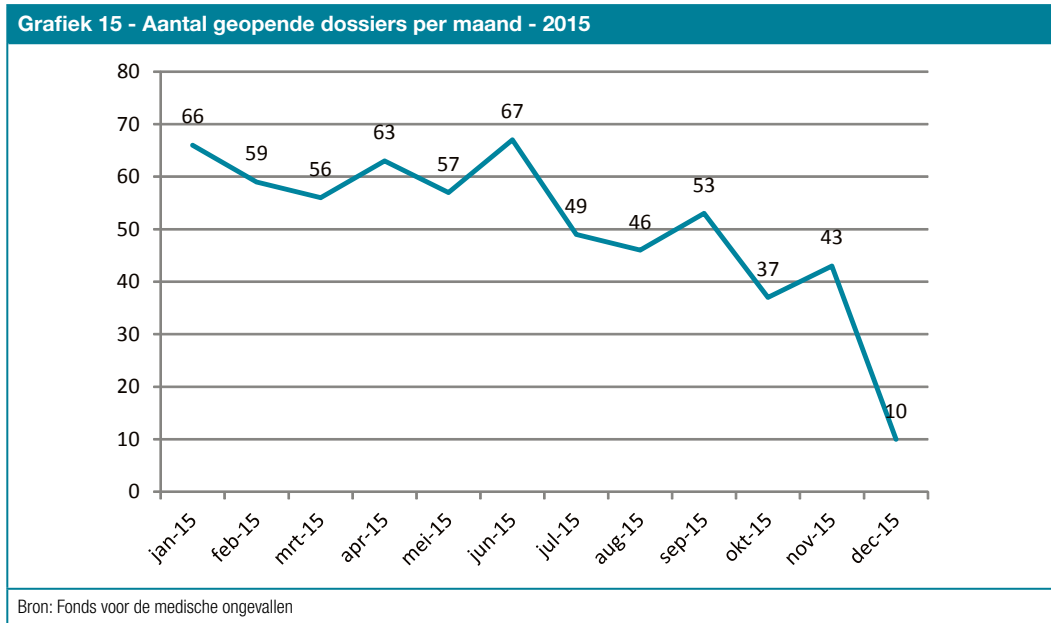
Maand	Aantal dossiers	Gecumuleerde dossiers
januari	66	66
februari	59	125
maart	56	181
april	63	244
mei	57	301
juni	67	368
juli	49	417
augustus	46	463
september	53	516
oktober	37	553
november	43	596
december	10	606
TOTAAL	606	Gemiddelde / maand: 50,5

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 14 - Aantal geopende dossiers per maand 2015 - Cumul



Bron: Fonds voor de medische ongevallen



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

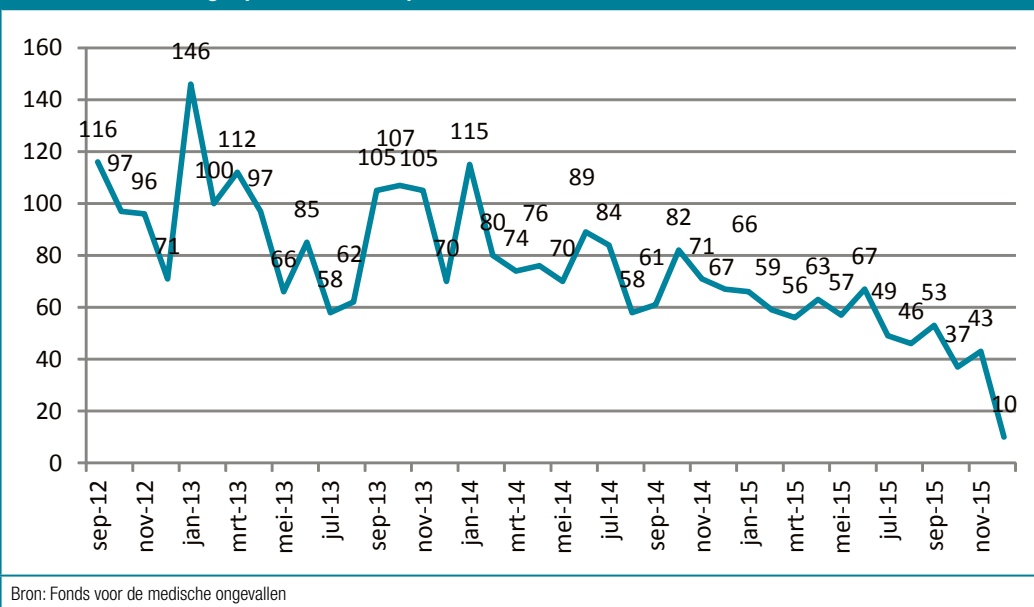
Op basis van de grafiek van het aantal gecumuleerde dossiers blijkt er om te beginnen een zeer constante toename op over heel 2015. We zien immers een praktisch rechte lijn die aantoont dat de toevloed van dossiers vrij stabiel en continu is, met een gemiddelde van ongeveer 50,5 dossiers per maand.

Per maand blijkt evenwel vast dat er tijdens het eerste semester van 2015 een grotere toevloed van dossiers was.

Na vergelijking van deze cijfers met de vorige jaren zijn er in 2015 gemiddeld gezien aanzienlijk minder dossiers werden ingediend. Terwijl in 2012 en 2013 elke maand meer dan 90 nieuwe dossiers werden ingediend, is dat teruggevallen tot 76 in 2014 en tot 50,5 in 2015. Het cijfer voor de nieuwe aanvragen in december 2015 blijkt afwijkend en moet zeker gecorrigeerd worden na verwerking van alle briefwisseling uit de kerstperiode. Er werd de voorkeur aan gegeven om te werken op basis van de cijfers 04.01.2016, zoals hoger vermeld.

Een trend is merkbaar en gelijklopend op die gelijklopend met de voorgaande jaren, namelijk dat in het eerste kwartaal steeds de meeste dossiers worden ingediend.

Grafiek 16 - Aantal geopende dossiers per maand - 2012-2013-2014-2015



7. Verdeling van het aantal gesloten dossiers per maand in fase 1 en 2 en 3

Op 31.12.2015 zijn er, voor wat betreft alle dossiers ingediend sinds de oprichting van het FMO:

- gesloten in fase 1: 213
- gesloten in fase 2: 400
- gesloten in fase 3: 11.

In tegenstelling tot 2014 betrof in 2015 de grote meerderheid van de afgesloten dossiers een advies (einde fase 2). In vergelijking met de voorgaande jaren is dit een enorme toename van het aantal afgesloten dossiers in fase 2, van 1 dossier in 2013, 46 in 2014 in 2015 400 dossiers afgesloten in fase 2.

Voor 11 dossiers werd in 2015 een schadevergoeding uitbetaald, in 2014 was er slechts 1 dossier waarvoor er een schadevergoeding werd betaald.

In vergelijking met 2014 werden er minder dossiers gesloten in fase 1 omwille van een beleidsbeslissing om de aanwezige middelen maximaal in te zetten voor beslissingen in fase 2 (advies van het FMO) ten nadele van beslissingen in fase 1. Overigens is een dossier gesloten in fase 1 een dossier dat na een eerste analyse niet kon verder onderzocht worden in fase 2, dossiers die ofwel onontvankelijk bleken of stopgezet werden door de aanvrager.

Alhoewel nog onvoldoende om de achterstand in te halen is dit toch een gunstige ontwikkeling.

8. Aantal ontvankelijke en onontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling

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

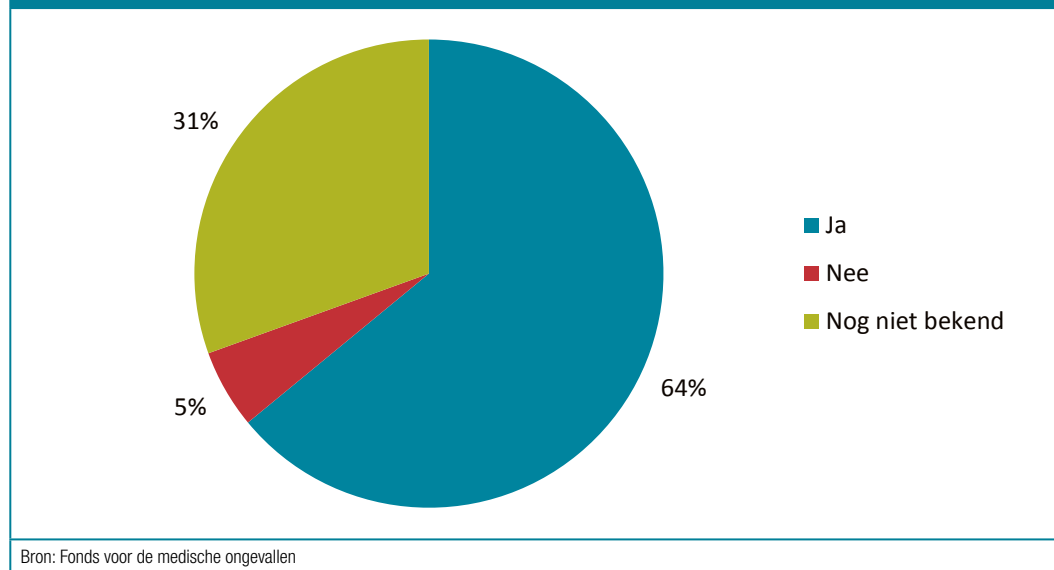
Tabel 13 - Taalrolverdeling en ontvankelijkheid van dossiers

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Ontvankelijkheid				
Nee		1	143	244
Ja			21	12
Nog niet bekend		3	131	51
Totaal		4	295	307

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Het verschil van 185 dossiers tussen het aantal in 2015 ingediende dossiers (606) en het totaal aan ontvankelijke en onontvankelijke dossiers (421) stemt overeen met de dossiers waarvoor men op 31 december 2015 nog niet wist of ze vanuit administratief oogpunt al dan niet ontvankelijk waren (analyse van de ontvankelijkheidscriteria in fase 1 nog niet uitgevoerd). Dat is met name het geval voor alle dossiers die in het laatste trimester van 2015 werden ingediend, en een beperkt aantal dossiers waarvoor de situatie niet duidelijk is.

Grafiek 17 - Ontvankelijkheid - Totaal 2015

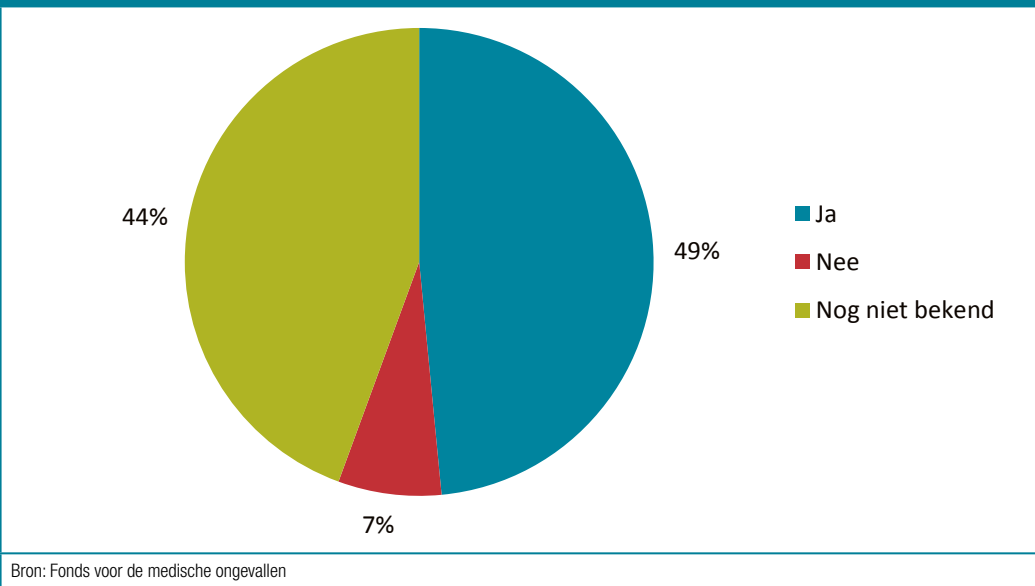


Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Uit de bovenstaande grafiek blijkt dat, in 2015, 5% van de ingediende dossiers vanuit administratief oogpunt onontvankelijk was.

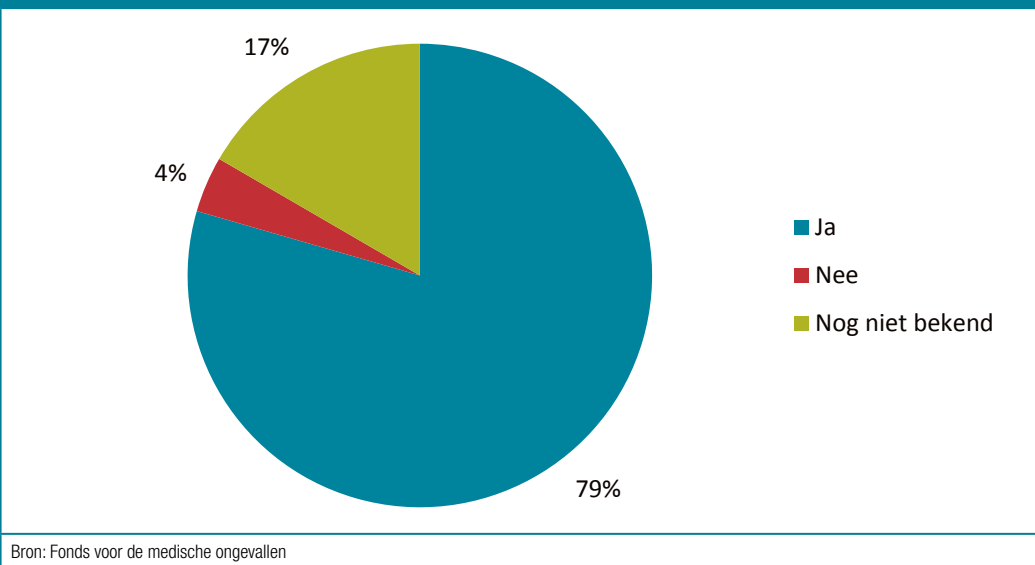
De analyse van deze gegevens per taalrol leveren opmerkelijke cijfers zoals hieronder weergegeven.

Grafiek 18 - Ontvankelijkheid FR



Bij de Franstalige dossiers is het aantal onontvankelijke gevallen proportioneel veel hoger is. Terwijl het Nederlandstalige onontvankelijkheidspercentage zich lijkt te stabiliseren, lijkt het aan Fransstalige kant explosief toe te nemen met meer dan 15%, wat een stijging van meer dan 6% inhoudt ten opzichte van 2013.

Grafiek 19 - Ontvankelijkheid NL



Na analyse van de Franstalige dossiers blijkt het onontvankelijke gevallen proportioneel hoger te zijn dan bij de Nederlandstalige dossiers.

9. Adviezen

Sinds de start werden er reeds 449 adviezen verleend door het FMO.

Voor het jaar 2015 werden volgende adviezen verleend:

Totaal adviezen 2015			
	NL	FR	Totaal
Totaal	235	112	347
Specifiek			
- Medisch Ongeval Zonder Aansprakelijkheid (MOZA)	13	5	18
- MOZA met ernstgraad	12	4	16
- Aansprakelijkheid	43	15	58
- Aansprakelijkheid 2015 met ernstgraad	21	8	29

Vergoedingen

In 2015 werden er 12 vergoedingen uitbetaald in 11 dossiers

Totaal van de uitbetaalde vergoedingen: 953.712,26 EUR.

Gemiddeld per dossier: 87.214,36 EUR.



Een selectie van de adviezen kan geraadpleegd worden op de website van het RIZIV: www.riziv.be, Thema's > Medische ongevallen > een selectie van adviezen verleend door het Fonds.

Deel 4 bis Medische statistieken



I. Algemene beschouwingen

Voor dit rapport werd gebruik gemaakt van de gegevens, beschikbaar begin februari 2016.

1. De codering

De codering van de dossiers gebeurt verder, zoals weergegeven in de vorige jaarverslagen (2013-2014). Sinds 2015 worden alle dossiers gecodeerd. Dit is niet het geval voor de onontvankelijke dossiers, bijvoorbeeld: aanvragen over infecties door een transfusie die werden opgelopen voor 2 april 2010 komen niet voor in deze codering.

2. Beperkingen van de huidige cijfers

Het aantal dossiers waarin een expertise gestart kon worden is sinds 2014 geleidelijk opgedreven dankzij de uitbreiding van het team artsen.

Dit rapport is gebaseerd op de gegevens na eindadvies van het FMO.

3. Toelichting bij de weergave van de cijfers

Voor de 506 dossiers waarin een eindadvies bestaat blijkt in 50% de ernstgraad bereikt. In de dossiers waarin de ernstgraad werd bereikt is, dit in 35% een blijvende invaliditeit van meer dan 25%, en in 35% een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van meer dan zes maanden, in 20% was het slachtoffer overleden, slechts in 10% bleek er een ernstige aantasting van de levensomstandigheden weerhouden te zijn.

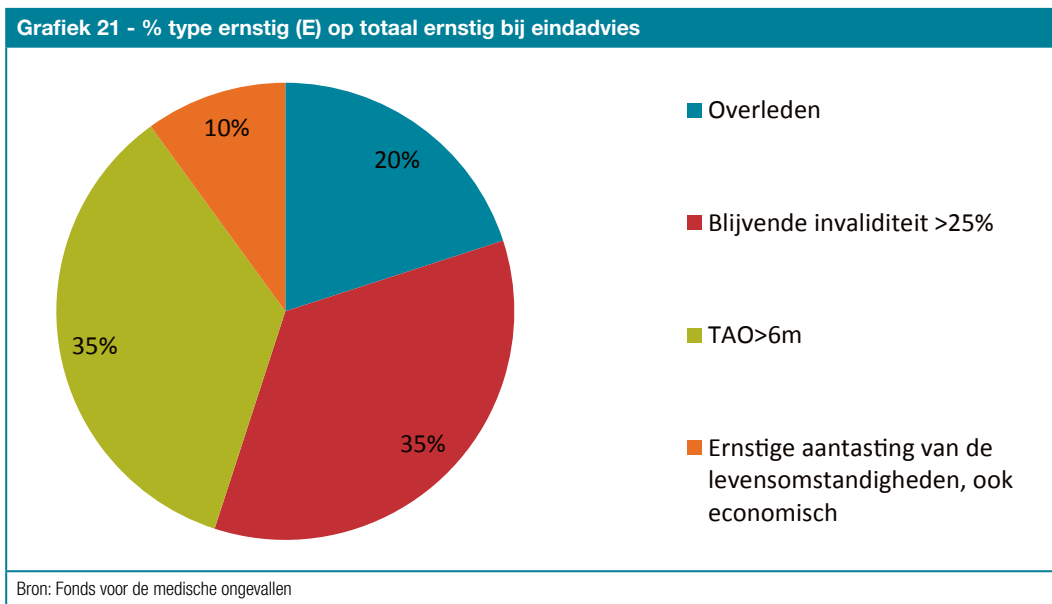
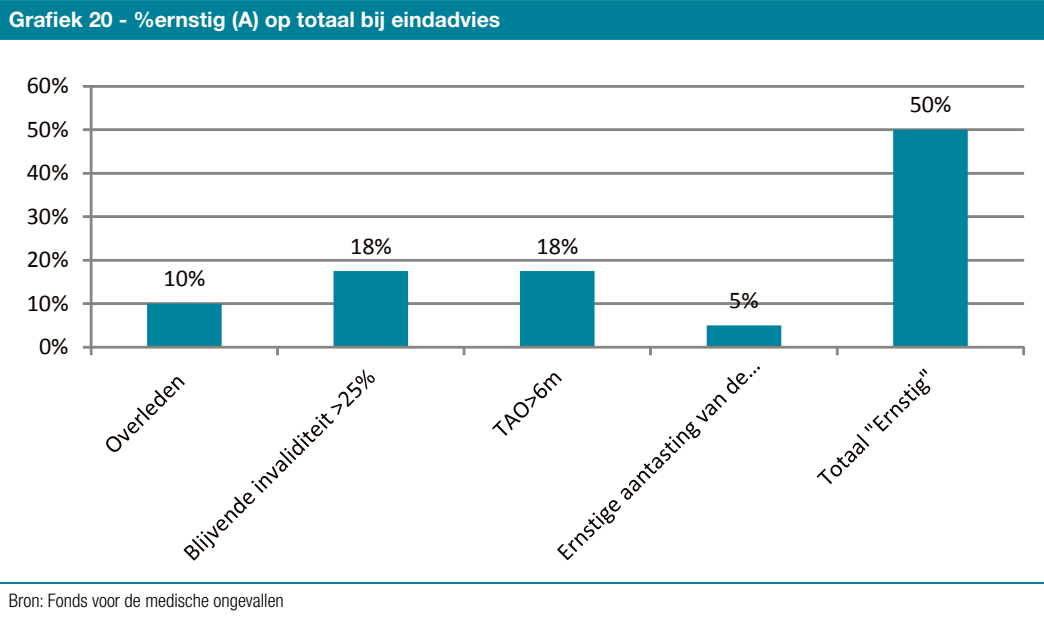
II. Statistieken

De cijfers betreffende de dossiers

a. Ernstgraad

Tabel 14 - Ernstgraad			
	eindadvies van FMO	% TOTAAL ANALYSES	% TOTAAL ERNSTIG
TOTAAL ANALYSES	506	100%	
Overleden	52	10%	20%
Blijvende invaliditeit > 25%	89	17,5%	35%
Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid (TAO) > 6m	89	17,5%	35%
Ernstige aantasting van de levensomstandigheden, ook economisch	23	5%	10%
TOTAAL "ERNSTIG"	253	50%	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

Toelichting: deze cijfers geven aan op basis van welke criteria van de wet een aanvraag werd beschouwd als "ernstig".



b. Plaats van het medisch ongeval

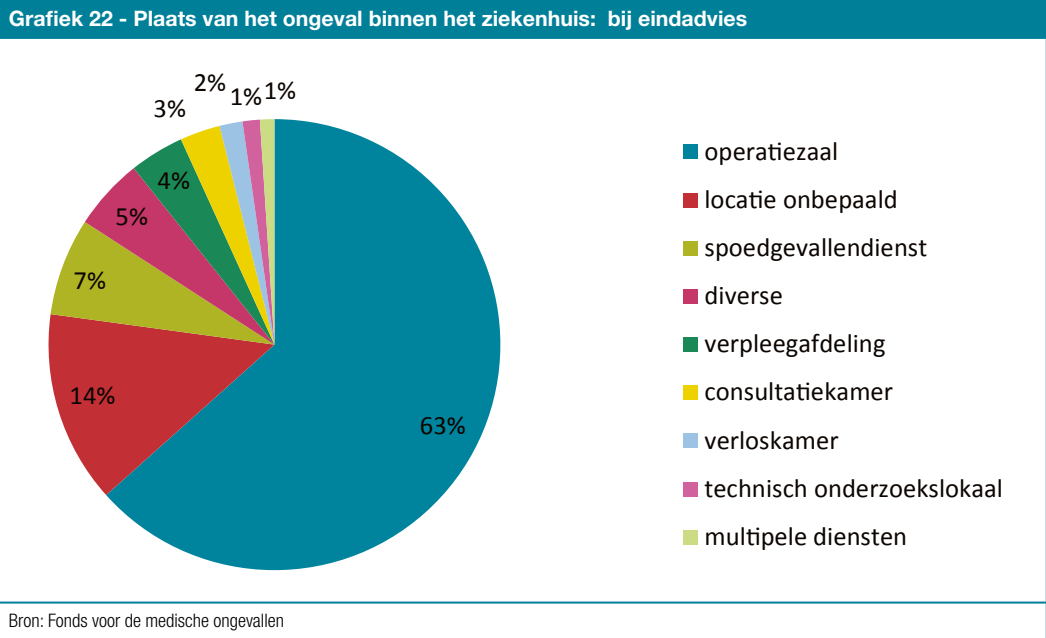
Tabel 15 - Plaats van ongeval globaal: bij eindadvies		
	Aantal	%
	Aantal	%
ziekenhuis	490	89,7%
niet ziekenhuis	56	10,3%
TOTAAL	546	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Tabel 16 - Plaats van het ongeval binnen het ziekenhuis : bij eindadvies		
	Aantal	%
operatiezaal	308	63,4%
locatie onbepaald	67	13,8%
spoedgevallendienst	34	7,0%
diverse	25	5,1%
verpleegafdeling	19	3,9%
consultatiekamer	14	2,9%
verloskamer	8	1,6%
technisch onderzoeklokaal	6	1,2%
multiële diensten	5	1,0%
TOTAAL	486	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

In tabel 16 wordt de plaats waar het ongeval gebeurde in het ziekenhuis weergegeven:

- “diverse” staat voor alle locaties die minder dan 5 keer voorkomen, met name de arbeidskamer, cathlab, dienst neonatologie, radiotherapie, revalidatiedienst, afdeling intensieve zorgen en de operatieafdeling
- “multiële diensten” staat voor preoperatieve ruimten, wachtkamers en recovery
- “locatie onbepaald” wordt gebruikt wanneer het dossier onvoldoende informatie bevat om precies te lokaliseren waar het ongeval heeft plaats gehad.

Na advies blijkt de meerderheid van de ongevallen in de operatiezaal te gebeuren. Ook op de dienst spoedeisende zorgen heeft een groot deel van de medische ongevallen plaats. Deze gegevens bevestigen de vaststellingen uit het verleden.



Toelichting: uit het advies blijkt dat de meeste verwickelingen optreden in de operatiezaal, hetgeen uiteraard niet verrast. Ook in de dienst spoedeisende zorgen worden een vrij groot aantal medische ongevallen weerhouden. Deze gegevens bevestigen de vaststellingen uit het verleden.

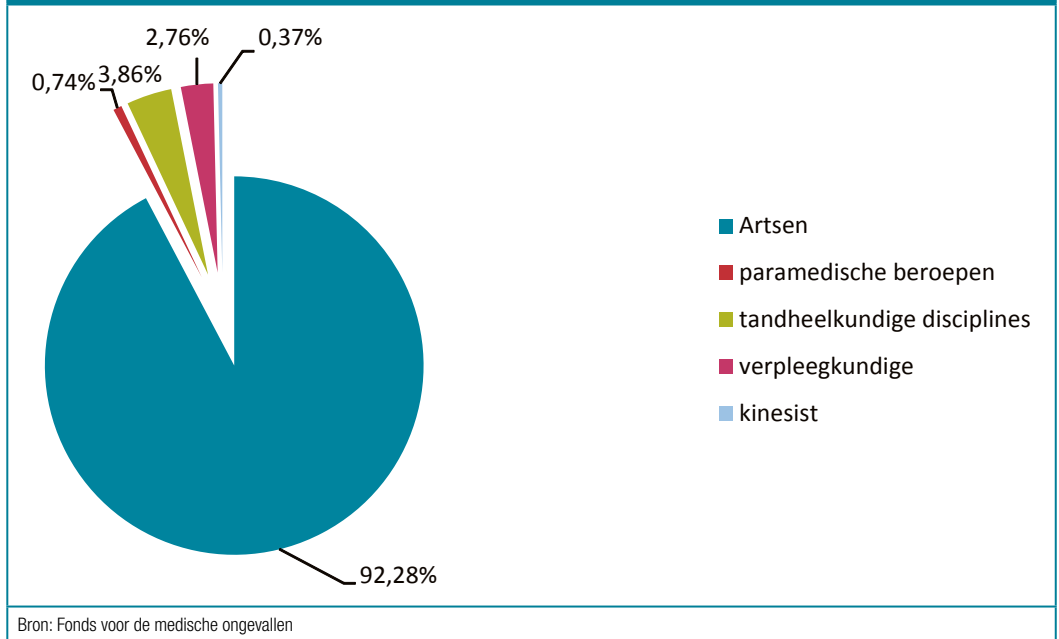
c. Zorgverleners

Tabel 17 - Betrokken zorgverleners bij eindadvies		
	Aantal	%
Artsen		
orthopedie	154	28,3%
algemene chirurgie	56	10,3%
neurochirurgie	41	7,5%
gynecologie-verloskunde	39	7,2%
anesthesie	30	5,5%
gastro-enterologie	19	3,5%
urgentiegeneeskunde/acute gen.	16	2,9%
huisartsgeneeskunde	15	2,8%
urologie	15	2,8%
oftalmologie	13	2,4%
vaatchirurgie	12	2,2%
cardiologie	11	2,0%
oto-rino-laryngologie	9	1,7%
plastische chirurgie	7	1,3%
oncologie	7	1,3%
fysiotherapie en revalidatie	6	1,1%
algemeen inwendige	6	1,1%
cardiochirurgie	5	0,9%
radiologie	5	0,9%
psychiatrie	5	0,9%
maxillofaciale en stomatologie	5	0,9%
neurologie	5	0,9%
thoracale chirurgie	3	0,6%
MOC (multidisciplinair oncologisch consult)	3	0,6%
reumatologie	2	0,4%
radiotherapie	2	0,4%
intensieve zorgen	2	0,4%
nefrologie	2	0,4%
hematologie	2	0,4%
pediatrie	1	0,2%
dermatologie	1	0,2%
ander specialisme arts	2	0,4%
admin. Geneeskunde	1	0,2%
Paramedische beroepen		
audioloog/audicien	1	0,2%
bandagist/orthesist/prothesist	1	0,2%
podoloog	1	0,2%
technoloog medische beeldvorming	1	0,2%

Tabel 17 - Betrokken zorgverleners bij eindadvies - vervolg

Tandheelkundige disciplines		
tandarts algemeen/onbekend	20	3,7%
parodontologie	1	0,2%
Verpleegkundige		
verpleegkundige	15	2,8%
Kinesist		
kinesist	2	0,4%
TOTAAL	544	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Grafiek 23 - Betrokken zorgverleners: bij eindadvies



d. Zorgverstrekkers betrokken in ongevallen waar de schade de ernstgraad bereikt

Tabel 18 - Zorgverleners + bereikte ernstgraad: bij eindadvies			
	Aantal	%	Cumul%
orthopedie	75	29,64%	29,64%
neurochirurgie	26	10,28%	39,92%
algemene chirurgie	25	9,88%	49,80%
gynecologie-verloskunde	24	9,49%	59,29%
anesthesie	12	4,74%	64,03%
gastro-enterologie	13	5,14%	69,17%
oftalmologie	8	3,16%	72,33%
vaatchirurgie	7	2,77%	75,10%
huisartsgeneeskunde	7	2,77%	77,87%
urologie	5	1,98%	79,84%
urgentiegeneeskunde/acute gen.	7	2,77%	82,61%
oncologie	5	1,98%	84,58%
cardiologie	5	1,98%	86,56%
verpleegkundige	4	1,58%	88,14%
psychiatrie	4	1,58%	89,72%
neurologic	3	1,19%	90,91%
algemene inwendige	3	1,19%	92,09%
radiologie	3	1,19%	93,28%
oto-rino-laryngologie	3	1,19%	94,47%
tandarts algemeen/onbekend	2	0,79%	95,26%
hematologie	2	0,79%	96,05%
maxillofaciale en stomatologie	2	0,79%	96,84%
thoracale chirurgie	2	0,79%	97,63%
nefrologie	1	0,40%	98,02%
intensieve zorgen	1	0,40%	98,42%
cardiochirurgie	1	0,40%	98,81%
reumatologie	1	0,40%	99,21%
plastische heelkunde	1	0,40%	99,60%
podoloog	1	0,40%	100,00%
TOTAAL	253	100%	

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Toelichting: deze cijfers tonen dat de disciplines die hoog scoren in aantal therapeutische ongevallen ook hoog scoren in de categorie van de ernstige schade (Het zou immers theoretisch mogelijk zijn dat bepaalde disciplines meer ongevallen hebben met beperktere ernstgraad van de letsels).

e. Directe letsels

Directe letsels zijn de letsels die door de zorgverstrekking rechtstreeks veroorzaakt worden. Deze kunnen de oorzaak zijn van de uiteindelijk overblijvende letsels (invaliditeit), dus de sequelae; maar dit is niet steeds het geval: bv. beschadiging van de urineleider bij een operatie is het directe letsel, maar dit kan buikvliesontsteking, dan bloedvergiftiging, shock en uiteindelijk (door critical illness polyneuropathie) verlamming veroorzaken. De verlamming is dan het uiteindelijk letsel (het sequelae).

Tabel 19 - Directe letsels / Globaal: bij eindadvies			
	Aantal	%	Cumul%
locomotorische letsels (BL en OL)	131	23,2%	23,2%
gastro-intestinaal+abdominale organen en wand	67	11,9%	35,0%
perifere neurologische letsels	61	10,8%	45,8%
spinale letsels	53	9,4%	55,2%
algemene letsels	45	8,0%	63,2%
urinestelsel	36	6,4%	69,6%
cerebrale letsels	35	6,2%	75,8%
vasculaire letsels	31	5,5%	81,2%
tandheelkundige en maxillo-faciale letsels	22	3,9%	85,1%
huidletsels en plastisch chirurgische letsels	15	2,7%	87,8%
oogletsel	14	2,5%	90,3%
cardiale letsels	11	1,9%	92,2%
pulmonair + thoraxwand en mediastinum	9	1,6%	93,8%
NKO-letsel	9	1,6%	95,4%
obstetrische letsels	7	1,2%	96,6%
psychische letsels	5	0,9%	97,5%
anesthesie-specifieke letsels	4	0,7%	98,2%
gynaecologische letsels	5	0,9%	99,1%
oncologische letsels	3	0,5%	99,6%
endocrinologische letsels	2	0,4%	100,0%
TOTAAL	565	100%	
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

f. Sequelen

Tabel 20 - Sequelen: bij eindadvies			
	Aantal	%	Cumul %
Locomotorische sequelen	141	24,6%	24,6%
Algemene sequelen*	97	16,9%	41,5%
Perifere neurologische sequelen	63	11,0%	52,4%
Gastro-intestinale sequelen	52	9,1%	61,5%
Spinale sequelen	46	8,0%	69,5%
Cerebrale sequelen	37	6,4%	76,0%
Uro-nefrologische sequelen	26	4,5%	80,5%
Tandheelkundige en maxillofaciale sequelen	19	3,3%	83,8%
Oftalmologische sequelen	14	2,4%	86,2%
NKO-sequelen	12	2,1%	88,3%
Psychische sequelen	12	2,1%	90,4%
Littekensequelen-oppervlakkige infecties	10	1,7%	92,2%
Cardiale sequelen	10	1,7%	93,9%
Plastische chirurgie sequelen	8	1,4%	95,3%
Luchtwegensequelen	7	1,2%	96,5%
Obstetrische sequelen (foetus en moeder)	4	0,7%	97,2%
Perifeer vasculaire sequelen	3	0,5%	97,7%
Oncologische sequelen	3	0,5%	98,3%
Andrologische sequelen	3	0,5%	98,8%
Multipele**	3	0,5%	99,3%
Endocriene sequelen	2	0,3%	99,7%
Gynaecologische sequelen	1	0,2%	99,8%
Geen schade	1	0,2%	100,0%
TOTAAL	574	100%	
<p>*: Algemene sequelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet nader bepaald - geen - louter moreel letsel - onvoldoende resultaat - vertraagde / zwaardere behandeling - malaise NNB - hartstilstand (onbedoeld) - shock - necrotiserende fasciïts sequelen - cachexie - chronische / recidiverende infectie algemeen - ander systemisch lijden <p>** : Multipele gelijktijdige sequelen</p>			
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

III. Andere activiteiten van de artsen

1. De interne artsen

In de loop van 2015 werden 2 Nederlandstalige en 2 Franstalige artsen aangeworven. 2 Franstalige artsen verlieten het Fonds.

Eind 2015 diende de geneesheer-coördinator zijn ontslag in.

2. Het netwerk van externe experts

De uitbouw van een netwerk van externe experts is geen sinecure. Het FMO zoekt vaktechnisch hoogstaande experts, die onafhankelijk en gedegen en gemotiveerd advies willen en kunnen geven en dat binnen een zeer kort tijdsbestek. Deze vakspecialisten zijn niet steeds vertrouwd met de procedures van expertises en evenmin met de evaluatie van schade. Het Fonds probeert dus een oplossing te vinden om 'top-geneeskunde' te combineren met correcte evaluaties.

De beste oplossing op heden zijn 'duo-experten', waarbij een arts met ervaring en/of vorming als (gerechts)-expert samenwerkt met een specialist in de materie.

Er zijn talrijke contacten gelegd, de procedures lopen, het netwerk wordt geleidelijk en continu verder uitgebouwd.

3. Voordrachten

Het blijkt telkens opnieuw dat de opdracht van het FMO weinig gekend is, zowel voor de zorgverleners als voor het bredere publiek.

De medewerkers van het Fonds besteden daarom ook tijd om voorlichtingen te geven bij wetenschappelijke verenigingen van artsen en anderen, ter gelegenheid van symposia, vergaderingen van LOK groepen van artsen enz, met uitzondering van commerciële initiatieven.

- Opleiding voor verzekeringsartsen: UAntwerpen
- 25.03.2015 : informatievergadering voor de geneesheer-experten van het Fonds
- 19.11.2015 LOK Aalter: FMO de procedures en de praktijk
- 24.11.2015 UIA ahlec: het FMO vanuit medisch oogpunt
- 28.11.2015 pijnkliniek: het FMO: geen pijnloze bevalling
- 24.03.2015 oogartsen Francorchamps
- 01.04.2015 geneesheren te Gent
- 08.12.2015 opleiding voor de experts die optreden namens het FONDS

Net zoals in het verleden werd ter gelegenheid van deze ontmoetingen met zorgverleners vastgesteld dat bij hen nog belangrijke misvattingen bestaan over de wet i.v.m. de vergoedingen van slachtoffers van medische ongevallen en het Fonds. De perceptie dat de Wet van 31 maart 2010 een 'no-fault'-wet is en de misvatting dat het Fonds vergoedingen uitkeert in alle gevallen van zware letsels zijn voorbeelden die in het oog springen.

4. Vrije en geïnformeerde toestemming

Het Fonds heeft, in de eerste rapporten van sommige experts, vastgesteld dat de deskundigen de 'vrije en geïnformeerde toestemming' (dit is informatie die aan de patiënt gegeven werd en diens toestemming voor de zorgverstrekking) stiefmoederlijk behandelden. Sommige zorgverleners bleken weinig op de hoogte te zijn van (de bepalingen van) de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt. Het FMO beseft het belang van de vrije en geïnformeerde toestemming. Sinds 2015 heeft het FMO erop aangedrongen zowel bij het inwinnen van inlichtingen als bij de expertise hieraan aandacht te besteden.

Deel 5
Financiële informatie
“opdrachten”



Na de statistieken van de activiteiten “opdrachten” van het FMO te hebben besproken, moet een blik worden geworpen op de begroting en op de potentiële kostprijs van de verschillende opdrachten voor het FMO. Daarom is dit 5^e deel gewijd aan de financiële informatie en aan de begrotingen 2015 en 2016 van het FMO. Die begrotingen worden in twee delen voorgesteld: een deel over de opdrachten van het Fonds en een deel over de werkingsuitgaven van het Fonds (beheersbegroting).

Sinds zijn oprichting op 1 september 2012 heeft het FMO tal van expertises uitgevoerd en zijn in de loop van 2015 de eerste vergoedingen gestort. In tegenstelling tot de vorige jaren waarin geen significante statistieken op basis van het aantal vergoedingen konden worden voorgelegd, is het Fonds momenteel in staat om de eerste statistieken te bezorgen over de vergoedingen die het Fonds werkelijk heeft gestort.

Naast deze cijfers over de vergoedingen worden zoals elk jaar ook de financiële statistieken besproken met betrekking tot de kosten van de expertises die noodzakelijk zijn met het oog op de goede uitvoering van de opdrachten van het Fonds, ongeacht of het gaat om eenzijdige of minnelijke expertises, dan wel om adviesaanvragen bij gespecialiseerde advocaten.

Ten slotte zijn de gegevens over de geschillendossiers in de cijfers opgenomen, meer bepaald de betaling van advocaten in het kader van gerechtelijke procedures die het Fonds heeft ingesteld.

I. Begroting 2015 en 2016 – Opdrachten

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2015 ter beschikking heeft gekregen voor de uitvoering van zijn opdrachten.

Tabel 21 - Opdrachtenbegroting 2015	
Rubriek	Begroting 2015
8157 - Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	110.000
8158 - Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000
80500 – Tenlasteneming van kosten die normaal door de begunstigde moeten worden gedragen:	10.456.526
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergoedingen: 2.601.000 EUR ○ Rampen: 4.895.613 EUR ○ Nosocomiale infecties: 1.456.733 EUR ○ Expertises: 1.503.180 EUR 	
TOTAAL	11.371.526
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2016 ter beschikking heeft gekregen voor de uitvoering van zijn opdrachten.

Tabel 22 - Opdrachtenbegroting 2016	
Rubriek	Begroting 2016
8157 - Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	110.000
8158 - Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000
80500 – Tenlasteneming van kosten die normaal door de begunstigde moeten worden gedragen:	10.220.555
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergoedingen: 2.370.000 EUR ○ Rampen: 4.806.512 EUR ○ Nosocomiale infecties: 1.500.436 EUR ○ MME's: 1.543.607 EUR 	
TOTAAL	11.135.555
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

Commentaar

De betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling vertegenwoordigen het geraamde bedrag dat moet worden betaald aan advocaten in het kader van juridische procedures tegen een privéverzekeraar of 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 begunstigten 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 reële bestaande gegevens (voornamelijk voor de expertisekosten) 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 de redelijke vergoedingsvooruitzichten in 2015 en 2016, gelet op de duur van de behandeling van het dossier. De normale en initiële begroting is immers aanzienlijk hoger, omdat zij is gebaseerd op het aantal gevallen dat door het KCE is gesimuleerd en berekend.

Verderop in dit verslag zullen die begrotingen worden vergeleken met de uitgaven voor in 2015 uitgevoerde opdrachten en in het bijzonder met de uitgaven in het kader van de expertises, ongeacht of zij eenzijdig of tegensprekelijk zijn, en met de vergoedingen.

II. Begroting 2015 en 2016 – Beheer

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

In de onderstaande tabellen worden de beheersbegrotingen van het Fonds weergegeven, respectievelijk voor de jaren 2015 en 2016.

Tabel 23 - Beheersbegroting 2015		
	TOTAAL (EUR)	%
Personeel	3.034.029	66,3%
Gewone werkingskosten	665.867	14,5%
Roerende investeringen	32.231	0,7%
Informatica werkingskosten	745.090	16,3%
Informatica investeringen	100.000	2,2%
TOTAAL beheersbegroting	4.577.217	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Tabel 24 - Beheersbegroting 2016		
	Totaal (EUR)	%
Personeel	3.270.000	67,72%
Gewone werkingskosten	688.079	14,25%
Roerende investeringen	17.000	0,35%
Informatica werkingskosten	752.541	15,59%
Informatica investeringen	101.000	2,09%
TOTAAL beheersbegroting	4.828.620	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

De uitgaven die in de beheersbegroting zijn opgenomen, zijn onder meer de personeelsuitgaven voor de bezoldiging van het personeel dat bij het Fonds werkt (dossierbeheerders, artsen, juridische experts, administratieve experts, ...), 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 moet worden opgemerkt dat de begroting 2015 is bijgesteld op grond van een aantrekkelijke activiteit in de loop van het jaar om rekening te houden met de uitbetaling van de achterstallige competentiepremies in 2015. Deze aanpassing heeft ertoe geleid dat de personeelskosten en dus de beheersbegroting met 6.924 EUR zijn toegenomen.

Wat de begroting 2016 betreft, zijn de personeelsuitgaven licht naar boven herzien om rekening te houden met het nieuwe personeelsplan terwijl de begroting van de opdrachten opnieuw is geraamd op basis van de werkelijke behoeften die voor het FMO op basis van de oefening 2015 zijn geraamd.

Met betrekking tot de verdeling van de beheersbegroting van het Fonds is het niet verwonderlijk dat de personeelsuitgaven met bijna 68 % van de beheersbegroting de hoogste uitgaven zijn. Zij worden gevolgd door de werkingsuitgaven die noodzakelijk zijn opdat het Fonds de hem toevertrouwde opdrachten in de best mogelijke omstandigheden en met name dankzij de informatietoepassingen, kan uitvoeren. De investeringen op hun beurt vertegenwoordigen slechts een klein deel van de beheersbegroting.

III. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

Hoog tijd om even stil te staan bij de statistieken “opdrachten” van het Fonds. Het Fonds heeft immers tal van expertises uitgevoerd waarbij bepaalde financiële gegevens in verband met de opdrachten van het Fonds konden worden verzameld. In dit deel zullen u dus de nodige statistieken en informatie over de kostprijs van die expertises worden meegedeeld.

De hierna voorgestelde statistieken hebben vooral betrekking op de kosten van de expertises en de verdeling van de kosten tussen de eenzijdige expertises, de adviesaanvragen bij advocaten (met name voor het herlezen van vergoedingsvoorstellen en andere juridische adviezen) en de tegensprekelijke expertises.

In de onderstaande tabel worden de gegevens vermeld betreffende de expertises en adviesaanvragen alsook het bedrag en het aantal vergoedingen die sinds de start van het Fonds zijn uitbetaald (statistieken afgesloten op 31.12.2015). Eerst worden de gegevens over de expertises geanalyseerd en in grafieken weergegeven om een duidelijker beeld te krijgen van de aard van de expertises, de verdeling en de kostprijs ervan. Daarna worden de gegevens met betrekking tot de kosten van de verschillende vergoedingen die al zijn gestort, geanalyseerd.

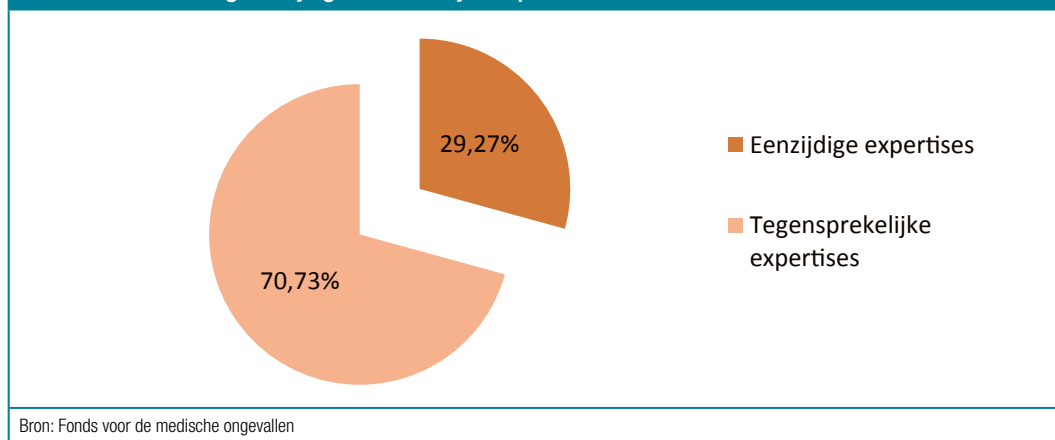
Tabel 25 - Kosten van de expertises van het FMO

Type	Aantal gefactureerde expertises / gestorte vergoedingen	Totale kosten (in EUR)	Gemiddelde kosten (in EUR)
Expertises	731	1.280.819,02	1.752,15
Eenzijdige expertises	214	202.416,73	945,87
Tegensprekelijke expertises	517	1.078.402,29	2.085,88
Advokatenkosten	191	330.245,18	1.729,03
Adviesaanvragen	170	289.045,64	1.700,27
Geschillendossiers	21	41.199,54	1.961,88
Vergoedingen	14	1.353.371,06	96.669,36
TOTAAL	936	2.964.435,26	-

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

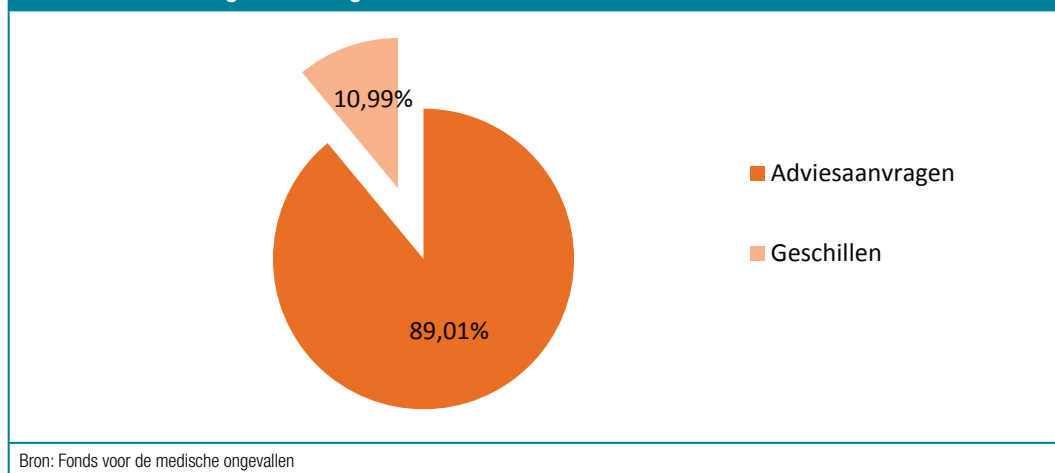
De eerste vaststelling is dat de tegensprekelijke expertises talrijker zijn dan de eenzijdige expertises. Zoals uit onderstaande grafiek blijkt, zijn de verhoudingen van de tegensprekelijke expertises en eenzijdige expertises ten opzichte van het totaal aantal expertises immers respectievelijk 70,73 % en 29,27 %. De verhouding vorig jaar was 61,11 % voor de tegensprekelijke expertises en 38,89 % voor de eenzijdige expertises. In de afgelopen maanden een grotere stijging van de tegensprekelijke is, vergeleken met de eenzijdige expertises. Men kan zelfs verder gaan en verduidelijken dat de verhouding voor dit type expertise twee jaar eerder in de buurt van 50/50 lag. Het is dan ook heel duidelijk dat het Fonds steeds vaker de voorkeur geeft aan de tegensprekelijke expertise ten opzichte van de eenzijdige expertise.

Grafiek 24 - Verdeling eenzijdige en minnelijke expertises



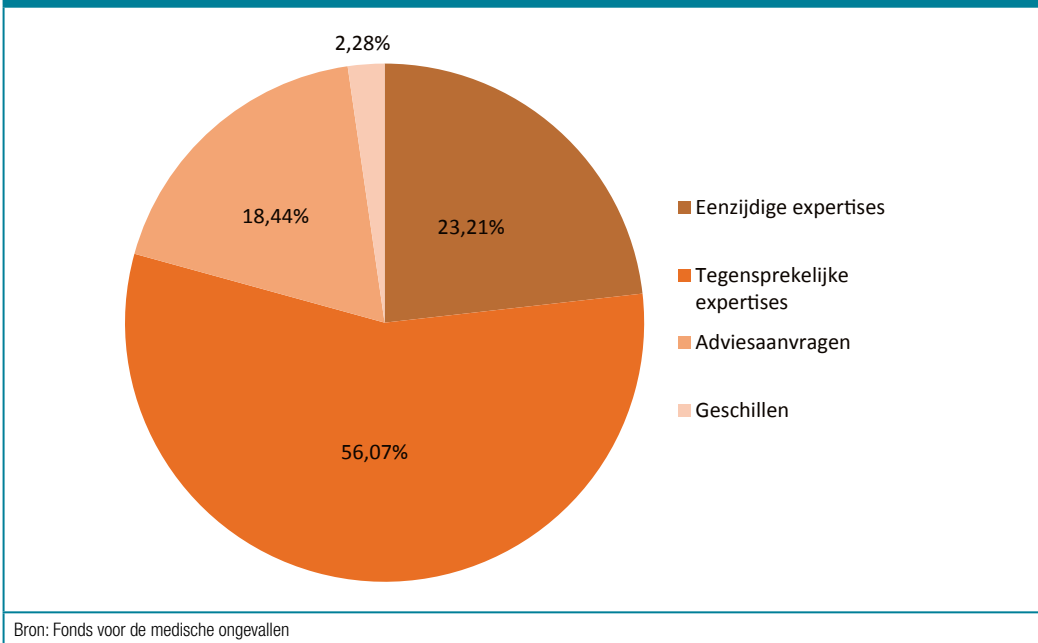
Wat betreft de advocatenkosten en in het bijzonder bij het aantal vragen die tot de verschillende advocaten worden gericht, wordt vastgesteld dat de meeste vragen (bijna 90 %) betrekking hebben op het herlezen van de adviezen die het Fonds heeft voorbereid. Het aantal keren dat een beroep wordt gedaan op advocaten om het Fonds te vertegenwoordigen in het kader van gerechtelijke procedures vertegenwoordigt momenteel slechts 10 % van de vragen die aan advocaten worden gericht. Die vaststelling is vrij logisch, aangezien de eerste gerechtelijke procedures pas kunnen worden ingeleid nadat het Fonds een beslissing heeft genomen, wat voor sommige dossiers veel tijd in beslag kan nemen.

Grafiek 25 - Verdeling van de vragen aan de advocaten



Als de twee vorige grafieken naast elkaar worden geplaatst, kan men duidelijk zien dat bijna 80 % van de facturen die het Fonds momenteel betaalt, betrekking hebben op expertises die in het kader van de afhandeling van een dossier worden gevraagd. De facturen voor advocatenkosten vertegenwoordigen maar 20 % van de betaalde facturen. Die vaststelling is vrij logisch, aangezien de adviezen van de gespecialiseerde advocaten pas aan het einde van de behandeling van de dossiers worden gevraagd, nadat het dankzij de minnelijke en eenzijdige expertises mogelijk was om de dossiers waarvoor een tegemoetkoming mogelijk is, eruit te halen.

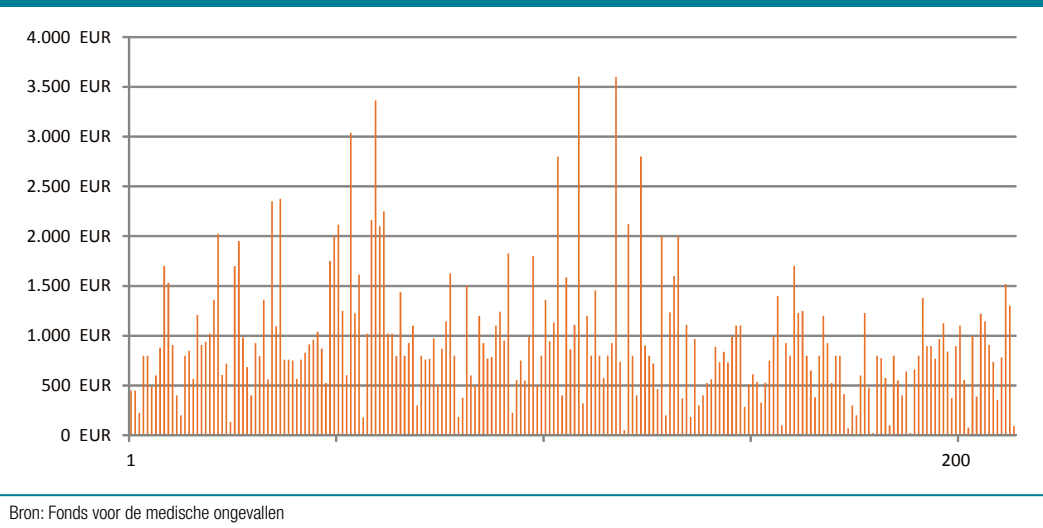
Grafiek 26 - Verdeling per soort factuur



Na een analyse van het aantal facturen wordt stilgestaan bij de kosten van die expertises en aanvragen. Het is geen verrassing om vast te stellen dat de tegensprekelijke expertises het duurst zijn met een gemiddelde kostprijs van 2.085,88 EUR tegenover 1.961,88 EUR voor de geschillendossiers, 1.700,27 EUR voor de adviesaanvragen en amper 945,87 EUR voor de eenzijdige expertises. Wat de cijfers van het vorige rapport betreft, is het interessant om vast te stellen dat de gemiddelde kostprijs van de expertises (eenzijdige en tegensprekelijke) globaal genomen is afgenomen terwijl de gemiddelde kostprijs van de advocatenfacturen (adviezen en geschillen) is toegenomen.

Wat de kosten betreft, is de bovenstaande tabel interessant, maar ze bevat geen preciseringen over de kostenmarge. Het is immers nuttig om na te gaan of alle expertises en adviesaanvragen ongeveer dezelfde kostprijs hebben dan wel of dat er enkelen zijn die het gemiddelde de hoogte injagen. Daarom wordt in de onderstaande grafieken een overzicht gegeven van alle gefactureerde expertises en hun respectievelijke kostprijs.

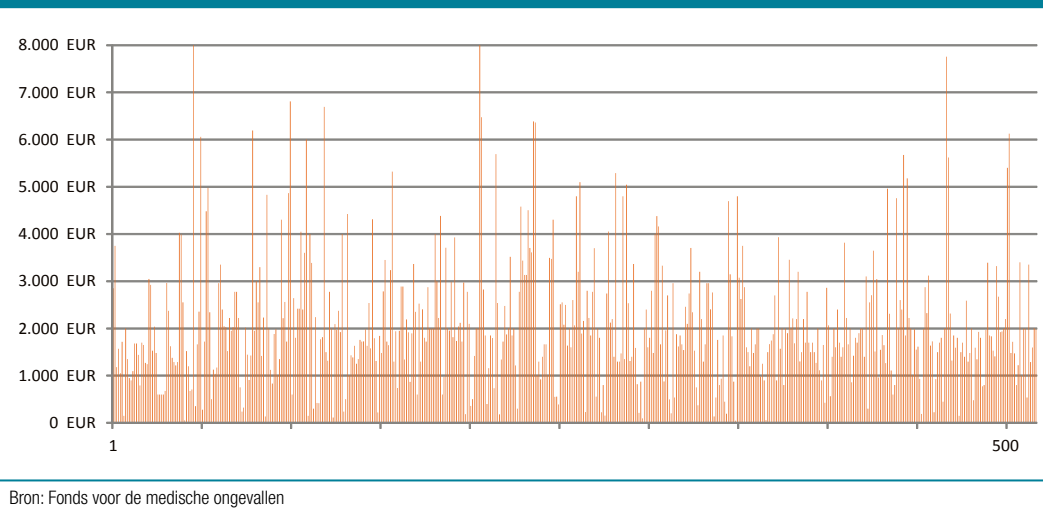
Grafiek 27 - Kostprijs van de eenzijdige expertises



In de bovenstaande grafiek blijkt dat de kosten voor de eenzijdige expertises vrij homogeen zijn. De grote meerderheid van de kosten ligt immers tussen 200 en 2.000 EUR met een gemiddelde iets onder de 1.000 EUR, zoals hierboven vermeld. Slechts zes expertises overschrijden de 2.500 EUR, wat minder dan 3 % van de eenzijdige expertises vertegenwoordigt.

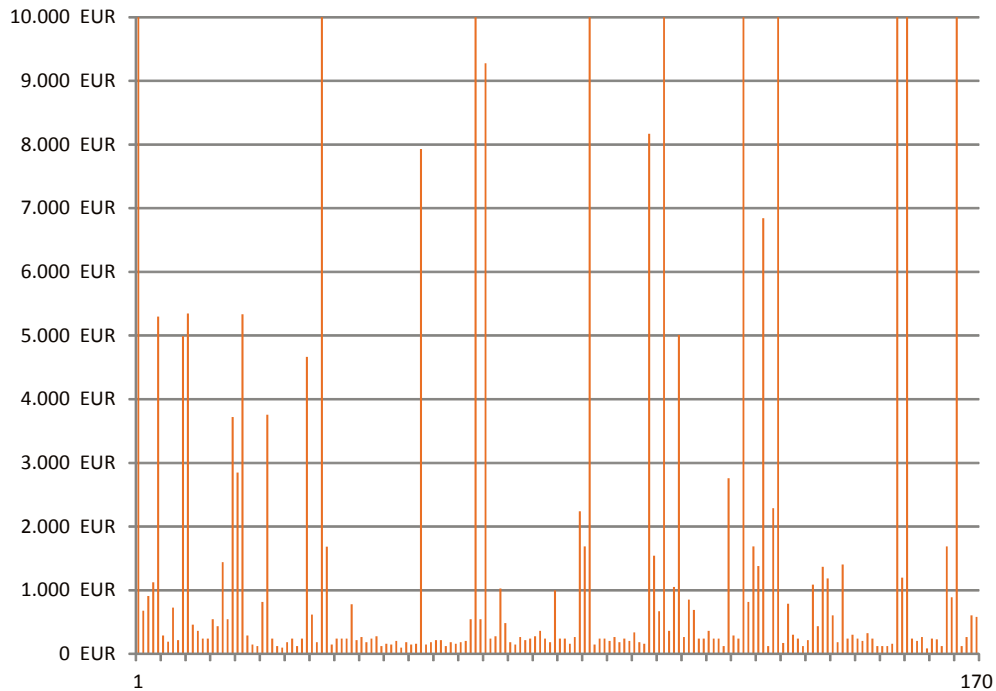
Laten we nu de kostprijs van de tegensprekelijke expertises bekijken.

Grafiek 28 - Kostprijs van de tegensprekelijke expertises



In verhouding tot de voorgaande grafiek blijkt onmiddellijk dat de kosten van de tegensprekelijke expertises niet alleen variabler, maar ook hoger zijn. Zij liggen immers in een ruimere marge tussen 500 en 6.000 EUR (er moet op worden gewezen dat er twee tegensprekelijke expertises met een kostprijs van 13.400 EUR en 9.400 EUR buiten de grafiek vallen, maar met het oog op de leesbaarheid is ervoor gekozen om de waarde van de as te beperken tot op 8.000 EUR). Die vaststelling moet echter worden genuanceerd, aangezien de meeste kosten tussen 500 EUR en 3.000 EUR schommelen.

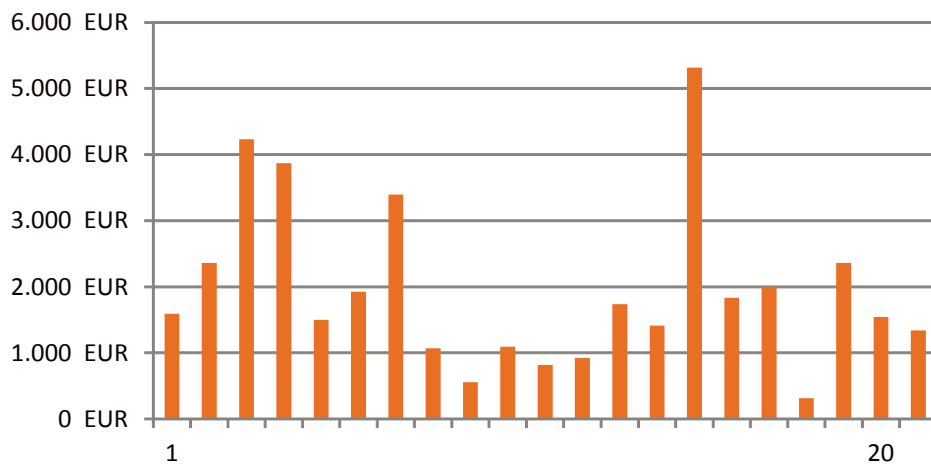
Grafiek 29 - Kostprijs van de adviesaanvragen



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Wat de adviesaanvragen betreft, blijkt onmiddellijk dat er grote ongelijkheden kunnen zijn tussen de kosten, aangezien die variëren van 96,80 EUR voor de goedkoopste tot 27.243,15 EUR voor de duurste. De verklaring voor die sterke variaties is te vinden in het aantal adviezen per factuur. Voor de expertises is een factuur gewoonlijk aan één enkel dossier gekoppeld, terwijl er voor de adviesaanvragen één factuur kan worden verstuurd voor verschillende dossiers tegelijkertijd. Er wordt echter vastgesteld dat de meeste kosten van de adviezen niet boven 3.000 EUR liggen.

Grafiek 30 - Kosten van de geschillendossiers



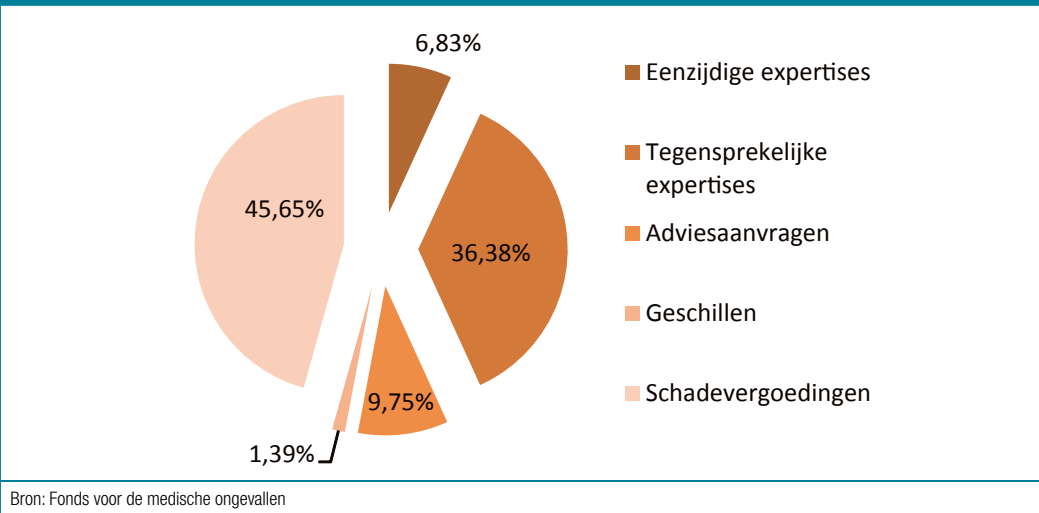
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Nu wordt het tijd om de cijfers over de vergoedingen te bekijken. In het jaarverslag zijn er voor het eerst over voldoende relevante gegevens om een cijfermatige analyse van die vergoedingen te kunnen maken. Hieronder staat een gedetailleerd overzicht van de 14 vergoedingen die het Fonds tot nu toe (op 31.12.2015) heeft gestort.

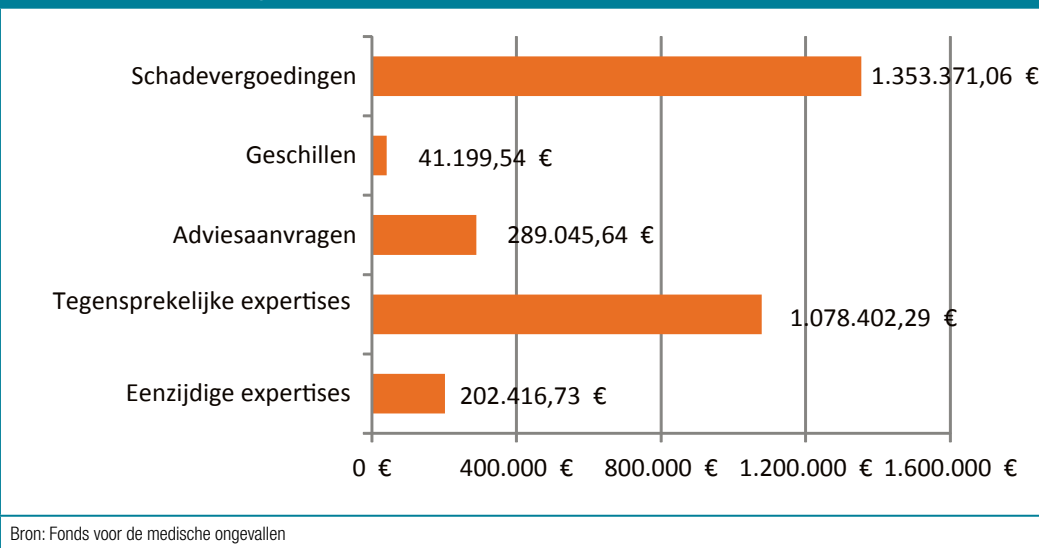
Tabel 26 - Vergoedingen betaald door het FMO	
Datum van de betaling	Bedrag (in EUR)
03.12.2014	122.575,01
23.2.2015	66.532,36
26.3.2015	2.937,15
29.4.2015	2.708,54
08.5.2015	144.506,00
11.8.2015	5.400,00
04.9.2015	106.180,59
16.10.2015	5.490,00
20.10.2015	415.860,99
06.11.2015	54.909,74
30.11.2015	140.622,20
09.12.2015	102.542,42
11.12.2015	92.049,49
18.12.2015	91.056,57
Bron: Fonds voor de medische ongevallen	

In de bovenstaande tabel wordt de grote financiële verscheidenheid zichtbaar van de vergoedingen die het Fonds kan storten. De gestorte bedragen kunnen namelijk sterk verschillen naargelang de aard van het dossier (soort schade, ernst, ...) . Er kan worden vastgesteld dat de gestorte bedragen veel groter zijn dan de bedragen van de expertises en de advocatenkosten. Dat wordt aangetoond in de onderstaande grafieken; daaruit blijkt dat het totaalbedrag van de vergoedingen meer dan 45 % uitmaakt van het totaalbedrag van de kosten die het Fonds sinds de start in september 2012 heeft gemaakt. Meer in het bijzonder wordt vastgesteld dat 14 vergoedingen een groter bedrag vertegenwoordigen dan dat van de 731 expertises die al zijn betaald (1.353.371,06 EUR tegenover 1.280.819,02 EUR)!

Grafiek 31 - Uitsplitsing per kostentype



Grafiek 32 - Totaalbedrag per kostentype



Die vaststellingen leiden ertoe dat de evolutie van die vergoedingen in de komende maanden zeer nauwlettend zal moeten worden gevolgd; als hun aantal sterk toeneemt, dreigen de daaraan verbonden kosten namelijk te exploderen.

Deel 6
Aanbevelingen om de
schade als gevolg van
gezondheidszorg te
voorkomen



In de wet van 31 maart 2010 wordt bepaald dat het jaarlijks activiteitenverslag de aanbevelingen van het fonds bevat om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen. Die wet kent het fonds immers, naast zijn voornaamste opdracht van de vergoeding van schade ten gevolge van een gezondheidszorg, een preventieopdracht toe, op basis van de vaststellingen die in het licht van de behandeling van de ingediende dossiers kunnen worden gedaan en van de algemene besprekingen die in het Beheerscomité van het fonds kunnen worden gevoerd.

Tot op heden kon het fonds nog niet voldoende afstand nemen en had het nog niet voldoende expertise om dergelijke aanbevelingen te doen. Het bleek noodzakelijk om voldoende representatieve gegevens te verzamelen om die opdracht tot een goed einde te brengen.

De inspanningen van 2014 om de statistieken te verfijnen werd verdergezet in 2015. Het resultaat van dit werk wordt opgenomen in de nieuwe software en zal nog verder aangepast en verfijnd worden.

Die inspanningen, in combinatie met de voortdurende toename van het aantal dossiers, leiden ertoe dat eind 2015 een basis aan gegevens voorligt waarop aanbevelingen kunnen uitgewerkt worden.

In overleg met het Beheerscomité zal er grondig nagedacht worden over de aanbevelingen en mogelijke preventie maatregelen.

Deel 7

Adviezen van het fonds



Overeenkomstig de Wet van 31 maart 2010 wordt in het jaarverslag een voorstelling gedaan en toelichting gegeven bij de adviezen die het FMO meent te moeten uitbrengen, 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.

Vandaar dat het FMO het zinvol acht om hierna een aantal standpunten mee te delen, uitgaande van het beheerscomité, die meer duidelijkheid kunnen brengen voor alle belanghebbenden in de materies waarvoor het FMO bevoegd is.

I. Standpunten nopens de tegensprekelijke expertise (hierna TSE) en het concept tegensprekelijkheid in de verschillende fasen van het onderzoek van de aanvraag.

Het FMO heeft rekening houdende met de aanbevelingen van het beheerscomité in het kader van zijn opdracht, aangaande de opvolging van het verloop van de expertise en het toezicht op het tegensprekelijk karakter in geval van een tegensprekelijke expertise, onder meer de expertiseopdracht vervolledigd en maatregelen genomen in navolging op de standpunten die hierna aan bod komen.

1. De expertise-opdracht

a. Invoeging disclosure :

Om de transparantie van de FMO-procedure nog beter te waarborgen, heeft het beheerscomité van het Fonds besloten een "disclosure"-formule toe te voegen aan de tegensprekelijke-expertise opdracht.

Concreet betekent dit dat de opdracht werd uitgebreid met twee paragrafen:

- De deskundige vermeldt, bij de aanvaarding van zijn opdracht, zijn competenties, d.w.z. zijn diploma, erkenningen als specialist, beroepservaring met betrekking tot het voorwerp van zijn opdracht, alsook eventuele strafrechtelijke en/of tuchtrechtelijke veroordelingen in verband met zijn beroepsuitoefening, alsook eventuele belangenconflicten, zoals werkzaamheid of adviesverlening voor verzekeringsmaatschappijen of andere opdrachtgevers. De deskundige vermeldt deze gegevens eveneens in het deskundig verslag.
- De deskundige waakt erover dat de raadgevers die aan de expertise willen deelnemen, wanneer zij zich aanmelden om de expertise te volgen, op tegensprekelijke wijze aan de deskundige en de andere partijen hun identiteit en adresgegevens meedelen, alsook de identiteit van hun opdrachtgever en wat hun kwalificaties zijn (bv arts, advocaat, andere...);

b. Het concept tegensprekelijkheid doorheen de verschillende fasen in het onderzoek

FASE VÓÓR DE TSE : RICHTLIJNEN INZAKE DE STUKKEN DIE WORDEN OVERGEMAAKT AAN DE EXPERT

Het transparante karakter van de keuze van documenten is zeer belangrijk, vandaar dat alle stukken steeds tegensprekelijk moet worden opgestuurd.

Van zodra er enige twijfel bestaat over de relevantie van de documenten moeten deze opgenomen worden in het dossier van de expertise.

Uiterste voorzichtigheid is aangewezen bij het weren van de documenten uit het dossier.

Het is een beleidskeuze van het Fonds om de niet relevante stukken niet door te geven uit respect voor de privacy van de patiënt.

FASE VAN DE TSE, DE UITBREIDING VAN DE LOPENDE EXPERTISE

Een TSE wordt georganiseerd in geval:

- de schade ernstig is
- er niet voldoende informatie beschikbaar is na de reeds uitgevoerde éézijdige expertise
- in geval van vermoeden van aansprakelijkheid.

In bepaalde gevallen is een uitbreiding van de tegensprekelijke expertise aangewezen, zoals in geval van betrokkenheid van een nieuwe partij/zorgverlener.

Alle partijen worden dan op tegensprekelijke wijze¹ betrokken bij de lopende expertise, pas nadien mag de expert een medisch advies uitbrengen.

Deze uitbreiding brengt met zich mee dat niet alleen de nieuwe elementen die aan bod komen mede in aanmerking worden genomen voor de beoordeling, maar dat ook alle reeds bestaande of besproken elementen worden hernomen tijdens de eerstvolgende (bijkomende) zitting.

Het Fonds zal zo snel als mogelijk interveniëren en toezien op het tegensprekelijk karakter van de expertise.

Verder wordt er aanbevolen en/of toegelicht dat:

- wanneer er reeds een eindverslag is opgesteld, het Fonds een andere expert moet aanduiden
- in geval er reeds standpunten zijn ingenomen door de betrokken expert het Fonds een nieuwe expertise dient op te starten met een andere expert omwille van de negatieve perceptie en om de onpartijdigheid en onafhankelijkheid te waarborgen
- de uitbreiding dus mogelijk is tot zolang de expert geen advies over MOZA (i.e. medisch ongeval zonder aansprakelijkheid) of aansprakelijkheid e.a. heeft geformuleerd en de expert blijkt geeft van de nodige voorzichtigheid bij het respecteren van tegensprekelijkheid t.a.v. de nieuwe partij

1. i.e. de deskundige doet geen verrichtingen en neemt geen uitspraken op indien niet alle partijen aanwezig zijn of regelmatig uitgenodigd werden om aanwezig te zijn.

- de nieuwe partij moet betrokken worden en dat pas na het respecteren van het tegensprekelijk karakter de expert een advies mag uitbrengen
- het betrekken van een nieuwe partij in dezelfde expertise onder voormelde voorwaarden, geen nieuwe expertise is, maar een uitbreiding van de bestaande expertise
- mits een juiste formulering een uitbreiding van de opdracht mogelijk is.

Met betrekking tot de rol van Fonds werd er besloten dat:

- het Fonds een procedurele en administratieve bijstand biedt, maar nooit betrokken is bij de inhoudelijke aspecten van de TSE
- de aanpassing van de opdracht een delicate kwestie is en dat het alleen kan bij de aanvang en niet tijdens de procedure en zeker niet nadat de expert een standpunt heeft ingenomen
- de tussenkomst van het Fonds moet worden meegedeeld aan alle partijen
- het Fonds moet terughoudend zijn om documenten niet te verzenden aan de expert in geval van een tegensprekelijke expertise. Dit kan enkel ter bescherming van het privéleven wanneer de stukken duidelijk niet relevant zijn voor de behandeling van het dossier. Het Fonds verleent wel administratieve ondersteuning aan de expert bij het ordenen van de stukken
- de nadruk moet worden gelegd op de naleving van de kalender mits enig pragmatisme en flexibiliteit van de expert.

FASE NA DE TSE

Aangaande het advies dat wordt opgesteld door het Fonds na de TSE stelt de administratie vast dat er kritiek wordt geuit, veelal door advocaten van de betrokken zorgverleners en/of verzekeraars, met betrekking tot de tegenspraak en/of het niet respecteren van de rechten van verdediging.

Het is echter een misvatting en ook niet de bedoeling dat de fase na de TSE verder tegensprekelijk dient te verlopen. Het is ook niet voorzien in de wet.

De procedure voor het Fonds is een administratieve procedure, waarbij het tegensprekelijk karakter dient gerespecteerd te worden tijdens de TSE en moet worden onderscheiden van de gerechtelijke procedure.

Het Fonds heeft het wettelijk recht om af te wijken van het advies van de expert.

De wet verplicht het Fonds niet om in de fase na de expertise de tegensprekelijkheid te garanderen.

Desalniettemin acht het beheerscomité het wenselijk dat het Fonds de kans geeft aan de partijen om te reageren (zoals reeds eerder besproken is het "horen" van partijen een procedure die tot doel kan hebben om de betrokken partijen de mogelijkheid te bieden om hun standpunt te uiten over het ongeval zelf). Het beheerscomité stelt dus voor om, in geval het Fonds afwijkt van het medisch advies van de medisch expert, een voorlopig advies voor te leggen aan de partijen om de tegensprekelijkheid te garanderen.

Dit zou schriftelijk kunnen gebeuren, maar rekening houdend met de kwetsbaarheid van patiënt zou een hoorzitting wenselijk zijn.

In het definitief advies moet rekening worden gehouden worden met de opgeworpen schriftelijke argumenten en/of met de argumenten opgeworpen tijdens een eventuele hoorzitting.