

Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid

Fase I – Bepaling van de benodigde statistische gegevens om een volksgezondheidsbeleid in te stellen in verband met de medische ongevallen en om een budgettaire evaluatie mogelijk te maken van een nieuwe voorziening voor de vergoeding van medische fouten en therapeutische risico's.

KCE reports vol.2A

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorgen

Voorstelling : Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies met binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Raad van Bestuur

Raad van Bestuur

Effectieve leden : Gillet Pierre (Voorzitter), Cuypers Dirk (Ondervoorzitter), De Cock Jo (Ondervoorzitter), Avontroodt Yolande, Bovy Laurence, Beeckmans Jan, Demaeseneer Jan, Dercq Jean-Paul, Ferette Daniel, Gailly Jean-Paul, Goyens Floris, Keirse Manu, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mariage Olivier, Mertens Raf, Mertens Pascal, Moens Marc, Ponce Annick, Roger Yves, Smiets Pierre, Van Ermen Lieve, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vranckx Charles

Vervangers : De Ridder Henri, Désir Daniel, Decoster Christiaan, Praet François, Heyerick Paul, Legrand Jean, Baland Brigitte, Vanderstappen Anne, Lombaerts Rita, Praet Jean-Claude, Servotte Joseph, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Lemye Roland, Kips Johan, Boonen Carine, Van Emelen Jan, Deman Esther, Cuypers Rita, Pirlot Viviane, Maes André

Directie

Algemeen Directeur : Dirk Ramaekers

Algemeen directeur adjunct : Jean-Pierre Closon

Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid

Fase I – Bepaling van de benodigde statistische gegevens om een volksgezondheidsbeleid in te stellen in verband met de medische ongevallen en om een budgettaire evaluatie mogelijk te maken van een nieuwe voorziening voor de vergoeding van medische fouten en therapeutische risico's.

KCE reports vol.2A

KCE reports vol. 2A

Titel : Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase I : Bepaling van de benodigde statistische gegevens om een volksgezondheidsbeleid in te stellen in verband met de medische ongevallen en om een budgettaire evaluatie mogelijk te maken van een nieuwe voorziening voor de vergoeding van medische fouten en therapeutische risico's.

Auteurs : MARSH : Katrien Amsoms
IMA : Dr. Paul Zegers, Dr. Dani Van Ingh, Hervé Avalosse, Anne-Marie Caeyers-De Hondt, Bert Corremans, Chris Schoonjans.

Conflict of interest : none declared

Externe validatoren: Prof. Jean-Luc Fagnart, Prof. Thierry Vansweevelt en Bertrand Leton.

Layout: Nadia Bonnouh, Patrice Chalon.

Brussel, juli 2004

Taal : Nederlands
Format : Adobe® PDF™ (A4)

Ref : PF04-26.01A
Wettelijk depot : D/2004/10.273/3
ISBN : ISBN

Copyright © KCE - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.
Dit document is beschikbaar vanop de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document?

MARSH, IMA. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2004 juli. KCE reports 2A. Ref.:PF04-26.01A.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
Résidence Palace (10^{de} verdieping-10^{ème} étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B1040 Brussel-Bruxelles
Belgium
Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85
Email : info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be
Web : <http://www.kenniscentrum.fgov.be> , <http://www.centredexpertise.fgov.be>

Inleiding en beschrijving van het project

Het thema 'medische aansprakelijkheid' staat al geruime tijd in de belangstelling. Meerdere betrokken partijen stellen vragen bij de manier waarop die aansprakelijkheid momenteel geregeld is.

Slachtoffers worden geconfronteerd met de moeilijkheid om in een geheel van ontvangen of niet-ontvangen medische zorgen de aanwezigheid van een fout aan te tonen in hoofde van een welbepaalde zorgverstrekker. De procedures die daarvoor moeten gevolgd worden duren vaak lang en zijn kostelijk. Bovendien is het onmogelijk om vergoed te worden voor schade wanneer deze niet te wijten is aan fout, hoewel de gevolgen van die schade aanzienlijk kunnen zijn.

Een deel van de artsen, het meest uitgesproken in de ziekenhuizen, is ontevreden over de manier waarop de medische aansprakelijkheid nu geregeld is, zoals bleek uit het onderzoek dat in 1999 en 2000 gevoerd werd door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en dat resulteerde in het Symposium van 14 juni 2000 waarvan de weerslag te vinden is in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (T. Gez., Mys & Breesch, 2000-2001, pag. 61-117).

Dezelfde vragen zijn aan de orde in de meeste Europese landen. In enkele daarvan werden al specifieke opties genomen om de problemen verbonden met (de toepassing van de) medische aansprakelijkheidsregels op te lossen (vb. invoering van een no fault-aansprakelijkheid in Zweden).

Onder andere om deze redenen wordt gewerkt aan voorstellen tot verbetering van deze situatie. Een piste daarbij is de wijziging van de aansprakelijkheidsregeling waarbij eventueel kan worden overgegaan tot een foutloze of foutindifferente vergoedingsbasis of een gecombineerd fout/foutindifferent systeem. Een wijziging van het systeem kan belangrijke budgettaire implicaties hebben.

In het regeerakkoord van 14 juli 2003 wordt gesteld: "De Regering wil (...) een regeling invoeren voor de dekking van abnormale schadegevallen in de gezondheidszorg."

Op 24 oktober 2003 beslist de ministerraad om, enerzijds, op beleidsniveau een aantal mogelijkheden te onderzoeken die een wijziging kunnen inhouden van de bestaande aansprakelijkheidsregels, dit zowel qua vergoedbaarheidsvoorwaarden als qua procedure, en om, anderzijds, een studie uit te voeren die moet toelaten een model te ontwikkelen dat de budgettaire impact van de eventuele beleidsmatige beslissingen kan helpen inschatten.

De ministerraad onderscheid daarbij drie onderdelen:

Fase I: bepaling van de gegevens die nodig zijn om een gezondheidsbeleid uit te bouwen dat in verband staat met de medische ongevallen en die nodig zijn om een budgettaire evaluatie van een nieuwe voorziening ter vergoeding van de medische fouten en de therapeutische risico's mogelijk te maken.

Fase II: verzameling van de vooraf gedefinieerde gegevens.

Fase III: ontwikkeling van een actuariel model waarmee de kosten in verband met een eventuele vergoeding van therapeutische risico's kunnen worden berekend en vergeleken.

De minister van sociale zaken en volksgezondheid heeft fase I toevertrouwd aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (verder KCE) dat heeft beslist dit onderzoek uit te besteden, rekening houdend met de bijzondere aard ervan.

Op 28 november 2003 werd dan een aanbesteding gepubliceerd in het Bulletin der Aanbestedingen, die er eerst toe heeft geleid dat op 13 januari 2004 twee mogelijke kandidaten voor deze opdracht werden geselecteerd: MARSH NV en IMA (Intermutualistisch agentschap). Na de onderhandelingen werd op 20 februari 2004 uiteindelijk met beide contractanten een onderzoekscontract ondertekend.

Deze onderzoekscontracten voorzien drie stappen:

- 1) Bepaling van een methodologie om de gegevens te identificeren, te verzamelen en te verwerken om het volksgezondheidsbeleid op het vlak van medische fouten en therapeutische risico's uit te voeren;
- 2) Definiëring en toegankelijkheid van de geïdentificeerde gegevens;
- 3) Synthese die de methodologie valideert en opstelling van een eindverslag over de bepaling van de noodzakelijke gegevens voor de implementatie van een actuariële model op het vlak van de vergoeding van de therapeutische risico's.

Voor stappen 1 en 3 werd MARSH belast met het opstellen van een syntheseverslag na besprekingen met IMA, dat zijn kennis van de Belgische situatie moest inbrengen. Voor stap 2 werd de opdracht verdeeld onder MARSH en IMA. De eerste houdt zich bezig met gegevens van verzekeringsmaatschappijen en de tweede met die van de ziekenfondsen, zorgverstrekkers en verzorgingsinstellingen.

In dit eerste hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van het onderzoek met daarin de bevindingen van de onderzoeksteams en de antwoorden die zij formuleren op de onderzoeksvragen. Daarna volgen de opmerkingen bij de onderzoeksresultaten geformuleerd door de externe validatoren en door het Kenniscentrum. Het eerste hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen aan de opdrachtgever. In de daarna volgende hoofdstukken 2 en 3 worden de individuele rapporten van respectievelijk Marsh en IMA weergegeven.

Jean-Pierre Closon
Adjunct Algemeen Directeur

Dirk Ramaekers
Algemeen Directeur

Inhoudstafel

HOOFDSTUK 1 : SYNTHESE	I
1. Overzicht van het onderzoek.....	I
1.1. Methodologie voor de identificatie van schadegevallen en van hun kost	I
1.2. Benodigde gegevens en verzamelwijze	I
1.3. Beschikbaarheid van de gegevens.....	2
1.3.1. Verzekeraars	2
1.3.2. Artsen.....	2
1.3.3. Ziekenhuizen.....	2
1.3.4. De ziekenfondsen.....	3
1.3.5. De slachtofferverenigingen.....	3
2. Bespreking.....	3
2.1. Beschouwingen over het verloop van het onderzoek	3
2.2. Externe validering.....	3
2.3. Precisering en aanpassingen aangebracht op basis van de opmerkingen van de validatoren.....	4
3. Aanbevelingen.....	5
HOOFDSTUK 2 : RAPPORT MARSH	I
1. Inleiding en situering van het project.....	I
4.1. Evolutie van een schadegeval.....	3
4.2. Projectie methodologieën.....	4
4.3. Schaderegeling.....	5
4.4. Belang van de verzekeringsdekkingen.....	6
4.5. Schatting van de kost van een no-fault systeem.....	6
5.1. Informatie m.b.t. claims	7
5.2. Informatie m.b.t. de algemene context waarbinnen de risico's zich voordoen.....	8
6.1. Voorstel van informatiebronnen voor de gegevensinzameling	8
6.1.1. Gegevens van artsen	9
6.1.2. Gegevens van ziekenhuizen	9
6.1.3. Gegevens van andere informatiehouders	9
6.2. Bespreking van de informatiebronnen.....	10
6.3. Voorgestelde methodologie voor de gegevensinzameling	11
6.3.1. Artsen.....	11
6.3.2. Ziekenhuizen.....	12
6.3.3. Mutualiteiten	14
6.3.4. De verzekeringsmaatschappijen.....	14
7.1. Web-surveyor	15
7.2. Hong Kong	15
7.3. Denemarken	16
7.4. Italië	16
7.5. Ierland	16
7.6. Internationale private instelling voor de verstrekking van de gezondheidszorg.....	17
7.7. Andere ervaring	17
8.1. De verzekeraars.....	18
8.1.1. Ethias en Fortis	21
8.1.2. Assuralia.....	23
8.2. De artsen.....	31
8.3. De ziekenhuizen.....	34
8.4. De mutualiteiten	39
8.5. Algemene informatie m.b.t. de risicocontext – Belgische healthcare omgeving	41
HOOFDSTUK 3 : RAPPORT IMA	I
1. Beschrijving van de onderzoeksoopdracht	I
2. Chronologie van de werkzaamheden	2
3. Vragenlijst	3

3.1.	Geneesheren en tandartsen	3
3.1.1.	Bevraging en reacties geneesheren en tandartsen	3
3.1.2.	Commentaar bij de vragenlijst	6
3.1.3.	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gegevens	6
3.2.	Ziekenhuizen	9
3.2.1.	Bevraging en reacties van de confederaties van ziekenhuizen	9
3.2.2.	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gegevens	11
3.3.	Ziekenfondsen	14
3.3.1.	Bevraging en opmerkingen	14
3.3.2.	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	16
3.4.	General Health Environment	18
4.	Algemene bemerkingen en kritische Succesfactoren	19
4.1.	Inhoud van de vragenlijst en praktische Hanteerbaarheid ervan op het veld	19
4.2.	Vertrouwelijk karakter van de gegevens	20
4.3.	Involplicht – motivering van de respondenten	20
5.	Specifieke bemerking van vzw Medisch Falen en Erreur Médicale	20
5.1.	Vragenlijst vzw Medisch Falen	20
5.1.1.	Specifieke vragenlijst	20
5.1.2.	Reacties op de vragenlijst voor artsen, ziekenhuizen, ziekenfondsen	23
5.2.	Erreur Médicale	23
6.	Specifieke bemerkingen van het IMA	25

HOOFDSTUK I : SYNTHÈSE

I. Overzicht van het onderzoek

I.1. Methodologie voor de identificatie van schadegevallen en van hun kost

Om het fenomeen duidelijk te begrijpen, moet men zich volgens de onderzoekers focussen op de historische kosten van de medische schadegevallen en op de historische evolutie van de schadegevallen. Een schadegeval moet daarbij beschreven worden in termen van vier ijkpunten: (1) het tijdstip waarop het schadeverwekkende feit zich voordoet, (2) het tijdstip waarop de schade zich manifesteert, (3) het moment van de klacht en (4) het moment waarop de klacht als afgehandeld kan worden beschouwd. De evolutie van de kosten wordt bij voorkeur bestudeerd over een periode van 10 jaar (1993-2004). Elk aspect van de registratie en van de verwerking van de klachten wordt op precieze wijze uitgesplitst (uitkeringshoofd van lichamelijke schade, bijdragende delen ten laste van de verschillende verantwoordelijken van het therapeutische ongeval, status van elk geopend dossier, details betreffende de reserves,...).

De methodologie voor de evaluatie van de kosten steunt niet alleen op een gedetailleerde inventaris van de registratie- en verwerkingscriteria van de klachten, maar ook op een precieze beschrijving van de verschillende elementen die betrekking hebben op de algemene context waarin de blootstellingsrisico's zich stellen (aantal bedden, aantal verzekerde artsen, omzet van het ziekenhuis,...). Volgens MARSH maakt deze actuariële benadering het mogelijk om de omvang van de vastgestelde klachtenmonsters ter herleiden tot 5% van de populatie om een getrouwe schatting van de kostprijs van het systeem te krijgen.

Er bestaan verschillende actuariële methodes – vermeld in bijlage bij het MARSH-rapport – om de kost van de schadegevallen hun hele evolutie lang te schatten, naargelang de context van blootstelling aan het risico. Bovendien beroept het MARSH-rapport zich op methodes waarmee de kost van een “foutloos” systeem kan worden geschat op basis van de kostprijs van een systeem zoals het huidige Belgische systeem en van bepaalde beschikbare gegevens die met name in de geregistreerde ICD-codes zijn opgenomen.

I.2. Benodigde gegevens en verzamelwijze

Er zijn dus twee types van gegevens nodig om de kost van een nieuw systeem te bepalen:

1) de gegevens betreffende de klachten (aantal claims, uitgekeerde vergoedingen, betaalde premies, specialisme van de betrokken zorgverstrekkers, enz.);

2) de gegevens betreffende de algemene context waarin het risico zich stelt (het aantal medische prestaties, het aantal zorgverstrekkers, enz.).

Voor deze gegevens zijn er twee soorten bronnen aanwezig: bestaande databanken, enerzijds, en directe bevraging van de informatiehouders, anderzijds.

Voor wat betreft de directe bevraging worden er 4 grote groepen van informatiehouders geïdentificeerd (artsen, ziekenhuizen, mutualiteiten en verzekeringsondernemingen). De leden van deze groepen zullen gevraagd worden deel te nemen aan een web based-enquête. Voor de betrouwbaarheid van de eindresultaten,

volstaat volgens de onderzoekers dat een zeker responspercentage van elke groep wordt verkregen (zie echter ook III).

Om de vragenlijsten te ontwerpen en voor te bereiden, hebben MARSH NV en IMA hun respectievelijke raadplegingen gehouden bij een staal waarin de vier informatiehouders zijn gegroepeerd.

Een algemene samenvatting van de voorafgaande raadplegingen staat in de bijlagen. Voor een volledig overzicht van de te bevragen gegevens wordt verwezen naar zowel het MARSH- als het IMA-rapport.

1.3. Beschikbaarheid van de gegevens

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen aanwezigheid van de gegevens en de beschikbaarheid van de gegevens. Heel wat gegevens zijn aanwezig, maar niet beschikbaar in een vorm die een snelle (d.w.z. binnen het tijds kader van de opdracht van de regering) consultatie toelaten. Zo zitten heel wat gegevens in concrete dossiers, zonder dat ze in een consulteerbare databank zijn opgenomen. Deze opmerking geldt voor elk van de vier groepen van informatiehouders. Een oplossing hiervoor kan zijn dat er een manuele extractie gebeurt van de nodige gegevens uit een staal van dossiers. De nodige middelen om hiervoor het nodige aantal mandagen vrij te maken, zijn momenteel evenwel niet voorzien.

1.3.1. Verzekeraars

De verzekeraars beschikken over heel wat informatie, maar deze is niet consistent geregistreerd over een voldoende lange periode. De gegevens zijn evenmin uniform geregistreerd door de diverse verzekeraars.

Voor MARSH zijn deze problemen echter niet onoverkomelijk: het gebrek aan uniformiteit is technisch geen probleem. Anderzijds kan het volgens MARSH ontstaan twee grote verzekeraars (Ethias en Fortis) die samen een aanzienlijk marktaandeel hebben, te consulteren (via Assuralia). MARSH gaat er immers van uit dat van zodra een minimum aan historische data beschikbaar is, een voldoende basis aanwezig is voor de uitbouw van een actuair model.

1.3.2. Artsen

Er vindt doorgaans geen systematische registratie van schade gerelateerde gegevens plaats bij elke individuele arts. Niettemin kunnen zij houder zijn van relevante informatie. De voorgestelde vragenlijst peilt naar gegevens die relevant zijn voor het actuair model en die met grote waarschijnlijkheid gekend zijn door de artsen. Een verificatie uitgevoerd door IMA bij de artsenvertegenwoordigers bevestigt dat alle in de vragenlijst gevraagde gegevens beschikbaar zijn.

In principe worden zowel huisartsen als specialisten bevraagd. Marsch argumenteert niettemin dat in de uiteindelijke berekening de gegevens met betrekking tot de artsen die actief zijn in ziekenhuizen met afstand bepalend zullen zijn voor de berekening van de actuele en toekomstige kosten.

1.3.3. Ziekenhuizen

De gegevens met betrekking tot de aard van de schade, de oorzaak van de schade en het soort van gevolg dat aan eventuele klachten werd gegeven, worden nauwelijks geregistreerd door de hospitalen en is er in elk geval geen systematische noch uniforme registratie van deze gegevens. De periode waarover er gegevens beschikbaar zijn, is bovendien beperkt in de tijd (max. 5 jaar).

1.3.4. De ziekenfondsen

Een aantal gegevens zijn beschikbaar maar in geen geval over een periode van 10 jaar. De mate van systematisering van de registratie van gegevens verschilt sterk van mutualiteit tot mutualiteit.

1.3.5. De slachtofferverenigingen

De verenigingen registreren de ongevallen die hen worden gemeld, maar het onderzoek hiervan was beperkt en heeft niet geleid tot het opstellen van een vragenlijst.

2. Bespreking

2.1. Beschouwingen over het verloop van het onderzoek

Vastgesteld wordt dat de samenwerking tussen onderzoeksteams met een sterk verschillende cultuur en beroepservaring moeilijk verloopt. Hierdoor werd soms te veel energie besteed aan het bekritisieren van het werk of van de benadering die werd ontwikkeld door het ander team, en te weinig aan een echte samenwerking.

Een van de gevolgen van dit werkklimaat is dat er uiteindelijk geen gemeenschappelijk rapport is, zoals initieel werd voorzien in de contracten die werden ondertekend tussen KCE en de contractanten.

Het voornaamste verwijt dat door IMA over MARSH werd geformuleerd, was het geheime karakter van de actuariële methodologie waarop de stappen die ze gebruikt en de gegevens die ze zoekt steunen. IMA gaat ervan uit dat ze in deze omstandigheden geen garantie kan krijgen over de deugdelijkheid van de verzamelde gegevens. We komen hier iets verder nog op terug naar aanleiding van de opmerkingen van de externe validatoren en de antwoorden die door MARSH op deze opmerkingen werden gegeven.

Het KCE meent evenwel dat deze confrontatie van opvattingen ook een positief element bevatten : deze ervaring laat immers toe te anticiperen op problemen die zich in fase twee kunnen voordoen en die gebaseerd zijn op eenzelfde verschil in opvattingen (d.w.z. een vertrouwen in de haalbaarheid van de studie gebaseerd op internationale ervaringen, enerzijds, en een terughoudendheid dienaangaande gebaseerd op een grote vertrouwdsheid met de specificiteiten van het Belgische terrein, anderzijds).

2.2. Externe validering

De externe validatoren, prof. Jean-Luc Fagnart, prof. Thierry Vansweevelt en de heer Bertrand Leton, hebben een reeks opmerkingen geuit, waarvan de belangrijkste hierna worden weergegeven.

Een fundamentele vraag is hoe men op basis van gegevens die afkomstig zijn uit een door fout beheerste context, uitspraken zal kunnen doen over een foutloze context. Moet men hiervoor eigenlijk geen gegevens registreren die nu, in het fout-systeem, totaal irrelevant zijn? Bijkomend wordt de vraag gesteld of men niet veel eenvoudiger tot concrete en betrouwbare resultaten kan komen via vergelijkende studies en berekeningen gebaseerd op relevante buitenlandse voorbeelden.

De validatoren formuleerden enkele minder belangrijke opmerkingen bij het MARSH-rapport:

- het te beperkte aantal verzekeringsmaatschappijen dat werd ondervraagd;

- het niet in beschouwing nemen van bepaalde gezondheidsprofessionals zoals tandartsen of apothekers;
- het gebrek aan duidelijkheid over de invloed van het risk management op de vergoeding van medische fouten en therapeutische risico's;
- het probleem van de dubbele telling van bepaalde schadegevallen;
- de technische en juridische complexiteit van bepaalde vragen die aan de ziekenhuizen werden gesteld;
- het niet in beschouwing nemen van nosocomiale ziekten.

Wat het IMA-rapport betreft

- merken de validatoren op dat de presentatie voor verbetering vatbaar is;
- vragen ze zich af hoe de geringe respons op de bevragen van de ziekenhuisorganisaties door IMA kan worden verklaard. Ze vragen zich af of IMA wel voldoende inspanning heeft geleverd.

Tot slot vragen de validatoren zich af of deze studie meer zal zijn dan een doorslag van het onderzoek dat in 1999 en 2000 gevoerd werd door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en dat resulteerde in het Symposium van 14 juni 2000 waarvan de weerslag te vinden is in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (T. Gez., Mys & Breesch, 2000-2001, pag. 61-117). Alleszins zal de voorgestelde enquête een surplus aan data moeten opleveren dat de eventuele leemten in het toenmalig onderzoek kan opvullen.

2.3. Precisering en aanpassingen aangebracht op basis van de opmerkingen van de validatoren

Na kennis te hebben genomen van het verslag van de validatoren, hebben MARSH en IMA een reeks verduidelijkingen en aanvullingen in hun teksten opgenomen.

De belangrijkste kritiek die naar voren komt, met name het in twijfel trekken van de mogelijkheid om de kost van een "foutloos" systeem te schatten op basis van gegevens die in een ander systeem voorkomen, wordt door MARSH van tafel geveegd. Ze beweert dat het werkelijk mogelijk is en voert als bewijs aan dat dit in andere landen met succes werd gedaan, aan de hand van actuariële modellen. Verschillende van deze modellen worden in bijlage vermeld, evenals precieze referenties betreffende buitenlandse ervaringen (vb. Ierland).

Toch verklaart MARSH: "Zoals eerder besproken kunnen wij in deze fase het volledige model niet vrijgeven. De methodologie op zich behoort tot onze intellectuele eigendom en is het resultaat van jarenlang onderzoek en ervaring."

KCE heeft contact opgenomen met dhr. Brendan Phelan van het "Department of Health and Children" in Ierland (personal communication). Deze bevestigt de validiteit van de door MARSH gebruikte methodologie in de Ierse studie.

Over de vraag of de studie die door de KCE werd uitgevoerd, een meerwaarde heeft ten opzichte van die van 1999-2000, gepubliceerd in het *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, is het oordeel ongetwijfeld genuanceerder dan dat van de validatoren. Het onderzoek dat destijds werd gevoerd had tot doel als het ware een foto te maken van de toenmalige situatie. Er werd daarbij gepeild naar financiële en verzekeringstechnische gegevens zoals premies, reserves, dekkingsomvang, uitsluitingsgronden, enz. maar ook naar de opvattingen (tevredenheid, verwachtingen, inschattingen, enz.) van de zorgverstrekkers over hoe hun aansprakelijkheid geregeld is en geregeld zou moeten zijn. Deze gegevens lieten toe een behoorlijk gedetailleerd beeld te krijgen van de situatie op het terrein bij de verschillende actoren.

De regering, die op de hoogte is van deze studie, wenste evenwel een bijkomende studie met een ietwat andere finaliteit. In plaats van een maximum aan gegevens te

willen verzamelen over de lopende schadegevallen en te trachten de kosten daarvan te evalueren binnen de gegeven context, wou de Ministerraad dat er een methode ontwikkeld werd voor het berekenen van de potentiële kost in het geval van een wijziging van de regels inzake medische aansprakelijkheid en dat deze berekeningsmethode bruikbaar zou blijven in het geval van een evolutie van de parameters van het systeem.

De studie die vandaag wordt voorgesteld, vormt de eerste fase in een dergelijk proces. Het is pas na de derde fase dat we zullen weten of we zijn geëvolueerd ten opzichte van 1999-2000. Als het model dat door MARSH werd beloofd - een model dat gebaseerd is op hun internationale ervaring inzake actuariële modellen - robuust is, is het duidelijk dat er veel vooruitgang zal zijn gemaakt. In de huidige stand van zaken kunnen we dit inderdaad nog niet bevestigen, maar redelijke aanwijzingen laten ons toe hier van uit te gaan.

3. Aanbevelingen

De kritische lezing van het rapport met de onderdelen zoals afgeleverd door de beide opdrachtnemers (MARSH en IMA) laat ongetwijfeld nog een aantal vragen open. Meerbepaald blijven er in deze voorstudie (fase I) onzekerheden bestaan over de voorgestelde methodologie. Rekening houdend met de preciseringen die door MARSH werden gedaan ten gevolge van de opmerkingen die door de validatoren werden geuit en na kennisname van het resultaat van een buitenlandse opdracht uitgevoerd door Marsh, oordeelt het KCE dat het huidige rapport kan worden beschouwd als een geldige werkbasis voor de volgende fases uit de studie die door de overheid werd gevraagd. Aan de goedkeuring worden een reeks van aanbevelingen toegevoegd, meerbepaald om de transparantie van het in de volgende fase te ontwikkelen actuariële model te garanderen:

- Aangezien de gegevens onlosmakelijk verbonden zijn met het actuariële model om de kosten betreffende een eventuele vergoeding van medische fouten en therapeutische risico's te berekenen en te vergelijken, beveelt het KCE aan fase II en III van de studie tegelijkertijd te starten.
- Rekening houdend met de coördinatieproblemen uit de eerste fase, beveelt het KCE ook aan dat de volgende fasen aan één enkele contractant worden toevertrouwd. Het lastenboek van de opdracht en het servicecontract dat zal worden ondertekend, moeten opleggen dat de gebruikte methode transparant moet zijn, zodat de externe validatoren de evenwichtigheid ervan kunnen bevestigen voor de start van het nieuwe systeem en de Regering dit model kan gebruiken als middel om haar beleid op het vlak van de dekking van medische fouten en therapeutische risico's bij te sturen.
- Het is wenselijk dat de onderzoekers die de opdracht krijgen voor de volgende fases van de studie, in dialoog werken met de werkgroep, gemandateerd door de beleidsmakers (cf. Ministerraad 24 oktober 2003) om de werkhypothesen te bepalen op basis waarvan de schatting moet worden gemaakt. Er bestaan immers verschillende denkbare formules voor de dekking van fouten en risico's, meer of minder uitgebreid, onderworpen aan meer of minder beperkende voorwaarden, die verschillende gegevens zullen vereisen, verschillende modellen zullen gebruiken en tot verschillende resultaten zullen leiden.

Tijdens de studie is meermaals opgemerkt dat twee factoren het succes van de gegevensinzameling kunnen beïnvloeden: enerzijds kan in hoofde van de informatieverstrekker de vrees bestaan dat de mededeling van de gegevens de privacy van patiënten of zorgverstrekkers kan schenden, en anderzijds kan de afwezigheid van een plicht tot gegevensverstrekking tot gevolg hebben dat er weinig respons is.

Wat het eerste punt betreft is het KCE van oordeel dat de bestaande wetgeving met betrekking tot de bescherming van de privacy kan volstaan. Het zal er dan wel op aankomen in de tweede fase voldoende aandacht te schenken aan het naleven van deze

wetgeving, met name door er voor te zorgen dat de gegevensinzameling de nodige anonimiteit waarborgt.

Wat het tweede punt betreft, wijzen de ervaringen met de studie van 1999 (zie hoger) er op dat de respons ook zonder wettelijke verplichting hiertoe, voldoende kan zijn. Wat deze studie betreft tonen de contacten met de actoren aan dat waar alle waarschijnlijkheid een voldoende hoge respons kan verkregen worden voor de studie.

HOOFDSTUK 2 : RAPPORT MARSH

Auteurs: Katrien Amsoms

Conflicts of interest : none declared

I. Inleiding en situering van het project

Schadegevallen in de gezondheidszorg, en in het bijzonder medische schadegevallen, vormen zeer storende elementen in het zorgverstrekkingproces.

Door de hogere verwachtingen van de patiënten enerzijds, de toenemende complexiteit van de medische activiteit én de tendens tot het steeds vaker instellen van juridische procedures anderzijds, is dit fenomeen de laatste jaren in alle West-Europese landen steeds meer in de belangstelling gekomen.

Naast deze toename in aantal nemen de kosten ook toe. Dit zowel voor wat de schadevergoedingen zelf betreft als voor de juridische en andere afhandelingskosten.

De Belgische overheid hecht veel belang aan de patiëntenrechten, de werkomgeving van de artsen en de kwaliteit van de gezondheidszorg. In dit kader hebben zij Marsh, in samenwerking met IMA gevraagd om de eerste fase van een belangrijk project in te vullen. Het doel van het volledige project is om de Belgische medische aansprakelijkheidsverzekering beter te begrijpen en om op termijn de implicaties te kunnen inschatten van mogelijke alternatieve vergoedingssystemen voor medische aansprakelijkheidsdossiers en mogelijk ook van medische ongefallen.

De draagwijdte van fase I (waarop dit rapport betrekking heeft) bestaat erin om de gegevens te definiëren die nodig zijn om deze analyse te kunnen maken en om de methodologie van de gegevensinzameling te definiëren (zie nota ministerraad dd. 24 oktober 2003).

In dit rapport lichten wij u onze methodologie toe, verduidelijken wij u welke gegevens per informatiehouder vereist zijn en verwijzen wij eveneens naar onze internationale ervaring in dit domein.

Tevens kan u in dit rapport de resultaten terugvinden van de besprekingen die met de diverse informatiehouders gevoerd werden. Hierbij duiden zij aan welke gegevens beschikbaar en toegankelijk zijn en wordt er tevens een indicatie gegeven van de bereidheid tot medewerking om deze gegevens in een latere fase eventueel ook daadwerkelijk ter beschikking te stellen.

De methodologie die hierbij aan u voorgesteld wordt, zal toelaten om de vereiste accurate en relevante gegevens van verzekeraars, mutualiteiten, artsen en ziekenhuizen te verzamelen.

Indien blijkt dat voldoende gegevens van de diverse informatiehouders kunnen bekomen worden, zal deze methodologie de verdere invulling van het volledige project toelaten, met inbegrip van een rigoureuze analyse van de medische aansprakelijkheidsomgeving in België en het maken van simulaties over de kostprijsimplicaties van eventuele wijzigingen in het systeem.

Om deze inleiding af te sluiten, wensen wij nog kort op te merken dat ervaring in het buitenland aangetoond heeft dat de bevraging van tandartsen, huisartsen, apothekers, gehandicapteninstellingen en RVT's niet noodzakelijk en evenmin aangewezen is. De gegevensinzameling voor deze categorieën is immers zeer ingewikkeld en zal geenszins de representativiteit van de resultaten van de studie verbeteren. Indien de overheid

bepaalde van deze categorieën toch zou wensen op te nemen, dient ze zich rekenschap te geven van een belangrijke toename van vereiste tijd en van een verhoogde kostprijs om deze analyse uit te voeren, zonder verbetering van de resultaten.

2. Definiëring van ongewenste medische resultaten

De huidige financiële kostprijs van ongewenste medische resultaten is gelinkt aan het aansprakelijkheidsprincipe.

De patiënt dient vandaag immers een fout van de zorgverstrekker te kunnen aantonen vooraleer hij een schadevergoeding kan krijgen. Tevens dient er een causaal verband aangetoond te worden tussen de fout en het opgelopen letsel. Vandaag zijn de schadevergoedingen voornamelijk samengesteld uit medische kosten, morele schade en inkomstenderving.

In het huidige systeem is het niet evident om een billijke vergoeding te ontvangen wanneer er zich een ongewenst medisch resultaat voordoet.

Voor de patiënt is het immers geen sinecure om de fout van de zorgverstrekker te bewijzen en hij zal dit enkel kunnen doen na een lange en zware juridische procedure.

Ook voor de zorgverstrekker is deze lange procedure zwaar (lange verjaringstermijn ; lange tijd tussen het feit, de schade en de klacht) wat het risico inhoudt dat men overgaat tot het beoefenen van defensieve geneeskunde.

Dit alles is aanleiding tot de vraag of de overschakeling op andere alternatieven, zoals een gedeeltelijk of een volledig "no-fault" systeem, een mogelijke oplossing kan bieden.

Dient dit te gebeuren voor alle ongewenste medische resultaten en medische specialisaties, of dienen we ons te beperken tot een nominatieve opsomming ?

Of dienen we misschien te komen tot een combinatie van beide systemen ?

Welk systeem zal voor zowel de patiënt, de zorgverstrekker (zowel de instellingen, hun personeel als de artsen) én de overheid het meest optimale resultaat geven ?

Welk systeem zal een correcte uitbetaling aan slachtoffers binnen een redelijke termijn mogelijk maken ? Welk systeem zal de kwaliteit van de geneeskunde positief beïnvloeden en de preventie-inspanningen optimaliseren ?

Het inschatten van de implicaties van eventuele wijzigingen vraagt uiteraard enige evaluatie.

3. Analytische vereisten

In eerste instantie is het de bedoeling van K.C.E. om de Belgische gezondheidszorg en medische aansprakelijkheidsomgeving beter te begrijpen.

Bij aanvang van dit project werden de vereiste data gedefinieerd, te beginnen met de bepaling hiervan :

- per jaar
- per ongewenst medisch resultaat¹

¹ Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan een categorisering op basis van ICD-codes

IMA zal dit nog verder verduidelijken (lijst nog niet in ons bezit bij het schrijven van dit rapport).

- per specialiteit

Dit voor de voorbije 5 jaar, d.w.z. van 1998 tot en met 2003.

Deze datavereisten zijn :

- het aantal ongewenste medische resultaten, het aantal klachten en het aantal incidenten (onafhankelijk van het feit of deze gevallen al dan niet vergoed werden).
- de uitgekeerde schadevergoedingen hiervoor, opgesplitst per soort betaling. bijvoorbeeld :
 - minnelijke schikking (zonder erkenning van fout)
 - formele regeling (d.w.z. aantonen van fout ; regeling door verzekeraar)
 - regeling na vonnis

De bekomen informatie zou best opgesplitst worden per categorie van kosten (schadevergoeding, juridische kosten, ...)

- aanduiding van wie de schade betaald heeft :
 - de arts zelf ?
 - het hospitaal ?
 - de mutualiteit ?
 - de verzekeraar, ... ?

en hoeveel zij respectievelijk betaald hebben.

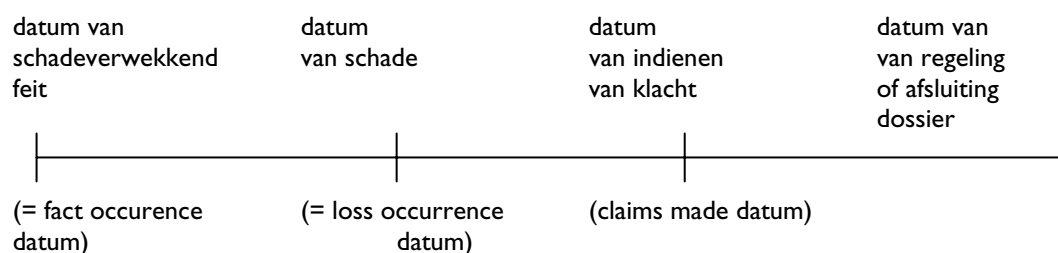
Deze informatie zal toelaten om de totale kostprijs van ongewenste medische resultaten te bepalen, met inbegrip van de implicaties die deze kosten hebben op het inkomen van de betrokken partijen (vb. ziekenhuizen en individuele artsen).

4. Methodologie

4.1. Evolutie van een schadegeval

Alle schadegevallen doorlopen verschillende stadia. Van de dag van het voorvallen ervan en het openen van een schadedossier tot het afsluiten van het dossier door middel van een uitkering van een schadevergoeding of via afwijzing.

Deze evolutie kan samengevat worden in onderstaande tijdslijn :



Het uiteindelijke aantal schadeclaims zal uiteraard afhangen van en gerelateerd zijn tot het aantal gebeurtenissen die resulteren in ongewenste medische resultaten.

Deze aantallen zijn uiteraard eveneens gerelateerd tot een aantal specifieke risicofactoren zoals de activiteit, met onder andere het aantal artsen, het aantal operaties, omzetcijfers,..... Een aantal andere bepalende elementen zullen later in dit rapport nog aan bod komen.

Er kan een bepaalde tijd verstrijken tussen fact occurrence 2 en loss occurrence 3 bij minder evidente of niet onmiddellijk vaststelbare schades.

Voor andere gevallen kan de loss occurrence (schade) bijna onmiddellijk of gelijktijdig vastgesteld worden na het schadeverwekkend feit (fact) vb. complicaties bij een chirurgische ingreep.

Voor nog andere feiten kan het soms jarenlang duren vooraleer men de schade vaststelt bv. bij hersenletsel opgelopen n.a.l.v. geboorte.

Daarnaast kan er ook op een gelijkaardige manier een bepaalde tijd verstrijken tussen de datum waarop de schade zich voordoet (loss occurrence) en de datum waarop de klacht wordt ingediend (claims made).

Het is immers vaak pas nadat de feiten of de omstandigheden duidelijker worden dat de patiënt (of zijn rechthebbenden) beslist om een klacht in te dienen.

Het aantal claims zal mede afhankelijk zijn van de geneigdheid om een claim in te dienen na het voorvallen van een specifieke schade.

Dit wordt mede beïnvloed door sociale factoren (de maatschappelijke evolutie, de mondigheid van de patiënt, de lagere drempel tot procederen, de betrokkenheid van de mutualiteiten, ...) die evolueren in de tijd.

De vertraging of de tijd die zich bevindt tussen het indienen van de klacht en de schaderegeling zal ook weer beïnvloed worden door de specificiteit van de claim, van het kunnen bepalen van de aansprakelijkheid en van de te volgen procedure vereist om een schaderegeling te bekomen.

Dit zal ondermeer afhankelijk zijn van de van toepassing zijnde wetgeving net voor of op het ogenblik van de schadeafhandeling.

4.2. Projectie methodologieën

Er bestaan verschillende actuariële extrapolatie methodologieën die kunnen gebruikt worden om de kost van medische aansprakelijkheid te kunnen bepalen.

Eén ervan is ondermeer :

- “Chain ladder”
 - basismethode
 - aangepast aan inflatie.

Deze aanpassingen omvatten o.m. de projectie van de gemiddelde kost per claim.

Al deze actuariële analyses pogen om de essentie van het hierboven omschreven schade ontwikkelingspatroon te omvatten.

² In dit rapport gedefinieerd als de datum van het schadeverwekkend feit

³ In dit rapport gedefinieerd als de datum waarop de schade zich manifesteert

Voor meer details over de verschillende actuariële technieken die kunnen gebruikt worden, verwijzen wij naar bijlage 3.

Om actuariële extrapolaties te kunnen maken wordt er verondersteld dat historische gegevens beschikbaar zijn en gebruikt kunnen worden om de toekomstige schades, mits de nodige aanpassingen, te kunnen projecteren.

4.3. Schaderegeling

In het huidige systeem hangt het aantal dossiers waarvoor een schaderegeling uitbetaald wordt af van de oorzaak van de medische nalatigheid, van het letsel en van de mogelijkheid om het causaal verband tussen deze twee elementen aan te tonen (art. 1382 BW e.v.).

De grootte van deze schadevergoedingen hangt af van verschillende factoren, zoals o.m. de graad van het letsel, de omvang van het financiële verlies en ook van het jaar waarin de vergoeding uitbetaald wordt. Zoals eerder reeds vermeld werd, is het jaar waarin de schade uitbetaald wordt belangrijk aangezien dit moment in de tijd mee de grootte van de claim zal beïnvloeden. Dit door de op dat ogenblik van toepassing zijnde wetgeving, de kosten van levensonderhoud, de lonen enz...

In de verschillende actuariële technieken zijn verschillende veronderstellingen vervat.

De keuze van de techniek is gebaseerd op de geschiktheid van bepaalde van deze veronderstellingen, rekening houdende met de beschikbaarheid van de informatie en met het type van risico dat men wenst te analyseren.

Eén methodologie omvat effectief alle verschillende stadia van het claimsproces, van :

- fact occurrence tot loss occurrence
- loss occurrence tot indienen van de klacht
- van indienen van de klacht tot schaderegeling of afwijzing
- bij afsluiting van het dossier

Het is deze methodologie die Marsh wenst toe te passen in de veronderstelling dat de vereiste informatie beschikbaar is.

Deze methode is een variante van de “disaggregated delay table”/gemiddelde kost per schade methode. Deze werkwijze is precieser dan de standaard chain ladder werkwijze en laat toe om ontbrekende gegevens aan te vullen, rekening te houden met wijzigingen in wetgeving en met andere te verwachten wijzigingen in het schadepatroon.

Aangezien medische aansprakelijkheidsdossiers heel lang kunnen aanslepen zijn niet alle schadedossiers afgesloten. Voor een heel aantal van deze dossiers zijn er nog belangrijke, al dan niet gejustifieerde reserves die vastgesteld werden.

Analyse van de correctheid van deze reserves vergt een nazicht van de gepastheid van het historisch reserveringspatroon. Daarom zijn dus ook de details van de historische reserves belangrijk voor het uitvoeren van de extrapolaties.

4.4. Belang van de verzekeringsdekkingen

Verskillende verzekeringssystemen focussen op diverse stadia in het claimsproces (fact occurrence - loss occurrence – claims made).

Hieruit volgt dat verschillende types van polissen dekking zullen voorzien voor verschillende claims.

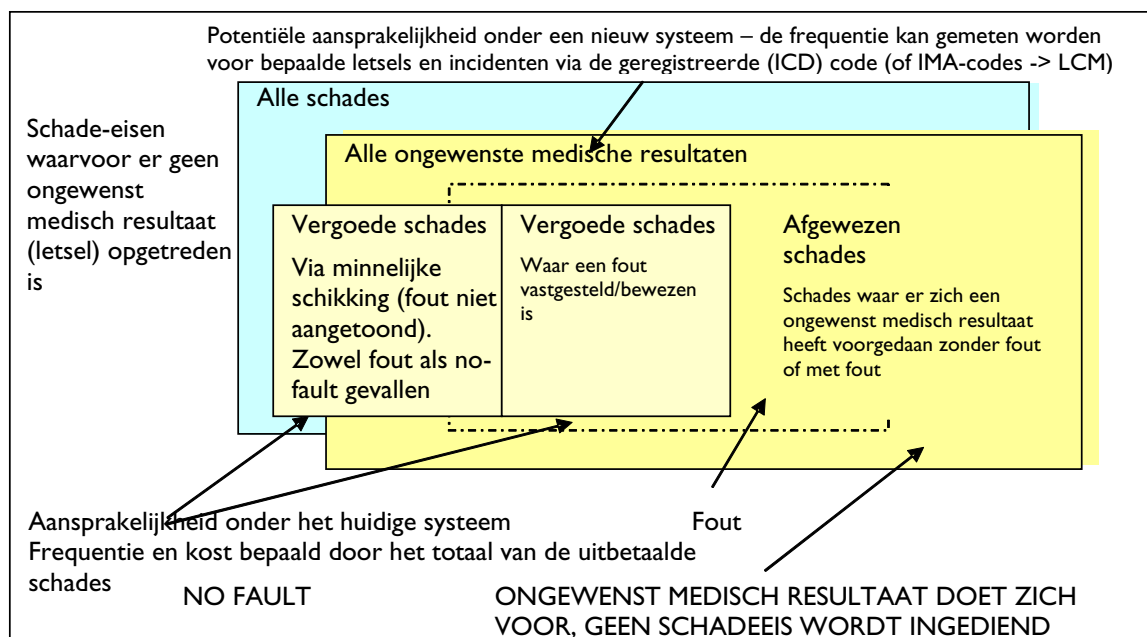
De analyse van het type verzekering (zowel wat de aard van de dekking als de dekkingperiode betreft) is eveneens essentieel bij het onderzoek van de verzekeringsinformatie.

4.5. Schatting van de kost van een no-fault systeem

Om de potentiële kostprijs van een no-fault systeem te kunnen bepalen dient men in de eerste plaats een schatting te maken van de kostprijs van de medische aansprakelijkheid onder het huidige foutsysteem. Daarnaast dient de verhouding bepaald te worden tussen het huidige aantal schade-eisen (onder het huidige systeem) en het aantal ongewenste medische resultaten en hun kostprijs onder een no-fault systeem.

Om de kostprijs onder beide systemen correct te kunnen bepalen, dient men de gepaste data in te zamelen en dient men de schadecontext te begrijpen. Onderstaand schema vat de belangrijkste aspecten van de medische aansprakelijkheidsomgeving samen.

Samenvatting van de schadecontext



Er zijn verschillende bronnen van no-fault informatie. Van ongewenste medische resultaten die gerapporteerd worden onder de specifieke ICD-codes (bv. Bloedtransfusie, ziekenhuisinfecties), tot het aantal ongewenste medische resultaten door IMA gerapporteerd.

De vergelijking tussen het aantal vergoede schadegevallen en het aantal ongewenste medische resultaten (of incidenten) onder het huidige systeem zal, mits voldoende claimsinformatie, toelaten om het effect te bepalen van schades onder een no-fault systeem of onder alternatieve systemen.

5. Welke gegevens en waarom ?

De bepaling van historische en toekomstige jaarlijkse financiële kosten is niet éénvoudig.

Om de historische kosten te bepalen en om een schatting te kunnen maken van het toekomstige financiële prijskaartje van ongewenste medische resultaten zijn significante gegevens vereist. Zeker indien men bij deze analyse niet alleen rekening zal houden met het huidige vergoedingssysteem maar ook een analyse wil maken van mogelijke alternatieve systemen waarvan de overheid de implicaties wenst te onderzoeken.

5.1. Informatie m.b.t. claims

De historische financiële kostprijs van ongewenste medische resultaten kan bepaald worden op basis van historische informatie van de schadegevallen. De specificiteit van de vereiste claimsinformatie werd hierboven reeds kort beschreven. Zoals gezegd zullen een heel aantal aangegeven schadegevallen nog niet afgesloten zijn door de tijd die er verloopt tussen het incident, de schade, de aangifte en de regeling ervan. Daarbij komt nog dat sommige schades zeker reeds voorgevallen zijn, maar nog niet aangegeven werden.

Het schadeverleden, tot op vandaag, zal correct dienen geprojecteerd te worden om de te verwachten ontwikkelingen die uit deze gevallen resulteren te kunnen bepalen.

Deze resultaten kunnen bekomen worden door middel van het gebruik van de gepaste actuariële technieken.

Voor de kwantificering van de ongewenste medische resultaten, die vandaag niet vergoed worden via het principe van aansprakelijkheid, dient men uiteraard statistieken of cijfers te verzamelen van andere bronnen dan de huidige schadeaanmeldingen. Deze zouden bijvoorbeeld :

- het aantal chirurgische en medische ongewenste resultaten (vb. het aantal overlijdens na chirurgische ingreep per jaar),
- het aantal geregistreerde foute diagnoses, of het aantal bijna- incidenten per jaar,
- het aantal geregistreerde hersenletsels naar aanleiding van geboorte, ... kunnen omvatten.

Marsh heeft in het kader van dit project specifieke vragenlijsten opgesteld. Deze werden aangepast per informatiehouder en sommen de gegevens op die nodig zijn om de projecties van de potentiële ongewenste medische resultaten te kunnen bekomen. Ook de specifieke gegevens die we van de overheid wensen te bekomen werden hierin opgenomen. Ter vervollediging van dit rapport voegen wij de origineel opgestelde vragenlijsten in bijlage I bij.

5.2. Informatie m.b.t. de algemene context waarbinnen de risico's zich voordoen.

Naast bovenvermelde informatie is het uiteraard belangrijk om parameters in te bouwen die het toelaten om aanpassingen door te voeren naar aanleiding van mogelijke wijzigingen in de risico omgeving.

Dit is essentieel. Immers, zelfs indien alle factoren ongewijzigd blijven zal een toename van het aantal consultaties, het aantal operaties of het aantal opnames de te verwachten aantallen ongewenste medische resultaten doen toenemen.

De correcte inpassing van de omgevingsfactoren die het risico bepalen enerzijds en van de aangepaste schadestatistieken anderzijds zullen toelaten om onderliggende trends van het schadeverleden te kunnen bepalen.

Deze trends zullen gekenmerkt worden door de ontwikkeling van de sociale omgevingsfactoren zoals bijvoorbeeld de drempel tot procederen en zoals bijvoorbeeld de claimsinflatie.

De consolidatie van de hierboven beschreven informatie m.b.t. claims en m.b.t. de algemene risico context zullen projecties toelaten over de toekomstige medische aansprakelijkheden en ongevallen. Voor het detail van de vereiste gegevens verwijzen wij graag terug naar de Marsh vragenlijsten in bijlage I.

6. Methodologie van gegevensinzameling en het waarom

6.1. Voorstel van informatiebronnen voor de gegevensinzameling

Er zijn verschillende informatiehouders die over relevante informatie beschikken.

Significante informatie m.b.t. de medische activiteit zal normaal gezien beschikbaar zijn op nationaal en regionaal niveau uit de nationale statistieken (N.I.S., Riziv, FOD Volksgezondheid) ⁴

Informatie m.b.t. schades zal beschikbaar zijn bij artsen, ziekenhuizen en verzekeraars. Rekening houdende met de gefragmenteerde aard van de Belgische healthcare markt is het onwaarschijnlijk dat alle vereiste informatie van één enkele informatiebron kan bekomen worden.

Een meer realistische veronderstelling is dat diverse secties van gegevens ter beschikking kunnen gesteld worden door verschillende informatiehouders.

De consolidatie van deze gegevens zal toelaten om de puzzel te vervolledigen.

Vooraleer verder in te gaan op de diverse genoemde informatiebronnen wensen wij te benadrukken dat wij geen enkele informatiehouder wensen uit te sluiten. De vraag die wel dient gesteld te worden is hoeveel informatie kan vergaard worden, mits welke inspanningen. De ervaring in het buitenland heeft aangetoond dat de bevraging van tandartsen, huisartsen, apothekers, gehandicapteninstellingen en RVT's niet noodzakelijk en evenmin aangewezen is aangezien de gegevensinzameling voor deze categorieën zeer ingewikkeld is en ze de representativiteit van de studie geenszins zal verbeteren. Het

⁴ Zie punt 3.4 van het IMA-rapport.

vormt voor ons geen enkel probleem om deze informatiehouders bijkomend te bevragen maar dan dient de overheid zich rekenschap te geven van de belangrijke toename van vereiste tijd en van een verhoogde kostprijs om de analyse uit te voeren, zonder substantiële verbetering van de resultaten.

6.1.1. Gegevens van artsen

In het algemeen kan men veronderstellen dat artsen zich vrij goed bewust zijn van hun medische fouten of van de ongewenste medische resultaten en van klachten die door patiënten tegen hen ingediend zijn. Dit wil echter nog niet zeggen dat zij weet hebben van de kosten die hieraan verbonden zijn (zowel de schadevergoedingen als bijvoorbeeld de juridische kosten). Het feit dat de meeste artsen in België verzekerd zijn beïnvloedt dit gebrek aan inzicht in de effectieve kosten.

Bijgevolg zullen bijkomende informatiebronnen moeten gecontacteerd worden om de schadekosten te bepalen.

Een ander vermeldenswaardig element waarmee we bij de bevraging van de artsen dienen rekening te houden, is dat het toegeven van medische fouten een zeer gevoelig onderwerp is voor de artsen.

Het is essentieel om hiermee rekening te houden bij de bepaling van de werkwijze.

Absolute confidentialiteit en anonimiteit kunnen hiertoe zeker bijdragen.

6.1.2. Gegevens van ziekenhuizen

De informatie waarover de ziekenhuizen beschikken is eveneens waardevol.

Tevens zal de gegevensinzameling bij deze informatiehouder in principe eenvoudiger zijn gelet op het beperkter aantal entiteiten. Steeds meer ziekenhuizen (vooral de grotere entiteiten) hebben goed uitgewerkte klachten - en schadeprocedures ingevoerd. Gedurende bepaalde periodes houden zij informatie m.b.t. de medische aansprakelijkheidsdossiers en in sommige gevallen van de medische ongevallen bij.

De informatie die van de ziekenhuizen dient bekomen te worden, heeft betrekking op het aantal schades en de schadebedragen, inclusief de uitgekeerde schadevergoedingen.

Net zoals dit voor de artsen het geval is zal de beschikbaarheid van deze gegevens mee bepaald worden door de onderschreven verzekeringen en door de informatie die de verzekeringsinstellingen achteraf terugkoppelen naar hun verzekerde.

Om zeker te zijn dat het belang van deze schadegegevens correct begrepen wordt en om toe te laten om de bekomen gegevens correct samen te voegen om tot een globaal beeld te komen voor de Belgische healthcare omgeving is het ook voor deze informatiehouder belangrijk om zowel te beschikken over de informatie m.b.t. de claims als de informatie m.b.t. de risico-omgeving (principe van overeenkomst en correlatie).

6.1.3. Gegevens van andere informatiehouders

Dezelfde redenering en opmerkingen als deze hierboven geformuleerd voor de artsen en de ziekenhuizen is van toepassing voor de informatie waarover de mutualiteiten enerzijds en de verzekeraars anderzijds beschikken. De aangepaste vragenlijsten die door Marsh opgesteld werden en de gepaste methodologie zullen verder in dit rapport besproken worden.

6.2. Bespreking van de informatiebronnen

De informatie m.b.t. de risico-omgeving zal normaal gezien vrij éénvoudig te verzamelen zijn.

Zoals vermeld zou volledige claimsinformatie in een ideale wereld door één van de informatiehouders kunnen ter beschikking gesteld worden.

Het is onwaarschijnlijk dit te veronderstellen aangezien men eerder kan verwachten dat :

- de artsen : de kosten van de schadegevallen hoogstwaarschijnlijk niet kennen;
- de ziekenhuizen : (waar risk management zich nog in een embryonale fase bevindt) historisch deze schadeinformatie niet in een onmiddellijk beschikbaar noch uniform systeem geregistreerd hebben;
- de mutualiteiten : geen onmiddellijk extraheerbare details van uitgekeerde schadevergoedingen aan patiënten in hun dossiers hebben;
- de verzekeringsmaatschappijen : geen gemeenschappelijke standaard registratiesystemen hebben en het dus zou moeten onderzocht worden welke informatie bij hen beschikbaar en toegankelijk is.

De ervaring leert ons dat, rekening houdende met de genoemde beperkingen bij de andere drie informatiehouders, het redelijk is te stellen dat indien beschikbaar, de schadehistoriek van de verzekeraars normaal gezien het meest omvattend is om de huidige kostprijs van de medische aansprakelijkheid te bepalen.

De eerste besprekingen met Assuralia hebben onmiddellijk aangegeven dat zowel premie als schadeinformatie tot op een zeker niveau beschikbaar is vanaf 1995. Verdere besprekingen hebben toegelaten om te analyseren wat er precies beschikbaar en toegankelijk is maar uit de eerste bevindingen bleek alvast dat de verzekeraars bereid zijn om mee te werken. De resultaten van de toetsing hiervan kan u verder in dit rapport terugvinden.

Op welke wijze ook, analyse en besprekingen hebben ook bevestigd dat de verzekeringsmarkt van de medische aansprakelijkheid gefragmenteerd en zeker niet éénvoudig is.⁵

Verzamelen van volledige, consistente en zeer duidelijke informatie zal dus, rekening houdende met de ingewikkelde aard en de diversiteit van de verzekeringsmarkt moeilijk zijn.

Dit bevestigt opnieuw dat het onverstandig zou zijn om simulaties te maken op basis van gegevens die slechts van één informatiebron afkomstig zijn. Een deel van de verzekerings- en claimsinformatie kan ook bij ziekenhuizen gevonden worden.

Een belangrijke opmerking voor de verzekeraars is dat zij niet het best geplaatst zijn om rigoureuze informatie ter beschikking te stellen m.b.t. alle ongewenste medische resultaten aangezien er in het huidige systeem en onder de huidige wetgeving enkel vergoedingen uitgekeerd worden in geval van aansprakelijkheid.

⁵ De verzekering kan op diverse manieren aangekocht worden :

- ziekenhuizen kopen individueel hun eigen verzekering, al dan niet tesamen met zelfstandige/tewerkgestelde artsen
- artsen kopen deze individueel of in groep aan (via medische raad of per specialiteit). Daarenboven is de samenstelling van deze groepen van artsen een dynamisch gegeven dat kan wijzigen in de tijd.

Deze lacune kan mogelijk ingevuld worden door de mutualiteiten die in hun rol van de belangenbehartiging van hun leden, klachten binnenkrijgen met betrekking tot allerlei ongewenste medische resultaten (met of zonder aansprakelijkheid). Als informatiehouder zijn zij dus zeker waardevol en daarenboven zijn er minder mutualiteiten in aantal en is de structuur overzichtelijker. Rekening hiermee houdende zouden we kunnen verwachten dat de vereiste specifieke schadepatronen en de specifieke karakteristieken van de klachten (met uitzondering van de totale schadekost) bij deze informatiebron kunnen teruggevonden worden.

Artsen hebben ook een beter zicht op alle klachten die tegen hen ingesteld werden, ongeacht van de notie van fout of therapeutisch ongeval. De informatie die we van hen kunnen bekomen zal toelaten om een cross-check uit te voeren met de informatie die via de verzekeraars en mutualiteiten bekomen werd.

Het is dus zeker redelijk te stellen dat gelet op het belang van de potentiële input van alle informatiebronnen, het delicaat en vertrouwelijk karakter en de verreikende implicaties van de analyse, het belangrijk is dat de diverse betrokken informatiehouders hun steentje bijdragen bij de gegevensinzameling.

6.3. Voorgestelde methodologie voor de gegevensinzameling

Voor de algemene statistische informatie m.b.t. Belgische healthcare omgeving is de methodologie voor de gegevensinzameling vrij eenvoudig. Het volstaat om het geschikte statistische instituut of ministerie aan te duiden (NIS, Riziv, FOD, ...) en om de gegevens daar op te vragen.

IMA zal de geschikte bron voor het ter beschikking stellen van deze gegevens identificeren. Wij verwijzen hiervoor naar hun rapport (punt 3.4.).

6.3.1. Artsen

Om de informatie van de artsen te bekomen wensen we met de steun van de overheid en de medische federaties en associaties de 15.000 artsen specialisten en optioneel ook de 12.000 huisartsen ⁶ te bevragen. Deze bevraging kan per brief of per e-mail gebeuren. Het is essentieel dat het belang van het verschaffen van deze informatie benadrukt wordt en dat de reden van het waarom deze informatie gevraagd wordt duidelijk gecommuniceerd wordt. Om de responspercentages te maximaliseren is het aangewezen om een begeleidend schrijven van de projectsponsors bij te voegen, in dit geval de overheid enerzijds en de artsenfederaties of associaties anderzijds.

Wij stellen voor om deze bevraging te doen door middel van een elektronische vragenlijst, of indien gewenst via brief. In het eerste geval kan er via een link onmiddellijk toegang gegeven worden tot een anonieme vragenlijst die de artsen kunnen completeren.

Het ontwerp van websurveyor dat door Marsh reeds opgesteld werd kan u ter illustratie in bijlage 2 terugvinden.

Deze ontwerpen werden reeds aangepast rekening houdende met de resultaten van de diverse besprekingen met IMA.

In functie van de ontvangen feed-back van de gesprekken die IMA gehad heeft met de artsensyndicaten, federaties en associaties en van een laatste toetsing in een volgende fase kunnen de gestelde vragen nog verder verfijnd worden. Dit om ervoor te zorgen

⁶ - Deze aantallen hebben betrekking op artsen met een actieve praktijk .

- Huisartsen : zoals vermeld zal de gegevensinzameling van deze doelgroep eerder ingewikkeld, tijdsroevend en duur zijn en zal dit de representativiteit van de simulaties niet verhogen.

dat de manier van vraagstelling begrijpbaar is voor de artsen, dat deze manier hen geen oncomfortabel gevoel geeft en dat ze uiteraard ook over de nodige informatie beschikken om het beantwoorden van de vragen toe te laten.

Een aantal gestelde vragen zoals de specialiteit en de anciënniteit zijn persoonlijk gelinkt. Daarnaast wordt er gepeild naar details van de klachten die er tegen hen ingesteld werden met aanduiding van diegene waarbij er een fout kon aangetoond worden.

Een belangrijke eigenschap van de vragenlijst is de volledige anonimiteit.

Confidentialiteit en anonimiteit kunnen onder meer gegarandeerd worden door het gebruik van diverse methodes, zoals :

- gebruiken van codenummers;
- scanning van antwoorden;
- invoeren van confidentialiteitsclausules.

In functie van de rapportering en de feed-back van IMA zullen wij in een latere mogelijke fase van gegevensinzameling graag het gepaste advies geven aan het Federaal Kenniscentrum m.b.t. de meest optimale werkwijze.

De bevraging per computer zal de nodige verificatievelden en ingebouwde testen voorzien zodanig dat de gerapporteerde gegevens automatisch getest worden op hun consistentie en dit vóór de effectieve submittie. Doordat de consistentie zo reeds gecheckt is zal er dus ook geen behoefte meer zijn om de arts achteraf terug op te sporen of te localiseren om bijvoorbeeld de antwoorden te verduidelijken. Wij begrijpen dat deze anonimiteitsgarantie niet alleen een bezorgdheid is voor de overheid, maar zeker ook voor de zorgverstrekker zelf.

Een bijkomend voordeel van deze computer gebaseerde methode is dat alle artsen kunnen bevestigd worden en dat hun antwoorden automatisch worden geregistreerd. De ervaring in het buitenland leert ons dat we gemiddeld gezien op een responspercentage van 30 à 40% kunnen rekenen. Een antwoordratio van 5 %⁷ van de artsen specialisten zal toelaten om over significante te analyseren informatie te beschikken (wat ongeveer neerkomt op 750 tot 1000 antwoorden).

Om de representativiteit te optimaliseren dienen de antwoorden uiteraard best van verschillende specialisaties te komen (m.a.w. als er bijvoorbeeld een grote concentratie zou zijn van antwoorden van anesthesisten zal het aantal iets moeten opgetrokken worden om representatief te zijn voor het geheel).

Na verspreiding van de vragenlijsten (of het activeren van de site) kan Marsh samen met de projectsponsor op regelmatige tijdstippen herinneringen sturen. Dit om de vooropgestelde timing te kunnen respecteren en uiteraard ook om het responspercentage te maximaliseren.

6.3.2. Ziekenhuizen

Wij noteren dat er vandaag 150 – 155 ziekenhuizen zijn in België. Met de steun van KCE en eventueel van IMA kunnen wij zeker een representatief aantal van elk type ziekenhuis selecteren met inbegrip van een aantal grotere ziekenhuizen van elk type. Om zeker te zijn dat deze steekproef relevante informatie kan verschaffen over de onderliggende risico's dienen we er een aantal te voorzien die niet alleen gegevens kunnen verschaffen over hun eigen aansprakelijkheidspolis maar ook een aantal waarvoor de artsen die in deze ziekenhuizen werken hun verzekering op groepsniveau aangekocht hebben.

⁷ Zie bijlage 4 voor justificatie van 5% antwoordratio.

Zoals dit voor de artsen het geval was (zie 6.3.1. en bijlage 4) stellen wij voor om bij de samenstelling van deze steekproef het doel van een responspercentage van 5% van het totaal voor ogen te houden (de 5% bijvoorbeeld te relateren tot het totaal aantal personeel of het totaal van de activiteit eerder dan tot het aantal).

De preciese omvang van de steekproef van de te bevragen ziekenhuizen zal mee bepaald worden door de betrouwbaarheidsgraad en de kwaliteit van de antwoorden.

Om een responspercentage van 5% te halen dienen we dus ongeveer 8 ziekenhuizen te bevragen. Indien we aan 10% wensen te geraken zal het voldoende zijn om 16 instellingen te selecteren en te bevragen om statistisch significante informatie voor analyse te kunnen bekomen.

Nadat de steekproef samengesteld is en nadat de nodige communicatie en toelichting gegeven werd, zullen de door Marsh opgestelde vragenlijsten ter vervollediging overgemaakt worden. Indien het voor hen moeilijk is om de verzekeringstechnische informatie te verschaffen kunnen wij ook altijd toelating vragen om hun verzekeraars, m.b.t. hun specifieke contracten te contacteren en zo de vereiste informatie te bekomen.

Bij de bepaling van bovenvermelde vereiste percentages gaan we uit van de veronderstelling dat de overgemaakte informatie van goede kwaliteit en voldoende gedetailleerd is. Indien dit niet het geval zou zijn zullen een aantal bijkomende ziekenhuizen moeten bevraagd worden om het minimum responspercentage van 5% te kunnen behalen. Het is belangrijk dat er tijdig teruggekoppeld wordt naar de actuaire van Marsh om ten gepaste tijde bijstellingen mogelijk te maken.

Voor deze steekproef, per ziekenhuis en per jaar (periode 1994 t/m 2003) wensen wij de informatie zoals beschreven in de opgestelde vragenlijst voor deze informatiehouder te bekomen. (zie bijlage I : vragenlijst voor de ziekenhuizen).

Ook hier is confidentialiteit en anonimiteit zeer belangrijk.

Om dit te garanderen tekent Marsh gebruikelijk confidentialiteitsovereenkomsten met opname van de garantie dat de informatie enkel zal gebruikt worden in het kader van deze opdracht.

De informatie zal immers enkel voor de analyse gebruikt worden en zal niet per ziekenhuis aan derden overgemaakt worden.

Enkel de geconsolideerde gegevens voor de sector zullen achteraf besproken worden.

Bovengenoemde scanning en coderingsmethodes kunnen indien gewenst ook hier ingevoerd worden.

Indien achteraf de geconsolideerde cijfers eventueel ter beschikking gesteld worden van de ziekenhuizen kunnen zij deze gebruiken als benchmark wat hen mogelijk bijkomend zal motiveren.

6.3.3. Mutualiteiten

Wij noteren dat er vandaag ongeveer 7 verzekeringsinstellingen zijn in België.

Gelet op IMA's betrokkenheid bij het project gaan we van de veronderstelling uit dat we op hun volledige medewerking kunnen rekenen en dat de gegevensinzameling voor deze informatiebron volledig zal zijn.

Gelet op het relatief klein aantal bronnen van deze informatie is het redelijkerwijze mogelijk om te pogen alle schadeinformatie van alle mutualiteiten te consolideren.

De specificiteit van de gewenste informatie (zie aangepaste vragenlijst Marsh in bijlage I) werd door IMA geëvalueerd. Voor de resultaten van deze evaluatie verwijzen wij naar het door IMA opgestelde rapport.

Indien we ervan uitgaan dat deze gevraagde gegevens beschikbaar en toegankelijk zijn, kan men besluiten dat de bevraging van deze informatiehouder relatief gezien éénvoudig is.

Door deze informatiehouder te bevragen zou men een inzicht moeten krijgen in zowel de medische aansprakelijkheidsdossiers als in de medische of therapeutische ongevallen.

De kosten die met deze schadegevallen verbonden zijn, zullen afzonderlijk ook bekomen kunnen worden uit de bevraging van de ziekenhuizen en van de medische aansprakelijkheidsverzekeraars (cfr. 6.3.4.).

6.3.4. De verzekeringsmaatschappijen

In combinatie met IMA's voorbereidende gesprekken met de ziekenhuizen heeft Marsh getoetst in welke mate de gevraagde of vereiste onderschrijvings- en schadegegevens bij de verzekeraars beschikbaar zijn. Er dient nagekeken te worden of deze gegevens beschikbaar zijn voor de ziekenhuizen, voor individuele contracten van artsen en voor groepscontracten voor artsen die in de ziekenhuizen tewerkgesteld zijn (of er hun praktijk in uitoefenen).

Zo kunnen er ook langs deze weg te analyseren gegevens bekomen worden die de lacunes van de informatie van de hospitalen kunnen opvangen vb. voor schadehistoriek van artsen die niet door het ziekenhuis verzekerd werden.

Zoals reeds eerder vermeld kan het ook nuttig zijn om de informatie m.b.t. onderschreven dekkingen en de schadegevallen van de ziekenhuizen eventueel rechtstreeks bij de verzekeraars op te vragen.

Als blijkt dat dit de meest aangewezen methode is om mee verder te werken, is het belangrijk om minimale overlapping en verwarring te verzekeren aangezien op dat ogenblik dezelfde informatie tegelijkertijd aan twee informatiehouders kan opgevraagd worden. Belangrijk is dat wij de informatie die we van de diverse informatiehouders bekomen hebben niet samentellen. Wij verwijzen hierbij ook naar bijlage 4 van ons rapport waarin er verduidelijkt wordt dat een steekproef van 5 tot 10% van de data (per informatiehouder) voldoende is om significante informatie te bekomen die de kostprijs per categorie kan bepalen. Elke informatiehouder zal een bepaalde schatting van de kosten aanbrengen. Het samenbrengen van de verschillende simulaties of schattingen zal dan resulteren in een schaal van mogelijke waarden of kosten. Op het moment van de effectieve gegevensinzameling en in functie van de kwaliteit van de bekomen informatie zal dit evaluatie, correcte planning en goede coördinatie vragen door specialisten ter zake. Dit is essentieel in een verdere fase van effectieve gegevensinzameling.

Informatie m.b.t. de verzekeringscontracten en de schadegevallen zal op een gelijkaardige manier als deze hierboven beschreven voor de ziekenhuizen ingezameld worden. Dit uiteraard met de voor de hand liggende uitzondering van niet relevante of niet geschikte data.

7. Buitenlandse ervaring van Marsh en de relevantie ervan

Onze internationale ervaring bij gelijkaardige projecten in het buitenland is een essentiële schakel voor het slagen van de studie.

Zo kan Marsh, door bij aanvang een vergelijking op te maken tussen de verschillen in verschillende landen op het vlak van lokale gewoontes en gedrag, wetgeving, cultuur, levensstandaard en gezondheidszorgsysteem vooraf reeds door benchmarking een bijkomende initiële schatting maken over het Belgische medische schadepatroon.

Deze cijfers zullen een bijkomend referentiepunt zijn en zullen een extra cross-check toelaten.

Een aantal voorbeelden van onze relevante ervaring op het vlak van gegevensdefiniëring en -inzameling vatten wij hieronder heel kort voor u samen :

7.1. Web-surveyor

Marsh heeft in Europa 10-tallen web-surveyor projecten gedaan, waaronder een heel aantal voor openbare entiteiten.

Web-surveyor en aangepaste analyses laten het toe om vertrouwelijke gegevens van bijvoorbeeld werknemers van ziekenhuizen of van andere organisaties op te vragen. Het gebruik van deze gelicensieerde websoftware laat de respondent toe om de antwoorden op een volledig anonieme manier te verschaffen. Deze benadering en werkwijze laat toe om mits een goed opgestelde vragenlijst, op een vrij eenvoudige manier vertrouwelijke informatie te verzamelen.

Bij gelijkaardige projecten hebben wij met het gebruik van deze methodologie responspercentages bekomen tussen 30 en 40%. Het bekomen van deze resultaten hebben significante en gedetailleerde analyses toegelaten. Een voorbeeld van de schermen die specifiek voor dit project opgesteld werden, vindt u in bijlage 2 terug.

7.2. Hong Kong

De uitkering van schadevergoedingen voor ongewenste medische resultaten is in Hong Kong, net zoals in het Verenigd Koninkrijk, gebaseerd op een fout-systeem.

Bij de analyse van de medische aansprakelijkheidsomgeving van Hong Kong, en het uitvoeren van een strategische studie, heeft Marsh de vereisten voor de gegevensinzameling bepaald die nodig zijn om een actuariële analyse te kunnen uitvoeren. Ook voor Hong Kong werden door Marsh de gegevens gedefinieerd die nodig waren.

De specificatie van deze gegevensvereisten hebben onze klant, met onze begeleiding, toegelaten om een databeheerssysteem op te bouwen dat gegevensregistratie mogelijk maakt.

De ontwikkeling van deze geconsolideerde schadegegevens heeft onze gedetailleerde analyse mogelijk gemaakt. Ook een juiste provisionering voor openstaande medische aansprakelijkheidsdossiers werd hierdoor mogelijk. Naast het bijkomend uitvoeren van een gedetailleerde studie van de vereiste riskmanagement maatregelen, de implementatie van een incidenten- en schaderegelingssysteem, werden ook de nodige cash-flow analyses gemaakt die een betere financiële planning toegelaten hebben.

7.3. Denemarken

In Denemarken worden schades vergoed op basis van een no-fault systeem. Dit systeem omvat wel een aantal beperkingen in vergelijking met de systemen in de andere Scandinavische landen⁸.

Ook in Denemarken heeft Marsh het bestaande medische aansprakelijkheidssysteem geanalyseerd en in kaart gebracht.

Het deel van onze studie dat gerelateerd was tot de datadefiniëring en de gegevensinzameling bestond uit het verzamelen en het samenbrengen van de vereiste gegevens m.b.t. de nationale risicocontext en de informatie die publiek beschikbaar was. Ook de informatie m.b.t. de wijzigingen in de wetgeving van 01.07.2002 en van 01.01.2004 werden geïnventariseerd.

Deze oefening heeft het mogelijk gemaakt om de huidige medische aansprakelijkheidsdossiers en de ermee verbonden potentiële aansprakelijkheidskosten te kwantificeren.

Dankzij deze analyse hebben we onze klant dus niet alleen advies kunnen geven m.b.t. een beter begrip van het Deense medische aansprakelijkheidsgebeuren maar ook een inzage kunnen verlenen in de potentiële aansprakelijkheden.

Voor een andere Deense opdrachtgever hebben we advies gegeven m.b.t. de vereisten voor herverzekering. Dit door de analyse van de gepaste herverzekeringsprogramma's en van de te verwachten implicaties van de schadegevallen op het herverzekeringsprogramma.

7.4. Italië

Het vergoedingssysteem voor ongewenste medische resultaten in Italië is gebaseerd op een fout-systeem.

Ook in Italië heeft Marsh in opdracht van een groep individuele ziekenhuizen de vereiste gegevens gedefinieerd en ingezameld zowel m.b.t. claims als m.b.t. het risico.

Analyse van de bekomen informatie heeft toegelaten om de specifieke karakteristieken van de Italiaanse medische aansprakelijkheidsomgeving te bepalen.

Als karakteristieken werden onder meer de claimsfrequentie (in functie van de omzet) en de ernstfrequentie van de claims gebruikt. Dit heeft Marsh toegelaten om de risico's van deze hospitalen beter te beheren.

7.5. Ierland

De basis van het vergoedingssysteem in Ierland is het fout-systeem. Sinds 1999 werd er een beperkt no-fault systeem voorgesteld, met name voor de vergoeding van hersenletsels die opgetreden zijn tijdens of rond de geboorte.

⁸ Zie : <http://www.patientforsikringen.dk/uk/index.html>

In samenwerking met het Ierse “Department of Health and Children” werd er ook hier het nodige gedaan om de gegevens te definiëren, in te zamelen en te analyseren.

Dit m.b.t. de claimsinformatie van de openbare ziekenhuizen die bij alle medische aansprakelijkheidsverzekeraars terug te vinden waren.

Bij deze verzekeraars waren er twee onderlinge verzekeraars bij en drie commerciële.

De ingewonnen informatie had betrekking op juniorartsen, verplegend personeel en andere zorgverstrekkers van de openbare ziekenhuizen. Ook de activiteit van de erin tewerkgestelde artsen-specialisten was hierin vervat.

Onze analyse heeft het mogelijk gemaakt om de kost van de medische aansprakelijkheid in Ierland per medische specialiteit te bepalen.

Tevens heeft dit de oprichting toegelaten van het Ierse “Enterprise Liability Scheme” dat de overheid toelaat om deze risico's te beheren en te beheersen.

Uit de analyse van de resultaten is, net zoals dit voor de andere landen het geval was, gebleken dat het risico van de huisartsen veel lager is in vergelijking met de ziekenhuizen en de artsen specialisten. Zoals eerder reeds gezegd werd, bevestigt ook deze studie dat de analyse van de medische schadegevallen van de huisartsen de besluiten van de studie niet substantieel beïnvloeden.

7.6. Internationale private instelling voor de verstrekking van de gezondheidszorg

In de regio's waar deze private instelling actief is, is het vergoedingssysteem gebaseerd op een fout-systeem.

Bij de analyse van de medische en andere aansprakelijkheden voor deze organisatie werd er ook aan hen specifieke claims informatie opgevraagd die de analyse van de potentiële kostprijs mogelijk heeft gemaakt.

Bij het uitvoeren van de studie werden inconsistenties in de actuele gegevens samen met de verzekeraar verduidelijkt en gecorrigeerd.

Dankzij onze gegevensinzameling hebben we niet alleen de specifieke schadekarakteristieken en van hieruit de potentiële aansprakelijkheden kunnen bepalen. Ook de vereiste financiering die nodig was om de openstaande claims, de IBNR claims en de juiste verzekeringsprogramma's te kunnen dragen werd bepaald.

Bij de volgende controle van de rekeningen hebben de auditors zich op deze cijfers kunnen baseren. Dankzij de nodige cash-flow analyses kon ook de financiële planning verbeterd worden.

7.7. Andere ervaring

Naast de genoemde ervaring heeft Marsh ook nog een haalbaarheidsstudie voor een captive gemaakt voor de Duitse universitaire ziekenhuizen, werden gelijkaardige studies uitgevoerd in Virginia en Florida (“Biennial actuarial services related to Birth-related Neurological Injury Compensation Plan”) en zijn we betrokken geweest bij de evaluatie van drie wetsvoorstellen m.b.t. letsels n.a.l.v. geboorte in New York.

8. Opgestelde vragenlijsten en resultaten van de gesprekken met diverse informatiehouders

Zoals bij de aanvang van het project bepaald werd, zijn de vragenlijsten die door Marsh per informatiehouder opgesteld werden op het terrein getoetst.

Marsh heeft de gesprekken gevoerd met 2 belangrijke medische aansprakelijkheidsverzekeraars en met de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia (bij een effectieve gegevensinzameling in een volgende fase zullen uiteraard alle verzekeraars die het medisch aansprakelijkheidsrisico onderschrijven, zonder onderscheid gecontacteerd worden).

IMA heeft de toetsing van de vragenlijsten voor de algemene Belgische Healthcare omgeving, de ziekenhuizen, de artsen en de mutualiteiten voor haar rekening genomen.

In een later stadium hebben zij ook contact genomen met de belangenverenigingen van slachtoffers en patiënten.

Wij geven u hieronder de respectievelijke resultaten weer.

Eerst zullen de aanvankelijk opgestelde vragenlijsten hernomen worden. Vervolgens geven wij een overzicht van de gevoerde gesprekken, de beschikbaarheid van de gegevens enerzijds en de toegankelijkheid van deze gegevens anderzijds.

8.1. De verzekeraars

Individuele vragenlijst

Onderstaande vragenlijst werd met Ethias, Fortis en Assuralia besproken. Gelet op hun marktaandeel enerzijds en het belang van hun organisatie anderzijds kunnen hun antwoorden als representatief voor de Belgische medische aansprakelijkheidsmarkt beschouwd worden. Wij zijn er ons van bewust dat de gegevensbanken van de verschillende verzekeraars op diverse manieren gestructureerd zijn. Het feit dat er geen vaste templates gebruikt worden, vormt op zich geen probleem zolang de gegevens maar beschikbaar zijn.

Uiteraard zullen bekomen gegevens moeten samengebracht worden in een duidelijke consistente te analyseren vorm.

Gegevens m.b.t. de verzekeringscontracten (1994 t/m eind 2003)

Verzekeringspremie, voor elk jaar

- netto premie
 - voor het ziekenhuis
 - voor de artsen
 - of indien gecombineerd: voor het ziekenhuis en de artsen
- aard van de dekking
- verzekeringsperiode (hoe lang is het risico bij u in dekking?
- Gelieve het aantal jaren en maanden te vermelden).
- verzekerde limieten (per verzekeringsperiode)
- vrijstelling
- vergoedingsprincipe (per verzekeringsperiode)
 - fact occurrence
 - loss occurrence
 - claims made
- informatie over het verzekerd risico
 - aantal verzekerde artsen
 - ziekenhuis
 - omzet van het ziekenhuis
 - aantal bedden.

Gegevens m.b.t. schade

indien beschikbaar op een individuele basis; vereist voor alle schadedossiers

- unieke identificatiecode
- medische specialiteit of activiteit
- aard van de schade
- datum van
 - schade
 - aangifte
 - regeling (inclusief betalingsdatum)
- stand van het dossier
 - open
 - afgesloten
 - betaald
 - afgewezen

uitgekeerde schadevergoedingen (onafhankelijk van de eventueel van toepassing zijnde vrijstellingen en van verzekerings- en herverzekeringskosten.)

- unieke identificatiecode

- uitgekeerde schadevergoeding en datum van uitkering
- opgesplitst in bedragen voor :
 - lichamelijke schade/medische kosten
 - morele schade
 - inkomensderving
 - juridische kosten van derden
 - eigen juridische kosten

type van betaling

- minnelijke schikking
- formele regeling
- juridisch vonnis

aansprakelijke/betrokken partijen

- bedrag te betalen door sociale zekerheid (indien van toepassing)
- bedrag ten laste van de arts
- bedrag ten laste van het ziekenhuis
- bedrag ten laste van de verzekeraar

details m.b.t. de reserves

- unieke identificatiecode
- voorziene reserve en datum van bepaling
- opgesplitst in bedragen voor
 - medische kosten
 - lichamelijke schade
 - morele schade
 - inkomensderving
 - juridische kosten van derden
 - eigen juridische kosten

type van betaling

- minnelijke schikking
- formele regeling
- juridisch vonnis

aansprakelijke/betrokken partij

- reserve voor sociale zekerheid (indien van toepassing)
- reserve voor arts
- reserve voor ziekenhuis
- reserve voor verzekeraar

8.1.1. Ethias en Fortis

Uit de gesprekken met zowel Ethias als Fortis is duidelijk gebleken dat zij bereid zijn om aan een eventuele studie mee te werken.

Hierna voegen wij hun antwoorden bij. Hieruit zal u kunnen afleiden welke gegevens voor welke periodes toegankelijk zijn.

Een aantal belangrijke opmerkingen vatten wij hierbij vooraf kort samen.

- De verzekeraars geven er de voorkeur aan om de gegevens via Assuralia ter beschikking te stellen. Dit om de confidentialiteit te kunnen waarborgen.
- Er is een belangrijk verschil tussen de beschikbare gegevens en de toegankelijke gegevens.
De meeste van de gevraagde gegevens kan men terugvinden in de individuele dossiers.
Een deel kan uit de bestaande gegevensbanken gehaald worden.
Het zijn deze laatste gegevens die in hun antwoorden vermeld worden (cfr. infra).

Het verschaffen van alle vooropgestelde gegevens zal een belangrijke financiële investering vragen, waarvoor de respectievelijke verzekeraars vandaag zelf niet kunnen instaan.

Wij verduidelijken dit met een voorbeeld: Fortis opent om en bij de 1.500 dossiers per jaar. Indien we ervan uitgaan dat deze dossiers manueel dienen uitgehaald te worden om alle gegevens ter beschikking te stellen, dat de invulling door een specialist-dossierbeheerder dient te gebeuren, dat dit gemiddeld 30 min. per dossier in beslag neemt, dan zou dit over een periode van 6 jaar (en geen 10 jaar zoals aanvankelijk vooropgesteld, aangezien niet beschikbaar) alleen voor Fortis al een investering vragen van 4500 uren (= 562 dagen). Het is evident dat de verzekeraars op dit ogenblik niet de nodige mankracht noch de financiële incentives hebben om dit te kunnen invullen.

Om hiervoor een oplossing te zoeken hebben wij bijkomende gegevens aan Fortis gevraagd. De bedoeling van deze bijkomende vraagstelling was om na te gaan of een steekproefgewijze benadering een oplossing zou kunnen bieden.

Uit deze bevraging is gebleken dat ongeveer 20% van de 1500 dossiers effectief betrekking hebben op medische aansprakelijkheid. De overige 80% zijn gerelateerd tot algemene uitbatingsaansprakelijkheden.

Dit wil zeggen dat er ongeveer een 300-tal dossiers per jaar essentieel zijn voor onze studie. Indien Fortis bereid zou zijn, om mits de overeen te komen investering door de overheid alle gedetailleerde gegevens ter beschikking te stellen voor 2 jaar (bv. 2002 en 2003) kunnen wij op basis van de 600 geanalyseerde dossiers al duidelijke schadekarakteristieken onderzoeken.

Deze steekproefgewijze benadering zal de vereiste tijd en de ermee verbonden kosten substantieel verminderen.

- De gegevens die de verzekeraars kunnen verschaffen hebben betrekking op dossiers waarbij er sprake is van aansprakelijkheid aangezien dit de huidige vergoedingsbasis is.
Zij hebben zo goed als geen informatie over medische ongevallen.
- Bij Fortis werd Fortis FCI gecontacteerd (collectieve verzekeringscontracten artsen + ziekenhuis met marktaandeel van 30%) en niet Fortis AG. Deze laatste hebben een marktaandeel van 18% voor de verzekering van individuele artsen.

De kans is reëel dat zij ons dezelfde gegevens kunnen bezorgen als Fortis FCI.

Welke gegevens kunnen uit de databanken gehaald worden ?

Gegevens ter beschikking uit databank Fortis

op het vlak van de gegevens m.b.t. de verzekeringscontracten

voor de periode 1998-2003 :

- globale premie artsen en ziekenhuizen
- voor een momentopname (huidige situatie) kan dit aangevuld worden met
 - de aard van de dekking
 - de verzekerde limieten
 - de vrijstelling
 - het aantal gedekte artsen
- het vergoedingsprincipe kan globaal gezien medegedeeld worden

op het vlak van de schades voor de periode 1998- 2003

- uitbetaalde bedragen
- voorziene reserves.

Gegevens ter beschikking uit databank Ethias (vanaf 1998)

op het vlak van de gegevens m.b.t. de verzekeringscontracten

- nettopremies voor de ziekenhuizen en/of de artsen
- dekkingsperiode
- verzekerde limieten
- vergoedingsprincipe (= uitgestrektheid van de dekking in de tijd)
- vrijstellingen

op het vlak van de schades per aangeslotene (individueel of collectief)

- datum van aangifte, van opening en afsluiting van het dossier
- datum van elke betaling
- opsplitsing van de uitgaven per aard van schade (beschikbaar sinds 01.01.2000, bijvoorbeeld voor medische of paramedische ongevallen; val van patiënten; verlies van protheses; brillen of persoonlijke voorwerpen en voor defecten van medisch materiaal).
- opsplitsing van de uitgaven per post, aanduiding van mogelijk verhaal, externe kosten (expertises, advocaten, ...)
- netto reserve per dossier

8.1.2. Assuralia

Assuralia is zeker bereid om haar medewerking te verlenen. De rol die zij hierin kan vervullen is niet onbelangrijk gelet op de eerder vermelde anonimiteits- en confidentialiteitsvoorwaarden.

Inderdaad, het valt te verwachten dat de verzekeraars hun informatie aan Assuralia zullen verschaffen die deze globaal voor de sector eventueel kunnen ter beschikking stellen.

Hun antwoord werd samengevat in hun brief van 16 maart 2004.

De inhoud voor zich sprekende, voegen wij deze ter vervollediging en ter informatie hieronder voor u bij.

Aan mevrouw K. Amsoms en
de heer Louis Cortois
Marsh n.v.
Vorstlaan 2
1170 Brussel

JR/RT
HVI04039

16 maart 2004

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

Medische aansprakelijkheid en therapeutische risico's

Met verwijzing naar onze gesprekken, bevestigen wij u dat de momenteel beschikbare gegevens bestaan uit:

- CBFA-gegevens voor het product 84, zijnde de BA medische, paramedische en veeartsenijkundige beroepen, voor de jaren 1995 tot en met 2002 (zie bijlage 1);
- De gegevens volgend uit de enquête van het kabinet van Sociale Zaken uitgevoerd in 2000 (zie, voor het enquêteformulier, bijlage 2). In de enquête van het kabinet van Sociale Zaken werden gegevens opgevraagd voor de jaren 1995 tot en met 1999. Uitgaande van deze enquête werden statistieken opgemaakt die steunen op 60% van de markt qua incasso.

In beide gevallen gaat het hier over geglobaliseerde gegevens. Enkel voor de schadegevallen van meer dan 50.000 EUR over de periode 1995 tot en met 1999 zijn er enkele details beschikbaar die wij hebben opgevraagd naar aanleiding van de enquête Kabinet sociale zaken. Deze gegevens kunnen voor de jaren 2000 tot en met 2003 worden geactualiseerd.

Het aanleveren van niet geglobaliseerde en andere niet onmiddellijk beschikbare gegevens per contract en per schadegeval ligt voor de betrokken verzekeringsondernemingen zeer moeilijk. De meeste van de gegevens die Marsh heeft gedefinieerd kunnen wellicht teruggevonden worden in de dossiers, maar zijn niet op informaticaniveau beschikbaar. Het verstrekken van deze gegevens zou enorm veel manueel werk betekenen en enkel kunnen uitgevoerd worden door experts in de materie.

Met de meeste hoogachting,

Rita Thys,
Adviseur.

Jean Rogge,
Algemeen Adviseur.

Bijlage I bij onze brief van 16/03/04 aan mevr. Marsh en dhr. Cortois van Marsh

Product 84: BA medische, paramedische en veeartsenijkundige beroepen

Geherstructureerde statistiekstaat niet-leven		
Rubrieken	Codes	
Verdiende premies (zonder aftrek van afgestane herverzekering)		
- Premies en bijkomende kosten	1.1 + 1.2	+
- Wijzigingen en overdrachten van de voorzieningen voor niet-verdiende premies en lopende risico's		
Waarvan : Begin	3.1.A.1 + 3.1.A.2	+
Einde	- 3.1.Z.1 - 3.1. Z.2	
Overgedragen ontvangen	3.1.T.a	+
Overgedragen afgestane	- 3.1.T.b	-
Schadegevallen en andere technische lasten (zonder aftrek van de afgestane herverzekering)		
Schadelast		
- Betaalde bedragen		
Waarvan : Uitkeringen	- 2.1	-
Externe beheerskosten van schadegevallen	- 2.2	-
Interne beheerskosten van schadegevallen	- 2.3	-
Teruggewonnen technische lasten	2.4	+
- Wijzigingen en overdrachten voor voorzieningen voor schadegevallen waarvan aangegeven(1), IBNR (2) en beheerskosten (3)		
Waarvan : Begin	3.2.A.(1 + 2 + 3)	+
Einde	- 3.2.Z.(1 + 2 + 3)	-
Overgedragen ontvangen	3.2.T.a	+
Overgedragen afgestane	- 3.2.T.b	-
Terug te vorderen technische lasten : begin van het boekj.	- 3.3.A	-
Terug te vorderen technische lasten : einde van het boekj.	+ 3.3.Z	+
Wijzigingen en overdrachten van andere technische voorzieningen (waaronder vergrijzing en egalisatie)		
Waarvan : Begin	(3.4 + 3.5 + 3.6).A	+
Einde	- (3.4 + 3.5 + 3.6).Z	-
Overgedragen ontvangen	(3.4 + 3.5 + 3.6).T.a	+
Overgedragen afgestane	- (3.4 + 3.5 + 3.6)..T.b	-
Andere opbrengsten en technische lasten	- 4.1 + 4.2	+/-
Winstdeling en restorno's		
- Betaalde bedragen	-5.1.1 - 5.1.2	-
- Wijzigingen en overdrachten van voorzieningen voor W.B.		
Waarvan : Begin	5.2.A	+
Einde	- 5.2.Z.1 - 5.2.Z.2	-
Overgedragen ontvangen	5.2.T.a	+
Overgedragen afgestane	- 5.2.T.b	-
Bedrijfskosten		
Acquisitiekosten		
- Commissielonen voor acquisitie	- 6.1	-
- Andere acquisitiekosten	- 6.2 - 6.3	-
Administratiekosten	- 7	-
Bruto saldo voor beleggingsopbrengsten		
Beleggingsopbrengsten, min beleggingslasten	8	+
OPM. : Beleggingsopbrengsten		+
Beheerskosten van beleggingen		-
Bruto technisch – financieel saldo		

Volgende gegevens zijn eveneens per voorvalsjaar beschikbaar:

2.1 + 2.2

2.4

3.2.Z.1 + 3.2.Z.2

3.2.T.a

3.2.T.b

3.3.Z

Aantal aangegeven en geboekte schadegevallen

Opmerking: het aantal aangegeven en geboekte schadegevallen is niet altijd even betrouwbaar.

Bijlage 2 bij onze brief van 16/03/04 aan Mevr. Amsoms en dhr. Cortois van Marsh

RT000003
13.01.2000

Burgerrechtelijke aansprakelijkheid artsen
Vragenlijst voor de verzekeringsondernemingen

De in deze enquête opgevraagde gegevens hebben betrekking op de BA-verzekering van de medische beroepen, met uitsluiting van de veeartsen, de paramedici en de tandartsen, maar met inbegrip van de ziekenhuizen. Er worden hierbij technische gegevens opgevraagd, dus zonder de voorzieningen voor IBNR-schadegevallen en zonder de voorzieningen voor beheerskosten van schadegevallen.

Met het oog op de te verwezenlijken doelstelling nodigen wij u uit deze enquête ingevuld terug te sturen uiterlijk op 20 maart 2000 aan :

Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen
T.a.v. de heer Rogge
Algemeen Adviseur
De Meeûsplantsoen 29
BRUSSEL

Het globaliseren van de gegevens zal op een confidentiële manier door de BVVO gebeuren. Om deze globalisatie vlot te laten verlopen vragen wij u om de te verstrekken gegevens in te vullen in de excel-file BAMED.XLS op de diskette in bijlage. Bij eventuele problemen hieromtrent mag u contact opnemen met mevrouw R. Thys, adviseur bij de BVVO (tel. 02/547.57.46).

I. Incasso

Incasso in BEF (1)	1995	1996	1997	1998	1999
Individuele polissen					
Collectieve polissen					
Individuele en collectieve polissen (2)					
BA-exploitatie en na levering van ziekenhuizen					
Totaal (2)					

(1) Het betreft netto premies, zonder de taks van 9,25 %.

(2) Alleen in te vullen wanneer het niet mogelijk is de incasso's op te splitsen.

Opmerkingen :

II. Schadegevallen

Er worden schadegegevens opgevraagd voor de drie genoemde categorieën (individuele polissen, collectieve polissen en BA-exploitatie en na levering van ziekenhuizen), voor de voorvals jaren 1995 tot 1999.

Er wordt gevraagd onderstaande tabel in te vullen voor :

- het aantal aangegeven schadegevallen op 31 december van het afwikkelingsjaar;
- het aantal op nul afgesloten schadegevallen (zonder vergoeding of externe kosten) op 31 december van het afwikkelingsjaar;
- het aantal afgesloten schadegevallen met betaling van alleen externe kosten, op 31 december van het afwikkelingsjaar;
- het aantal afgesloten schadegevallen met vergoeding op 31 december van het afwikkelingsjaar;
- de betalingen in BEF (excl. externe kosten) per afwikkelingsjaar (niet gecumuleerd);
- de voorzieningen in BEF op het einde van het afwikkelingsjaar voor de aangegeven schadegevallen (zonder voorzieningen voor IBNR-schadegevallen en zonder voorzieningen voor beheerskosten);
- het aantal aangegeven schadegevallen die op 31 december van het afwikkelingsjaar geraamd worden op minder dan 50.000 EUR;
- het aantal aangegeven schadegevallen die op 31 december van het afwikkelingsjaar geraamd worden tussen 50.000 EUR en 125.000 EUR;
- het aantal aangegeven schadegevallen die op 31 december van het afwikkelingsjaar geraamd worden tussen 125.000 EUR en 250.000 EUR;
- het aantal aangegeven schadegevallen die op 31 december van het afwikkelingsjaar geraamd worden op 250.000 EUR of meer.

Individuele polissen					
Voorvalsjaar	Afwikkelingsjaar				
	1	2	3	4	5
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
Collectieve polissen					
Voorvalsjaar	Afwikkelingsjaar				
	1	2	3	4	5
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
Individuele en collectieve polissen (I)					
Voorvalsjaar	Afwikkelingsjaar				
	1	2	3	4	5
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
BA-exploitatie en na levering van ziekenhuizen					
Voorvalsjaar	Afwikkelingsjaar				
	1	2	3	4	5
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
Totaal (I)					
Voorvalsjaar	Afwikkelingsjaar				
	1	2	3	4	5
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					

(I) Alleen in te vullen wanneer het niet mogelijk is de opsplitsing te maken.

Opmerkingen :

III. Detailstaat van de grote schadegevallen

Voor elke schadegeval in de voorvalsjaren 1995-1999 dat op 31 december 1999 geraamd wordt op 50.000 EUR of meer, dienen de volgende gegevens te worden verstrekt :

- jaar waarin het schadegeval zich heeft voorgedaan;
- het criterium voor de inwerkingtreding van de waarborg voor dat jaar, naargelang het gaat om de schadewekkende gebeurtenis, het voorvallen van de schade of van de schadeclaim;
- jaar waarin de schade werd aangegeven;
- de evolutie van de ramingen op datum van 31 december (in BEF);
- betalingen op 31 december 1999 (in BEF);
- de specialiteit in kwestie;
- soort regeling (minnelijk, gerechtelijk, twijfelgevallen);
- de maximumvergoeding voor lichamelijke schade (in bedragen).

8.2. De artsen

De initiële vragenlijsten voor de artsen werden door Marsh opgesteld. (originele versie : zie bijlage 1).

IMA heeft de taak op zich genomen om deze vragenlijsten op het terrein te toetsen. Een overzicht van de instanties die gecontacteerd werden en van de rapportering van de bevindingen werd door IMA in haar rapport opgenomen.

Hieronder voegen wij de vragenlijsten bij die wij van IMA teruggekregen hebben en waarin de diverse aanpassingen volgend op onze gemeenschappelijke besprekingen en hun interne vergaderingen aangebracht werden.

De uitklijsten die vermeld worden zal u kunnen terugvinden in de door Marsh opgestelde web-surveyor (zie bijlage 2).

IMA bevestigt in haar rapport (ontvangen op 14 april 2004) dat alle gegevens uit de vragenlijst⁹ beschikbaar zijn bij alle artsen en dat deze mits een kleine inspanning toegankelijk zijn.

De ontvangen respons, zo blijkt uit IMA's rapport, is vrij positief. Om een optimale gegevensinzameling te kunnen organiseren en om een aantal moeilijkere gegevens ook te kunnen bekomen, raden wij aan om in een volgende fase van effectieve gegevensinzameling een beperkte testbevraging te doen die een concrete inzage geeft van de kwaliteit van de verschafte gegevens en die bijsturingen indien vereist nog mogelijk maakt.

⁹ - Aantal schades per specialiteit (dit is claimsfrequentie onder het huidig systeem als basis van schatting van totaal aantal schades in België).

- Huidige kostprijs van schades als een percentage van het geschatte inkomen op basis van premie-informatie en indien mogelijk op basis van de kosten van de schade.

VRAGENLIJST VOOR GENEESHEREN

PERSONALIA

Indien u geen klinische praktijk hebt moet u de vragen onder de rubriek PERSONALIA niet invullen.
Indien u een klinische praktijk hebt gelieve dan de volgende vragen te beantwoorden.

1. bent u huisarts.

2. bent u specialist in opleiding : opgave specialiteit : beperkte uitklijst van 26 specialiteiten.
bent u erkend specialist : opgave specialiteit : beperkte uitklijst van 26 specialiteiten.

3. opgave functie :

- GSO
- Geneesheer Specialist.
- Diensthoofd
- Stagemester

4. opgave ervaring

- Jaar van basisdiploma
- Jaar van erkenning specialisatie

5. opgave verdeling van de activiteit

- intramuraal | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (halve dagen): tewerkgesteld of zelfstandig.
- extramuraal | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (halve dagen): tewerkgesteld of zelfstandig.

Indien in een ziekenhuis : een privaat ziekenhuis / openbaar ziekenhuis/ universitair ziekenhuis
(één van de 8).

UW VERZEKERINGSSITUATIE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID :

1. Geef aan in de tabellen welke premie voor u is betaald per jaar vanaf 1994 tot 2004:

- was U verzekerd ja of neen.
hebt u deze premie persoonlijk betaald, via uw vennootschap of via het ziekenhuis.
- hoeveel was de jaarpremie
 - 100 – 500 EUR
 - 500-1000 EUR
 - 1000-2000 EUR
 - 2000-3000 EUR
 - 3000-4000 EUR
 - >5000 EUR
 - niet gekend

2. Weet U volgens welk verzekeringsstelsel (type polis) u verzekerd bent ?

- Het Fact occurred of act committed stelsel : het feit of daad dat aan de oorsprong ligt van een schadegeval gebeurt binnen de looptijd van de polis.
- Het Loss occurred stelsel : het tijdstip waarop de schade tot uiting komt gebeurt binnen de looptijd van de polis.
- Het Claims made stelsel : het tijdstip waarop de benadeelde het schadegeval meldt valt binnen de looptijd van de polis.
- Niet gekend.

3. Zijn er de laatste 10 jaar (de periode van 1994 tot 2004) klachten geweest van patiënten over uw medische activiteiten? Ja/nee.

Een klacht is een mondelinge of schriftelijke uiting van ongenoegen van een patiënt of zijn aangestelde.

Indien ja, gelieve per jaar het aantal aan te duiden (in te brengen); zie kliklijst van Marsh .

Hebben deze klachten aanleiding gegeven tot een schaderegeling van welke aard dan ook? Indien ja gelieve per jaar voor de drie grootste schadevergoedingen de bedragen aan te duiden (in te brengen)

8.3. De ziekenhuizen

Ook voor de ziekenhuizen werden aangepaste vragenlijsten opgesteld.

Dezelfde commentaar als hierboven (punt 8.2.) vermeld voor de artsen kan weerhouden worden, met name :

- IMA heeft de taak op zich genomen om deze vragenlijsten op het terrein te toetsen. Een overzicht van de instanties die gecontacteerd werden en van de rapportering van de bevindingen werd door IMA in haar rapport opgenomen.
- Hieronder voegen wij de vragenlijsten bij die wij van IMA teruggekregen hebben en waarin de diverse aanpassingen volgend op onze besprekingen en hun interne vergaderingen aangebracht werden.

Uit het rapport van IMA (dd. 14 april 2004) menen wij te mogen besluiten dat :

- de gevraagde registreerperiode (1994 - 2004) te lang is aangezien er slechts sporadisch effectieve registratie is op ziekenhuisniveau.
- dat sommige gegevens met betrekking tot claims vernietigd zouden worden.
- dat er geen uniform dataregistreersysteem beschikbaar is.
- dat invulplicht nuttig zou zijn.

De eerste indicaties tonen aan dat de kwaliteit en de kwantiteit van de beschikbare gegevens sterk kan variëren tussen de verschillende hospitalen.

Het is niet mogelijk om vooraf te kunnen bepalen welke ziekenhuizen kwalitatieve data kunnen verschaffen.

Wij noteren dat er uit de bevraging gebleken is dat er over de aard van de schade en over de diverse posten die vergoed worden er op het niveau van het hospitaal eigenlijk niets geweten is.

Hier rekening mee houdende lijkt het ons aangewezen om (vooraleer over te gaan tot effectieve gegevensinzameling) bij de individuele ziekenhuizen grondig te onderzoeken over welke gegevens zij precies beschikken. Wij zijn de mening toegedaan dat een optimale communicatie, over het doel van de vraagstelling, kan bijdragen tot het verschaffen van een aantal vereiste gegevens.

Om de individuele schadegegevens van de ziekenhuizen te bekomen, zal er een zekere inspanning geleverd moeten worden. Deze inspanning vraagt tijd. Immers,

- er moet bepaald worden wat er onmiddellijk beschikbaar is.
- er dient verduidelijking gevraagd te worden over het al dan niet vernietigen van schadegegevens (volgens het rapport van IMA wordt dit gedaan in samenspraak met de verzekeraars maar 2 van deze verzekeraars blijken hier alvast niet van op de hoogte te zijn).
- de beschikbare informatie dient in een consistente vorm ingezameld te worden.

De medewerking van voldoende bronnen zal nodig zijn om dit te bereiken.

Op basis van wat er ons door IMA overgemaakt werd menen wij te mogen besluiten dat de informatie van de ziekenhuizen zal kunnen bijdragen bij het in kaart brengen van de medische aansprakelijkheidsomgeving in België, maar dat het niet gemakkelijk zal zijn. Het opsplitsen van de schades tussen gevallen van medische en algemene aansprakelijkheid zal eveneens een belangrijke inspanning vragen. Toch zal de bekomen informatie (los van de invulplicht) waardevol zijn.

Wij noteren dat de invulplicht, net zoals voor de verzekeraars, een mogelijke vereiste kan zijn en dat dezelfde aspecten met betrekking tot beschikbaarheid en toegankelijkheid de gegevensinwinning mee zullen beïnvloeden.

Mits de nodige beschreven inspanningen zal significante informatie kunnen verzameld worden. Daarnaast kan dit parallel ook het vertrekpunt worden van een standaard registratiesysteem voor ziekenhuizen als voorloper van het invoegen van een minimum standaard van statistische informatie binnen de ziekenhuizen.

De 5 à 10% kwalitatieve data die Marsh nodig heeft om representatieve simulaties te kunnen maken, kan bekomen worden indien de juiste hospitalen, na bovengenoemd voorgaand onderzoek, gecontacteerd worden.

Op basis van de informatie die we gekregen hebben, menen wij te mogen besluiten dat de bepaling van de totale kostprijs, van de schadefrequentie en van de impact van deze kost in verhouding tot de omzet voor de ziekenhuizen moet kunnen bepaald worden (door de premiegegevens en door de kost van de claims – zie deel ook artsen).

Indien we ons enkel zouden baseren op de gegevens van deze informatiebron kan dit resulteren in veronderstellingen of onzekerheden met betrekking tot het aantal schades. Desalniettemin zullen de gegevens van de ziekenhuizen waardevol zijn, ook al is het maar als aanvulling op de data die via de andere informatiebronnen bekomen worden.

VOORSTEL VAN EEN VRAGENLIJST VOOR DE ZIEKENHUIZEN

BASISINFORMATIE

1. naam van het ziekenhuis
2. informatie rond exposure
3. informatie rond verzekeringspolis
4. informatie rond de claim
5. informatie rond risk management.

CONCRETE VRAAGSTELLING

1. naam en registratie (erkeningsnummer) van het ziekenhuis.

2. informatie rond exposure :

- aantal erkende bedden en hun differentiatie, voor alle sites samen :
- het personeelsbestand voor alle sites samen, in FTE:
 - aantal verzekerde dokters?
 - zijn de dokters mee in uw aansprakelijkheidspolis verzekerd?
 - Indien ja, hoeveel dokters zijn er verzekerd?
 - Zijn deze verzekerde dokters zelfstandig of werken zij in dienstverband?
 - aantal verzekerde paramedisch personeelsleden en verpleegkundigen?
 - totaal van het personeelsbestand.
- het totale omzetcijfer van het ziekenhuis (het cijfer uit de boekhoudingbalans)

3. verzekeringssituatie van de polis burgerlijke aansprakelijkheid (waarvan de beroepsaansprakelijkheid deel uitmaakt) per jaar vanaf 1994 t/m 2004 :

- het type polis :
 - fact occurred (het feit of daad dat aan de oorsprong ligt van een schadegeval gebeurt binnen de looptijd van de polis)
 - loss occurred (tijdstip waarop de schade tot uiting komt gebeurt binnen de looptijd van de polis)
 - claims made (tijdstip waarop de benadeelde het schadegeval meldt valt binnen de looptijd van de polis)
- Hoeveel bedraagt de jaarpremie:
 - het deel voor de dokters indien ze mee onder de dekking van de polis vallen.
 - het deel voor het ziekenhuis.
- De begin en einddatum van de dekking.
- Wat zijn de verzekerde limietbedragen: is er een maximum voorzien per jaar? per schadegeval?
- Is er een vrijstelling van toepassing?

4. Informatie rond de klachten en dossiers beroepsaansprakelijkheid .

4.1. Hoeveel patiënten of hun aangestelden hebben een klachtenmelding (claim) gedaan over medische activiteiten?

(Een klacht is een mondelinge of schriftelijke uiting van ongenoegen)

- Gelieve het aantal klachtenmeldingen (claims) per jaar vanaf 1994 tot 2004 op te geven.

- Hoeveel (nominaal van het totaal aantal per jaar van 1994 tot 2004) van dit aantal hebben aanleiding gegeven tot één of andere vorm van schaderegeling ?

4.2 Waarover gingen deze klachten?

De optimale manier van registreren van de paramaters dient nog afgesproken te worden. ¹⁰

- Specialiteit
- Bewezen pathologie
- Therapie
- Incident of probleem
- Schade

4.3 Status van elk dossier (1994-2004) en aard van de genomen beslissing na het onderzoek.

- Datum dat de klacht aan het ziekenhuis werd bekend gemaakt.
- Datum van het voorval.
- De unieke identificatiecode van het dossier (dit is het referentienummer)
- Dossier afgesloten of niet.
- Aard van de genomen beslissing door het ziekenhuis: vermoeden van medische aansprakelijkheid, vermoeden dat er geen medische aansprakelijkheid is.

4.4 details rond de schaderegeling (steeds per dossier voor de periode 1994-2004).

4.4.1 De schade is geregeld JA/NEE

- datum regeling
- langs welke weg (manier van regeling)?
 - Minnelijk met instelling of verstrekker
 - Minnelijk met verzekering (zonder rechtbank)
 - Na vonnis van de rechtbank.
- Bedrag schaderegeling
 - Totaal bedrag (ZIV en patiënt)
 - Indien het bedrag geventileerd is, dan het bedrag volgens één van de volgende posten detailleren:
 - medische kosten ZIV en patiënt.
 - tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid
 - pijnen en smarten
 - juridische kosten
 - reserves
 - andere (specifieer)

4.4.2 detail rond de aangelegde reserves.

- Zijn er reserves aangelegd? ja of nee?
Indien ja :
 - welke organisatie betaalt?
- De unieke identificatiecode.
- Datum van de reserve.
- Het bedrag:
 - niet geventileerd (het totale bedrag) ;
 - geventileerd per post:
 - a. medische kosten, zowel ZIV als patiënt.
 - b. tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid.
 - c. pijnen en smarten.
 - d. juridische kosten.
 - e. andere.
- Manier van regeling: formeel, informeel of na een vonnis.

¹⁰ ICD codes nog mede te delen door IMA bij het schrijven van dit rapport.

5. Optionele vraag over risk management.

Deze vraag behoort niet tot dit wetenschappelijk onderzoek maar is er een logische en complementaire aanvulling van.

Indien het ziekenhuis erover beschikt nodigen we het uit om het systeem dat wordt gebruikt in het ziekenhuis te beschrijven.

8.4. De mutualiteiten

De originele vragenlijsten, zoals door Marsh opgesteld, vindt u ook voor deze informatiehouder in bijlage I terug.

Na diverse besprekingen hiervan tussen IMA en Marsh heeft IMA deze getoetst bij de diverse mutualiteiten.

De aanpassing van de lijst die wij van IMA ontvangen hebben, voegen wij hieronder bij. Voor de volledige commentaren verwijzen wij graag naar het rapport van IMA.

Volgens de informatie die we ontvangen hebben, zijn er ± 5.000 dossiers beschikbaar. Net zoals voor de ziekenhuizen is het voor deze informatiehouder niet onmiddellijk uit het IMA-rapport af te leiden welke gegevens precies bij welke verzekeringsinstelling toegankelijk en beschikbaar zijn. Tot op heden werd deze informatie op een geconsolideerde wijze medegedeeld en tijdens de volgende fase zal dit verder uitgesplitst moeten worden.

De bekomen informatie zal in een volgende fase op verschillende manieren aangepast moeten worden. Dit onder meer voor wat betreft :

- de grootte van de verzekeringsinstelling,
- de verschillende periodes waarover de data beschikbaar zijn,
- de filtering die uitgevoerd wordt (gegevens lokale kantoren versus gegevens hoofdkantoor).

Door deze aanpassingen zullen we een bijkomende maatstaf bekomen van een bepaald aantal dossiers per jaar voor de mutualiteiten en zal een percentage kunnen bepaald worden (medische ongevallen versus medische aansprakelijkheid).

Als de mutualiteiten de gebruikte classificatie van de schades per ICD-code wensen vrij te geven, kan dit zelfs bepaald worden per soort schade/per specialiteit.

MUTUALITEITEN

1. informatie i.v.m. exposure (1994-2004)

- per jaar
- per specialiteit of activiteit
- gegevens (aantallen) over de medische prestaties uit de verplichte verzekering.

2. informatie i.v.m. de klachten beroepsaansprakelijkheid :

2.1. Hoeveel patiënten of hun aangestelden hebben een mondelinge of schriftelijke melding gedaan (klacht) over medische activiteiten.

- Gelieve het aantal klachtenmeldingen (claims) per jaar vanaf 1994 tot 2004 op te geven.
- Hoeveel (nominaal van het totaal aantal per jaar van 1994 tot 2004) van dit aantal hebben aanleiding gegeven tot één of andere vorm van schaderegeling.

2.2. Waarover gingen deze klachten :

De optimale manier van registreren van de parameters dient nog afgesproken te worden. ¹¹

- Specialiteit
- Bewezen pathologie
- Therapie
- Incident of probleem
- Schade

2.3. Status van elk dossier (1994-2004) en aard van de genomen beslissing na het onderzoek.

- Datum dat de klacht aan het ziekenfonds werd bekend gemaakt.
- Datum van het voorval.
- Unieke identificatiecode van het dossier (registratienummer)
- Dossier afgesloten of niet.
- Aard van de genomen beslissing door de mutualiteit: vermoeden van medische aansprakelijkheid, vermoeden dat er geen medische aansprakelijkheid is.

2.4. details rond de schaderegeling.

De schade is geregeld JA/NEE

- datum regeling
- langs welke weg?
 - Minnelijk met instelling of verstrekker
 - Minnelijk met verzekering (zonder rechtbank)
 - Na vonnis van de rechtbank
- Bedrag schaderegeling
 - Totaal (het niet geventileerde bedrag): ZIV en patiënt
 - Geventileerd : Bedrag per post detailleren :
 - Medische kosten ZIV en patiënt.
 - Tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid
 - Pijnen en smarten
 - Juridische kosten
 - Reserves
 - Andere (specificeer)

¹¹ ICD codes nog mede te delen door IMA bij het schrijven van dit rapport.

8.5. Algemene informatie m.b.t. de risicocontext – Belgische healthcare omgeving

Het is belangrijk om volgende gegevens te bekomen :

Voornaamste gegevens :

Per jaar, voor elk ziekenhuis en in het totaal :

- Personeel
 - full time equivalenten
 - aantal personen van het medisch korps.

Best is om deze informatie op te splitsen per specialiteit, per functie (aantal GSO's, aantal geneesheren specialisten, aantal diensthoofden en aantal stagemeesters) en te vermelden hoeveel er werken in de openbare ziekenhuizen en hoeveel in de private of universitaire ziekenhuizen.

- gegevens die de activiteit en de capaciteit aangeven, zoals :
 - aantal bedden
 - aantal ligdagen
 - aantal opnames
 - aantal ontslagen
 - aantal operaties, röntgenonderzoeken, aantal uitgevoerde pathologietesten.

Best is om deze informatie in de mate van het mogelijke ook te verschaffen per specialiteit.

- Omzetcijfer van elk hospitaal

Idealitair wordt deze informatie medegedeeld voor een periode van 10 jaar. (1994 t/m 2003).

Informatiebron : uit onze diverse gesprekken met IMA en KCE blijkt dat deze gegevens kunnen bekomen worden van het NIS, het RIZIV of het FOD Volksgezondheid. IMA herneemt in haar rapport de instanties die het best geplaatst zijn om deze gegevens te verschaffen.

Het is belangrijk om deze gegevens te krijgen voor heel België.

Zoals eerder in dit rapport vermeld werd, zal er een deel van de gegevens m.b.t. het risico en de risicocontext ook gevraagd worden aan de verzekeraars en aan de andere informatiehouders.

Deze algemene nationale gegevens zijn belangrijk om de representatiegraad van de bekomen informatie te kunnen bepalen.

Indien een verzekeraar bijvoorbeeld gegevens overmaakt voor één ziekenhuis, is het belangrijk te weten dat de bv. 300 gerapporteerde claims gerelateerd zijn aan x % van de activiteit voor België, enz...

Andere gegevens

Volgende gegevens zijn eveneens belangrijk om het risico correct te kunnen inschatten :

- nationale inflatie statistieken :
 - consumptieprijs index
 - loon inflatie index
- preciese definiëring van medische aansprakelijkheid, de klassen van de schadegevallen die vandaag vergoed worden.
- wijzigingen in de wetgeving m.b.t. het te analyseren onderwerp die zich tijdens de analyseperiode hebben voorgedaan.
- wijzigingen in niveau van schadevergoedingen of de te verwachten standaarden.
- salarisniveaus van artsen, per specialiteit en functie (of schatting hiervan)

Idealitair wordt deze informatie eveneens medegedeeld voor een periode van 10 jaar (1994 t/m 2003).

Informatiebron : uit onze diverse gesprekken met IMA en KCE blijkt dat deze gegevens kunnen bekomen worden van de hierboven genoemde instanties en van IMA.

IMA heeft eventuele opmerkingen in haar rapport opgenomen.

Deze informatie zal toelaten om trends te analyseren en om na te gaan of historische kostenevoluties afwijken van de belangrijkste inflatie statistieken en zal daarenboven toelaten om vertekeningen in de bekomen gegevens te kunnen identificeren. De informatie m.b.t. het salarisniveau van de artsen kan de impact van de kost van de medische aansprakelijkheid op hun inkomen meten.

Verder is het ook nodig om te beschikken over :

- Incidentenstatistieken, liefst geklasseerd per categorie van ongewenst medisch resultaat, met vermelding van o.a.
 - aantal ongewenste medische resultaten na chirurgische ingrepen (incl. aantal overlijdens) per jaar
 - aantal geregistreerde foute diagnoses of bijna-ongevallen per jaar
 - aantal hersenletsels die optreden bij geboortes.

Informatiebron : registratie van bijna ongevallen en incidenten in de ziekenhuizen en via de eerder genoemde statistische instanties.

Wij verwijzen ook hier naar het rapport van IMA.

Bijlage I : Originele vragenlijsten die door Marsh opgesteld werden per informatiehouder

Gelet op de betrokkenheid van de diverse partijen en om alle interpretatieproblemen na vertaling te vermijden, voegen wij de door ons opgestelde originele Engelstalige versie volledigheidshalve bij.

Data requirements – Original draft for Belgium

General Healthcare Environment

Main Information

Which may be determined, for each year, for **each** hospital and in totality by:

- Staff counts:
 - Whole (Full) Time Equivalents
 - Medical staff head-counts or numbers of positions within hospitals and other facilities

Information split by activity (specialty) and grade (consultant, registrar, SHO, nurse etc¹²), private and public

- Activity and capacity measures including:
 - Bed counts, or bed-days
 - Admissions or discharges
 - Operations, X-ray examinations, pathology tests performed
 - General and Specialist Outpatient appointments

This information to be split, where possible by activity (specialty) as above.

- Revenue/Turnover of each hospital

Ideally the above information should be for a 10-year period from 1994 to 2003 inclusive.

Source of information - It is likely that the public information is available from the governmental archives or statistical departments, as it is available elsewhere – e.g. UK and Denmark. The WHO will have certain statistics also. IMA to confirm.

It is important to receive this information for Belgium in totality. Number of registered doctors will be available from the General Medical Council of Belgium.

Rationale - As noted above, a sample of the above exposure statistics should be gathered from the insurers and other bodies when collating claims information, to enable determination of the degree of representation the claims and other information provide. E.g. if an insurer provides claims data for 1 hospital, need to know that the 300 claims noted represent x% of the activities in Belgium etc...

Other

Other information also required includes:

- National inflation statistics including
 - Consumer Price Index
 - Wage Inflation Index
- Precise definition of medical liability, classes of damages typically awarded
- Expansion of government's anticipated definition of adverse incidents
- Details of legislation which would have changed either the quantum of awards (benefits provided on injury) or the standards expected
- Typical physician incomes, by specialty and grade.

¹² To use terminology more appropriate to the Belgium environment

Ideally the above information should be for a 10-year period from 1994 to 2003 inclusive.

Source of information - This information should be readily available from governmental statistics departments and from the IMA.

The anticipated proposed change in definition of unwanted medical outcome will be key in the determination of the data. This should be sought from the government at the earliest opportunity.¹³

Rationale - This will allow trending analysis of how historic settlements of medical malpractice claims differ from key inflation statistics, and identification of distortions if any, in the claims data (as below). The salary information will determine the impact of medical malpractice on physicians.

Also

Other information required includes:

- Statistics of incidences which may be classed as unwanted medical outcomes, which may include:
 - Number of surgical and medical adverse incidences (e.g. surgical deaths) for each year,
 - Number of recorded misdiagnoses, or near misses, for each year,
 - Recorded number of brain-damaged babies.

Source of information – Near miss information should be recorded in incident reporting protocols as part of hospital risk management procedures. Recorded number of mentally impaired babies should be available from the national statistic offices.

Questionnaire for Physicians

With Ministers' help (e.g. by writing a cover letter to individual doctors) and Doctors' Associations' support, we can issue a questionnaire on paper and/or through web technology to ask individual doctors personal/professional information as follows:

- Specialty
- Seniority
- Degree of private and public work – rough percentage in each
- Location of employment – in Hospital or other (include care home)
- Time of work in the medical field
- Insurance Purchased in last 5/10 years
 - Price of cover in €
 - Insurance was on a claims made, loss occurrence or fact occurrence basis
- Claims:
 - Number received
 - Dates of receipt (years only)
 - Whether liability was assumed by hospital or by doctor
 - Amounts settled if known in € split by
 - Amounts paid by self
 - Amounts paid by own insurance
 - Amounts paid by hospital either by insurance or directly by hospital

Ideally the above information should be for a 10-year period, i.e. from 1994 to 2003 inclusive.

¹³ Need to consider options and approach

Questionnaire for Hospitals

The data required is as follows :

- Name of hospital
- Full time equivalents number of doctors working in the hospital
 - Split of full time equivalents by specialty, and also
 - Split by those insured by the hospital and those self insuring
- Number of beds
- Turnover

Then for each policy year, to provide the following insurance information:

- Insurance Premium
- Cover period
 - Cover commence date
 - Cover end date
- Cover terms
 - Whether insurance was on a loss occurrence, fact occurrence, or claims made basis
 - Aggregate limits
 - Deductible – i.e. Hospital's self insured retention
- Claims information:
 - If require for each claim:
 - Unique identifier (identification code)
 - Specialty or activity (e.g. obstetrics, surgery, other)
 - Detail of adverse outcome
 - Dates of occurrence, notification, settlement (including payment dates)
 - Status indicator (e.g. open/closed/settled/repudiated)
 - From ground up payment details (i.e. ignoring deductibles, insurance and re-insurance recoveries)
 - Unique identifier
 - Amounts Paid and date of payment, split by
 - Pain and suffering, Lost of income, Third party legal costs, own legal costs
 - Payment type
 - Informal settlement, formal settlement, court award
 - ...
 - Body/organisation liable
 - Amounts expected to be paid by social security, if applicable
 - By physician
 - By insurer
 - By hospital
 - Reserve details
 - Unique identifier
 - Reserve and date of reserve, split by
 - Pain and suffering, Lost of income, Third party legal costs, Own legal costs
 - Payment type
 - Informal settlement, formal settlement, court award
 - ...
 - Body/organisation liable (see above)

Also, if the hospital has risk management practices and procedures in place:

- By specialty or activity, by year
 - Number of near misses reported
 - Number of adverse incidents including misdiagnoses (e.g. precautionary notifications) recorded
 - Number of actual claims

Ideally the above information should be for a 10-year period, i.e. from 1994 to 2003 inclusive.

Questionnaire for Insurance Companies

Mutuals

To supplement the information above, we need to determine when mutuals make claims against doctors – under what bases, and how they differ to normal patients claims – why would a “mutual” claim if a patient does not, would a patient claim if the mutual does not? This will form a base line level of understanding¹⁴. Also need to determine as insurance companies above:

- Exposure
 - Number of operations, appointments, patient visits etc, by
 - Specialty or activities
 - Year
- Claims:
 - See required information for hospitals

Require from insurance companies:

- Insurance Premiums, for each year:
 - ▶ Net premium
 - for the hospital
 - for physicians
 - or if combined : for hospital and physicians
 - ▶ Cover provided
 - ▶ Period of cover (how long do you insure the risk ? please indicate number of years and months)
 - ▶ Insured limits (per period of cover)
 - ▶ Deductible
 - ▶ Trigger per period of cover
 - fact occurrence
 - loss occurrence
 - claims made
 - ▶ Exposure (t.i.who was insured) e.g.
 - Number of doctors covered
 - Hospital
 - Turnover of hospital
 - Number of Beds
- Claims:
 - ▶ If on an individual basis require for each/all claims:
 - Unique identifier (identification code)
 - Specialty or activity (e.g. obstetrics, surgery, other)
 - Detail of adverse outcome
 - Dates of
 - Occurrence :
 - Notification :
 - Settlement (including payment dates) :
 - Status indicator (e.g. open/closed/settled/repudiated)

¹⁴ Much of this was already achieved in Marsh's preliminary discussions with IMA.

- From ground up payment details (i.e. ignoring deductibles, insurance and re-insurance recoveries)
 - Unique identifier (identification code)
 - Amounts Paid and date of payment, split by
 - Pain and suffering, Loss of income, Third party legal costs, Own legal costs
 - Payment type
 - Informal settlement, formal settlement, court award ...
 - Body/organisation liable
 - Amounts expected to be paid by social security, if applicable
 - By physician
 - By insurer
 - By hospital
- Reserve details
 - Unique identifier (identification code)
 - Reserve and date of reserve, split by
 - Pain and suffering, Lost of income, Third party legal costs, Own legal costs
 - Payment type
 - Informal settlement, formal settlement, court award ...
 - Body/organisation liable (see above)

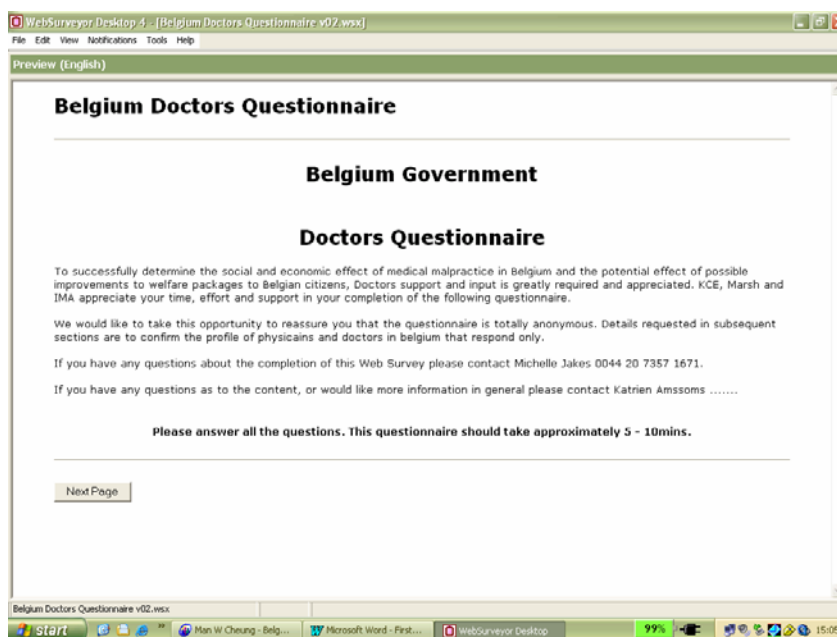
Ideally the above information should be for a 10-year period, i.e. from 1994 to 2003 inclusive.

Bijlage 2 : Web-surveyor

Wij voegen hierbij de afdruk van de schermen van de web-surveyor die door Marsh ontworpen werd voor de bevraging van de artsen.

Web-surveyor Screen Shots

Cover page:



Incorporation of different cover pages and subsequent questions:

Flemish



French

WebSurveyor Desktop 4 - [Belgium Doctors Questionnaire v02.wxs]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (French)

Belgium Government

Doctors Questionnaire

En date du 24 Octobre 2003, le conseil des ministres a charge le ministre des Affaires sociales et de la Sante Publique de confier au Centre Federal d'Expertise la mission de les donnees qui sont necessaires pur developper une politique de sante relative aux accidents medicaux et qui sont necessaries pour une evaluation budgetaire d'une nouvelle disposition en vue de permettre le remboursement d'erreurs medicales et de risques therapeutiques.

Conformement aux dispositions legales applicables au Centre Federal d'Expertise, la firme Marsh SA et l'Agence Intermutualiste executeront une partie de la mission sous la sveillance et la resonsabilite du Centre Federal d'Expertise.

Marsh SA et l'Agence Intermutualiste agissent dans les limites de leur mandat donc au nom du Centre Federal d'Expertise.

Pour l'exécution de cette mission, l'IMA et Marsh SA souhaitent consulter les acteurs suivants : les hopitaux, le medecins, les compagnies d'assurance et les mutalities.

Instructions on filling in the Q and contacts

Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wxs

start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:09

Personal Details

WebSurveyor Desktop 4 - [Belgium Doctors Questionnaire v02.wxs]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Speciality

1. Please select your speciality from the list below (includes General Practitioner).

Seniority

2. Please select your level of seniority from the list below.

Experience

Please state your experience, as a doctor and as a specialist.

As a Doctor

As a Specialist

Previous Page Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wxs

start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:10

Personal Details (2)

WebSurveyor Desktop 4... [Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Activity

4. Please indicate your degree of employment. Do you have your own private clinical practice?

5. If yes, how much time do you spend inside and outside private practice?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hospital / Non-Private Practice										
Private Practice										

6. Where do you practice? If in a hospital, what type?

Previous Page Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx

start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:51

Drop-down boxes

The screenshot shows a web browser window displaying a questionnaire titled "Belgium Doctors Questionnaire". The page has a header bar with navigation links: "Preview (English)". Below the header, there's a section titled "Speciality" with a prompt: "Please select your speciality from the list below (includes General Practitioner)." A dropdown menu is open, showing a scrollable list of medical specialties. The visible items are:

- Sen
- 100 Anaesthesiology
- 140 General Surgery
- 170 Neurosurgery
- 2. Ple
- 210 Plastic Surgery
- 240 Abdominal Surgery
- 270 Cardiothoracic Surgery
- 310 Cardiovascular Surgery
- Exp
- 370 Ent
- 450 Urology
- 480 Orthopaedics
- Plea
- 520 Dentists that operate
- 580 Internal Medicine
- 620 Pulmo Lung
- As a
- 650 Gastroenterology
- 690 Paediatrics
- As a
- 730 Cardiology
- 770 Neurology
- 780 General Psychiatry
- 790 Rheumatology
- Ph
- 830 Psychotherapy
- 860 Clinical Biology
- 870 Pathology
- 930 Radiology
- 960 Radio Therapy
- 970 Nuclear Medicine

The task instruction at the bottom of the slide reads: "Select a doctor and his/her speciality from the list below."

Questions and drop-down boxes will be appropriately translated into Flemish and French:

Flemish example:

Premium information:

To be refined:

WebSurveyor Desktop 4 - [*Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Insurance Information

7. Please indicate whether you have purchased insurance over the last 10 years. Where purchased, please indicate the premium paid and the type of policy.

	Premium Paid	Policy Type
2004		
2003		
2002		
2001		
2000		
1999		
1998		
1997		
1996		
1995		
1994		

Fact Occurred
Loss Occurred
Claims Made
Not Known

Previous Page Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx

start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:16

Claims information

WebSurveyor Desktop 4 - [*Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Claims Information

8. Please indicate the number of claims experienced (if any) over the past 10 years, including the number where liability was established (if known).

	Number of Claims	Liability
2004		
2003		
2002		
2001		
2000		
1999		
1998		
1997		
1996		
1995		
1994		

0
1
2
3
Not known

Previous Page Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx

start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:15

Claim amounts in bands – liability would be party mainly responsible – to be refined

WebSurveyor Desktop 4 - [Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Claims Information

9. If known, please enter the amounts settled for the top three claims made in each year and apportionment of costs.

	Claim 1	Liability 1	Claim 2	Liability 2	Claim 3	Liability 3
2004						
2003						
2002		Self				
2001		Hospital				
2000		Insurer				
1999		Not known				
1998						
1997						
1996						
1995						
1994						

Previous Page Next Page

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx

Start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:17

Last page:

WebSurveyor Desktop 4 - [Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx]

File Edit View Notifications Tools Help

Preview (English)

Belgium Doctors Questionnaire

Thank you for taking the time to fill in this questionnaire.

Once you are satisfied with your answers please click on 'Submit Survey'

Previous Page Submit Survey

Modified - Belgium Doctors Questionnaire v02.wsx

Start The Simpsons - Lot... Microsoft Word - First... WebSurveyor Desktop 99% 15:21

Bijlage 3: Beschrijving van actuariële methodologieën

Er bestaan verschillende actuariële projectie methodes die toelaten om de evolutie van aansprakelijkheden in het algemeen en van medische aansprakelijkheden in het bijzonder te bepalen.

De projectie methodologieën die kunnen gebruikt worden, omvatten onder meer :

Chain Ladder

Zoals eerder in dit rapport vermeld werd, kan ofwel de basis "Chain Ladder" methode gebruikt worden ofwel deze met aanpassing van de inflatie. De algemene benadering veronderstelt dat de verhouding tussen het totaal aantal uitbetaalde en voorgevallen schades (resulterende van incidenten of voortvloeiende uit ingediende klachten) vrij constant ontwikkelt in de tijd. Dit gegeven kan gebruikt worden als basis voor de vaststelling van de meer recente claims, de toekomstige ontwikkeling van de claims en dus ook voor de toekomstige kostprijs van de aansprakelijkheden.

De basismethode gaat uit van de karakteristiek van een consistente ontwikkeling van de nominaal uitgekeerde bedragen daar waar de inflatie aangepaste benadering steunt op reële (d.i. geïndexeerde of aan inflatie aangepaste) bedragen.

Al zou deze benadering de totale kost van de medische aansprakelijkheid in België (door opsomming van de beschikbare data) kunnen bepalen dan kan ze nog niet onmiddellijk gebruikt worden om de kostprijs van een no-fault systeem te bepalen indien de claimsfrequentie niet kan bepaald worden.

Gemiddelde kost per schade

Net zoals bij de chain-ladder methode kan deze benadering zowel basis als aangepast aan de inflatie gebruikt worden.

De "gemiddelde kost per schade" methode analyseert de ontwikkeling van zowel het aantal schades als van de gemiddelde kost van deze schades.

De algemene benadering gaat uit van de veronderstelling dat de ontwikkeling van de aangiften of de schaderegelingen resulterende uit incidenten of effectieve aangiften constant evolueert in de tijd. Een bijkomende veronderstelling is dat de ontwikkeling van de gemiddelde uitbetaalde schadevergoedingen of regeling eveneens constant evolueert in de tijd. De toekomstige kostprijs van de aansprakelijkheden wordt dan bepaald door de gecombineerde ontwikkeling en evolutie van het aantal schades en de uitgekeerde schadevergoedingen te gebruiken.

De opsplitsing van de schades per aantal en de categorisering per uitgekeerde schadevergoeding laten een vlottere analyse toe van en een aanpassing voor sociale factoren, zoals bijvoorbeeld een toename van het aantal juridische procedures. Verder is deze methodologie ook meer aangepast om no-fault systemen te incorporeren.

Schaderatio/risico methodologie

Schaderatio en risico methodologieën zijn basismethodes die een schatting maken van de uiteindelijke kostprijs door te verwijzen naar de risicocontext, zoals ondermeer premies, inkomens of andere factoren zoals het totaal aantal full time equivalenten, het personeelsbestand of andere elementen die als maatstaf voor de activiteit kunnen dienen.

De historische schadestatistieken of de strategieën die gebruikt werden om de verzekeringspremies vast te stellen, worden gebruikt om schaderatiostatistieken te

bepalen. Mits manuele aanpassing kunnen veranderingen, fluctuaties in de verzekeringsmarkt of trends uit de data geventileerd worden.

Deze benadering houdt geen rekening met de specifieke ontwikkeling van de schadegevallen, zoals in dit rapport beschreven, en laat evenmin toe om schattingen van vereiste cash-flow te maken. In het algemeen is deze methodologie het meest aangewezen voor gevallen waarbij er slechts beperkte schadegegevens beschikbaar zijn.

Bornhuetter-Ferguson

Deze methode is een combinatie van een schadeontwikkelingsmethode (voorbeeld basis chain ladder) en een loss ratio methode. Deze benadering steunt op de credibiliteitsfactoren, gebaseerd op ontwikkelingsratio's, om de geprojecteerde uiteindelijke aansprakelijkheden te bepalen.

De toepassing van deze techniek laat toe om een deel van de instabiliteit, inherent aan de mechanische toepassing van het schadeontwikkelingspatroon te overwinnen en laat tevens toe om meer stabiele aansprakelijkheidsschatting af te leiden van meer recente schadegevallen.

Gelieve te noteren dat niet al de beschreven methodes automatisch geschikt zullen zijn om de medische aansprakelijkheden te bepalen.

De keuze van de beste methode zal afhankelijk zijn van de hoeveelheid bekomen vereiste informatie en van de gepastheid van de onderliggende veronderstellingen van elke methode.

Bewerking van de output laat de bepaling toe van de kost van de medische aansprakelijkheid in België, dit zowel onder het huidige systeem als onder mogelijk voorgestelde alternatieve no-fault systemen.

Referenties

De methodologieën die hier kort beschreven werden, zijn algemeen aanvaarde technieken die in de meeste actuariële boeken kunnen teruggevonden worden. Wij verwijzen hiernaar om een volledige beschrijving van de methodologieën terug te vinden.

De volgende publicaties en boeken kunnen hiervoor geschikt zijn :

- Loss models : from data to decisions (Lugman et al)
- Practical Risk Theory for Actuaries (Daykin)
- General Insurance (Benjamin)

Op basis van de door ons omschreven werkwijze kunnen de nodige simulaties gemaakt worden.

Een bijkomend illustratief voorbeeld kan gegeven worden op basis van de situatie in de UK.

- de totale (fout) kost en de kost per medische specialisatie kunnen bepaald worden op basis van de huidige schadestatistieken (vb. zie [www.nhs.uk/welcome to NHS.uk.htm](http://www.nhs.uk/nhs.uk/welcome-to-nhs-uk.html))
- op basis van deze data kan men vb. schatten dat er 5000 claims zijn per jaar
- eveneens op basis van deze data kan men schatten dat er vb. ongeveer 2000 van deze claims gerelateerd zijn tot chirurgie
- voor België/KCE kan de kost van het huidige fout systeem voor de diverse specialisaties en voor de diverse informatiehouders (artsen, medische staf,

ziekenhuizen) bepaald worden op basis van de gegevensinzameling bij de informatiehouders zoals beschreven in ons rapport

- nationale gegevens m.b.t de medische activiteit zijn volgens IMA centraal aanwezig (zie vb. voor UK : www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/74/03/04067403.pdf) . Dit is eveneens het geval voor meer specifieke gegevens m.b.t de zorgverstrekking (voor UK zie www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ha.html) en klachten- en schade statistieken (www.performance.doh.gov.uk/nhscomplaints/table6.html)
- onder een no-fault systeem zullen uitbetaalde schadevergoedingen gerelateerd zijn tot het aantal ongewenste medische resultaten
- de vergelijking van diverse specifieke voorgevallen ongewenste medische resultaten met de schade-informatie vb. overlijden binnen 30 dagen na de ingreep versus het aantal overlijden na chirurgische ingreep zal toelaten om de correlatie tussen de schades en de ongewenste medische resultaten te bepalen.
- de adequaatheid kan op zijn beurt aan een cross-check onderworpen worden door dit te vergelijken met diverse statistieken vb. voor klachten (voor de UK vb. werd er bepaald dat de ratio tussen klachten en schades 5 : 1 is)
- voor België / KCE kan de informatie m.b.t. de ongewenste medische resultaten bekomen worden van de mutualiteiten (IMA heeft ons tevens bevestigd dat de meeste schades gerelateerd zijn tot ongewenste medische resultaten) en via ICD classificatie codes of gepubliceerde statistieken.

Hier rekening mee houdende kan er gesteld worden dat het mogelijk is om de kostprijs van een no-fault systeem te bepalen. Zoals medegedeeld is onze methodologie flexibel en zullen een aantal aanpassingen en bijstellingen ongetwijfeld nodig zijn in functie van de onmiddellijk beschikbare informatie en deze die via mandaat eventueel bijkomend kan bekomen worden.

Wij verwijzen tot slot nog naar p.11 van ons rapport waar dit eveneens beschreven wordt ("schatting van de kost van een no-fault systeem").

Tijdens de validatie vergadering werd tevens de vraag gesteld of vergelijkende studies en berekeningen, gebaseerd op buitenlandse studies en voorbeelden niet in rekening dienen gebracht te worden. Zowel in onze offerte als in ons eindrapport (cfr p. 24) werd melding gemaakt van deze mogelijkheid en van het feit dat deze cijfers een bijkomend referentiepunt kunnen zijn en een extra cross-check zullen toelaten.

Onze methodologie heeft meermaals haar nut bewezen. Zoals eerder besproken kunnen wij in deze fase het volledige model niet vrijgeven. De methodologie op zich behoort tot onze intellectuele eigendom en is het resultaat van jarenlang onderzoek en ervaring.

Indien u nog bijkomende informatie en confirmatie wenst te ontvangen over de kwaliteit van de gebruikte methodologie en over onze buitenlandse ervaring stellen wij u voor om een bespreking te organiseren met Brendan Phelan van het Ierse "Department of Health and Children".

Bijlage 4: Steekproefmethodologie

In het voorliggende rapport en in de diverse besprekingen is het onderwerp van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de gegevens vereist om de kostprijs van de medische fouten in België te bepalen vaak aan bod gekomen. In een ideale situatie zou Marsh liefst de schadeinformatie van alle ongewenste medische resultaten consolideren om de kostprijs van de medische aansprakelijkheid te bepalen. Praktisch is dit uiteraard niet haalbaar. De relevante schadeinformatie is vandaag immers niet in een centrale databank beschikbaar en het verzamelen en samenbrengen van alle gedecentraliseerde informatie zal normalitair niet alleen heel tijdsrovend zijn maar ook duur.

Als alternatief op deze ideale situatie kan men ook een steekproefgewijze benadering hanteren, waarbij een representatief staal van gegevens ingezameld wordt en van waaruit de totale cijfers voor België kunnen afgeleid worden. De vraag die hierbij gesteld dient te worden, is welke de gepaste grootte is van deze steekproef. Het antwoord op deze vraag wordt bepaald door de gewenste nauwkeurigheid van de simulatie en de mate waarin financiële middelen en de tijd die hiervoor kunnen uitgetrokken worden, beschikbaar zijn. Aangezien deze middelen in de praktijk zelden ongelimiteerd zijn, zal men de vraag eerder formuleren als volgt : wat is het minimum aantal gegevens dat vereist is om representatieve simulaties te kunnen maken ?

Gebaseerd op de ervaring die we verworven hebben in het buitenland enerzijds en op de algemene aanvaarde actuariële beginselen anderzijds, meent Marsh te mogen besluiten dat een representatief responspercentage van 5% voor de artsen (van de 15.000 actieve specialisten en de 12.000 huisartsen) voldoende is om representatief staal van gegevens te hebben die relevante simulaties toelaten. Dit minimum van 5% is eveneens van toepassing voor het vereiste responspercentage van de (± 155) ziekenhuizen.

Dit vastgestelde minimumpercentage voor beide informatiehouders zal eigenlijk op een onafhankelijke wijze 5% van de schadeinformatie van de artsen verschaffen (d.i. voornamelijk informatie met betrekking tot de 15.000 artsen specialisten).

Hoewel er in de literatuur veel geschreven is over de ideale grootte van het staal van de vereiste gegevens wordt het algemeen aanvaard dat gepaste beslissende factoren, zoals eerder reeds gezegd, gerelateerd zijn tot de gewenste nauwkeurigheid (voorbeeld $\pm 5\%$) of tot het betrouwbaarheidsniveau van de selectie van een representatief staal. Voor wat dit laatste betreft, wordt de essentie vervat in het "Central Limit Theorem". De formule om de juiste grootte van de steekproefomvang te bepalen¹⁵ is :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

"n" staat hier voor de steekproefomvang, "N" voor de bevolking en "e" voor de gewenste nauwkeurigheid.

Gebaseerd op deze formule en vertrekkende van 15.000 artsen specialisten zou de grootte van de steekproef, nodig om een responspercentage van 5% te bekomen, 400 bedragen. Deze 400 antwoorden komen met een responspercentage van $3^{1/3}\%$ van de artsen overeen.

Er kan dus gesteld worden dat het vooropgestelde responspercentage van Marsh (5%) in lijn is met het minimum dat statistisch berekend werd. De Marsh "Rule of thumb" kan beschouwd worden als een leidraad, eerder dan als een absoluut minimum. Uiteraard zal de kwaliteit van de gegevens deze drempel mee beïnvloeden.

¹⁵ Zie <http://edis.ifas.ufl.edu/PD006>

HOOFDSTUK 3 : RAPPORT IMA

Auteurs : Dr. Paul Zegers (*Projectleider*), Dr. Dani Van Ingh (*Medecoordinator*), Hervé Avalosse, Anne-Marie Caeyers-De Hondt, Bert Corremans, Chris Schoonjans

Conflicts of interest : none declared

I. Beschrijving van de onderzoeksopdracht

In opdracht van het KCE hebben het IMA en Marsh NV zich op 19 februari 2004 geëngageerd om tegen einde maart 2004 de resultaten voor te leggen van een haalbaarheidsstudie over de mogelijke invoering in België van een systeem van objectieve medische aansprakelijkheid.

Deze haalbaarheidsstudie moest nagaan in welke mate data aanwezig en beschikbaar zijn op de Belgische markt om een systeem van objectieve medische aansprakelijkheid te kwantificeren (aantal gevallen, kostprijs). In een latere fase zou dan onderzocht worden in hoeverre dit systeem van objectieve medische aansprakelijkheid daadwerkelijk kan worden ingevoerd.

Meer bepaald dienden de rechtstreeks betrokken actoren (artsen, ziekenhuizen, verzekeringsmaatschappijen en ziekenfondsen) in deze eerste fase bevestigd te worden over hun bereidheid om bepaalde data te leveren, noodzakelijk voor de uitwerking van het actuariële model dat aan de basis zal liggen van het systeem van objectieve medische aansprakelijkheid.

Marsh NV heeft in het buitenland reeds een zekere expertise opgebouwd op dat vlak en zou instaan voor de levering van het actuariële model en de basisvragenlijsten (bestemd voor artsen, verzekeraars, ziekenhuizen en ziekenfondsen), zoals die reeds voor gelijkaardige opdrachten gebruikt werden.

Voor deze opdracht werd de specifieke expertise van het IMA op twee niveaus aangesproken:

- Enerzijds werd aan het IMA gevraagd de basisvragenlijsten, gericht aan artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen, aan te passen aan de Belgische situatie.
- Vervolgens diende het IMA deze aangepaste vragenlijsten voor te leggen aan de vertegenwoordigers van de representatieve artsenorganisaties en ziekenhuisfederaties enerzijds en de diensten die binnen de ziekenfondsen deze materie behandelen, anderzijds. Op basis van de opmerkingen en suggesties geformuleerd door deze partijen, zouden de initiële vragenlijsten desgevallend aangepast worden.

Dit eindverslag bevat dan ook als voornaamste “deliverable” de definitieve voorstellen van vragenlijsten naar artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen toe, die het resultaat zijn van de bevestiging en de opmerkingen van de verschillende actoren tijdens de voorbije weken.

Het IMA formuleert tot slot een aantal algemene bemerkingen en kritische succesfactoren voor het welslagen van deze onderzoeksopdracht.

2. Chronologie van de werkzaamheden

De werkzaamheden van het team Marsh-IMA begonnen op 25 februari 2004 met een eerste bespreking van de Engelstalige vragenlijsten, zoals die in het buitenland werden toegepast. Deze vragenlijsten richten zich tot geneesheren, ziekenhuizen, ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen en hebben tot doel de input van het actuariële model, zoals gehanteerd door Marsh, te voeden.

De taak van IMA bestaat erin deze lijsten aan te passen aan de Belgische situatie. Het betreft :

- de 'General Healthcare exposure' vragenlijst
- de vragenlijsten voor artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen.

De aanpassing aan de Belgische situatie van de vragenlijst voor de verzekeringsmaatschappijen zal door Marsh gebeuren.

De werkzaamheden verliepen concreet op de volgende manier :

- contactname met de te bevragen partners via een schrijven van het IMA waarin het project wordt gekaderd (bijlage).
- daarna concrete afspraak via telefoon of e-mail.
- fysiek bezoek, indien gewenst, door een IMA delegatie bestaande uit een jurist en een geneesheer.

Volgende partners werden bevraagd :

- representatieve artsenorganisaties :
 - ABSyM : Association Belge des Syndicats Médicaux
 - BVAS : Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
 - KARTEL : samenwerkingsverband van het SVH (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen), het ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneesheren van België) en het GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens) dat onder deze noemer aan de laatste twee artsenverkiezingen deelnam.
 - De wetenschappelijke vereniging van huisartsen (WVVH).
- ziekenhuisfederaties :
 - BVZ - ABH : Belgische Vereniging van Ziekenhuizen - Association Belge des Hôpitaux
 - AFIS : Association Francophone des Institutions de Soins
 - VVI : Verbond van Verzorgingsinstellingen
 - VOV – AEPS : Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen - Association des Etablissements Publics de Soins
 - AEPS : Association des Etablissements Publics de Soins
 - CBI : Confédération Bruxelloise des Institutions – Confederatie van Brusselse Instellingen
 - COBEPRIVE : Confédération Belge des Institutions Privées
 - NVMSI – FNAMS : Nationaal Verbond van Medisch-Sociale Instellingen - Fédération Nationale des Institutions Médico-Sociales
- de bevraging van de ziekenfondsen gebeurde via de juridische

- commissie van het Nationaal Intermutualistisch College.
- De tandartsfederaties: CSD en VVT.
- De patientenorganisaties “Erreur Médicale” en “VZW Medisch Falen”.

Er werd eveneens onderzocht waar de informatie rond de ‘General Health Care Exposure Environment’ verkregen konden worden. Hiervoor was er ook een contactname met de FOD Volksgezondheid. Voor de concrete gegevensinzameling wordt verwezen naar het RIZIV, FOD Sociale Zaken en FOD Volksgezondheid.

Het team Marsh-IMA had twee tussentijdse vergaderingen met het Kenniscentrum voor rapportering, aanpassing en bijsturing. De desiderata van het KCE werden geïntegreerd :

- uitbreiding van de survey naar de huisarts
- vragen over het risk management van de ziekenhuizen

Naast de vergaderingen met de opdrachtgever KCE, kwam het team Marsh-IMA zelf nog een aantal keren samen om de opmerkingen over de vragenlijsten en de methodologie te bespreken.

Op 31 maart 2004 stuurde het IMA haar deel van het eindverslag naar Marsh en op 1 april 2004 naar het KCE.

Beide verslagen werden samen met de opdrachtgever KCE besproken op 2 april 2004.

Op 4 juni 2004 integreert het IMA de resultaten van de bijkomende bevraging van de ambulante sector en de patiëntenverenigingen in haar rapport, zoals gevraagd door de evaluatoren in hun conclusies van de beoordeling van het Eindverslag van het IMA.

3. Vragenlijst

3.1. Geneesheren en tandartsen

3.1.1. Bevraging en reacties geneesheren en tandartsen

De vragenlijst van Marsh werd door het IMA aangepast aan de Belgische situatie en voorgelegd aan de artsensyndicaten en aan tandartsorganisatie.

Vanwege de artsensyndicaten konden volgende reacties worden genoteerd :

BVAS

Het contact met Dr. Marc Moens van het BVAS gebeurde telefonisch en met een bezoek: Dr. Moens verklaarde geen fundamentele bemerkingen op de vragenlijst te hebben en toonde zich bereid om verder mee te werken aan het project. Binnen het BVAS zal ook een contact genomen worden met de Franstalige zusterorganisatie rond de vragenlijst. Contactpersoon aan Franstalige kant is Dr. Michel Masson.

In verband met de ambulante sector verklaart hij het volgende:

Er zijn ongeveer 7000 geneesheren specialisten die niet werken in een ziekenhuis (extra-muros specialisten, zijnde ongeveer 30% van het totaal aantal specialisten). Het betreft vooral oftalmologen, pediaters, dermatologen, psychiaters. In deze groep staat de geneesheer volledig zelf in voor de verzekeraarbaarheid beroepsaansprakelijkheid van zijn praktijk. Dokter Moens meent dat de BA-risico voor deze geneesheren reëel is.

Naast deze groep zijn er in de ambulante sector nog de huisartsen, de verzekeringsgeneesheren, arbeidsgeneesheren, de schoolartsen, de artsen werkzaam in dagcentra, de medische adviseurs en nog anderen.

(Dokter Moens laat de geactualiseerde lijst zien met waarop in totaal 48 bijzondere beroepstitels voor geneesheren voorkomen). Hij stelt voor met de groep van de extra-muros specialisten uit de ambulante sector rekening te houden bij de bevraging mede gezien de aard van de opdracht.

De vragenlijst zoals die op dit ogenblik voorligt voor de geneesheren zou hij onder punt drie in die zin willen aangepast zien. Voor de rest vindt hij de vragenlijst voor de geneesheren goed.

Onder punt 3 zou hij voorstellen de indeling te maken in extra- en intramuros geneesheren, waardoor de lijst niet zo specifiek zoals nu gefocust wordt op de ziekenhuisgeneesheren, waar toch wel het grootste risico BA aanwezig blijft:

- Functiebeschrijving
- Specialist zonder ziekenhuis activiteit
- Specialist met ziekenhuisactiviteit
- GSO
- Geneesheer specialist
- Diensthoofd
- Stagemeeester

Vanwege dokter Jos De Smedt voorzitter van de Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen kon volgende reactie worden genoteerd :

De vragenlijst is te weinig op huisartsen toegespitst. Maar deze worden weinig tot zeer weinig met schadeclaims geconfronteerd. Het zou misschien nuttig zijn te bevragen of er na de klacht een gevolg werd gegeven aan het dossier en wat de oplossing was.

Voorstel tot wijziging :

Bent u huisarts : waarom hier ook niet splitsen in opleiding of niet?

opgave functie : Stagemeeester : praktijkopleider is de term voor huisartsopleiding. Huisarts in beroepsopleiding is 'HIBO'

Jaar van erkenning specialisatie : voor huisarts is dit misschien onduidelijk en moeten we van erkenning spreken.

Opgave verdeling van de activiteit : voor Huisartsen? In groep en/of niet? Solo, eigen praktijk, toch anders formuleren.

Hoeveel bedroeg de jaarpremie : dit is voor huisartsen Latijn. Huisartsen vallen in eerste categorie, maar dat weten de meesten niet.

Volgens welk verzekeringsstelsel (type polis) bent u verzekerd : niet gekend bij huisartsen, wat dit wil zeggen. De meesten hebben een BA, maar weten niet volgens welk systeem.

Zijn er de laatste 10 jaar (de periode van 1994 tot 2004) klachten geweest van patiënten over uw medische activiteiten? Ja/nee : Bedoel je hier gewone mondelinge klachten of waarbij een procedure is opgesteld?

Kartel

Bij monde van Dr. Robert Rutsaert verleende het KARTEL eveneens schriftelijk zijn medewerking aan de eerste fase. Dr Rutsaert maakt samengevat volgende opmerkingen :

- Hij vraagt zich af hoe men vanuit een raming van een fault systeem de uitgaven in een no fault systeem zal kunnen inschatten. Dit lijkt onmogelijk.
- Hij is daarom bezorgd over wie later de niet-voorziene kosten zal moeten betalen.
- Hij stelt voor in een eerste fase alleen voor zeer zware goed omschreven schadegevallen dit systeem te laten doorgaan.
- De gevraagde periode van 10 jaar is te lang.

Vanwege de tandartsverenigingen VVT(de heer Mestrum) en CDS (mevrouw Aerden) konden volgende reacties worden genoteerd :

Beiden wensen de tandartsen op te nemen in de lijst, en dit mits een aparte rubriek(zie verder)

Het VVT zegt dat het wekelijks in kennis wordt gesteld van klachten.

Desondanks heeft men de indruk dat er weinig gerechtelijke procedures zijn.

Deze klachten hebben niet zozeer tot doel een financiële vergoeding te bekomen dan wel te zijn een uiting van ongenoegen.

Hieruit leidt men af dat er nood is aan informatieverbetering, betere begeleiding van de tandheelkundige patiënt, nood aan responsabilisering van de tandarts ter preventie van schadegevallen en claims.

Ze zijn ook voorstander van een bemiddelingscommissie.

Op dit ogenblik wordt het systeem BA-verzekering goed beheerst, ook dankzij de groepsverzekering die de organisaties aanbieden aan hun leden en het jaarlijks contact tussen de beroepsgroep en de verzekeraar.

Deze goede beheersing uit zich trouwens in een zeer lage premie BA.

Eenzijds verwacht men daarom bij het invoeren van een ander dan het foutsysteem een merkelijke verhoging van de klachten , maar men verwacht daarnaast ook een positief resultaat van de maatregelen die genomen worden ter verbetering van de kwaliteit van de zorgen en de uitbouw van de preventie waardoor men dan minder klachten zou mogen verwachten.

Volgend voorstel wordt gedaan om bij de vragenlijst te voegen:

Tandartsen:

Wat is uw bijzondere beroepstitel

- algemeen tandarts
- specialist orthodontist
- specialist paradontoloog

Wat is uw risicoprofiel als algemeen tandarts

- algemeen tandarts met plaatsen van implantaten
- algemeen tandarts zonder plaatsen van implantaten.

3.1.2. Commentaar bij de vragenlijst

Er worden aan de geneesheren geen medische gegevens gevraagd.

Voorlopig zijn de voorstellen van de tandartsorganisaties, BVAS en de WVVH niet geïntegreerd in het voorstel van vragenlijsten van het IMA.

3.1.3. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gegevens

Alle gegevens uit de vragenlijst zijn beschikbaar bij alle verzekerde artsen.

Wat de toegankelijkheid van deze gegevens betreft, wordt een kleine inspanning gevraagd van de individuele geneesheer. Er wordt echter geen informatie gevraagd die moeilijk toegankelijk is.

Deze gegevens zijn parallel beschikbaar en toegankelijk bij de verzekeringsmaatschappijen. Voor de inspanning die hiervoor moet worden geleverd, verwijzen we naar de vragenlijst voor de verzekeringsmaatschappijen.

VOORSTEL VAN EEN VRAGENLIJST VOOR DE GENEESHEREN

Personalia

Indien u geen klinische praktijk hebt moet u deze vragenlijst niet invullen.

Indien u een klinische praktijk hebt gelieve dan de volgende vragen te beantwoorden.

1. bent u huisarts.

2. bent u specialist in opleiding : opgave specialiteit : beperkte uitklijst van 26 specialiteiten.
bent u erkend specialist : opgave specialiteit : beperkte uitklijst van 26 specialiteiten.

3. opgave functie :

- GSO
- Geneesheer Specialist.
- Diensthoofd
- Stagemester

4. opgave ervaring

- jaar van basisdiploma
- Jaar van erkenning specialisatie

5. opgave verdeling van de activiteit

- intramuraal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (halve dagen): tewerkgesteld of zelfstandig.
- extramuraal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (halve dagen): tewerkgesteld of zelfstandig.
- Indien in een ziekenhuis : een privaat ziekenhuis / openbaar ziekenhuis/ universitair ziekenhuis (één van de 7).

UW VERZEKERINGSSITUATIE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

1. Geef aan in de tabellen welke premie u betaald heeft per jaar vanaf 1994 tot 2004 :

- was U verzekerd (antwoorden met ja of neen.)
- hebt u deze premie persoonlijk betaald, via uw vennootschap of via het ziekenhuis.
- hoeveel bedroeg de jaarpremie

- i. 100 – 500 EUR
- ii. 500-1000 EUR
- iii. 1000-2000 EUR
- iv. 2000-3000 EUR
- v. 3000-4000 EUR
- vi. >5000 EUR
- vii. niet gekend

2. Volgens welk verzekeringsstelsel (type polis) bent u verzekerd ?

- Het Fact occurred of act committed stelsel : het feit of daad dat aan de oorsprong ligt van een schadegeval gebeurt binnen de looptijd van de polis.
- Het Loss occurred stelsel : het tijdstip waarop de schade tot uiting komt gebeurt binnen de looptijd van de polis.
- Het Claims made stelsel : het tijdstip waarop de benadeelde het schadegeval meldt valt binnen de looptijd van de polis.
- Niet gekend.

3. Zijn er de laatste 10 jaar (de periode van 1994 tot 2004) klachten geweest van patiënten over uw medische activiteiten? Ja/nee.

- Indien ja, gelieve per jaar het aantal aan te duiden (in te brengen); zie kliklijst van Marsh .
- Hebben deze klachten aanleiding gegeven tot een schaderegeling van welke aard dan ook? Indien ja, gelieve per jaar voor de drie grootste schadevergoedingen de bedragen aan te duiden (in te brengen)

3.2. Ziekenhuizen

3.2.1. Bevraging en reacties van de confederaties van ziekenhuizen

Telefonische contactname, ontmoeting en gesprek had plaats met het VVI, de koepel van universitaire ziekenhuizen en de koepel NVMS-FNAMS. De andere koepels reageerden niet.

Vanwege deze organisaties konden volgende opmerkingen worden genoteerd :

ALGEMEEN

1. Er dient een absolute anonimiteit te worden gewaarborgd m.b.t. de ziekenhuisgegevens. Anders dreigt de deelname aan de enquête gehypothekeerd te worden. Deze anonimiteit zou liefst door het Kenniscentrum of de Minister legaal bestendigd worden. De verzamelde gegevens mogen ook alleen voor het doel van de enquête worden gebruikt.

2. Dezelfde bemerking als onder 1, maar dan m.b.t. een invulplicht. Indien de deelname vrij blijft, zal de respons matig zijn.

3. Er dient eerst met de verzekeringen te worden uitgeklaard of de verzekeringspolis burgerlijke aansprakelijkheid de ziekenhuizen toelaat om de gegevens rond casussen door te geven.

4. Er is onduidelijkheid of de patiëntenrechtenwetgeving de ziekenhuizen ook een verantwoordelijkheid oplegt voor artsen die onder zelfstandigenstatuut werken en of de verzekeringen hun polissen hier op aanpassen.

5. Tip : de vragenlijsten zouden vooraleer definitief te worden verspreid, best eerst eens worden uitgetoetst door enkele ziekenhuisdirecteurs.

6. Gevraagde registreerperiode

De periode 1994 – 2004 is te lang. Slechts hier en daar bestaat effectieve registratie op ziekenhuisniveau. Globaal genomen gaat dit slechts enkele jaren terug, tot maximaal 5 jaar.

SPECIFIEK

1. naam hospitaal : geen bemerkingen

2. informatie rond exposure

- Wat het aantal bedden betreft

- het totale aantal is uiteraard belangrijk, maar ook de differentiëring tussen acute en andere bedden (G, SP, Pall)
- sommige vragen de differentiëring tussen erkende bedden en verantwoorde bedden.

- Wat het personeelsbestand betreft

- Dokters : onderscheid maken tussen het fysieke aantal en het aantal full time equivalenten (FTE)

- Aandacht voor de notie dat professionele aansprakelijkheid dikwijls deel uitmaakt van een bredere algemene polis burgerlijke aansprakelijkheid
 - Vragen naar aard van de tewerkstelling : hoeveel mensen in dienstverband, onder zelfstandigenstatuut of onder vennootschap.
 - In bepaalde ziekenhuizen worden de verpleegkundigen als afzonderlijke groep geregistreerd en niet onder de noemer paramedici.
 - Nut van het opgeven van het totale personeelsbestand, waarin mensen zitten (administratieven, juristen, enz) die potentieel niet kunnen bijdragen tot een medische aansprakelijkheid.
- Wat de omzet betreft : dit dient goed omschreven omdat het anders voor interpretatieve moeilijkheden kan zorgen. Eventueel dient het verder te worden opgesplitst. Er wordt gesteld dat het totale cijfer minder belangrijk is, wel het aandeel van de medische activiteit.

3. informatie rond verzekeringspolis

- Type polis : zelfde opmerking i.v.m. het onderscheid professionele en burgerlijke aansprakelijkheid
- Bepaalde koepels vragen aandacht voor het anterior en posterior risico. Deze info wordt echter verkregen via bevraging van de verzekeringen.
- Wat de uitsluitingen betreft, stelt men voor te werken met een uitgebreide keuzelijst. Idem via de verzekeringen.

4. informatie rond de claim

- Zelfde redenering als supra : in hoeverre verwacht men een eerlijk antwoord? Garanties i.v.m. de anonimiteit zijn een must.
- Er is meestal registratie van de gevallen die doorgegeven worden aan de verzekering. Na uitbetaling door de verzekering worden in een aantal gevallen deze meldingsdossiers vernietigd op ziekenhuisniveau.
- Een specifieke gestandaardiseerde registratie en codering is er niet : vrije tekstvelden worden gebruikt. Ieder heeft zijn eigen manier van noteren.
- Over de aard van de schade en de diverse posten die eventueel vergoed worden, is eigenlijk op niveau hospitaal niets geweten.

5. informatie rond risk management en interne procedures (ombuds, registratie?)

- Er bestaat over het algemeen geen echte preventie-registratie.
- Hier en daar worden interne incidenten opgetekend
- Ombudsdiensten opereren naast personeelsdiensten die ook beslissingen nemen in kleine claims (bv materiële schade onder de 600 EUR).

3.2.2. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gegevens

Al de gevraagde gegevens wat betreft de eerste 3 punten van de vragenlijst zijn beschikbaar : naam van het ziekenhuis, informatie rond exposure en informatie rond verzekeringspolis.

De gegevens betreffende de klachten en dossiers beroepsaansprakelijkheid (punt 4 van de vragenlijst) zijn eveneens beschikbaar, maar beperkt in de tijd. In het beste geval kan men 5 jaar teruggaan. Er zijn echter ziekenhuizen die in afspraak met de verzekeringsmaatschappij na beëindiging van een zaak, het dossier vernietigen. Nadien is deze informatie niet meer beschikbaar.

Wat de toegankelijkheid betreft,

- informatie rond exposure
 - Aantal bedden : database overheid
 - Personeelsbestand : vergt opzoekingswerk
 - Omzet : moeilijkere toegankelijkheid
- informatie rond verzekeringspolis :
 - Vlot toegankelijk
 - Eveneens opvraagbaar via verzekeringsmaatschappij
- informatie rond de claim
 - Hier verwachten we veel moeilijkheden, omdat het een zeer arbeidsintensieve en gespecialiseerde bezigheid is. Hiervoor verwijzen we opnieuw naar de opmerkingen die door de verzekeringsmaatschappijen en ziekenfondsen worden gemaakt.

VOORSTEL VAN EEN VRAGENLIJST VOOR DE ZIEKENHUIZEN

1. naam en registratie (erkeningsnummer) van het ziekenhuis.

2. informatie rond exposure :

- aantal erkende bedden voor alle sites samen :
- het personeelsbestand voor alle sites samen, in FTE :
- aantal dokters?
 - zijn de dokters mee in uw aansprakelijkheidspolis verzekerd?
 - Indien ja, hoeveel dokters zijn er verzekerd?
 - Zijn deze verzekerde dokters actief als zelfstandig of tewerkgesteld in dienstverband?
- aantal paramedici en verpleegkundigen?
- totaal personeelsbestand.
- totale omzet van het ziekenhuis (het cijfer uit de resultatenrekening)

3. verzekeringssituatie van de polis burgerlijke aansprakelijkheid (waarvan de beroepsaansprakelijkheid deel uitmaakt) per jaar vanaf 1994 t/m 2004 :

- het type polis :
 - fact occurred (het feit of daad dat aan de oorsprong ligt van een schadegeval gebeurt binnen de looptijd van de polis)
 - loss occurred (tijdstip waarop de schade tot uiting komt gebeurt binnen de looptijd van de polis)
 - claims made (tijdstip waarop de benadeelde het schadegeval meldt valt binnen de looptijd van de polis)
- hoeveel bedraagt de jaarpremie:
 - het deel voor de dokters indien ze mee onder de dekking van de polis vallen.
 - het deel voor het ziekenhuis.
- de begin- en einddatum van de dekking.
- wat zijn de verzekerde limietbedragen : is er een maximum voorzien per jaar? Per schadegeval?
- is er een vrijstelling van toepassing?

4. Informatie rond de klachten en dossiers beroepsaansprakelijkheid .

- Hoeveel patiënten of hun aangestelden-rechthebbenden hebben een klachtenmelding (claim) geformuleerd met betrekking op medische activiteiten.
 - Gelieve het aantal klachtenmeldingen (claims) per jaar vanaf 1994 tot 2004 op te geven.
 - Hoeveel (nominaal van het totaal aantal per jaar van 1994 tot 2004) van dit aantal hebben aanleiding gegeven tot één of andere vorm van schaderegeling.
- Waarover gingen deze klachten :
 - Specialiteit
 - Bewezen pathologie
 - Therapie
 - Incident of probleem

- Schade
- Status van elk dossier (1994-2004) en aard van de genomen beslissing na het onderzoek.
 - Datum dat de klacht aan het ziekenhuis werd bekend gemaakt.
 - Datum van het voorval.
 - De unieke identificatiecode van het dossier (dit is het referentienummer)
 - Dossier afgesloten of niet.
 - Aard van de genomen beslissing door het ziekenhuis: vermoeden van medische aansprakelijkheid, vermoeden dat er geen medische aansprakelijkheid is.
- Details rond de schaderegeling (steeds per dossier voor de periode 1994 -2004).
 - De schade is geregeld JA/NEE
 - datum regeling
 - langs welke weg (manier van regeling)?
 - Minnelijk met instelling of verstrekker
 - Indien anders dan financieel gelieve te specificeren.
 - Minnelijk met verzekering (zonder rechtbank)
 - Na vonnis van de rechtbank.
 - Bedrag schaderegeling
 - Totaal bedrag (ZIV en patiënt)
 - Indien het bedrag geventileerd is, dan het bedrag volgens één van de volgende posten detailleren:
 - Medische kosten ZIV en patiënt.
 - Tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid .
 - Pijnen en smarten
 - Juridische kosten
 - Andere (specificeer)
 - Detail rond de aangelegde reserves.
 - Zijn er reserves aangelegd ja of nee:
 - indien ja, welke organisatie betaalt?
 - De unieke identificatiecode.
 - Datum van de reserve.
 - Het bedrag : niet geventileerd (het totale bedrag).
 - Het bedrag geventileerd per post :
 - medische kosten, zowel ZIV als patiënt.
 - tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid
 - pijnen en smarten.
 - juridische kosten.
 - andere.
 - Manier van regeling : formeel, informeel of na een vonnis.

5. Risk management.

Gebruikt het ziekenhuis een formeel systeem van risk management ?

Indien ja, graag antwoord op vraag 6.

6. Deze vraag is optioneel en behoort niet tot dit wetenschappelijk onderzoek maar is er een logische en complementaire aanvulling van.

Indien het ziekenhuis een systeem gebruikt, gelieve de procedures formeel te beschrijven en een appreciatie te geven van de daardoor behaalde resultaten.

3.3. Ziekenfondsen

3.3.1. Bevraging en opmerkingen

Het IMA stelt dat om een voldoende maatschappelijk draagvlak te creëren voor het introduceren van het “No fault”-begrip, er in eerste instantie een duidelijke en door iedereen aanvaarde definitie van no fault moet uitgewerkt worden. Het lijkt aangewezen dat deze definitie er komt in nauw overleg met de actoren in het veld.

Via de juridische commissie van het Nationaal Intermutualistisch College konden alle ziekenfondsen worden bevraged.

Globaal gezien kan gesteld worden dat de bevoegde VI's de vragenlijst zoals beschreven in hoofdstuk 3 kunnen beantwoorden mits het in acht nemen van een aantal specifieke opmerkingen die hierna worden beschreven.

Volgende opmerkingen konden worden genoteerd :

Wat betreft de bevragede periode 1994-2004

De VI 100 (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten afgekort LCM), 500 (Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen afgekort LOZ) en 900 (Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen afgekort NMBS) beschikken over de gevraagde gegevens in de periode 1994-2004.

De VI 300 (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten afgekort NVSM) en 400 (Landsbond van Liberale Mutualiteiten afgekort LLM) beschikken over de gegevens in de periode 1997-2004.

Wat betreft de gegevens

De VI 400 en 500 beschikken over alle gegevens.

De VI 100 en 300 beschikken enkel over dossiers die op landsbondvlak worden behandeld, vermits op lokaal niveau (de ziekenfondsen) een eerste filtering van de dossiers doorgevoerd wordt. Het exact aantal is niet bekend. Deze VI kunnen dus niet altijd alle claims uit het verleden opsporen en weergeven. Het aantal dossiers (ongeveer 5000) kan over de VI's worden verdeeld, procentueel gerelateerd aan het marktaandeel van de ingeschreven leden in de verplichte verzekering.

Hierna het marktaandeel (algemeen totaal) van de verschillende VI op 30 juni 2003.

100	LCM	43,76
200	LNZ	4,09
300	NVSM	27,89
400	LLM	5,84
500	LOZ	16,33
600	HZIV	0,74
900	NMBS	1,34

In alle VI bestaat een vorm van registratie van gegevens maar er is geen uniforme werking.

Men zal manueel en dossier per dossier de informatie moeten opzoeken, waarna de beschikbare data in een te ontwerpen bestand met de gewenste velden moeten worden ondergebracht.

Een bijkomend probleem betreft de registratie van de pathologie, therapie en schade: met uitzondering van LCM, hanteren de VI een vrije tekst en niet de ICD-codering. Het veralgemeend invoeren van de ICD-codering en/of complementair coderings- of registratiesysteem zal bijkomend personeel vergen.

Wat betreft de schaderegeling

De schadedossiers van de patiënten worden centraal opgevolgd in alle VI's. De VI 500 kan enkel de schadegegevens meedelen in de gevallen waarin een eigen bemiddeling is gebeurd.

De dading in de verplichte verzekering is niet na te gaan in de VI 500 vanwege de gedecentraliseerde werking.

Conclusie

- Een eenvormig registratiesysteem moet uitgewerkt worden
- Omschakeling naar ICD en/of complementair coderings- of registratiesysteem vergt personeelsuitbreiding
- Geschatte duur voor de levering van de gegevens, rekening houdend met voorafgaande opmerkingen : minstens twee manjaren.

3.3.2. Beschikbaarheid en toegankelijkheid

Informatie over exposure

- Te bekomen bij de centrale overheid die deze gegevens van alle landsbonden bundelt: toegankelijk via databank, gemakkelijk beschikbaar.

Informatie over klachten beroepsaansprakelijkheid

- De bevraagde periode verschilt van landsbond tot landsbond (minimum 5 jaar-maximum 10 jaar).
- Wat de geregistreeerde dossiers betreft, VI 400 en 500 registreren alle dossiers. VI 100 en 300 doen perifeer een filtering en hebben alleen een onvolledige nationale registratie. Deze zijn onmiddellijk beschikbaar.
- het totaal aantal klachten is dus niet te geven voor 100 en 300 omwille van die filtering.
- Voor alle nationaal geregistreeerde klachten van VI 100 en 300 kan dus wel worden aangegeven hoeveel klachten aanleiding hebben gegeven tot één of andere vorm van schaderegeling (gemakkelijk toegankelijk).
- wat de informatie per dossier betreft, dient er nog te worden afgesproken hoe deze parameters optimaal geregistreeerd dienen te worden. Nu zijn er verschillende registraties per VI. Toegankelijkheid dus zeer moeilijk.
 - specialiteit : database (100-300) of manueel (500)
 - bewezen pathologie : niet, tenzij manueel (200-300-500),
 - ICD (100)
 - therapie : manueel (200-300-500), ICD (100)
 - incident of probleem of klacht : eigen keuzelijsten per VI
 - schade : manueel (200-300-500), keuzelijsten (100)

Informatie over status dossier en genomen beslissingen : voor alle VI onder vorm van databank - .

Informatie over de schaderegeling

- Regelingsmethode : databank per VI (gemakkelijk toegankelijk).
- Bedrag : gemengd manueel of databank (moeilijk toegankelijk)
- Ventilatie per post : gemengd manueel en databank (moeilijk toegankelijk)

VOORSTEL VRAGENLIJST VOOR DE ZIEKENFONDSEN

1. informatie i.v.m. exposure (1994-2004)

- per jaar
- per specialiteit of activiteit
- gegevens (aantallen) over de medische prestaties uit de verplichte verzekering.

2. informatie i.v.m. de klachten beroepsaansprakelijkheid :

- Hoeveel patiënten of hun aangestelden (zelfde opmerkin als supra) hebben een mondelinge of schriftelijke melding gedaan (klacht) over medische activiteiten.
 - Gelieve het aantal klachtenmeldingen (claims) per jaar vanaf 1994 tot 2004 op te geven.
 - Hoeveel (nominaal van het totaal aantal per jaar van 1994 tot 2004) van dit aantal hebben aanleiding gegeven tot één of andere vorm van schaderegeling.
- Waarover gingen deze klachten :
 - Specialiteit
 - Bewezen pathologie
 - Therapie
 - Incident of probleem
 - Schade
- Status van elk dossier (1994-2004) en aard van de genomen beslissing na het onderzoek.
 - Datum dat de klacht aan het ziekenfonds werd bekend gemaakt.
 - Datum van het voorval.
 - Unieke identificatiecode van het dossier (registratienummer)
 - Dossier afgesloten of niet.
 - Aard van de genomen beslissing door de mutualiteit: vermoeden van medische aansprakelijkheid, vermoeden dat er geen medische aansprakelijkheid is.
- Details rond de schaderegeling.
 - De schade is geregeld JA/NEE
 - datum regeling
 - langs welke weg?
 - Minnelijk met instelling of verstrekker
 - Minnelijk met verzekering (zonder rechtbank)
 - Na vonnis van de rechtbank
 - Bedrag schaderegeling
 - Totaal (het niet geventileerde bedrag) : ZIV en patiënt
 - Geventileerd :
 - Bedrag per post detailleren :
 - Medische kosten ZIV en patiënt.
 - Tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid
 - Pijnen en smarten
 - Juridische kosten
 - Andere (specificeer)

3.4. General Health Environment

- periode 1994 – 2004 per jaar
- per ziekenhuis
- in totaal

Hoofdinformatie

- OPMERKING : onderscheid privaat of openbaar heeft geen relevantie

			Waar te vinden?
I	BEZETTING	Per specialiteit	
	full time equivalenten		Ministerie Volksgezondheid (databank) Ziekenhuizen zelf
	medical head counts		alleen per individueel ziekenhuis
	anderen	verpleging	alleen per individueel ziekenhuis
		Kine	
		Sociale dienst	
		Keuken	
		Kuisploeg	
		arbeiders	
2	ACTIVITEIT EN CAPACITEIT	Per specialiteit	
	aantal bedden ligdagen		Ministerie Volksgezondheid(databank)
	opname en ontslag		via RIZIV of VI mogelijk (magneetbanden)
	onderzoeken andere tests zoals AP of biologie beeldvorming ingrepen		Eventueel op VI niveau Volksgezondheid (MKG) RIZIV nomenclatuur
	Outpatient appointments	Polikliniek en daghospitalisatie?	RIZIV nomenclatuur
3	REVENU of TURNOVER	Zowel medische als niet medische activiteit	Niet op VI Enquête Volksgezondheid Best via de ziekenhuizen zelf RIZIV nomenclatuur

Bijkomende informatie

- Totaal aantal artsen : Orde – databank- RIZIV – Min. van volksgezondheid.
- Inflatie statistieken : Publicaties van de Nationale Bank – Ministerie Economische Zaken
 - Consumentenindex
 - Loonindex
- Inkomens artsen per specialiteit en graad : niet beschikbaar - eventueel indirect via RSVZ gegevens mits simulaties

4. Algemene bemerkingen en kritische Succesfactoren

4.1. Inhoud van de vragenlijst en praktische Hanteerbaarheid ervan op het veld

Op inhoudelijk vlak werd de vragenlijst opgesteld in consensus met Marsh en de opdrachtgever. De definitieve lay-out van de vragenlijsten moet desgevallend herwerkt worden door specialisten in enquêtevoering om een correcte respons in het veld te garanderen. Het IMA stelt daarom voor om voorafgaandelijk een testenquête te houden bij een staal van de te bevragen informatiehouders.

Bovendien zal het succes en de kwaliteit van de registratie afhangen van een aantal begeleidende maatregelen die door de Overheid genomen dienen te worden :

- samen met de verspreiding van de vragenlijst, organisatie van een omkaderende informatie- en duidingscampagne naar de doelgroep toe
- redactie van een draaiboek die de respondenten in staat moet stellen de vragenlijst op een correcte en gestandaardiseerde wijze in te vullen (uniforme registratie van de aard van de klachten, details van de schaderegeling, status van het dossier via ICD – kliklijsten, ...) Met andere woorden, er dient nog te worden afgesproken hoe de parameters voor specialiteit, bewezen pathologie, incident of probleem of klacht, therapie en schade optimaal geregistreerd dienen te worden.
- organisatie van een fysieke “helpdesk” die de respondenten met concrete vragen en problemen omtrent de registratie moet kunnen bijstaan.

Praktische modaliteiten voor de informatie-inzameling

Om de deelname aan de registratie en de inspanning die gevraagd wordt aan de informatiehouders evenredig en evenwichtig te spreiden, kunnen twee opties onderscheiden worden:

- De registratie voor het verleden: dit impliceert dat retroactief alle dossiers van een bepaalde periode (bijvoorbeeld, 1997-2004) opnieuw en op basis van het opgestelde draaiboek zullen moeten ingevoerd en verwerkt worden. Rekening houdend met de workload die dergelijke operatie met zich meebrengt en het feit dat hiervoor geen financiële vergoeding voorzien is, lijkt deze optie ons niet realistisch en zelfs niet wenselijk, wil de Overheid vermijden dat van in het begin er weerstand vanuit het veld tegen dit project zou ontstaan. Uit een eerste rondvraag blijkt daarenboven dat een registratie momenteel slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen gebeurt
- De registratie voor de toekomstige dossiers : het bestaan van een aangepaste regelgeving die de verplichte registratie invoert en de ontwikkeling van een draaiboek dat een gestandaardiseerde registratie verzekert, moet de inwerkingtreding van het systeem mogelijk maken. De praktische uitwerking hiervan zou in de tweede fase van de studie moeten uitgetest worden. Indien de Overheid bovendien het nieuwe systeem een reële kans op succes wil geven, dan zal de Overheid de discussie over een financiële vergoeding voor de registratie moeilijk uit de weg kunnen gaan . Het spreekt ook voor zich dat de financiering van de registratie gepaard moet gaan met het invoeren van controlemechanismen die de kwaliteit ervan moeten helpen bewaken.

4.2. Vertrouwelijk karakter van de gegevens

De respons op de vragenlijst vanwege het werkveld zal afhangen van de uitwerking van een juridisch sluitende regeling die het vertrouwelijk karakter van de verzamelde gegevens waarborgt.

Het vertrouwelijk karakter heeft niet alleen betrekking op medische gegevens maar ook op alle gegevens die de anonimiteit van deze studie in gevaar kunnen brengen (identificatie verstrekker -morele of natuurlijke persoon-, patiënt, verzekeraar, ziekenfonds).

Hieruit volgt obligaat dat het KCE zal moeten uitmaken hoe deze informatie verzameld, verwerkt en geanalyseerd wordt. Dit moet conventioneel en met respect voor de geldende wetgeving (privacy) worden geregeld tussen alle betrokken partijen die zullen instaan voor de verwerking van deze informatiestromen.

Dit betekent onder meer concreet dat de elementen in deze vragenlijst enkel mogen gebruikt worden voor de finaliteit van deze wetenschappelijke studie.

4.3. Invulplicht – motivering van de respondenten

Indien de Overheid op termijn wil komen tot een bruikbare en volledige registratie van de informatie, aanwezig bij de respondenten (geneesheren, ziekenhuizen, ziekenfondsen en verzekeringen) dan moet nagedacht worden op welke manier deze informatie op systematische wijze verzameld zal kunnen worden. Het lijkt weinig waarschijnlijk dat dergelijke informatievergaring mogelijk zal zijn op een vrijwillige basis. Regelgevende initiatieven zullen genomen moeten worden.

De (vrijwillige) respons op deze haalbaarheidsstudie vanwege de ziekenhuisfederaties spreekt in dat verband boekdelen : slechts drie van de acht federaties (VVI, NVMSI/FNAMS en universitaire koepel) hebben de moeite genomen te reageren op de bevraging.

5. Specifieke bemerking van vzw Medisch Falen en Erreur Médicale

5.1. Vragenlijst vzw Medisch Falen

5.1.1. Specifieke vragenlijst

1. Hoe werd de medische fout beleefd door de slachtoffers?

De beleving verschilt vanzelfsprekend sterk naargelang de aard en de ernst van de fout. Algemeen kunnen we stellen dat een slachtoffer vaak met een gevoel van machteloosheid en frustratie blijft zitten: als leek op medisch en juridisch gebied kan hij niet of moeilijk oordelen of er nu al dan niet sprake is van een medische fout en, zo ja, welke stappen hij dan dient te nemen. De betrokken zorgverlener reageert vaak terughoudend, ontwijkend, zoniet afwijzend op de vraag naar informatie. Precies door het gebrek aan open communicatie krijgt de patiënt de indruk dat men iets te verbergen heeft, wat hem alleen maar sterkt in zijn vermoeden dat er een fout is gebeurd. Zo zal hij ook sneller klacht indienen, terwijl er misschien niet eens echt sprake was van een concrete fout.

Voor de bevestiging van een fout dient de patiënt te gaan aankloppen bij een medische deskundige. Helaas zijn slechts weinig artsen bereid zwart op wit te bevestigen dat een collega in de fout is gegaan, dit om redenen van collegialiteit. Alle documenten waar de fout zou kunnen worden uit afgeleid, zijn trouwens in handen van de zorgverlener en vaak is het moeilijk om die te krijgen, ondanks de nieuwe wet op de patiëntenrechten die o.a. inzage in het medisch dossier mogelijk maakt.

Het gevoel van machteloosheid wordt er vaak alleen maar sterker op indien het slachtoffer beslist een rechtszaak aan te spannen tegen de falende zorgverlener. Hij wordt immers meegesleurd in een emotioneel en financieel uitputtende procedureslag die jarenlang aansleept. Bevat zijn polis burgerlijke aansprakelijkheid geen clausule voor rechtsbijstand, dan zal hij zelf alle kosten moeten dragen, en die zijn zeker niet van de minste. Wie niet kapitaalkrchtig genoeg is, valt bij voorbaat al uit de boot.

Het uiteindelijke vonnis valt trouwens vaak uit in het nadeel van het slachtoffer, wat de frustratie alleen maar ten top drijft: zelf moeten opdraaien voor alle juridische kosten, niet vergoed worden voor de geleden schade en soms ook nog de kosten van de naverzorging of de blijvende handicap moeten dragen.

** Wat is de positie van de organisatie?*

- De vzw Medisch Falen pleit vooreerst voor een **systematische registratie** van medische fouten, zodat men de structurele knelpunten in de gezondheidszorg in kaart kan brengen en preventief kan optreden. Uit onderzoek blijkt immers dat veel fouten eerder van structurele aard zijn en niet zozeer het gevolg zijn van persoonlijke tekortkomingen.

- Verder pleit de vzw voor een meer **open communicatie** tussen zorgverleners en patiënten. De wegmoffelcultuur zit nog te diep ingebakken in de medische sector. Dat het anders kan, bewijst bv. het VA Hospital in Lexington (USA) : wordt daar een fout vastgesteld, dan neemt het ziekenhuis zelf contact op met het slachtoffer of de familie en wordt eventueel een minnelijke schikking voorgesteld. Die openheid wordt door de patiënten erg op prijs gesteld: door eerlijk te zeggen wat er fout is gegaan en zijn excuses aan te bieden, kan men vaak een klacht voorkomen. In de praktijk blijkt dat een open communicatie op termijn lonender is dan het verdoezelen van de fout.

- Het grote struikelblok blijft de **commerciële logica** van de privé-verzekeraars van de zorgverleners: hoe minder vergoedingen er uitbetaald worden aan slachtoffers, hoe meer winst. Steunend op hun financiële macht en juridische knowhow opteren ze meestal voor een gerechtelijke uitputtingsslag, in de hoop dat het slachtoffer er na verloop van tijd moegestreden het bijltje bij neerlegt of de oplopende kosten niet meer kan dragen. Ze leggen ook druk op de zorgverleners, opdat die hun fout niet zouden toegeven. Los van eventueel gezichtsverlies is het vooral die druk die zorgverleners ertoe aanzet fouten te ontkennen of weg te moffelen.

** Is er casuïstische ervaring? Is er registratie van statistische gegevens die eventueel beschikbaar zijn?*

De vzw Medisch Falen vraagt alle slachtoffers die bij haar aankloppen om een schriftelijk verslag toe te sturen met een beschrijving van de precieze omstandigheden waarin de fout zich heeft voorgedaan. Los van algemene conclusies (bv. beduidend meer fouten bij de overdracht van dienst, tijdens weekends, vakantie en feestdagen), kan er uit het geheel der verslagen ook meer bijzondere informatie gepuurd worden, zoals het aantal fouten per specialisatie, het aantal missers bij het toedienen van medicatie, enz.

** Welke richtlijnen hanteert de organisatie en waarnaar streeft ze?*

- De vzw Medisch Falen wil vooreerst duidelijkheid scheppen voor het slachtoffer: is er al dan niet sprake van een concrete medische fout? Zo wordt alvast vermeden dat patiënten zich nodeloos in een juridisch gevecht storten. Om uit te maken of er sprake is van een fout, doet de vzw een beroep op een wetsdokter. Er zijn plannen om een commissie op te richten bestaande uit een viertal experts die bv. op maandelijkse basis een aantal (moeilijke) dossiers zouden onderzoeken.
- Gaat het inderdaad om een medische fout, dan verwijst de vzw Medisch Falen het slachtoffer naar een vertrouwensadvocaat die gespecialiseerd is in gezondheidsrecht en niet voor verzekeringen werkt (dit om belangenconflicten te vermijden).
- Naast individuele hulp bieden aan slachtoffers verzamelt de vzw Medisch Falen ook zoveel mogelijk informatie over wat er fout loopt in de medische sector. Daarnaast treedt de vzw op als spreekbuis voor de slachtoffers, o.a. in de media en bij contacten met andere rechtstreekse betrokkenen, zoals de bevoegde overheidsdiensten, de zorgverleners en de verzekeraars. Slachtoffers gaan trouwens vlotter aankloppen met hun klachten bij een vereniging als de vzw Medisch Falen, die gerund wordt door lotgenoten, mensen die zelf ooit het slachtoffer zijn geweest van een medische fout.

2. Wat is de sociale weerslag van het incident?

De sociale weerslag varieert sterk naargelang de aard en de ernst van de fout. Het spreekt voor zich dat zware letsels, zoals een blijvende handicap, de mobiliteit en dus ook de sociale contacten van de betrokkenen sterk kunnen hinderen.

3. Wat verwijt men aan de zorgverstrekker en wat waren de redenen om klacht in te dienen?

Los van de concrete fout of nalatigheid, hebben slachtoffers het vooral moeilijk met het gebrek aan communicatie en het achterwege blijven van elementaire excuses. Klacht indienen gebeurt niet louter om schadevergoeding te bekomen. Vaak speelt er ook ergernis mee, omdat men het gevoel heeft dat men als slachtoffer niet au sérieux wordt genomen en zelfs wordt tegengewerkt.

4. Tot wie heeft men zich in eerste instantie gericht?

Vaak probeert men via de zorgverlener (arts, verpleegkundigen, directie, ombudsdienst) meer te weten te komen over de precieze omstandigheden waarin de fout zich heeft voorgedaan. Krijgt men de nodige informatie niet (bv. weigering van inzage in het medisch dossier), dan stappen slachtoffers vaak naar een advocaat, de politie, het parket of de vzw Medisch Falen.

5. Hoe is gewoonlijk de evolutie en verder gevolg van een klachtendossier?

De verdere evolutie hangt af van de weg die men als slachtoffer kiest. Algemeen gesteld, is een minnelijke schikking de beste optie. Zo wordt een jarenlange procedureslag vermeden en is men zeker van een minimale vergoeding op relatief korte termijn.

Kiest het slachtoffer voor een correctionele procedure, dan is er gemiddeld slechts 8% kans dat hij uiteindelijk in het gelijk wordt gesteld. Bij een burgerlijke procedure ligt de kans op een goede afloop een stuk hoger (exacte cijfers zijn ons niet bekend), maar de kosten voor het slachtoffer vallen zwaarder uit. Niet zelden weegt de uiteindelijk toegekende vergoeding niet eens op tegen de kosten voor de eigen advocaat. Gemiddeld duurt een rechtszaak betreffende een medische fout 7 à 8 jaar, met uitschieters van 10 jaar en meer. Een groot element van onzekerheid is dat rechters in dossiers rond medische fouten eerder uitgaan van hun persoonlijke mening dan van

vaste rechtsprincipes. Voor slachtoffers heeft een rechtszaak dan ook veel weg van een loterij : je moet gewoon de juiste rechter treffen.

5.1.2. Reacties op de vragenlijst voor artsen, ziekenhuizen, ziekenfondsen

Aangezien veel medische fouten het gevolg zijn van structurele tekortkomingen komt het erop aan vanuit de medische sector zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de precieze omstandigheden waarin die fouten zich voordoen. Op basis van die informatie kunnen dan preventieve maatregelen worden uitgewerkt. Gezien het belang van dit dossier (het Leuvens Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap gewaagt van minstens 1.500 doden per jaar als gevolg van medische missers) zou het verstrekken van informatie verplicht moeten zijn voor alle zorgverleners, desnoods anoniem. Rekening houdend met de snelle evolutie van de geneeskunde zou het doorgeven van informatie ook vrij systematisch moeten gebeuren i.p.v. eenmalig.

5.2. Erreur Médicale

Op 03062004 werd ondervraagd de Franstalige belangenvereniging van slachtoffers en patiënten "Erreur Médicale". (EM dans la suite)

Waren aanwezig op de vergadering: mevrouw Lopez, een sociaal assistente en de juriste van de vzw EM. Dit is het volledige team van «Erreur Médicale».

De lijst met de vragen van ons verslag werd hen bezorgd op 1 juni. Ten gevolge van een inbraak, waarbij al het informaticamateriaal werd gestolen en de tijd die vervolgens nodig was om de juridische gevolgen te regelen van deze diefstal, heeft EM de vragenlijsten niet grondig kunnen bestuderen en was het dus onmogelijk de juiste statistische gegevens te bezorgen van de registratie van hun gegevens. Dezelfde vragen die gesteld waren aan de VZW werden gesteld aan EM.

Hierna hun antwoord:

De reden of het motief waarom de mensen een klacht indienen is in 22% van de gevallen een gebrek aan informatie vanwege de medische wereld, een gebrek aan dialoog en een gebrek aan klaarheid.

33% van de klachten zijn het gevolg van een gebrek in het informed consent.

Ook zijn er heel wat klachten aangaande nosocomiale infecties.

De overblijvende klachten hebben vooral betrekking op orthopedie, gynaecologie en verloskunde, laparoscopie, gastroscopie en tandartsen.

In totaal ongeveer 3600 dossiers.

Mensen met klachten gaan eerst bij hun behandelende arts voor uitleg.

Lukt dit niet, dan komen ze bij het EM.

Ook wanneer ze een negatief advies krijgen vanwege hun ziekenfonds aangaande de ontvankelijkheid van hun klacht komen ze bij het EM.

De mensen die contact hebben gehad met Test Aankoop worden eveneens doorverwezen naar het EM.

Vaak doet een advocaat hetzelfde.

Dikwijls is EM de eerste om de klacht te horen en meestal per telefoon.

Indien de patiënt wordt gehoord, dan is dat door het volledige team van EM.

Indien het blijkt om een klacht te gaan wegens medische fout, dan wordt het medisch dossier opgevraagd.

Dit dossier kan voor advies voorgelegd worden aan een arts die door de patiënt wordt aangeduid.

Het advies wordt gevraagd en meegedeeld aan de verzekering en aan de tegenpartijen.

Op dat ogenblik kan de patiënt doorverwezen worden naar een advocaat van zijn keuze, indien het advies positief is. Bij negatief advies wordt het dossier voor EM gesloten.

EM kan de patiënten of de dossiers ook doorverwijzen naar andere mogelijke instanties zoals: het ziekenfonds, de verzekeringen of naar andere organisaties zoals patiëntenverenigingen die zich meer specifiek met het probleem van deze patiënt bezighouden of ook nog naar officiële instanties.

EM kan eveneens als bemiddelaar optreden indien zich een probleem van communicatie stelt in de afhandeling van het dossier.

EM komt op geen enkel vlak tussen in de kosten; de patiënt betaalt alles en kan op ieder ogenblik zelf beslissen welk gevolg aan zijn dossier dient voorbehouden te worden.

In totaal betaalt de patiënt € 25 aan EM.

In sommige gevallen kan EM het dossier tot het einde volgen, maar het zal nooit gaan om ernstige dossiers, want daarvoor zijner onvoldoende middelen.

Een dossier wordt gesloten na vergoeding, wanneer het verslag van de adviserend geneesheer negatief is of wanneer de verzekering niet wil tussenkomen in een poging tot minnelijke schikking.

Nooit wordt aanvaard dat er een parallel dossier lopende is.

Wat de ervaring en de sociale weerslag van de klachten « medische fouten » betreft, is deze bij EM zeer ruim.

In eerste instantie en veel talrijker dan de andere gevolgen zijn de gevolgen bij de familie, met alle mogelijke catastrofes: scheiding van het paar, uiteenvallen van een hele familie, van de ene op de andere dag een brutale en totale ommekeer in het gezinsleven ingevolge een slecht therapeutische resultaat, enz...

Andere ervaringen:

- verlies van werk
- aantasting van de persoonlijke integriteit
- schending van het vertrouwen in de geneesheer en het medisch korps.
- psychische evolutie naar een verschrikkelijke en erbarmelijke toestand.
- schuldgevoel.

De ervaring toont ook duidelijk dat de sociale gevolgen niet proportioneel zijn in verhouding tot de geleden schade.

Samengevat :

De ervaring met de klachten, de dossiers, de patiënten en de tegenpartijen zijn bij EM dezelfde als bij de ziekenfondsen.

Hun middelen zijn echter niet vergelijkbaar en zeer beperkt vergeleken bij die van de ziekenfondsen en dit niet alleen wegens gebrek aan financiële middelen of autoriteit, maar ook door de eigen taak die aan de ziekenfondsen werd toebedeeld.

We onderstrepen bij EM hun soepelheid bij de afhandeling van klachten, hun grote creativiteit, een groot meeleven en bijstaan van de patiënten, de aanwezigheid van een zeer gemotiveerd team en de wens om in de toekomst te kunnen samenwerken met andere afhandelaars van medische fouten.

EM vindt de vragenlijsten OK.

6. Specifieke bemerkingen van het IMA

Het IMA wenst tot slot te herinneren aan de belangrijkste motivatie van het KCE om beroep te doen op de expertise van het IMA, met name haar terreinkennis van de Belgische ziekteverzekering en haar actoren. Deze expertise werd dan ook in de eerste plaats aangewend om de door Marsh ontwikkelde vragenlijsten te toetsen en desgevallend aan te passen aan de Belgische context.

Het IMA kan zich evenwel niet uitspreken over de kwaliteit en pertinentie van de deliverable, waarvan de oplevering door het KCE in het kader van deze opdracht aan het IMA werd toevertrouwd :

1. Onzekerheid inzake de pertinentie van de vragenlijsten op zich :

Het IMA kan zich niet uitspreken over de pertinentie van de vragenlijsten, aangezien het IMA onvoldoende kennis heeft van de methodologie van het actuariel model, dat door Marsh zal aangewend worden om een systeem van no fault te simuleren en waarvoor de vragenlijsten als input fungeren.

Zonder duidelijke kennis van de methodologie die achter het model schuil gaat, kan immers onmogelijk met zekerheid geponeerd worden dat de inhoud van de vragenlijsten een pertinente input zullen vormen voor het model

2. Onzekerheid inzake de pertinentie van het actuariel model zelf voor de Belgische situatie.

Ook al sluit de inhoud van de vragenlijst aan op het actuariel model van Marsh, dan nog kan de garantie niet gegeven worden dat de output van het model toepasbaar is op de Belgische context, zolang IMA in het ongewisse blijft over de gehanteerde methodologie.

Om die redenen dringt het IMA er dan ook bij de opdrachtgever KCE op aan dat vooraleer overgegaan zou worden tot een operationalisering van de registratie op basis van de voorgestelde vragenlijsten, de nodige duidelijkheid en transparantie geschapen zou worden over dit hangende probleem. Zonder deze verduidelijking, loopt de Overheid het risico een systeem in te voeren dat niet toepasbaar blijkt binnen de Belgische context.

Met haar huidig niveau aan kennis over de door Marsh gehanteerde methodologie, weigert het IMA dan ook enige vorm van medeaansprakelijkheid op zich te nemen voor dit potentieel risico.

Het IMA vraagt dan ook expliciet aan opdrachtgever KCE om de door Marsh gehanteerde methodologie te toetsen aan haar pertinentie binnen de Belgische context en ze ook finaal te valideren.

Bijlage I : Brief gericht naar de verschillende actoren.

Geachte Voorzitter,

Op 24 oktober 2003 heeft de ministerraad de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ermee belast aan het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorgen de opdracht toe te vertrouwen, de gegevens te definiëren die nodig zijn om een gezondheidsbeleid uit te bouwen in verband met de medische ongevallen en die nodig zijn om een budgettaire evaluatie van een nieuwe voorziening ter vergoeding van de medische fouten en de therapeutische risico's mogelijk te maken.

Overeenkomstig de wettelijke bepalingen van toepassing op het Federaal Kenniscentrum zullen de firma Marsh NV en het Intermutualistisch Agentschap een deel van de opdracht uitvoeren onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van het Federaal Kenniscentrum.

Marsh NV en het Intermutualistisch Agentschap handelen binnen de grenzen van hun mandaat dan ook namens het Federaal Kenniscentrum.

Voor deze opdracht wensen het IMA en Marsh NV volgende actoren te raadplegen : de ziekenhuizen, artsen, verzekeringsmaatschappijen en ziekenfondsen.

Deze raadpleging verloopt via aangepaste vragenlijsten die aan elk van deze actoren zullen worden voorgelegd en waarop hen zal gevraagd worden om te antwoorden.

Deze vragenlijsten hebben tot doel de parameters te bepalen die voor deze opdracht moeten dienen.

Vooraleer deze vragenlijsten effectief door te sturen naar de verstrekkers in het veld, is het de bedoeling deze te laten onderwerpen aan een kritische evaluatie van de respectievelijke beroepsverenigingen en koepels. Op die manier wordt gestreefd naar het opstellen van een vragenlijst die zo nauw mogelijk aansluit met de realiteit op het terrein.

In samenspraak met de opdrachtgever van de studie (Federaal Kenniscentrum) en Marsh NV werd het IMA belast om de nodige contacten te leggen met de artsenverenigingen en de ziekenhuisfederaties.

Rekening houdend met de hoogdringendheid en strikte timing waaraan deze overheidsopdracht is onderworpen, hadden wij daarom graag met u een gesprek gehad dat ongeveer een uur zal duren.

Wij vragen u om dit te voorzien in de week van 8 maart.

Dokter Daniel Van Ingh en dokter Paul Zegers zijn door het IMA aangeduid om deze gesprekken te coördineren. Voorafgaand aan dit gesprek zullen zij u eerstdaags de ontwerp-vragenlijst opsturen, die ter evaluatie en validatie aan de verschillende verenigingen en/of federaties voorgelegd zal worden.

Om redenen van tijdsdruk, zullen zij u via e-mail contacteren om plaats en datum vast te leggen voor dit gesprek.

In afwachting teken ik namens het IMA,

Hoogachtend,

Patrick Verertbruggen

Secretaris Raad van Bestuur IMA

Bijlage 2

Geachte Heren, Voorzitter,

Het IMA, in samenwerking met het bedrijf Marsh, heeft de opdracht aanvaard van het KCE om voor het KCE een wetenschappelijk onderzoek te doen dat dienstig is voor de financiële inschatting van de kosten van een foutloze beroepsaansprakelijkheid.

In de bijlage is een brief die het mandaat en deze opdracht uitgebreider omschrijft.

Alvorens over te gaan tot de effectieve bevraging van de geneesheren, ziekenhuizen, mutualiteiten, overheid en verzekeringsmaatschappijen wordt een 1^{ste} fase gezocht naar de meest bruikbare vragen die moeten worden gesteld voor dit wetenschappelijk overheidsonderzoek.

Wij leggen u, als representatief organisme, een voorstel van vragenlijsten voor.

Ze zijn in de bijlagen opgenomen.

Graag ontvingen wij, uw voorstellen voor verfijning en aanpassing ervan.

U kunt dit doen via e-mail.

Indien u een gesprek nuttiger vindt, maak ik graag een afspraak met u.

Wegens tijdsdruk als gevolg van de kontraktvoorwaarden zou ik u beleefd willen vragen of dit nog deze week kan.

Paul Zegers

Adviserend Geneesheer

Bijlage 3 : Opmerkingen ziekenfondsen

Erik Houtevels LCM (landsbond van christelijke mutualiteiten) :

point 2 : nous supposons qu'il s'agit de l'ensemble des plaintes auprès d'une mutualité ; l'énumération ne nous semble pas pertinente.

Point 2.1 : la description doit-elle viser les soins qui ont donné lieu à l'incident, la plainte du patient ou le dommage corporel subi après examen de la plainte ?

Point 2.2 : nous pouvons donner la date de la plainte auprès de la mutualité, pas celle auprès de l'hôpital ; nous ne connaissons pas les décisions informelles

Point 3.3 : nous connaissons le dommage global AMI et parfois le dommage global du patient ; nous ne connaissons pas le détail. Nous ne connaissons non plus pas les paiements informels.

Badie Natacha UNMN (union nationale des mutualités neutres) :

Il serait souhaitable d'avoir un questionnaire sous forme de tableau

Pourquoi cela ne concerne pas les dentistes.

Certaines questions nous semblent trop détaillées (ex. : date de communication de la plainte à l'hôpital, détail des postes indemnisés, ...)

Cela nécessitera de reprendre chaque dossier archivé et de les analyser en profondeur, ce qui nécessitera un investissement temps et «force de travail» ce dont l'instigateur de la demande ne se rend pas forcément compte. Tous les OA n'ont pas informatisés les dossiers d'assistance aux membres.

Y trouvons-nous un avantage ? En effet, nous avons fait une analyse similaire il y a quelques années et nous n'avons même pas obtenu le résultat des recherches ni un compte rendu de l'étude ...

Concernant le délai temps, il semblerait que cette enquête devrait être réalisée très rapidement : quel est-il ?

Snauwaert Isabelle LLM (Landsbond Liberale Mutualiteiten) :

1. **La période : 1994 à 2004.** Nous ne disposons de données sûres qu'à partir de l'année 1997, de 1994 à 1996 les données informatiques sont insuffisantes, il est donc impossible de faire un premier tri entre les dossiers relatifs à une faute médicale et les autres.
Il serait par conséquent plus facile de limiter le questionnaire aux années 97'-04'.
 2. **Point 2, 1^{er} carré.** Pour pouvoir mentionner le nombre de plaintes des années 1994 à 1996, nous devons consulter l'entièreté (environ 400 dossiers) des dossiers de ces 3 années et identifier les dossiers relatifs à une faute médicale et ce de manière manuelle.
Point 2, 2^e carré. Pour pouvoir mentionner combien de plaintes ont donné lieu à un règlement, nous devons et cette fois pour chaque année consulter manuellement chaque dossier.
Point 2.1. L'utilisation de code n'est pas possible pour nous.
Point 2.2. Décision à l'amiable ou via le tribunal au lieu de formellement, informellement et via le tribunal.
Point 2.3. L'évaluation du dommage se fait chez nous par poste (certains postes sont indemnisés via un forfait), qui sont les suivants : frais médicaux, incapacité temporaire de travail, incapacité permanente, dommage moral, dommage esthétique, frais administratifs, frais de transport.
Point 2.4. Nous ne pouvons pas répondre étant donné que si un arrangement a eu lieu entre le patient et l'hôpital nous ne sommes en général pas au courant. La seule chose que nous pouvons dire pour les dossiers que nous traitons c'est qui a effectué le paiement.
 3. **Remarques générales :**
 - Il est important de pouvoir connaître le temps écoulé entre les faits et la formulation de la plainte, mais aussi le temps écoulé entre la plainte et le règlement de celle-ci.
 - Doit-on seulement mentionner l'indemnisation octroyée au membre ? Il serait intéressant d'aussi indiquer celui de la mutualité.
 - Au niveau du règlement, s'agit-il d'un règlement financier ou en nature (par exemple ne pas payer la prochaine prothèse). Il y a lieu de prévoir ces deux possibilités.
 - Le temps nécessaire pour répondre à pareil questionnaire est difficilement estimable, mais il est important puisqu'il nécessite la consultation manuelle des dossiers.
- A titre informatif nous ajoutons une estimation du nombre de dossiers à traiter :

Nombre de dossiers faute médicale :

1997 : 30 dossiers faute médicale

1998 : 44 dossiers faute médicale

1999 : 63 dossiers faute médicale

2000 : 59 dossiers faute médicale

2001 : 61 dossiers faute médicale

2002 : 63 dossiers faute médicale

2003 : 43 dossiers faute médicale

Total : **371 dossiers**

Pour les années 94', 95' et 96' l'encodage informatique n'est pas complet, il faut chercher manuellement le nombre de dossier.

Conclusion : il y a **371** dossiers faute médicale, environ **400** dossiers pour 94', 95' et 96', mais dans ces 400 dossiers il faut faire le tri entre les dossiers fautes médicales et les autres.

Total : 771 dossiers.

Bert Corremans, staflid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen stuurt de volgende reactie :

Project KCE/IMA "no fault"

De Onafhankelijke Ziekenfondsen (VI 500) kunnen data leveren inzake cases met vermoedelijke medische aansprakelijkheid over de periode 1994-2004.

De data zijn sinds 1994 geïnformatiseerd en beschikbaar per jaar.

Het bestand omvat : dossiernr., ziekenfondsnr., naam, meldingsdatum, een beschrijving van de klacht in een tekstveld en een code volgens een zelf ontworpen systeem.

Op VI niveau zijn er geen gegevens beschikbaar inzake een schaderegeling, tenzij die door de dienst ad hoc zelf werd bemiddeld en begroot. In dat laatste geval betreft de schaderegeling alleen de patiënt en niet de ZIV. De regeling van de ZIV schadeloosstelling middels een terugvordering is gedecentraliseerd en wordt niet meegedeeld waardoor deze niet leverbaar is. Om gegevens te leveren volgens de vragenlijst die voorligt, moet elk dossier (n=1810) manueel worden nagekeken, waarna de beschikbare data in een te ontwerpen bestand met de gewenste data moeten worden ondergebracht. Wij schatten dat dit een klein jaar (1 EFT) in beslag kan nemen zonder de omzetting van tekstdata naar ICD-9.

Christine Fraipont NMBS (Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen) :

La Caisse des soins de santé serait en mesure de fournir des données concernant les dossiers 'erreur médical' qui, depuis 1994, ont fait l'objet de récupérations. Concernant les autres types de plaintes, nous ne disposons pas de telles données. Cependant, il m'a été signalé qu'une recherche avait, en son temps, été effectuée dans ce domaine par tous les OA. M. Houtevels avait en effet été chargé par le Ministre d'établir des statistiques pour l'ensemble des OA, dans le cadre, apparemment, du projet de loi relatif à la responsabilité "no fault". Cette recherche couvrirait les années 1994 à 1999.

Demotte Marie-Christine UNMS (Union nationale des mutualités socialistes) en Verbruggen Daniëlla NVSM (Nationaal verbond van Socialistische mutualiteiten) :

In bijlage, de vragenlijsten met enige opmerkingen terug.

Uit de stukken van Marsh blijkt dat het niet de bedoeling is om de artsen die niet in een hospitaal werken en de tandartsen te bevragen. Mij lijkt dit een serieuze lacune in dit onderzoek.

Anderzijds vind ik nergens terug hoe men gaat nagaan of de antwoorden die men bekomt van geneesheren en hospitalen correct zijn.

Indien één of ander niet duidelijk zou zijn, kunnen we dit samen bespreken

Mutualiteit HZI (hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) :

Deze deelde op 15.03.2004 telefonisch mee dat zij geen data beschikbaar hebben.

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2004/10.273/3
ISBN :

KCE reports

1. Effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation therapies. PF04-26.02A
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (Fase I). PF04-26.01A

Inlichtingen

KCE -Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertsie des Soins de Santé.

Résidence Palace (10^{de} verdieping-10ème étage)

Wetstraat 155 Rue de la Loi

B-1040 Brussel-Bruxelles

Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kenniscentrum.fgov.be info@centredexpertise.fgov.be

Web : <http://www.kenniscentrum.fgov.be> <http://www.centredexpertise.fgov.be>

