



Fonds voor de Medische Ongevallen

Organisatie en werking





Rekenhof

Fonds voor de Medische Ongevallen

Organisatie en werking



Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 3 juni 2020

Fonds voor de Medische Ongevallen – Organisatie en werking

Het Fonds voor de Medische Ongevallen werd bij wet van 31 maart 2010 (de “wet medische ongevallen”) opgericht om slachtoffers van medische ongevallen na een medisch en juridisch onderzoek advies te geven over de vraag of een zorgverlener aansprakelijk is voor het ongeval en hen een aantal waarborgen voor de effectieve vergoeding van de schade te bieden. Aldus vormt het een alternatieve weg voor de afhandeling van het ongeval via minnelijke of gerechtelijke weg. Het Fonds is een autonome dienst van het Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Het Rekenhof heeft onderzocht in welke mate het Fonds erin geslaagd is de doelstellingen van de wetgever te realiseren en of het wettelijke en organisatorische kader voldoende waarborgen biedt voor de realisatie van de opdrachten van het Fonds.

Realisatie van de doelstellingen

De wetgever wilde dat medische ongevallen dankzij de administratieve procedure bij het Fonds voortaan sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender konden worden afgehandeld dan bij een gerechtelijke procedure, en dit in het belang van alle betrokken partijen. Deze doelstellingen konden in de praktijk nog niet worden gerealiseerd.

Zo richten slachtoffers van een medisch ongeval zich slechts in één op de tien gevallen tot het Fonds om een schadevergoeding te verkrijgen en blijven zij er in de regel voor kiezen om het ongeval zelf af te handelen met de zorgverlener en zijn verzekeraar. Het beroep op het Fonds neemt de voorbije jaren zelfs nog verder af.

Slachtoffers moeten nu gemiddeld vier jaar wachten voordat het Fonds een advies verstrekt. Zij ontvangen al die tijd nauwelijks informatie, en nadat het (niet-bindende) advies is verstrekt, moet het slachtoffer vaak nog zelf een regeling zien te treffen met de verzekeraar van de zorgverlener. In het beperkte aantal gevallen waarin het Fonds een vergoeding waarborgt, verloopt de uitbetaling ervan uiterst moeizaam.

Zorgverleners komen al te vaak en te lang in een onzekere situatie terecht telkens het Fonds een dossier opent waarin zij mogelijk betrokken zijn. Hun verzekeraars geven bovendien aan dat de administratieve procedure bij het Fonds geen gunstige invloed had op de hoogte van de verzekeringspremies die de zorgverleners verschuldigd zijn, hoewel de wet medische ongevallen dit beoogde.

Momenteel bedraagt de gemiddelde dossierkost tussen 11.000 en 12.000 euro, terwijl 85 % van de dossiers niet gegrond of ontvankelijk zijn. In het licht van de bereikte resultaten is dit een onevenredig hoge kost.

Uitgaand van de vaststelling dat de doelstellingen van de wetgever nog niet konden worden waargemaakt, onderzocht het Rekenhof welke knelpunten zich voordoen in de organisatie en de werkprocessen van het Fonds. Daarnaast ging het na welke conceptuele knelpunten beletten dat het Fonds ten volle zijn adviserende, vergoedende, bemiddelende en beleidsondersteunende rol kan spelen, zoals dit door de wetgever werd vooropgesteld.

Operationele knelpunten

Het Fonds werd pas twee jaar na de inwerkingtreding van de wet medische ongevallen operationeel en kampte vanaf de start met een aantal groeipijnen. Inmiddels zijn er diverse initiatieven genomen, maar toch blijven er belangrijke operationele knelpunten. Zo werd het personeelsbestand van het Fonds de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid, maar blijven er moeilijkheden op het vlak van aanwerving en effectieve beschikbaarheid. De uitbreiding van het personeelsbestand heeft onvoldoende bijgedragen tot het wegwerken van de dossierachterstand, waardoor een evaluatie van de opdrachten en van de administratieve processen bij het Fonds noodzakelijk blijft.

Het geïnformatiseerde dossierbeheerssysteem DAMO moet dringend verder worden afgewerkt. Op de eerste plaats moet DAMO kunnen worden gebruikt als een voldoende gedetailleerd en betrouwbaar meetsysteem aan de hand waarvan concrete operationele doelstellingen kunnen worden vooropgesteld en opgevolgd.

Ten slotte is de financiële en budgettaire rapportering ontoereikend, heeft het Fonds geen zicht op de in te vorderen bedragen en verloopt de invordering van de ontvangsten problematisch.

Procesmatige knelpunten

Een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds doorloopt diverse administratieve processen. Het Fonds deelt de afhandeling van een dossier op in drie fasen. In de eerste fase wordt nagegaan of de aanvraag ontvankelijk is. Zo ja, dan wordt in een tweede fase op basis van medisch en juridisch onderzoek in een advies bepaald of er al dan niet sprake is van een *vergoedbaar* ongeval. Tot slot wordt dan in de derde fase de verzekeraar van de zorgverlener aangesproken of wordt een *vergoedingsvoorstel* opgemaakt (naargelang het gaat om een medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid). Daarnaast moet het Fonds ook (gerechtelijke) betwistingen van zijn beslissingen beheren.

Een dossier bij het Fonds staat gemiddeld tot drie vierden van de doorlooptijd – 2,5 tot 3 jaar – louter “in wacht” om intern verder te worden afgehandeld. Ook bij de afhandeling gaat vaak onevenredig veel tijd verloren aan de behandeling van een aanvraag, aan interne communicatie of aan de opmaak van juridische adviezen. Vooral de tweede fase vormt een flessenhals.

Sinds 2017 zijn enkele initiatieven genomen en wordt bv. minder een beroep gedaan op externe expertises. Toch is er nog veel ruimte voor verbetering: kennelijk ongegronde aanvragen kunnen sneller worden afgehandeld en het dossierbeheer moet actiever worden gestuurd en opgevolgd. De hiaten in de afwikkeling van de dossiers (bv. in het beheerssysteem en de manier van vergoeden en terugvorderen) en in de communicatie met de slachtoffers, de zorgverleners en de verzekeraars, moeten daarbij zo snel mogelijk worden opgelost.

Conceptuele knelpunten

De wetgever heeft aan het slachtoffer van een medisch ongeval een laagdrempelige toegang verzekerd tot een fonds dat zowel een adviserende, vergoedende, bemiddelende als beleidsondersteunende rol heeft. Dat concept is echter in de praktijk moeilijk of soms zelfs niet uitvoerbaar, wat mee de oorzaak is van de vermelde problemen op het vlak van de organisatie en de administratieve processen, en is aan evaluatie toe. De vaststelling dat door het Fonds nauwelijks 8 % van de afgehandelde dossiers gegrond en (potentieel) vergoedbaar worden beoordeeld, onderstreept dit.

De opdrachten van het Fonds op het vlak van beleidsondersteuning of preventie, de tussenkomst bij discussies over de verzekeringsdekking of de vergoedingsvoorstellen van verzekeraars, en de organisatie van een bemiddelde schaderegeling zijn niet uitvoerbaar of niet uitgevoerd. Meerdere begrippen en voorwaarden moeten worden verduidelijkt via een gezaghebbend standpunt vanuit het Fonds.

De te grote focus op het eenzijdige karakter van de procedure voor het Fonds leidt ertoe dat het nut van een tegensprekelijk debat verloren gaat en er te weinig een beroep wordt gedaan op andere vormen van geschillenregeling.

In verhouding tot de nodige tijd en kosten voor de dossierafhandeling, is de vaststelling dat slechts een relatief klein aandeel aanvragen gegrond wordt verklaard, moeilijk te verantwoorden.

De lage vergoedingsgraad zet de bestaansreden zelf van het Fonds op de helling, wat noopt tot heroverweging van de relevantie van de wet medische ongevallen en de rol van het Fonds. De concrete aanbevelingen die het Rekenhof formuleerde over het beheer van de dienst en over het dossierbeheer zullen niet volstaan. Er is duidelijk nood aan een meer fundamentele aanpak op lange termijn. Daarbij is een essentiële rol weggelegd voor het beheerscomité, met alle daarin vertegenwoordigde stakeholders.

In zijn antwoord erkent het Fonds dat het op twee moeilijk oplosbare problemen stuit: de opgebouwde dossierachterstand en de moeilijke zoektocht naar een evenwicht tussen snelheid en zorgvuldigheid in de afhandeling van de dossiers. Het Fonds neemt echter geen standpunt in over de conceptuele knelpunten en geeft aan dat een oplossing voor de problemen ten gronde niet tot zijn bevoegdheid behoort of dat deze wordt belemmerd door een strategische houding van de verzekeraars om adviezen van het Fonds systematisch te betwisten, een visie die het Rekenhof niet deelt.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderschrijft de vaststellingen van de audit. Ze bevestigt dat de reeds geleverde inspanningen op operationeel vlak niet volstaan en dat een meer fundamentele aanpak is vereist. Een werkgroep "Visie" moet het wettelijke kader en de missie van het Fonds verder evalueren. De minister geeft aan dat de uitgebreide samenstelling van het beheerscomité van het Fonds de besluitvorming bemoeilijkt.

Hoofdstuk 1**Inleiding 15**

1.1	Medische ongevallen: aansprakelijkheid en vergoeding	15
1.2	Audit van het Rekenhof	16
1.2.1	Context	16
1.2.2	Onderzoeksvragen	17
1.2.3	Onderzoeksmethode	17
1.2.4	Verloop van de audit	18

Hoofdstuk 2**Realisatie van de doelstellingen 19**

2.1	Snelheid	20
2.1.1	Doorlooptijd	21
2.1.2	Dossierachterstand	22
2.2	Frequentie	24
2.2.1	Absoluut aantal	24
2.2.2	Relatief aandeel	25
2.3	Kostprijs	26
2.3.1	Vergoedingen	26
2.3.2	Kosten	28
2.4	Verzekeraarbaarheid	30
2.4.1	Verwachte invloed	30
2.4.2	Werkelijke invloed	31
2.5	Deelconclusie	31

Hoofdstuk 3**Operationele knelpunten 33**

3.1	Organisatiemodel	33
3.1.1	Rechtsvorm	33
3.1.2	Organigram	35
3.1.3	Planning	36
3.2	Personeel	37
3.2.1	Omvang	37
3.2.2	Beleid	38
3.3	Budget	39
3.3.1	Ontvangsten	39
3.3.2	Uitgaven	42
3.4	Informatica	44
3.4.1	Draagwijdte	44
3.4.2	Invoering	45
3.5	Deelconclusie	46

Hoofdstuk 4**Procesmatige knelpunten 47**

4.1	Overzicht	47
4.2	Controle van de aanvraag	49
4.2.1	Controle van de volledigheid	49
4.2.2	Controle van de ontvankelijkheid	50

4.3	Informatieverzameling	51
4.3.1	Selectie van informatie	51
4.3.2	Aanlevering van informatie	52
4.3.3	Verwerking van informatie	53
4.3.4	Reorganisatie van de informatieverzameling	53
4.4	Medisch verslag van het ongeval	55
4.4.1	Aard en draagwijdte	55
4.4.2	Aantal en doorlooptijd	57
4.5	Juridisch advies over het ongeval	59
4.5.1	Procesbeschrijving	59
4.5.2	Doorlooptijd	59
4.5.3	Structuur en inhoud	60
4.6	Afwikkeling van het dossier	61
4.6.1	Opvolging	61
4.6.2	Vergoeding	62
4.6.3	Terugvordering	64
4.7	Communicatie	64
4.8	Deelconclusie	66
Hoofdstuk 5		
Conceptuele knelpunten		67
5.1	Toegang tot het Fonds	67
5.1.1	Context	67
5.1.2	Knelpunten	68
5.1.3	Alternatieven	69
5.2	Adviserende en vergoedende rol van het Fonds	70
5.2.1	Context	70
5.2.2	Knelpunten inzake aansprakelijkheid	71
5.2.3	Knelpunten inzake verzekeringen	72
5.2.4	Alternatieven	73
5.3	Bemiddelende rol van het Fonds	75
5.3.1	Context	75
5.3.2	Knelpunten	77
5.3.3	Alternatieven	77
5.4	Beleidsondersteunende rol van het Fonds	79
5.4.1	Context	79
5.4.2	Knelpunten	79
5.4.3	Alternatieven	80
5.5	Deelconclusie	80
Hoofdstuk 6		
Algemeen besluit en aanbevelingen		83
6.1	Algemeen besluit	83
6.2	Aanbevelingen	83

Hoofdstuk 7

Reactie van het Fonds en de minister	85
---	-----------

7.1 Reactie van het Fonds	85
---------------------------	----

7.2 Reactie van de minister	85
-----------------------------	----

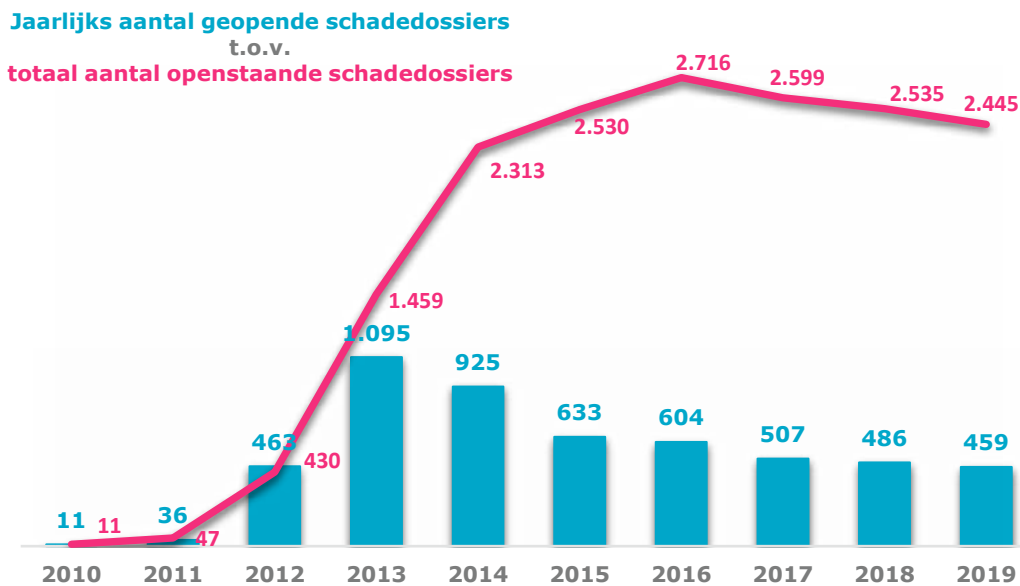
Bijlagen

Bijlage 1	Begrotingsuitvoering FMO 2010-2018 (voorlopige cijfers vanaf 2015)	89
------------------	---	-----------

Bijlage 2	Synthese van de aanbevelingen voor het beheer van de dienst en de dossiers	91
------------------	---	-----------

Bijlage 3	Antwoord van de minister	93
------------------	---------------------------------	-----------

Fonds voor de Medische Ongevallen in cijfers (2010-2019)



5.219	Totaal aantal geopende schadedossiers
2.774	Totaal aantal afgehandelde schadedossiers
Waarvan tot 2018 ¹ :	110 afgehandelde dossiers met schadevergoeding 16,3 miljoen euro aan schadevergoedingen
11.000-12.000 euro	Gemiddelde kost van een schadedossier (raming)
5,3 jaar	Gemiddelde doorlooptijd van aanvraag tot schadevergoeding (2018)

¹ Tot 2019 zou dit oplopen tot ongeveer 149 dossiers en 22,1 miljoen euro betaalde schadevergoedingen.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Medische ongevallen: aansprakelijkheid en vergoeding

Het slachtoffer van een ongeval met lichamelijke schade kan in principe rekenen op bepaalde vergoedingen van de sociale zekerheid (bv. voor de kosten voor verzorging van de letsels of voor de veroorzaakte arbeidsongeschiktheid) en soms ook van eigen verzekeringen (bv. een hospitalisatieverzekering). Maar schade waarvoor die vergoedingen niet bestaan of niet volstaan zal het slachtoffer zelf moeten dragen, tenzij een derde wegens een aangetoonde of vermoede fout voor het ongeval aansprakelijk kan worden gesteld. Bij een medisch ongeval is dat bewijs echter moeilijk te leveren en vergt dit vaak lange en dure gerechtelijke procedures. Na onderzoek van diverse pistes om aan die problematiek tegemoet te komen, heeft de wetgever in 2010 een specifieke regeling uitgewerkt voor medische ongevallen.

Wetgeving

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna: “wet medische ongevallen”) verleent het slachtoffer van een medisch ongeval recht op (gratis) advies over de vraag of een zorgverlener voor het ongeval aansprakelijk is, en waarborgt in dat geval ook dat de schade effectief wordt vergoed. In beperkte gevallen is er ook een vergoeding bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Die tussenkomsten worden verstrekt door het *Fonds voor de Medische Ongevallen* (hierna “het Fonds”) dat door dezelfde wet werd opgericht. Het Fonds is een autonome dienst van het Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Toepassingsgebied

De wet is van toepassing als er sprake is van schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg door een zorgverlener (in België en na 2 april 2010)²:

- *Verstrekkingen van gezondheidszorg* zijn omschreven als diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden of herstellen van de gezondheidstoestand, maar zonder medische experimenten of esthetische ingrepen buiten de verplichte ziekteverzekering.
- *Zorgverleners* zijn zowel individuele beroepsbeoefenaars uit de medische en paramedische sector (bv. artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, ergotherapeuten, bandagisten) als verzorgingsinstellingen (bv. ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, bloedcentra).

² Artikel 2 en 3 wet medische ongevallen van 31 maart 2010 (in de verdere voetnoten verkort als WMO).

Regeling

Het slachtoffer³ is vrij om al dan niet aanspraak te maken op de rechten uit de wet medische ongevallen. Gebeurt dat niet, dan wordt het ongeval net als vroeger zonder enige tussenkomst van het Fonds gerechtelijk of minnelijk afgehandeld⁴. Wordt de tussenkomst wel aangevraagd, dan zal het Fonds aan de hand van medisch en juridisch onderzoek een advies verstrekken over de aansprakelijkheid voor het ongeval, en soms ook de schadevergoeding waarborgen:

- Is er volgens het advies sprake van een *medisch ongeval met aansprakelijkheid*, dan vergoedt het Fonds de schade als de zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is, als de verzekeraar een kennelijk ontoereikend vergoedingsvoorstel doet, of als de verzekeraar zich niet neerlegt bij het advies en de aansprakelijkheid van de zorgverlener betwist. In dat laatste geval vergoedt het Fonds de schade alleen als ze een bepaalde *ernstgraad* overschrijdt: het moet gaan om overlijden, blijvende invaliditeit van minstens 25 %, tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes maanden gedurende een jaar, of een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden. Bij een medisch ongeval met aansprakelijkheid vordert het Fonds de betaalde vergoedingen terug van de aansprakelijk geachte zorgverlener of zijn verzekeraar.
- Is er volgens het advies sprake van een *medisch ongeval zonder aansprakelijkheid*, dan neemt het Fonds in eerder uitzonderlijke omstandigheden de vergoeding van de schade zelf ten laste, met name als de schade niet alleen voldoet aan de voornoemde ernstcriteria maar ook *abnormaal* van aard is (d.i. schade die zich niet had moeten voordoen gelet op de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie).

1.2 Audit van het Rekenhof

1.2.1 Context

Reeds bij de bekendmaking van de wet medische ongevallen was er – vooral uit academische hoek – kritiek op de gebruikte definities (bv. het vage begrip *abnormale schade*), de toegepaste uitsluitingen (bv. van medische experimenten) en de verwarrende draagwijdte van de wet (bv. bij schade door een gebrekkig product, zoals een implantaat of geneesmiddel⁵). Daarnaast kwam er – vooral in de media – toenemende kritiek op het (te) trage dossierbeheer bij het Fonds. Nochtans zijn diverse maatregelen genomen om de werking op punt te stellen. Zo werd in 2014 en 2015 de personeelsproblematiek aangepakt met bijstand van een consultant. Vanaf 2016 en 2017 werd ook ingezet op digitale procesondersteuning, een snellere afhandeling van ernstige ongevallen en een vlottere gegevensuitwisseling met experts.

De verhoopde substantiële verbeteringen bleven echter achterwege en midden 2018 werd opnieuw een consultant aangesteld om de werkprocessen van het Fonds door te lichten. Het Rekenhof besliste om de eindresultaten van die doorlichting niet af te wachten en een eigen audit uit te voeren naar de knelpunten in de organisatie en de werking van het Fonds.

³ In dit verslag wordt met slachtoffer zowel de patiënt bedoeld als de naasten of nabestaanden van de patiënt die door het ongeval schade hebben opgelopen.

⁴ Het slachtoffer mag er echter nog voor kiezen om in de loop van een gerechtelijke procedure over te stappen naar de administratieve procedure (of omgekeerd).

⁵ Bij schade die (mee) te wijten is aan een gebrekkig product geldt een aparte regeling van foutloze aansprakelijkheid van de producent (wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken).

1.2.2 Onderzoeksvragen

Het Rekenhof wenste na te gaan of het Fonds wel voldoet en kan voldoen aan de verwachtingen van de wetgever om “een motorfunctie” te vervullen en “de hoeksteen” te zijn⁶ bij de realisatie van de verschillende verbeteringen die de wet medische ongevallen beoogt. Het heeft die probleemstelling vertaald in twee onderzoeksvragen:

- 1 In welke mate is het Fonds erin geslaagd de doelstellingen van de wetgever te realiseren?
- 2 Biedt het wettelijke en organisatorische kader voldoende waarborgen voor de realisatie van de opdrachten van het Fonds?

De eerste onderzoeksvraag wordt behandeld in hoofdstuk 2. Daarin wordt de realisatie van de doelstellingen van de wet medische ongevallen gemeten aan de hand van indicatoren over het verwachte aantal aangiftes, de nodige beheerskosten, de vooropgestelde doorlooptijd en de verhoopte impact op verzekeringsvlak.

De tweede onderzoeksvraag evalueert de werking van het Fonds vanuit operationele, procesmatige en conceptuele invalshoek. Die drie invalshoeken vormen elk afzonderlijk de hoofdstukken 3, 4 en 5 van dit rapport.

1.2.3 Onderzoeksmethode

In de eerste plaats analyseerde het Rekenhof de betrokken reglementering en de daaraan gekoppelde beleids- en verantwoordingsdocumenten, in het bijzonder de parlementaire voorbereiding van de wet medische ongevallen, alsook de rechtsleer.

Vervolgens selecteerde het Rekenhof de nodige onderzoeksgegevens uit interne stukken van het Fonds (notulen van het beheerscomité, activiteitenverslagen, richtlijnen, nota's, begroting en boekhouding) en hield het interviews met personeelsleden van het Fonds. Parallel daarmee onderzocht het Rekenhof het dossierbeheerssysteem “DAMO” van het Fonds⁷ en de gegevens die hierin tot 2018 waren opgenomen, alsook een selectie van adviezen om zijn auditbevindingen verder af te toetsen⁸.

Tot slot vond een uitgebreid gesprek plaats met de voorzitter en ondervoorzitter van het beheerscomité van het Fonds om de rol van dat beheerscomité te verduidelijken⁹. Ook werd contact opgenomen met de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen (Assuralia) om gegevens te bekomen over de polisvoorwaarden en het schadebeheer bij verzekeringen burgerlijke aansprakelijkheid voor individuele zorgverleners en voor zorginstellingen.

6 Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.14, www.dekamer.be.

7 DAMO is een acroniem voor “Dossiers Accidents Médicaux-Medische Ongevallen”. Dat beheerssysteem moet de noodzakelijke data aanleveren om de dagelijkse werking gericht te kunnen aansturen (bv. op het vlak van doorlooptijden).

8 Geanonimiseerde adviezen, te raadplegen op www.riziv.fgov.be/nl/themas/medische-ongevallen/Paginas/default.aspx.

9 De consultant had de leden van het beheerscomité immers al bevroegd om een visienota te kunnen opmaken over de rol van het Fonds. Die leden vertegenwoordigen de verschillende stakeholders: zorgverleners, verzorgingsinstellingen, patiënten, verzekeraars en ziekenfondsen, maar ook specialisten medisch recht en de financiers van de regeling (overheid, werkgevers, werknemers, zelfstandigen).

Bij de uitvoering van de audit kon bij alle betrokkenen op een vlotte medewerking worden gerekend. Het auditteam werd ook geïnformeerd over de vooruitgang in de werkzaamheden van de consultant bij het Fonds, zodat onnodig dubbel onderzoek kon worden vermeden.

1.2.4 Verloop van de audit

3 oktober 2018	Aankondiging van de audit bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de administrateur-generaal van het RIZIV
April tot oktober 2019 ¹⁰	Uitvoering van de audit
3 maart 2020	Verzending van het ontwerpverslag naar de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de administrateur-generaal van het RIZIV en de directeur van het Fonds
20 april 2020	Antwoord van het Fonds
28 april 2020	Antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Het Rekenhof heeft de reacties van het Fonds en van de minister verwerkt in zijn verslag (zie hoofdstuk 7).

Het grootste deel van de reactie van het Fonds bestaat uit een uitgebreide punctuele analyse van het ontwerpverslag van de audit. Daarbij worden – gesteund op tientallen bijlagen – sommige auditbevindingen vanuit administratief oogpunt verder omkaderd. Voor de verslaggeving van de audit voegde deze analyse over het algemeen echter geen informatie toe die moet leiden tot bijstelling van de vaststellingen van het Rekenhof. Wel werden enkele punctuele aanpassingen aangebracht in de tekst (bij de voorbeelden of verwijzingen), en zijn een aantal cijfergegevens – waar mogelijk – geactualiseerd.

Het antwoord van de minister is integraal opgenomen als bijlage 3.

¹⁰ De meeste onderzoekswerkzaamheden vonden pas plaats vanaf april 2019. Het Fonds had immers enkele belangrijke aanpassingen in de handleidingen en procesbeschrijvingen uitgesteld tot de eerste helft van 2019. Ook was beslist nieuwe coördinatoren aan te stellen bij het Fonds om het dossierbeheer op medisch en juridisch vlak beter te organiseren. En tot slot was gepland dat werkgroepen binnen het Fonds tijdens het tweede kwartaal van 2019 nog voorstellen zouden uitwerken over gewenste of noodzakelijke wijzigingen in de werking van het Fonds, terwijl ondertussen ook de opdracht van de consultant werd verlengd. Het Rekenhof achtte het aangewezen het resultaat van die initiatieven mee te verwerken in zijn audit. In oktober 2019 sloot het zijn auditwerkzaamheden af, hoewel een deel van de voornoemde aanpassingen of voorstellen nog niet waren geconcretiseerd.

Hoofdstuk 2

Realisatie van de doelstellingen

De mate waarin het Fonds bijdraagt tot de realisatie van de doelstellingen van de wet medische ongevallen is grotendeels meetbaar. Het Rekenhof heeft die meting doorgevoerd vanuit vier invalshoeken:

- de *snelheid* waarmee het Fonds een dossier afhandelt;
- de *frequentie* waarmee bij medische ongevallen een beroep wordt gedaan op de tussenkomst door het Fonds;
- de *kosten* die het Fonds maakt om de tussenkomst te verstrekken;
- de impact op de *verzekerbaarheid* van medische risico's.

De indicatoren voor de meting liggen vast in de wet, of zijn bepaald in ramingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) waarop de wetgever zich heeft gebaseerd om de draagwijdte van de wet af te bakenen¹¹.

Box 1 – Beknopte toelichting van de wettelijke doelstellingen¹²

De wetgever wilde dat medische ongevallen dankzij de administratieve procedure voortaan sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender konden worden afgehandeld dan bij een gerechtelijke procedure, en dit in het belang van alle betrokken partijen:

Slachtoffers zouden bij een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds in principe al binnen de zes maanden zicht krijgen op hun eventuele recht op schadevergoeding, zonder daartoe eerst een vaak lange en dure gerechtelijke procedure te moeten aanvatten met onzeker resultaat. Het Fonds zou op basis van de schadedossiers bovendien aanbevelingen kunnen doen voor een betere preventie van medische ongevallen.

Ook de zorgverleners en hun verzekeraars en zelfs de maatschappij zouden met de nieuwe procedure hun voordeel doen. De kosten, tijd en onzekerheid die gepaard gaan met een toename van het aantal gerechtelijke procedures wegen immers ook bij de zorgverleners door, zijn mee de oorzaak van onnodige en ongewenste defensieve geneeskunde (bv. het overmatig voorschrijven van labo-onderzoek) en leiden tot een steeds kleiner aanbod van verzekeringen voor medische risico's of bepaalde medische beroepen.

De kostprijs van de tussenkomsten van het Fonds, die ten laste valt van de sociale zekerheid, moest voor de wetgever wel beheersbaar blijven. Het Fonds vergoedt daarom in de meeste gevallen enkel schade die aan ernstcriteria voldoet, en dit pas als komt vast te staan dat de verzekeraar van de zorgverlener die schade niet wil of kan ten laste nemen (zie punt 1.1). Bovendien moeten vergoedingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering of van eigen schadeverzekeringen van het slachtoffer in mindering worden gebracht van de vergoeding die het Fonds verschuldigd is.

¹¹ Over die ramingen, opgesteld tussen 2004 en 2009, is verslag uitgebracht in vijf "KCE-rapporten": kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14.

¹² Zie de memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voor een meer uitgebreide versie (*Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, www.dekamer.be).

2.1 Snelheid

De belangrijkste doelstelling van de wetgever was om het slachtoffer voortaan veel sneller zicht te geven op de mogelijke vergoeding van het ongeval¹³. Dit moest ook helpen de afhandeling van medische ongevallen weg te leiden van gerechtelijke procedures, en op die manier andere doelstellingen te realiseren zoals een stabilisering van de verzekeringspremies.

Dat het Fonds er echter niet in slaagt die doelstelling te realiseren, is recent nogmaals bevestigd doordat een rechtbank het Fonds op straffe van een dwangsom heeft verplicht binnen de zes weken een advies te verstrekken¹⁴.

Box 2 – Problematiek van de doorlooptijd: een case

Op 2 september 2013 valt een zware kast op de linkerhand van X. Een eerste vinger moet worden geamputeerd, bij een tweede vinger is er een blijvende bewegingsbeperking. De ingreep of de nazorg zouden echter niet zorgvuldig zijn gebeurd. X dagvaardt de betrokken zorgverleners, maar beslist op 22 april 2016 om de gerechtelijke procedure op te schorten en de tussenkomst van het Fonds aan te vragen.

Na twee maanden bevestigt het Fonds de ontvangst van zijn aanvraag, en nog eens vier maanden later vraagt het Fonds bijkomende gegevens op die X binnen de twee dagen doorstuurt. Verder ontvangt X geen enkele informatie over de voortgang van zijn dossier, ook niet nadat hij het Fonds daarvoor in de tweede helft van 2017 tweemaal in gebreke stelt. Het Fonds verduidelijkt enkel dat zijn dossier *in de wacht* staat voor medische expertise. Hierop vraagt X aan de rechtbank om het Fonds te verplichten hem het advies te verstrekken op straffe van een dwangsom van 100 euro per verdere dag vertraging.

Op 12 november 2018 oordeelt de rechtbank dat geen enkel feit kan verantwoorden waarom nog steeds geen advies voorligt. Het argument van het Fonds dat X met zijn vordering de wacht rij wil voorbijsteken die het gevolg zou zijn van ontoereikende middelen en personeel, wordt niet gevolgd door de rechtbank. Met operationele problemen bij het Fonds heeft X volgens het vonnis geen uitstaans: hij heeft wettelijk recht op een advies binnen een redelijke termijn, en hij mag dat recht desnoods afdwingen. De rechter stelt dat de redelijke termijn hier is verstreken: 2,5 jaar na de aanvraag ligt nog steeds geen advies voor. Daarbij komt nog dat het Fonds al die tijd heeft nagelaten X te informeren over de stand van zaken.

De rechtbank verleent het Fonds niettemin de gunst om alsnog binnen de zes weken het advies te bezorgen, zo niet worden de gevorderde dwangsommen toegekend. Het Fonds heeft uiteindelijk binnen die termijn advies verstrekt.

¹³ Het belang dat de wetgever aan een snel dossierbeheer hecht, blijkt ook uit het feit dat de wet de procedurele stappen gedetailleerd omschrijft en koppelt aan termijnen waarvan de naleving soms ook met sancties wordt afdwongen. Als een zorgverlener bv. nalaat binnen de maand in te gaan op een herinnering om informatie te bezorgen, dan is die zorgverlener aan het Fonds een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag vertraging verschuldigd.

¹⁴ Vonnis van 12 november 2018 van de Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg Brussel (3^e Kamer), niet gepubliceerd.

Om de invalshoek snelheid te beoordelen, heeft het Rekenhof de globale doorlooptijd tot aan het advies onderzocht. Het slachtoffer mag er volgens de wet¹⁵ op rekenen dat het Fonds binnen een termijn van zes maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag een advies zal voorleggen over de eventuele aansprakelijkheid en vergoeding voor het ongeval¹⁶. Die termijn is weliswaar slechts *indicatief*: aan de overschrijding ervan zijn geen directe gevolgen verbonden. De wetgever verantwoordt die keuze als volgt¹⁷:

“Vele redenen kunnen de verlenging van de termijn als gevolg hebben (een partij die onderzocht wordt door het Fonds antwoordt niet tijdig, de expertise blijkt complexer dan voorzien en moet worden verlengd, het dossier is bijzonder complex, ...) en het is bijzonder moeilijk om een juiste en pertinente sanctie te voorzien ingeval de termijn niet wordt gerespecteerd. Toch is het opportuun dat de wetgever een indicatie geeft van de termijn waarbinnen het Fonds zijn advies uitbrengt. Er wordt dus een termijn van 6 maanden voorzien voor de behandeling van de dossiers met een middelmatige complexiteit waarin de partijen normaal meewerken aan de procedure. Deze termijn van 6 maanden zal voor het Fonds de na te streven doelstelling zijn”.

2.1.1 Doorlooptijd

Uit onderzoek van 1.849 dossiers waarin tussen 2013 en 2018 een advies is geregistreerd¹⁸, stelt het Rekenhof vast dat het advies gemiddeld 38 maanden (of 1.166 dagen, zie tabel 1) na de ontvangst van de aanvraag wordt verstrekt in plaats van de wettelijke indicatieve termijn van zes maanden. Het globaal gemiddelde van 38 maanden verbergt echter dat de doorlooptijd tot aan het advies van jaar tot jaar blijft toenemen. De adviezen die het Fonds in 2018 heeft verstrekt, vergden al een doorlooptijd van 46,5 maanden. Overigens is het Fonds er nog in geen enkel dossier in geslaagd de termijn van zes maanden te respecteren.

Tabel 1 – Aantal adviezen en gemiddelde doorlooptijd ervan (in dagen) per jaar en over de volledige periode 2013-2018^(*)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018
Aantal adviezen	11	75	350	429	467	517	1.849
Gemiddeld aantal dagen per advies	327	629	866	1.099	1.282	1.416	1.166

^(*) Volgens recente gegevens werden in 2019 504 adviezen opgesteld met een gemiddelde doorlooptijd van 1.607 dagen. Hierdoor loopt de gemiddelde doorlooptijd 2013-2019 verder op tot 1.261 dagen.

Bron: Rekenhof, op basis van gegevens uit het beheerssysteem DAMO

¹⁵ Artikel 21 WMO.

¹⁶ Voor de beoordeling van de ontvankelijkheid geldt geen aparte termijn: de vraag naar de ontvankelijkheid gaat echter hoe dan ook de beoordeling van de gegrondheid van de aanvraag vooraf (waarvoor dus een termijn van zes maanden geldt) en kan in de praktijk meestal al kort na de ontvangst van de aanvraag eenvoudig worden beslist. Het toepassingsgebied van de wet is immers ruim, en de uitzonderingen beperkt. Niettemin kan het voorkomen dat pas na een expertise blijkt dat een ongeval niet te wijten is aan een zorgverstrekking en de aanvraag derhalve onontvankelijk is.

¹⁷ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.62, www.dekamer.be.

¹⁸ Er waren ondertussen 2.225 dossiers gesloten, maar niet alle aangiftes leiden tot een advies: een deel is onontvankelijk en een deel van de dossiers wordt vroegtijdig stopgezet door het slachtoffer zelf.

De nog openstaande dossiers (zie tabel 2) hebben al een gemiddelde behandelingstermijn van 32 maanden doorlopen, en bij een kwart ervan bedraagt die al meer dan vier jaar. Daarin is nog geen rekening gehouden met de lange doorlooptijden in 104 openstaande dossiers waarin het oordeel van het Fonds het voorwerp is van een gerechtelijke procedure.

Tabel 2 – Openstaande dossiers eind 2018 (volgens jaar van aanvraag tussenkomst)^(*)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Openstaande dossiers	84	229	374	434	519	432	462	2.534
(waarvan gerechtelijk betwist)	50	39	10	2	1	2	0	104

^(*) Het beperkte aantal aanvragen dat werd ingediend voordat het Fonds in 2012 operationeel werd – 11 aanvragen in 2010 en 36 in 2011 – zijn in deze audit mee verwerkt in de cijfergegevens voor 2012 (hiervan stonden nog vier dossiers open van 2011 omdat ze het voorwerp waren van een gerechtelijke procedure).

Bron: statistieken 2018 van het Fonds

2.1.2 Dossierachterstand

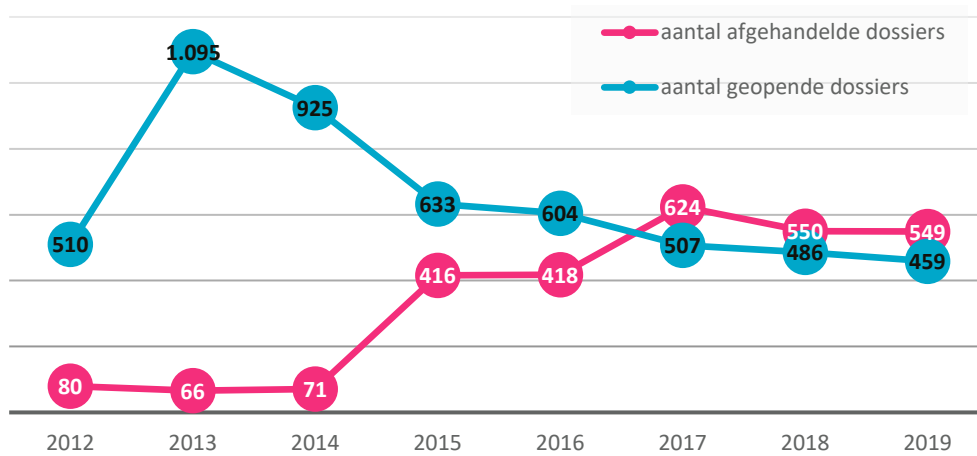
Het Fonds bouwde al van bij de start een grote dossierachterstand op. Eind 2014 had het amper 8,6 % (217 dossiers) van de toen 2.530 geopende dossiers kunnen afhandelen. Die situatie was echter te wijten aan een combinatie van externe factoren die het Fonds de eerste jaren verhinderden de werkzaamheden aan te vatten. Vanaf 2015 was deze moeilijke opstartfase grotendeels achter de rug.

Box 3 – Moeilijke opstart van het Fonds

Terwijl de wet medische ongevallen al van toepassing was voor schadeverwekkende feiten die dateerden vanaf 2 april 2010, kon het Fonds meer dan twee jaar lang geen enkele aanvraag behandelen omdat de uitvoeringsbesluiten over de werking van de instelling nog ontbraken. Het Rekenhof heeft toen al nadrukkelijk op die lacune en de gevolgen ervan gewezen¹⁹. Zodra het Fonds vanaf 1 september 2012 eindelijk operationeel kon worden, stond de rechtsvorm van een afzonderlijke openbare instelling een efficiënte organisatie van de werkzaamheden in de weg. Het Fonds werd daarom in 2013 omgevormd tot een dienst van het RIZIV (zie verder hoofdstuk 4). Tegelijk verliep de samenstelling van het nodige personeelsbestand moeizaam omdat zich voor de vereiste juridische en medische profielen weinig kandidaten aanboden.

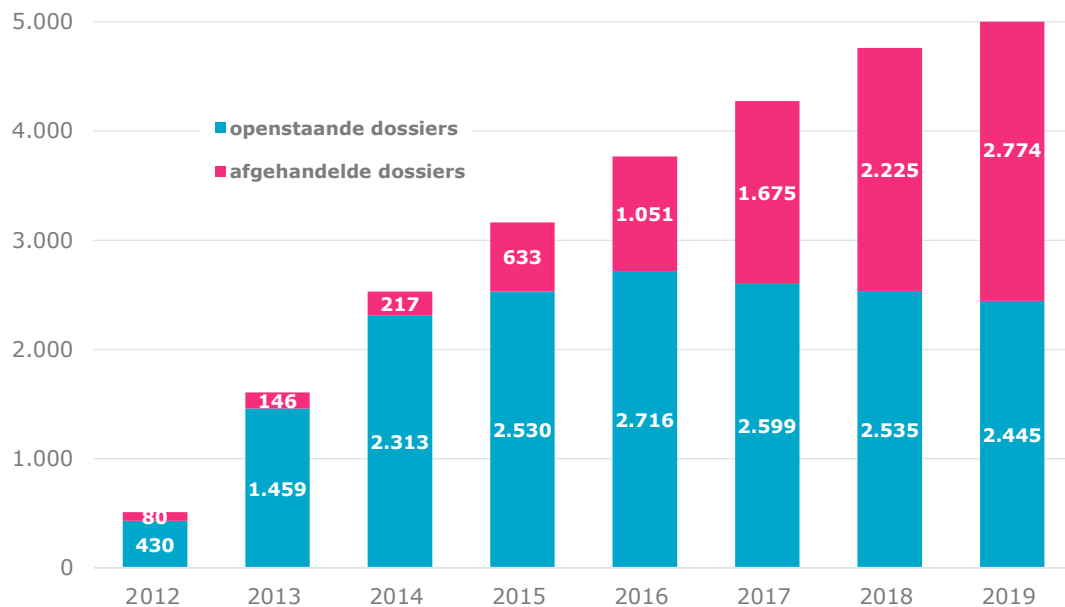
Anders dan in het Activiteitenverslag 2018 van het Fonds wordt aangegeven, kan echter moeilijk worden gesteld dat in 2017 een trendbreuk is ingezet. Het feit dat nu meer dossiers worden afgehandeld dan geopend, is evenzeer toe te schrijven aan een afnemend aantal nieuwe aanvragen als aan een toenemend aantal afgehandelde dossiers (zie grafiek 1).

¹⁹ Rekenhof, *Boek 2011 over de Sociale Zekerheid*, verslag aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, oktober 2011, p. 172-174 en *Boek 2012 over de Sociale Zekerheid*, november 2012, p. 277, www.rekenhof.be.

Grafiek 1 – Evolutie van het aantal nieuw geopende en afgehandelde dossiers per jaar

Bron: jaarlijkse activiteitenverslagen van het Fonds²⁰ met geactualiseerde cijfers voor 2019

Van een structurele afbouw van de dossierachterstand is nog steeds geen sprake: sinds eind 2014 blijven ongeveer 2.500 dossiers openstaan (zie grafiek 2). Als de doorlooptijden niet substantieel worden ingekort (door procesmatig en/of conceptueel in te grijpen), dan kan het Fonds er onmogelijk in slagen de omvang van de achterstand structureel af te bouwen.

Grafiek 2 – Evolutie 2012-2019 van het aantal afgehandelde en nog openstaande^(*) dossiers (stand van zaken op 31/12 van elk jaar)

(*) Inclusief dossiers die nog gerechtelijk worden betwist en dossiers waarvoor de schadeafhandeling nog lopende is.

Bron: jaarlijkse activiteitenverslagen van het Fonds²⁰ met geactualiseerde cijfers voor 2019

2.2 Frequentie

2.2.1 Absoluut aantal

Gespreid over de periode van tien jaar waarin de wet medische ongevallen nu van toepassing is, heeft het Fonds jaarlijks ongeveer 550 nieuwe dossiers geopend²¹. Zoals verder in dit verslag behandeld, ontbreekt met een dergelijk beperkt dossiervolume de nodige schaal-grootte om beheerskosten te spreiden en om expertise op te bouwen of aan preventie te doen.

Het reeds beperkte dossiervolume neemt bovendien jaar na jaar nog verder af: in 2019 werd al bijna een derde minder nieuwe aangiftes geteld dan in 2015 (ongeveer 450 tegenover 633). Die evolutie gaat in tegen de verwachting dat het aantal aangiftes bij de invoering van een nieuwe vergoedingsregeling normaal gedurende vijf tot tien jaar sterk moet stijgen²². De verwachte stijging was trouwens ook in alle ramingen van het KCE verwerkt²³.

De vaststelling dat het aantal aangiftes nu al vijf jaar lang daalt in plaats van stijgt, is dan ook een ernstige indicator dat het vertrouwen in de toepassing van de administratieve procedure voor het Fonds afneemt.

²¹ Grafiek 1 onder het vorige punt toont weliswaar een grillig verloop met een piek van het aantal nieuw geopende dossiers in 2013 en 2014, maar die moet worden uitgevlakt. Wellicht is toen een groot aantal uitgestelde aangiftes gebeurd: de werking van het Fonds kon immers pas in die periode effectief worden opgestart terwijl de wet wel al van toepassing was op medische ongevallen vanaf april 2010. Bovendien kreeg die opstart veel aandacht in de media, wat wellicht ook een invloed had op het aantal aangiftes.

²² De effecten van een nieuwe vergoedingsregeling zijn immers gespreid in de tijd. Vooreerst valt een schadeverwekkend feit niet noodzakelijk samen met de datum waarop de schade wordt vastgesteld. Zeker bij een medisch ongeval is dat vaak het geval. Daarenboven verstrijkt steeds enige tijd tussen de vaststelling van de schade en de beslissing om voor die schade een vergoeding te vragen en daartoe een schadeaangifte in te dienen. Het is dus best mogelijk dat tot de helft van alle medische ongevallen tijdens een bepaald jaar pas in de daaropvolgende jaren bij het Fonds wordt aangegeven. Artikel 12, §3, WMO bepaalt wel dat de aanvraag moet gebeuren binnen de vijf jaar na de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade en van de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt, of binnen de twintig jaar na de dag waarop het schadeverwekkende feit zich heeft voorgedaan.

²³ Het KCE werkte daartoe een statistisch model uit waarin het aantal aangiftes over een periode van tien jaar na de invoering van de wet toeneemt (gedurende die periode werkt het effect zoals beschreven in vorige voetnoot immers cumulatief – want het geldt voor elk opeenvolgend jaar afzonderlijk – waarna het aantal jaarlijkse aangiftes stabiliseert).

Box 4 – Mogelijke verklaringen voor het dalende aantal aangiftes bij het Fonds

De reden waarom slachtoffers de administratieve procedure links laten liggen, zijn deels af te leiden uit verklaringen van ziekenfondsen, patiëntenverenigingen en verzekeraars²⁴. Een aangifte bij het Fonds zou vaak minder aangewezen zijn wegens de te lange behandelingsstermijn in combinatie met de onzekere kans op een gewaarborgde vergoeding, mee in de hand gewerkt door de vereiste ernstcriteria van de schade.

In nota's voor het beheerscomité geeft het Fonds zelf ook aan dat het eenzijdige en formalistische karakter van de procedure mogelijk een rol speelt en dat de procedure te weinig ruimte laat voor minnelijk overleg tussen de partijen. Op die factoren wordt ingegaan bij de procesmatige en conceptuele knelpunten (hoofdstuk 4 en 5).

Andere mogelijke verklarende factoren zijn dat het nieuwe recht op schadevergoeding bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid nog onvoldoende gekend is of dat het slachtoffer geen procedure tegen zijn behandelende zorgverlener wil opstarten (het Fonds kan een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid immers pas vergoeden nadat is vastgesteld dat er geen feit is dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener).

2.2.2 Relatief aandeel

De wet medische ongevallen had tot doel de schaderegeling weg te leiden van gerechtelijke procedures. De mate waarin dit ook effectief gebeurt, kan alleen worden gemeten door het aantal aanvragen om tussenkomst van het Fonds te vergelijken met de evolutie van het aantal aangiftes van medische ongevallen bij de verzekeraars²⁵. De statistieken van de FOD Justitie over het aantal rechtszaken in de medische sfeer reiken daartoe onvoldoende informatie aan²⁶.

Aan de hand van een ramingsmethode van het KCE in combinatie met recente cijfergegevens verstrekt door Assuralia (zie box 5) schat het Rekenhof in dat het slachtoffer er in ongeveer negen op de tien gevallen nog steeds voor kiest om, net als vroeger, een medisch ongeval zelf minnelijk of gerechtelijk met de verzekeraar van de zorgverlener af te handelen, en dus geen aanspraak te maken op een tussenkomst van het Fonds. De wet medische ongevallen kan er bijgevolg in elk geval niet toe hebben geleid dat er een relevante verschuiving van de gerechtelijke naar de administratieve procedure heeft plaatsgevonden²⁷.

²⁴ Zie onder meer persberichten en standpunten vertolkt binnen het beheerscomité van het Fonds.

²⁵ Vrijwel alle gerechtelijke procedures leiden immers tot het openen van een dossier bij de verzekeraar van de zorgverlener, want het komt slechts zelden voor dat de zorgverlener zich niet verzekert. Die verzekeraar heeft dan de leiding van het geschil: *“ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en in zover de belangen van de verzekeraar en van de verzekerde samenvallen, heeft de verzekeraar het recht om, in de plaats van de verzekerde, de vordering van de benadeelde te bestrijden; hij kan deze laatste vergoeden indien daartoe grond bestaat”* (artikel 143 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen).

²⁶ In die statistieken wordt immers niet geregistreerd wat de precieze aard van het geschil is (bv. geschillen over de grond van de zaak – de aansprakelijkheid of het bedrag van de vergoeding – of over de procedure, zoals de aanstelling van een deskundige).

²⁷ In dat verband kan trouwens worden opgemerkt dat het Fonds ondertussen zelf al in een toenemend aantal gerechtelijke geschillen betrokken is (zie onder meer ook punt 5.2).

Box 5 – Raming van het aantal aangiftes van medische ongevallen bij de verzekeraars

De beroepsaansprakelijkheid van (para)medici is verzekerd via hun eigen, aparte polis of via de polis van de zorginstelling waar ze werkzaam zijn.

Bij het eerste soort polissen registreerde Assuralia over het jaar 2017 (meest recente gegevens) 2.474 schadeaangiftes. Bij polissen van de zorginstellingen zijn schadeaangiftes voor medische risico's echter vermengd met een relatief groot aantal aangiftes voor gewone exploitatierisico's en risico's "na levering" (bv. schade door gebrekkige infrastructuur of verstrekte maaltijden), maar het KCE heeft in 2005 een methode uitgewerkt om daarin het aandeel van de medische ongevallen te ramen. De methode – die Assuralia nog steeds bruikbaar acht – komt erop neer dat het aantal aangiftes bij de polissen beroepsaansprakelijkheid per saldo met factor 1,63 wordt vermenigvuldigd om alle aangiftes voor medische ongevallen bij de verzekeraars te omvatten²⁸. Toegepast op de gegevens voor 2017 resulteert dit in ongeveer 4.000 aangiftes ($2.474 \times 1,63 = 4.033$). Op het totaal van de aangegeven medische ongevallen bij de verzekeraars en het Fonds samen (= $4.033 + 507$) is het aandeel van het Fonds dus slechts 11 % (= $507 / 4.540$). Dat aandeel blijkt ook over de globale periode 2010-2019 te kunnen worden aangehouden²⁹.

Strikt genomen zou de raming wel moeten worden bijgestuurd. De verhouding gaat immers niet helemaal op omdat de drempels voor een aangifte bij het Fonds en bij de verzekeraars verschillen, de waarborgen niet gelijklopen (bv. het Fonds vergoedt ook medische ongevallen zonder aansprakelijkheid) en er soms voor eenzelfde ongeval zowel bij het Fonds als bij de verzekeraar een dossier wordt geopend³⁰. Het Rekenhof schat echter in dat die elementen per saldo geen substantiële invloed hebben op de vaststelling dat het Fonds slechts ongeveer één op de tien (aangegeven) medische ongevallen behandelt.

2.3 Kostprijs

De invoering van een nieuwe vergoedingsregeling brengt uiteraard onzekerheid met zich mee over de uitgaven die zij teweegbrengt. Die uitgaven, te financieren vanuit de sociale zekerheid, moesten echter voor de wetgever beheersbaar blijven. Daarom werd het KCE belast met een gedetailleerde raming van de verwachte uitgaven, zowel wat betreft de vergoedingen aan de slachtoffers als alle overige uitgaven van het Fonds (zowel interne beheerskosten als uitgaven voor experts en advocaten, hierna samen "kosten" genoemd).

2.3.1 Vergoedingen

Cijfergegevens

Eind 2018 had het Fonds 335 dossiers gegrond verklaard: 285 dossiers met een aansprakelijke zorgverlener en 50 ongevallen zonder aansprakelijkheid maar met vergoedbare want abnormale en ernstige schade. In 165 dossiers met een aansprakelijke zorgverlener voldeed de schade niet aan de wettelijke ernstgraad: het Fonds moest daarbij in drie gevallen toch

²⁸ KCE-rapport 16A (fase II, 2005) p. 22-23, 33-34 en 39, en KCE-rapport 107A (fase V, 2009) p. v van de samenvatting (kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14).

²⁹ Daartoe werden bij Assuralia ook het aantal schadeaangiftes over de periode 2010-2016 opgevraagd.

³⁰ Het Fonds onderzoekt bij een ontvankelijke aanvraag immers steeds de aansprakelijkheid van de zorgverlener. De verzekeraar zal dan ook genoodzaakt zijn een eigen dossier te openen als kennis wordt genomen van een dergelijk lopend onderzoek (bv. bij uitnodiging voor deelname aan een expertise).

overgaan tot vergoeding omdat sprake was van een ontoereikend vergoedingsvoorstel van de verzekeraar of van het ontbreken van een verzekering.

Tabel 3 – Aantal gegronde en vergoede aanvragen, en vergoede bedragen (op 31/12/2018)

	Gegronde aanvragen	Vergoede aanvragen	Bedrag (in euro)
Medische ongevallen met aansprakelijkheid	285	63	7.834.498
waarvan onder de schadedrempel	165	3	67.934
Medische ongevallen zonder aansprakelijkheid	50	39	7.257.444
Te vergoeden na rechterlijke uitspraak ^(*)	-	8	1.180.263
Totaal	335	110	16.272.205

^(*) Dossiers waarin de beslissing van het Fonds om niet te vergoeden werd herzien na een rechterlijke uitspraak. Op basis van de gegevensbestanden kon niet worden bepaald of het medische ongevallen met of zonder aansprakelijkheid betrof.

Bron: Rekenhof, op basis van gegevens uit het beheerssysteem DAMO en financiële gegevens³¹

In 110 dossiers had het Fonds ook al effectief vergoedingen betaald, maar daarom nog niet voor de volledige schade: soms betreft het enkel voorschotten of een schadevergoeding uitbetaald in de vorm van een rente. Daarnaast had de verzekeraar in (amper) elf gevallen het advies van het Fonds gevolgd en zelf de vergoeding aan het slachtoffer uitbetaald. Bij de resterende 52 dossiers was de regeling van de vergoeding nog hangende³².

Bij tabel 3 moeten ook nog twee belangrijke preciseringen worden gemaakt:

- Eind 2018 had het Fonds in totaal 16,3 miljoen euro vergoedingen uitbetaald. 7,8 miljoen euro daarvan heeft betrekking op medische ongevallen waarin het Fonds aansprakelijkheid heeft weerhouden: dat bedrag moet het Fonds dus in principe volledig terugverdienen van de zorgverlener of zijn verzekeraar, wat de uiteindelijke kostprijs van de regeling uiteraard substantieel drukt.
- Vaak wordt de vergelijking gemaakt met het gemiddelde van 150 gegronde en 80 vergoede aanvragen *per jaar* uit de raming van het KCE (als de procedure op kruissnelheid zou zijn). Die vergelijking gaat echter niet op. Er wordt immers veel minder dan verwacht een beroep gedaan op de tussenkomst van het Fonds (zie punt 2.2), waaruit logischerwijze voortvloeit dat ook het aantal verschuldigde vergoedingen vermindert. Dat effect wordt dan nog eens versterkt door de lang aanslepende dossierbehandeling.

Evaluatie

Een analyse van de reeds betaalde vergoedingen is nog voorbarig, want te sterk beïnvloed door de toevallige omstandigheden van het beperkte aantal ongevallen dat reeds is vergoed³³. Ze kunnen dus nog niet worden vergeleken met de aantallen en de bedragen van de vergoedingen die het KCE had berekend en uitgesplitst over verschillende types van

³¹ Er werd hier gekozen voor de financiële gegevens omdat de geregistreerde budgettaire gegevens hiervan licht afwijken (cf. de totale vergoedingen bedragen 16.299.055 euro in tabel 4 en 16.272.205 euro in tabel 3). De problematiek van de registratie en rapportering van de verrichtingen bij het Fonds komt aan bod onder punt 3.3.

³² Volgens recentere gegevens zou het Fonds tot eind 2019 in 149 dossiers vergoedingen ten belope van in totaal 22,1 miljoen euro hebben uitbetaald.

³³ Pas bij een groot aantal aangiften en dus pas op langere termijn (>10 jaar) ontstaat een betrouwbaar beeld.

ongevallen (gewone, zware of catastrofale ongevallen). Op basis van de studie van het KCE kunnen de volgende vaststellingen worden gemaakt:

- Het KCE had statistisch berekend dat door de geldende schadedrempel slechts één op de tien ongevallen (9,16 %) in aanmerking zou komen voor een gewaarborgde vergoeding door het Fonds³⁴. Die verhouding komt echter geenszins tot uiting in de verstrekte adviezen: 120 van de 285 (42 %) gegronde aanvragen voor een medisch ongeval met aansprakelijkheid situeren zich boven de schadedrempel.
- Het KCE had ingeschat dat voor elk vergoedbaar medisch ongeval met aansprakelijkheid 3,22 tot 9,45 ongevallen zonder aansprakelijkheid voor een vergoeding door het Fonds in aanmerking zouden komen³⁵. In werkelijkheid gaat het echter om minder dan de helft (zie tabel 3 van dit verslag: 50 vs. 120 gegronde aanvragen boven de schadedrempel).

2.3.2 Kosten

Samenstelling

De kosten bedragen nu op jaarbasis 6,4 miljoen euro (2018). Ze bestaan voor twee derden uit kosten voor personeel en informatisering, en voor een derde uit vergoedingen voor advocaten en externe medische experts. Het Rekenhof formuleert daarbij de volgende opmerkingen (verder uitgediept in hoofdstuk 3 en 4, en gedetailleerd in bijlage 1):

- Personeel (3,1 miljoen euro in 2018): in 2010 was vooropgesteld dat 20 tot 25 personeelsleden zouden volstaan om het takenpakket van het Fonds te beheren, maar het kader voor 2019 is ondertussen meer dan dubbel zo hoog (57 ingeplande medewerkers) terwijl het aantal aanvragen tot tussenkomst van het Fonds veel lager is dan verwacht.
- Informatica (0,9 miljoen euro in 2018): de kosten blijven jaar na jaar relatief hoog en bedragen eind 2018 in totaal 6,13 miljoen euro of bijna 1.300 euro per dossier dat ondertussen bij het Fonds werd geopend, terwijl in de informatisering nog steeds grote hiaten bestaan die de dossierbeheerders moeten ondervangen door zelf gegevens bij te houden (bv. in afzonderlijke Excel-bestanden).
- Medische experts en advocaten (2 miljoen euro in 2018): er wordt op zeer grote schaal overgegaan tot expertises om de omstandigheden van het ongeval te bepalen en er moet ook steeds vaker een beroep worden gedaan op advocaten omdat het aantal gerechtelijke betwistingen van de beslissingen van het Fonds sterk toeneemt.

Omvang

De kosten kunnen sterk uiteenlopen: soms kan een dossier al na enkele weken worden afgesloten als de aanvraag onontvankelijk blijkt te zijn, maar meestal sleept de behandeling aan door problemen bij de interne organisatie van het Fonds, een moeizame expertise, de complexiteit van het ongeval of een gerechtelijke betwisting. De grote verscheidenheid aan dossiers is echter geen beletsel om vast te stellen dat de gemiddelde dossierkost zich

³⁴ In 30 % van de ongevallen zou sprake zijn van aansprakelijkheid, waarvan 60 % onder het toepassingsgebied van de WMO zou vallen: KCE-rapport 107A (fase V, 2009), p. v en vi van de samenvatting (kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14).

³⁵ KCE-rapport 68A (fase IV, 2007), p.16 (kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14).

momenteel in een vork tussen 11.000 en 12.000 euro situeert³⁶. Een dergelijke kost is buitensporig hoog, zeker nu blijkt dat in ongeveer negen op de tien dossiers de aanvraag niet ontvankelijk, niet gegrond of niet vergoedbaar is, of door het slachtoffer zelf wordt stopgezet voordat het Fonds tot een advies komt (zie ook hoofdstuk 5).

Anders dan de verzekeraars, die de schadedossiers voor medische ongevallen parallel met andere (aansprakelijkheids-)verzekeringen kunnen laten behandelen, mist het Fonds met amper 550 geopende dossiers per jaar wel schaalgrootte om de kosten te kunnen spreiden. Toch moet dat nadeel worden genuanceerd: het Fonds kan immers terugvallen op het RI-ZIV voor ondersteunende diensten zoals het personeelsbeheer en de boekhouding, waarvan de kosten niet systematisch worden doorgerekend aan het Fonds (zie punt 3.3.2).

Verhouding kosten – vergoedingen

Bij instellingen van de sociale zekerheid en in de verzekeringssector is het gebruikelijk om de kosten uit te drukken of te schatten als een percentage van de uitkeringen of vergoedingen. Ook het KCE hanteerde die werkwijze en stelde als *realistische schatting* een beheerskost van ongeveer 15 % van de betaalde vergoedingen voorop. Ten opzichte van 15 tot 19,4 miljoen euro geraamde uitgaven voor vergoedingen zou dat neerkomen op een kost van 2 à 2,5 miljoen euro per jaar³⁷, ongeveer een derde van de huidige kost van 6,4 miljoen euro.

De traditionele beoordeling van de beheerskost als percentage van de vergoedingen is hier echter niet dienstig omdat het Fonds weinig vergoedingen uitbetaalt, deels te wijten aan de dossierachterstand maar ook aan het gegeven dat in meer dan negen op de tien afgehandelde dossiers geen vergoeding verschuldigd blijkt te zijn (zie vorig punt: de meeste aanvragen zijn niet ontvankelijk of niet gegrond)³⁸. Dit belet echter niet vast te stellen dat het Fonds over de periode 2010-2018 bijna dubbel zoveel kosten heeft gemaakt dan het vergoedingen heeft uitbetaald (zie tabel 4).

³⁶ Bij gebrek aan voldoende cijfergegevens kan dat bedrag niet precies worden vastgesteld. Daarom zijn twee berekeningen gebeurd, beiden vertrekkend van de kosten in 2018 (6,43 miljoen euro). In een eerste berekening werd dat bedrag heropgedeeld over het gemiddelde van 550 dossiers per jaar, rekening houdend met het feit dat nu jaarlijks ongeveer evenveel dossiers worden geopend als gesloten (resultaat: 11.700 euro). In een tweede berekening werden de totale kosten opgedeeld over de 2.534 nog openstaande dossiers eind 2018, rekening houdend met het feit dat de gemiddelde totale doorlooptijd van een dossier zich nu tussen 4 en 4,5 jaar situeert (resultaat: 10.800 euro). Omdat het globale bedrag van de kosten jaarlijks blijft toenemen, is het aannemelijk dat de dossierkost zich nu tussen 11.000 en 12.000 euro situeert.

³⁷ KCE-rapport 107A (fase V, 2009), p. x van de samenvatting (kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14).

³⁸ Overigens zou het Fonds in het optimale scenario zelfs alleen maar kosten en geen vergoedingen moeten dragen, althans bij medische ongevallen met aansprakelijkheid: het zou immers betekenen dat de verzekeraars zich telkens kunnen vinden in het oordeel van het Fonds, zodat het Fonds de vergoeding niet moet waarborgen.

Tabel 4 – Geboekte vergoedingen en gedragen kosten, periode 2010-2018 (in euro)⁽²⁾

Jaar	Vergoedingen ⁽²⁾	Kosten	Totaal
2010-2011	0	1.299.926	1.299.926
2012	0	1.231.158	1.231.158
2013	0	1.631.914	1.631.914
2014	122.575	3.133.195	3.255.770
2015	1.230.796	4.612.710	5.843.506
2016	4.098.537	6.011.067	10.109.604
2017	6.870.367	5.907.667	12.778.034
2018	3.976.780	6.435.661	10.412.441
Totaal	16.299.055	30.263.298	46.562.353

⁽¹⁾ Anders dan in de tabel is weergegeven, vermengt de begroting van het Fonds de vergoedingen aan de slachtoffers met de kosten die aan derden worden betaald (zie daarover ook punt 3.3.2).

⁽²⁾ Volgens de meest recente cijfers belopen de geboekte vergoedingen in 2019 circa 6,6 miljoen euro, wat het totaal brengt op 22,9 miljoen euro. Hiervan werd tot 2019 ongeveer 22,1 miljoen euro uitbetaald.

Bron: Rekenhof, op basis van rekeningen en voorlopige budgettaire realisaties van het Fonds³⁹

2.4 Verzekeraarheid

2.4.1 Verwachte invloed

De wet medische ongevallen kwam tot stand in een context waarbij medische risico's door een stijgende schadelast en een toenemend aantal rechtszaken steeds moeilijker te verzekeren waren: de premies werden regelmatig en substantieel verhoogd, de verzekeringsdekking werd stelselmatig ingeperkt en steeds meer verzekeraars trokken zich van die markt terug.

Om aan dat probleem tegemoet te komen, had de wetgever in 2007 een vergoedingsregeling uitgewerkt los van de (burgerrechtelijke) aansprakelijkheid van een zorgverlener. Het was met andere woorden niet meer nodig – maar in de meeste gevallen ook niet langer mogelijk – het bewijs te leveren van een fout van een zorgverlener, de omvang van de schade en het oorzakelijke verband tussen beiden⁴⁰. Die wet werd echter wegens een betwiste draagwijdte en financieringswijze nooit uitgevoerd.

De wet medische ongevallen van 2010 keerde echter terug naar het principe van vergoeding bij (fout)aansprakelijkheid van de zorgverlener, maar stelde toch de “*stabilisering van de verzekeringspremies voor de zorgverleners*” als een doelstelling voorop. Dit zou mogelijk worden gemaakt omdat met de tussenkomst van het Fonds minder dossiers voor de rechter zouden worden gebracht, wat “*de verzekeraars een besparing zou moeten opleveren, vooral op de honoraria van hun advocaten en op de gerechtskosten*”⁴¹.

³⁹ De rekeningen van het RIZIV (inclusief het Fonds) worden met grote achterstand goedgekeurd: de laatst neergelegde rekeningen hebben betrekking op 2014. Mogelijk kan dit nog leiden tot kleine aanpassingen van de vermelde bedragen.

⁴⁰ Artikel 31 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

⁴¹ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.4, 7-8 en 17, www.dekamer.be.

2.4.2 Werkelijke invloed

Volgens de verzekeraars heeft de wet medische ongevallen (nog) niet geleid tot een relevante wijziging van de situatie op de verzekeringsmarkt⁴². Het aantal aansprakelijkheidsverzekeraars van medische risico's was reeds beperkt en bleef ondertussen onveranderd. Ook het aantal aangiftes van medische ongevallen en de daaraan verbonden schadelast zijn niet verminderd, en bijgevolg evenmin de hoogte van de nodige verzekeringspremies⁴³.

De verzekeraars merken bovendien op dat de mogelijke besparing op de (gerechts)kosten door de administratieve procedure hoe dan ook niet doorweegt in de totale schadelast en de daarvoor vereiste premies. Als er al een besparing zou zijn, dan wordt ze teniet gedaan omdat de procedure voor het Fonds ook voor de verzekeraars kosten met zich meebrengt. Een onderzoek van het Fonds naar de aansprakelijkheid van een zorgverlener brengt immers soms met zich mee dat de verzekeraar een eigen dossier moet openen en opvolgen (bv. omdat het Fonds een expertise wil laten doorgaan). Daarenboven zou het Fonds volgens de verzekeraars al te vaak ten onrechte besluiten dat een aansprakelijkheid van de zorgverlener voorhanden is zodat zij steeds meer (gerechts)kosten moeten dragen om die beslissingen te betwisten. Het Fonds wijst in zijn reactie echter op “*een strategische houding*” bij de verzekeraars om adviezen met aansprakelijkheid van een zorgverlener systematisch te betwisten, en aldus het initiatief voor verdere stappen aan het slachtoffer (en het Fonds) over te laten. Het Fonds merkt ook op dat het in die situatie (voorlopig) niet mogelijk is procedurekosten terug te vorderen. Daarenboven benadrukt het Fonds dat er nog te weinig gegevens voorhanden zijn om te kunnen stellen dat in de adviezen al te vaak ten onrechte een aansprakelijkheid wordt weerhouden.

Het Rekenhof heeft echter tijdens de audit vastgesteld dat het beleid van de verzekeraars ten aanzien van het Fonds onderling sterk verschilt, en er bijgevolg zeker geen sprake lijkt te zijn van een gemeenschappelijke strategie. Bovendien doet een betwisting van aansprakelijkheid hoe dan ook voor alle partijen de dossier- en gerechtskosten oplopen. In dat verband merkt het Fonds wel terecht op dat nog te weinig rechterlijke uitspraken voorhanden zijn om te kunnen bepalen of zijn adviezen al dan niet ten onrechte aansprakelijkheid weerhouden. De analyse van de reeds verstrekte adviezen (zie punt 2.3.1) wijst er niettemin op dat de verhouding tussen het aantal adviezen met en zonder aansprakelijkheid niet strookt met de ramingen van het KCE.

Het Rekenhof is van oordeel dat het fundamenteel knelpunt zich situeert bij het gebrek aan voldoende tegensprekelijk debat over de aansprakelijkheid, wat kenmerkend is voor een procedure bij het Fonds (zie punt 5.2.2).

⁴² De informatie werd verzameld uit gesprekken met leden en vertegenwoordigers van Assuralia.

⁴³ Zoals hoger toegelicht (punt 2.2) worden negen op de tien medische ongevallen inderdaad nog steeds rechtstreeks tussen het slachtoffer en de verzekeraar (minnelijk of gerechtelijk) afgehandeld en dus zonder enige tussenkomst van het Fonds.

2.5 Deelconclusie

De wetgever wilde dat medische ongevallen dankzij de administratieve procedure voortaan sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender konden worden afgehandeld dan bij een gerechtelijke procedure, en dit in het belang van alle betrokken partijen.

In de praktijk richt het slachtoffer van een medisch ongeval zich slechts in één op de tien gevallen tot het Fonds om een schadevergoeding te bekomen. Hij blijft er in de regel voor kiezen om het ongeval zelf af te handelen met de zorgverlener en zijn verzekeraar. Het beroep op het Fonds neemt de voorbije jaren zelfs nog verder af, wat eigenlijk te verwachten was:

- Het slachtoffer moet nu gemiddeld vier jaar wachten voordat het Fonds een advies verstrekt, en ontvangt al die tijd nauwelijks informatie. Nadat het (niet-bindende) advies is verstrekt, moet het slachtoffer vaak nog zelf een regeling zien te treffen met de verzekeraar van de zorgverlener. Het Fonds waarborgt de betaling van een vergoeding immers slechts in een beperkt aantal gevallen. Overigens verloopt ook die vergoeding uiterst moeizaam.
- Tegelijk komen de zorgverleners al te vaak en te lang in een onzekere situatie terecht telkens het Fonds een dossier opent waarin zij mogelijk betrokken zijn. Hun verzekeraars geven bovendien aan dat de administratieve procedure zeker geen gunstige invloed had op de hoogte van de verzekeringspremies die de zorgverleners verschuldigd zijn.
- Tot slot zijn aan het huidige beheer onevenredig hoge kosten verbonden, zeker in het licht van de bereikte resultaten. Momenteel bedraagt de gemiddelde dossierkost tussen 11.000 en 12.000 euro, terwijl 85 % van de dossiers niet eens gegrond of ontvankelijk zijn.

Hoofdstuk 3

Operationele knelpunten

Elke nieuw opgerichte instelling moet in de opstartfase zoeken naar het meest geschikte organisatiemodel en de benodigde budgettaire, personele en logistieke middelen. Die opstartfase is bij het Fonds al enige tijd voorbij, zodat kan worden geëvalueerd of er zich nog problemen stellen met de gekozen rechtsvorm en de feitelijke aansturing van het Fonds, en of er nog scheeftrekkingen bestaan tussen de beschikbaar gestelde middelen en het opgelegde takenpakket.

3.1 Organisatiemodel

3.1.1 Rechtsvorm

In 2010 werd het Fonds opgericht als een aparte rechtspersoon en ingedeeld bij de instellingen van openbaar nut van categorie B zoals bepaald in de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut⁴⁴. Bij koninklijk besluit werd geregeld hoe het Fonds door een eigen raad van bestuur en dagelijks bestuur zou worden geleid⁴⁵. Bovendien werd beslist dat het Fonds voor alle ondersteunende diensten – tegen betaling – een beroep kon doen op de diensten van het RIZIV⁴⁶. Op die manier kon de werking van het Fonds door schaalvoordelen goedkoper en efficiënter worden georganiseerd en bovendien snel worden opgestart, zo werd vooropgesteld.

Van een snelle opstart van het Fonds was echter geen sprake. Door een moeizame regeringsvorming ontbraken de nodige uitvoeringsbesluiten, en ook de schaalvoordelen bleken in de praktijk niet voorhanden. Kennelijk was over het hoofd gezien dat voor de dagelijkse werking van een openbare instelling van categorie B niet dezelfde wettelijke voorschriften gelden als voor een openbare instelling van sociale zekerheid. Bijgevolg kon het Fonds daarvoor niet of onvoldoende terugvallen op het RIZIV⁴⁷.

Op 1 april 2013 werd daarom afgestapt van de rechtsvorm van een aparte instelling: sindsdien is het Fonds een *bijzondere dienst* van het RIZIV⁴⁸. Uit operationeel oogpunt was dit een logische keuze – beiden zouden voortaan voor hun dagelijkse werking immers onder

⁴⁴ Artikel 6 WMO.

⁴⁵ Koninklijke besluiten van 15 november 2010, 12 oktober 2011 en 5 november 2012.

⁴⁶ Artikel 11 WMO en artikelsgewijze bespreking in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p. 46-47, www.dekamer.be.

⁴⁷ Bv. voor de opmaak van de begroting en de rekeningen, maar onder meer ook voor het personeelsbeheer en de aankopen (toepassing van de wet overheidsopdrachten). Zie ook: memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl. St. Kamer*, DOC53 2600/001, p. 24, www.dekamer.be.

⁴⁸ Die overstap gebeurde bij wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (artikelen 27 tot 43): enerzijds moesten daartoe bepalingen uit de wet medische ongevallen worden geschrapt (artikelen 6, 7, 9, 10 en 11) en anderzijds werd de integratie in het RIZIV geregeld in een nieuwe titel Vbis in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna *Ziekteverzekeringwet*) en in artikel 21 van de bestuursovereenkomst 2013-2015 tussen de Staat en het RIZIV.

dezelfde regels vallen – en bovendien eenvoudig uit te voeren. Wel ontstond de perceptie dat de integratie in het RIZIV “*de onafhankelijkheid en autonomie van het Fonds kan ondergraven*”⁴⁹.

Impact op de onafhankelijkheid

De band tussen het Fonds en het RIZIV is te verklaren door de beslissing om de werking van het Fonds door het RIZIV te laten financieren, maar gaf al bij de totstandkoming van de wet medische ongevallen aanleiding tot bezwaren. Zo werd gesteld dat het RIZIV er voordeel bij heeft telkens het Fonds beslist dat een zorgverlener voor het ongeval aansprakelijk is: dit opent immers de weg om betaalde uitkeringen voor ziekte of invaliditeit terug te vorderen van de zorgverlener. Ook het omgekeerde werd beweerd: het Fonds zou er alle belang bij hebben de aanvragen van slachtoffers zoveel als mogelijk onontvankelijk of ongegrond te verklaren om de uitgaven van de regeling – en dus de nodige financiering vanuit het RIZIV – te beperken⁵⁰.

De wetgever heeft echter waarborgen ingesteld om inmenging van het RIZIV in het individuele dossierbeheer van het Fonds tegen te gaan. Artikel 137ter van de Ziekteverzekeringswet bepaalt dat alle medewerkers van het Fonds gebonden zijn door het beroepsgeheim en dat andere diensten van het RIZIV “*geen toegang of informatie kunnen krijgen met betrekking tot de door het Fonds behandelde dossiers en individuele zaken of de personen op wie zij betrekking hebben, zelfs niet voor of in het kader van de opdrachten van die andere dienst*”. In de loop van deze audit werden geen inbreuken op dat voorschrift vastgesteld.

Impact op de autonomie

Het Fonds is nu ingericht als een *bijzondere dienst* van het RIZIV om te benadrukken dat de autonomie in de dagelijkse werking – en daarmee indirect ook de onafhankelijkheid – voldoende gewaarborgd zou blijven. Het Fonds wordt net als een aparte rechtspersoon geleid door een afzonderlijke directie en een afzonderlijk beheerscomité⁵¹: samen staan zij in voor een goed beheer van de opdrachten van het Fonds. Zo kreeg het beheerscomité van het Fonds ruime inspraak bij de opmaak van de begroting, de vaststelling van de rekeningen, en het bepalen van het nodige personeelsbestand⁵².

De concrete invulling van de autonomie is in een dergelijke specifieke organisatievorm niet altijd evident. Soms moet dan ook nog naar het juiste evenwicht worden gezocht tussen het beheerscomité van het Fonds, de dagelijkse leiding van het Fonds en de dagelijkse leiding van het RIZIV⁵³. Daarbij kan echter steeds in onderling overleg een meer precieze verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden gemaakt.

⁴⁹ Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, Advies over de wet medische ongevallen van 31 maart 2010, april 2012, p.7 (www.academiegeneeskunde.be, rubriek adviezen).

⁵⁰ Verslag namens de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing over het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC 52 2240/006, 26 februari 2010, p.35 en 36, www.dekamer.be.

⁵¹ Artikel 137 quater Ziekteverzekeringswet.

⁵² Artikel 137 quinquies Ziekteverzekeringswet.

⁵³ Bv. het sluiten van een dienstencontract tussen de administrateur-generaal van het RIZIV en een patiëntenvereniging gaf aanleiding tot wrevel omdat het beheerscomité van het Fonds zich daarover onvoldoende geïnformeerd of geconsulteerd achtte (zittingen van het beheerscomité van het Fonds van 15 december 2017 en 9 februari 2018).

Als relatief kleine dienst beschikt het Fonds ook niet altijd over de nodige instrumenten om op operationeel vlak daadwerkelijk autonoom op te treden, zoals bv. bij de keuze van informatiseringsprojecten. Het is vooral de taak van het beheerscomité om erover te waken dat dit de onafhankelijkheid bij de uitvoering van de opdrachten niet in het gedrang brengt.

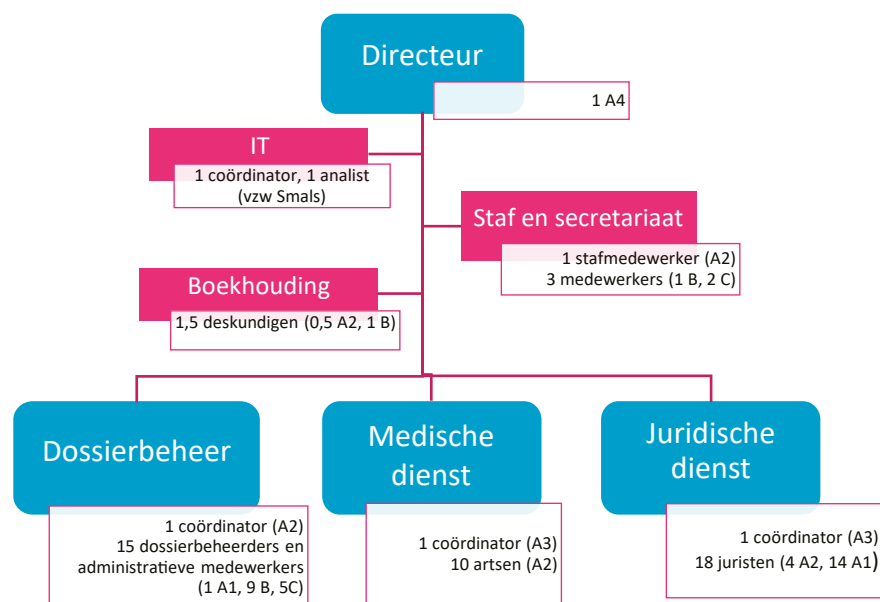
3.1.2 Organigram

Het Fonds beschikt pas sinds januari 2016 over een eigen directeur. Al die tijd moest de functie worden ingevuld door de administrateur-generaal van het RIZIV (of zijn adjunct) in nauwe samenspraak met het beheerscomité van het Fonds. De situatie verergerde nog omdat personeelsleden die in de feiten de werking aanstuurden, ontslag namen.

Tussen 2016 en 2019 kon het leidinggevende kader echter stapsgewijs volledig worden ingevuld. Sinds april 2019 is de werking van het Fonds geconcentreerd rond drie diensten (zie figuur 1 hierna), elk geleid door een nieuwe coördinator met ruime ervaring. Zij zullen het voortouw moeten nemen voor de reorganisatie en de opvolging van de administratieve processen (zie hoofdstuk 4). Daarbij zal het wellicht nuttig zijn de bevoegdheden – en dus ook de verantwoordelijkheden – van de coördinatoren verder af te bakenen, zowel onderling als ten aanzien van hun medewerkers en de directeur.

Het nieuwe organigram moet ook een oplossing bieden voor het probleem dat het personeel voordien onvoldoende houvast had door onduidelijke hiërarchische lijnen, en daardoor ook weinig werd gestimuleerd en geresponsabiliseerd⁵⁴. Recente maatregelen zoals regelmatig werkoverleg en betere informatiedoorstroming zijn in dat opzicht wel een vooruitgang, maar zeker nog niet toereikend.

Figuur 1 – Organigram van het Fonds met aantal effectieve medewerkers (oktober 2019) en hun administratieve klasse



Bron: Rekenhof

⁵⁴ Dit leidde bv. ook tot substantiële verschillen in de doorlooptijden voor de afhandeling van Nederlandstalige en Franstalige dossiers. De coördinatoren hebben onder meer als opdracht ook op dat vlak over de uniformiteit te waken.

3.1.3 Planning

Context

Bij het Fonds was er de voorbije jaren weinig ruimte om een volwaardige planning uit te werken. De vertraagde opstart van de werkzaamheden, nadien gevolgd door een jarenlange periode zonder duidelijk leidinggevend kader, hadden ertoe geleid dat vrijwel alle aandacht uitging naar de beste werkwijze om de opdrachten op korte termijn uit te voeren.

In de bestuursovereenkomst voor 2019-2020 tussen de Staat en het RIZIV (artikel 42)⁵⁵ is nu vastgelegd dat het Fonds op basis van een evaluatie van de wet medische ongevallen een visie naar de toekomst zal uitwerken. Uit die evaluatie zou onder meer moeten blijken welke rol het Fonds zichzelf toebedeelt bij de preventie van medische ongevallen en bij het adviseren en vergoeden van slachtoffers, en in het bijzonder welke toegevoegde waarde het Fonds kan bieden ten opzichte van een gerechtelijke procedure. In de logische volgende stap zou dan op grond van die visie – en de eventueel daarvoor noodzakelijke wetswijzigingen – een strategie op middellange termijn (drie tot vijf jaar) moeten worden uitgetekend, concreet ingevuld met jaarlijkse operationele doelstellingen.

Stand van zaken

In de loop van 2019 werden de voorbereidingen opgestart en de eerste werknota's⁵⁶ voorgelegd. Bij de afsluiting van deze audit (oktober 2019) is echter gebleken dat lijsten van mogelijke aanpassingen van de wet nog niet waren afgetoetst, noch op volledigheid, noch op draagwijdte, noodzakelijkheid of wenselijkheid. Het was trouwens evenmin duidelijk hoe die toetsing, bij gebrek aan een procesmatige analyse, concreet zou kunnen gebeuren. Er werden bv. aanpassingen voorgesteld aan enkele wettelijk opgelegde doorlooptijden, maar daarbij werd niet duidelijk gemaakt welke termijnen wel haalbaar werden geacht.

Aansluitend daarbij benadrukt het Rekenhof dat een volwaardige planning ook een volwaardig beheerssysteem veronderstelt; dat ontbreekt nu nog bij het Fonds. Enkel als er een voldoende en betrouwbaar zicht bestaat op het verloop van de administratieve processen kunnen daarvoor “SMART”⁵⁷-gedefinieerde doelstellingen worden geformuleerd, adequate normen en indicatoren worden ontwikkeld en meetsystemen worden opgezet om de realisatie van de doelstellingen op te volgen en desnoods tijdig bij te sturen. Dat alles moet uiteraard ook worden bewaakt via een systeem van risicobeheersing.

In afwachting van een volwaardig operationeel plan zou het Fonds echter al een aantal eenvoudige en concrete doelstellingen kunnen hanteren (bv. concrete streefdata of termijnen vastleggen voor de behandeling van de aanvraag of het uitvoeren van het interne medische onderzoek, het actualiseren van de huidige briefontwerpen, het uniformiseren van het juridische bronnenmateriaal). De nieuwe coördinatoren kunnen die doelstellingen bepalen in samenspraak met de directeur en in overleg met het beheerscomité.

⁵⁵ Koninklijk besluit van 12 juli 2019 tot goedkeuring van de eerste aanpassing van de vijfde bestuursovereenkomst tussen de Belgische Staat en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

⁵⁶ Nota's van de twee werkgroepen “reglementering” en “visie” van het beheerscomité van het Fonds en een voorstel van mogelijke aanpassingen van de wet door een groep juristen van het Fonds.

⁵⁷ SMART staat voor specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden.

3.2 Personeel

3.2.1 Omvang

De opstart van de werkzaamheden van het Fonds werd voorbereid door een projectteam van het RIZIV. Vanaf eind 2012 werd een eigen personeelsbestand van het Fonds samengesteld, waarvoor in 2014 een aantal krachtlijnen zijn vastgelegd in een zogenaamd masterplan. Rekening houdend met de resultaten van een werklasmeting, het jaarlijks aantal geopende dossiers en de inmiddels opgebouwde dossierachterstand werd een benodigd kader van 63 personeelsleden (in voltijdse equivalenten) vooropgesteld: 10 dossierbeheerders, 23 artsen en 30 juristen (waarvan 16 voor de dossierachterstand). Er werd beslist om dat kader in een eerste fase niet maximaal in te vullen en slechts tot 18 bijkomende aanwervingen over te gaan. In de daarop volgende jaarlijkse personeelsplannen groeide het aantal geplande medewerkers wel stelselmatig verder aan, van 43 in 2015 tot 57 in 2019.

Het Fonds krijgt het personeelsplan echter niet volledig ingevuld door de combinatie van een moeizame aanwerving van nieuw personeel en een groot personeelsverloop. Daarenboven zorgt dat personeelsverloop in combinatie met talrijke langdurige afwezigheden wegens ziekte of verlofstelsels voor een zware verstoring van de continuïteit in de werking van de dienst.

Box 6 – Oorzaken van de personeelsproblematiek

Personeelsverloop en afwezigheden

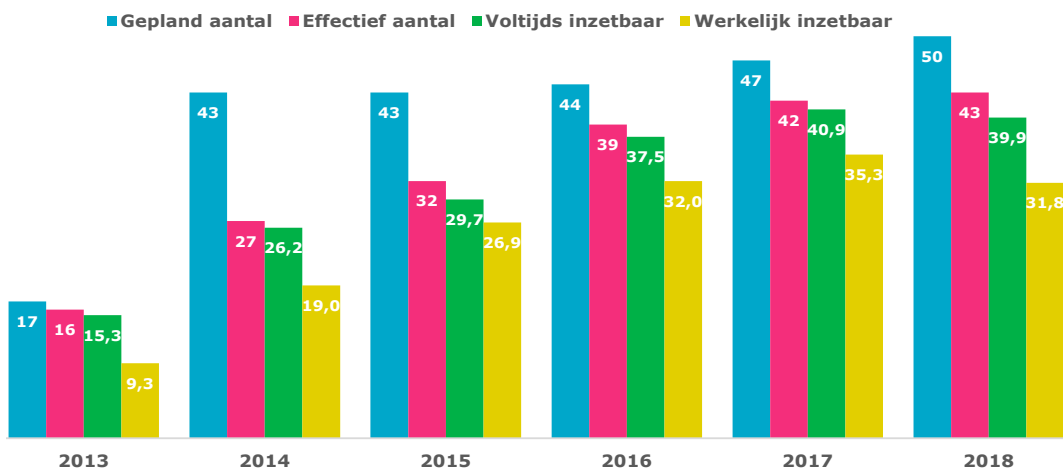
De oorzaken van het grote personeelsverloop en de talrijke langdurige afwezigheden zijn niet eenduidig vast te stellen. Volgens een bevraging door de consultant “*zijn de medewerkers zeer gemotiveerd maar ongerust over de toekomst van het Fonds*”. Het beheerscomité erkent dan weer dat het Fonds volgens een interne enquête “*de minst tevreden dienst van het RIZIV is*”: het werk wordt inhoudelijk als positief, maar door de moeilijke arbeidsomstandigheden tegelijk als te belastend ervaren, meer bepaald door het ontbreken van voldoende ondersteuning.

Moeizame aanwervingen

Ongeveer twee derden van het personeelsbestand bestaat uit artsen en juristen, maar het Fonds heeft het bijzonder moeilijk om daarvoor geschikte kandidaten te vinden. Een vaak aangehaalde verklarende factor is de geringe beschikbaarheid van deze profielen (vooral van artsen) op de arbeidsmarkt in combinatie met de lange aanwervingsprocedure via SELOR. En kennelijk bieden andere diensten bij het RIZIV een meer aantrekkelijke werkomgeving dan het Fonds.

Onderstaande grafiek 3 geeft het verschil weer tussen het aantal toegestane personeelsleden in het personeelsplan en het aantal effectieve personeelsleden op 31 december van elk jaar. Dat laatste cijfer wordt vervolgens omgezet in voltijds inzetbare eenheden (d.i. rekening houdend met regelingen van deeltijdse arbeidsprestaties) en in werkelijk inzetbare eenheden (d.i. rekening houdend met de impact van diverse afwezigheden zoals voor ouderschapsverlof, langdurige ziekte, tijdskrediet of onbetaalde vakantie). De grafiek illustreert duidelijk de voornoemde personeelsproblematiek: na invoering van het masterplan was over de periode 2015-2018 gemiddeld slechts twee derden (68,4 %) van het aantal geplande (voltijdse) personeelsleden werkelijk inzetbaar.

Grafiek 3 – Evolutie van het personeelsbestand 2013-2018 (aantal op 31 december)^(*)



^(*) Voor 2014 vermeldde het personeelsplan van het RIZIV geen afzonderlijk aantal voor het Fonds maar op basis van het masterplan kan worden verondersteld dat er voor dat jaar 43 personeelsleden gepland waren.

Bron: dienst HR RIZIV

Het Rekenhof benadrukt dat de vermelde cijfers enkel personeel van het Fonds zelf betreffen, en dus bv. niet de ingezette medewerkers van het RIZIV die ondersteunende diensten helpen leveren aan het Fonds (bv. personeelsbeheer door de dienst HR van het RIZIV) of personeel dat in het kader van een dienstencontract taken uitvoert voor het Fonds (bv. de ICT-coördinator, interimkrachten, medewerkers van een callcenter dat voor rekening van het Fonds informatie verstrekt).

3.2.2 Beleid

Op korte termijn

Het beheerscomité en de dagelijkse leiding van het Fonds beschikken slechts over beperkte instrumenten om de personeelsproblematiek op korte termijn te verhelpen. Niettemin volgen ze de situatie nauwgezet op en grijpen ze waar mogelijk in. Aanwervingsprocedures worden proactief opgestart en de voorbije jaren werd een beroep gedaan op advocatenkantoren om adviezen uit te schrijven en op tijdelijke arbeidskrachten⁵⁸ of op studenten om het documentenbeheer op orde te helpen brengen. Een oplossing werd ook gezocht in een stelselmatige uitbreiding van het personeelsbestand en in enkele gevallen ook in een bevordering tot een hogere klasse in de loopbaan (met de daaraan verbonden weddeschaal) van bepaalde medewerkers.

De voornoemde maatregelen zijn echter enkel dienstig als noodoplossing en ze maken het Fonds kwetsbaar voor nieuwe problemen. Zo doet de tijdelijke uitbesteding van taken aan derden niet alleen vragen rijzen over mogelijke onverenigbaarheden en kostprijs, maar belemmert ze ook de noodzakelijke opbouw van eigen kennis en ervaring. Bovendien moet rekening worden gehouden met toenemende kritiek op de verhouding tussen het aantal personeelsleden en het beperkte aantal jaarlijks opgestarte en afgehandelde dossiers, te meer omdat de systematische uitbreiding van het personeelsbestand geen fundamentele oplossing blijkt te bieden aan de problematiek van de dossierachterstand.

⁵⁸ Tijdelijke arbeidsovereenkomsten, vervangingscontracten of startbaanovereenkomsten bieden echter geen uitweg: de nodige opleiding en begeleiding belemmeren hun effectieve en efficiënte inzetbaarheid en wegen relatief zwaar door in de dagelijkse werking van de dienst, en bij artsen of juristen zijn daarvoor weinig kandidaten beschikbaar.

Op langere termijn

Het personeelsbeleid was er tot op vandaag vooral op gericht tegemoet te komen aan onmiddellijke noden, maar dit is niet langer houdbaar. In plaats van de omvang en de samenstelling van het personeelsbestand af te stemmen op de huidige administratieve processen, zullen die processen zelf grondig moeten worden hertekend. Daartoe worden nu de eerste stappen gezet (onder meer met een reorganisatie van de expertises en een efficiëntere gegevensverzameling, zie hoofdstuk 4). Na het op punt stellen van de processen, gekoppeld aan operationele doelstellingen, moet het personeelsplan opnieuw daarop worden afgestemd.

Met betrekking tot de concrete invulling van het personeelsbestand deelt het Rekenhof de visie van het beheerscomité van het Fonds dat het van prioritair belang is om personeel met specifieke kennis en ruime ervaring (“seniorprofielen”) in dienst te nemen en te houden. Langs die weg moet het Fonds zelf in staat zijn om de administratieve processen permanent te evalueren en tijdig bij te sturen, en dit niet alleen op inhoudelijk of technisch vlak maar ook vanuit een praktische invalshoek. Het is immers niet houdbaar dat de administrateur-generaal van het RIZIV daartoe vaak zelf het initiatief moet nemen of consultants moet aanstellen: het betreft hier de kern van de dagelijkse werking van het Fonds. Daarenboven zijn seniorprofielen absoluut noodzakelijk om het hoofd te kunnen bieden aan het toenevende aantal medische en juridische conflicten waarmee het Fonds wordt geconfronteerd. De recente aanstelling van nieuwe coördinatoren met ruime ervaring (zie punt 3.1.2) is op dat vlak dan ook een belangrijke vooruitgang.

3.3 Budget

De totale begroting van het Fonds bedraagt sinds 2017 jaarlijks 22 à 23 miljoen euro. Er bestaat echter een aanzienlijk verschil tussen de begrote en de gerealiseerde uitgaven (bv. in 2018 werd een bedrag van 23 miljoen euro begroot als uitgaven, terwijl slechts voor 10,4 miljoen euro uitgaven werden gerealiseerd; zie ook bijlage 1). Bij de opmaak van de begroting wordt er immers van uitgegaan dat de dossierachterstand het komende jaar ongeveer voor de helft zal worden ingehaald (1.000 afgehandelde dossiers per jaar), wat echter in de praktijk niet gebeurt en niet realistisch is. Bovendien wordt elk jaar een bedrag van 5 miljoen euro ingeschreven voor zogenaamde catastrofale ongevallen (ongevallen met een vergoeding groter dan 1 miljoen euro), terwijl het onwaarschijnlijk is dat zij reeds binnen het jaar kunnen worden afgehandeld (en dus al in de begroting moeten worden opgenomen).

3.3.1 Ontvangsten

De financiering van het Fonds gebeurt nagenoeg volledig vanuit het budget voor de administratiekosten van het RIZIV en valt dus ten laste van de globale middelen van de sociale zekerheid. Het Fonds zou nochtans over belangrijke eigen ontvangsten moeten beschikken, maar slaagt er vooralsnog niet in om die bedragen ook effectief in te vorderen.

Regeling

Artikel 137 sexies van de Ziekteverzekeringwet kent het Fonds drie eigen ontvangsten toe:

- de bedragen van de schadevergoedingen, betaald door het Fonds maar verhaald op de verzekeraars (of op de zorgverlener zelf) als zij in strijd met het advies van het Fonds niet of onvoldoende zijn tussengekomen voor het ongeval⁵⁹;

⁵⁹ Artikelen 28, 30, 31 en 32 WMO.

- de forfaitaire vergoedingen van 500 euro per dag of van 15 % van de schadevergoeding, respectievelijk verschuldigd door zorgverleners die nalaten tijdig informatie aan het Fonds te bezorgen of door verzekeraars die aan het slachtoffer een kennelijk ontoereikend vergoedingsvoorstel doen⁶⁰;
- de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt.

Krachtens dezelfde wettelijke bepaling moet het verschil tussen de geraamde eigen ontvangsten en de geraamde uitgaven van het Fonds worden voorgefinancierd door het RIZIV. Het gaat om een jaarlijks bedrag dat moet worden vastgelegd bij een in ministerraad overlegd koninklijk besluit. Daarnaast is in artikel 20 van de wet medische ongevallen ook nog bepaald dat de expertisekosten ten laste zijn van de (verzekeraar van de) zorgverlener die aansprakelijk is voor het ongeval (indien die aansprakelijkheid is erkend of door de rechter is bepaald).

Praktijk

Het financiële beheer is niet volgens de voornoemde regeling ingericht. Het Fonds beschikt immers niet over eigen financiële rekeningen en heeft daarvan dus ook geen eigen opbrengsten. De financiële verrichtingen van het Fonds verlopen rechtstreeks via het RIZIV, zodat ook een prefinanciering door het RIZIV niet aan de orde is⁶¹. Die praktijk lijkt verantwoord vanuit de redenering dat de integratie van het Fonds in het RIZIV mee tot doel had het Fonds vrij te stellen van taken zonder rechtstreekse toegevoegde waarde voor het verwezenlijken van zijn opdrachten. Toch blijft de vaststelling dat de wetgever de vroegere regeling⁶² over het eigen zelfstandige financiële beheer van het Fonds heeft hernomen, ook al is het Fonds niet langer een aparte rechtspersoon. Samen met de verplichting om nog steeds zelf een begroting en rekeningen op te maken, moet dat wellicht de beheersautonomie van het Fonds onderstrepen⁶³.

Die onduidelijkheid moet worden uitgeklaard. Als het de bedoeling is de huidige wijze van financieel beheer te bestendigen – wat het Fonds heeft bevestigd – dan moet de wettelijke regeling in die zin worden aangepast.

Bedragen

Op 1 september 2019 waren aan het Fonds amper drie bedragen aan eigen ontvangsten betaald: in 2016 één forfaitaire vergoeding door een zorgverlener die weigerde informatie over het ongeval te bezorgen (15.224 euro) en in 2018 twee betalingen door verzekeraars in het kader van een terugvordering van een betaalde schadevergoeding (8.531 en 30.892 euro).

⁶⁰ Artikel 15 en 31 WMO en koninklijk besluit van 30 juli 2010 betreffende de invordering door middel van dwangbevel van de forfaitaire vergoeding verschuldigd aan het Fonds van medische ongevallen.

⁶¹ Toch wordt het betrokken koninklijk besluit nog steeds opgesteld, maar dan enkel om achteraf het bedrag van het verschil tussen de werkelijke (en dus niet de geraamde) eigen ontvangsten en uitgaven te bepalen. Het besluit wordt dan ook pas jaren na het betrokken begrotingsjaar gepubliceerd en heeft inhoudelijk eigenlijk geen enkel nut meer. Zie bv. koninklijk besluit van 19 april 2017 tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen in 2013, 2014 en 2015.

⁶² Artikel 10 WMO.

⁶³ Zie ook: Memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl. St. Kamer*, DOC53 2600/001, p.24-25 en p.30, www.dekamer.be.

Op de belangrijke bedragen waarvoor nog een invorderingsrecht uitstaat, biedt het Fonds echter geen enkel zicht: in strijd met de voorschriften worden ze door het Fonds niet budgettair of boekhoudkundig geregistreerd⁶⁴. Nochtans was eind 2018 al 7,8 miljoen euro uitbetaald voor medische ongevallen met aansprakelijkheid en moet daarvoor dus in principe een terugvordering zijn opgestart.

De financiële dienst van het RIZIV verklaarde zich bereid om de betrokken vorderingen voortaan budgettair en economisch te boeken, en overleg te plegen met de directie van het Fonds om daartoe de nodige gegevens te verkrijgen. Tot zolang ontbreekt dus een duidelijke stand van zaken over de aard en omvang van de terug te vorderen bedragen: die informatie moet op basis van interne lijsten en soms tot op dossierniveau terug worden samengesteld.

Een dergelijke werkwijze verhindert een afdoende opvolging en controle. Zoals de situatie bij het Franse *Office national d'indemnisation des accidents médicaux* (ONIAM) heeft aangetoond (zie box 7), houdt dit ernstige risico's op nalatigheid en collusie in.

Box 7 – Problematische terugvordering in Frankrijk

In een rapport van 2017 bekritiseerde het Franse Rekenhof dat ONIAM bijzonder nalatig was bij het terugvorderen van betaalde vergoedingen of expertisekosten van de verzekeraars⁶⁵. Over de periode 2011-2015 betrof het 49,5 miljoen euro, waarvan de terugvordering voor naar schatting 30 miljoen euro problematisch verliep: procedures werden niet of pas laattijdig opgestart, of zonder enige vorm van controle of wettelijke basis aan bepaalde medewerkers of advocaten toevertrouwd. In te vorderen bedragen werden bovendien niet geregistreerd en vervolgens vergeten of in onduidelijke omstandigheden minnelijk afgehandeld.

De vaststellingen hebben onder meer geleid tot een gerechtelijk onderzoek door het nationaal financieel parket (PNF), huiszoekingen en politiek ingrijpen, zowel door de verantwoordelijke minister als via hoorzittingen in het Franse parlement⁶⁶. De terugvorderingen zouden nu volop zijn opgestart, maar ONIAM zou daar zo ver in gaan dat het leidt tot een verzuurde relatie met de verzekeraars en tal van rechtszaken⁶⁷.

Daarnaast stelde het Rekenhof vast dat het Fonds slechts sporadisch overgaat tot een invordering van de gemaakte expertisekosten (bij aansprakelijkheid van de zorgverlener) of verschuldigde forfaitaire vergoedingen (van 500 euro per dag of van 15 % van de schadevergoeding, zie bovenstaande omschrijving van de regeling), en dit om de meest uiteenlopende redenen (situaties van overmacht, situaties waarin de zorgverlener bereid was om zonder verdere betwisting de schade te vergoeden). De wet kent het Fonds nochtans geen

64 Zie onder meer artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 januari 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 juni 2001 tot vaststelling van de regelen inzake de begroting, de boekhouding en de rekeningen van de openbare instellingen van sociale zekerheid die zijn onderworpen aan het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

65 Cour des Comptes (Fr.), "L'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux: une mise en oeuvre dévoyée, une remise en ordre impérative", *Le Rapport public annuel 2017, Tome I, Les Observations*, p.67-93, www.ccomptes.fr.

66 Zie onder meer verslag van de hoorzitting in de Commissie Sociale Zaken van 24 oktober 2018, Assemblée Nationale, zitting 2018-2019, nr. 13, p.8 en 11.

67 L'Argus de l'assurance, *L'ONIAM face aux assureurs: les raisons d'un bras de fer judiciaire*, 1 maart 2019.

beoordelingsmarge toe om af te zien van een invordering van de gemaakte expertisecosten en stelt zelfs expliciet dat de forfaitaire vergoedingen van rechtswege verschuldigd zijn. Bovendien kon uit geen enkel document worden afgeleid dat het Fonds had gekozen voor een beleid dat van dat wettelijke principe afwijkt. De situatie moest op dat vlak dan ook worden uitgeklaard. In zijn reactie heeft het Fonds er zich inmiddels toe verbonden voor deze problematiek een procedure uit te werken.

3.3.2 Uitgaven

De analyse van de vergoedingen en de beheerskosten kwam al aan bod in hoofdstuk 2. Hier wordt nog specifiek aandacht besteed aan de bevoegdheid om het bedrag van de nodige uitgaven te bepalen en aan de transparantie bij de rapportering.

Bevoegdheid

Het beheerscomité van het Fonds is bevoegd om de begroting en de rekeningen op te maken met betrekking tot de verschuldigde vergoedingen van schade als gevolg van gezondheidszorg. Het stelt aan het algemeen beheerscomité van het RIZIV ook een jaarlijkse begroting van de nodige administratiekosten voor (die vallen immers ten laste van de begroting van de administratiekosten van het RIZIV)⁶⁸. Toch worden soms andere bedragen geregistreerd dan degene die waren goedgekeurd door het beheerscomité van het Fonds. Het gaat echter om beperkte verschillen die zijn toe te schrijven aan technische of praktische oorzaken, zonder dat wordt geraakt aan de eigenlijke bevoegdheid van het beheerscomité van het Fonds⁶⁹.

Ten gronde blijkt dat het beheerscomité van het Fonds zijn bevoegdheden op het vlak van de begrotingsopmaak vrij passief invult en daarover weinig discussie voert. Het beheerscomité beschikt daartoe echter over weinig beweegruimte:

- op het vlak van de verschuldigde vergoedingen plooit het beheerscomité – terecht – grotendeels terug op de vroegere ramingen van het KCE omdat het Fonds zelf nog niet over voldoende statistische gegevens beschikt om zelf een betrouwbare raming op te maken⁷⁰;
- op het vlak van de administratiekosten heeft het weinig nut toegepaste verdeelsleutels of aangerekende bedragen kritisch in vraag te stellen, nu blijkt dat het RIZIV belangrijke bedragen niet doorrekent aan het Fonds (zie hierna onder het punt *Transparantie*) en dat de leiding van het Fonds daarop niet altijd zicht heeft (zeker voor de informaticakosten).

Anderzijds moet worden opgemerkt dat er de voorbije jaren weinig nood was aan budgettaire ingrepen. Hoewel het Fonds deel uitmaakt van het RIZIV, werd het als een nieuw opgerichte dienst tussen 2015 en 2019 ook vrijgesteld van de zware lineaire besparingen

⁶⁸ Artikel 137 quinquies Ziekteverzekeringwet.

⁶⁹ Bij de audit werden soms verschillen vastgesteld tussen de begrotingsdocumenten die waren goedgekeurd door het beheerscomité van het Fonds (voorafbeelding van de begroting, initiële begroting of aanpassingen van de begroting) en de bedragen zoals opgenomen in de boekhouding of in de overkoepelende begroting van de administratiekosten van het RIZIV. Deels betrof het kleine correcties die het RIZIV op eigen initiatief had doorgevoerd zonder dit voor te leggen aan het beheerscomité van het Fonds (een loutere aanpassing van bedragen of een herverdeling tussen begrotingsartikelen), maar meestal waren de verschillen het gevolg van de nodige timing voor de opmaak van de begrotingsdocumenten. De financiële dienst van het RIZIV engageerde zich om erover te waken dat de bedragen zouden overeenstemmen.

⁷⁰ Dit is echter niet meer het geval voor de raming van het gemiddelde bedrag aan "gewone" schadevergoedingen. Sinds 2018 wordt dat bedrag bepaald aan de hand van het gemiddelde van de gedane betalingen over de laatste drie jaar. Het is moeilijk te begrijpen waarom die keuze werd gemaakt omdat ook het aantal betaalde "gewone" vergoedingen nog bijzonder beperkt en dus niet representatief is (zie punt 2.3.1).

op de administratiekosten die aan alle openbare instellingen van sociale zekerheid waren opgelegd⁷¹.

Transparantie

De wetgever wilde duidelijkheid over de vergoedingen en kosten die de administratieve procedure met zich zou meebrengen, onder meer ook om de beperkingen in de tussenkomst van het Fonds te kunnen opvolgen en evalueren. Die transparantie is echter onvoldoende.

Vergoedingen

In de begroting en de boekhouding wordt enkel gerapporteerd over effectief betaalde bedragen, waardoor geen zicht bestaat op de volledige financiële verplichtingen van het Fonds. Dit geldt met name bij vergoedingen die worden uitgekeerd in de vorm van een periodieke rente in plaats van een kapitaal, of in de vorm van een voorschot in afwachting van een consolidatie van de letsels. De belangrijke toekomstige betalingen in deze dossiers blijven buiten beeld omdat daarvoor geen reserves of voorzieningen worden aangelegd.

De financiële dienst van het RIZIV heeft toegezegd om daarvoor een oplossing uit te werken in overleg met het Fonds en met de Commissie voor Normalisatie van de Boekhouding van de instellingen van openbaar nut van de sociale zekerheid.

Kosten

Het is aannemelijk dat het bedrag van de gerapporteerde administratiekosten van het Fonds in werkelijkheid een stuk hoger is. Een aantal kosten die het RIZIV voor het Fonds maakt, wordt immers niet of onvolledig doorgerekend op de eigen beheersbegroting van het Fonds. Het betreft vooral kosten inzake informatica⁷², het beheer van personeel, financiën of boekhouding, het gebruik van het gebouw (die laatste kosten worden niet budgettair maar naderhand ten dele economisch aangerekend) en diverse ondersteunende diensten (bv. bijstand bij de organisatie van overheidsopdrachten).

Een gedetailleerde aanrekening is soms moeilijk realiseerbaar en ook minder zinvol sinds het Fonds een eigen dienst van het RIZIV werd (en de kosten dus niet meer formeel apart moeten worden aangerekend). Toch moet het principe zo volledig mogelijk en in elk geval ook consequent worden toegepast omdat de wetgever uitdrukkelijk een duidelijk zicht op de kosten voor de nieuwe regeling heeft gewild.

Rapportering

Over het bedrag van de uitgaven wordt niet coherent gerapporteerd. De bedragen op de extracomptabel bijgehouden lijsten van vergoedingen en kosten (voor externe medische expertise en juridische bijstand) stemmen niet volledig overeen met de jaartotalen zoals opgenomen in de boekhouding, kennelijk omdat ze op een ander tijdstip worden samengesteld of bijgewerkt. Die situatie leidt ook tot verschillen tussen de bedragen waarover

⁷¹ Met name in 2015 4 % op de personeelskosten, 20 % op gewone werkingskosten en 22 % op de investeringskosten, en voor elk van die kosten nog eens 2 % elk jaar van 2016 tot 2019.

⁷² Bij de informaticakosten zijn er bv. diverse gemengde kosten voor onderhoud, software of netwerkarchitectuur die de ene keer worden aangerekend bij het FMO en de andere keer bij het RIZIV, zonder toepassing van een verdeelsleutel. Volgens de informaticadienst is het praktisch onmogelijk een realistische verdeelsleutel te bepalen (bv. voor het gebruik van een gemeenschappelijke server). Wel schat die dienst in dat over de periode 2012-2018 4.10.000 euro informaticakosten te weinig werden doorgerekend aan het Fonds.

wordt gerapporteerd in de activiteitenverslagen van het Fonds en de cijfers over de uitvoering van de begroting.

De wijze van rapportering bemoeilijkt ook een inhoudelijke beoordeling van de uitgaven. De kosten voor de diverse vormen van medische expertises en van juridische bijstand zijn bv. moeilijk van elkaar te onderscheiden en worden in de begroting en boekhouding in eenzelfde bedrag vermengd met de vergoedingen aan slachtoffers. Bovendien gebeurt de rapportering te laat of slechts sporadisch. Het beheerscomité van het Fonds zou voortaan minstens halfjaarlijks en op een bevattelijke manier moeten worden geïnformeerd over de evolutie van de uitgaven voor vergoedingen, geschillen en expertises of adviezen, zeker nu ze naar verwachting binnenkort sterk zullen toenemen.

3.4 Informatica

Vermits het RIZIV alle ondersteunende taken opneemt, heeft het Fonds enkel nood aan informaticatoepassingen die betrekking hebben op het eigenlijke dossierbeheer. Centraal daarbij staat, zoals ook al hoger toegelicht, de toepassing DAMO. In essentie registreert DAMO de opeenvolgende stappen bij de afhandeling van een dossier, waaraan telkens diverse andere toepassingen zijn gekoppeld waarmee dat administratief beheer concreet vorm krijgt (bv. toepassingen voor de verwerking van inkomende en uitgaande communicatie of voor de uitwisseling van informatie met externe experts). De audit richtte zich specifiek op de draagwijdte en de invoering van het gevolgde informatiseringstraject.

3.4.1 Draagwijdte

In 2013 werd een nieuw project voor een geïnformatiseerd dossierbeheer (DAMO) en het beheer van de briefwisseling opgestart. De *totale* kostprijs van dat project werd geraamd op 1 miljoen euro. De nodige informatisering werd aanvankelijk beperkt opgevat. Gelet op de specifieke situatie van het Fonds is een dergelijk uitgangspunt trouwens op zijn plaats: de dienst moet immers jaarlijks slechts 550 dossiers openen.

Gaandeweg is echter voor een andere piste gekozen. DAMO en de daaraan gekoppelde toepassingen werden steeds ruimer opgevat – wat mee verklaart waarom DAMO pas in 2017 in gebruik kon worden genomen – en zijn nu zo opgezet dat ze een papierloos dossierbeheer mogelijk moeten maken. Dat proces is nog geenszins afgerond: in de periode 2017-2019 waren er constant vijftien à twintig projecten lopende (zowel onderzoek of ontwikkeling van nieuwe toepassingen als aanpassingen aan bestaande programmatuur). De uitgaven voor informatica in de begroting van het Fonds zijn nu opgelopen tot 1,1 miljoen euro *per jaar*⁷³.

Visie

Uit de besprekingen in het beheerscomité van het Fonds kon niet duidelijk worden afgeleid vanuit welke visie de informatisering werd opgezet. Aan het initiële opzet om met een informaticatoepassing op een snelle en eenvoudige manier het dossierverloop te kunnen opvolgen, werden vanuit de verschillende geledingen van het Fonds telkens weer bijkomende wensen toegevoegd. Daarbij valt niet meer te achterhalen wie besliste welke wensen om te zetten in concrete projecten, en welke prioriteiten moesten worden gehanteerd. Klaar-

⁷³ Van dat bedrag worden ongeveer twee derden rechtstreeks aangerekend als een ontwikkelingskost voor nieuwe projecten (het overige derde bestaat uit kosten voor onderhoud, servers, licenties en detachering van de ICT-coördinator vanuit het RIZIV). Het RIZIV rekent echter niet alle informaticakosten door aan het Fonds (zie punt 3.3.2).

blijkelijk werd vooral beoogd meer statistische informatie te verwerken en aansluiting te vinden met de evolutie om gegevens elektronisch uit te wisselen.

Sinds kort is er toch een duidelijk informaticabeleid uitgetekend. In de bestuursovereenkomst tussen de Staat en het RIZIV voor de periode 2019-2020 is vastgelegd om de informatisering bij het Fonds te koppelen aan toepassingen en gegevensbestanden binnen het RIZIV (bv. een toepassing voor het beheer van geschillen en een koppeling met de bestanden over invaliditeitsuitkeringen)⁷⁴, en voortaan ook te kaderen binnen de krachtlijnen van het ruimer actieplan e-Gezondheid⁷⁵.

Evaluatie

Het is positief dat de informatisering voortaan veel breder wordt gekaderd en toch aansluit bij de directe noden van het Fonds, hoewel er nog een lange weg lijkt te gaan. Op die manier worden immers projecten gerealiseerd waarvoor het Fonds zelf niet het nodige draagvlak bij de zorgverleners kon vinden (bv. inzake elektronische gegevensuitwisseling). De nodige investeringen kunnen nu ook worden gespreid over meerdere diensten en instellingen, wat ze meer verantwoord maakt. In het verleden stonden sommige voorstellen tot informatisering immers niet in verhouding tot het relatief kleine dossierbestand dat het Fonds beheert, of ze veronderstelden minstens een gedegen kosten-batenanalyse of een voorafgaand onderzoek naar alternatieven (bv. een vergelijking met beheerstoepassingen die de verzekeraars hanteren). Dergelijke analyses of onderzoeken bleken echter niet of nauwelijks te gebeuren. Hoe dan ook moet daarvoor aandacht blijven bestaan bij voorgestelde informatiseringsprojecten die enkel voor het Fonds dienstig zijn⁷⁶.

3.4.2 Invoering

Aansluitend bij het voorgaande punt stelde het Rekenhof vast dat het Fonds ook nauwelijks vat heeft op de uitvoering van de informaticaprojecten. Het vastleggen van de timing of prioriteiten en het opvolgen van de kosten werden in de feiten grotendeels overgelaten aan de ICT-coördinator, een gedetacheerd personeelslid van de vzw Smals⁷⁷. Het belangrijkste tekort blijft dat het Fonds nog steeds niet kan beschikken over een afgewerkt en volledig betrouwbaar systeem om het dossierverloop op te volgen, wat nochtans de initiële opzet was en waarop het beheerscomité van het Fonds doorheen de jaren is blijven aandringen. Doorheen dit auditverslag zal het Rekenhof meermaals de praktische impact van dat tekort benadrukken en het voegt hier nog de volgende bevindingen aan toe:

⁷⁴ Koninklijk besluit van 12 juli 2019 tot goedkeuring van de aanpassing van de vijfde bestuursovereenkomst tussen de Belgische Staat en het RIZIV. Ook de overeenkomst voor 2016-2018 voorzag in meer elektronische gegevensuitwisseling, maar slechts in de marge en zonder verdere duiding: "op niveau van de werking van het FMO zal de elektronische transmissie van medische dossiers tussen zorgverleners, experts en het FMO geoperationaliseerd worden" (artikel 36). In artikel 42 van de huidige bestuursovereenkomst is de verbintenis concreter omschreven, zoals wat betreft het indienen van een elektronische aanvraag, het gebruik van de digitale handtekening en het doorsturen van medische beelden.

⁷⁵ Akkoord tussen de acht ministers van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om de digitale transformatie van de Belgische gezondheidszorg in onderling partnerschap, maar ook met het werkveld, aan te pakken (het akkoord 2019-2021 sluit aan op een eerste e-Gezondheidsplan over de periode 2013-2018). Zie daarover www.ehealth.fgov.be.

⁷⁶ Bv. de recente vragen om te onderzoeken of technieken van artificiële intelligentie kunnen bijdragen om de tijdrovende documentanalyse te vereenvoudigen, of om de bestaande statistische toepassingen nog verder uit te breiden om ook detailinformatie over de plaats van het ongeval te registreren.

⁷⁷ Deze vzw staat in voor de informatisering bij de openbare instellingen van sociale zekerheid. Zie daarover: Rekenhof, *Informaticabedrijven van de overheid: samenwerking met de vzw Smals*, juni 2009, www.rekenhof.be.

- Bij de invoering van DAMO moesten de gegevens uit de aanvankelijke toepassing voor het dossierbeheer (GENIDOC) worden gemigreerd. Die gegevens bleken echter al te vaak onvolledig of onjuist. Door ontoereikende handleidingen, onderrichtingen of opleiding was het voor de gebruikers immers onduidelijk hoe of wanneer de gegevens moesten worden ingevuld en wie welke verantwoordelijkheden had. De nodige controles en rechtzettingen hebben aanzienlijk veel arbeidstijd gevegd die niet aan het eigenlijke dossierbeheer kon worden besteed. Dat probleem is nog niet volledig uitgeklaard: regelmatig moeten nog correcties worden doorgevoerd om een juiste rapportering mogelijk te maken. Er blijft dus nood aan strikte richtlijnen en controles voor de invoer van gegevens.
- In DAMO ontbreken nog de cruciale modules om de fase tussen het verstrekken van het advies en het afsluiten van het dossier te kunnen opvolgen, al dan niet na de betaling van een schadevergoeding door het Fonds⁷⁸. Herhaalde vragen vanuit het beheerscomité om zicht te krijgen op de termijnen voor de berekening en betaling van de schadevergoedingen kunnen slechts worden beantwoord door de gegevens terug per dossier samen te stellen.
- Door meer medewerkers toegang te geven tot regelmatig bijgewerkte kopies van data zouden ze zelf opvolgingsrapporten kunnen aanmaken en controles of analyses uitvoeren. Nu moet dat grotendeels gebeuren aan de hand van Excel-lijsten die elke medewerker afzonderlijk moet bijhouden. Op die manier kan ook een ruimer gedragen expertise ontstaan over de onderliggende toepassingen, met een positief effect op de nodige samenwerking tussen de ontwikkelaar en de gebruiker van de toepassing.

3.5 Deelconclusie

Hoewel er reeds diverse initiatieven terzake genomen zijn, blijven er een aantal operationele knelpunten:

- de financiële en budgettaire rapportering is ontoereikend en de registratie en invoering van de ontvangsten verlopen in menig opzicht problematisch;
- de jaarlijkse uitbreiding van het personeelsbestand is niet meer te verantwoorden in het licht van het beperkte dossierbestand, wat mee de noodzaak van een evaluatie van de opdrachten en van de administratieve processen bij het Fonds onderschrijft;
- de positieve perspectieven die het nieuw ingevulde organigram biedt, zowel voor de nodige reorganisatie van de werkprocessen als voor het stimuleren en responsabiliseren van het personeel, zullen door het beheerscomité moeten worden ondersteund en bewaakt;
- het geïnformatiseerde beheerssysteem DAMO moet dringend verder worden afgewerkt, in eerste instantie om als een voldoende gedetailleerd en betrouwbaar meetsysteem te kunnen dienen voor het opzetten en opvolgen van concrete operationele doelstellingen.

⁷⁸ Bij de uitvoering van de audit waren onder meer wel nog toepassingen in de maak voor een betere financiële opvolging en voor een koppeling van DAMO aan een module voor het beheer van geschillen ("Eunom-e").

Hoofdstuk 4

Procesmatige knelpunten

Een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds doorloopt diverse administratieve processen, zoals de aanmaak van een dossier, de organisatie van een medische expertise of het uitwerken van een vergoedingsvoorstel. Bij elk van die processen kan een flessenhals ontstaan in het normale dossierverloop, zowel door toevallige omstandigheden (bv. tijdelijk personeelstekort) als door structurele problemen (bv. moeilijke doorstroming van informatie). Door het procesverloop nauwgezet op te volgen moet het mogelijk zijn een flessenhals tijdig vast te stellen en gericht in te grijpen. In dit hoofdstuk wordt geëvalueerd hoe de administratieve processen bij het Fonds in de praktijk verlopen en worden opgevolgd.

4.1 Overzicht

Het Fonds deelt de afhandeling van een dossier op in drie fasen. In de *eerste fase* wordt nagegaan of de aanvraag voldoet aan de wettelijke voorwaarden om voor een advies in aanmerking te komen, m.a.w. of zij “administratief *ontvankelijk*” is. Als dat het geval is, wordt in een *tweede fase* op basis van medisch en juridisch onderzoek in een advies bepaald of er al dan niet sprake is van een *vergoedbaar* ongeval. In voorkomend geval wordt dan in de *derde fase* de verzekeraar van de zorgverlener aangesproken of een *vergoedingsvoorstel* opgemaakt (naargelang het gaat om een medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid). Het verdere verloop hangt af van het feit of de partijen akkoord gaan met de voorgestelde regeling.

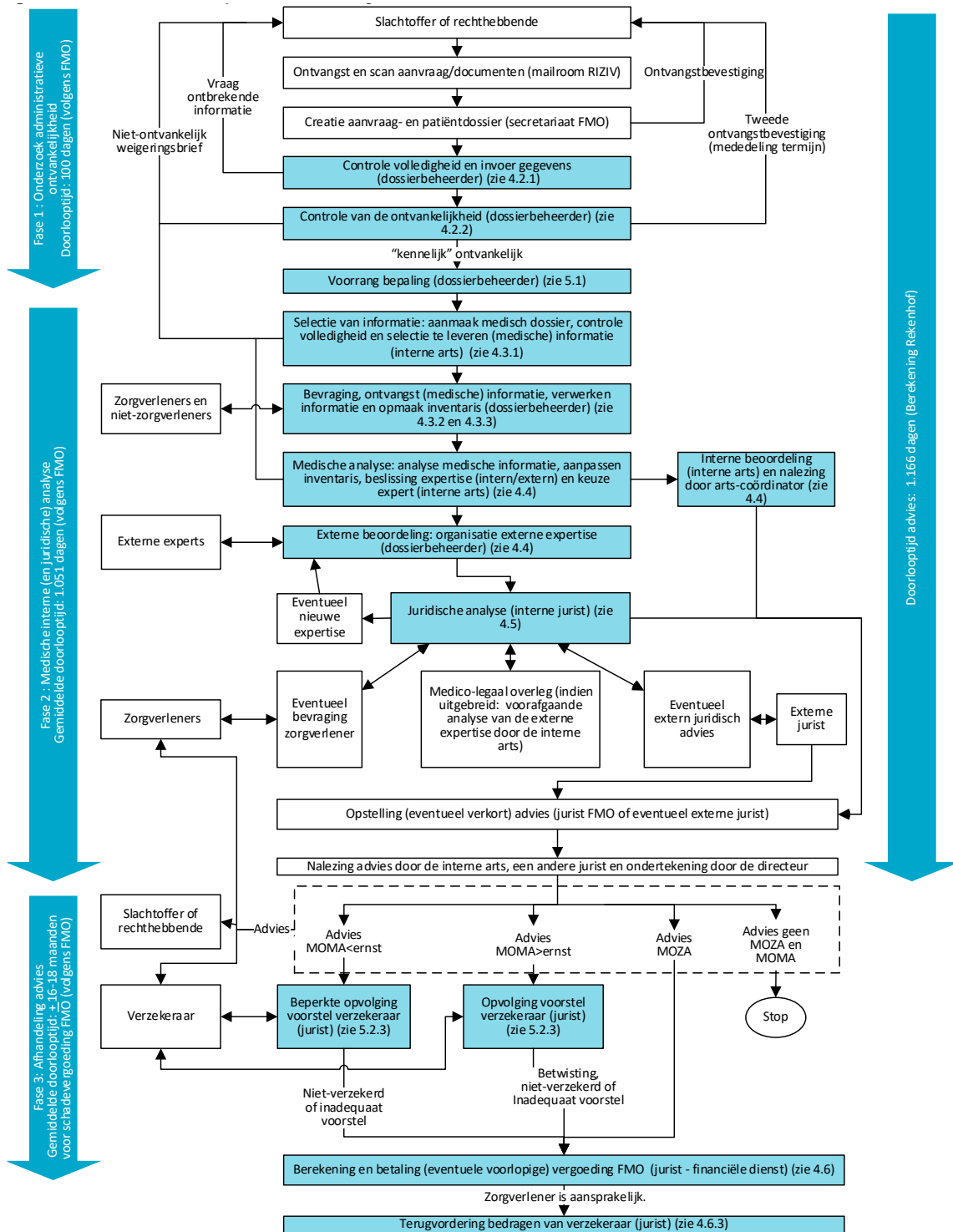
Naast de louter administratieve afhandeling van dossiers moet het Fonds ook (gerechtelijke) betwistingen van zijn beslissingen beheren. Dergelijke geschillen zijn zowel mogelijk met het slachtoffer (bv. betwisting van de beslissing dat de aanvraag niet ontvankelijk zou zijn) als met de zorgverlener en zijn verzekeraar (bv. betwisting van de teruggevorderde vergoedingen omdat de zorgverlener niet aansprakelijk zou zijn).

In figuur 2 op de volgende pagina worden de achterliggende administratieve processen schematisch weergegeven. De velden met lichtblauwe achtergrond in de figuur worden in de volgende punten verder besproken. De afkortingen MOMA en MOZA staan respectievelijk voor medische ongevallen met en zonder aansprakelijkheid. Bij een MOMA wordt ook een onderscheid gemaakt of al dan niet voldaan is aan de ernstcriteria van de schade om voor vergoeding in aanmerking te komen (als niet voldaan is aan die criteria, komt het Fonds enkel tussen bij onvoldoende verzekering of bij een ontoereikend vergoedingsvoorstel).

De cijfergegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op informatie uit de statistieken en facturatiebestanden van het Fonds en uit het beheersysteem DAMO. Door ontbrekende of onjuiste gegevens in DAMO kan het zijn dat de vermelde cijfergegevens niet altijd volledig exact zijn en dat de doorlooptijd van sommige administratieve processen slechts bij benadering kan worden vermeld⁷⁹.

⁷⁹ Die doorlooptijden zijn, net als bij het Fonds, berekend op basis van gemiddelden en niet op basis van een mediaan (beide berekeningen gaven overigens weinig verschil).

Figuur 2 – Administratieve processen in drie fasen



Bron: Rekenhof

4.2 Controle van de aanvraag

De eerste stap in het dossierbeheer is de controle van de *volledigheid* van de aanvraag. De aanvrager moet immers voldoende informatie verstrekken om verder onderzoek door het Fonds mogelijk te maken:

- Aan de ene kant moet de dossierbeheerder kunnen beoordelen of de aanvraag *kennelijk ontvankelijk* is, en met andere woorden op het eerste zicht lijkt te voldoen aan de vereisten om in aanmerking te komen voor een advies door het Fonds (bv. de feiten zijn nog niet verjaard). Het spreekt vanzelf dat zowel het slachtoffer als het Fonds er alle belang bij hebben dat daarover zo snel mogelijk uitsluitel bestaat.
- Aan de andere kant helpt de verstrekte informatie het Fonds te beoordelen in hoeverre de aanvraag *kennelijk gegrond* is, en met andere woorden aanleiding kan geven tot vergoeding. Een zorgvuldig opgemaakte aanvraag draagt ertoe bij dat het Fonds sneller, want gerichter, kan bepalen of en welke informatie nog nodig is om tot een medische en juridische analyse van het ongeval over te gaan. De beoordeling van de gegrondheid van de aanvraag gebeurt door een arts en is door het Fonds ondergebracht in de volgende fase van de procedure.

4.2.1 Controle van de volledigheid

De aanvraag, in principe per aangetekende brief, moet drie evidente basisgegevens verstrekken om een onderzoek van het medisch ongeval door het Fonds mogelijk te maken⁸⁰:

- een specificatie van de identiteit en hoedanigheid van de aanvrager (bv. het slachtoffer zelf of een vertegenwoordiger, zoals een ziekenfonds, advocaat of patiëntenvereniging);
- een schets van de omstandigheden en de gevolgen van het ongeval vanuit het perspectief van het slachtoffer (bv. aard van de zorgverstrekking, identiteit van de betrokken zorgverleners, omvang van de opgelopen schade);
- een verklaring over mogelijke regelingen van het ongeval buiten het Fonds om (bv. een lopende gerechtelijke procedure, een recht van het slachtoffer op vergoedingen via eigen verzekeringen).

De volledigheid van een aanvraag moet met een zekere soepelheid worden beoordeeld. Het is bv. best mogelijk dat het slachtoffer niet in staat is de zorgverleners te identificeren die bij de medische ingreep betrokken waren. Sommige gegevens kunnen ook later worden bezorgd en staan niet in de weg dat de controle van de ontvankelijkheid ondertussen wordt afgerond (bv. kopie van identiteitskaart of overlijdensakte).

Beoordeling

Een beperkte steekproef⁸¹ wijst uit dat het Fonds de controle vrij formalistisch aanpakt: alle ontbrekende elementen in de aanvraag worden opgelijst (inclusief het ontbreken van een handtekening, van het kleefvignet van een ziekenfonds of van de identiteit van de huisdokter) om nadien te worden opgevraagd per brief. Soms wordt ook gevraagd een gewone

⁸⁰ Artikel 12 WMO.

⁸¹ Onderzoek bij 50 van 219 dossiers waarin volgens DAMO in 2018 brieven zijn verstuurd om de aanvraag te vervolledigen.

schriftelijke aanvraag opnieuw aangetekend⁸² te verzenden (hoewel het Fonds ondertussen wel al de ontvangst van de aanvraag had bevestigd) of om het aanvraagformulier te gebruiken dat op de website van het RIZIV ter beschikking wordt gesteld (hoewel dat geenszins verplicht is en het lange formulier van 22 pagina's trouwens niet eenvoudig leest⁸³). Tot die informatie is verstrekt, laat het Fonds het dossier niet overgaan naar de volgende stap in de procedure.

Op grond van die vaststellingen verbaast het niet dat het Fonds in 2018 voor 44 % van de geopende dossiers brieven heeft verstuurd om de aanvraag te vervolledigen (219 brieven), soms nog gevolgd door een tweede brief of een herinneringsbrief (51 brieven)⁸⁴. De belangrijkste vaststelling is echter dat het Fonds hiervoor zelf veel tijd nodig heeft: het duurt gemiddeld 48 dagen (na de ontvangst van de aanvraag) vooraleer de eerste brief wordt verstuurd, en zelfs 207 dagen voor een herinnering. De gemiddelde doorlooptijd voor deze eenvoudige eerste stap in het dossierbeheer loopt dan ook al vlug op tot meer dan drie maanden (ongeveer 100 dagen).

4.2.2 Controle van de ontvankelijkheid

De ontvankelijkheidsvoorwaarden zijn in de wet medische ongevallen ruim afgebakend. Als algemene leidraad geldt dat de aanvraag betrekking moet hebben op een ongeval dat na 2 april 2010 plaatsvond in België en waarbij sprake is van nog niet geregelde schade als gevolg van een verstrekking van gezondheidszorg door een zorgverlener. In deze fase gaat het Fonds enkel na of de aanvraag op zicht ("kennelijk") aan de wettelijke voorwaarden voldoet. Vaak blijkt echter pas na grondig medisch onderzoek dat het ongeval niet onder de wet ressorteert, meestal omdat de schade niet het gevolg blijkt te zijn van een verstrekking van gezondheidszorg.

Beoordeling

Eind 2018 waren 587 op de 4.759 geopende dossiers voortijdig stopgezet (zie tabel 5), meestal wegens onontvankelijkheid maar in enkele tientallen gevallen ook omdat de aanvrager het dossier op eigen vraag of door eigen toedoen liet sluiten⁸⁵. In 42 % van de gevallen (249 dossiers) gebeurde dit pas in de volgende fase van het onderzoek ten gronde, wat erop wijst dat de toepassing van de ontvankelijkheidsvoorwaarden toch minder evident is dan wat de ruime afbakening van de wet laat uitschijnen.

⁸² De wettelijke vereiste van een aangetekende brief is nochtans enkel zinvol als bescherming van de rechten van het slachtoffer (bv. bij dreigende verjaring). Overigens is het Fonds zelf vragende partij om die verplichting te versoepelen.

⁸³ Er is bv. in twee pagina's voorzien om te specificeren of de aanvrager het slachtoffer zelf is of een "wettelijke vertegenwoordiger", "rechtsoptvolger", "mandataris" of "advocaat".

⁸⁴ In artikel 42 van de bestuursovereenkomst tussen de Staat en het RIZIV voor de periode 2019-2020 zijn wel twee – voor de aanvrager vrij bescheiden – verbeteringen gepland: de mogelijkheid voor een online aangifte en het integreren van informatie die al bij andere diensten van het RIZIV beschikbaar is (bv. periodes van invaliditeit of arbeidsongeschiktheid). Dit laatste wordt trouwens ook opgelegd door de wet van 5 mei 2014 betreffende de eenmalige gegevensverzameling bij de diensten of instanties van de overheid (toepassing van het "only once"-principe).

⁸⁵ Het slachtoffer kan het dossier op elk ogenblik laten sluiten, bv. door mee te delen dat een minnelijk akkoord met de verzekeraar is bereikt of dat er een gerechtelijke procedure wordt opgestart, of door niet te reageren op herhaalde vragen van het Fonds om informatie te bezorgen (artikel 13, § 1, en 15 WMO).

Tabel 5 – Aantal voortijdig stopgezette dossiers (onontvankelijk of door de aanvrager)^(*)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Stopgezet fase 1	58	72	35	29	42	61	41	338
Stopgezet fase 2	2	3	27	34	53	70	60	249
Totaal	60	75	62	63	95	131	101	587

^(*) Bij de audit werd echter vastgesteld dat die cijfers niet volledig zijn. Als de onontvankelijkheid pas wordt vastgesteld bij de expertise (en dus in de praktijk pas jaren na het ongeval), dan maakt het Fonds toch een "verkort" advies op en worden deze dossiers gecatalogeerd bij de ongegronde aanvragen (noch MOMA, noch MOZA).

Bron: Activiteitenverslag 2018 van het Fonds

4.3 Informatieverzameling

Vertrekkend van de basisgegevens zoals vermeld in de aanvraag van het slachtoffer en na controle van de volledigheid en ontvankelijkheid door een dossierbeheerder, bepalen de artsen van het Fonds in hoeverre nog aanvullende informatie nodig is om de omstandigheden en de gevolgen van het ongeval zo volledig mogelijk op te lijsten (bv. relevante feiten en betrokken partijen, inschatting van de schade, bepaling van tijdstip en plaats). Daartoe richten zij zich in hoofdzaak tot de betrokken zorgverleners, maar ze kunnen ook bijkomende gegevens opvragen bij het slachtoffer of bij derden (bv. verwanten)⁸⁶.

Beoordeling

Hoewel dit op zich een eenvoudige stap is, blijken de verzameling en de analyse van informatie over het ongeval niet altijd evident en stelt dit ook procesmatig het grootste probleem, met een gemiddelde doorlooptijd van bijna drie jaar (995 dagen). Vooreerst slaagt het Fonds er immers niet in om binnen een redelijke termijn de selectie van de op te vragen informatie aan te vatten (punt 4.3.1). Het aanleveren van die gegevens door slachtoffers en zorgverleners verloopt daarentegen wel relatief vlot (punt 4.3.2), maar vervolgens slaagt het Fonds er opnieuw niet in om die aangeleverde informatie snel te verwerken en te beoordelen (punt 4.3.3). Dat administratief proces moet dan ook worden gereorganiseerd (punt 4.3.4).

4.3.1 Selectie van informatie

Belang

De selectie van informatie is in dubbel opzicht cruciaal in het administratieve proces:

- Aan de ene kant moet worden gezorgd voor voldoende informatie ter beoordeling van het ongeval: het Fonds moet immers zelf mogelijke aansprakelijken zoeken en instaan voor de volledige bewijslast. In dat opzicht is de selectie van informatie een delicate opdracht.
- Aan de andere kant zou het Fonds ook kunnen beslissen dat in de aanvraag onvoldoende elementen zijn vervat die een verder onderzoek ten gronde kunnen rechtvaardigen, of integendeel, dat de aanvraag al voldoende is onderbouwd om het ongeval te beoordelen. In de praktijk wordt het echter in nagenoeg elk dossier nodig geacht om, bovenop de basisgegevens uit de aanvraag, nog aanvullende informatie op te vragen.

⁸⁶ In 2018 werden in dit administratief proces 1.429 eerste brieven en 262 herinneringsbrieven gericht aan zorgverleners en 271 eerste brieven en 40 herinneringsbrieven gericht aan slachtoffers of derden, en dit voor 659 dossiers.

Doorlooptijd

Uit de statistieken van het Fonds blijkt dat deze processtap een groot knelpunt vormt: begin 2019 stonden 523 dossiers “in wacht” voor behandeling door de artsen van het Fonds. De doorlooptijd tussen de datum dat het dossier administratief ontvankelijk werd verklaard en de vraag gericht aan de dossierbeheerders om medische informatie op te vragen, liep in 2018 op tot gemiddeld vijftien maanden (465 dagen). Daarna heeft een dossierbeheerder gemiddeld nog eens bijna drie weken (negentien dagen) nodig om de vraag om informatie effectief te verzenden.

4.3.2 Aanlevering van informatie

Drempels

Het Rekenhof is nagegaan of de aanlevering van gegevens aan het Fonds op problemen stuit, onder meer in het licht van de medische zwijgplicht of het gegeven dat een verzekerde zorgverlener zich terughoudend moet opstellen om de rechten van zijn verzekeraar niet in het gedrang te brengen. Die problemen doen zich inderdaad voor, maar niet dermate dat ze een flessenhals veroorzaken in het verloop van de administratieve procedure. Het Fonds zou in dergelijke gevallen wel sneller een standpunt moeten innemen.

Doorlooptijd

Een vraag om informatie aan zorgverleners wordt gemiddeld na 39 dagen beantwoord (maar daarnaast verlopen er gemiddeld ook al negentien dagen voordat de dossierbeheerder die vraag stelt nadat de arts daartoe opdracht gaf). In de meeste dossiers wordt in deze fase slechts eenmaal om aanvullende informatie gevraagd. Wel worden soms later nog bijkomende gegevens opgevraagd bij de opmaak van het medisch verslag (in 313 dossiers over de periode 2017-2018) of meer specifiek bij de uitvoering van de expertise (in 68 dossiers).

De doorlooptijd doet besluiten dat er een goede medewerking van de zorgverleners is. Toch zijn er uitzonderingen. Begin 2019 bv. ontving het Fonds in 49 dossiers nog steeds geen antwoord op vragen om informatie die al in de loop van 2017 waren gesteld. Ook hier is een snellere en meer krachtdadige aanpak door het Fonds vereist. De wet⁸⁷ stelt trouwens dat een zorgverlener die nalaat een vraag om informatie van het Fonds te beantwoorden, *van rechtswege* een forfaitaire vergoeding verschuldigd is van 500 euro per dag vertraging, en sluit ook andere strafrechtelijke, burgerrechtelijke of tuchtrechtelijke stappen niet uit.

⁸⁷ Artikel 15 WMO. Het bedrag van 500 euro is geïndexeerd en verschuldigd als een maand na een herinneringsbrief nog steeds geen gevolg is gegeven aan het verzoek. Het Fonds heeft deze sanctie slechts één keer aangewend in 2016, weliswaar voor het maximum van 30 dagen (15.224 euro). De toepassing van de sanctie wordt soms bemoeilijkt omdat overmacht wordt ingeroepen: de opgevraagde informatie zou niet langer beschikbaar zijn of ze zou verloren zijn gegaan.

4.3.3 Verwerking van informatie

Inventarisatie

De opgevraagde gegevens worden hoofdzakelijk aangeleverd op papier, via een informatiedrager (cd-rom, USB-stick) of via een specifieke webapplicatie voor medische beelden. De informatie wordt chronologisch en per type geklasseerd (bv. labo-onderzoeken, verslagen anesthesie, verpleegnota's) en samengevoegd tot een inventaris. Door de omvang en diverse aard van de aangeleverde documenten is dit een vrij arbeidsintensief proces, grotendeels uitgevoerd door interimkrachten⁸⁸. Een arts van het Fonds beoordeelt de volledigheid van de inventaris en verwijderd de niet-relevante stukken, waarna een dossierbeheerder de informatie als een pdf-document toevoegt aan het elektronische dossier.

Al jarenlang zoekt het Fonds naar een oplossing om de verwerking van informatie efficiënter te laten verlopen, maar vooralsnog zonder concreet resultaat⁸⁹. In de bestuursovereenkomst van het RIZIV wordt echter voor de komende jaren volop ingezet op de uitbouw van meer elektronische en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling, onder meer met de ziekenhuizen. Vermits die verbintenis kadert in een overkoepelend actieplan e-Gezondheid (zie punt 3.4.1), lijkt dit nu voor het eerst ook een reële kans op slagen te bieden.

Doorlooptijd

Het Fonds heeft geen gegevens of statistieken over de verwerkingstijd van de ontvangen informatie. Het Rekenhof heeft indicatief⁹⁰ wel een doorlooptijd van 995 dagen berekend tussen de datum waarop de aanvraag ontvankelijk wordt verklaard (= vorige stap) en de datum waarop de medische informatie intern is geanalyseerd om te beslissen of al dan niet tot expertise wordt overgaan (= volgende stap). Als die termijn wordt verminderd met de nodige tijd voor de selectie en de aanlevering van informatie, dan rest een geschatte gemiddelde doorlooptijd van 450 dagen voor de inventarisatie en analyse van de informatie.

Wellicht betreft het hier in grote mate wachttijd: volgens statistieken van het Fonds stonden begin 2019 860 dossiers⁹¹ met verzamelde informatie "in wacht" om door de artsen van het Fonds te worden geanalyseerd. In dat verband werd trouwens vastgesteld dat de artsen pas sinds kort systematisch per e-mail op de hoogte worden gebracht als de gegevens zijn geïnventariseerd en een dossier klaar is voor verdere analyse.

4.3.4 Reorganisatie van de informatieverzameling

De lange doorlooptijd in deze fase is niet te verantwoorden. Een oplossing kan erin bestaan af te stappen van het schriftelijke formalisme en de aanvraag te laten plaatsvinden onder de vorm van een consultatie van een arts of specifiek opgeleide medewerker van het Fonds (al dan niet met vooraf door de aanvrager toe te sturen basisinformatie). Minder verregaand, en gebaseerd op een eigen denkplaatje van het Fonds, is het inbouwen van een

⁸⁸ De interimkrachten worden tewerkgesteld via de vzw Smals en de daaraan verbonden uitgaven worden aangerekend op het informaticabudget van het Fonds.

⁸⁹ In 2019 werd door de ICT-dienst een tussenoplossing getest: de op drager ontvangen of gescande documentatie zou worden opgeslagen in een afzonderlijke webapplicatie waarna de informatie via de techniek van artificiële intelligentie zou worden geanalyseerd en geïnventariseerd. Die test leverde echter niet de gewenste resultaten op.

⁹⁰ Berekening op basis van 631 dossiers met geregistreerde data over de vraag van de arts aan een dossierbeheerder om een (eerste) externe expertise op te starten.

⁹¹ Dat cijfer kon echter bij gebrek aan gegevens niet worden geïnterpreteerd.

nieuwe tussenstap. Het moet immers mogelijk zijn enkele dossierbeheerders de taak toe te vertrouwen eventueel nog ontbrekende gegevens uit het patiëntendossier (medisch dossier en verpleegnota's) op te vragen. Vermits de zorgverleners die gegevens relatief snel aanleveren, beschikken de artsen van het Fonds dan over een veel bredere basis om al ten gronde een beslissing te nemen:

- ofwel wordt beslist dat voldoende informatie beschikbaar is om het dossier al te laten overgaan naar de fase van expertise, een beoordeling die vrij soepel kan gebeuren omdat de expert uiteindelijk bepaalt welke gegevens nodig zijn om zijn opdracht te voltooien;
- ofwel wordt beslist dat nog aanvullende informatie nodig is om een analyse en evaluatie mogelijk te maken, maar op basis van de gegevens uit het patiëntendossier kan die beslissing gericht worden genomen;
- ofwel wordt beslist dat het dossier onvoldoende aanwijzingen bevat die een verder onderzoek ten gronde kunnen verantwoorden.

Die laatste categorie van kennelijk ongegronde aanvragen moet inderdaad sneller worden afgehandeld. Deze blijken nu de volledige administratieve procedure te doorlopen terwijl dat nooit de bedoeling kan zijn geweest: zelfs de verplichting van een tegensprekelijke expertise bij schade die aan de ernstcriteria voldoet, komt bij een kennelijk ongegronde aanvraag te vervallen⁹². De wetgever heeft echter geen alternatief uitgewerkt om dergelijke aanvragen af te handelen, wat wel is gebeurd voor de vergelijkbare situatie van ongegronde aanvragen om tussenkomst van een verzekeraar rechtsbijstand⁹³.

Box 8 – Regeling van kennelijk ongegronde aangiftes bij verzekeringen rechtsbijstand

Indien het slachtoffer van een medisch ongeval zich beroept op rechtsbijstand van zijn verzekeraar (bv. in het kader van zijn “familiale verzekering”) om van zijn zorgverlener een schadevergoeding te vorderen, dan kan die verzekeraar weigeren daartoe een gerechtelijke procedure op te starten als er geen of kennelijk onvoldoende aanwijzingen van mogelijke aansprakelijkheid bestaan.

Als tegengewicht heeft de wetgever opgelegd dat elke verzekering rechtsbijstand de clause moet bevatten dat een verzekerde het recht heeft om over een dergelijke weigering het advies te vragen aan een advocaat van zijn keuze (de zogenaamde objectiviteitsclause). Als die advocaat het standpunt van de verzekerde bevestigt, moet de verzekeraar zijn dekking opnemen en de raadpleging volledig terugbetalen. Als die advocaat het standpunt van de verzekeraar bevestigt, wordt aan de verzekerde de helft van de kosten en honoraria van de raadpleging terugbetaald.

Het toepassen van een gelijkaardige regeling zou ook voor het Fonds dienstig kunnen zijn om kennelijk ongegronde aanvragen sneller af te handelen.

Het Fonds deelt de zienswijze van het Rekenhof echter niet, en meent dat een versnelde afhandeling van kennelijk ongegronde aanvragen “*niet te verzoenen is met de onderzoeksverplichting van het FMO en het RIZIV als overheidsinstelling met de specifieke plichten en taken hieraan verbonden, en de leiding die het FMO terzake moet opnemen*”.

⁹² Artikel 17, § 2, WMO.

⁹³ Artikel 157 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (recht van de verzekeraar rechtsbijstand om de dekking te weigeren).

4.4 Medisch verslag van het ongeval

4.4.1 Aard en draagwijdte

Op basis van de verzamelde informatie bepalen de artsen van het Fonds hoe het ongeval vanuit medische invalshoek zal worden geanalyseerd en geëvalueerd met het oog op de opmaak van het advies over de aansprakelijkheid. Tot voor kort werd daarbij nagenoeg altijd een beroep gedaan op externe experts, maar nu maken de artsen van het Fonds het medische verslag steeds vaker zelf op.

Interne analyse (zonder aanstelling van een expert)

De artsen van het Fonds kunnen ervoor kiezen de analyse en evaluatie van de medische informatie volledig zelf uit te voeren (behalve bij schade boven de ernstdrempel, zie hierna). Bij de opstart van het Fonds werd daar echter om diverse redenen (te weinig artsen, nodige leereffecten) nauwelijks gebruik van gemaakt. Om de kosten en vooral de nodige doorlooptijd van externe expertises te vermijden, geldt echter sinds 2017 een richtlijn om een interne analyse te verkiezen als de medische informatie onvoldoende aanwijzingen bevat van mogelijke aansprakelijkheid, schade boven de ernstgraad of abnormale schade.

Externe analyse (met aanstelling van een expert)

Bij de keuze voor een expertise wordt eveneens bepaald onder welke voorwaarden die zal plaatsvinden: eenzijdig of tegensprekelijk (d.i. als de partijen erbij worden betrokken), volledig of beperkt (d.i. als precieze informatie nodig is van een gespecialiseerde zorgverlener over een specifieke medische aangelegenheid), door een expert of een college van experts (d.i. als er meerdere specifieke oorzaken worden vermoed) en met klinisch onderzoek van de patiënt of met een analyse “op stukken” (d.i. enkel op basis van de verzamelde informatie, wat slechts uitzonderlijk gebeurt).

Op die vrije keuze geldt wel een wettelijke beperking⁹⁴: als er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de ernstgraad bereikt, *moet* het Fonds in principe een expert aanstellen (of, indien dit verantwoord is, een college van experts) en die expertise tegensprekelijk laten verlopen. Door die werkwijze zou (de verzekeraar van) de zorgverlener sneller geneigd zijn een advies over een medisch ongeval met aansprakelijkheid bij te treden, en dus zelf de vergoeding aan het slachtoffer te betalen.

Een voorstel om het Fonds de keuze te laten welke vorm van expertise in het voorliggende geval het meest aangewezen is, kan worden bijgetreden⁹⁵. Al te vaak zou een tegensprekelijke expertise worden georganiseerd om de enkele reden van het bestaan van de wettelijke verplichting terwijl nog onvoldoende duidelijkheid bestaat over de ernst van de schade of terwijl een tegensprekelijke expertise eigenlijk overbodig is. Bovendien is de aanvaarding van het advies afhankelijk van veel meer factoren dan het tegensprekelijke karakter van een expertise; daarvan stellen de verzekeraars trouwens dat het Fonds hen te weinig in de gelegenheid stelt zich daarop voor te voorbereiden en naderhand opmerkingen te formuleren.

Een alternatief zou ook erin kunnen bestaan vooraf tot een akkoord te komen over de bindende kracht van de bevindingen van een expertise (zie box 9). Dit kan de uitvoering van de

⁹⁴ Artikel 17 WMO.

⁹⁵ Nota van een interne werkgroep wetgeving van het Fonds van 14 maart 2019.

expertise weliswaar vertragen, maar die vertraging is beperkt ten opzichte van de huidige globale doorlooptijd en lijkt toch substantiële voordelen te kunnen bieden in het verdere verloop van de procedure.

Box 9 – Toepassing van minnelijke medische expertises

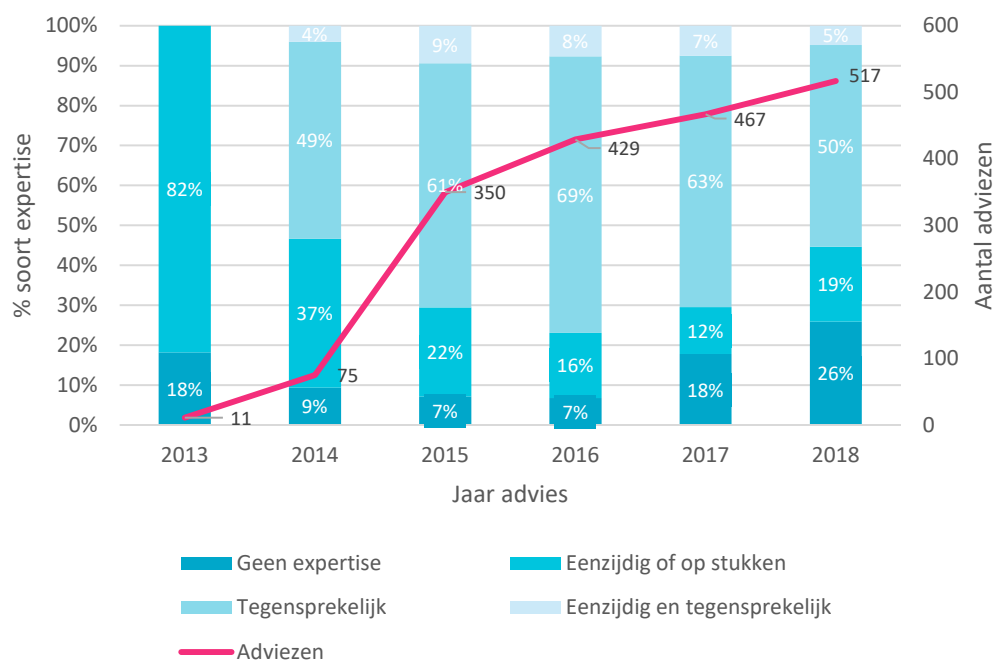
Bij een minnelijke medische expertise sluiten partijen vooraf een akkoord over de uitvoering en het resultaat van de expertise. Dat verhoogt aanzienlijk de waarde ervan, zonder afbreuk te doen aan het recht om de daarop gebaseerde juridische conclusies te betwisten. Het lijkt dan ook nuttig de mogelijkheden op dat vlak verder te onderzoeken, al dan niet gekaderd in een protocolakkoord met de betrokken verzekeraars. De verzekeringssector is immers al goed vertrouwd met die werkwijze, onder meer om lichamelijke schade van zwakke weggebruikers sneller te regelen.

Het Fonds acht dat voorstel echter moeilijk realiseerbaar: *“er is nu ook geen enkele rem om tijdens een expertise tot een overeenkomst te komen, maar de facto blijkt dit niet te gebeuren”*. De reden daarvoor situeert het Fonds bij de houding van de verzekeraars die *“elke expertise waarbij de tegensprekelijkheid vanaf de eerste dag en in het kleinste detail niet wordt gegarandeerd, als waardeloos beschouwen”*. Een procedure van minnelijke medische expertise is nochtans precies bedoeld om dergelijke problemen te voorkomen. Het Rekenhof blijft dan ook van oordeel dat die procedure soelaas kan bieden.

Verhouding adviezen met/zonder externe expertise

Het aantal adviezen dat tot stand komt zonder een externe expertise is, hoofdzakelijk als gevolg van de voornoemde richtlijn, gestegen van 7 % (in 2016) tot 26 % (in 2018). Het risico bestaat echter dat die toename snel zal stagneren: zowel omwille van de rechtszekerheid als wegens het beperkte aantal artsen bij het Fonds zal de neiging blijven bestaan om vaak een beroep te doen op externe experts.

Grafiek 4 – Adviezen van het Fonds, opgedeeld volgens de daarbij gevolgde expertise (tot 2018)



Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens in DAMO

4.4.2 Aantal en doorlooptijd

Tot eind 2018 verstrekke het Fonds 1.849 adviezen, waarvan 85 % steunden op een externe expertise: 60 % tegensprekelijke expertises, 18 % eenzijdige en 7 % een combinatie van beide.

Tabel 6 hierna geeft aan dat de gekozen vorm van expertise weinig invloed heeft op de globale doorlooptijd van een advies. Ook blijkt dat de eventuele vergoeding van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in bijna één op de vijf dossiers nog een tweede expertise vergt – in de praktijk vaak om het criterium “abnormale schade” af te toetsen – en dat voor de talrijke ongegronde aanvragen (“geen MOMA, geen MOZA”) bijzonder veel kosten voor een tegensprekelijke expertise worden gemaakt (3.127 euro per dossier, tegenover 1.110 euro voor een eenzijdige expertise).

In vergelijking met alle andere doorlooptijden is de uitvoering van een expertise geen echte flessenhals in de procedure. Wel rijzen bij een aantal concrete dossiers problemen door vertragingen waartegen het Fonds moeilijk kan optreden: sancties zoals een korting op de factuur van de expert hebben weinig nut en een ontheffing van de opdracht leidt tot nieuwe vertragingen. Het Fonds zou trouwens zelf het voorbeeld moeten geven door de experten tijdig te betalen: één op de vijf facturen (17 %) wordt pas meer dan drie maanden na indiening betaald.

Tabel 6 – Aantal en doorlooptijd van de adviezen volgens de keuze van expertise (periode 2012-2018) (*)

Advies	MOMA < ernst	MOMA > ernst	MOZA	Geen MOMA Geen MOZA	Globaal
Adviezen met expertise					
Aantal	156	117	48	1.248	1.569
%	94,5 %	97,5 %	96 %	82,5 %	85 %
Gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	1.238	1.207	1.184	1.155	1.166
Gemiddelde kost (in euro)	2.701	4.275	3.348	2.698	2.836
Adviezen met enkel eenzijdige expertise					
Aantal	41	3	3	290	337
%	25 %	2,5 %	6 %	19 %	18 %
Gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	1.091	1.379	786	1.109	1.106
Gemiddelde kost (in euro)	1.000	1.325	2.475	1.110	1.111
Adviezen met enkel tegensprekelijke expertise					
Aantal	99	100	36	868	1.103
%	60 %	83,5 %	72 %	57 %	59,5 %
Gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	1.280	1.183	1.224	1.186	1.196
Gemiddelde kost (in euro)	3.176	4.314	3.075	3.127	3.238
Adviezen met eenzijdige en tegensprekelijke expertise					
Aantal	16	14	9	90	129
%	9,5 %	11,5 %	18 %	6 %	7 %
Gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	1.385	1.266	1.090	1.303	1.294
Gemiddelde kost (in euro)	4.122	4.626	4.734	3.676	3.908

Advies	MOMA < ernst	MOMA > ernst	MOZA	Geen MOMA Geen MOZA	Gloobaal
Adviezen zonder expertise					
Aantal	9	3	2	266	280
%	5,5 %	2,5 %	4 %	17,5 %	15 %
Doorlooptijd (in dagen)	1.180	1.560	1.480	1.051	1.064
Totaal aantal	165	120	50	1.514	1.849

^(*) De cijfers van de percentages en van de gemiddelden zijn te begrijpen per kolom en niet per rij.

Bron: eigen berekeningen op basis van de combinatie van gegevens in DAMO en geregistreerde facturen van expertises

Sinds midden 2018 meet het Fonds ook de doorlooptijd van de expertises zelf, en die loopt bij elke meting verder op: omdat enkel gegevens beschikbaar zijn voor expertises die na april 2017 zijn opgestart, zijn in de meting immers steeds meer langdurige expertises begrepen. Volgens de laatste gegevens bedraagt de gemiddelde doorlooptijd voor de eigenlijke uitvoering van de expertise 25 weken (177 dagen bij meting op 13 februari 2020), exclusief de elf weken die het Fonds zelf nodig heeft voor de voorbereiding en organisatie van de expertise⁹⁶.

Tabel 7 – Gemiddelde doorlooptijd van de expertises (in dagen)

Datum meting	Organisatie expertise	Uitvoering expertise	Totale doorlooptijd	Doorlooptijd eenzijdige expertise	Doorlooptijd tegensprekelijke expertise
27/09/2018	41	125	166	133	186
01/11/2018	44	133	178	142	200
10/01/2019	47	138	185	147	210
25/04/2019	57	153	210	161	238
13/06/2019	62	159	222	171	252
03/10/2019	70	167	236	179	269
05/12/2019	70	172	242	179	280
09/01/2020	73	175	248	186	285
13/02/2020	75	177	252	189	289

^(*) Het gemiddelde voor de totale doorlooptijd werd afzonderlijk berekend waardoor dit soms verschilt van de som van de gemiddelden voor de organisatie en de uitvoering van de expertise.

Bron: statistieken Fonds

De agenda van negentien weken die het Fonds als richtlijn hanteert voor een tegensprekelijke expertise (inclusief verslaggeving) blijkt moeilijk haalbaar, maar het Fonds past dit ook bewust soepel toe: het inschatten van de aard of de gevolgen van een betwiste zorgverstrek-

⁹⁶ Die lange interne doorlooptijd komt ook doordat er bij de aanbestedingsprocedure, voor de samenstelling van een lijst van experts, niet voor alle gevraagde medische specialiteiten geschikte kandidaten zijn. Bij de laatste procedure (2016) was dit het geval voor 13 van de 44 specialiteiten (of "loten"). In dat geval moet een expert voor een eenmalige opdracht worden gezocht. Een tekort aan tweetalige en Duitstalige experts vormt een ander specifiek probleem.

king vergt voor een kwalitatieve expertise vaak meer tijd. De opdracht aan de experten is trouwens in de regel bijzonder ruim: een meer gerichte opdracht zou de doorlooptijd kunnen verkorten.

4.5 Juridisch advies over het ongeval

4.5.1 Procesbeschrijving

Een jurist van het Fonds – maar soms ook een advocaat, als onvoldoende eigen personeel beschikbaar is⁹⁷ (wat zich vooral voordeed in 2015 en 2016) – evalueert de resultaten van de medische analyse vanuit het perspectief van de mogelijke aansprakelijkheid voor het ongeval en vanuit het perspectief van de vereiste ernst of het abnormale karakter van de schade met het oog op de eventuele vergoeding.

Om een advies te helpen onderbouwen en bij een complex of principieel probleem is steeds intern “medico-legaal” overleg mogelijk. Aan dat overleg nemen de directeur, de behandelende jurist en arts, en de coördinerende jurist en arts deel, soms uitgebreid met andere juristen en artsen van het Fonds (bv. bij een vermoede aansprakelijkheid van een zorgverlener). Ook bijkomende onderzoeksdaden zijn nog mogelijk, zoals het horen van het standpunt van de zorgverlener, een aanvullende medische expertise of een extern juridisch advies.

Sinds kort zijn de opgemaakte adviezen ook het voorwerp van een *peer review* (nalezing door een collega-jurist en arts van het Fonds). De directeur van het Fonds verifieert tot slot of het ontwerpadvies overeenstemt met de resultaten van de voorafgaande procedure (bv. het expertiseverslag of de beslissingen van het medico-legaal overleg) en ondertekent het advies.

4.5.2 Doorlooptijd

Tussen medisch verslag en advies

Het Fonds heeft geen gegevens over de doorlooptijd tussen het medische verslag en het advies. Indicatief heeft het Rekenhof berekend dat voor 293 adviezen, opgemaakt in 2018 op basis van een expertiseverslag, gemiddeld 144 dagen nodig waren. Dit is echter een te positieve inschatting: er kon immers enkel rekening worden gehouden met expertiseverslagen vanaf de tweede helft van 2017⁹⁸ en de juristen van het Fonds hebben recent voorgesteld om voor dit deelproces een na te streven doorlooptijd van 180 dagen (6 maanden) te hanteren⁹⁹.

Op aansturen van de coördinerend-arts is het werkproces sinds midden 2019 wel efficiënter georganiseerd. Expertiseverslagen komen sneller bij de jurist terecht en de praktijk om dossiers op grote schaal voor te leggen aan een uitgebreid en dus tijdrovend medico-legaal

⁹⁷ Dit gebeurt momenteel in uitvoering van een overheidsopdracht van 2017, toegekend voor vier jaar en verlengbaar met drie jaar, zowel voor de vertegenwoordiging van het Fonds in rechtszaken als voor juridisch advies in individuele dossiers.

⁹⁸ Tot april 2017 werd de datum van het expertiseverslag immers niet geregistreerd.

⁹⁹ In een nota van 14 maart 2019 hebben de juristen voorgesteld de termijn van zes maanden voor de opmaak van het advies niet meer te rekenen vanaf de ontvangst van de aanvraag (zoals nu wettelijk is bepaald), maar vanaf het medische verslag.

overleg¹⁰⁰ zou worden afgebouwd: het accent kan immers verschuiven naar een *peer review* van de ontwerpadviezen (zie hiervoor). Hoewel de resultaten van deze reorganisatie nog moeten worden afgewacht, is het aannemelijk dat daarmee een belangrijke tijdsbesparing kan worden gerealiseerd. Ten opzichte van de globale doorlooptijd voor alle andere administratieve processen zal de impact echter relatief bescheiden blijven.

Tussen aanvraag en advies

In hoofdstuk 2 bleek al dat de wettelijk vooropgestelde doorlooptijd van zes maanden tussen aanvraag en advies geenszins wordt gehaald en nu net geen vier jaar bedraagt (46,5 maanden voor de in 2018 verstrekte adviezen). Tabel 8 splitst dat gegeven verder uit volgens het aantal adviezen dat jaarlijks wordt verstrekt en het resultaat van het advies. Hieruit blijkt dat in de globale doorlooptijd weinig verschil bestaat naargelang van het soort advies en dat alle gemiddelde doorlooptijden van jaar tot jaar blijven toenemen.

Tabel 8 – Aantal jaarlijks verstrekte adviezen en gemiddelde doorlooptijd ervan (in dagen), uitgesplitst volgens het resultaat van het advies

Soort advies (in aantal)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
MOMA < ernst	1	8	28	44	37	47	165 (8,9 %)
MOMA > ernst	-	7	29	28	32	24	120 (6,5 %)
MOZA	-	2	17	10	7	14	50 (2,7 %)
Geen MOMA of MOZA	10	58	276	347	391	432	1.514 (81,9 %)
Totaal	11	75	350	429	467	517	1.849 (100 %)
Gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018
MOMA < ernst	442	586	873	1.116	1.427	1.549	1.238
MOMA > ernst	-	657	916	1.090	1.391	1.610	1.207
MOZA	-	656	925	1.122	1.367	1.527	1.184
Geen MOMA of MOZA	316	630	857	1.097	1.258	1.387	1.155
Gemiddelde	327	629	866	1.099	1.282	1.416	1.166

Bron: Rekenhof, op basis van gegevens uit het beheerssysteem DAMO

4.5.3 Structuur en inhoud

Elk advies is op dezelfde wijze gestructureerd. Het eerste deel bestaat uit een vermelding van de betrokken partijen, een chronologische opsomming van de feiten en een situering van het wettelijke kader. Daarna wordt op basis van de medische en juridische analyse geconcludeerd of sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid, afgesloten met een toelichting van de beroepsmogelijkheden tegen die beslissing¹⁰¹.

¹⁰⁰ Een wekelijks uitgebreid overleg met de juristen en artsen van de betrokken taalrol was vroeger de regel (daartoe moest elk dossier ook grondig worden voorbereid) en wellicht wel nuttig als leerfase tijdens de opstart van het Fonds.

¹⁰¹ Dezelfde structuur wordt in een verkort schema gehanteerd als de aanvraag kennelijk ongegrond is of als de aanvraag pas na een medische expertise onontvankelijk wordt verklaard (bv. omdat uit de expertise blijkt dat de schade niet voortvloeit uit een verstrekking van gezondheidszorg).

Naast eenzelfde structuur is ook de tekst van elk advies voor ongeveer twee derden identiek (bv. toelichting van de gehanteerde wettelijke principes). Dit vereenvoudigt de opmaak van het advies maar draagt ook bij tot de nodige uniformiteit. Omdat het tekstdeel over het chronologische verloop van de feiten bovendien al op voorhand kan worden opgemaakt, blijven dus bij de opmaak van het advies enkel nog de conclusies van het medische verslag (en het eventueel aanvullende onderzoek) te integreren en juridisch te kwalificeren. Gezien er weinig aanvullend onderzoek gebeurt, de recente reorganisatie van het werkproces een bijkomende tijdsbesparing oplevert (zie hiervoor) en het overgrote deel van de adviezen de aanvraag ongegrond verklaren, mag worden aangenomen dat de gemiddelde doorlooptijd tussen het medische verslag en de opmaak van een juridisch advies tot twee à drie maanden kan worden herleid.

4.6 Afwikkeling van het dossier

De laatste stap in het dossierbeheer bestaat uit het regelen van de vergoeding van het slachtoffer indien het advies daartoe aanleiding geeft, en uit het beheer van geschillen die voortvloeien uit de schaderegeling (bv. over de omvang van de verschuldigde vergoeding) of uit eerdere beslissingen van het Fonds (bv. over de niet-ontvankelijkheid van de aanvraag). Voorlopig is het aantal dossiers in deze fase vrij beperkt: het schommelt rond honderd openstaande geschillen¹⁰² en enkele tientallen nog af te werken vergoedingsregelingen. Dat aantal zal nu naar verwachting sterk beginnen toenemen: steeds meer dossiers raken immers door de flessenhals van het advies.

Door het beperkte aantal dossiers kan nog geen representatief beeld worden geschetst over deze fase in de procedure, maar de problemen bij de opvolging van de dossiers (punt 4.6.1), de opmaak van de vergoedingsvoorstellen (punt 4.6.2) en de terugvorderingen (punt 4.6.3) spreken reeds voor zich.

4.6.1 Opvolging

De wet medische ongevallen omschrijft gedetailleerd de stappen voor de regeling van de schadevergoeding, samen met de daarvoor geldende termijnen¹⁰³. Als algemene richtlijn geldt dat vergoedingsvoorstellen binnen de drie maanden na de kennisgeving van het advies aan de aanvrager moeten worden bezorgd en dat de aanvrager vervolgens eveneens over drie maanden beschikt om dat voorstel te aanvaarden, waarna de betaling binnen de maand moet plaatsvinden. Die termijnen lopen op als de aanvrager opmerkingen over het voorstel formuleert of als de verzekeraar van de zorgverlener de aansprakelijkheid betwist of geen toereikend vergoedingsvoorstel doet, maar ook daarvoor zijn in de wet termijnen vastgelegd.

¹⁰² Het Activiteitenverslag 2018 van het Fonds (p.38-41) omschrijft summier de aard van de gerechtelijke procedures. In die procedures kan het Fonds zowel de eiser zijn (bv. terugvordering van de betaalde vergoeding van een verzekeraar) als de verweerder (bv. betwisting van een advies dat het ongeval niet vergoedbaar is) (www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

¹⁰³ Artikel 25 tot en met 32 WMO.

Het beheerssysteem DAMO maakt het echter nog steeds niet mogelijk de afwikkeling van het dossier op te volgen¹⁰⁴ en desnoods in te grijpen. De afwikkeling berust dus volledig in handen van het personeelslid aan wie het dossier werd toegewezen, wat beheersmatig uiteraard risico's inhoudt. Op vraag van het beheerscomité is begin 2019 wel een schatting gemaakt van de nodige tijd tussen het advies en de betaling van de schadevergoeding. Bij een geselecteerd aantal dossiers¹⁰⁵ was de gemiddelde doorlooptijd zestien à achttien maanden¹⁰⁶. Daarbij is nog geen rekening gehouden met de vereiste terugvordering van de vergoeding bij de aansprakelijke. Een vergoedingsvoorstel opmaken binnen de drie maanden, zoals wettelijk opgelegd, blijkt nagenoeg onmogelijk: het Fonds heeft er gemiddeld minstens tien maanden voor nodig.

4.6.2 Vergoeding

Bij het regelen van de verschuldigde schadevergoeding wordt het Fonds geconfronteerd met een groot aantal problemen, hoofdzakelijk op de volgende drie domeinen:

Berekening

Het Fonds moet het slachtoffer een integrale vergoeding van de schade “naar gemeen recht” waarborgen, net zoals een rechtbank daarover uitspraak zou moeten doen. Maar anders dan bij een gerechtelijke procedure moet het slachtoffer niet eerst verduidelijken voor welke schadeposten en voor welk bedrag een vergoeding wordt gevorderd. Dat bemoeilijkt uiteraard de opmaak en de aanvaarding van een vergoedingsvoorstel, temeer omdat het slachtoffer daarop slechts eenmalig opmerkingen mag formuleren¹⁰⁷.

Voor de bepaling van de schadeposten en de berekening van de vergoeding gebruikt het Fonds een specifiek daarvoor ontwikkelde applicatie en richt het zich voor de evaluatie van de lichamelijke schade op een indicatieve tabel die de rechtbanken meestal als leidraad hanteren. Toch stellen zich tal van problemen door de combinatie van ontbrekende interne richtlijnen, een gebrek aan ervaring en uiteenlopende rechtspraak.

Residuaire karakter

Een vergoeding naar gemeen recht houdt dan wel een integrale vergoeding van de schade in, maar betekent evenzeer dat het slachtoffer niet tweemaal voor dezelfde schade kan worden vergoed. Als er samenloop is met een *verzekering tot vergoeding van schade*¹⁰⁸, dan bepaalt

¹⁰⁴ Wel is gestart met de ontwikkeling van een module voor de financiële opvolging (voor betalingen van vergoedingen aan slachtoffers en van facturen van experts en advocaten) en de integratie van een toepassing voor geschillenbeheer die al wordt gebruikt bij andere diensten van het RIZIV.

¹⁰⁵ Medische ongevallen met of zonder burgerlijke aansprakelijkheid met schade boven de ernstdrempel die geen voorwerp zijn van een gerechtelijke procedure en waarbij de schade wordt vergoed in de vorm van een kapitaal (geen rente).

¹⁰⁶ Met name (telkens gemiddelden, maar met grote variatie tussen de individuele dossiers): drie maanden voordat uitsluitel bestaat of de verzekeraar al dan niet wil tussenkomen, vijf tot zes maanden voordat de nodige gegevens zijn verzameld, vijf tot zes maanden voordat een eerste voorstel kan worden geformuleerd en drie tot vier maanden voordat een akkoord tot stand komt en de betaling kan plaatsvinden. (bron: toelichting op de zitting van het beheerscomité van 18 januari 2019).

¹⁰⁷ Artikel 26, § 2, WMO.

¹⁰⁸ Bv. een hospitalisatieverzekering die de “opleg” ten laste neemt die de patiënt bovenop de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering verschuldigd is bij een opname in een ziekenhuis.

de wet medische ongevallen¹⁰⁹ dat die verzekering eerst moet tussenkomen en het Fonds de vergoeding ervan in mindering mag brengen in zijn vergoedingsvoorstel. De memorie van toelichting bij de wet medische ongevallen omschrijft de vergoeding die het Fonds betaalt daarom als *een soort residuaire vergoeding*¹¹⁰.

De vraag of er sprake is van samenloop met de vergoeding door het Fonds (bv. het ongeval geeft ook recht op wezenbijslag, tussenkomsten voor assistentie, vergoedingen krachtens een persoonlijke ongevallenverzekering) kan niet altijd eenvoudig worden beantwoord. Telkens moet aan de hand van de inhoud van de betrokken verzekering of wetgeving worden bepaald of het gaat om een vergoeding van dezelfde schade¹¹¹. Ook de controle hierop is moeilijk: het Fonds zou van de aanvrager een sluitend overzicht moeten krijgen van alle individuele of collectieve verzekeringen (zowel bij verzekeraars als ziekenfondsen) en van alle sociale uitkeringen die mogelijk dezelfde schade vergoeden. Helemaal complex wordt de situatie als ook bij de andere verzekering of sociale uitkering is bepaald dat ze residuaire verschuldigd is¹¹².

Het Fonds zoekt daarvoor nu een uitweg in de vorm van een verdere verduidelijking van de wet, maar ook langs die weg zal wellicht geen sluitende oplossing mogelijk zijn¹¹³. Het Rekenhof dringt er daarom op aan dat richtlijnen worden opgesteld over de toepassing van het residuaire karakter van de vergoeding met een oplistijng van de verschillende mogelijke concrete situaties.

Wijze van betaling

Bij een blijvende invaliditeit kan de vergoeding worden betaald in de vorm van een kapitaal of in de vorm van een rente. Het is niet duidelijk welk beleid het Fonds voert op dit punt: er zou pas vanaf een bepaalde invaliditeitsgraad een rente worden voorgesteld, maar dit blijkt niet in alle dossiers gelijk te worden toegepast.

Het Fonds moet bovendien voorschotten toekennen in afwachting van een consolidatie van de letsels of een voorlopige vergoeding in afwachting van een volledige kwantificering van de schade¹¹⁴. Tot voor kort gebeurde dit niet of pas laattijdig, maar hierin lijkt een kentering te zijn gekomen.

¹⁰⁹ Artikel 25, § 4, WMO. Het artikel bepaalt ook dat het Fonds de vergoedingen in mindering mag brengen "waarop de aanvrager recht heeft krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994", maar sinds het Fonds deel uitmaakt van het RIZIV is dit zonder belang.

¹¹⁰ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.67, www.dekamer.be.

¹¹¹ Dit wordt bepaald door na te gaan of de verzekeraar of de overheidsinstelling die het slachtoffer betaalt de vergoeding eveneens kan terugvorderen van de aansprakelijke zorgverlener.

¹¹² Dit is bv. het geval voor uitkeringen door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (zie artikel 14 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap).

¹¹³ Voor een overzicht van de problematiek en een mogelijke oplossing: W. BUELENS, *Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid*, proefschrift doctoraat in de rechten, Antwerpen, 2018, p. 408-416.

¹¹⁴ Artikel 25, § 3, WMO.

4.6.3 Terugvordering

Vergoedingen of expertisekosten die het Fonds ten laste neemt in de plaats van de aansprakelijk geachte zorgverlener of zijn verzekeraar, moeten in principe op hen worden teruggevorderd. Bij de behandeling van de ontvangsten en uitgaven van het Fonds (punt 3.3) werd er al op gewezen dat richtlijnen ontbreken om die bedragen effectief in te vorderen en te registreren. Hierbij komt nog dat dossiers waarvoor een terugvordering nodig is aan de aandacht ontsnappen door het onvoldoende sluitende beheerssysteem DAMO¹¹⁵. Beslissingen tot terugvordering blijken dan ook vaak bijzonder laat of soms zelfs nog niet te zijn genomen.

Het Fonds moet beslissingen om vergoedingen of kosten niet terug te vorderen trouwens beter kaderen, zowel door middel van richtlijnen als door een strakke controle. Er moet ook worden onderzocht of, net als bij andere instellingen van de sociale zekerheid, het verzaken aan terugvordering niet beter zou worden toevertrouwd aan het beheerscomité van het Fonds, mede gelet op de omvang van de betrokken bedragen.

4.7 Communicatie

In 2019 is een communicatieplan ontwikkeld rond twee assen: *extern* de rol van het Fonds verduidelijken om verkeerde of te hoge verwachtingen te voorkomen (bv. via website, informatievergaderingen of folders) en *intern* het overleg en de informatiedoorstroming reorganiseren. In het plan ontbreekt echter een initiatief over de minstens even essentiële communicatie met het slachtoffer (de aanvrager) en de zorgverlener (en zijn verzekeraar) op dossierniveau. Precies op dat vlak is een bijsturing nochtans het meest noodzakelijk.

¹¹⁵ Dossiers met een vereiste terugvordering konden bij de audit enkel worden opgelijst via de omweg van Excel-lijsten van de medewerkers, verschillend opgemaakt aan Franstalige en Nederlandstalige kant, en zonder waarborg op juistheid.

Box 10 – Informatieverstrekking aan het slachtoffer: voorbeelden

- Na ontvangstmelding van de aanvraag – die, overbodig en verwarrend, twee keer gebeurt – neemt het Fonds geen enkel initiatief meer om het slachtoffer tijdens de onredelijk lange wachttijd tot de expertise en het advies verder te informeren (zie ook voorbeeld box 1).
- In de voormelde briefwisseling wordt zonder enige nuance gesteld dat binnen zes maanden een advies zal worden verstrekt. Ook het advies zelf begint met dat wettelijk principe te herhalen, maar voegt daaraan toe dat “*het hier een indicatieve termijn betreft die als gevolg van allerlei redenen langer kan uitvallen*” en dat “*een gebeurlijke overschrijding van de termijn geen rechtsgevolgen teweegbrengt*” (wat niet correct is, zie box 1). Vermits adviezen gemiddeld pas na vier jaar worden verstrekt, is die wijze van communicatie niet passend.
- Een advies begint met een duidelijk en beknopt overzicht van de relevante feiten en legt alle gebruikte medische termen begrijpelijk uit. In het juridische luik gaat de boodschap voor een niet-jurist deels verloren door het systematische gebruik van vakjargon (bv. “*equivalentieleer*”, “*resultaatverbintenis*”), Latijnse termen (bv. “*in casu*”, “*de lege artis*”) en verkort geciteerde bronnen (bv. “*Cass.*”, “*R.W. 2004-2005, 1554*”, “*TBBR 1999, 48*”). Elke jurist van het Fonds lijkt trouwens andere bronnen te mogen gebruiken die bovendien niet worden gecontroleerd, onder meer op hun (actuele) relevantie en op noodzakelijke uniformiteit.
- Een advies bevat relatief veel informatie zonder toegevoegde waarde (bv. opsomming van alle gevallen waarin het Fonds tussenkamt, dus ook als ze niet op het voorliggende geval van toepassing zijn) of die zelfs onduidelijkheid creëert. Een uitgebreide analyse van het moeilijke begrip “*abnormale schade*” heeft geen zin bij een medisch ongeval met aansprakelijkheid of bij schade die de ernstgraad niet overschrijdt. Hetzelfde geldt voor de toelichting van “*het causaal verband*” als voordien al geen fout en dus geen aansprakelijkheid is weerhouden. Bij de beroepsmogelijkheden wordt dan weer gewoon het wettelijke voorschrift herhaald zonder enige duidelijkheid te verschaffen over de termijnen voor beroep.

4.8 Deelconclusie

Een dossier bij het Fonds staat gemiddeld tot drie vierden van de doorlooptijd – of concreet 2,5 tot 3 jaar – louter “in wacht” om intern verder te worden afgehandeld. Ook bij de afhandeling zelf wordt getalmd: vaak gaat onevenredig veel tijd verloren aan de behandeling van een aanvraag, aan interne communicatie (bv. doorsturen van gegevens tussen arts en dossierbeheerder) of aan de opmaak van juridische adviezen. Lang aanslepende expertises of een moeizame informatieverstrekking door de zorgverlener doen zich ook voor, maar zijn niet van die aard dat ze structureel mee aan de basis liggen van de lange doorlooptijd tot het advies.

De nodige ingrepen liggen vaak voor de hand. Sinds 2017 zijn daartoe al enkele initiatieven genomen (bv. minder externe expertises), recent versterkt door maatregelen van de nieuwe medische coördinator (bv. snellere toewijzing van het dossier voor opmaak van het juridische advies, organisatie van *peer review*). Toch is er nog veel ruimte voor verbetering: kennelijk ongegronde aanvragen kunnen sneller worden afgehandeld en het dossierbeheer moet actiever worden gestuurd (bv. met richttermijnen voor elk deelproces) en opgevolgd (bv. bij ziekte van een medewerker). Daarbij is het evident dat de hiaten in de afwikkeling van de dossiers (beheerssysteem en de manier van vergoeden en terugvorderen) zo snel mogelijk moeten worden opgelost.

De inhoudelijke kwaliteit van de tussenkomsten is evenzeer een groot aandachtspunt. Dit geldt zeker voor de communicatie met de slachtoffers, de zorgverleners en de verzekeraars doorheen de administratieve processen. Het Rekenhof acht het essentieel dat daaraan meer aandacht wordt besteed.

Hoofdstuk 5

Conceptuele knelpunten

De wetgever heeft aan het slachtoffer een laagdrempelige toegang verzekerd tot een fonds dat zowel een adviserende, vergoedende, bemiddelende als beleidsondersteunende rol heeft. Dat concept is echter in de praktijk moeilijk of soms zelfs niet uitvoerbaar, wat mee de oorzaak is van de problemen op het vlak van de organisatie en de administratieve processen zoals beschreven in de vorige hoofdstukken. Uit de kerncijfers in tabel 9 kunnen de grootste conceptuele knelpunten worden afgeleid.

Tabel 9 – Resultaat van de afgehandelde dossiers (eind 2018)

Afgehandelde dossiers	Aantal	%
Niet ontvankelijk, niet gegrond of voortijdig stopgezet	1.890	85 %
Gegrond maar niet vergoedbaar door het Fonds	162	7,3 %
Gegrond en (potentieel) vergoedbaar door het Fonds	173	7,7 %
Totaal	2.225	100 %

Bron: Rekenhof, op basis van het Activiteitenverslag 2018 van het Fonds

5.1 Toegang tot het Fonds

5.1.1 Context

Een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds kan relatief gemakkelijk door het slachtoffer zelf worden ingediend, wat in twee derden van de gevallen (65 %) ook effectief gebeurt¹¹⁶. De aanvraag is immers niet aan moeilijke voorwaarden onderworpen: er moeten bv. geen bewijsstukken of argumenten over de eventuele aansprakelijkheid voor het ongeval worden aangebracht. Het Fonds rekent voor de procedure ook geen kosten aan.

De laagdrempelige toegang houdt echter het risico in dat veel slachtoffers verkeerde of te hoge verwachtingen kunnen hebben over hun aanvraag en dat het Fonds onevenredig veel energie moet besteden aan de afhandeling van onontvankelijke of ongegronde aanvragen (wat de cijfers uit tabel 9 lijken te bevestigen). Om die reden heeft het Fonds gezocht naar mogelijkheden om de aanvragen vooraf te laten filteren en prioriteit te geven aan sommige aanvragen:

Filter

Om “manifest onterecht ingediende dossiers” te voorkomen, rekent het Fonds “op de patiëntenverenigingen en op de verzekeringsinstellingen” (d.i. ziekenfondsen) “om hun rol ten aanzien

¹¹⁶ De overige aanvragen worden ingediend via een ziekenfonds (18,5 %), een advocaat (11,7 %) of een andere gemachtigde zoals een patiëntenvereniging of een verwant. De verhouding van die aandelen schommelt wel doorheen de tijd. (bron: Activiteitenverslag 2018 van het Fonds, p.29, www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

van de patiënten te vervullen¹¹⁷. In het communicatieplan luidt dit als volgt: “de aanvrager mag niet verwachten dat elke aanvraag zal leiden tot een betaling van een vergoeding vanwege het Fonds; daarom is het van het grootste belang dat de aanvrager, vooraleer zijn aanvraag in te dienen, uitleg vraagt aan de zorgverstrekker en advies vraagt aan zijn ziekenfonds”¹¹⁸.

Voorrangsregeling

Het dossierbeheer is georganiseerd volgens het FIFO-principe (*first in first out*). Sinds midden 2017 wordt echter prioriteit gegeven aan dossiers waarin de schade de wettelijk bepaalde ernstgraad¹¹⁹ bereikt. Midden 2019 is die voorrangsregeling verder verfijnd en aangevuld¹²⁰: prioritair zijn dossiers waarin het slachtoffer jonger is dan twaalf jaar op het ogenblik van het medische ongeval, of waarin het slachtoffer gezinshoofd is en overlijdt of meer dan een jaar volledig arbeidsongeschikt is. Een dossier krijgt echter geen voorrang indien het minder dan zes maanden voor het verstrijken van de verjaringstermijn bij het Fonds wordt ingediend. De prioriteitscode kan ook worden ingetrokken zodra blijkt dat het dossier niet voor vergoeding in aanmerking komt.

5.1.2 Knelpunten

De toepassing van een voorrangsregeling is discutabel, zelfs al lijken de criteria van de regeling op zich billijk. Het zou bv. evenzeer verantwoord zijn prioriteit te geven aan dossiers die niet in aanmerking komen voor een vergoeding van het Fonds: in die gevallen mag het slachtoffer immers de kans niet worden ontzegd om zich zo snel mogelijk tot de rechtbank te kunnen wenden. De regeling zou in elk geval uitdrukkelijk moeten zijn goedgekeurd door het beheerscomité, wat nu niet het geval is.

Een betere voorafgaande filtering van de aanvragen kan wel nuttig zijn, maar dan in eerste instantie voor het slachtoffer zelf. Het probleem van een te groot aantal “*manifest onterecht ingediende dossiers*” moet in hoofdte van het Fonds immers worden genuanceerd, zelfs in die mate dat er voor het dossierbeheer geen echte nood bestaat aan een aangepaste toegang tot het Fonds of aan een voorrangsregeling bij de afhandeling van de dossiers.

¹¹⁷ Gedachtewisseling met vertegenwoordigers van het RIZIV en het Fonds voor de Medische Ongevallen over het activiteitenverslag 2013 van het Fonds voor de Medische Ongevallen, Verslag namens de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing, *Parl. St. Kamer*, DOC 54 1246/001, 7 juli 2015, p.3 en p.12, www.dekamer.be.

¹¹⁸ Het Fonds zou dat in de loop van 2020 communiceren in folders, op de website en tijdens informatievergaderingen.

¹¹⁹ D.i. bij overlijden, blijvende invaliditeit van minstens 25 %, tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes maanden gedurende een jaar, of een bijzonder zware verstoring van levensomstandigheden (zie ook punt 1.1).

¹²⁰ Een werkgroep “visie” had de dienst begin 2017 wel de opdracht gegeven criteria voor “prioritaire gevallen” uit te werken.

Box 11 – Problematiek van manifest onterecht ingediende dossiers

Met manifest onterecht ingediende dossiers doelt het Fonds zowel op kennelijk *onontvankelijke* als kennelijk *ongegegronde* aanvragen. In beide gevallen ontbreekt al op het eerste zicht (“*manifest*” of “*kennelijk*”) de nodige grond voor een verdere tussenkomst van het Fonds, ofwel omdat niet aan de wettelijke voorwaarden is voldaan (“onontvankelijk”, bv. schade veroorzaakt voor april 2010) ofwel omdat er geen feitelijke aanwijzingen bestaan voor een mogelijke aansprakelijkheid of abnormale schade (“ongegegrond”). Het Fonds wordt jaarlijks met tientallen dergelijke dossiers geconfronteerd.

Het probleem mag echter niet worden overdreven en het zou een disproportionele maatregel zijn om daarom de huidige laagdrempelige toegang te verhogen. Het aantal *kennelijk onontvankelijke* aangiftes bij het Fonds is immers niet onrustwekkend hoog¹²¹, in acht genomen dat het over de invoering van een nieuwe regeling gaat. Dergelijke aangiftes verstoren ook de organisatie van het dossierbeheer niet, want ze kunnen snel worden afgehandeld in het begin van de procedure. Bij *kennelijk ongegronde* aangiftes situeert het probleem zich eerder bij het Fonds zelf: als een aangifte onvoldoende aanwijzingen bevat die een verder onderzoek ten gronde kunnen verantwoorden, neemt het Fonds onvoldoende initiatief om het dossier versneld af te handelen (zie punt 4.3.4). Daarbij wordt wel het verschil benadrukt tussen *kennelijk ongegronde* en *ongegegronde* aangiftes. Vergoedingsregelingen die steunen op het principe van aansprakelijkheid kennen immers altijd een hoog percentage *ongegegronde* aangiftes, vooral wegens de vaak moeilijke bewijslast. Ook bij de aansprakelijkheidsverzekeraars van medische risico’s is slechts 30 % van de aangiftes *gegrond*¹²².

5.1.3 Alternatieven

De reële nood aan een laagdrempelige toegang tot het Fonds werd bij de totstandkoming van de wet medische ongevallen nooit in vraag gesteld. Slachtoffers van een medisch ongeval kunnen nochtans vrijwel altijd aanspraak maken op bijstand van een dienst ledenverdediging van hun ziekenfonds en meestal ook op een ruimere tussenkomst van een verzekeraar rechtsbijstand, al dan niet in het kader van een zogenaamde familiale verzekering¹²³. De meeste slachtoffers blijken daarvan echter geen gebruik te maken.

Het Fonds beklemtoont in zijn beleid nochtans terecht dat het van groot belang is dat het slachtoffer goed geïnformeerd is over de slaagkansen en de gevolgen van een aangifte. Het Fonds moet die visie dan ook omzetten in de praktijk en het slachtoffer expliciet wijzen op het belang van bijstand door zijn ziekenfonds of verzekeraar rechtsbijstand¹²⁴. Net als bij andere administraties zou het Fonds ook persoonlijke begeleiding kunnen aanbieden via een specifiek daartoe opgeleide contactpersoon die de juiste diensten kan aanwijzen en procedures toelichten (zoals dat gebeurt bij sommige verzekeraars).

¹²¹ Zie punt 4.2.2: bij 338 van de 4.759 geopende dossiers bleek al op het eerste zicht dat de aanvraag niet onontvankelijk was.

¹²² KCE-rapport 107A (fase V, 2009), p. v en vi (kce.fgov.be/nl/alle-kce-rapporten?page=14).

¹²³ Veruit de meeste Belgen (90 % volgens een bepaalde verzekeraar) hebben een zogenaamde familiale verzekering (verzekering burgerlijke aansprakelijkheid privéleven) waaraan meestal ook een waarborg rechtsbijstand is gekoppeld. In de regel geldt die waarborg ook om bij een medisch ongeval een schadevergoeding te bekomen.

¹²⁴ In een nieuwe informatiefolder zou nu wel worden opgenomen dat voor hulp bij het indienen en opvolgen van de aanvraag “bepaalde mutualiteiten, (bijstand)verzekeraars, patiëntenorganisaties tegemoet kunnen komen”. Maar ook dit blijft te vaag: het zou concreter als een aanbeveling kunnen worden geformuleerd door het nut ervan toe te lichten, en het zou ook in het aanvraagformulier zelf moeten worden vermeld.

De relevantie van een laagdrempelige toegang en van bijstand geldt trouwens niet zozeer voor het indienen van de aanvraag zelf – dit is relatief eenvoudig¹²⁵ – maar vooral voor het verdere verloop van de procedure bij het Fonds. Kosten voor een (vrijwel altijd nuttige en zelfs nodige) bijstand van het slachtoffer tijdens de procedure vallen volgens het beheerscomité immers niet ten laste van het Fonds.

Box 12 – *Nut en noodzaak van bijstand van het slachtoffer*

De rechtsleer¹²⁶ benadrukt dat “vooral tijdens het tegensprekelijk deskundigenonderzoek bijstand van belang kan zijn, maar bijvoorbeeld ook om te beslissen of best de minnelijke dan wel de gerechtelijke weg wordt gevolgd, om de ernst van de schade voldoende aannemelijk te maken met het oog op het verkrijgen van een tegensprekelijke expertise, of om het vergoedingsvoorstel van de verzekeraar of het Fonds te controleren. (...) Het gaat hier immers niet alleen om een complexe en technische materie maar, daarmee samenhangend, ontstaat bij gebrek aan bijstand (van het slachtoffer) ook een wapenongelijkheid met de zorgverlener/zijn verzekeraar die zich nagenoeg altijd zal laten bijstaan”.

Kosten voor bijstand van het slachtoffer (door een juridische raadgever of arts) maar ook voor administratie (samenstelling gegevens voor de aanvraag) of vervoer (bij klinisch onderzoek in het kader van een expertise) worden echter niet door het Fonds vergoed. Het beheerscomité is immers van oordeel dat het principe van de kosteloosheid van de procedure enkel betrekking heeft op de interne behandeling van het dossier en de expertises op verzoek van het Fonds¹²⁷. Ook moet in acht worden genomen dat het Fonds een neutrale positie moet innemen en dus niet de indruk mag wekken de zijde van het slachtoffer te kiezen. Aan die neutraliteit wordt uiteraard geen afbreuk gedaan door te wijzen op het mogelijke recht op bijstand.

5.2 Adviserende en vergoedende rol van het Fonds

5.2.1 Context

De wet medische ongevallen belast het Fonds met “*de organisatie van de vergoeding*”: het Fonds moet zich aan de hand van eigen medisch en juridisch onderzoek uitspreken over de regeling van het ongeval. Die regeling kan zowel betrekking hebben op kwesties van aansprakelijkheid als van verzekering en kan louter adviserend of soms ook vergoedend van aard zijn:

Op het vlak van de aansprakelijkheid

Het Fonds moet op vraag van het slachtoffer (of zijn rechthebbenden) “*advies verstrekken*” over de mogelijke aansprakelijkheid van een zorgverlener en de ernst van de schade, en moet de “*schade vergoeden*” als de vastgestelde aansprakelijkheid wordt betwist of als er geen aansprakelijkheid is maar de schade abnormaal blijkt te zijn. De vergoeding door het Fonds is echter alleen verschuldigd als de schade een wettelijk bepaalde ernstgraad bereikt.

¹²⁵ Die aanvraag is immers relatief eenvoudig, hoewel de procedure nog verder kan worden vereenvoudigd (cf. punt 4.2).

¹²⁶ W. BUELENS, *Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid*, proefschrift doctoraat in de rechten, Antwerpen, 2018, p. 403-407, met verwijzing naar diverse andere bijdragen in de rechtsleer.

¹²⁷ Activiteitenverslag 2013, p.64 (www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

Op het vlak van de verzekering

Het Fonds moet op vraag van het slachtoffer (of zijn rechthebbenden) “advies verstrekken” over de verzekeringsdekking en over de vergoedingsvoorstellen, en moet de “schade vergoeden” als die zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is of als zijn verzekeraar een kennelijk ontoereikend vergoedingsvoorstel doet. De vergoeding door het Fonds is niet onderworpen aan de voorwaarde dat de schade een bepaalde ernstgraad moet bereiken.

5.2.2 Knelpunten inzake aansprakelijkheid*Begrippen en draagwijdte*

In de rechtsleer wordt uitgebreid aangegeven dat verschillende voorwaarden en begrippen uit de wet medische ongevallen onduidelijk zijn afgebakend of voor discussie vatbaar zijn. Het betreft bv. het begrip abnormale schade, de criteria van de schadedrempels (zoals de vereiste ongeschiktheid) en de uitsluiting van sommige zorgverstrekkingen. Deze audit gaat niet in op die reeds gekende problemen of kritiek en stelt enkel vast dat zij het oordeel van het Fonds uiteraard in heel wat gevallen bemoeilijken.

Tegensprekelijk debat

Een rechterlijke beslissing over de aansprakelijkheid voor het ongeval komt pas tot stand nadat zowel het slachtoffer als (de verzekeraar van) de zorgverlener voldoende gelegenheid kregen hun eigen standpunt te argumenteren en op het standpunt van de tegenpartij te reageren. Dit kan de afhandeling van het schadegeval echter aanzienlijk vertragen. Precies die tijdwinst zou volgens de wetgever¹²⁸ een beslissend voordeel moeten zijn om voor de administratieve procedure te kiezen: het Fonds kan zich immers eenzijdig, en dus (in principe) veel sneller uitspreken over de aansprakelijkheid. Als tegengewicht voor die eenzijdige beslissing is de procedure niet verplicht en het advies niet bindend.

In de praktijk is de situatie echter niet zo eenvoudig. Anders dan bij een gerechtelijke procedure wordt door de partijen geen afgebakend geschil aan het Fonds voorgelegd. Zelfs de feitelijke omstandigheden van het ongeval zoals beschreven in de aanvraag zijn niet beslissend. Het Fonds moet zelf uitzoeken of er sprake is van schade als gevolg van gezondheidszorg en of die schade aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener dan wel tot een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (wegens het abnormale karakter van de schade). Ook de schadeposten die het slachtoffer vergoed wil zien, moet het Fonds volledig opnieuw evalueren en eventueel zelfs aanvullen om een vergoeding “naar gemeen recht” toe te kennen (zie punt 4.6.2).

Die situatie maakt het advies van het Fonds over de aansprakelijkheid heel kwetsbaar voor kritiek: een specifieke omstandigheid kan gemakkelijk over het hoofd worden gezien of verkeerd worden ingeschat als partijen daarover niet worden geraadpleegd. Daar komt nog bij dat het Fonds soms weinig of geen juridische houvast heeft om eenzijdig te beslissen, zoals over de manier waarop de schadelast bij meerdere aansprakelijken of aansprakelijkheden

¹²⁸ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.7-8 en p.13, www.dekamer.be.

moet worden verdeeld¹²⁹. In dat licht verbaast het niet dat de verzekeraars ongeveer 90 % van de adviezen waarin het Fonds aansprakelijkheid weerhoudt, niet aanvaarden¹³⁰.

5.2.3 Knelpunten inzake verzekeringen

Verzekeringsdekking

De opdracht om vast te stellen of de aansprakelijkheid van een zorgverlener “*daadwerkelijk en voldoende gedekt is door een verzekering*”¹³¹, is niet uitvoerbaar.

Het Fonds staat buiten de contractuele relatie van de verzekering en heeft er geen zicht op of de premie is betaald, uitsluitingen of beperkte waarborgen van toepassing zijn en vergoedingsgrenzen of franchises gelden. Er is dan ook geen aanvraagprocedure uitgewerkt om specifiek op deze tussenkomst van het Fonds een beroep te kunnen doen, en in adviezen over de aansprakelijkheid wordt enkel de identiteit van de verzekeraar van de zorgverlener vermeld, soms aangevuld met de referte van de polis of het shadedossier.

Vergoedingsvoorstellen

De opdracht uitspraak te doen over “*de toereikendheid van het bedrag van de vergoeding die door de zorgverlener of zijn verzekeraar wordt voorgesteld*”¹³², is moeilijk uitvoerbaar.

De meeste vergoedingsvoorstellen komen tot stand in onderling overleg tussen slachtoffer en zorgverlener, en dus buiten het Fonds om. Het slachtoffer kan zich dus wel nog richten tot het Fonds om een dergelijk voorstel (gratis) te laten controleren vooraleer daarmee akkoord te gaan, en heeft daar zelfs alle belang bij: het Fonds zal immers zelf een passende vergoeding betalen als het voorstel van de verzekeraar kennelijk ontoereikend is. Toch wordt nauwelijks van dat recht gebruik gemaakt. Het Fonds maakt er ook nergens expliciet melding van en biedt daarvoor geen specifieke aanvraagprocedure aan.

Beheersmatig kampt de dienst echter nu al met een grote dossierachterstand en het is de vraag of het Fonds deze opdracht wel aankan indien er op grote schaal gebruik van zou worden gemaakt. Inhoudelijk lijkt een regeling via bindende arbitrage (zie punt 5.3.3) trouwens een beter alternatief dan een niet bindend advies over het vergoedingsvoorstel, eenzijdig vastgesteld door een dienst die terzake nauwelijks ervaring heeft.

Procedure

Bij een medisch ongeval met aansprakelijkheid waarbij de schade niet aan de ernstcriteria voldoet, wordt het dossier na het advies gesloten. Het Fonds volgt dus niet op welk gevolg aan dergelijke adviezen wordt gegeven en het slachtoffer moet zelf instaan voor de verdere

¹²⁹ Het is bv. onzeker of het Fonds hoofdelijke aansprakelijkheid tussen zorgverleners kan uitspreken of de administratieve procedure moet worden geschorst als er een strafrechtelijke procedure loopt, en in hoeverre het Fonds eenzijdig kan optreden bij samenloop van meerdere ongevallen (bv. lichamelijke letsels door een verkeersongeval op de werksweg, gevolgd door een verkeerde behandeling van de letsels in het ziekenhuis). Een ander voorbeeld betreft de houding die het Fonds moet aannemen ten aanzien van de resultaten van een tegensprekelijke expertise, en de bevindingen ervan die het achteraf kan aanvullen of wijzigen met een eenzijdige expertise.

¹³⁰ Activiteitenverslag 2018, p. 36 (www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

¹³¹ Artikel 8, § 1, 2° WMO.

¹³² Artikel 8, § 1, 5° WMO.

afwikkeling van het ongeval¹³³. Het Fonds moet hier volgens de wet immers niet nagaan of de zorgverlener voldoende verzekerd is dan wel of er een toereikend vergoedingsvoorstel wordt gedaan. Als het slachtoffer op dat vlak problemen ondervindt, moet een nieuwe afzonderlijke aanvraag bij het Fonds worden ingediend, wat bezwaarlijk als een logisch samenhangende procedure kan worden beschouwd.

Terzijde wordt opgemerkt dat het Fonds de voormelde dossiers niet volledig uniform behandelt. Bij Franstalige adviezen wordt het dossier samen met de verzending van het advies afgesloten¹³⁴, maar wordt in een aparte rubriek van het advies vermeld onder welk polisnummer of schadedossier de verzekeraar van de zorgverlener kan worden gecontacteerd. Bij Nederlandstalige dossiers ontbreekt die precisering¹³⁵, wordt het dossier nog niet afgesloten, maar wordt geen verdere actie meer ondernomen indien de zorgverlener of de verzekeraar na een herinneringsbrief geen voorstel indient of het advies betwist¹³⁶. In beide gevallen is het resultaat echter gelijkaardig: het Fonds heeft weinig of geen zicht op de uitkomst van dergelijke adviezen en het slachtoffer wordt niet verder geholpen.

5.2.4 Alternatieven

Wetswijziging

Het Fonds tracht voor de voornoemde problemen en onzekerheden een uitweg te vinden via het aansturen op een wetswijziging. Er zijn echter uiteenlopende meningen over welke aanpassingen nodig zijn en waaruit die aanpassingen dan zouden moeten bestaan. Bovendien kan zelfs een aanpassing van de wet vaak geen fundamentele oplossing bieden (bv. invulling van het begrip abnormale schade).

Het Rekenhof merkt op dat het in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van het (volledige) beheerscomité van het Fonds om over principiële kwesties een duidelijk standpunt in te nemen. Gelet op de diverse stakeholders (bv. artsen, patiënten, overheid, ziekenfondsen) en de juridische expertise in het beheerscomité mag worden aangenomen dat dit orgaan met het nodige gezag daarvoor een leidraad kan uitwerken. Nu wordt de interpretatie van de wet al te vaak overgelaten aan individuele derden (standpunten van individuele artsen, ziekenfondsen of juristen) en heeft ze dus onvoldoende ruim draagvlak. Voor de medewerkers van het Fonds leidt die situatie trouwens tot bijkomende onzekerheid.

¹³³ Als de verzekeraar drie maanden na het advies nog geen vergoedingsvoorstel heeft doorgestuurd, dan moet de aanvrager het Fonds daarover zelf informeren zodat het Fonds een herinneringsbrief kan sturen met een nieuwe termijn van een maand om een voorstel te doen. Blijft opnieuw een reactie uit, dan zal de aanvrager daaruit zelf moeten afleiden "dat de verzekeraar wordt geacht de aansprakelijkheid van zijn verzekerde te betwisten" (artikel 31 en 32 WMO).

¹³⁴ Voorbeeld: "Considérant ce qui précède, le Fonds retient une responsabilité dans le chef du Docteur A et invite l'assureur en responsabilité civile de ce dernier à formuler une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification du présent avis. (...) Il convient pour le surplus de préciser que le dommage ainsi retenu suite au manquement fautif des prestataires de soins concernés ne répond pas aux seuils de gravité visés à l'article 5 de la loi de sorte que l'intervention du Fonds se clôturera de facto par la communication de son avis motivé"

¹³⁵ Voorbeeld: "Tandarts A dan wel zijn verzekeraar, S, wordt uitgenodigd om een vergoedingsvoorstel te doen aan mevrouw X en aan het Fonds."

¹³⁶ Artikel 29 van de WMO verplicht de verzekeraar om binnen de drie maanden een voorstel tot schadevergoeding aan de aanvrager en een kopie naar het Fonds te bezorgen. Artikel 30 legt de zorgverlener (of verzekeraar) de verplichting op om het Fonds, naast de aanvrager en in voorkomend geval het ziekenfonds, van een betwisting op de hoogte te stellen.

In zijn reactie stelt het Fonds meermaals dat zijn beheerscomité wel degelijk een standpunt inneemt over principiële kwesties, en dat over *“de meest heikele kwesties richtsnoeren in het jaarverslag worden gepubliceerd”*. Dat laatste is correct, en was al expliciet in het verslag opgenomen (zie punt 5.4.3). Maar behalve over dat viertal standpunten of richtsnoeren (bv. over de uitvoering van expertises) blijkt een beslissing van het beheerscomité meestal te ontbreken (bv. over de toepassing van de huidige voorrangsregeling, over de verdeling van de schadelast bij meerdere aansprakelijken, over de schadevergoeding in de vorm van kapitaal of een rente). Ook in de bijlagen bij de reactie van het Fonds zijn geen dergelijke beslissingen opgenomen: het betreft slechts notulen van besprekingen, voorbereidende nota's of verslagen van werkgroepen.

Bovendien stelt het Fonds dat *“het beheerscomité geen verordenende bevoegdheid heeft”* en dat *“van een beheerscomité niet mag worden verwacht een politiek standpunt in te nemen (bv. over nodige of wenselijke aanpassingen van de wet medische ongevallen, over de cumulregeling van vergoedingen) of een standpunt te verdedigen waartegen een aantal vertegenwoordigers zich uitdrukkelijk kanten of wellicht zullen kanten (bv. over de toepassing van een schadedrempel, over de mogelijke verzaking van een terugvordering van kosten)”*.

Een standpunt innemen of richtlijnen uitwerken (eventueel in afwachting van gewijzigde wetgeving of andersluidende rechtspraak) staat uiteraard geenszins gelijk met *een verordenende bevoegdheid*, en behoort volgens het Rekenhof zelfs tot de essentiële verantwoordelijkheden van een beheerscomité. In haar antwoord vertolkt de toezichthoudende minister een gelijkaardige visie: de uitgebreide samenstelling van het beheerscomité bemoeilijkt een besluitvaardig optreden ervan.

Instellen van een schadedrempel

De werkgroep visie binnen het beheerscomité werkte in 2017 een voorstel uit om aanvragen waarin de schade de ernstgraad niet bereikt ofwel via een lichtere procedure versneld af te handelen ofwel niet meer in aanmerking te nemen voor een tussenkomst (noch voor advies, noch voor vergoeding). Die laatste piste wordt ook in het Franse systeem gevolgd en heeft als voordeel dat het Fonds zich zou kunnen focussen op een beperkter aantal dossiers en daarin ook sneller advies kan verstrekken.

Het voorstel van een schadedrempel is ook een mogelijke oplossing voor het feit dat een advies over de aansprakelijkheid zonder enig uitzicht op een vergoeding door het Fonds (d.i. bij schade onder de ernstdrempel) sowieso weinig meerwaarde heeft voor het slachtoffer: de adviezen worden toch meestal betwist en gemiddeld vier jaar na de aanvraag moet als nog een gerechtelijke procedure worden opgestart. Het Rekenhof beklemtoont dat de helft van de gegronde aanvragen in die situatie verkeren (zie tabel 9).

Er moet echter in acht worden genomen dat het Fonds bij een schadedrempel nog veel minder dossiers ten gronde zou moeten behandelen dan nu het geval is¹³⁷, wat mee het voortbestaan van het Fonds in zijn huidige vorm in het gedrang brengt.

¹³⁷ In Frankrijk zouden trouwens enkel door de gehanteerde schadedrempel 75 % van de aanvragen onontvankelijk zijn, zie Cour des Comptes, *“L'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux: une mise en oeuvre dévoyée, une remise en ordre impérative”*, *Le Rapport public annuel 2017, Tome I, Les Observations*, p.80, www.ccomptes.fr.

Bij het afsluiten van de audit had het beheerscomité nog steeds geen formeel standpunt ingenomen of een schadedrempel al dan niet wenselijk zou zijn.

Inbouwen van meer zekerheid

De wetgever wilde het probleem oplossen “*dat de afloop van een (gerechtelijk) proces rond medische aansprakelijkheid vaak onzeker en onvoorspelbaar is, zelfs in die mate dat het inspannen van een proces inzake medische aansprakelijkheid een loterijspel is*”¹³⁸.

Het is evenwel onduidelijk of de administratieve procedure in dit opzicht een verbetering vormt: enerzijds biedt ze een bijkomende kans op een vergoeding die er langs minnelijke of gerechtelijke weg wellicht niet was geweest (cf. 90 % van de gegrond beoordeelde aanvragen worden betwist door de verzekeraars¹³⁹), anderzijds kan de verzekeraar een negatief advies over de aansprakelijkheid (cf. 80 % van de aanvragen worden ongegrond beoordeeld) als argument tegen het slachtoffer gebruiken als die beslist toch een gerechtelijke procedure te beginnen, en dus de kans op een vergoeding verkleinen.

Als meerdere personen aanspraak willen maken op vergoeding, lijkt bovendien niets te verhinderen dat de ene de gerechtelijke weg volgt en de andere de administratieve, en zij zich dan bij elkaar aansluiten op basis van het resultaat.

Meer zekerheid zou kunnen worden ingebouwd door het advies toch in enige mate in overleg tot stand te laten komen en dus steun te doen vinden bij beide partijen (zie hierna).

5.3 Bemiddelende rol van het Fonds

5.3.1 Context

De wet medische ongevallen bepaalt dat het Fonds “*ermee belast is op verzoek van de patiënt of zijn rechthebbenden, of van een zorgverlener of zijn verzekeraar, een bemiddeling te organiseren*”, en dat het Fonds ook zelf partij kan zijn bij de bemiddeling¹⁴⁰. Die bemiddelende rol moet uiteraard wel kaderen binnen de opdracht van het Fonds, en dus betrekking hebben op de regeling van de schadevergoeding na een medisch ongeval. Bemiddeling over andere soorten van conflicten of geschillen (bv. over de houding van de zorgverlener of de verzekeraar na het ongeval) behoort tot de bevoegdheid van andere diensten of instellingen zoals de Orde der Artsen en de ombudsdiensten van ziekenhuizen, verzekeringen of patiëntenrechten.

¹³⁸ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.6-7, www.dekamer.be.

¹³⁹ Daarmee wordt niet gesteld dat de weigering van de verzekeraars ook terecht is. Hierover zijn nog geen representatieve cijfergegevens beschikbaar.

¹⁴⁰ Artikel 8,§ 1,5° WMO.

De bepaling over bemiddeling in de wet medische ongevallen heeft sinds begin 2019 aan belang gewonnen doordat het Gerechtelijk Wetboek volop inzet op de minnelijke afhandeling van (burgerrechtelijke) geschillen¹⁴¹. Dit geldt ook voor de regeling van medisch ongevallen.

Box 13 – Drie sporen voor de schaderegeling na een medisch ongeval

De regeling van de schadevergoeding na een medisch ongeval kan langs drie sporen lopen: minnelijk, gerechtelijk of via het tussenspoor van de administratieve procedure voor het Fonds. Het slachtoffer heeft de vrije keuze welk spoor zal worden gevolgd. De wetgever heeft wel een voorkeur bepaald, rekening houdend met de snelheid, de kosten, de soepelheid en de manier waarop de belangen van partijen in de regel het best zijn gediend:

Buitengerechtelijke regelingen hebben in principe de voorkeur op een rechterlijke beslissing

Bij de recente hervorming van het Gerechtelijk Wetboek is de keuze gemaakt om alternatieve vormen van geschillenoplossing zoveel mogelijk te bevorderen. Specifiek wat betreft de verhouding tussen de administratieve en de gerechtelijke procedure bepaalt de wet medische ongevallen dat een aanvraag bij het Fonds voorrang geniet (ze schorst immers een eventuele burgerrechtelijke procedure¹⁴²).

Uiteraard blijft het gerechtelijke spoor open als het buitengerechtelijke spoor niet tot een oplossing leidt.

Regelingen tussen partijen hebben in principe de voorkeur op een administratieve beslissing

De voorkeur van de wetgever voor een minnelijke regeling tussen partijen, eventueel via bemiddeling, is logisch, want kan leiden tot een kwalitatief betere oplossing. Zo kan bemiddeling er mee voor zorgen dat de onderlinge relatie tussen partijen verbetert en onderliggende conflicten opgelost raken (bv. over de houding van de zorgverlener na het ongeval).

De administratieve procedure bij het Fonds belet niet dat partijen ondertussen zelf naar een minnelijke oplossing voor de vergoeding zoeken en daarbij eventueel een beroep doen op bemiddeling (al dan niet via de diensten van het Fonds¹⁴³). Bij een bemiddeling worden de termijnen en procedures voorgeschreven door de wet medische ongevallen opgeschort en gelden de artikelen 1723 tot 1733 van het Gerechtelijk Wetboek. Het komt dan aan de partijen toe om – eventueel met bijstand van het Fonds – contractueel te bepalen onder welke voorwaarden (bv. inzake de duur, de vertrouwelijkheid en de erelonen van de bemiddelaar) de bemiddeling zal verlopen.

¹⁴¹ Wet van 18 juni 2018 houdende diverse bepalingen inzake burgerlijk recht en bepalingen met het oog op de bevordering van alternatieve vormen van geschillenoplossing. De wet, die sinds 1 januari 2019 volledig van toepassing is, creëert daartoe het nodige kader door de regeling rond buitengerechtelijke bemiddeling te verfijnen, de techniek van collaboratieve onderhandelingen in te voeren, en partijen zowel via rechters, advocaten, gerechtsdeskundigen als gerechtsdeurwaarders ertoe aan te zetten hun geschil minnelijk op te lossen (zie artikel 444, 519, 730, 730/1, 977 en 1734 van het Gerechtelijk Wetboek). De rechter kan bv. niet alleen actief nagaan of verzoening tussen partijen mogelijk is, maar ook ambtshalve of op verzoek van een van de partijen een bemiddeling bevelen.

¹⁴² Artikel 13 WMO: "de aanvraag schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot het medisch ongeval die zijn ingesteld voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde".

¹⁴³ Bij een verzoek om bemiddeling moet het Fonds de nodige administratieve en materiële ondersteuning geven, bv. door een erkend bemiddelaar aan de partijen voor te stellen: zie Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.43-44, www.dekamer.be.

5.3.2 Knelpunten

Het Fonds heeft nog maar in één dossier een bemiddeling georganiseerd. Die vaststelling verbaast niet: situaties waarin partijen aan het Fonds bemiddeling kunnen vragen, zijn er in de praktijk nagenoeg niet (zie box 14). Bovendien komt het niet aan het Fonds toe om partijen te adviseren of de minnelijke, gerechtelijke dan wel administratieve weg tot de meest passende regeling van het ongeval kan leiden (voor het slachtoffer is dit mee de taak van het ziekenfonds of de verzekeraar die rechtsbijstand verleent, zie ook punt 5.1.3). De administratieve procedure is daarbij in eerste instantie bedoeld om snel uitsluitel te geven en op die manier gerechtelijke procedures te voorkomen, maar niet om een akkoord tussen partijen te bewerkstelligen (vandaar ook het eenzijdige karakter van de procedure, zie punt 5.2.2).

Box 14 – Bemiddeling door het Fonds tussen slachtoffers en zorgverleners (of hun verzekeraar)

Het overgrote deel van de administratieve procedures wordt opgestart zonder dat een geschil tussen het slachtoffer en een zorgverlener bestaat: slechts in 18 % van de aanvragen wordt verklaard dat er al voorafgaand contact was met de betrokken zorgverlener (of zijn verzekeraar). En als er nog geen geschil bestaat, is bemiddeling uiteraard nog niet aan de orde.

Na het indienen van een aanvraag bij het Fonds heeft een initiatief tot bemiddeling weinig of geen zin zolang er geen zicht bestaat op de ontvankelijkheid of gegrondheid van de aanvraag. Zodra er ernstige aanwijzingen van aansprakelijkheid van een zorgverlener zijn (in de praktijk wellicht meestal pas na een tegensprekelijke expertise) zou het Fonds de zorgverlener en zijn verzekeraar wel kunnen uitnodigen om een minnelijke regeling met het slachtoffer te overwegen (al dan niet via bemiddeling). Maar eigenlijk is dat al in de huidige procedure vervat: de verzekeraar krijgt de kans een vergoedingsvoorstel voor te leggen. In elk geval is een initiatief voor een bemiddelde oplossing ook niet meer dienstig zodra het Fonds zijn beslissing in een advies heeft vastgelegd.

5.3.3 Alternatieven

Dat de administratieve procedure zich niet leent voor bemiddeling tussen partijen, betekent niet dat er geen ruimte zou bestaan voor minnelijke regelingen. Het Fonds is immers ook zelf rechtstreeks betrokken in heel wat geschillen met slachtoffers of met de verzekeraars van de zorgverlener. Gelet op de recente beslissing van de wetgever om alternatieve vormen van geschillenoplossing te stimuleren (zie box 13), is het aangewezen¹⁴⁴ en zelfs noodzakelijk¹⁴⁵ dat het Fonds zou onderzoeken of in die alternatieven mogelijkheden voor

¹⁴⁴ De huidige situatie waarbij de meeste vergoedingen door het Fonds tot een gerechtelijke procedure leiden, is immers hoe dan ook niet houdbaar.

¹⁴⁵ Het is immers een wettelijke opdracht van het Fonds om alternatieve voorstellen uit te werken en adviezen uit te brengen over mogelijke verbeteringen in de regeling van de vergoeding van medische ongevallen (artikel 8, § 2, 1° WMO). In de specifieke context van de wet medische ongevallen lijkt het trouwens ook te behoren tot de beginselen van behoorlijk bestuur dat het Fonds daartoe het initiatief neemt: zie in dat verband E. LANCKSWEERDT, "Publiekrechtelijke rechtspersonen en de wet van 18 juni 2018 betreffende de bevordering van alternatieve geschillenoplossing", *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, 2019/1, p.7-8 en 11.

een nieuw beleid liggen besloten (zie box 15). In voorkomend geval moeten dan daarvoor uiteraard ook de nodige interne richtlijnen¹⁴⁶ en een afwegingskader¹⁴⁷ worden uitgewerkt.

Box 15 – Mogelijke alternatieve vormen van geschillenregeling door het Fonds

Minnelijke regelingen tussen het Fonds en slachtoffers

Tussen het slachtoffer en het Fonds zijn zowel geschillen mogelijk over de ontvankelijkheid of de gegrondheid van de aanvraag als over de omvang van de verschuldigde vergoeding. De memorie van toelichting bij de wet medische ongevallen suggereert dat bemiddeling kan worden toegepast als er discussie bestaat over de vergoedbaarheid van een ongeval zonder aansprakelijkheid, bv. over de vraag of er al dan niet sprake is van abnormale schade¹⁴⁸.

Er is echter ook een meer structurele aanpak mogelijk. Hoger is gesuggereerd om als tegengewicht voor een snellere beslissing over de kennelijke ongegrondheid van een aanvraag het slachtoffer de kans te geven zijn zienswijze te staven (cf. punt 4.3.4: toepassing van een objectiviteitsclausule). En wellicht zou een vorm van arbitrage een betere oplossing zijn om betwistingen over de omvang van de verschuldigde schadevergoeding te regelen. Nu kan het slachtoffer slechts eenmaal opmerkingen formuleren over de voorgestelde vergoeding, waarna het Fonds eenzijdig beslist.

Minnelijke regelingen tussen het Fonds en zorgverleners (of hun verzekeraar)

Afspraken tussen het Fonds en de zorgverleners (of hun verzekeraar) kunnen zowel betrekking hebben op de procedure (bv. het gebruik van de techniek van de minnelijke medische expertise, punt 4.4.1) als op inhoudelijke geschillen (bv. het gebruik van arbitrage om de omvang van de terug te betalen vergoeding te bepalen, zie hiervoor). Omdat het Fonds slechts tegenover een beperkt aantal aansprakelijkheidsverzekeraars van medische risico's staat, kunnen collaboratieve onderhandelingen¹⁴⁹ een uitweg zijn bij geschillen over de aansprakelijkheid. Een denkpiste van het Fonds om met al die verzekeraars samen een protocolakkoord te sluiten (bv. over de uitvoering van expertises of het voorleggen van vergoedingsvoorstellen) lijkt daarentegen geen haalbare kaart: het beleid van de verzekeraars is te verschillend.

Het Fonds merkt op dat de onderhandelingen voor protocolakkoorden met de verzekeraars niettemin worden voortgezet, maar preciseert niet op welke thema's die onderhandelingen betrekking hebben. Het Rekenhof vond tijdens zijn audit bovendien geen enkele aanwijzing van lopende onderhandelingen met de verzekeraars.

Het Fonds laat in het ongewisse hoe het zelf de concrete invulling van zijn bemiddelende rol ziet. Op geen van de voormelde alternatieven wordt ingegaan. Het Fonds bevestigt enkel dat het beleid van traditionele bemiddeling dat het in 2017 heeft uitgezet (een bemiddeling

¹⁴⁶ Het Rekenhof treedt daartoe alvast het standpunt bij van de werkgroep visie van het Fonds dat initiatieven voor een minnelijke regeling van de vergoeding op elk nuttig tijdstip kunnen worden genomen, dus zonder op een expliciete vraag van de partijen zelf te moeten wachten (verslag van de werkgroep visie van het Fonds van 31 maart 2017). Dat het Fonds moet ingaan op de vraag van partijen om een bemiddeling (artikel 8, § 1,5° WMO) belet uiteraard niet om zelf initiatieven voor een minnelijke regeling te nemen.

¹⁴⁷ Binnen dat afwegingskader kan de mogelijkheid worden opengelaten om toch gerechtelijke procedures aan te vatten als dat bv. aangewezen is om het beleid af te stemmen op jurisprudentie of als een bepaalde verzekeraar toch nooit reageert of bereid wordt gevonden in te gaan op een uitnodiging voor een minnelijke regeling.

¹⁴⁸ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC52 2240/001, 12 november 2009, p.18, www.dekamer.be.

¹⁴⁹ Artikel 1738-1746 Gerechtelijk Wetboek.

organiseren tussen de aanvragers en de zorgverleners/verzekeraars via een erkend bemiddelaar) een vergeefse poging was (zie ook box 14).

5.4 Beleidsondersteunende rol van het Fonds

5.4.1 Context

Het Fonds is door de wetgever belast met het formuleren van aanbevelingen in verband met de preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en, direct daarbij aansluitend, met het bijhouden en analyseren van statistische of financiële gegevens over medische ongevallen en toegekende vergoedingen. Ook moet het Fonds toelichting verstrekken over de adviezen die het uitbrengt. Over dat alles moet bovendien in een jaarlijks activiteitenverslag worden gerapporteerd¹⁵⁰.

Die beleidsondersteunende rol van het Fonds wordt enkel in de wet zelf omschreven. De memorie van toelichting bij de wet medische ongevallen heeft deze opdracht van het Fonds niet nader gespecificeerd of gekaderd¹⁵¹. Er wordt enkel gesteld dat het Fonds “*zeer belangrijke en nuttige kennis kan verwerven*” en dat op die basis “*aan de minister maatregelen kunnen worden voorgesteld om medische ongevallen te voorkomen en de vergoeding ervan te verbeteren*”¹⁵².

5.4.2 Knelpunten

Blijkbaar is de beleidsondersteunende rol van het Fonds overgenomen uit de oorspronkelijke wet medische ongevallen van 2007¹⁵³. Die wet bestond echter uit een zogenaamde “*no fault*”-regeling die de vergoeding loskoppelde van aansprakelijkheid en bijgevolg veel minder problemen stelde om van zorgverleners en hun verzekeraars volledige transparantie over ongevallen te bekomen. Bovendien was toen het plan opgevat om alle informatie over medische ongevallen, ook over minnelijke schikkingen, bij het Fonds te centraliseren¹⁵⁴.

In de wet medische ongevallen van 2010 is dat kader echter volledig weggefallen. Daarbij komt nog dat het Fonds gemiddeld slechts 550 dossiers per jaar opent. Met een dergelijk beperkt dossiervolume – waarbij de meeste aangiftes bovendien niet eens gegrond of ontvankelijk blijken te zijn – is het moeilijk om aan preventie te doen. Tot dusver wordt dan ook in elk jaarlijks activiteitenverslag van het Fonds gesteld dat daartoe nog geen representatieve

¹⁵⁰ Artikel 8, § 2, WMO.

¹⁵¹ Ook tijdens de parlementaire besprekingen werd meermaals opgemerkt dat deze opdracht te weinig was uitgewerkt, onder meer omdat geen enkele koppeling werd gemaakt met andere bestaande initiatieven inzake preventie (bv. bij ziekenhuizen): zie verslag namens de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing over het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, DOC 52 2240/006, 26 februari 2010, p. 19, 40, 44, 59 en 63-64, www.dekamer.be.

¹⁵² Memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl. St. Kamer*, DOC53 2600/001, p. 44, www.dekamer.be.

¹⁵³ Zie nagenoeg in dezelfde bewoordingen artikel 14, 9° en 11° en artikel 15 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

¹⁵⁴ Zo kon aan de hand van “*een betrouwbaar en compleet overzicht*” van medische ongevallen preventie worden gerealiseerd: zie Memorie van toelichting bij het wetsontwerp van 22 maart 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer* 2006-2007, DOC 51 3012/3, p.9-11, www.dekamer.be. Vergelijk met het beheer van arbeidsongevallen, waar door een aangifteplicht wel systematisch gegevens worden verzameld en dus preventie mogelijk wordt gemaakt.

gegevens beschikbaar zijn: “de aantallen per type zorgverstrekker en type prestatie zijn nog te klein om voor bepaalde prestaties conclusies te trekken”¹⁵⁵.

5.4.3 Alternatieven

Er dienen zich voorlopig nog geen alternatieven aan om aan preventie te kunnen doen: er is vooralsnog geen sprake van een koppeling met de databanken van de verzekeraars om de eigen – veel te beperkte – dossiergegevens aan te vullen, noch van een centraal meldpunt voor medische ongevallen ook als die om diverse redenen niet leiden tot een aangifte bij het Fonds of een verzekeraar¹⁵⁶. De codificatie van de ongevallen door de artsen van het Fonds en het stelselmatig verfijnen van de statistische programma’s kunnen dan ook niet langer als een prioritaire taak worden beschouwd.

Een toelichting door het Fonds over het achterliggende beleid bij de verstrekte adviezen – waarvan een selectie is opgenomen onder de rubriek “medische ongevallen” op de website van het RIZIV – blijft wel nog een zinvolle taak. Het Fonds heeft daartoe een eerste initiatief genomen in het Activiteitenverslag 2013 met een toelichting over de verhaalbare kosten en het begrip abnormale schade. In het Activiteitenverslag 2017 werd ook de schadegerichte aanpak toegelicht, samen met een standpunt over het concept van de tegenspraak in de verschillende fasen van het onderzoek van de aanvraag¹⁵⁷. Die initiatieven verdienen verdere navolging en meer aandacht in het communicatieplan van het Fonds¹⁵⁸.

5.5 Deelconclusie

Het concept voor de regeling van medische ongevallen zoals uitgewerkt in de wet van 31 maart 2010, is in meerdere opzichten aan een evaluatie toe:

- Meerdere opdrachten van het Fonds zijn niet uitvoerbaar of niet uitgevoerd: de diverse taken inzake beleidsondersteuning of preventie, de tussenkomst bij discussies over de verzekeringsdekking of de vergoedingsvoorstellen van verzekeraars, en de organisatie van een bemiddelde schaderegeling.
- Meerdere begrippen en voorwaarden uit de wet, zoals het begrip “abnormale schade” en de criteria over de ernst van de schade, zijn moeilijk toe te passen of voorwerp van kritiek, en een interpretatie of standpunt van het beheerscomité van het Fonds blijkt vaak te ontbreken.
- Het eenzijdige karakter van de procedure voor het Fonds, noodzakelijk om het advies

¹⁵⁵ Het Activiteitenverslag 2017 (p. 64) nam wel een algemene beschouwing op over het belang van correcte informatie bij zorgverstrekkingen, en in het Activiteitenverslag 2018 (p.59-61) worden twee publicaties van het RIZIV van begin 2019 over 52.421 heup- en knieprothesen gekoppeld aan het aantal adviezen (141) dat het Fonds daarover reeds heeft verstrekt, maar zonder daar enig besluit uit te trekken, wegens onvoldoende representatief (www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

¹⁵⁶ Medische ongevallen buiten het kader van aansprakelijkheid en verzekering worden in België slechts partieel geregistreerd (enkel in ziekenhuizen, en bovendien op verschillende wijze).

¹⁵⁷ Activiteitenverslagen 2013 en 2017 van het Fonds, respectievelijk p. 64-68 en p.67-69 (www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/activiteitenverslagen-fmo.aspx).

¹⁵⁸ Dat communicatieplan beoogt vooral de publicatie van meer kerncijfers over het dossierbeheer, maar gelet op het beperkte aantal (afgehandelde) dossiers worden die cijfers al voldoende beschreven in het huidige activiteitenverslag. Wel moet in dat verslag worden gewaakt over de overeenstemming van de vermelde cijfers, desgevallend door ook duidelijk de bron ervan te vermelden (zie ook punt 3.3.2: gebrek aan overeenstemming met de boekhoudkundige gegevens).

snel te kunnen verstrekken, leidt ertoe dat het nut van tegensprekelijk debat verloren gaat en de waarde van andere vormen van geschillenregeling wordt onderschat.

- Het gebrek aan bijstand van het slachtoffer werkt in het nadeel van alle partijen: het leidt tot meer onontvankelijke of ongegronde aanvragen en tot minder zekerheid over een evenwichtige schaderegeling.
- De problematische perceptie dat de vergoeding van een medisch ongeval *een loterijspel* is, wordt nog versterkt door onzekerheid over de bijkomende kans op vergoeding via de administratieve procedure.
- De nodige tijd en kosten om uiteindelijk een relatief klein aandeel aanvragen (15 %) gegrond te verklaren, is moeilijk te verantwoorden, zeker nu bij ongevallen met aansprakelijkheid de ene helft van het beperkte aantal gegronde aanvragen niet eens vergoedbaar is door het Fonds (wegens het niet bereiken van de wettelijke schadedrempel) en de andere helft vrijwel systematisch door de verzekeraars wordt betwist.

Hoofdstuk 6

Algemeen besluit en aanbevelingen

6.1 Algemeen besluit

Het Rekenhof is nagegaan of het Fonds voldoet en kan voldoen aan de verwachtingen om in te staan voor de verbeteringen die de wet medische ongevallen tien jaar geleden heeft beoogd: snel uitsluitel geven over het recht op vergoeding – ook bij medische ongevallen zonder aansprakelijkheid – om gerechtelijke procedures en de nadelen ervan te voorkomen (hoge kosten, moeilijke verzekeraarbaarheid, defensieve geneeskunde, ontbrekende preventie).

Naar schatting negen op tien slachtoffers maken ondanks de laagdrempelige toegang geen gebruik van de rechten die de administratieve procedure hen biedt: ze richten zich, net als vroeger, in het kader van een minnelijke of gerechtelijke procedure rechtstreeks tot de zorgverlener en zijn verzekeraar. De procedure voor het Fonds sleept immers lang aan (gemiddeld vier jaar tot een advies en minstens nog eens anderhalf jaar tot de vergoeding) en de kans op een vergoeding is gering (in meer dan vier op de vijf dossiers wordt de aanvraag onontvankelijk of ongegrond verklaard en tot eind 2018 was in amper 110 dossiers een vergoeding uitbetaald).

Het beperkte aantal aanvragen om tussenkomst – nu nog minder dan 500 per jaar – heeft op zijn beurt tot gevolg dat de nodige schaalgrootte ontbreekt om aan preventie te doen en beheerskosten te spreiden. Die kosten zijn trouwens buitensporig hoog: ze lopen op tot gemiddeld 12.000 euro per geopend dossier. Daar komt nog bij dat veel tussenkomsten van het Fonds gerechtelijk worden betwist, precies wat de wetgever wilde tegengaan.

De doelstellingen van de wetgever blijken dus geenszins te zijn bereikt en uit de aard en de ernst van de vastgestelde tekortkomingen blijkt dat op korte of middellange termijn geen substantiële verbeteringen kunnen worden verwacht.

6.2 Aanbevelingen

Op operationeel vlak heeft het Fonds de voorbije jaren al de nodige actie ondernomen. Sommige maatregelen moeten evenwel nog verder worden uitgewerkt of bijgestuurd. Zo moet dringend verder orde op zaken worden gesteld bij het financiële beheer.

Bij het dossierbeheer kan en moet het Fonds echter nog in alle deelprocessen tijdwinst boeken. Recente maatregelen zijn goed (bv. minder externe expertises), maar te beperkt. Zeker de beginfase van de procedure kan in verschillende opzichten beter (bv. bijstand aan het slachtoffer en minder formalisme bij de aanvraag, sneller opvragen van gegevens uit het medische dossier, meer gerichte behandeling van gegronde aanvragen).

De concrete aanbevelingen over het beheer van de dienst en over het dossierbeheer, beschreven doorheen het verslag, samen met de onderzoeksbevindingen, worden gebundeld als bijlage 2. Zij zullen echter niet volstaan: er is duidelijk nood aan een meer fundamentele aanpak op lange termijn.

De opdrachten van het Fonds blijken immers in de praktijk soms niet of bijzonder moeilijk uitvoerbaar te zijn (bv. preventie, advies over verzekeringskwesties) of onvoldoende toegevoegde waarde te bieden (bv. advies over de aansprakelijkheid voor schade die niet voldoet aan de ernstcriteria en waarvan het Fonds de vergoeding dus niet waarborgt, terwijl het gaat om de helft van de tot op heden gegrond verklaarde aanvragen). Ook is met een eenzijdig gevoerde procedure onderschat hoe belangrijk tegenspraak is om tot een evenwichtig advies te komen. Het Rekenhof is voorts van oordeel dat het beperkte dossierbestand gekoppeld aan de lage vergoedingsgraad de bestaansreden zelf van het Fonds in het gedrang brengt, zeker in zijn huidige vorm en in het licht van de hoge werkingskosten.

De relevantie van de wet medische ongevallen en de rol van het Fonds moeten dus onvermijdelijk opnieuw in overweging worden genomen. Daarbij is een essentiële rol weggelegd voor het beheerscomité van het Fonds, met alle daarin vertegenwoordigde stakeholders: het moet een nota met een toekomstvisie over het Fonds voorleggen, ook ter uitvoering van een verbintenis die op 12 juli 2019 in de bestuursovereenkomst tussen de Staat en het RIZIV werd ingeschreven. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal dat initiatief mee moeten ondersteunen en bewaken.

Hoofdstuk 7

Reactie van het Fonds en de minister

7.1 Reactie van het Fonds

In zijn antwoord formuleert het Fonds de algemene bedenking dat zijn maatschappelijke rol “als garant voor slachtoffers van een medisch ongeval” op twee moeilijk oplosbare problemen stuit: “de zware erfenis van de initieel geaccumuleerde achterstand” – die in combinatie met personeelsproblemen blijft wegen op de dagelijkse werking – en de moeilijke zoektocht naar een evenwicht tussen snelheid en zorgvuldigheid in de afhandeling van de dossiers.

De conclusies en aanbevelingen van de audit gaan nochtans veel verder, en wijzen op een moeilijk uitvoerbare wet die zowel de adviserende, vergoedende, bemiddelende en beleids-ondersteunende rol van het Fonds in het gedrang brengt. Het Fonds neemt over die conceptuele knelpunten echter geen standpunt in. Ondertussen neemt het aantal geschillen met slachtoffers of met zorgverleners (en hun verzekeraars) toe, maar ook op aanbevolen alternatieven voor het bevorderen van minnelijke regelingen gaat het Fonds niet in. De dienst geeft aan dat een oplossing voor al die problemen niet tot zijn bevoegdheid behoort of wordt belemmerd door een “strategische houding” van de verzekeraars om adviezen van het Fonds systematisch te betwisten. Zoals toegelicht bij de betrokken passages in het auditverslag, deelt het Rekenhof die visie niet.

Het Fonds stelt wel dat de auditbevindingen dienstig zijn “als bijkomend instrument” of “als hefboom voor het verbeteren van de bestaande werkwijze”. In dat verband wijst het Fonds op talrijke nieuwe initiatieven die reeds tijdens of kort na de audit werden genomen om administratieve processen te beschrijven, te uniformiseren en te verbeteren, ook op het vlak van de informatisering en opvolging van het dossierbeheer (onder meer in het kader van een jaaractieplan 2020). Het Rekenhof blijft echter van oordeel dat van dergelijke initiatieven op korte of middellange termijn geen substantiële verbeteringen kunnen worden verwacht, en dat er nood is aan een fundamentele aanpak op lange termijn.

7.2 Reactie van de minister

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderschrijft de vaststellingen van de audit en benadrukt dat de problematiek van de lange doorlooptijden en de dossierachterstand bij het Fonds ten volle wordt erkend. Ze bevestigt dat de reeds geleverde inspanningen op operationeel vlak niet volstaan, en dat een meer fundamentele aanpak is vereist. Zowel het wettelijke kader als de missie van het Fonds zouden het voorwerp moeten uitmaken van een grondige evaluatie. Hoewel daartoe ondertussen de eerste initiatieven zijn genomen binnen een werkgroep “visie” bij het Fonds, dienen ze nog te worden geconcretiseerd. In dat verband stelt de minister vast dat de uitgebreide samenstelling van het beheerscomité van het Fonds de besluitvorming bemoeilijkt.

Belangrijke aandachtspunten betreffen volgens de minister de bevindingen over de preventieve en de bemiddelende rol van het Fonds, en vooral de voorstellen om te zoeken naar alternatieven om het slachtoffer beter bij te staan. Die bijstand situeert zich niet alleen op juridisch vlak, maar bestaat ook uit betere informatie over de risico's van sommige zorgverstrekingen (bv. via een kadaster van medische ongevallen). De minister wijst er echter op dat zij binnen een regering in lopende zaken zelf geen wetgevende initiatieven kan nemen.

Bijlage 1

Begrotingsuitvoering FMO 2010-2018 (voorlopige cijfers vanaf 2015)

Tabel 10 – Overzicht uitvoering begroting FMO 2010-2018 (duizend euro)

Jaar	2010-2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Oprachtenbegroting								
Ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigen moeten gedragen worden								
Kredieten	50,00	8.816,03	8.924,98	11.665,33	10.456,53	10.220,56	17.333,06	16.864,68
Realisaties	0,00	0,00	17,05	409,27	2.127,58	5.456,14	7.954,69	5.111,64
waarvan vergoedingen	0,00	0,00	0,00	122,58	1.230,80	4.098,54	6.870,37	3.976,78
waarvan kosten expert	0,00	0,00	17,05	286,69	896,78	1.357,60	1.084,32	1.134,86
%	0,00 %	0,00 %	0,19 %	3,51 %	20,35 %	53,38 %	45,89 %	30,31 %
Betwiste zaken voor de opdrachten								
Kredieten	50,00	51,84	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	346,00
Realisaties	0,00	0,00	0,00	3,18	45,74	136,26	287,10	564,01
%	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,89 %	41,58 %	123,87 %	261,00 %	163,01 %
Honoraria andere dan voor betwiste zaken (éénzijdige expertises, juridische adviezen, ...)								
Kredieten	50,00	291,33	805,00	805,00	805,00	805,00	805,00	410,00
Realisaties	0,00	0,00	46,74	98,41	402,05	450,93	177,39	382,81
%	0,00 %	0,00 %	5,81 %	12,23 %	49,94 %	56,02 %	22,04 %	93,37 %
Totaal opdrachtenbegroting								
Kredieten	150,00	9.159,21	9.839,98	12.580,33	11.371,53	11.135,56	18.248,06	17.620,68
Realisaties	0,00	0,00	63,79	510,87	2.575,37	6.043,33	8.419,17	6.058,46
%	0,00 %	0,00 %	0,65 %	4,06 %	22,65 %	54,27 %	46,14 %	34,38 %
Beheersbegroting								
Personeelskosten								
Kredieten	574,97	1.647,64	1.306,65	1.300,24	3.040,95	3.340,70	3.399,09	3.979,33
Realisaties	479,10	449,72	708,97	1.383,40	2.084,57	2.857,67	3.117,45	3.145,76
%	83,33 %	27,29 %	54,26 %	106,40 %	68,55 %	85,54 %	91,71 %	79,05 %
Gewone werkingskosten								
Kredieten	308,39	488,97	370,37	546,16	663,87	670,08	670,21	428,15
Realisaties	251,71	195,20	341,68	318,69	335,62	346,17	315,25	280,04
%	81,62 %	39,92 %	92,25 %	58,35 %	50,56 %	51,66 %	47,04 %	65,41 %
Informatica werkingskosten								
Kredieten	750,32	900,00	700,00	961,96	745,09	752,54	772,79	789,80
Realisaties	555,99	512,81	446,17	961,61	744,99	744,82	770,86	789,80
%	74,10 %	56,98 %	63,74 %	99,96 %	99,99 %	98,97 %	99,75 %	100,00 %
Informatica investeringen								
Kredieten	0,00	200,00	70,00	71,00	100,00	101,00	118,40	104,53
Realisaties	0,00	66,67	64,47	73,30	99,89	83,55	113,87	104,50
%	nvt	33,33 %	92,11 %	103,24 %	99,89 %	82,73 %	96,17 %	99,97 %

Jaar	2010-2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andere roerende investeringen								
Kredieten	10,47	111,00	21,00	21,27	32,23	17,00	7,00	2,00
Realisaties	13,12	6,76	6,83	7,90	3,07	0,85	0,50	0,00
%	125,32 %	6,09 %	32,51 %	37,16 %	9,51 %	5,01 %	7,14 %	0,00 %
Belastingen en betwiste zaken								
Kredieten	0,00	1,00	2,00	0,00	2,00	18,00	31,00	31,37
Realisaties	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,22	40,93	33,88
%	nvt	0,00 %	0,00 %	nvt	0,00 %	184,56 %	132,03 %	108,00 %
Totaal beheersbegroting								
Kredieten	1.644,16	3.348,61	2.470,02	2.900,64	4.584,14	4.899,32	4.998,49	5.335,18
Realisaties	1.299,93	1.231,16	1.568,13	2.744,90	3.268,13	4.066,28	4.358,86	4.353,98
%	79,06 %	36,77 %	63,49 %	94,63 %	71,29 %	83,00 %	87,20 %	81,61 %
Totale begroting								
Kredieten	1.794,16	12.507,82	12.310,00	15.480,96	15.955,67	16.034,88	23.246,55	22.955,86
Realisaties	1.299,93	1.231,16	1.631,91	3.255,77	5.843,51	10.109,60	12.778,03	10.412,44
%	72,45 %	9,84 %	13,26 %	21,03 %	36,62 %	63,05 %	54,97 %	45,36 %
Verhouding vergoedingen versus kosten								
Vergoedingen	0,00	0,00	0,00	122,58	1.230,80	4.098,54	6.870,37	3.976,78
Kosten (beheer+ opdracht)	1.299,93	1.231,16	1.631,91	3.133,20	4.612,71	6.011,07	5.907,67	6.435,66
%	0,00 %	0,00 %	0,00 %	3,91 %	26,68 %	68,18 %	116,30 %	61,79 %

Bijlage 2

Synthese van de aanbevelingen voor het beheer van de dienst en de dossiers

Aanbevelingen voor het beheer van de dienst	Punt in het verslag
1 Blijf aandacht hebben voor de nodige autonomie van het Fonds tegenover het RIZIV en baken bevoegdheden maar ook verantwoordelijkheden desnoods meer concreet af in het huishoudelijke reglement.	3.1.1
2 Ondersteun maximaal de rol van de nieuwe coördinatoren. Geef ze de ruimte om de werkprocessen te herwerken en de middelen om ze op te volgen, ook in het belang van het herstel van de dynamiek in de dienst.	3.1.2
3 Werk op basis van een volwaardige visienota een strategisch en operationeel plan uit, en hanteer ondertussen eenvoudige concrete doelstellingen zoals richttermijnen voor bepaalde werkprocessen.	3.1.3
4 Evalueer de nodige omvang en samenstelling van het personeelsbestand in samenhang met de toekomstvisie over de rol van het Fonds. Bewaak ondertussen het behoud van knowhow en de continuïteit in de werking.	3.2.1 3.2.2
5 Beslis of de reglementering over de ontvangsten moet worden aangepast op basis van de huidige praktijk, en zorg bij de uitgaven voor een coherente rapportering en meer transparantie over de kosten en vergoedingen.	3.3.1 3.3.2
6 Zorg dringend voor de registratie en opvolging van in te vorderen vergoedingen en kosten, en leg op dat vlak een duidelijk beleid vast, onder meer ook inzake de eventuele afstand van rechten op invordering.	3.3.1 4.6.3
7 Rapporteer op een meer regelmatige en bevattelijke manier aan het beheerscomité over de evolutie van de kerngegevens op het vlak van adviezen, vergoedingen, expertises en geschillen.	3.3.2
8 Leg bij de betaling van rentes of voorschotten reserves aan voor toekomstige financiële verplichtingen, en zorg voor een tijdige betaling van de honoraria van experts.	3.3.2 4.4.2
9 Onderbouw verdere initiatieven voor informatisering met een onderzoek naar mogelijke alternatieven en een kosten-batenanalyse, en stem ze waar mogelijk af op de globale aanpak binnen het RIZIV.	3.4.1
10 Vervolledig het geïnformatiseerde beheerssysteem DAMO, in hoofdzaak om als meetinstrument te dienen voor het dossierverloop (met bijzondere aandacht voor de nog ontbrekende modules bij de schadeafwikkeling).	3.4.2 4.6.1 4.6.3
11 Help de betrouwbaarheid van de databestanden te waarborgen via controle, opleiding, handleidingen of onderrichtingen, en betrek het personeel nauwer bij de ontwikkeling van toepassingen voor de exploitatie van de gegevens.	3.4.2

Aanbevelingen voor het dossierbeheer		Punt in het verslag
12	Behandel een aanvraag om tussenkomst op een meer efficiënte manier, zowel inzake de na te leven vormvereisten, de wijze van communicatie met de aanvrager als de nodige doorlooptijd.	4.2.1 4.7
13	Beslis of de huidige voorrangregeling voor sommige dossiers voldoende verantwoord en opportuun is, onder meer in het licht van de impact van een dergelijke maatregel op de doorlooptijden.	5.1.1
14	Wijs in de aanvraagprocedure nadrukkelijk op het belang van bijstand, temeer omdat een slachtoffer daar vrijwel altijd aanspraak op kan maken (bv. bij een ziekenfonds of in het kader van een zogenaamde familiale verzekering).	5.1.1 5.1.2
15	Reorganiseer grondig het proces van de selectie van nodige informatie over het ongeval, en vertrouw specifiek opgeleide dossierbeheerders de taak toe om ontbrekende basisgegevens uit het patiëntendossier op te vragen.	4.3.1 4.3.4
16	Formuleer tijdig en duidelijk welke medewerking van de zorgverleners en hun verzekeraars wordt verwacht, en treedt op in situaties waarin manifest wordt nagelaten te voldoen aan de wettelijke informatieplicht.	4.3.2
17	Vermijd dat kennelijk ongegronde aanvragen de volledige procedure doorlopen, maar stel het slachtoffer voldoende in de gelegenheid daarover een standpunt in te nemen.	4.3.4
18	Bestendig de gemaakte keuze inzake het vermijden van externe expertises. Organiseer bij schade boven de ernstdrempel pas tegensprekelijke expertises als dat volgens het doel van deze wettelijke verplichting echt noodzakelijk is.	4.4.1
19	Baken de opdracht van de expert beter af en ga na of het dienstig kan zijn vooraf tot een akkoord te komen over de bindende kracht van de bevindingen van een tegensprekelijke expertise.	4.4.1 4.4.2
20	Bewaak in het juridische luik van de adviezen de coherentie en relevantie van het bronnenmateriaal en de pertinentie van de verstrekte toelichting, en zorg voor een begrijpelijke formulering voor alle betrokkenen.	4.5.3 4.7
21	Werk richtlijnen uit met voldoende praktijkvoorbeelden over de berekening, de betaalwijze en het residuaire karakter van de vergoedingen die het Fonds verschuldigd is. Doe in de aanvangsfase eventueel beroep op externe bijstand.	4.6.2
22	Laat principiële vragen over de toepassing van de wet uitklaren door het beheerscomité. Gebruik het gegeven dat die interpretatie wordt gedragen door de stakeholders als argument in discussies of geschillen.	5.2.4
23	Vul het communicatieplan aan met een luik over het dossierbeheer en de daaraan gekoppelde briefwisseling, en met een luik over de wettelijk opgelegde toelichting over het gehanteerde beleid bij de verstrekte adviezen.	4.7 5.4.3
24	Onderzoek welke mogelijkheden bestaan om geschillen met slachtoffers of met zorgverleners (en hun verzekeraar) langs minnelijke weg te regelen, en werk daarvoor de nodige richtlijnen en een afwegingskader uit.	5.3.3

Bijlage 3**Antwoord van de minister**

(Vertaling)

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

MAGGIE DE BLOCK

Brussel, 28 april 2020

Betreft: Voorlopig auditverslag met de titel "Fonds voor de Medische Ongevallen – organisatie en werking"

Geachte heer eerste voorzitter van het Rekenhof,

Ik heb met aandacht uw omstandige verslag doorgenomen dat een keerpunt zou kunnen betekenen in de beslissingen over de bestaansredenen van het Fonds voor de Medische Ongevallen, alsook de commentaren van het RIZIV daarbij.

Tijdens deze legislatuur waren het beheerscomité, de bestuurders van het RIZIV, van het FMO en ikzelf ons zeker bewust van de lange behandelingstermijnen en de achterstand van de dossiers 2010. Die vaststelling heeft de verschillende actoren ertoe gebracht zich over een aantal pistes te buigen om de werking van het FMO op korte en op middellange termijn te verbeteren. Zo werden een aantal aanpassingen doorgevoerd, onder meer in de procesbeschrijvingen en op het vlak van de aanwerving van bijkomend personeel. In uw verslag wordt trouwens verwezen naar die aanpassingen. Er werden diverse acties op poten gezet, niet alleen om het beheer en de behandeling van de dossiers te verbeteren. Een werkgroep *Visie* heeft de wenselijke wetwijzigingen onderzocht om tot een nuttige opdracht voor het FMO en een werkbaar proces te komen. De besluitvorming wordt echter bemoeilijkt door de ruime samenstelling van het beheerscomité. De werkzaamheden met betrekking tot de visie moeten worden voortgezet, zoals u ook opmerkt.

De audit stelt dus fundamentele vragen. Het belangrijkste is de beste manier te vinden om slachtoffers te helpen door meer te focussen op bemiddeling en juridische bijstand, bv. Een kadaster van medische ongevallen aanleggen om preventieve interventies in ruime zin mogelijk te maken en patiënten begeleiden doorheen de informatie over de risico's van zorgverstrekkingen, zouden eveneens een grote stap vooruit betekenen voor de bescherming van de patiënten.

Ik vestig uw aandacht erop dat ik gezien mijn mandaat in lopende zaken geen wetgevende initiatieven in die zin kan nemen.

Hoogachtend,

Maggie De Block

Er bestaat ook een Franse versie van dit verslag.
Il existe aussi une version française de ce rapport.

U kunt dit verslag raadplegen of downloaden
op www.rekenhof.be.



WETTELIJK DEPOT
D/2020/1128/17

PREPRESS EN DRUKWERK
Centrale drukkerij van de Kamer van Volksvertegenwoordigers

COVERFOTO
Shutterstock

ADRES
Rekenhof
Regentschapsstraat 2
B-1000 Brussel

TEL.
+32 2 551 81 11

www.rekenhof.be