

Activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen – 2018



Inhoud

Voorwoord	3
Woord van de directie	4

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

I. Opdrachten	8
1. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht	8
2. Preventie-, registratie- en rapporteringsopdracht	9
II. Beheerscomité.....	9
1. Samenstelling.....	9
2. Bevoegdheden.....	10

Deel 2 - Organigram en structuur van het Fonds 11

I. Organigram.....	12
II. Externe experts	13
III. Instrumenten/ICT-tools - ontwikkelingen.....	13

Deel 3 - Activiteiten m.b.t de opdrachten..... 15

I. Administratieve opvolging en statistische vaststellingen	16
1. Callcenter	16
2. Totaal aantal inkomende, open en gesloten dossiers per taalrol anno 2018 en sinds de oprichting van het Fonds.....	16
3. Het aantal ontvangen dossiers per maand en per taalrol.....	19
4. Status van alle dossiers sinds de oprichting van het Fonds.....	20
5. Aantal geopende dossiers per jaar	21
6. Verdeling per fase van de geopende dossiers tot en met de vergoeding.....	21
7. Trend aangaande de onontvankelijke dossiers	22
8. Adviezen.....	26
9. Meer dossiers “out dan in”	27
10. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag	29
II. Medische activiteiten en statistieken	30
1. De codering.....	30
2. Statistieken	31

III. Juridische activiteiten, opvolging en statistieken	36
1. Schadevergoedingen sinds de oprichting van het Fonds.....	36
2. Geschillen (tot eind 2018)	38

Deel 4 - Financieel beheer en omkadering..... 43

I. Begroting en realisaties – Opdrachten	44
II. Begroting en realisaties – Beheer	46
III. Vergelijking begroting en realisaties 2018	47
IV. Financiële statistieken betreffende de opdrachten.....	48
V. Terugbetaalde vergoedingen of de opbrengst uit subrogatievorderingen.....	52

Deel 5 - Andere activiteiten..... 53

I. Voordrachten	54
II. Analyse en audit	54

Deel 6 - Aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen..... 55

I. Ingrepen voor het plaatsen van een heupprothese	57
II. Ingrepen voor het plaatsen van een knieprothese.....	58

Bijlage..... 60

Voorwoord

Beste lezer,

In dit zevende activiteitenverslag maakt het Fonds voor de medische ongevallen (Fonds) opnieuw de balans op en vestigt het de aandacht op de vooruitgang van de activiteiten.

Het verslag geeft de situatie weer eind 2018 en maakt daar waar het nuttig lijkt ook een vergelijking met de situatie sinds de opstart van het Fonds.

Ondanks de aanhoudende inspanningen van het Fonds, is er nog steeds een belangrijke achterstand in de behandeling van de dossiers maar de achterstand neemt niet meer toe. Deze trend werd voor het eerst in 2017 vastgesteld en bevestigd in 2018. De maatregelen van 2017 blijken ook in 2018 te werken.

Om te voldoen aan de vereisten van de reglementering GDPR heeft het Fonds ook belangrijke stappen gezet i.v.m. de uitwisseling van de documenten en gegevens.

Het dossierbeheerssysteem DAMO werd verder verfijnd en verbeterd.

Het Fonds heeft ook ingezet op een betere communicatie en overleg met zowel slachtoffers, zorgverleners en verzekeraars. Dit zijn inspanningen die zeker in de toekomst nog moeten verdergezet worden.

Ondanks de positieve trend moet het Fonds verder inzetten op een vlotte en kwaliteitsvolle behandeling van de talrijke aanvragen die het Fonds ontvangt. Het wegwerken van de achterstand blijft een absolute prioriteit.

Het beheerscomité blijft erop toezien en zoekt samen met de directeur en het ganse team van het Fonds naar oplossingen voor de knelpunten waarmee het Fonds wordt geconfronteerd.

Geneviève Schamps

Steven Lierman

Voorzitster van het Beheerscomité

Ondervoorzitter van het Beheerscomité

Woord van de directie

2018 is het zesde volledige werkjaar van het Fonds als openbare dienst, ondergebracht bij het RIZIV.

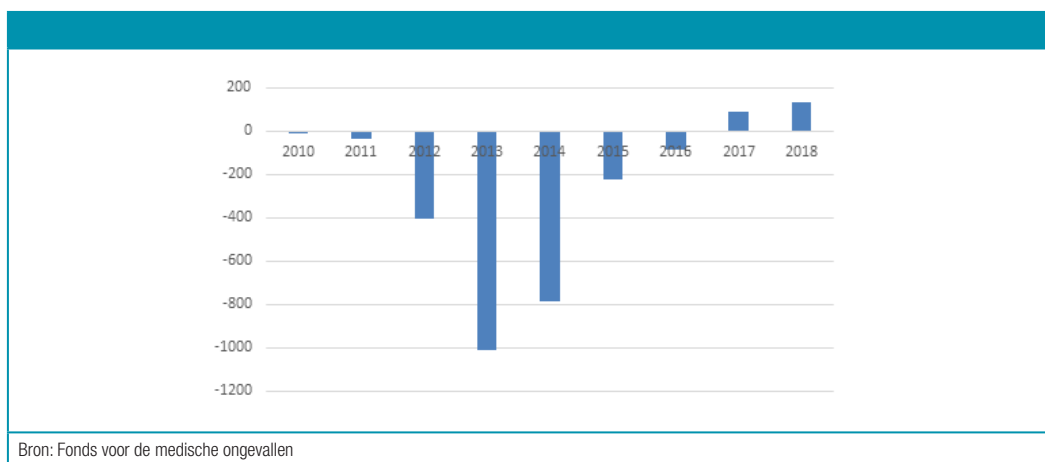
Het Fonds heeft als primaire opdracht slachtoffers van schade door gezondheidszorg te vergoeden. In het bijzonder de slachtoffers van een medisch ongeval waarin de ernstgraad, zoals bepaald in de wet van 31 maart 2010, werd bereikt en voor zover het Fonds meent dat het gaat over een medisch ongeval met aansprakelijkheid én waarin de aansprakelijke of zijn verzekeraar weigert tussen de komen en of over een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zoals omschreven in dezelfde wet. Het is de wens van de wetgever dat het Fonds dit snel en efficiënt zal doen.

Als directeur van het Fonds, ben ik samen met het hele team, de partners binnen het beheerscomité, en het netwerk van experts, trots en geëngageerd om deze uitdaging aan te gaan. Samen zijn wij zeer goed bewust van het belang van deze opdracht, zowel voor de slachtoffers, de aanvragers als voor de zorgverleners.

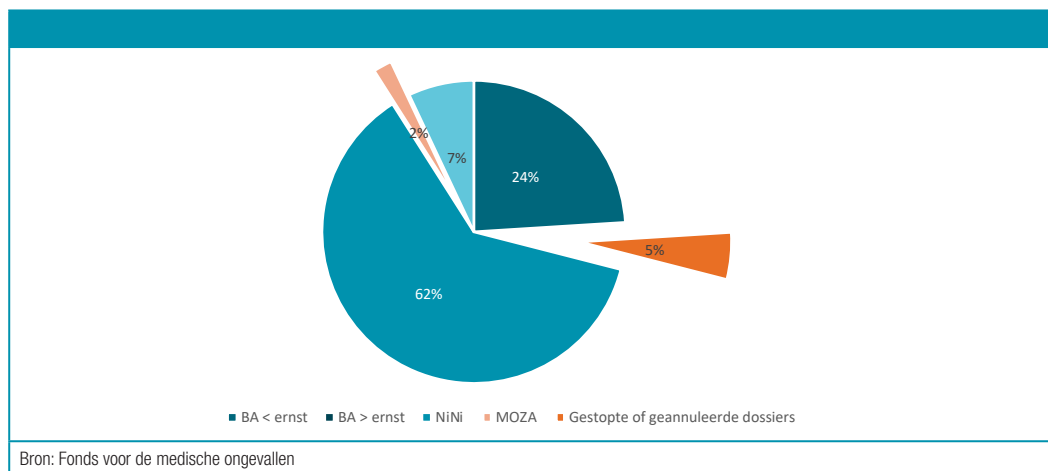
Dit activiteitenverslag probeert u zo helder en objectief mogelijk in te lichten over de situatie. Nog steeds moeten we vaststellen dat de opstart van het Fonds moeizaam en stapsgewijs verliep waardoor er een aanzienlijke achterstand ontstond.

In dit activiteitenverslag kan u een aantal belangrijke vaststellingen doen:

Het aantal nieuwe aanvragen sinds 2015 stabiel blijkt, en het aantal afgewerkte dossier blijft toenemen. Hierdoor en mede door de maatregelen van 2017 is de achterstand afgenomen. Deze trend die reeds in 2017 merkbaar was, wordt in 2018 bevestigd.



Op basis van de afgewerkte dossiers eind 2018 blijkt dat slechts een beperkt aantal aanvragers uiteindelijk een vergoeding krijgt. 50 (2%) door het Fonds in het kader van een vergoedbaar (ernstgraad bereikt) medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en 120 (5%) mogelijk door het Fonds wanneer de aansprakelijke zorgverlener en/of zijn verzekeraar weigert in geval van een advies waarin het Fonds een aansprakelijkheid weerhield.



In 2018 de organisatiestructuur werd gewijzigd met het accent op:

- Centrale rol voor dossierbeheer
- kwaliteit en uniformiteit

Voor de toekomst blijven er uiteraard nog belangrijke uitdagingen voor het Fonds maar ik ben ervan overtuigd dat er stappen in de goede richting werden gezet. Het Fonds zal verder werken aan het optimaliseren van zijn werking, het verbeteren en versnellen van de processen zonder aan kwaliteit in te boeten.

Het Fonds zet in om zijn rol te vervullen, zowel voor de individuele aanvrager als de collectieve aanbevelingen.

Het Fonds zal in de toekomst ook inzetten om het publiek correct te informeren over de opdracht van het Fonds.

Mia Honinckx
Adviseur-generaal, directeur FMO

Deel 1

Opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen en organisatie



I. Opdrachten

De opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen (hierna Fonds) staan omschreven in artikel 8 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - BS 02.04.2010 (hierna wet medische ongevallen).

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

De praktijk leert ons dat de voornaamste opdracht waarmee het Fonds wordt geconfronteerd bestaat uit het verlenen van adviezen met betrekking tot individuele dossiers.

Hierna volgt een korte algemene beschrijving van elke taak waarmee het Fonds belast is, zoals bepaald in onderhavige wet.

1. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht

Het Fonds wordt verondersteld om volgende taken uit te voeren :

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

2. Preventie-, registratie- en rapporteringsopdracht

De preventiefunctie houdt in dat het Fonds alle gegevens betreffende de aanvragen dient te centraliseren, zodat het op verzoek van de bevoegde minister of op eigen initiatief adviezen kan uitbrengen over elke aangelegenheid die verband houdt met preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. De talrijke aanvragen tot vergoeding van medisch ongevallen geeft een interessant overzicht van wat er kan mislopen bij zorgverstrekkingen in België. Daaruit kunnen richtlijnen worden gepuurd in het kader van preventie.

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

Ten slotte dient er, zoals nu, jaarlijks een activiteitenverslag opgesteld en overgemaakt te worden aan de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt.

Dit verslag bevat onder meer de analyse van statistische en financiële gegevens, alsook aanbevelingen ter preventie van schade als gevolg van gezondheidszorg en ter verbetering van de vergoeding ervan, en bovendien eventueel een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het Fonds meent te moeten uitbrengen. Dit verslag bevat enkel anonieme gegevens en aldus geen persoonsgegevens.

II. Beheerscomité

1. Samenstelling

Het Fonds is een dienst binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna RIZIV) met eigen opdrachten en bevoegdheden, en op werking gecontroleerd door een beheerscomité.

Krachtens art. 137quater, § 2, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna GVVU-wet), is het beheerscomité van het Fonds als volgt samengesteld:

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

Overeenkomstig art. 137quater, § 3 van dezelfde wet bepaalt de Koning de wijze waarop de leden worden aangewezen. Die bepaling heeft aanleiding gegeven tot het opstellen van het KB van 25 april 2014 tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVVU-wet, en tot invoering van een hoofdstuk IVbis betreffende het Fonds voor de medische ongevallen (MB van 16 juni 2014, p. 45166 e.v.). De wijze waarop de leden worden aangewezen, wordt door dat hoofdstuk IVbis geregeld.

2. Bevoegdheden

De bevoegdheden van voormeld beheerscomité zijn gedefinieerd in art. 137quinquies van de GVV-wet.

Het **beheerscomité** van het Fonds:

- beheert samen met de dienst en zijn directeur de opdrachten, zoals bepaald in de wet medische ongevallen;
- stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals vastgesteld in de wet medische ongevallen bepaalde opdrachten;
- stelt aan het algemeen beheerscomité van het RIZIV de begroting van de administratiekosten van de dienst voor;
- verleent het algemeen beheerscomité van het RIZIV advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst;
- wordt door de directeur van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het beheerscomité heeft gedelegeerd;
- stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning (cf. KB tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het beheerscomité van het Fonds voor de medische ongevallen van 19 april 2014).

Het beheerscomité neemt in het algemeen strategische en/of organisatorische beslissingen. Het kan samen met de administratie aanbevelingen doen, dienstig voor het nemen van preventieve maatregelen en het voorkomen van medische ongevallen.

Binnen het beheerscomité is er tevens een werkgroep actief die zich voornamelijk buigt over algemene juridische vraagstukken die het Fonds aanbelangen. De besluiten en eventuele richtlijnen die hieruit voortvloeien worden aan het beheerscomité voorgelegd en worden opgenomen in het proces verbaal dat na elke bijeenkomst wordt opgemaakt door de administratie.

Vergaderingen van het Beheerscomité en de Werkgroep in 2018	
Beheerscomité	Werkgroep juridische aspecten
09-02-2018	03-07-2018
04-05-2018	12-10-2018
03-07-2018	
12-10-2018	
16-11-2018	
14-12-2018	

Deel 2

Organigram en structuur van het Fonds



I. Organigram

In 2018 heeft het beheerscomité van het Fonds, op voorstel van de administratie, een nieuw organigram goedgekeurd.

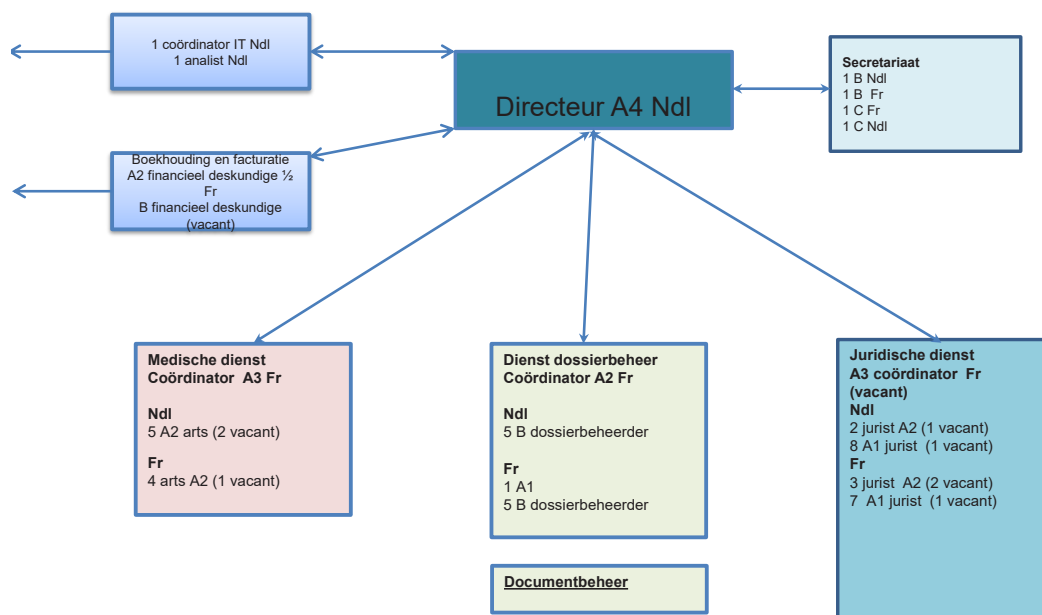
Dit organigram focust op :

- Centrale rol voor dossierbeheer
- Eenvormige behandeling
- Kwaliteit

Om dit te realiseren werd er geopteerd om nieuwe rollen te definiëren; medisch coördinator, juridisch coördinator en teamleider voor de dossierbeheerders.

In samenwerking met de HR dienst van het RIZIV werden deze functies ingevuld.

Het organigram ziet er als volgt uit (eind 2018):



II. Externe experts

Het is reeds gekend uit vorige jaarverslagen, dat het Fonds beroep kan doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te verkrijgen over specifieke medische aangelegenheden. Het Fonds doet daarnaast ook beroep op advocaten/juristen in het kader van geschillen en het verlenen van adviezen.

Sinds het ontstaan van het Fonds wordt er hard gewerkt aan het uitbouwen van een netwerk van externe experts. Deze experts worden volgens de principes en de bepalingen van de overheidsopdrachtenwetgeving aangesteld.

Op 3 september 2012 werden de eerste opdrachten gepubliceerd in het Bulletin der aanbestedingen, zowel voor de zorgverleners-experts, alsook voor advocaten/juristen voor een periode van 4 jaar (1 jaar verlenging inclusief). De gunning van de opdrachten voor de zorgverleners kon na een “onderhandelingsprocedure met bekendmaking” plaatsvinden in april 2013. Voor bepaalde vakgebieden waren er, ondanks voormelde opdracht en publicatie, nog tekorten aan zorgverleners-experts en werd er (aanvullend) een overheidsopdracht gelanceerd eind 2014 door middel van een “onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking”.

Intussen werd er in 2017 een nieuwe overeenkomst gesloten voor 4 jaar middels een “onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking”, voor zowel externe zorgverleners-experts artsen, als advocaten.

Indien er binnen een bepaald vakgebied of subspecialisatie geen expert beschikbaar is, die opgenomen is in de lijst van de overheidsopdrachten en wat ook in 2018 regelmatig het geval was, wordt er noodgedwongen gebruik gemaakt van éénmalige dienstenopdrachten/overeenkomsten.

III. Instrumenten/ICT-tools - ontwikkelingen

In 2018 werden een reeks belangrijke stappen gezet in het kader van het digitaliseren van de operationele processen. Er werd namelijk een verdere consolidatie gerealiseerd van de in 2017 opgeleverde technologische projecten, alsook de ingebruikname van een aantal nieuwe systemen.

- In het kader van het dossierbeheer, werden er dit jaar een groot aantal verbeteringen aangebracht aan de, in 2017 in gebruik genomen, Case Management oplossing DAMO (acroniem voor “Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen”). Er werd vooral vooruitgang geboekt om de functionaliteit van het systeem beter af te stemmen op de operationele noden van het Fonds en er werd tevens de nodige aandacht gegeven aan het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid en de performantie van de oplossing. Daarnaast werden er eveneens middelen geïnvesteerd in de optimalisatie van het gebruik van de transversale RIZIV IT systemen, zoals bijvoorbeeld IOC V2 (inkomende en uitgaande communicatie). De bovenstaande verbeteringen werden allemaal gerealiseerd in het kader van de fases 1 en 2 van het behandelingsproces. Alles wat na het advies komt (fase 3) is momenteel nog niet opgenomen in DAMO, maar is voorzien in de komende periode.
- Om aan de vereisten te voldoen van de, in mei 2018 in voege getreden, GDPR wetgeving, werd in de eerste helft van dat jaar de NIHDI Secure Box in gebruik genomen. Deze oplossing is gebaseerd op de TRESORIT technologie en laat ons toe om op een veilige en efficiënte manier documenten uit te wisselen met de betrokkenen in het kader van de medische expertises.

- Wat betreft de problematiek documentbeheer kunnen we de twee volgende acties noteren:
 - de contacten met de sector werden hernieuwd met als doel tot een oplossing te komen om ter analyse opgevraagde documenten op een gestructureerde manier te bekomen
 - als alternatief van bovenstaand punt werd een “Proof of Concept” project met gebruik van Artificiële Intelligentie opgestart. Dat project moest ons begin 2019 een idee geven of AI ons kan helpen de grote variaties van documenten automatisch te voorzien van metagegevens.
- Om de uitwisseling van medische beelden te faciliteren werd een project opgezet om een, voor het Fonds PACSONWEB server te installeren. Het systeem staat in technische productie maar wordt nog steeds niet systematisch gebruikt omdat er nogal wat problemen zijn opgedoken met de grote variaties in DICOM beelden en verslagen.
- Voor het opvolgen van dossiers waarvoor een juridisch geschil loopt werden verder inspanningen geleverd om EUNOM-E (het gemeenschappelijk platform van het RIZIV voor geschillen) in gebruik te nemen. Ondanks de nodige vertragingen door personeelsgebrek en het verduidelijken van de verantwoordelijkheden tussen de algemene juridische dienst van het RIZIV en het Fonds, kunnen we toch stellen dat het systeem in pre-productie is en een algemene ingebruikname nabij is.
- De nodige voorbereidingen en testen werden gedaan om begin 2019 naar Windows 10 & Office 2016 te kunnen migreren.

Deel 3

Activiteiten m.b.t. de opdrachten

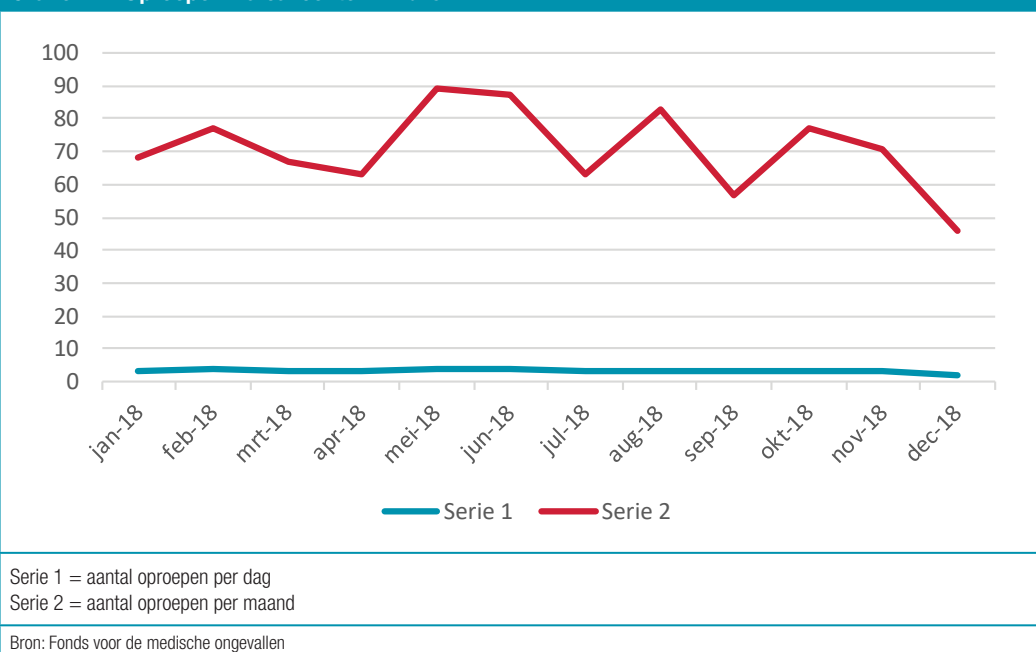


I. Administratieve opvolging en statistische vaststellingen

1. Callcenter

Sinds juni 2011 werd er een callcenter ingericht, om in eerste lijn vragen te beantwoorden van burgers. Hoewel de antwoorden over het algemeen terug te vinden zijn op de website van het Fonds blijft het nuttig om een optimale toegankelijkheid te garanderen. Op basis van vragen die in het verleden veelvuldig werden gesteld wordt de website aangepast. Anno 2018 zien we dan ook dat er per werkdag niet meer dan 4 oproepen zijn binnengekomen bij het callcenter. Het gemiddeld aantal oproepen per jaar daalt in vergelijking met 2017 en de voorgaande jaren. In 2018 zijn er in totaal 810 oproepen binnengekomen met een gemiddelde van 67 per maand, in 2017 waren er nog 996 oproepen. De verdeling van het aantal oproepen in 2018 per taalrol ziet er ongeveer als volgt uit: 53% Franstalige en dus 47% Nederlandstalige oproepen.

Grafiek 1 - Oproepen via callcenter in 2018



2. Totaal aantal inkomende, open en gesloten dossiers per taalrol anno 2018 en sinds de oprichting van het Fonds

In 2018 werden er bij het Fonds **486** dossiers ingediend. Sinds de oprichting bedraagt het totaal aantal ingediende dossiers **4759**.

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

Een open dossier is een dossier dat bij het Fonds is ingediend en er nog altijd in onderzoek is. Het kan zich dus in fase 1 (bepaling van de ontvankelijkheid), fase 2 (ontvangen en opvragen van documenten, juridisch en medisch onderzoek, expertise...) of in fase 3 bevinden (berekenen en/of uitkeren van een vergoeding, onderzoek van een vergoeding door de aansprakelijkheid in geval van aansprakelijkheid boven de ernstgraad).

Een gesloten dossier daarentegen is een dossier dat niet meer wordt behandeld, en dit om verschillende redenen: het heeft aanleiding gegeven tot een vergoeding die door alle partijen is aanvaard, het is administratief onontvankelijk verklaard, enz.

In tabel 1 en 2 vindt u de taalkundige verdeling van de dossiers en hun algemene status (totaal aantal inkomende, open en gesloten dossiers per taalrol), enerzijds enkel voor het jaar 2018 en anderzijds voor de hele periode sinds de oprichting van het Fonds. Op te merken valt dat er in 2018 opnieuw ongeveer evenveel Franstalige dossiers als Nederlandstalige dossiers zijn ingediend, terwijl in 2017 opmerkelijk meer Nederlandstalige dossiers hun weg vonden naar het Fonds.

Tabel 1 - Dossierverdeling per taalrol ingediend in 2018 en hun algemene status

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	FR	NL	
Gesloten	0	11	13	24
Open	4	229	229	462
Totaal	4	240	242	486

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 2 - Dossierverdeling per taalrol voor 2018



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

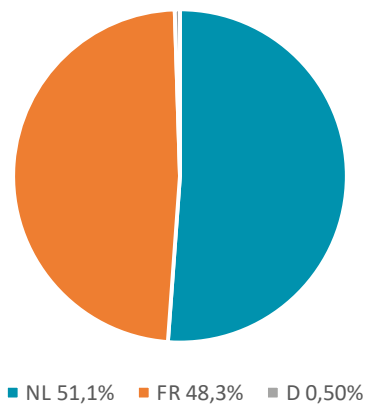
Tabel 2 - Dossieverdeling per taalrol sinds oprichting Fonds en hun algemene status

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Gesloten	2	903	1320	2225
Open	22	1356	1052	2430
Geschillen (= hangende)	0	41	63	104
Totaal	24	2300	2435	4759

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Voor alle dossiers, ingediend sinds de oprichting van het Fonds ziet de situatie eruit als volgt: 48 % van de dossiers is afgesloten, 52% is nog open. De meeste dossiers bevinden zich dus nog in een actieve fase.

Per taalrol is er een licht verschil in deze verhoudingen op te merken, eind 2018 was 41% van de Franstalige dossiers gesloten en 59% van de Nederlandstalige dossiers, 59% van de Franstalige dossiers is dus nog in een actieve fase, naast 41% van de Nederlandstalige dossiers.

Grafiek 3 - Dossieverdeling per taalrol sinds de oprichting

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

3. Het aantal ontvangen dossiers per maand en per taalrol

Tabel 3 - Aantal ontvangen dossiers per maand													
Jaar	Maand												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Totaal
2010					2		1		2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	73	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
2018	53	58	44	43	48	40	31	49	32	48	19	21	486
TOTAAL	507	405	389	359	377	372	317	317	473	469	436	338	4759
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen													

Inzake tabel 3 is het van belang te weten dat, overeenkomstig het KB van 25 augustus 2012 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding¹, de wet medische ongevallen pas sinds 1 september 2012 volledig² in werking is getreden. Het verklaart meteen ook waarom er van april 2010 tot augustus 2012 weinig dossiers werden ingediend, terwijl sinds september 2012 (na de persconferentie) en de maanden daarna, alsook in 2013 het aantal ingediende dossier de hoogte in schoot. Vanaf 2014 neemt het aantal aanvragen, zoals werd verwacht, geleidelijk af tot een 40-tal dossiers per maand.

1. Koninklijk besluit tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en van de wet van 2 juni 2010 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

2. Art. 1 van voormeld KB bepaald : "Treden in werking op 1 september 2012 : Artikelen 2 tot 5, 8 en 12 tot 32 van de wet van 31 maart 2010...

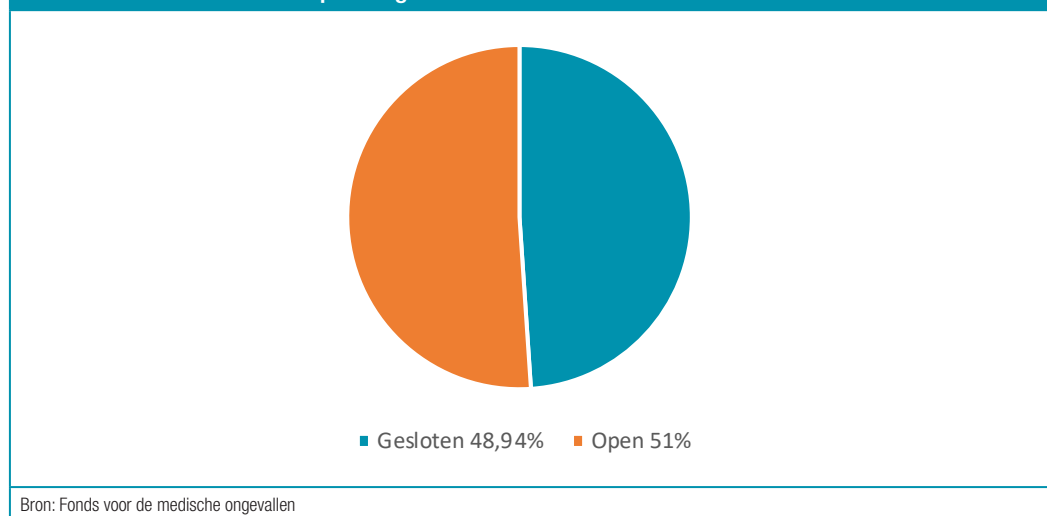
4. Status van alle dossiers sinds de oprichting van het Fonds

Tabel 4 - Status van de dossiers per jaar waarin het dossier werd ingediend

Jaar	Status			
	Gesloten: geschillen inbegrepen	Open	Totaal	% gesloten
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	429	34	463	93%
2013	905	190	1.095	83%
2014	560	364	924	61%
2015	201	432	633	32%
2016	86	518	604	14%
2017	77	430	507	15%
2018	24	462	486	5%
TOTAAL	2329	2.430	4759	49%

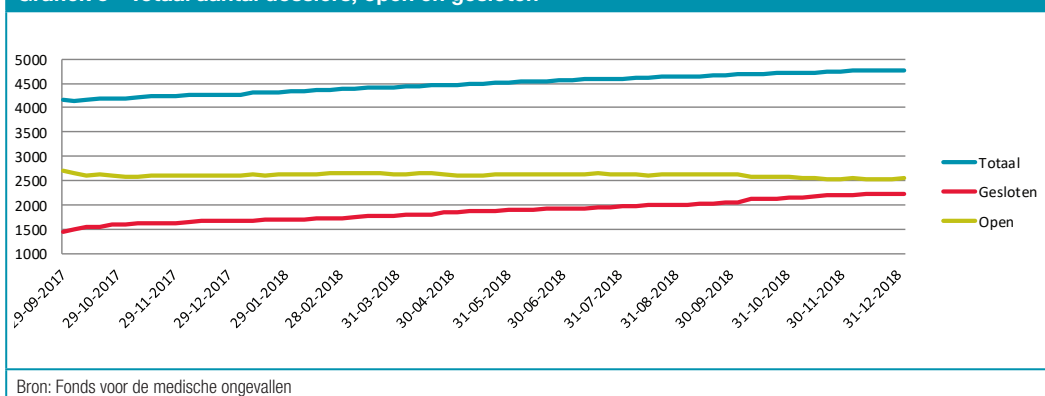
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 4 - Het totaal aantal open en gesloten dossiers sinds 2010



De verdeling voor het totaal aantal ingediende dossiers sinds de oprichting van het Fonds ziet er als volgt uit : 48,9% gesloten dossiers, tegenover 51% open dossiers. In vergelijking met de cijfers van 2017 valt er een verbetering op te merken m.b.t. de gesloten dossiers van 7,94%-punt. Eind 2017 was er namelijk sprake van 41% gesloten dossiers. De gestage daling van het totaal aantal open dossiers valt ook duidelijk af te leiden uit onderstaande grafiek en is een trend die zich verder zet door de maatregelen die reeds genomen zijn, zoals het versneld afwikkelen van dossiers die zich daartoe lenen (cf. infra).

Grafiek 5 - Totaal aantal dossiers, open en gesloten



5. Aantal geopende dossiers per jaar

Op te merken valt dat alle ontvangen dossiers zoals weergegeven in tabel 5 in hetzelfde jaar en zelfs in de eerste weken na ontvangst zijn geopend. Iedere aanvrager krijgt na het registreren vrijwel onmiddellijk een ontvangstbevestiging van de aanvraag.

6. Verdeling per fase van de geopende dossiers tot en met de vergoeding

Tabel 5 - Verdeling per fase van de geopende dossiers

Jaar	Fases						
	Fase 1 Initieel	Fase 2 Onderzoek	Fase 3 Voorstel	Algemeen totaal	%	%	%
					Fase 1	Fase 2	Fase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	17	17	34	0,0%	50,00%	50,00%
2013	1	147	42	190	0,53%	77,37%	22,11%
2014	2	324	38	364	0,55%	89,01%	10,44%
2015	5	414	13	432	1,16%	95,83%	3,01%
2016	12	504	2	518	2,32%	97,30%	0,39%
2017	8	422	0	430	1,86%	98,14%	0,00%
2018	90	371	1	462	19,48%	80,30%	0,22%
TOTAAL	118	2.199	113	2.430	4,86%	90,49%	4,65%

- Fase 1 is de initiële fase en behelst het onderzoek naar de administratieve ontvankelijkheid.
- Fase 2 behelst de medisch-juridische analyse ten gronde met al dan niet een externe expertise en eindigt met een finaal gemotiveerd advies.
- Fase 3 betreft de fase waarin desgevallend een vergoedingsvoorstel wordt geformuleerd en behelst tevens een langdurige opvolging in geval van een rente.

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

De dossiers m.b.t. tot de jaren vóór 2018, en die zich nog steeds in fase 1 bevinden, zijn veelal dossiers die heropend zijn of recentere dossiers waarbij het vergaren van informatie moeizaam verloopt, zoals wanneer een aanvrager in het buitenland woont of wanneer er nazorg heeft plaatsgevonden in het buitenland, zodat ook medische stukken dienen opgevraagd te worden over de landsgrenzen heen. Ook dossiers ingediend eind 2018 bevinden zich uiteraard nog in de initiële fase (cf. tabel 5).

Het is duidelijk dat het merendeel van de dossiers zich in fase 2 bevinden, wat een logisch gevolg is van het feit dat de procedure in dit stadium het meeste tijd in beslag neemt. Zoals in het activiteitenverslag van 2017 probeert het Fonds in overleg met het beheerscomité eenvoudige dossiers versneld af te werken.

Dossiers met een zware schade en/of zware emotionele belasting, zoals het overlijden van een kind, worden met prioriteit behandeld. Het spreekt voor zich dat dit vaak zeer ingewikkelde dossiers zijn die veel expertise vereisen. Voor alle andere dossiers geldt nog steeds het principe first in first out.

7. Trend aangaande de onontvankelijke dossiers

Een niet onbelangrijk aantal dossiers kunnen reeds in een vroeg stadium van de procedure afgesloten worden, onder meer op grond van de artikelen 2, 3 en 12 van de wet medische ongevallen. Ze vallen dan buiten het toepassingsgebied van de wet en zijn dus onontvankelijk. Overeenkomstig de statistieken gaat het om 12,2% van het totaal aantal geopende dossiers.

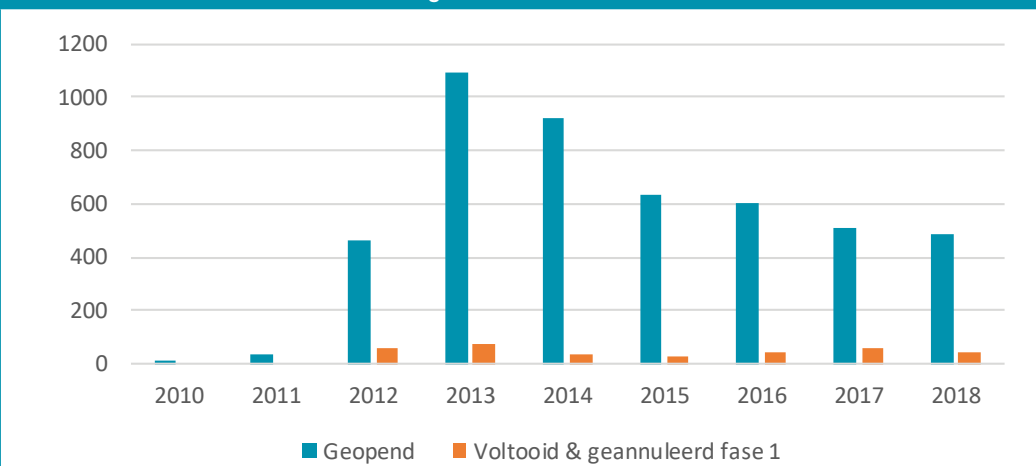
a. Dossiers in fase 1

In het eerste deel van de procedure zal het Fonds op basis van de aanvraagbrief en in voorkomend geval via bijkomende informatie onderzoeken of de aanvraag ontvankelijk is. De aanvragen die heden (en sinds 2015) onontvankelijk blijken in een eerste fase van de procedure zijn voornamelijk dossiers waar de verjaring is ingetreden, zoals bepaald in onderhavige wet of die m.a.w. niet tijdig zijn ingediend. Terwijl in de beginperiode van het Fonds de administratieve onontvankelijkheid logischerwijze veelal betrekking had op het feit dat het medisch ongeval zich had voorgedaan vóór de inwerkingtreding van onderhavige wet, en het Fonds aldus niet bevoegd was om de aanvraag te onderzoeken.

Tabel 6 - Het totaal aantal voltooide en geannuleerde³ dossiers in fase 1 sinds 2010

Jaar van afsluiting	Geopend	Voltoid en geannuleerd Fase 1
2010	11	
2011	36	
2012	463	58
2013	1095	72
2014	924	35
2015	633	29
2016	606	42
2017	507	61
2018	486	41
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

3. i.e. onder meer dossiers waarbij de aanvragers of nabestaanden aan de procedure verzaken of de procedure wensen stop te zetten.

Grafiek 6 - Het totaal aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 1 sinds 2010

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

b. Dossiers in fase 2

Doorheen de jaren en dus ook in 2018 zien we een stijging van het aantal dossiers die in een tweede fase van de procedure onontvankelijk blijken of afgesloten worden omdat ze niet onder het toepassingsgebied vallen van onderhavige wet. Het gaat dan niet enkel over uitsluitingsgronden, zoals een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel⁴ of een zorgverstrekking in het kader van een experiment, bepaald in art. 3 van de wet medische ongevallen, doch ook over aanvragen waar kennelijk geen schade in verband gebracht kan worden met enige zorgverstrekking of een zorgverlener in de zin van voormelde wet.

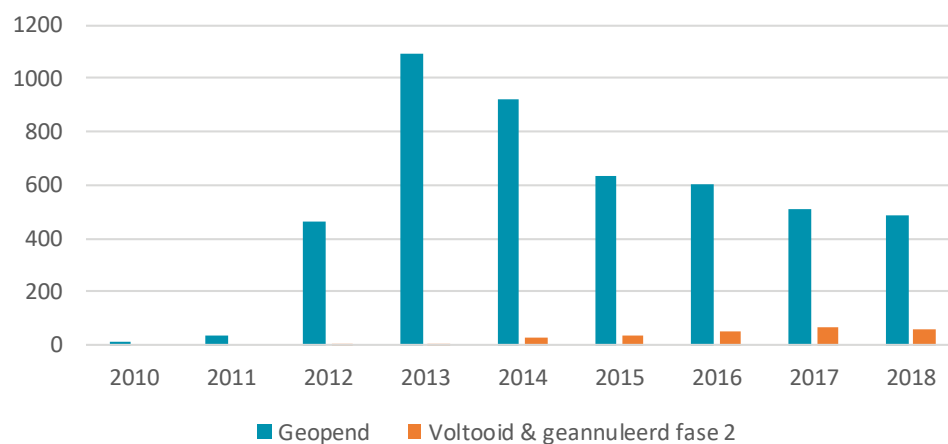
Tabel 7 - Het aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 2 sinds 2010

Jaar van afsluiting	Geopend	Voltooid en geannuleerd Fase 2
2010	11	
2011	36	
2012	463	2
2013	1095	3
2014	924	27
2015	633	34
2016	606	53
2017	507	70
2018	486	60

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

4. i.e. "een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994"(overeenkomstig art. 3, §2, 2° van de wet van 31 maart 2010). Wanneer de verstrekking terugbetaalbaar is én tevens schade tot gevolg heeft, ressorteert het onder het toepassingsgebied van de wet medische ongevallen. Sommige esthetische ingrepen hebben immers ook een therapeutisch of herstellend effect en zijn medisch verantwoord.

Grafiek 7 - Het totaal aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 2 sinds 2010



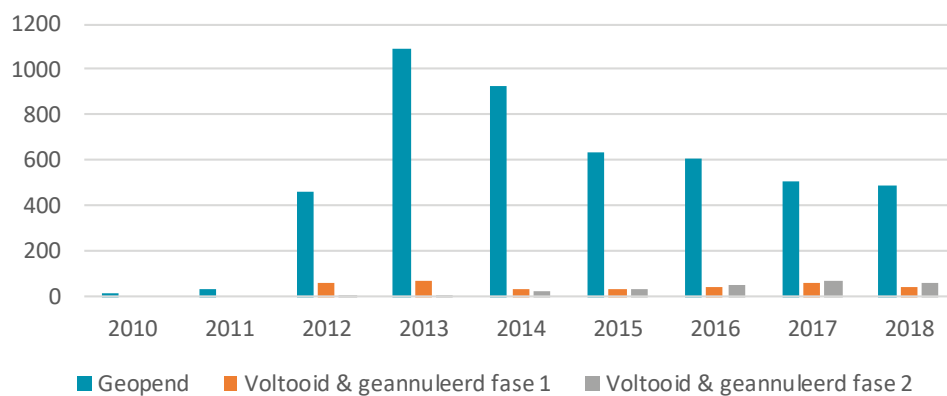
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Tabel 8 - Het totaal aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 1 en fase 2 sinds 2010

Jaar van afsluiting	Geopend	Voltooid en geannuleerd ³ Fase 1	Voltooid en geannuleerd Fase 2
2010	11		
2011	36		
2012	463	58	2
2013	1095	72	3
2014	924	35	27
2015	633	29	34
2016	606	42	53
2017	507	61	70
2018	486	41	60

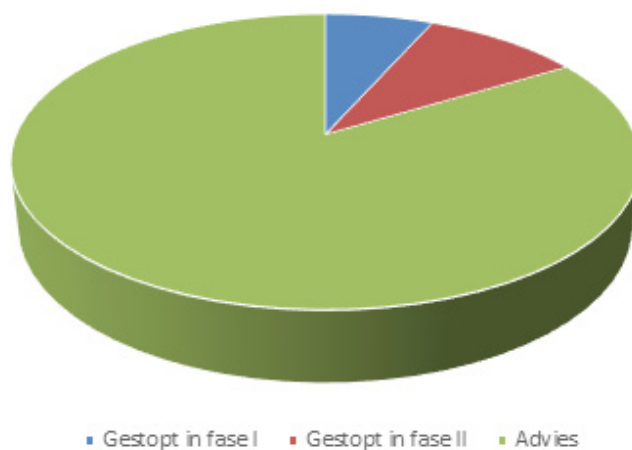
Bron : Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 8 - Het totaal aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 1 en fase 2 sinds 2010



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 9 - Verdeling van alle beëindigde dossiers in 2018 tot en met het advies



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

8. Adviezen

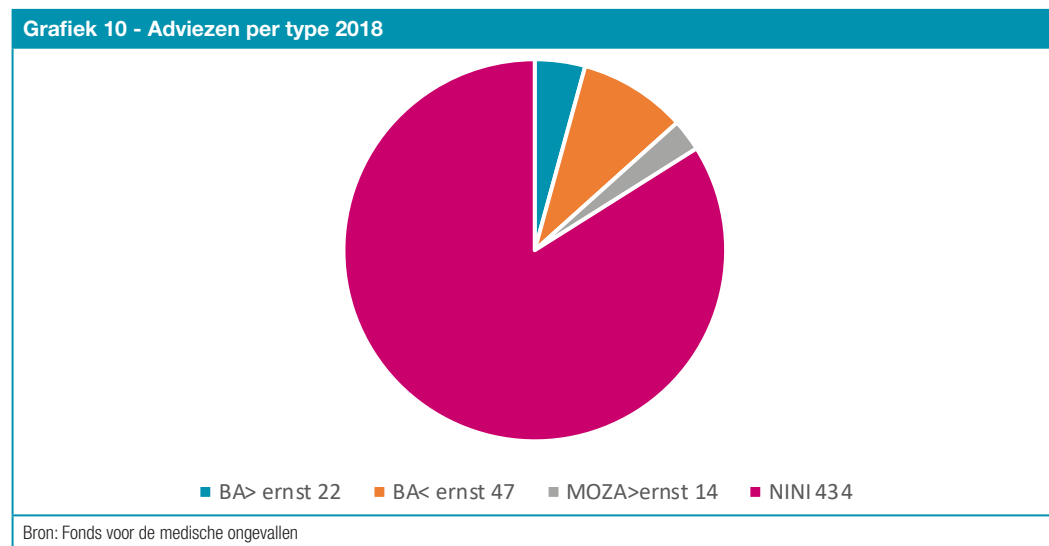
Indien het dossier niet afgesloten wordt of stopt in fase 1 of 2, zal het Fonds na een grondige medische analyse, en eventueel een externe expertise en medico-legaal overleg een advies geven.

Er kunnen verschillende types adviezen onderscheiden worden : burgerlijke aansprakelijkheid (BA) van de zorgverlener boven of onder de ernst (eventueel vergoedbaar door het Fonds⁵); een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA) boven de ernst (vergoedbaar door het Fonds); alle adviezen waar noch aansprakelijkheid van een zorgverlener, noch een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid wordt weerhouden (NINI).

Het totaal aantal adviezen, afgewerkt in 2018, is gestegen in vergelijking met het totaal aantal afgewerkte adviezen in 2017, er werden namelijk 50 adviezen meer verzonden (cf. tabel 11).

a. Adviezen per type 2018

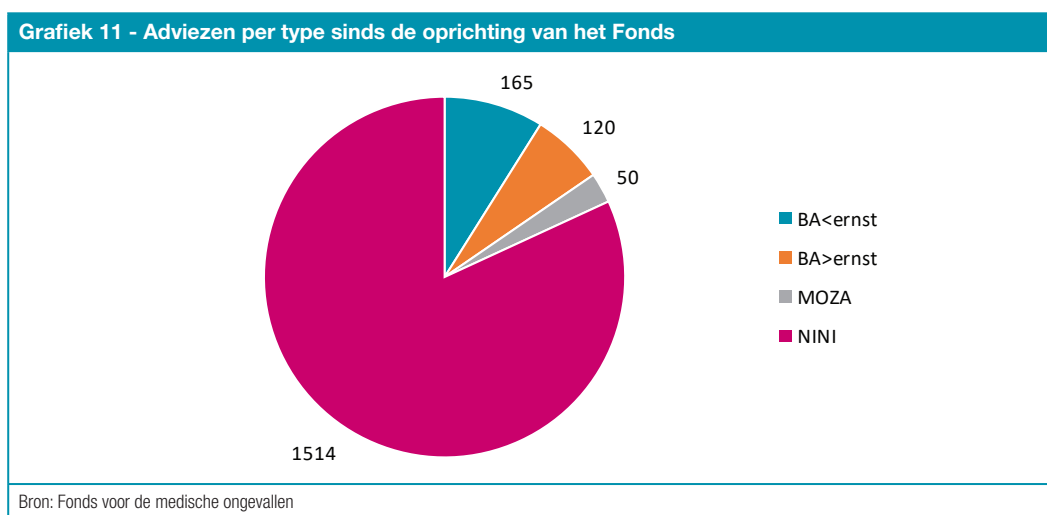
Tabel 9 : Adviezen per type 2018	
Totaal	517
Specifiek	
- MOZA met ernstgraad	14
- Aansprakelijkheid < ernst	47
- Aansprakelijkheid > ernst	22
Andere (NINI)	434
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen	



5. In geval van aansprakelijkheid zal het Fonds in zijn advies de verzekeraar van de zorgverlener verzoeken om een voorstel tot vergoeding te doen. Mogelijks betwist de verzekeraar het advies en de verzekeraar weigert te betalen. Het Fonds komt dan tussen. Voor een BA < ernst is er in principe geen vergoeding door het Fonds mogelijk is, tenzij in geval van een kennelijk ontoereikend voorstel of een zorgverlener wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt. In geval van een BA kan het Fonds na vergoeding het bedrag terugvorderen van de zorgverlener en/of zijn verzekeraar.

b. Adviezen per type sinds de oprichting van het Fonds

Tabel 10 - Adviezen per type sinds de oprichting van het Fonds	
Totaal	1849
Specifiek	
- MOZA met ernstgraad	50
- Aansprakelijkheid < ernst	165
- Aansprakelijkheid > ernst	120
Andere (NINI)	1514
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen	

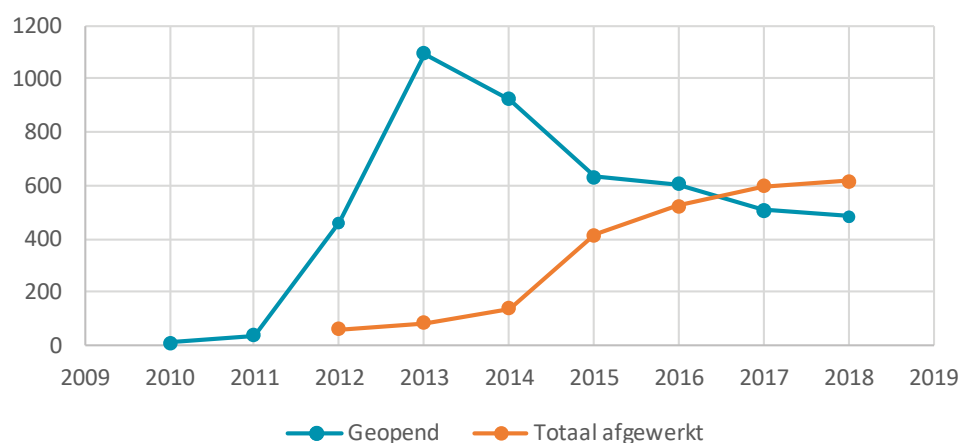


9. Meer dossiers “out dan in”

Indien we nu de optelsom maken van het aantal voltooide, geannuleerde en het aantal dossiers afgewerkt tot en met het finaal gemotiveerd advies stellen we vast dat de trendbreuk ingezet in 2017 wordt bevestigd in 2018. Er werden namelijk meer dossiers afgewerkt dan er werden geopend. Tot op heden zet deze trend zich verder, wat betekent dat de achterstand in het verwerken van dossiers stilaan kleiner wordt en dat er sneller adviezen worden verleend. Het betreft een positieve kentering, die door extra middelen en maatregelen (cf. actieplan) enkel nog kan verbeteren.

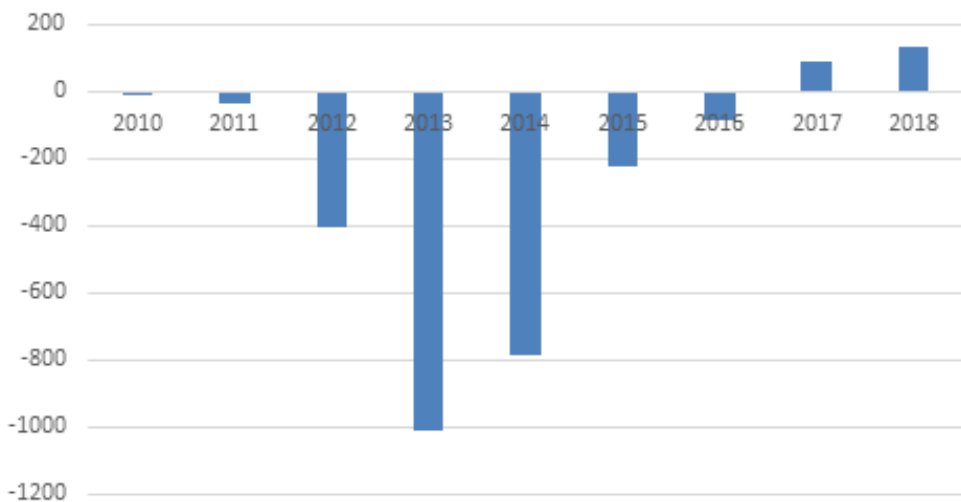
Tabel 11 - Het aantal dossiers afgewerkt tot en met het advies					
Jaar van afsluiting	Geopend	Voltoid en geannuleerd Fase 1	Voltoid en geannuleerd Fase 2	Adviezen	Totaal
2010	11				
2011	36				
2012	463	58	2		60
2013	1095	72	3	11	86
2014	924	35	27	75	137
2015	633	29	34	350	413
2016	606	42	53	429	524
2017	507	61	70	467	598
2018	486	41	60	517	618
Bron : Fonds voor de medische ongevallen					

Grafiek 12 - Meer dossiers “out dan in” trendbreuk bevestigd in 2018



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 13 - Saldo



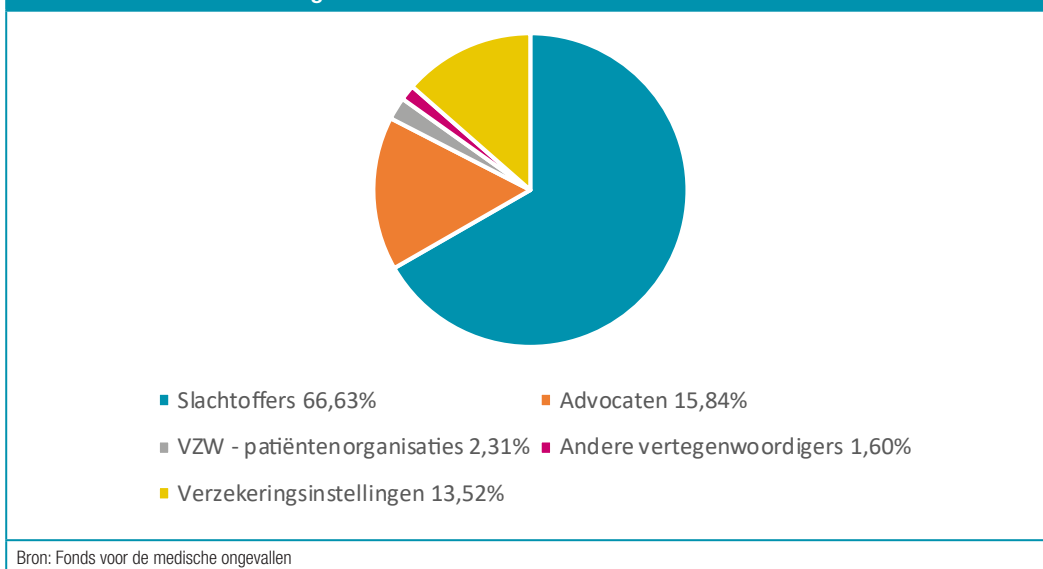
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

10. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag

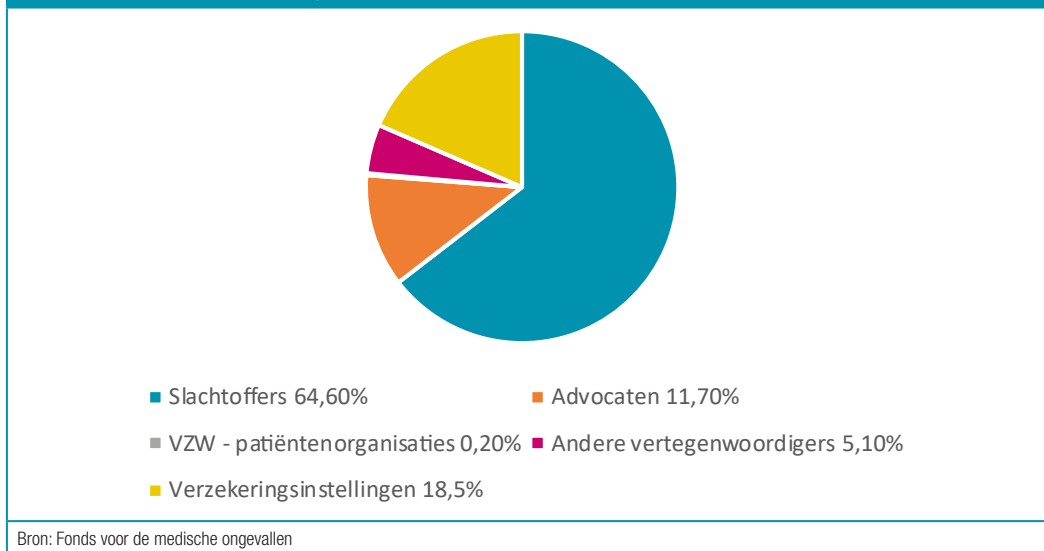
Uit onderstaande grafiek valt duidelijk af te leiden dat het merendeel van de aanvragen door het slachtoffer zelf worden ingediend. Zij kunnen hiervoor gemakkelijksheidshalve gebruik maken van het aanvraagformulier dat door het Fonds op vraag of via de website ter beschikking wordt gesteld. In een belangrijk aantal dossiers is te zien dat aanvragers bijstand vragen aan een advocaat of dat zij hun verzekeringsinstelling aanstellen als mandataris. In veel mindere mate doen slachtoffers beroep op patiëntenorganisaties of andere vertegenwoordigers. Het aandeel "andere" zijn de aanvragen die ingediend worden door de rechthebbenden, wettelijk vertegenwoordigers en de naasten van de patiënt.

De exacte percentages kan u hierna terugvinden.

Grafiek 14 - Indieners aanvragen 2017



Grafiek 15 - Indieners aanvragen 2018



II. Medische activiteiten en statistieken

Algemene beschouwingen

Voor het eerst is dit verslag gemaakt enkel op basis van de gegevens in DAMO. Zoals aangegeven in het verslag van 2017 werd er aandacht besteed aan mogelijke fouten bij de migratie vanuit het vorige systeem, die waar mogelijk werden gecorrigeerd.

1. De codering

De codering van de dossiers gebeurt, zoals weergegeven in de vorige jaarverslagen. Het Fonds maakt gebruik van een eigen codering/classificatiesysteem dat in de beginjaren werd ontwikkeld door de medisch coördinator. Deze weerslag is gebaseerd op de typering van de dossiers door de interne artsen, na de medische analyse ten gronde én na een medico-legaal overleg. Administratief onontvankelijke dossiers en dossiers die vóór dit medico-legaal overleg worden gestopt of afgesloten, zijn dus niet opgenomen in deze statistieken.

2. Statistieken

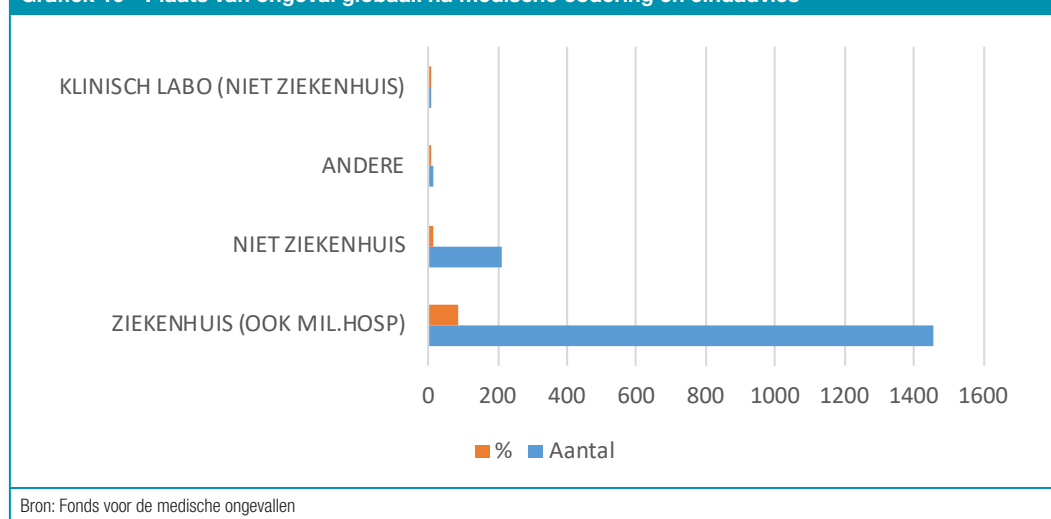
a. Plaats van het medisch ongeval

Uit tabel 8 valt af te leiden dat medische ongevallen in de meeste gevallen gebeurden in ziekenhuizen. Dit is doorheen de jaren een constante.

Tabel 12 - Plaats van ongeval globaal: na medische codering en eindadvies

	Aantal	%
Ziekenhuis (ook Mil.hosp)	1455	86,65
Niet Ziekenhuis ⁶	209	12,45
Andere ⁷	13	0,78
Klinisch labo (niet ziekenhuis)	2	0,12
TOTAAL	1679	100
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Grafiek 16 - Plaats van ongeval globaal: na medische codering en eindadvies



6. Zoals privépraktijken, WZC-RVT, polikliniek.

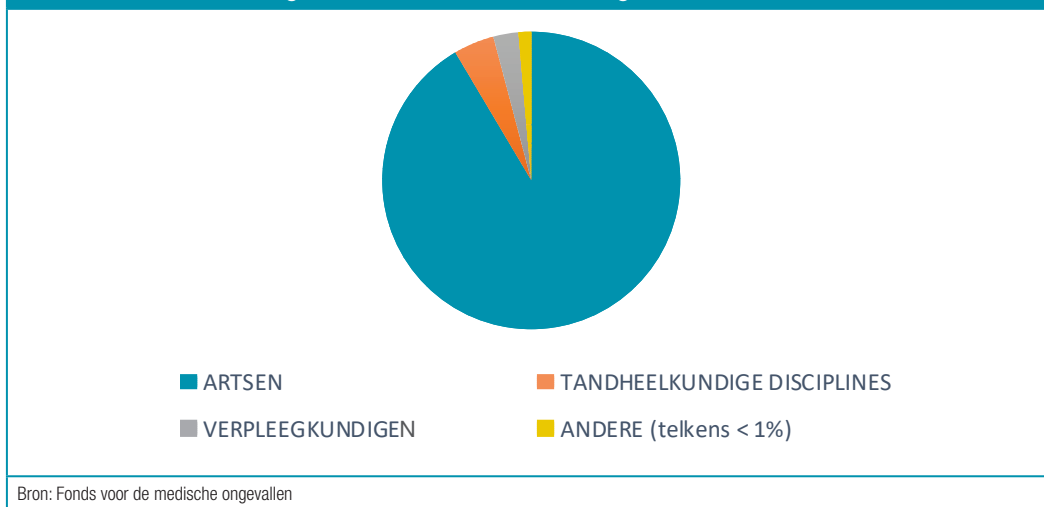
7. Zoals tandartspraktijken, instellingen preventieve geneeskunde.

b. Betrokken zorgverleners – algemeen en volgens specialisatie

Op basis van cijfers in tabel 13, stellen we vast dat de betrokken zorgverleners in ongeveer 9 op de 10 gevallen artsen zijn. Zij worden gevolgd door de tandheekkundigen en verpleegkundigen.

Tabel 13 - Betrokken zorgverleners : na medische codering en eindadvies		
	Aantal	%
artsen	1536	91,48%
tandheelkundige disciplines	74	4,41%
verpleegkundigen	46	2,74%
andere ⁸ (telkens < 1%)	23	1,38%
TOTAAL	1679	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Grafiek 17 - Betrokken zorgverleners: na medische codering en eindadvies



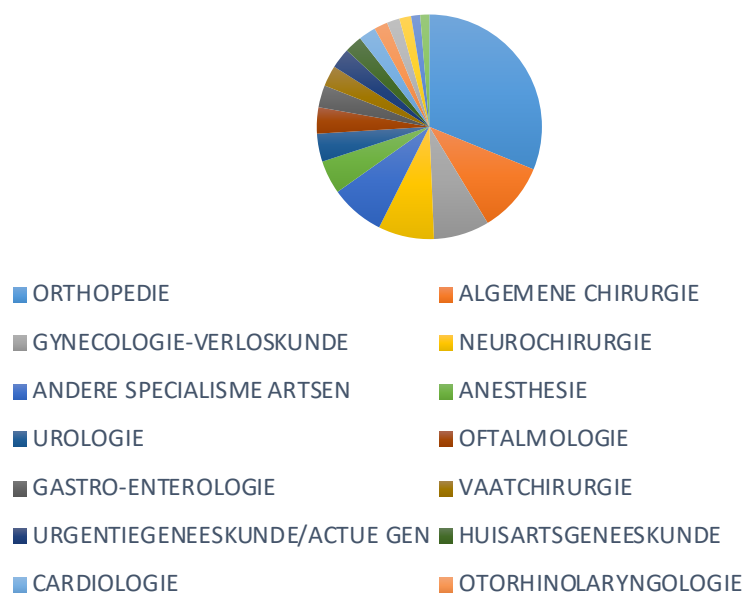
De groep artsen wordt verder geanalyseerd. Dit leert dat de grootste groep artsen betrokken bij een medisch ongeval behoren tot de snijdende disciplines, voornamelijk orthopedisten, gevolgd door algemene chirurgen. Dezelfde verdeling werd ook in de voorbije jaren teruggevonden.

8. Zoals kinesisten, paramedische beroepen (andere dan verpleegkundigen).

Tabel 14 – artsen per specialiteit na codering en eindadvies

Artsen	Aantal	%
Orthopedie	479	31,18
Algemene chirurgie	156	10,16
Gynecologie-verloskunde	123	8,01
Neurochirurgie	123	8,01
Anesthesie	74	4,82
Urologie	62	4,04
Oftalmologie	58	3,78
Gastro-enterologie	49	3,19
Vaatchirurgie	46	2,99
Urgentiegeneeskunde	45	2,93
Huisartsgeneeskunde	39	2,54
Cardiologie	38	2,47
Otorhinolaryngologie	30	1,95
Plastische chirurgie	28	1,82
Radiologie	26	1,69
Maxillofaciale en stomatologie	20	1,30
Cardiochirurgie	20	1,30
Andere specialiteiten (<1%)	120	7,81
TOTAAL	1536	100

Grafiek 18 - Artsen per specialisme na codering en eindadvies



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

c. Letsels die rechtstreeks veroorzaakt zijn door het medisch ongeval

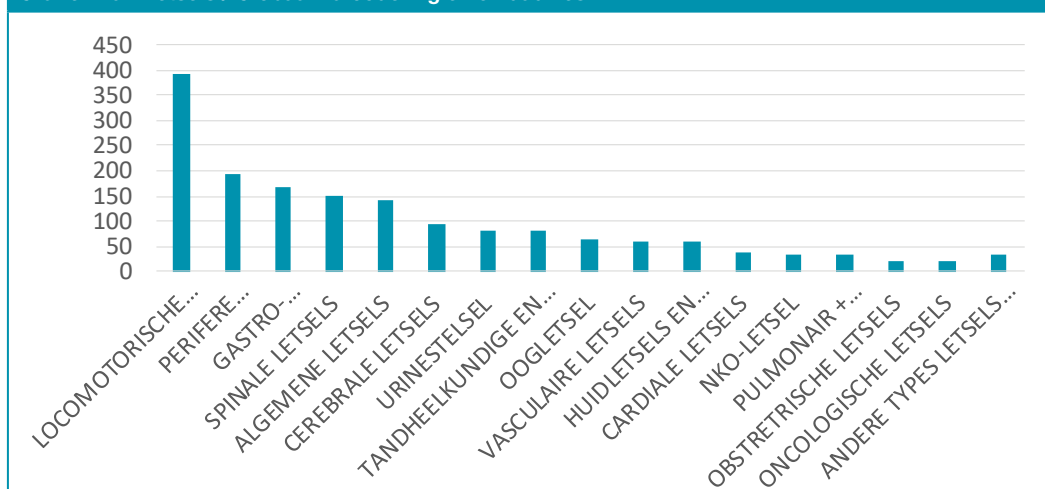
Letsels zijn de letsels die door de zorgverstrekking rechtstreeks veroorzaakt worden. Deze kunnen de oorzaak zijn van de uiteindelijk overblijvende letsels (invaliditeit), dus de sequelen; maar dit is niet steeds het geval: bv. beschadiging van de urineleider bij een operatie is het letsel, maar dit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

Volledig in lijn met de vaststelling dat de grootste groep zorgverleners betrokken bij een medisch ongeval specialisten in de orthopedie zijn, situeren de meeste letsels zich ter hoogte van de ledematen. Ook voor deze gegevens worden de vaststellingen uit het verleden bevestigd.

Tabel 15 - Letsels / Globaal : na medische codering en eindadvies

	Aantal	%
locomotorische letsels(BL en OL)	392	23,36%
perifere neurologische letsels	195	11,61%
gastro-intestinaal+abdominale organen en wand	166	9,89%
spinale letsels	150	8,93%
algemene letsels	143	8,52%
cerebrale letsels	96	5,72%
urinestelsel	83	4,94%
tandheelkundige en maxillo-faciale letsels	81	4,82%
vasculaire letsels	61	3,63%
oogletsel	63	3,75%
huidletsels en plastisch chirurgische letsels	61	3,63%
cardiale letsels	40	2,38%
NKO-letsel	33	1,97%
pulmonair + thoraxwand en mediastinum	32	1,91%
obstetrische letsels	22	1,31%
oncologische letsels	19	1,13%
andere types letsels (telkens < 1%)	34	2,02%
TOTAAL	1679	100%

Grafiek 19 - Letsels / Globaal na codering en eindadvies



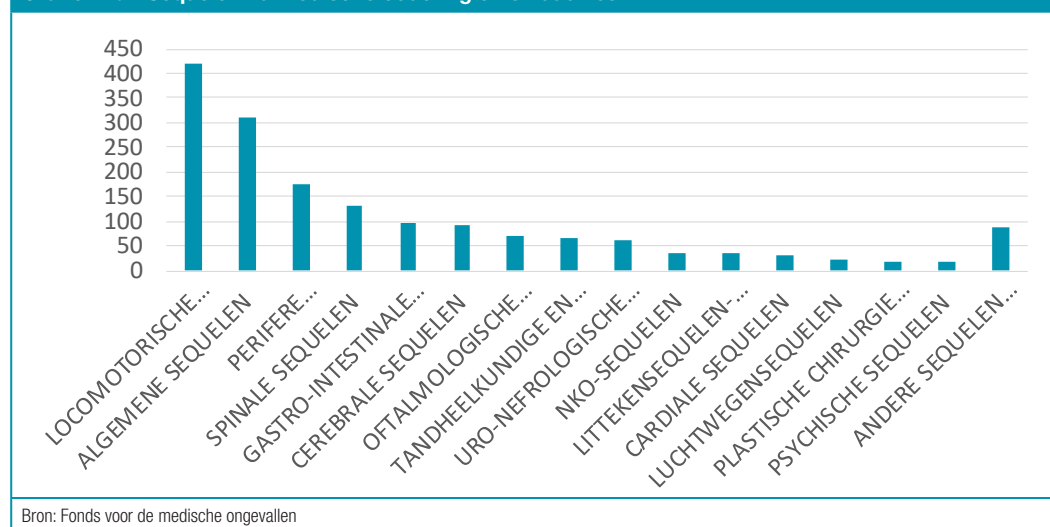
Bron: Fonds voor de medische ongevallen

d. Sequelen of de uiteindelijke letsels als gevolg van het medisch ongeval

Tabel 16 - Sequelen na medische codering en eindadvies

	Aantal	%
locomotorische sequelen	421	25,07%
algemene sequelen	311	18,52%
perifere neurologische sequelen	176	10,48%
spinale sequelen	133	7,92%
gastro-intestinale sequelen	98	5,84%
cerebrale sequelen	93	5,54%
oftalmologische sequelen	69	4,11%
tandheelkundige en maxillofaciale sequelen	67	3,99%
uro-nefrologische sequelen	61	3,63%
NKO-sequelen	37	2,2%
littekensequelen -oppervlakkige infecties	36	2,14%
cardiale sequelen	30	1,79%
luchtwegensequelen	24	1,43%
plastische chirurgie sequelen	19	1,13%
psychische sequelen	18	1,07%
Andere (telkens < 1%) ⁹	86	5,14%
TOTAAL	1679	100%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Grafiek 20 - Sequelen na medische codering en eindadvies



9. i.e. onder andere vertraagde zwaardere behandeling, cachexie, shock, recidiverende infecties,...

III. Juridische activiteiten, opvolging en statistieken

1. Schadevergoedingen sinds de oprichting van het Fonds

Wanneer het Fonds besluit dat er aanleiding is tot vergoeden, moet ofwel de verzekeraar een vergoedingsvoorstel overmaken aan de aanvrager op verzoek van het Fonds in geval van een burgerlijke aansprakelijkheid (BA), ofwel het Fonds zelf in geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA) boven de ernst. Het Fonds komt ook tussen, indien de verzekeraar de BA boven de ernst betwist of indien er sprake is van een “kennelijk ontoereikend voorstel” en wanneer het gaat om een zorgverlener die aansprakelijk wordt gesteld, maar wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt.

In dit onderdeel komen de specifieke gevallen aan bod waarin het Fonds zelf een vergoedingsvoorstel kan formuleren en tot een uitbetaling dient over te gaan.

Uit grafiek 10 inzake de adviezen per type (zie supra) is duidelijk af te leiden, dat eind december 2018 in totaal ongeveer 170 aanvragers in aanmerking zouden kunnen komen voor een schadevergoeding door het Fonds.

Op te merken valt dat één dossier meerdere schadevergoedingen kan genereren. Het is verder van belang te weten dat ongeveer 10% van de 120 dossiers, met als besluit aansprakelijkheid met ernst, niet werd betwist door de verzekeraar, en dat de verzekeraar is overgegaan tot het vergoeden van het slachtoffer, nadat het Fonds verzocht heeft om een voorstel tot vergoeding te doen ten gunste van de aanvrager.

In 38 van de 50 dossiers “**vergoedbare MOZA**” is er een betaling uitgevoerd door het Fonds voor een bedrag van **6.396.273,2 EUR**. In de meeste gevallen wordt een schadevergoeding in de vorm van een kapitaal uitgekeerd, uitzonderlijk wordt een schadevergoeding als (geïndexeerde) rente uitbetaald.

Wanneer het Fonds moet overgaan tot betaling en het berekenen en/of het verzamelen van de stukken moeilijk blijkt, betaalt het Fonds voorschotten, teneinde het slachtoffer sneller te kunnen helpen.

In 63 dossiers met als besluit “**BA met ernst**” heeft het Fonds uitbetalingen uitgevoerd voor een **totaal** bedrag van **9.814.848,39 EUR**.

In 3 dossiers was er sprake van een “**kennelijk ontoereikend voorstel**” door de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de betrokken zorgverleners en werd er door het Fonds in **totaal** een bedrag van **268.097,48 EUR vergoed**. In 2 dossiers ging het om een aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke “**aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt**” en heeft het Fonds in **totaal 114.042,73 EUR** uitbetaald. In deze 5 dossiers speelt de ernstgraad geen rol. Het gaat weliswaar om een heel klein percentage dossiers, nl. 0,27%.

U vindt verder in het verslag in tabel 26 en tabel 27 het aantal uitbetaalde vergoedingen en de uitbetalingen van de rentes per jaar en sinds de oprichting van het Fonds onder deel 4, het “Financieel beheer en omkadering”.

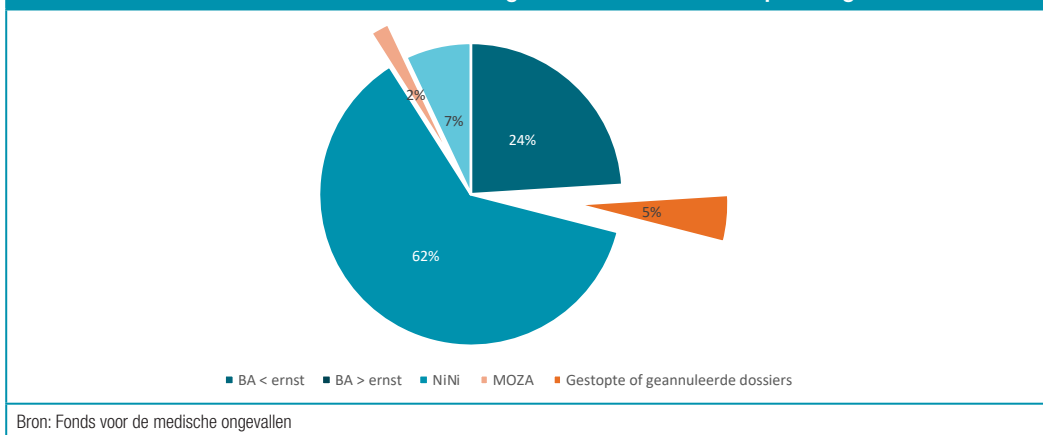
Het Fonds wijst erop, dat een aanvraag indienen niet automatisch een garantie is tot het verkrijgen van een vergoeding.

Zoals eerder reeds vermeld werden er eind 2018 in totaal 4759 dossiers ingediend. Op basis van de afgewerkte dossiers werden 587 dossiers beëindigd voor het stadium advies en werden er 1849 dossiers afgewerkt met een advies.

Uit onderstaande grafiek kan u afleiden dat er van het totaal aantal afgewerkte adviezen ongeveer 7% in aanmerking komen voor een vergoeding door het Fonds. Het betreft 50 dossiers (of 2%) met als besluit MOZA > de ernst, die in ieder geval vergoed worden door het Fonds en 120 dossiers (of 5%) waarbij de aansprakelijkheid boven de ernst mogelijks wordt betwist door de verzekeraar en de verzekeraar weigert te betalen. Voor de volledigheid wijst het Fonds erop dat er voor een BA < ernst in principe geen vergoeding door het Fonds mogelijk is, tenzij in bepaalde gevallen zoals hoger vermeld (een kennelijk ontoereikend voorstel of een zorgverlener wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt). In geval van een BA kan het Fonds na vergoeding het bedrag terugvorderen van de zorgverlener en/of zijn verzekeraar.

In de andere gevallen is er nooit een vergoeding mogelijk.

Grafiek 21 - Aantal adviezen en dossiers beëindigd voor advies sinds de oprichting van het Fonds



2. Geschillen (tot eind 2018)

Sinds haar opstart tot en met het einde van 2018, was het Fonds betrokken bij 135 gerechtelijke geschillen, zowel Nederlands- als Franstalige. Het gaat voornamelijk om twee categorieën van geschillen.

Voor wat betreft de eerste categorie (a.) treedt het Fonds op als eiser door de uitoefening van haar subrogatierecht (artikel 28 van de wet) met het oog op het terugvorderen van de vergoeding, die werd gestort aan het slachtoffer op grond van artikel 4, 3° van de wet, ten aanzien van de aansprakelijke zorgverlener en/of zijn verzekeraar.

Voor wat betreft de tweede categorie (b.) treedt het Fonds op als verweerder in het kader van een vordering bedoeld in artikel 23, § 2 van de wet. Het gaat in dit geval om de hypothese waarbij het Fonds in haar advies niet besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1° (vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid) of 4,2° (niet of onvoldoende dekking door een verzekeringsovereenkomst).

In deze tweede categorie van geschillen, kan het Fonds alleen aan de oorzaak van het geschil liggen, in de veronderstelling dat enkel een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid wordt gevorderd, of kan het naast de zorgverlener en/of zijn verzekeraar gedagvaard worden, in de veronderstelling dat de aanvrager in ondergeschikte orde aan de erkenning van een aansprakelijkheid in hoofde van de zorgverlener, een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zou vorderen.

Een van de 50 (Franstalige) geschillen kan niet worden ondergebracht in één van boven vernoemde categorieën daar het een conflict betreft tussen enerzijds het Fonds, en anderzijds een verpleeginrichting en haar aansprakelijkheidsverzekeraar.

Tot eind 2018 werd geen enkele vordering bij de Franstalige rechtbanken ingesteld tegen het Fonds op basis van artikel 27 van de wet, meer bepaald met betrekking tot de gerechtelijke betwisting van een vergoedingsvoorstel door het Fonds.

Naar aanleiding van een beslissing in eerste aanleg op 18.4.2016 werden aan het grondwettelijk hof twee prejudiciële vragen gesteld in het kader van een vordering tegen het Fonds krachtens artikel 23, § 2 van de wet van 31 maart 2010. Die vragen hebben geleid tot een arrest dat werd uitgesproken op 30.11.2017 (c.).

a. Het Fonds als eiser

Tabel 17- Subrogatoire vorderingen van het Fonds

Jaar	Procedures ingediend door het Fonds		Aantal beslissingen in eerste aanleg		Aantal beslissingen in graad van beroep	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2014		1				
2015	2	0	0	0	0	0
2016	4	14	1	7	0	0
2017	7	9	2	5	0	0
2018	4	11	5	1	1	0
Total	17	35	8	13	1	0
	52		21		1	

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Het Fonds heeft 52 procedures ingediend bij de Nederlandstalige en Franstalige rechtbanken in het kader van zijn subrogatoire vordering tegen de zorgverlener en zijn verzekeraar. Er werden 21 beslissingen gewezen in eerste aanleg en 1 arrest in graad van beroep.

Tabel 18- Gerechtelijke beslissingen die voortvloeien uit subrogatoire vorderingen

Taalrol	Vonnissen alvorens recht te doen	Vonnissen in het voordeel van het Fonds	Vonnissen in het voordeel van de zorgverlener-en/of zijn verzekeraar	Arresten	Totaal
FR	2	3	3	0	8
NL	2	5	6	0	13
Totaal	4	8	9	0	21

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

21 beslissingen werden gewezen in eerste aanleg door de Nederlandstalige en Franstalige rechtbanken, waaronder 4 vonnissen alvorens recht te doen (aanwijzing van een expert), 8 in het voordeel van het Fonds en de 9 andere in het voordeel van de zorgverlener en/of zijn verzekeraar. De enige beslissing gewezen in graad van beroep hervormt het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg in het voordeel van het Fonds.

b. Het Fonds als verweerder

Tabel 19- Procedures tegen het Fonds in het kader van de vordering bedoeld in artikel 23, § 2 van de wet						
Jaar	Procedures tegen het Fonds		Beslissingen in eerste aanleg		Beslissingen in graad van beroep	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2012	1	0	0	0	0	0
2014	2	2	0	2	0	0
2015	4	12	0	11	0	0
2016	8	10	3	7	0	0
2017	9	14	7	4	0	0
2018	8	12	8	5	2	2
Totaal	32	50	18	29	2	2
	82		47		4	

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

In die 82 procedures wordt het Fonds gedagvaard als verweerder op grond van artikel 23, § 2 van de wet na een advies verleend door het Fonds waarin het de betaling van een vergoeding weigert. Er werden 47 beslissingen in eerste aanleg en 4 arresten gewezen.

Er moet worden opgemerkt dat het Fonds in twee van die 82 procedures door de aanvrager voor de burgerlijke rechtbank werd gedagvaard, nog vóór het Fonds de gelegenheid kreeg zijn advies op te stellen of zonder dat er een aanvraag bij het Fonds werd ingediend.

Tabel 20- Gerechtelijke beslissingen die voortvloeien uit vorderingen die tegen het Fonds werden ingediend				
Taalrol	Vonnis alvorens recht te doen	Ongegrond verklaarde vergoedingsaanvraag	Veroordeling van het Fonds	Totaal
FR	1	5	12	18
NL	6	7	16	29
Total	7	12	28	47

Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Van de 47 beslissingen die werden gewezen door de Nederlandstalige en Franstalige rechtbanken van eerste aanleg, heeft de rechter het Fonds in 28 vonnissen veroordeeld tot het vergoeden van de aanvrager krachtens artikel 4, 1° van de wet en heeft de rechter bijgevolg het bestaan van abnormale en ernstige schade in de zin van artikel 5 van de wet erkend. In 12 beslissingen is de rechter het oordeel van het Fonds gevolgd en heeft hij de vergoedingsaanvraag ongegrond verklaard. 7 beslissingen alvorens recht te doen werden gewezen, waarvan een beslissing twee prejudiciële vragen bevat, die werden gesteld aan het Grondwettelijk Hof.

In de vier arresten gewezen in graad van beroep werd het Fonds veroordeeld tot het vergoeden van de aanvrager krachtens artikel 4, 1° van de wet.

c. Prejudiciële vragen gesteld aan het grondwettelijk hof

In zijn arrest gewezen op 30 november 2017 met rolnummer 136/2017 beantwoordt het Grondwettelijk Hof twee prejudiciële vragen gesteld door de bodemrechter in het kader van een geschil tussen een patiënte die het slachtoffer was van een nosocomiale infectie - ten gevolge van een orthopedische ingreep - en het Fonds voor de Medische Ongevallen. Deze laatste had in zijn advies geconcludeerd dat de betrokken zorgverleners niet aansprakelijk waren, dat het geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid betrof en dat er geen sprake was van ernstige schade in de zin van artikel 5 van de wet van 31 maart 2010.

Het hof werd door de bodemrechter verzocht zich uit te spreken over de compatibiliteit tussen de artikelen 2, 7° en 5, 2° van de wet en de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

- In zijn eerste vraag vraagt de bodemrechter het hof naar het verschil in behandeling dat voortvloeit uit het feit dat volgens artikel 2, 7° de toekenning van een vergoeding door het Fonds van schade ten gevolge van een infectie ondergeschikt zou zijn aan het al dan niet “onvermijdelijke” karakter van die complicatie in de huidige stand van de wetenschap. Aangezien de schade volgens de bodemrechter het gevolg is van een nosocomiale infectie door *staphylococcus aureus* die in de huidige stand van de wetenschap niet zou kunnen worden vermeden, kan dit geen aanleiding geven tot een vergoeding van het Fonds.

Het hof was van oordeel dat dit criterium van abnormaliteit van de schade objectief en relevant is in het licht van de door de wetgever nagestreefde doelstellingen en dat deze keuze niet alleen rekening houdt met de grenzen van de medische wetenschap, maar ook met de financiële leefbaarheid van dit nieuwe systeem. Bovendien kunnen de gevolgen van dit criterium volgens het hof niet als onevenredig worden beschouwd ten opzichte van de door de wetgever nagestreefde doelstellingen, aangezien dit criterium van toepassing is op alle personen die beweren het slachtoffer te zijn van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en omdat zij in geval van weigering van de schadevergoeding door het Fonds, een vordering kunnen instellen bij de rechtbank van eerste aanleg.

- In zijn tweede vraag vraagt de bodemrechter het hof of de artikelen 10 en 11 van de grondwet verenigbaar zijn met de tweede voorwaarde van de ernst van de schade op basis waarvan de patiënten die geen beroepsactiviteit uitoefenen worden uitgesloten van het recht op vergoeding. De bodemrechter vraagt aan het hof of dit een verschil in behandeling inhoudt die discriminerend zou zijn ten aanzien van de slachtoffers van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid die een beroepsactiviteit uitoefenen en zij die geen beroepsactiviteit uitoefenen.

Het hof oordeelt dat dit verschil in behandeling berust op een objectief criterium, namelijk het al dan niet bestaan van een beroepsactiviteit uitgeoefend door het slachtoffer en dat dit redelijk verantwoord is omdat het op rechtmatige wijze de vergoedingsregeling ten laste van het Fonds wil beperken tot de schade die een minimale ernstdrempel vertoont, om zijn begroting binnen realistische en haalbare perken te houden. Door de slachtoffers die geen beroepsactiviteit uitoefenen, uit te sluiten van het toepassingsgebied van artikel 5, 2°, meent het Hof bovendien dat niet op onevenredige wijze afbreuk wordt gedaan aan hun rechten, aangezien de ernst van hun schade in aanmerking kan worden genomen op basis van het derde criterium zoals bepaald door de wet van 31 maart 2010, als ze bijzonder ernstige stoornissen vertonen, inclusief van economische aard, die hun levensomstandigheden verstoren.

In fine besluit het hof dat de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet zijn geschonden door de artikelen 2, 7° en 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Deel 4

Financieel beheer en omkadering



Na de statistieken van de activiteiten “opdrachten” van het Fonds te hebben besproken, moet een blik worden geworpen op de begroting en op de potentiële kostprijs van de verschillende opdrachten voor het Fonds, alsook de realisaties van de vorige jaren. Daarom is dit 3^e deel gewijd aan de financiële informatie en de begrotingen 2018 en 2019 van het Fonds. Deze begrotingen en realisaties worden in twee delen voorgesteld: een deel over de opdrachten van het Fonds en een deel over de werkingsuitgaven van het Fonds (beheersbegroting).

Sinds zijn effectieve inwerkingtreding op 1 september 2012 heeft het Fonds tal van expertises uitgevoerd en zijn in de loop van 2015 de eerste vergoedingen uitbetaald. Door de grote toename van het aantal vergoedingen die de laatste jaren zijn uitbetaald, kunnen wij significante statistieken verstrekken met betrekking tot die vergoedingen, ongeacht of zij in één keer of in de vorm van rentes zijn uitbetaald.

Naast de cijfers over de vergoedingen zullen wij zoals elk jaar ook de financiële statistieken bespreken met betrekking tot de kosten van de expertises die noodzakelijk zijn voor de goede uitvoering van de opdrachten van het Fonds.

Ten slotte zullen we de gegevens betreffende de geschillendossiers in onze cijfers opnemen, meer bepaald de betaling van advocaten in het kader van juridische procedures die het Fonds heeft ingesteld of tegen het Fonds werden ingesteld.

I. Begroting en realisaties – Opdrachten

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het Fonds in 2018 ter beschikking had voor de uitvoering van zijn opdrachten alsook de realisaties voor 2017.

Tabel 21 - Budget en realisaties (in EUR)		
Rubriek	Budget 2018	Realisaties 2017
8157 – Geschillen betreffende de opdracht van de instelling	346.000	275.648
8158 – Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	410.000	173.249
80500 – Ten laste genomen kosten, die normaal door de begunstigden worden gedragen:	17.078.583	7.954.690
• Schadevergoedingen: 8.900.000		6.870.367
• Catastrofale schadevergoedingen: 5.349.570		0
• Nosocomiale infecties: 1.591.813		0
• Tegensprekelijke expertises: 1.237.200		1.084.323
TOTAAL	17.834.583	8.403.587
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die voor het Fonds in 2019 werden voorzien voor de uitvoering van zijn opdrachten, alsook de realisaties van 2018.

Tabel 22 - Budget en realisaties (in EUR)		
Rubriek	Budget 2019	Realisaties 2018
8157 – Geschillen betreffende de opdracht van de instelling	575.000	564.015
8158 – Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	420.000	382.808
80500 – Ten laste genomen kosten, die normaal door de begunstigten worden gedragen:	14.862.000	5.111.639
• Schadevergoedingen: 7.020.000		3.976.780
• Catastrofale schadevergoedingen: 5.000.000		0
• Nosocomiale infecties: 1.600.000		0
• Tegensprekelijke expertises: 1.242.000		1.134.859
TOTAAL	15.857.000	6.058.462
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Commentaar :

De geschillen betreffende de opdrachten van de instelling vertegenwoordigen het geraamde bedrag dat moet worden betaald aan advocaten in het kader van juridische procedures. De andere honoraria die geen verband houden met betwiste zaken, betreffen de middelen waarover het Fonds beschikt om bij externe specialisten precieze informatie in te winnen over een specifiek medisch probleem. Gewoonlijk gaat het om geneesheren-specialisten of gespecialiseerde technici die, uit hoofde van hun specialisme, het Fonds bijstaan bij de behandeling van specifieke dossiers.

Ten slotte vertegenwoordigt de tenlasteneming van de kosten die normaal door de begunstigten moeten worden gedragen, veruit het grootste bedrag aangezien het gaat om het bedrag waarin is voorzien voor de vergoeding van de slachtoffers. Die tenlasteneming is in vier aparte categorieën onderverdeeld: de vergoedingen voor een nosocomiale infectie, een catastrofaal schadegeval of een andere soort medisch ongeval en de tegensprekelijke expertises die worden uitgevoerd.

Verderop in dit verslag zullen die begrotingen worden vergeleken met de uitgaven voor in 2018 uitgevoerde opdrachten en in het bijzonder met de uitgaven in het kader van de expertises, ongeacht of zij eenzijdig dan wel tegensprekelijk zijn, en in het kader van de vergoedingen.

II. Begroting en realisaties – Beheer

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

In de onderstaande tabellen worden de beheersbegrotingen van het Fonds weergegeven, respectievelijk voor de jaren 2018 en 2019. De realisaties van de vorige jaren worden eveneens hierbij opgenomen.

Tabel 23 - Beheersbegroting 2018 (in EUR)		
Rubriek	Budget 2018	Realisaties 2017
Personeel	3.780.425 (73,91%)	3.117.450
Gewone werkingskosten	413.151 (8,08%)	315.249
Roerende investeringen	2.000 (0,04%)	500
Informatica werkingskosten	787.877 (15,40%)	770.864
Informatica investeringen	100.000 (1,96%)	113.867
Belastingen en betwiste zaken	31.372 (0,61%)	40.930
TOTAAL beheersbegroting	5.114.825	4.358.860
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

Tabel 24 - Beheersbegroting 2019 (in EUR)		
Rubriek	Budget 2019	Realisaties 2018
Personeel	4.567.120 (75,52%)	3.145.758
Gewone werking	434.744 (7,19%)	280.043
Roerende investeringen	1.000 (0,02%)	0
Informatica - werkingskosten	913.285 (15,10%)	789.802
Informatica - investeringen	100.000 (1,65%)	104.495
Belastingen en betwiste zaken	31.780 (0,52%)	33.882
TOTAAL beheersbegroting	6.047.929	4.353.980
Bron: Fonds voor de medische ongevallen		

De uitgaven die in de beheersbegroting zijn opgenomen, zijn onder meer de personeelsuitgaven voor de bezoldiging van het personeel dat bij het Fonds werkt (dossierbeheerders, artsen, juridische experts, administratieve experts, ...), maar ook de uitgaven voor de gewone werking en informaticawerking, de roerende investeringen en informatica-investeringen die noodzakelijk zijn voor de creatie van specifieke toepassingen voor het Fonds of voor de invoering van een performant systeem voor dossierbeheer.

In de begroting 2017 is een nieuwe categorie opgenomen, namelijk de categorie Uitgaven voor belastingen en betwiste zaken. Die rubriek bevond zich vroeger in de categorie “gewone werking”, maar omwille van de leesbaarheid werd beslist die uitgaven te isoleren van de rest van de beheersbegroting.

Met betrekking tot de verdeling van de beheersbegroting van het Fonds is het niet verwonderlijk dat de personeelsuitgaven de hoogste uitgaven zijn met 74 % van de begroting in 2018 en meer dan 75 % in 2019. Zij worden gevolgd door de werkingsuitgaven die noodzakelijk zijn opdat het Fonds de hem toevertrouwde opdrachten in de best mogelijke omstandigheden en meer bepaald dankzij de informaticatoepassingen kan uitvoeren. De investeringen op hun beurt vertegenwoordigen slechts een klein deel van de beheersbegroting.

III. Vergelijking begroting en realisaties 2018

Met betrekking tot het referentiejaar van dit rapport, is het interessant om de begroting te vergelijken met de realisaties om een beeld te krijgen van de bestedingsgraad van de begroting. Daarom bevat de onderstaande tabel de gegevens met betrekking tot de begroting en de realisaties 2018.

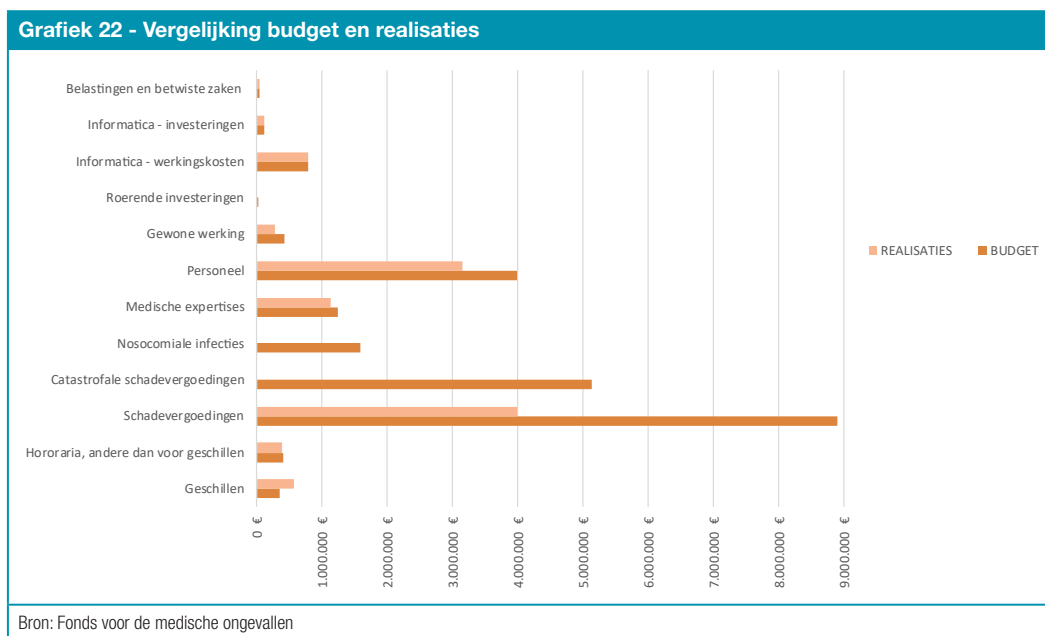
Tabel 25 - Budget en realisaties 2018 (in EUR)				
Rubriek	Budget 2018	Realisaties	Verschil	Benuttingsgraad
Opdrachten				
Geschillen	346.000	564.015	-218.015	163,01%
Honoraria, andere dan voor geschillen	410.000	382.808	27.192	93,37%
Schadevergoedingen	8.900.000	3.976.780	4.923.220	44,68%
Catastrofale schadevergoedingen	5.135.668	0	5.135.668	0,00%
Nosocomiale infecties	1.591.813	0	1.591.813	0,00%
Medische expertises	1.237.200	1.134.859	102.341	91,73%
Totaal opdrachten	17.620.681	6.058.461	11.562.220	34,38 %
Personeel	3.979.327	3.145.758	833.569	79,05%
Gewone werking	428.151	280.043	148.108	65,41%
Roerende investeringen	2.000	0	2.000	0,00%
Informatica - werkingskosten	789.803	789.802	1	100,00%
Informatica investeringen	104.530	104.495	35	99,97%
Belastingen en betwiste zaken	31.372	33.882	-2510	108,00%
Totaal beheer	5.335.183	4.353.980	981.203	81,61%
Bron: Fonds voor de medische ongevallen				

De eerste vaststelling die kan worden gedaan, is dat de begroting van het Fonds voor het jaar 2017 niet volledig is gebruikt. Er werd immers slechts 45 % van de begroting aangewend. Er is een groot verschil tussen de opdrachtenbegroting met een besteding van nauwelijks 34 % en de beheersbegroting waarvan meer dan 81 % werd gebruikt.

Wanneer we die tabel meer in detail bekijken, blijkt dat het niet gebruiken van de opdrachtenbegroting voornamelijk afkomstig is uit twee posten, namelijk de catastrofale vergoedingen en de nosocomiale infecties, waarvoor in 2018 geen enkele verwezenlijking werd vastgesteld. In 2018 waren er immers geen catastrofale vergoedingen en de nosocomiale infecties zijn momenteel niet specifiek geïdentificeerd als afzonderlijke vergoedingen. Die zijn terug te vinden onder de rubriek “vergoedingen” die evenwel erg laag blijft met een bestedingsgraad die minder dan 50 % bedraagt.

Met betrekking tot de beheersbegroting zien we dat twee posten de gemiddelde bestedingsgraad doen dalen, met name de personeelskosten en de gewone werkingsuitgaven waarvan de bestedingsgraad respectievelijk 79 % en 65 % bedraagt. De onderbesteding van de personeelskosten is eenvoudig te verklaren door het met vertraging invullen van de voorziene posten in het personeelskader, omwille van vertraging bij rekrutering/vervanging en onvoorziene vertrekken.

Op basis van de onderstaande grafiek kunnen die vaststellingen beter worden gevisualiseerd.



IV. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

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

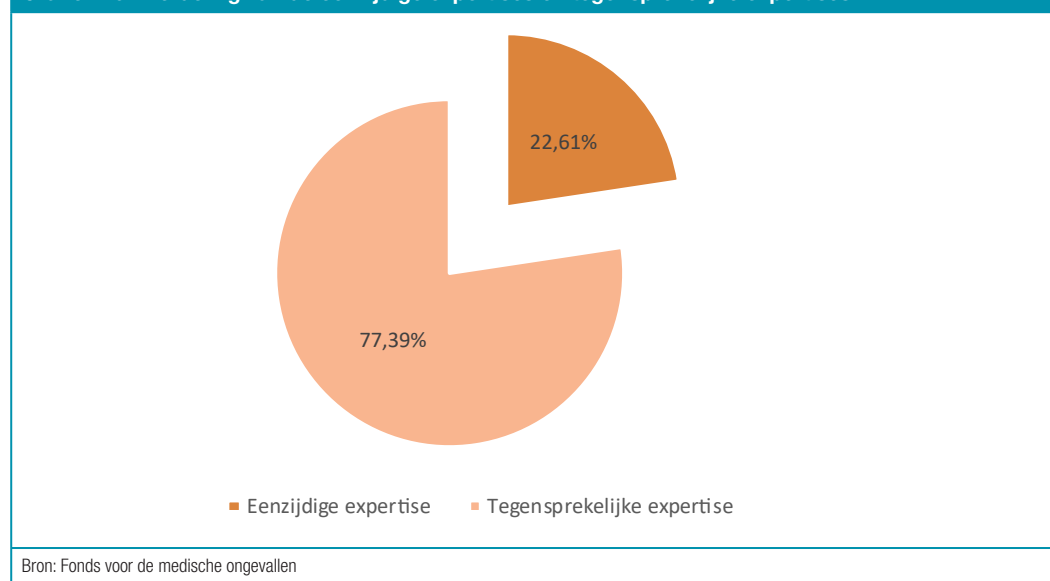
De hierna voorgestelde statistieken hebben vooral betrekking op de kosten van de expertises en de verdeling van de kosten tussen de eenzijdige expertises, de adviesaanvragen bij advocaten (met name voor het nalezen van de vergoedingsvoorstellen en andere juridische adviezen) en de tegensprekelijke expertises.

In de onderstaande tabel worden de gegevens vermeld met betrekking tot de expertises en adviesaanvragen, alsook het bedrag en het aantal vergoedingen die sinds de start van het Fonds zijn uitbetaald (statistieken afgesloten op 31.12.2018). We zullen eerst de gegevens over de expertises analyseren en in grafieken weergeven zodat een duidelijker beeld wordt verkregen van de aard van de expertises, de verdeling en de kostprijs ervan. Daarna zullen we de gegevens betreffende de kosten van de verschillende vergoedingen die al zijn uitbetaald, analyseren.

Tabel 26 - Kosten van de expertises van het Fonds en vergoedingen (in EUR)

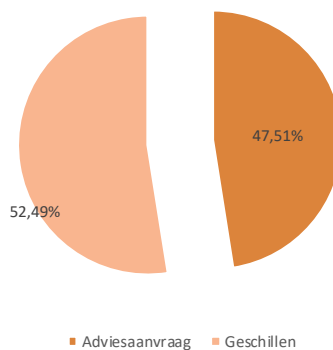
Type	Aantal gefactureerde expertises / gestorte vergoedingen	Totale kosten	Gemiddelde bedrag
EXPERTISES	2.809	5.152.254,97	1.834,20
Eenzijdige expertises	635	616.121,43	970,27
Tegensprekelijke expertises	2.174	4.536.133,54	2.086,54
ADVOCATENKOSTEN	842	1.762.398,34	2.903,11
Adviesaanvragen	400	847.192,65	2.117,98
Geschillen	442	915.205,69	2070,60
VERGOEDINGEN (KAPITAAL)	195	16.211.121,59	83.133,96
VERGOEDINGEN (RENTES)	60	61.038,78	1.018,06
TOTAAL	3.906	23.186.858,68	-
Bron: Fonds voor de medische ongevallen			

De eerste vaststelling die we kunnen doen met betrekking tot de expertises is dat er nog heel wat meer tegensprekelijke expertises (TSE) dan eenzijdige zijn. Zoals uit de onderstaande grafiek blijkt, bedragen de verhoudingen van de minnelijke medische expertises en eenzijdige expertises immers respectievelijk 77,39 % en 22,61 %. In tegenstelling tot de voorgaande jaren waarin de TSE's sneller toenamen dan de eenzijdige expertises, hebben we vastgesteld dat de situatie in 2018 is gestabiliseerd.

Grafiek 23 - Verdeling van de eenzijdige expertises en tegensprekelijke expertises

Als we stilstaan bij de advocatenkosten en in het bijzonder bij het aantal vragen die aan de verschillende advocaten zijn gesteld, stellen we vast dat de meeste vragen betrekking hebben op het nalezen van de adviezen die het Fonds heeft voorbereid, ongeveer 52 %. Het aantal keren dat een beroep wordt gedaan op advocaten om het Fonds te vertegenwoordigen in het kader van juridische procedures, vertegenwoordigt 48 % van de vragen, maar dat cijfer blijft de laatste maanden stijgen.

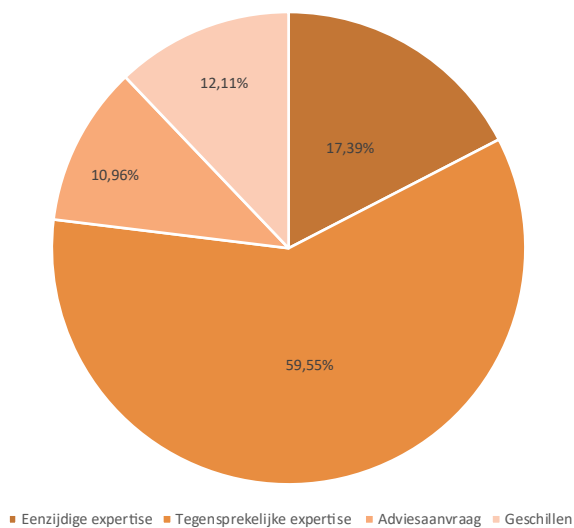
Grafiek 24 - Verdeling van de aanvragen aan de advocaten



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Als we de voorgaande grafieken naast elkaar leggen, krijgen we een algemener beeld. Hieruit kunnen we afleiden dat 77 % van de facturen die het Fonds momenteel betaalt, betrekking hebben op expertises die in het kader van de afhandeling van een dossier worden gevraagd. De facturen voor advocatenkosten vertegenwoordigen maar 23 % van de betaalde facturen. Dit wijst op een vrij stabiele situatie vergeleken met vorig jaar.

Grafiek 25 - Verdeling per type van facturen



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Wat betreft de kostprijs van die expertises en aanvragen, zien we dat de tegensprekelijke expertises het duurst zijn met een gemiddelde kostprijs van 2.131,99 EUR, tegenover de adviesaanvragen met een gemiddelde kostprijs van 2.026,05 EUR, de geschillen met 1.787,01 EUR en 896,49 EUR voor de eenzijdige expertises.

Op 31.12.2018 heeft het Fonds 195 vergoedingen betaald; dat zijn 58 vergoedingen meer dan eind 2017. Het is belangrijk om te vermelden dat het Fonds in deze periode ook 60 maandelijkse en/of jaarlijkse rentes heeft gestort in het kader van 3 vergoedingsdossiers. Deze rentes zijn niet begrepen in de 195 hierboven vermelde vergoedingen. Gelet op de periodiciteit van de stortingen en de veel lagere bedragen die ze vertegenwoordigen, werden deze rentes immers geïsoleerd van de rest van de vergoedingen.

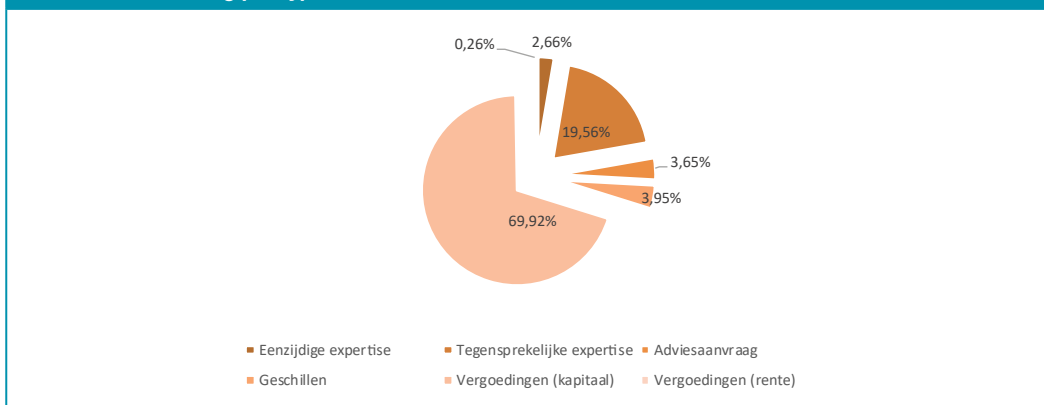
De onderstaande tabel geeft ons een overzicht, per maand, van het bedrag van de vergoedingen (exclusief rentes) die het Fonds heeft uitbetaald sedert zijn bestaan.

Tabel 27 - Vergoedingen uitbetaald door het Fonds (in EUR)					
Maand	2014	2015	2016	2017	2018
Januari	0,00	0,00	44.088,71	86.479,45	285.523,10
Februari	0,00	66.532,36	5.535,00	649.349,50	404.444,09
Maart	0,00	2.937,15	222.718,64	351.423,55	371.501,02
April	0,00	2.708,54	503.927,09	1.505.723,32	456.491,33
Mei	0,00	144.506,00	330.871,92	312.769,76	363.930,07
Juni	0,00	0,00	1.084.691,41	219.610,56	1.167.514,26
Juli	0,00	0,00	25.032,00	913.980,45	14.509,79
Augustus	0,00	5.400,00	922.945,83	148.017,70	317.362,01
September	0,00	106.180,59	129.246,81	472.500,58	56.841,34
Oktober	0,00	421.350,99	172.829,83	781.846,02	142.535,02
November	0,00	195.531,94	324.317,09	74.191,75	279.481,05
December	122.575,01	285.648,48	245.853,27	1.161.551,07	369.199,92
TOTAAL	122.575,01	1.230.796,05	4.012.057,60	6.677.443,71	4.229.333,00
Bron: Fonds voor de medische ongevallen					

We stellen vast dat er nog altijd grote verschillen bestaan in de bedragen die per maand zijn uitbetaald. Volgens de maandelijks te vergoeden gevallen en hun ernst kunnen de bedragen immers gaan van enkele duizenden euro's tot enkele honderdduizenden euro's. Het is zeer moeilijk om maandelijks vooruitzichten op te stellen voor de uitgaven van vergoedingen.

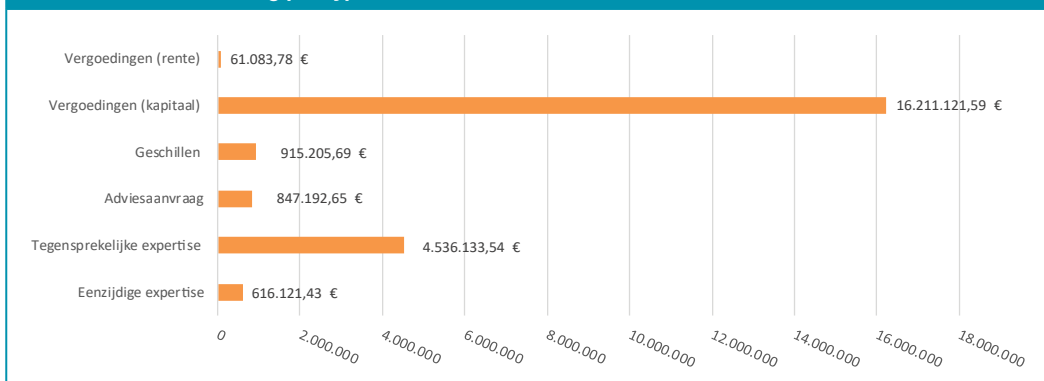
Wat ook duidelijk is, en wat belangrijk is om te benadrukken, is dat de uitbetaalde bedragen veel hoger liggen dan de bedragen van de expertises en de advocatenkosten. Dat wordt aangetoond in de onderstaande grafieken; daaruit blijkt dat het totale bedrag van de vergoedingen meer dan 70 % uitmaakt van het totale bedrag van de uitgaven die het Fonds sinds de start in september 2012 heeft gedaan. Meer in het bijzonder stellen we vast dat 195 vergoedingen een tweemaal zo groot bedrag vertegenwoordigen als dat van de 3.651 expertises die al zijn betaald (16.272.205,37 EUR tegenover 6.914.653,31 EUR).

Grafiek 26 - Verdeling per type van kost



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

Grafiek 27 - Totaal bedrag per type van kost



Bron: Fonds voor de medische ongevallen

V. Terugbetaalde vergoedingen of de opbrengst uit subrogatievorderingen

Het Fonds verkreeg in 2018 voor het eerst opbrengsten uit subrogatievorderingen. Zoals hoger reeds vermeld betreft het twee dossiers en een totaalbedrag van 39.423,2 EUR.

Deel 5

Andere activiteiten



I. Voordrachten

Ook in 2018 werden heel wat voordrachten gegeven door medewerkers van het Fonds. Het doel hiervan is om alle actoren, zowel de patiënten en hun mandatarissen, als de zorgverleners en hun verzekeraars, hun advocaten en de bemiddelaars op een neutrale en transparante wijze te informeren en in dialoog te gaan over de opdrachten en de werking van het Fonds.

- Cours aux étudiantes sages-femmes et infirmières en soins pédiatriques de l'UCLouvain-ISEI (02. 2018).
- ASGB-symposium in Elewijt « wat met de artsen in het nieuwe ziekenhuis » (29.3.2018).
- Glem gynaeco te Jolimont (7.6.2018).
- Seminarie te Berchem « Medische ongevallen en schade als gevolg van gezondheidszorg » (18.9.2018).
- Association des Médiateurs d'institutions de soins AMIS symposium binannuaire « Le Fonds des accidents médicaux : actualités et perspectives » au « Symposium de l'AMIS ASBL » (19.10.2018).
- Seminarie te Berchem “Medische ongevallen en schade als gevolg van gezondheidszorg: benaderd vanuit diverse invalshoeken” (11.12.2018).

Het Fonds stelde ook informatie ter beschikking aan (doctoraat)studenten betreffende :

- Een doctoraatsonderzoek faculteit rechten door dhr. Wannes Buelens “Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”, UA 2018.
- Een masterproef « expertises dentaries et maxillo-faciales responsabilité des professionnels de l'art medico-dentaire au regard de la loi du 31 mars 2010 ».
- Een masterproef “iatrogene zenuwletsels hoofd hals”.

Ook in 2018 stond het Fonds open voor stages en verwelkomde het team zowel artsen als studenten rechten :

- Interprofessionele stage KULeuven faculteit geneeskunde.
- Interprofessionele stage UBrussel faculteit geneeskunde.
- Stage in het kader van de interuniversitaire cursus manama verzekeringsgeneeskunde.
- Bachelorstage KULeuven faculteit rechten.
- Masterstage KULeuven faculteit rechten.

II. Analyse en audit

In de loop van 2018 startte een analyse van de werking van het Fonds door Delta-i op verzoek van de administratie. Op basis van deze analyse werd een actieplan voorgelegd aan het beheerscomité van het Fonds.

Het Rekenhof startte ook een audit. De resultaten van deze studie worden verwacht in de loop van het vierde kwartaal van 2019.

Deel 6

Aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen



Inleiding

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

Vorig jaar las u in dit verslag voor het eerst enkele algemene beschouwingen.

Hieronder vindt u enkele vaststellingen van het Fonds in verband met twee orthopedische heelkundige ingrepen, heup- en knieprothesen, gelinkt aan de gegevens van het RIZIV over deze pres-taties.

Deze gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid behandeld worden. De gegevens van hieronder hebben alleen betrekking op dossiers waarin het Fonds een advies heeft uitgebracht, en dit over de periode sinds de datum van de publicatie van de wet. Van al de dossiers ingediend in deze periode is ongeveer 50% afgewerkt. Van deze adviezen handelden er 74 over een heupprothese en 67 over een knieprothese.

Om die dossiers in de algemene context te plaatsen van de soortgelijke ingrepen die in België worden uitgevoerd, verwijzen wij hier naar twee recente publicaties van het RIZIV (april 2019 voor de heupprothese en maart 2019 voor de knieprothese) die betrekking hebben op het jaar 2017. Het gemiddelde aantal heupprothesen per jaar bedraagt 28.015. Het gemiddelde aantal knieprothesen per jaar bedraagt 24.306^{10 11}.

De hieronder weergegeven informatie laat dus geen besluit toe, aangezien de steekproef van de dossiers die bij het Fonds zijn ingediend, zeer klein is (ongeveer 1 dossier voor 1700 heupprothese-ingrepen, bijv.).

Uiteraard zal het Fonds in de toekomst haar adviezen verder analyseren, en hierover rapporteren.

10. <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariates/musculoskeletaal-stelsel/heupprothese>.

11. <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariates/musculoskeletaal-stelsel/heupprothese>

I. Ingrepen voor het plaatsen van een heupprothese

De adviezen van het Fonds in het kader van de prestatie “heupprothese” kunnen in volgende categorieën opgedeeld worden:

Tabel 28 - Heupprotheses		
Advies	Dossiers	Ratio
BA < ernst	2	2,70%
BA > ernst	3	4,05%
MOZA > ernst	0	0%
Noch MOZA noch BA	67	90,54%
Andere	2	2,70%
Totaal	74	100%

In meer dan 93 % van de dossiers weerhield het Fonds geen vergoedbaar medisch ongeval, dus noch aansprakelijkheid, noch een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid boven de ernst .

In de volgende tabel wordt het type van ingreep weergegeven (primaire prothese / revisie):

Tabel 29 - Heupprotheses	
Heupprotheses - primair	56
BA < ernst	2
BA > ernst	2
Noch MOZA noch BA	50
Andere	2
Heupprotheses - revisie	18
BA > ernst	1
Noch MOZA noch BA	17
Totaal	74

In de dossiers waarin het Fonds in zijn advies een aansprakelijkheid weerhield, blijkt het om de volgende types van fouten te gaan: verkeerde diagnose (1), fout met betrekking tot de uitvoering van de behandeling (2), ontbreken van of verkeerde therapeutische indicatie (1) en tekort op het vlak van de postoperatieve zorg (1).

II. Ingrepen voor het plaatsen van een knieprothese

De adviezen van het Fonds in het kader van de prestatie “knieprothese” kunnen in volgende categorieën opgedeeld worden

Tabel 30 - Knieprotheses		
Advies	Dossiers	Ratio
BA < ernst	5	7,46%
BA > ernst	2	2,99%
MOZA > ernst	2	3%
Noch MOZA noch BA	56	83,58
Anderen	2	2,99
Totaal	67	100%

In meer dan 85% wordt noch een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, noch een medisch ongeval met aansprakelijkheid weerhouden.

Slechts in twee gevallen besloot het Fonds tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid waarin de ernstgraad werd bereikt.

In de volgende tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen de primaire ingrepen en de revisies:

Tabel 31 - Knieprotheses	
Knieprotheses - primair	59
BA < ernst	5
BA > ernst	2
MOZA > ernst	1
Noch MOZA noch BA	49
Anderen	2
Knieprotheses - revisie	8
MOZA > ernst	1
Noch MOZA noch BA	7
Totaal	67

Uit een analyse van de adviezen waarin aansprakelijkheid van een zorgverlener wordt weerhouden, blijkt dat niet-aangewezen behandeling (3), slechte preoperatieve voorbereiding (2), en fout met betrekking tot de uitvoering van de behandeling (2) in verband met de schade werd weerhouden.

Bijlage



Afkortingen

BA	Burgelijke aansprakelijkheid
MOZA	Medisch ongeval zonder aansprakelijkheid
NINI	Nog MOZA nog BA