



RIZIV

Fonds voor de medische ongevallen

Activiteitenverslag 2025

INHOUDSTAFEL

Woord van de directie	4
Deel 1 Opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen	6
I. Wat doet het Fonds?.....	7
1. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht.....	7
2. Preventie-, registratie- en rapporteringsopdracht	8
II. Beheerscomité	9
1. Samenstelling.....	9
2. Bevoegdheden	10
Deel 2 Organigram en structuur van het Fonds.....	11
I. Organigram FMO.....	12
II. Externe experts.....	13
Deel 3 Activiteiten met betrekking tot de opdrachten	14
I. Administratieve opvolging en statistische vaststellingen	15
1. ICT-ontwikkelingen	15
2. Totaal aantal inkomende, open en gesloten dossiers per taalrol	17
3. Het aantal ontvangen dossiers per maand.....	19
4. Status van de dossiers	20
5. Verdeling per fase van de geopende dossiers tot en met de vergoeding.....	21
6. Evolutie aangaande de onontvankelijke dossiers.....	22
7. Gemiddelde behandelingstermijn van de dossiers behandeld tot en met advies	24
8. Aantal dossiers “out” en “in” – evolutie in fase 1 en 2 (advies)	26
9. Verdeling van de dossiers per type aanvrager	27
10. Adviezen per type.....	28
11. Schadevergoedingen na advies en per type	31
II. Medische activiteiten en statistieken	34
1. De codering.....	34
2. Statistieken	34
III. Juridische activiteiten, opvolging en statistieken	45
1. Algemeen	45
2. Categorieën	45

Deel 4 Financieel beheer en omkadering.....	54
I. Vergelijking begroting en realisaties 2025	56
II. Financiële statistieken betreffende de opdrachten	59

Woord van de directie

Het jaar 2025 heeft opnieuw het essentiële belang van het Fonds voor de Medische Ongevallen in het Belgische gezondheidszorglandschap aangetoond. Voornamelijk via de advies- en vergoedingsopdrachten streeft het Fonds een duidelijk en consistent doel na: slachtoffers van medische ongevallen en zorgverleners een zorgvuldig antwoord bieden, in een sereen klimaat en binnen een redelijke termijn.

In een context die wordt gekenmerkt door een aanhoudende toename van het aantal aanvragen, een toenemende complexiteit van de dossiers, maar ook door een bijzonder uitdagend economisch en budgettair klimaat, getuigen de resultaten in dit rapport van de soliditeit van onze organisatie en de dagelijkse inzet van de teams. Ondanks deze beperkingen is het Fonds erin geslaagd een hoog activiteitsniveau te handhaven, de behandelingstermijnen geleidelijk te verbeteren en de kwaliteit van medisch-juridische analyses te versterken, terwijl het tegelijkertijd de tools en processen blijft moderniseren.

Het jaar 2025 past bovendien volledig in het kader van de engagementen die het Fonds in het ontwerp van de Bestuursovereenkomst heeft opgenomen. Deze weerspiegelen een duidelijke ambitie: de efficiëntie van het overheidsoptreden versterken, een correct gebruik van de beschikbare middelen waarborgen en een steeds meer gestructureerdere aanpak ontwikkelen op het vlak van rapportering, het analyseren en voorkomen van medische ongevallen.

In dit opzicht stond 2025 ook in het teken van digitale transformatie en de consolidatie van de ontwikkelingen die de afgelopen jaren zijn gestart. De voortdurende evolutie van de dossierbeheertool, het toenemende aantal elektronisch ingediende aanvragen en de versterking van de rapporteringscapaciteit illustreren onze wens om administratieve efficiëntie, transparantie en dienstverlening aan burgers te combineren, met strikte naleving van gegevensbescherming en het wettelijk kader. Dit past binnen de strategische doelstellingen van het RIZIV, die terug te vinden zijn in de Bakens voor de Toekomst (2024) en het ontwerp van de Bestuursovereenkomst. Er is voorzien om in 2026 een data-analist(e) te verwelkomen. Een belangrijk perspectief, om de opdrachten inzake rapportering en preventie, die centraal staan in de strategische meerwaarde van het Fonds, verder te versterken.

Deze resultaten zouden niet mogelijk zijn geweest zonder het professionalisme, de samenwerking en de cohesie van de teams van het Fonds, noch zonder de betrokken inzet van onze institutionele partners, externe experts en leden van het Beheerscomité. Het collectieve werk, gebaseerd op vertrouwen en verantwoordelijkheidszin, vormt een centrale pijler van onze werking en een essentiële hefboom om de huidige en toekomstige uitdagingen aan te gaan.

Dit jaarverslag heeft als doel, in alle transparantie, verslag uit te brengen van de activiteiten, de resultaten en het gebruik van de middelen die aan het Fonds in 2025 ter beschikking werden gesteld. Het weerspiegelt de vastberadenheid van het Fonds voor Medische Ongevallen om zijn opdrachten ten dienste van het algemeen belang ten volle te vervullen.

Isabelle Durnez

Adviseur-generaal, directeur FMO

Key elementen in 2025 ...

- Hoogste aantal ingediende adviesaanvragen sinds 2014
- Ingediende adviesaanvragen in 2025, verdeeld over 51% Franstalige en 49% Nederlandstalige aanvragen
- 46,5% van de aanvragen gebeurt elektronisch via Poema

815**nieuwe aanvragen
ingediend****670****ingediende
adviesaanvragen**

- In 670 ingediende adviesaanvragen werd een advies verleend
- 25% van de ontvankelijke ingediende adviesaanvragen komt potentieel in aanmerking voor vergoeding door het Fonds, de aansprakelijke zorgverlener of diens verzekeraar

- 80% van de in 2023 ingediende adviesaanvragen werd afgesloten binnen 12,8 maanden
- De behandelingstijd verbetert jaar na jaar

12,8**maanden****87%****van de ingediende
adviesaanvragen
afgesloten**

- 8.324 ingediende adviesaanvragen sinds de oprichting
- In meer dan 87% van de ingediende adviesaanvragen werd een advies verleend
- 1.512 ingediende adviesaanvragen zijn nog open en in behandeling of in geschil

- 59,3% van de adviesaanvragen wordt rechtstreeks door het slachtoffer ingediend
- 18,5% van de slachtoffers laat zich vertegenwoordigen door een advocaat
- 16,1% van de slachtoffers dient de adviesaanvraag in via de verzekeringsinstelling

59,3%**van de aanvragers in eigen
naam****30,265****miljoen €**

- 30,265 miljoen € aan vergoedingen uitbetaald aan slachtoffers – burgerlijke aansprakelijkheid en medisch ongeval zonder aansprakelijkheid

Deel 1

Opdrachten van het
Fonds voor de medische
ongevallen

I. Wat doet het Fonds?

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

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

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

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

1. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht

Het Fonds oefent volgende taken uit :

- bepalen of schade als gevolg van gezondheidszorg aan de patiënt al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, alsook de beoordeling van de ernst van de schade.
Hiervoor kan het Fonds:
 - bij de zorgverlener(s), de zorginstelling, de patiënt en aan elk natuurlijk persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen
 - een beroep doen op gespecialiseerde zorgverleners om verduidelijking te krijgen over een specifiek domein van gezondheidszorg.
- vaststellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering. Bovendien kan het Fonds zich uitspreken over de reikwijdte van de dekking van de door de zorgverlener afgesloten verzekering
- verzoeken aan de zorgverlener of zijn verzekeraar om een vergoedingsvoorstel te doen aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer het oordeelt dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener in het geding is

- uitkeren van een vergoeding aan de patiënt of de rechthebbenden wanneer er aan de vergoedingsvoorwaarden van art. 4 en 5 van onderhavige wet is voldaan
- organiseren van bemiddeling (overeenkomstig de art. 1.724 tot 1.733 Ger.W.) wanneer de patiënt of de rechthebbende, een zorgverlener en/of hun verzekeraar hierom verzoekt
- verstrekken van een advies inzake de toereikendheid van het vergoedingsvoorstel dat wordt voorgesteld door de zorgverlener of de verzekeraar, indien de patiënt of de rechthebbende(n) hierom verzoekt.

2. Preventie-, registratie- en rapporteringsopdracht

De talrijke aanvragen tot vergoeding van medische ongevallen geven een nuttig overzicht van wat er kan mislopen bij zorgverstrekkingen in België. Daaruit kunnen richtlijnen worden opgesteld in het kader van preventie. Het Fonds centraliseert alle gegevens betreffende de aanvragen, zodat het op eigen initiatief of op verzoek van de bevoegde minister adviezen kan uitbrengen over elke aangelegenheid die verband houdt met preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Verder stelt het Fonds statistieken op over de vergoedingen die het volgens de bepalingen van de wet medische ongevallen heeft toegekend.

Ten slotte stelt het Fonds jaarlijks een activiteitenverslag op met onder meer de analyse van statistische en financiële gegevens en maakt het vervolgens over aan de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale commissie rechten van de patiënt.

II. Beheerscomité

1. Samenstelling

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

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

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

Overeenkomstig art. 137quater, § 3 van dezelfde wet bepaalt de Koning de wijze waarop de leden worden aangewezen. Die bepaling heeft aanleiding gegeven tot het opstellen van het KB van 25 april 2014 tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVVU-wet, en tot invoering van een hoofdstuk IVbis betreffende het Fonds voor de medische ongevallen (MB van 16 juni 2014, p. 58859). De wijze waarop de leden worden aangewezen, wordt door dat hoofdstuk VIbis geregeld.

2. Bevoegdheden

De bevoegdheden van voormeld beheercomité zijn gedefinieerd in art. 137quinquies van de GVVU-wet.

Het **beheerscomité** van het Fonds:

- beheert samen met de dienst en zijn directeur, de in de wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten
- stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals vastgesteld in de wet medische ongevallen;
- stelt aan het algemeen beheerscomité van het RIZIV de begroting van de administratiekosten van de dienst voor
- verleent het algemeen beheerscomité van het RIZIV advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst
- wordt door de directeur van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het beheerscomité heeft gedelegeerd
- stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning (cf. KB tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het beheerscomité van het Fonds voor de medische ongevallen van 19 april 2014).

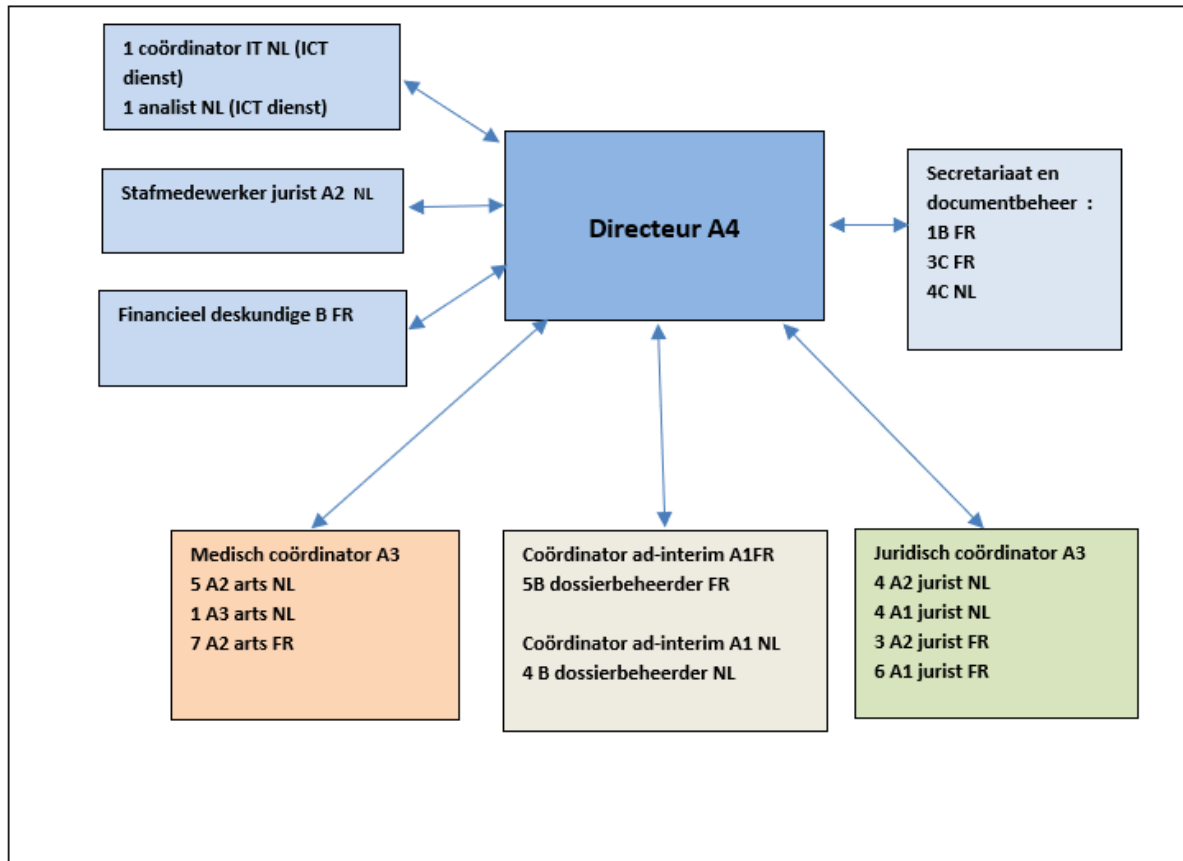
Het beheerscomité neemt in het algemeen strategische en/of organisatorische beslissingen. Het kan samen met de administratie aanbevelingen doen, dienstig voor het nemen van preventieve maatregelen en het voorkomen van medische ongevallen.

Deel 2

Organigram en structuur van het Fonds

I. Organigram FMO

Onderstaand organigram geeft het aantal permanente personeelsleden weer eind 2025. We tellen 54 actieve medewerkers en twee medewerkers van de Dienst Digitale Oplossingen (SDO).



II. Externe experts

Het Fonds doet regelmatig beroep op externe medische experts om precieze inzichten te verkrijgen over specifieke medische aangelegenheden, waarover we zelf geen expertise hebben. We doen daarnaast ook beroep op advocaten in het kader van geschillen en het verlenen van specifieke adviezen.

Het opvolgen, onderhouden en uitbouwen van het netwerk van externe medische experts is een continu proces. Deze experts worden telkens volgens de principes en de bepalingen van de overheidsopdrachtenwetgeving aangesteld.

In 2025 sloten we een vierde overeenkomst af voor 4 jaar met externe zorgverleners (artsen en paramedische externe experts) na een “onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking”. In het actuele raamakkoord kan het Fonds beroep doen op 67 verschillende medische en paramedische experts, die zijn weerhouden in het kader van de overheidsopdrachten.

Indien er op de lijst van de overheidsopdrachten geen expert voorkomt of beschikbaar is, binnen een bepaald vakgebied of subspecialisatie, maken we noodgedwongen gebruik van de procedure “overheidsopdracht van beperkte waarde”. Dit is een overheidsopdracht waarvan de geraamde waarde lager is dan 30.000 EUR, die aan een versoepeld stelsel is onderworpen.

De samenwerking met de externe experts verloopt volledig digitaal. We voorzagen een veilig en efficiënt elektronische uitwisselingssysteem voor zowel documenten, als medische beeldvorming.

Deel 3

Activiteiten met betrekking tot de opdrachten

I. Administratieve opvolging en statistische vaststellingen

In dit hoofdstuk stellen we de ICT-ontwikkelingen en vervolgens de statistische gegevens voor.

1. ICT-ontwikkelingen

Gedurende het voorbije jaar 2025 werden er drie nieuwe versies van ons dossierbeheerssysteem DAMO uitgerold met als belangrijkste nieuwigheden: functionaliteit omtrent niet geconsolideerde schade, verdere digitalisatie van het proces betreffende schadeberekening en schadevergoedingsvoorstellen, geautomatiseerde opvolging van bestedingen per lot van de overheidsopdracht in het kader van onze medische expertises, nieuwe functionaliteit rond de aanmaak en opvolging van medische inventarissen en de registratie van terugvorderingen van kosten. Verder werd er ook werk gemaakt van een doorgedreven digitale omkadering bij de keuze van medische experts bij het opstarten van de expertises, met bijzondere aandacht voor de rangorde en het rechtvaardigen van eventuele afwijkingen, alsook van het automatiseren van de nieuwe procedure omtrent speciale conventies. Tenslotte werden er ook een hele reeks nieuwe brief-sjablonen in gebruik genomen en sommige bestaande sjablonen aangepast.

Het voorbije jaar stond tevens in het teken van de voorbereidingen op de verplichtte elektronische facturatie via Peppol waarop interne systemen en processen moesten worden afgestemd. Ook de stapsgewijze toepassing van het boekhoudkundig principe van het vastgesteld recht op het niveau van het RIZIV zal de nodige aanpassingen vergen. Het Fonds werd ondertussen betrokken in de projectgroep.

Betreffende onze gegevensbank werd de reikwijdte van ons datawarehouse stelselmatig verder uitgebreid, met een speciale focus op de toevoeging van informatie omtrent juridische geschillen uit de RIZIV-toepassing EUNOM-E¹. In dat kader werd trouwens ook een werkgroep opgestart om te waken over de datakwaliteit van deze gegevens.

2025 was ook het jaar bij het RIZIV waar veel prioriteit werd gegeven aan de verdere verkenning van de mogelijkheden en opportuniteiten die de snelle evoluties van Artificiële Intelligentie voor ons kunnen betekenen. Verschillende haalbaarheidsprojecten werden in die context opgestart en het gebruik van Copilot werd uitgerold, en dat alles met een maximaal respect voor de gegevensbescherming. Binnen het RIZIV, dat gecertificeerd is op de ISO27001-richtlijn inzake informatieveiligheid, bestaan daartoe richtlijnen.

Tijdens het afgelopen jaar zagen we ook een consolidatie in het gebruik van ons online platform door de aanvragers. Niet minder dan 46% van de aanvragen gebeurt nu digitaal en het platform werd ook honderden keren gebruikt om bijkomende documenten op te laden.

¹ het gemeenschappelijk geschillenplatform van het RIZIV

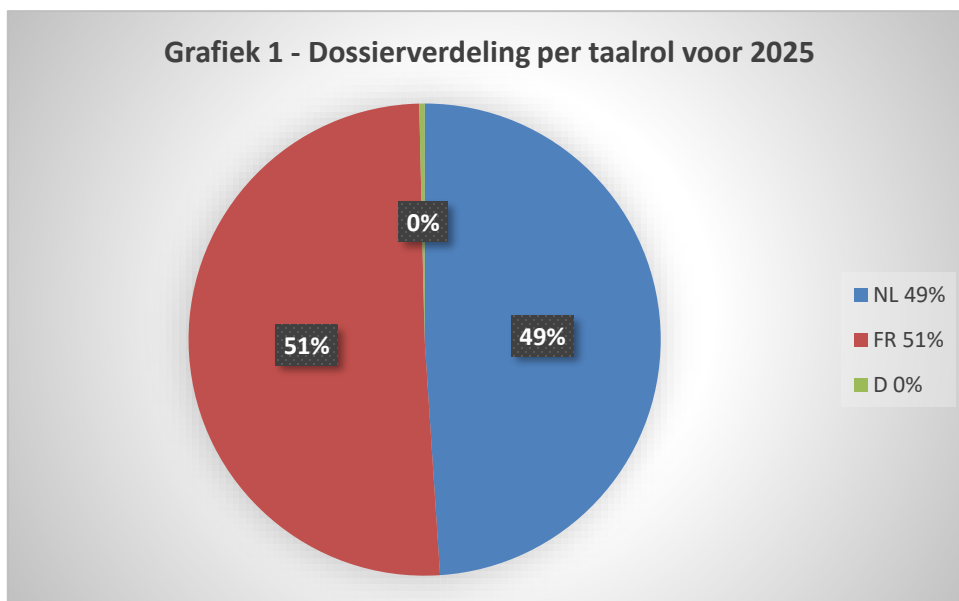
Ten slotte startten eind 2025 de voorbereidingen voor de ingebruikname van een nieuwe toepassing die schadeberekeningen helpt opmaken.

2. Totaal aantal inkomende, open² en gesloten³ dossiers per taalrol

In 2025 werden er bij het Fonds **815** dossiers ingediend. Het aantal inkomende dossiers is sterk toegenomen in vergelijking met het vorige jaar (cf. tabel 3). Sinds de oprichting bedraagt het totaal aantal ingediende dossiers **8324**.

Tabel 1 en tabel 2 tonen de verdeling van de dossiers volgens taalrol en hun algemene status (totaal aantal inkomende, open en gesloten dossiers per taalrol), voor 2025 en sinds de oprichting van het Fonds.

Tabel 1 - Dossierverdeling per taalrol ingediend in 2025 en hun algemene status				
Aantal dossiers	Taal			
Statuut	D	FR	NL	Totaal
Gesloten	2	108	95	205
Open	1	305	304	610
Totaal	3	413	399	815
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				



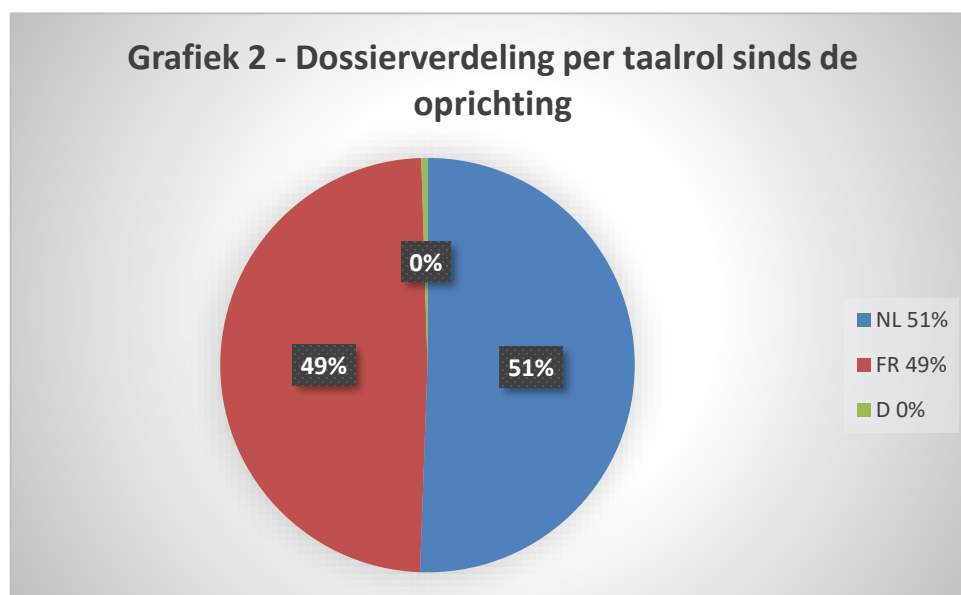
² Een **open dossier** is een dossier dat bij het Fonds is ingediend en er nog altijd in onderzoek is. Het kan zich dus in fase 1 (bepaling van de ontvankelijkheid), fase 2 (ontvangen en opvragen van documenten, juridisch en medisch onderzoek, expertise...) of in fase 3 bevinden (berekenen en/of uitkeren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

³ Een **gesloten dossier** is een dossier dat niet meer wordt behandeld, en dit om verschillende redenen: het heeft aanleiding gegeven tot een vergoeding die door alle partijen is aanvaard, het is administratief onontvankelijk verklaard, enz.

Tabel 2 - Dossierverdeling per taalrol sinds oprichting van het Fonds en hun algemene status				
Aantal dossiers	Taal			
Statuut	D	F	N	Totaal
Gesloten	26	3.281	3.505	6.812
Open - Geschillen (= hangende)	6	584	528	1.118
	5	213	176	394
Totaal	37	4.078	4.209	8.324
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				

Eind 2025 zien we 80% van de Franstalige dossiers en 83% van de Nederlandstalige dossiers in gesloten status.

Grafiek 2 geeft een globaal beeld weer van het aantal dossiers per taalrol sinds de oprichting van het Fonds⁴.



⁴ D = 0% of 37 dossiers, NL = 51 % of 4.209 dossiers, FR = 49% of 4.078 dossiers.

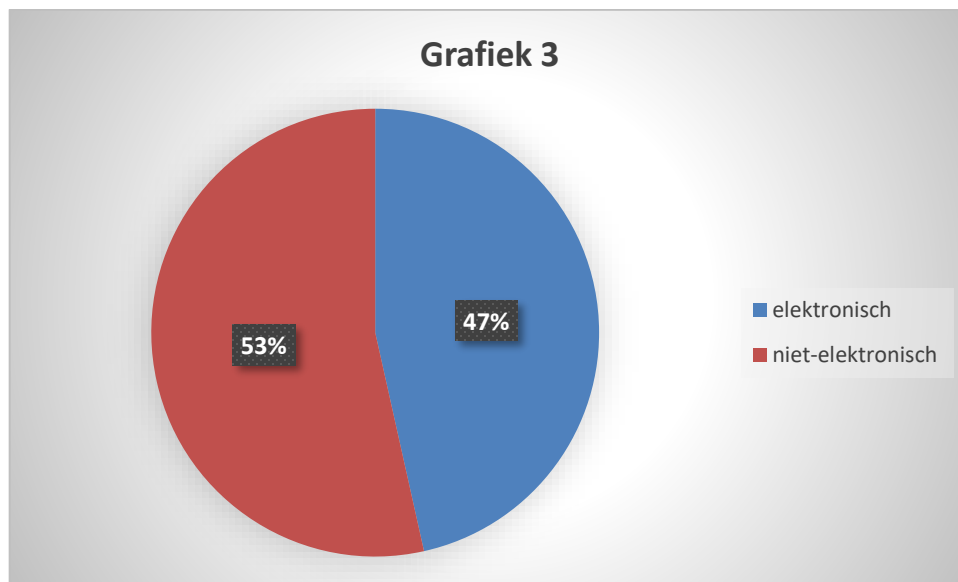
3. Het aantal ontvangen dossiers per maand

Tabel 3 - Aantal ontvangen dossiers per maand													
Jaar	Maand												Totaal
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2021	32	39	53	35	22	42	36	32	29	22	19	21	382
2022	42	39	34	37	48	38	43	27	30	40	33	30	441
2023	55	52	41	41	24	37	27	34	56	35	43	26	471
2024	65	57	57	54	38	46	68	41	52	62	43	49	632
2025	66	55	57	43	71	78	80	72	73	82	78	60	815

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Tabel 3 toont dat het aantal ontvangen dossiers manifest is toegenomen ten opzichte van 2024. Gedurende 2025 ontving het Fonds gemiddeld **68** dossiers per maand.

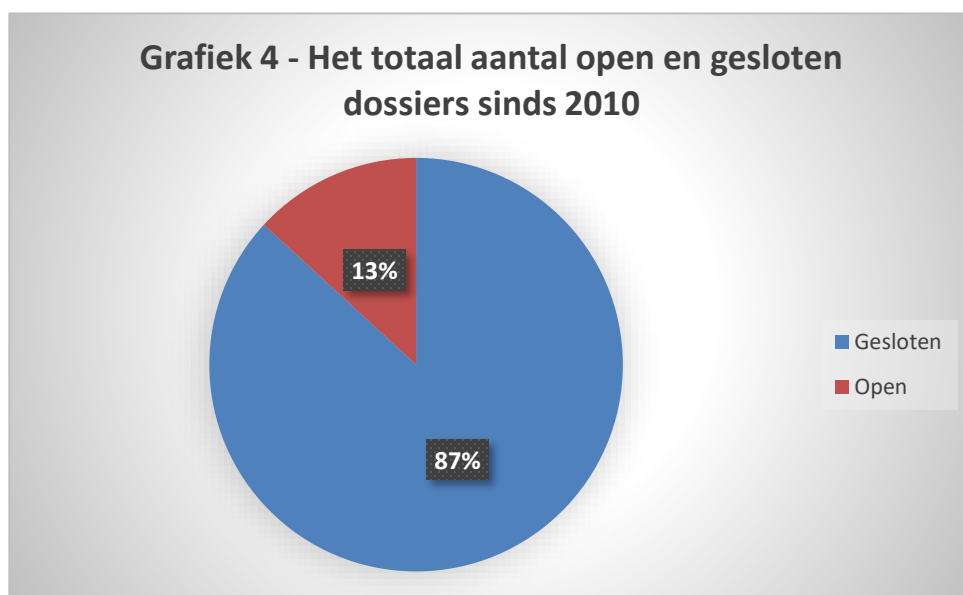
Sinds 25 maart 2024 is het mogelijk om elektronische aanvragen (via de tool POEMA) in te dienen. In 2025 werden er van de 815 aanvragen, **379** (of 46,5%) elektronische ingediend (waarvan 203 NL, 175 FR en 1 D).



4. Status van de dossiers

Tabel 4 - Status van de dossiers per jaar waarin het dossier werd ingediend				
Jaar	Statuut			
	Gesloten	Open	Totaal	% gesloten
2021	335	27	382	93%
2022	386	55	441	88%
2023	366	105	471	78%
2024	388	244	632	61%
2025	205	610	815	25%
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				

Uit tabel 4 blijkt dat eind 2025 25% van de dossiers die in 2025 werden ingediend reeds afgesloten zijn.



Sinds de oprichting van het Fonds zijn **87%** van alle dossiers **afgesloten**, 13% staat nog open.

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

Tabel 5 - Verdeling per fase van de geopende dossiers							
Jaar	Fases						
	Fase 1 Initieel	Fase 2 Analyse en advies	Fase 3 Voorstel	Algemeen totaal	% Fase 1	% Fase 2	% Fase 3
2021	0	3	19	22	00,00%	13,64%	86,36%
2022	0	19	36	55	00,00%	34,55%	65,45%
2023	0	60	45	105	00,00%	57,14%	42,86%
2024	0	210	34	244	00,00%	86,07%	13,93%
2025	80	522	8	610	13,11%	85,57%	1,31%
Fase 1 is de initiële fase en behelst het onderzoek naar de administratieve ontvankelijkheid. Fase 2 behelst de medisch-juridische analyse ten gronde met al dan niet een externe expertise en eindigt met een finaal gemotiveerd advies. Fase 3 betreft de fase waarin desgevallend een vergoedingsvoorstel wordt geformuleerd en behelst tevens een langdurige opvolging in geval van een rente.							
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen							

We stellen in de praktijk al vele jaren vast dat we alle ontvangen dossiers in hetzelfde jaar en zelfs in de eerste weken na ontvangst kunnen openen.

Tabel 5 toont aan dat geen enkel dossier van vóór 2024 zich nog in fase 1 bevindt. Enkel dossiers ingediend eind 2025 bevinden zich nog in de initiële fase.

Verder zien we in dezelfde tabel dat het merendeel van de geopende dossiers zich in fase 2 bevinden. Deze fase neemt de meeste tijd in beslag. Ook in 2025 wordt verder ingezet op het optimaliseren van de procedures en een vlottere verwerking van de dossiers door een voortdurende bijsturing van de dossierbehandeling.

6. Evolutie aangaande de onontvankelijke dossiers

Deze dossiers sluiten we af op grond van de artikelen 2, 3 en/of 12 van de wet medische ongevallen. Ze vallen buiten het toepassingsgebied van de wet en zijn onontvankelijk.

Dossiers in fase 1 & 2

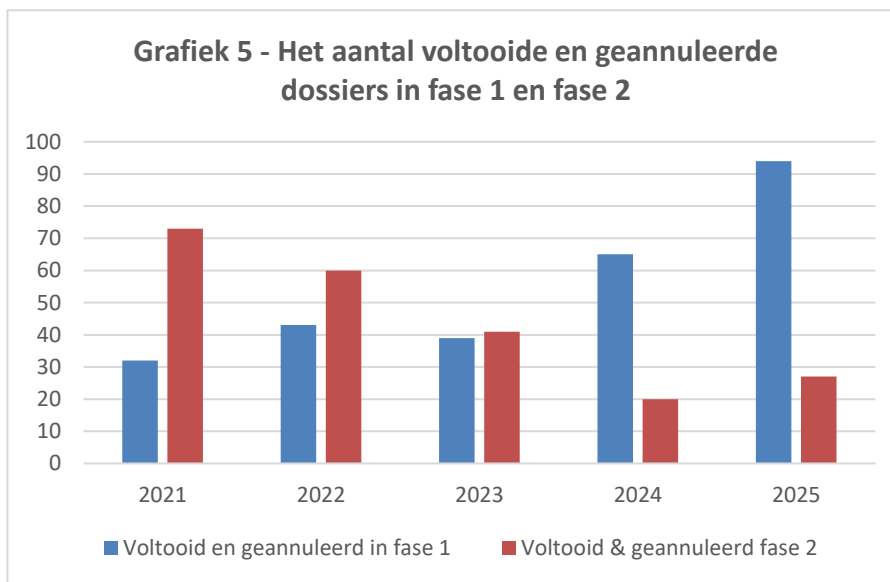
De aanvragen die heden in een eerste fase⁵ van de procedure onontvankelijk blijken voornamelijk dossiers waar de verjaring is ingetreden, zoals bepaald in onderhavige wet of die m.a.w. niet tijdig zijn ingediend. Uiterst zelden ontvangt het Fonds nog aanvragen waarbij de administratieve onontvankelijkheid betrekking heeft op het feit dat het medisch ongeval zich heeft voorgedaan vóór de inwerkingtreding van onderhavige wet (art. 12), dus vóór 2 april 2010, en het Fonds niet bevoegd is om de aanvraag te onderzoeken.

Dossiers die in een tweede fase van de procedure onontvankelijk blijken of afgesloten worden omdat ze niet onder het toepassingsgebied vallen betreffen niet enkel de uitsluitingsgronden (zoals een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel of een zorgverstrekking in het kader van een experiment, bepaald in art. 3 van de wet medische ongevallen), maar ook aanvragen waar geen schade in verband gebracht kan worden met zorgverstrekking of een zorgverlener in de zin van de wet (art. 2).

⁵ In het eerste deel van de procedure zal het Fonds op basis van de aanvraag en in voorkomend geval via bijkomende informatie onderzoeken of de aanvraag onontvankelijk is.

In tabel 6 ziet u het aantal voltooide en geannuleerde⁶ dossiers in fase 1 en fase 2 per jaar waarin het dossier werd afgesloten. Grafiek 5 illustreert de evolutie.

Tabel 6 – Aantal voltooide en geannuleerde dossiers in fase 1 en fase 2		
Jaar van afsluiting	Voltooid en geannuleerd	Voltooid en geannuleerd
	Fase 1	Fase 2
2021	32	73
2022	43	60
2023	39	41
2024	65	20
2025	94	28
Bron – Fonds voor de medische ongevallen		



⁶ i.e. onder meer dossiers waarbij de aanvragers of nabestaanden aan de procedure verzaken of de procedure wensen stop te zetten

7. Gemiddelde behandelingstermijn van de dossiers behandeld tot en met advies

De verwerkingssnelheid van de dossiers verbetert jaar na jaar. Er wordt vastgesteld **dat 80% van de in 2023 ontvangen dossier in gemiddeld 12,8 maanden zijn verwerkt**. Tabel 7 toont de evolutie sinds 2020.

Tabel 7 – Aantal maanden waarbinnen 80% van de dossiers zijn verwerkt tot en met advies	
Jaar creatie	Gemiddeld aantal maanden
2020	23,5
2021	16,4
2022	13,2
2023	12,8

Het Fonds stelt de gemiddelde behandelingstermijn van de dossiers vast wanneer voor 80% van de dossiers van een bepaald jaar een advies werd uitgebracht.

Verschillende factoren, zoals het vervolledigen van het dossier en het organiseren van medische expertises bij complexe dossiers, beïnvloeden de gemiddelde behandelingstermijn. Het Fonds heeft op de externe factoren weinig invloed. Er wordt regelmatig nagegaan waar procesmatige veranderingen doorgevoerd kunnen worden om de verwerkingstijd verder in te korten.

Verder volgt het Fonds de expertises van nabij op en grijpt in waar nodig en mogelijk. Het snel afhandelen van deze dossiers is niet altijd in het belang van de aanvrager. Onder meer in complexe dossiers is er tijd nodig voor consolidatie, verschillende vergaderingen (expertisezittingen) met tal van betrokkenen en gespecialiseerde externe adviezen enz. Bij een tegensprekelijke expertise is het ook belangrijk dat het tegensprekelijk karakter maximaal gerespecteerd wordt, teneinde ook de kansen op terugvordering te maximaliseren wanneer het Fonds een schadevergoeding heeft uitbetaald in het kader van een aansprakelijkheidsadvies waarin de aansprakelijkheid werd betwist.

Bovendien wordt er verder ingezet op het valoriseren van de interne kennis en het beperken van externe expertises. In geval van complexe dossiers, die intern kunnen afgehandeld worden, slaagt het Fonds erin om binnen de vooropgestelde termijn een advies over te maken aan de patiënt/aanvrager.

Rapporterings- en opvolgingsmogelijkheden in DAMO (i.e. softwareprogramma om dossiers te behandelen) en PowerBI worden verder geautomatiseerd, zodat onmiddellijk kan ingegrepen worden in geval er zich een (onnodige) vertraging voordoet in een bepaalde behandelingsfase van het dossier.

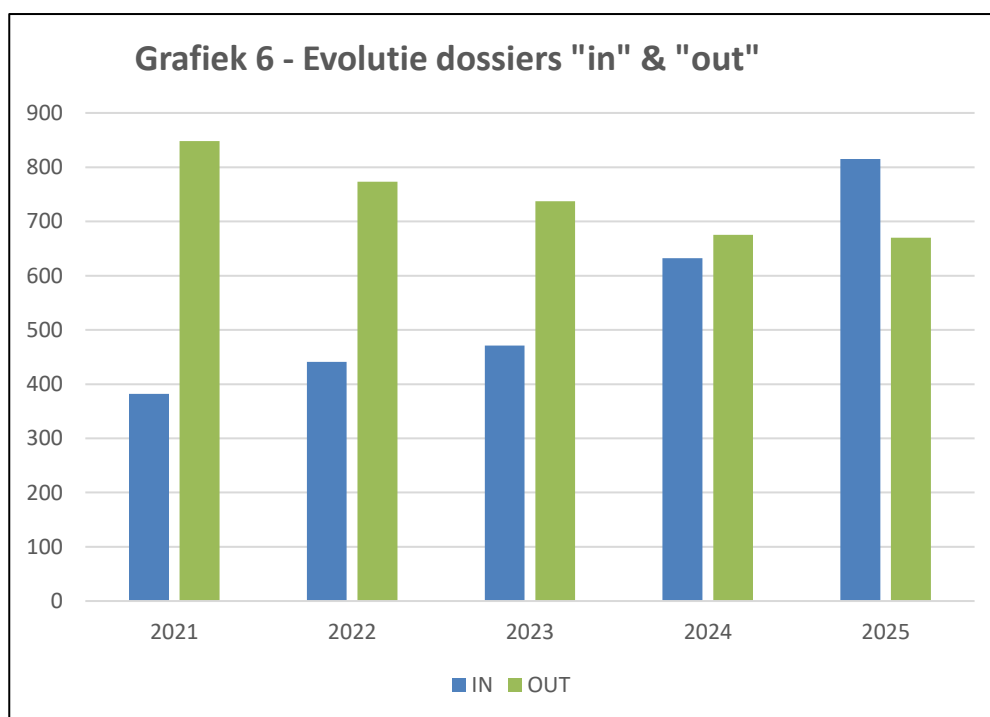
Tenslotte zal het Fonds ook blijven focussen op een efficiënte samenwerking en communicatie met externe actoren, zoals bijvoorbeeld de verzekeringsinstellingen die, afhankelijk van de diensten die zij verlenen, kunnen optreden als mandataris van de patiënt.

8. Aantal dossiers “out” en “in” – evolutie in fase 1 en 2 (advies)

In 2025 handelde het Fonds nagenoeg evenveel dossiers af, tot en met de adviesfase, als in het voorgaande jaar (tabel 8). De adviezen die in 2025 werden uitgebracht, hadden evenwel voornamelijk betrekking op dossiers die in 2024 en, in mindere mate, in 2023 waren ingediend. Tegelijk wordt in 2025 een aanzienlijke stijging van het aantal geopende dossiers vastgesteld. Deze toename heeft gevolgen voor de verschillende fasen van de dossierbehandeling, waaronder het administratieve beheer, de inhoudelijke analyse, de organisatie en opvolging van expertises en de opstelling van adviezen. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor het Fonds. Niettemin blijft de verwerkingssnelheid van de dossiers jaar na jaar verbeteren (zie punt 7).

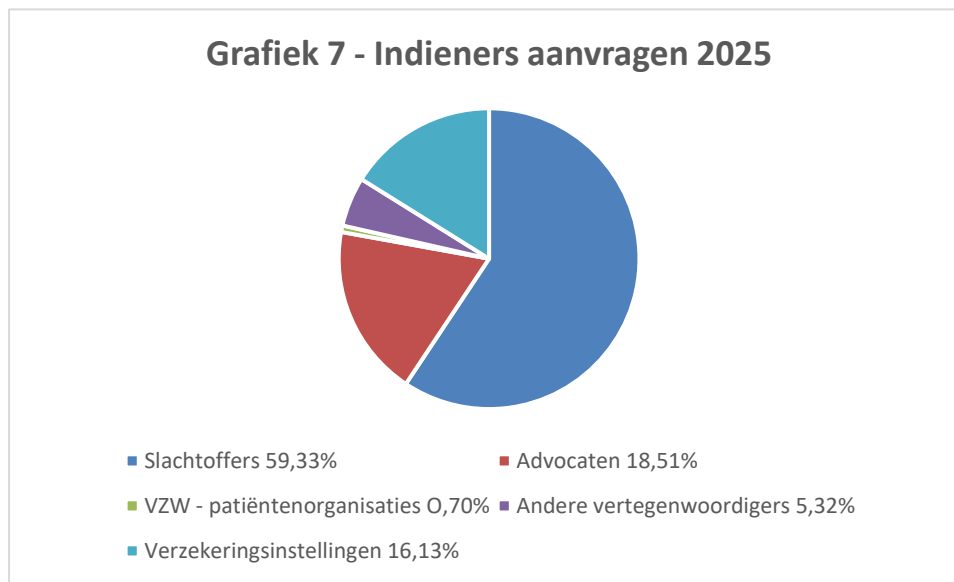
Grafiek 6 toont de evolutie van het aantal geopende (of inkomende) en gesloten (of uitgaande) dossiers.

Tabel 8 – Het aantal dossiers afgewerkt tot en met het advies (fase 1 en 2)		
Jaar van opening/afsluiting	Geopend/inkomend	Totaal afgewerkt/uitgaand
2021	382	848
2022	441	773
2023	471	737
2024	632	675
2025	815	670
Bron : Fonds voor de medische ongevallen		



9. Verdeling van de dossiers per type aanvrager

Grafiek 7 toont aan dat slachtoffers zelf 59 % van de aanvragen indienen en dat 19 % van de aanvragen zijn ingediend met de hulp van een advocaat. In 2025 zijn 16 % van de aanvragen ingediend via de verzekeringsinstellingen. Slachtoffers doen weinig beroep op patiëntenorganisaties. Het aandeel “andere” in de grafiek zijn onder meer de aanvragen die ingediend worden door de rechthebbenden, wettelijke vertegenwoordigers en naasten van de patiënt.



10. Adviezen per type.

De aanvragen die niet tot de groep “voltooid of geannuleerd in fase 1 of 2” behoren, onderwerpen we vervolgens aan een grondige medische analyse (vervolg fase 2) met eventueel een externe expertise. Op basis van alle elementen in het dossier en eventueel na medico-legaal overleg wordt in dit stadium het dossier afgesloten met een advies.

Er bestaan verschillende types van adviezen:

- burgerlijke aansprakelijkheid (BA) van de zorgverlener met schade waarbij de ernstdrempel al dan niet is bereikt overeenkomstig de wet (eventueel vergoedbaar door het Fonds⁷)
- een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA) met schade waarbij de ernstdrempel is bereikt overeenkomstig de wet (vergoedbaar)
- geen BA van een zorgverlener en geen MOZA (niet vergoedbaar).

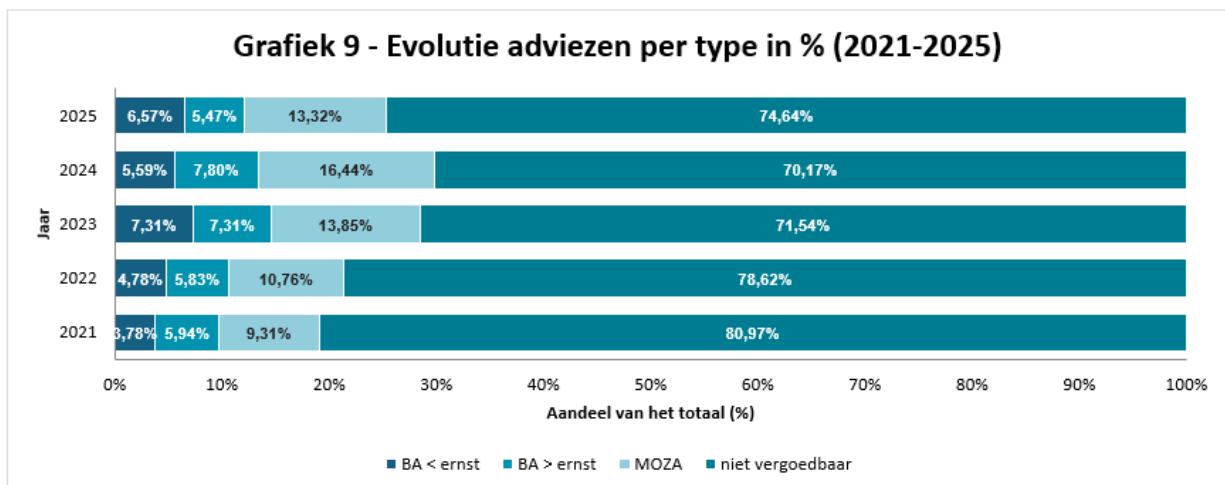
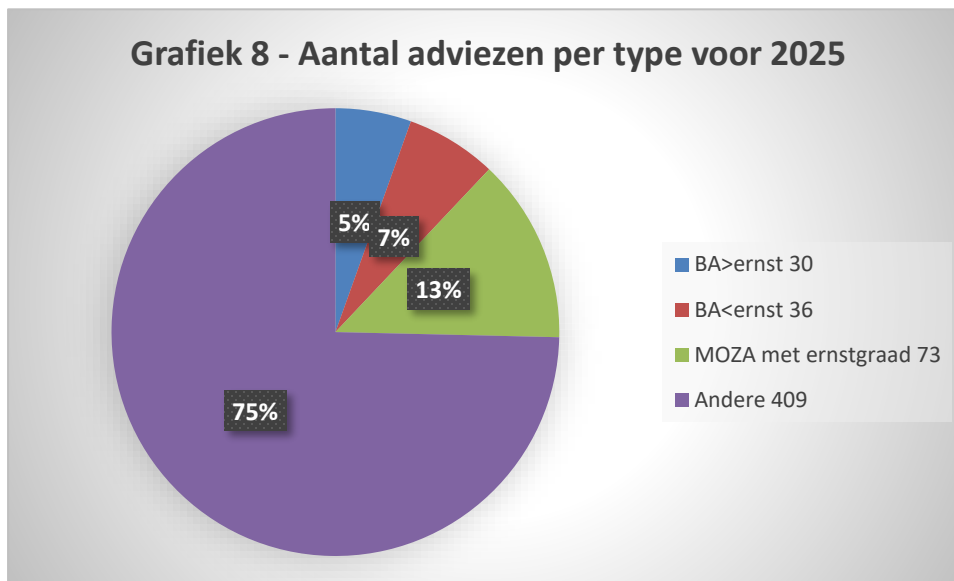
In 2025 werkten de juristen in totaal 548 adviezen af. Hiervan sloten we iets meer dan 13% af met een advies MOZA met een (vergoedbare) ernstgraad.

Het is belangrijk om eraan te herinneren dat de adviesverlenende rol van het Fonds primeert. Het feit dat een meerderheid van de adviezen niet tot een vergoeding leidt, betekent niet per se dat er geen sprake is van een medisch ongeval, maar wel dat het op basis van de wet niet vergoedbaar is door het Fonds of door een zorgverlener en diens BA-verzekeraar.

⁷ In geval van aansprakelijkheid zal het Fonds in zijn advies de verzekeraar van de zorgverlener verzoeken om een voorstel tot vergoeding te doen. Mogelijks betwist de verzekeraar het advies en de verzekeraar weigert te betalen. Indien de mate van ernst van de schade de wettelijk gestelde drempel bereikt, vergoedt het Fonds de aanvrager en kan het, na vergoeding, het uitgekeerde bedrag terugvorderen van de zorgverlener en/of zijn verzekeraar. Indien de ernst van de schade de wettelijk vastgestelde drempel niet bereikt, komt het Fonds in beginsel niet tussen in de schadevergoeding voor de aanvrager, tenzij de burgerlijke aansprakelijkheid van desbetreffende zorgverlener niet of onvoldoende is gedekt of tenzij het voorstel van desbetreffende zorgverlener kennelijk ontoereikend is.

a. Adviezen per type

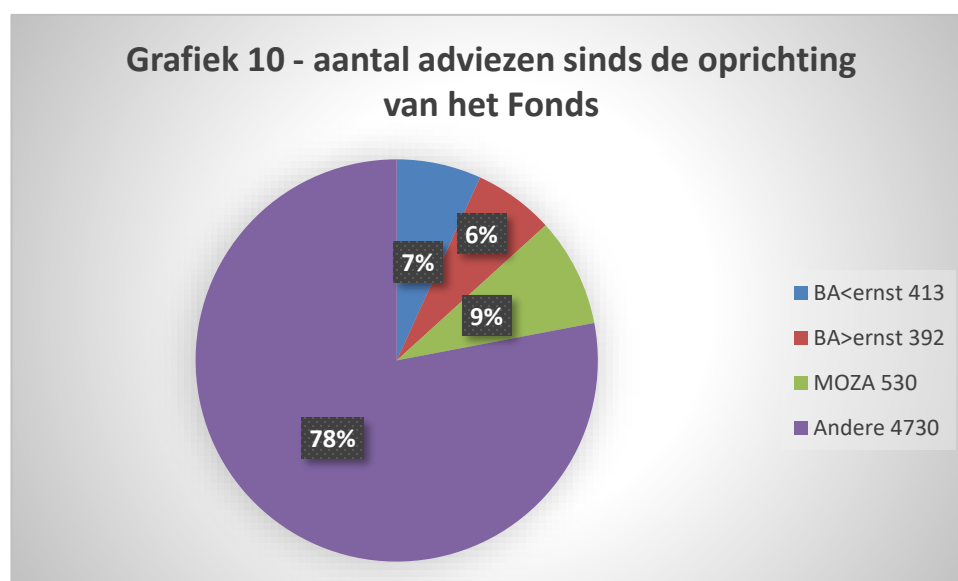
Tabel 9 - Adviezen per type 2025	
Totaal	548
Specifiek	
- MOZA met ernstgraad	73
- Aansprakelijkheid < ernst	36
- Aansprakelijkheid > ernst	30
Andere (Niet vergoedbaar)	409
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen	



b. Adviezen per type sinds de oprichting van het Fonds

Tabel 10 en grafiek 10 geven het totaal aantal adviezen weer sinds de opstart van het Fonds met ook de cijfers per type besluit.

Tabel 10 - Adviezen per type sinds de oprichting van het Fonds	
Totaal	6.065
Specifiek	
- MOZA met ernstgraad	530
- Aansprakelijkheid < ernst	413
- Aansprakelijkheid > ernst	392
Andere (Niet vergoedbaar)	4.730
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen	



11. Schadevergoedingen na advies en per type

Het Fonds formuleert een vergoedingsvoorstel in de volgende situaties:

- wanneer er sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA) en de schade de door de wet vastgestelde ernstdrempel bereikt
- wanneer een zorgverlener of zijn verzekeraar de door het Fonds vastgestelde aansprakelijkheid betwist en de schade de wettelijk vastgestelde ernstdrempel bereikt
- wanneer de verzekeraar van de zorgverlener wiens aansprakelijkheid is vastgesteld, een kennelijk ontoereikend voorstel tot schadevergoeding doet
- wanneer de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener wordt vastgesteld, maar wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt.

a. Totaal aantal aanvragers die in aanmerking komen voor een schadevergoeding eind 2025

In totaal komen 922 aanvragers in aanmerking voor een schadevergoeding (MOZA en BA > ernst) (grafiek 10).

In een heel klein percentage van de dossiers speelt voor de uitbetaling van de schadevergoeding de ernstgraad geen rol. Dit betreft dossiers met burgerlijke aansprakelijkheid en wanneer er sprake is van een kennelijk ontoereikend voorstel of wanneer de burgerlijke aansprakelijkheid niet (voldoende) is gedekt.

b. Te vergoeden schade per jaar en per type advies

In de meeste gevallen wordt een schadevergoeding in de vorm van een kapitaal uitgekeerd, maar uitzonderlijk betaalt het Fonds een schadevergoeding uit als (geïndexeerde) rente. Tabel 11 (kapitaal) en tabel 12 (rente) geven de schadevergoedingen weer en het aantal dossiers voor 2025 en de voorgaande jaren.

« Aantal dossiers » zijn de dossiers waarvoor één of meerdere schadevergoedingen zijn uitbetaald, ongeacht het aantal aanvragers die in dezelfde zaak zijn vergoed.

Tabel 11 – Schadevergoedingen in kapitaal in €				
Type advies	MOZA > ernst ⁸	BA > ernst ⁹	BA < ernst ¹⁰	Vergoedbaar na geschil
2023	11.384.349,08	5.759.372,39	14.220,99	1.353.099,02
Aantal dossiers	76	39	2	10
2024	16.221.520,28	4.293.292,37	632.482,91	346.005,41
Aantal dossiers	106	43	3	6
2025	22.474.222,83	5.838.332,04	26.512,87	1.714.474,65
Aantal dossiers	113	44	2	11
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				

Tabel 12 – Schadevergoedingen in rente in €				
Type advies	MOZA > ernst	BA > ernst	BA < ernst	Vergoedbaar na geschil
2023	-	58.337,85	-	2.655,33
Aantal dossiers	0	5	0	1
2024	16.868,38	96.937,50	-	2.754,77
Aantal dossiers	2	6	0	1
2025	122.105,69	87.132,49	-	2.813,89
Aantal dossiers	3	6	0	1
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				

Het Fonds heeft de laatste jaren een voorname inhaalbeweging gemaakt in verband met het afsluiten van dossiers die in aanmerking komen voor een vergoeding (cf. tabel 11). Het betreft hoofdzakelijk dossiers waarin er sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en waarbij de ernstgraad is bereikt, alsook dossiers met aansprakelijkheid en waarbij het Fonds tussenkomt overeenkomstig de wet medische ongevallen.

⁸ Overeenkomstig art. 4, 1° wet medische ongevallen

⁹ Overeenkomstig art. 4, 3° wet medische ongevallen

¹⁰ Overeenkomstig art. 4, 2° of art. 4, 4° wet medische ongevallen

Één dossier kan meerdere schadevergoedingen genereren. Daarnaast betaalt het Fonds voorschotten om het slachtoffer sneller te kunnen helpen wanneer het berekenen en/of verzamelen van de stukken om de berekening te maken moeilijk blijkt. We stellen vast dat het berekenen van schadevergoedingen na advies veel voorbereidingstijd vergt (en meer dan drie maanden kan in beslag nemen). Het gaat dan niet enkel over het vergaren van relevante stukken, maar ook over het sluiten van een overeenkomst aangaande schadeposten en het bedrag. Bovendien dienen in bepaalde gevallen nieuwe partijen een aanvraag in voor vergoeding, in éénzelfde dossier en op een later tijdstip.

De globale cijfers met betrekking tot de uitbetaalde schadevergoedingen zijn verderop ondergebracht in deel 4 van dit verslag – “Financieel beheer en omkadering”.

Een belangrijke vaststelling, in dat deel, heeft betrekking op het totaalbedrag van de schadevergoedingen die elk jaar worden uitbetaald. In 2025 heeft een stijging plaatsgevonden. Het Fonds betaalde een totaalbedrag uit van 30.265.594,46€ , terwijl het totaalbedrag voor 2024 21.609.861,62€ bedroeg.

II. Medische activiteiten en statistieken

ALGEMENE BESCHOUWINGEN

1. De codering

Voor de codificatie van de medische prestaties hebben wij geopteerd voor het systeem ICHI (International Classification of Health Interventions). In vergelijking met veel andere systemen heeft deze manier van coderen als voordeel dat iedere prestatiecode verschillende aspecten bevat (het doel, de technische mogelijkheid en de methode). Het systeem ICHI wordt ook als basis gebruikt in het kader van de hervorming van de nomenclatuur van de artsen.

Bovendien beperkt dit systeem zich niet enkel tot de technische prestaties, maar zijn ook meer abstracte handelingen zoals toezicht, transport en advies mee opgenomen in het systeem.

De aandoeningen worden momenteel via het ICD-10¹¹ systeem gecodeerd. Het systeem wordt ook als basis gebruikt in het kader van de registratie en financiering van de ziekenhuisactiviteit. Op te merken valt dat er vaak verschillende verstrekkingen, verschillende zorgverleners en verschillende schadeposten kunnen zijn in eenzelfde dossier. Soms ontstaat de schade niet door een zorgverstrekking en is het daarom niet altijd mogelijk om bepaalde elementen te coderen. Dat maakt dat het coderen vaak onvolledig de complexe realiteit kan vatten en dat sommige zaken ook niet te coderen zijn.

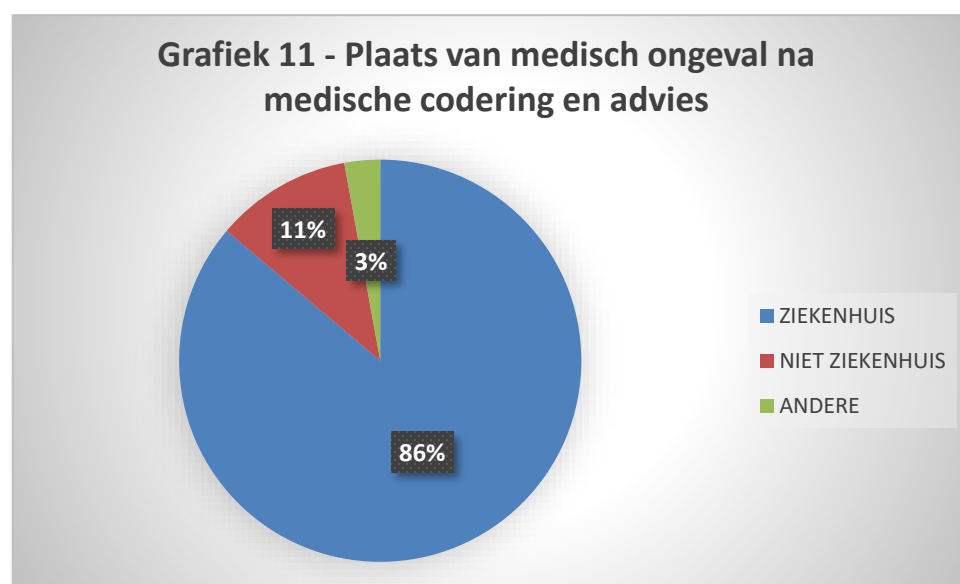
2. Statistieken

Deze analyse schetst de situatie van de dossiers waaraan een medische codering werd gegeven en waarvoor een medisch advies en codering is uitgebracht sinds de oprichting van het Fonds. Ze geeft een algemeen beeld van de verdeling van de dossiers bij het Fonds voor verschillende variabelen. Sinds 2024 werden ook de coderingen van de interne medische expertiserapporten opgenomen. Het Fonds werkt verder aan het incorporeren van gegevens en coderingen in een datamarkt en vaste analysetemplates.

¹¹ 10e herziening van de Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende

a. *Plaats van het medische ongeval na medische codering en eindadvies*

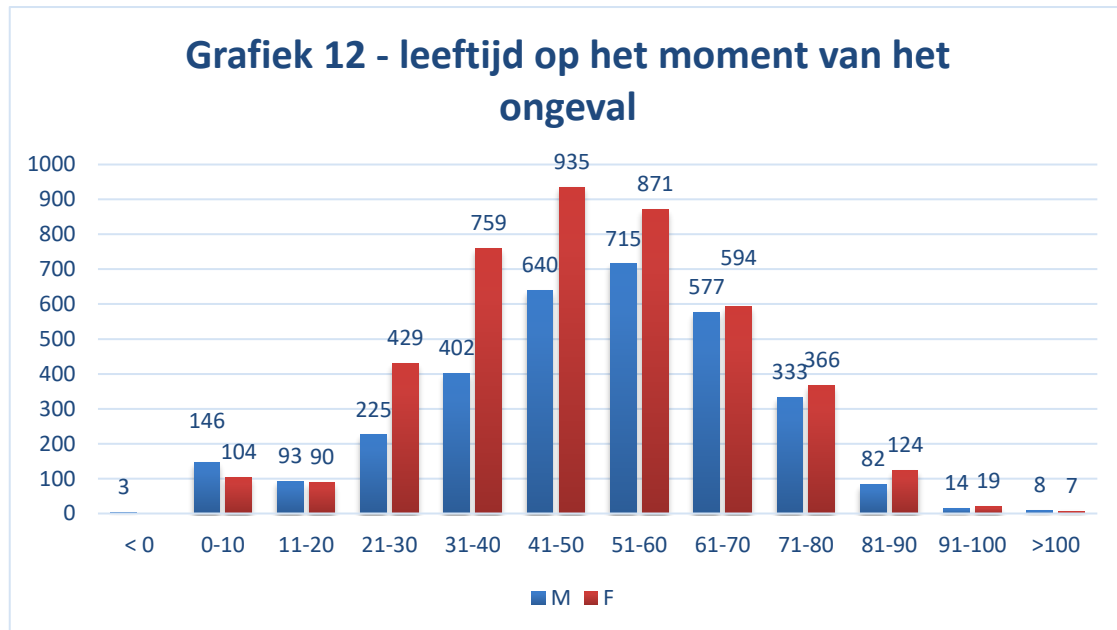
Tabel 13 - Plaats van ongeval na medische codering en eindadvies		
	Aantal	%
Ziekenhuis (ook Mil.hosp)	3.367	86%
Niet Ziekenhuis	428	11%
Andere ¹²	112	3%
TOTAAL	3.902	
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen		



¹² Restcategorie : geen duidelijkheid of niet-gecodeerd (leeg)

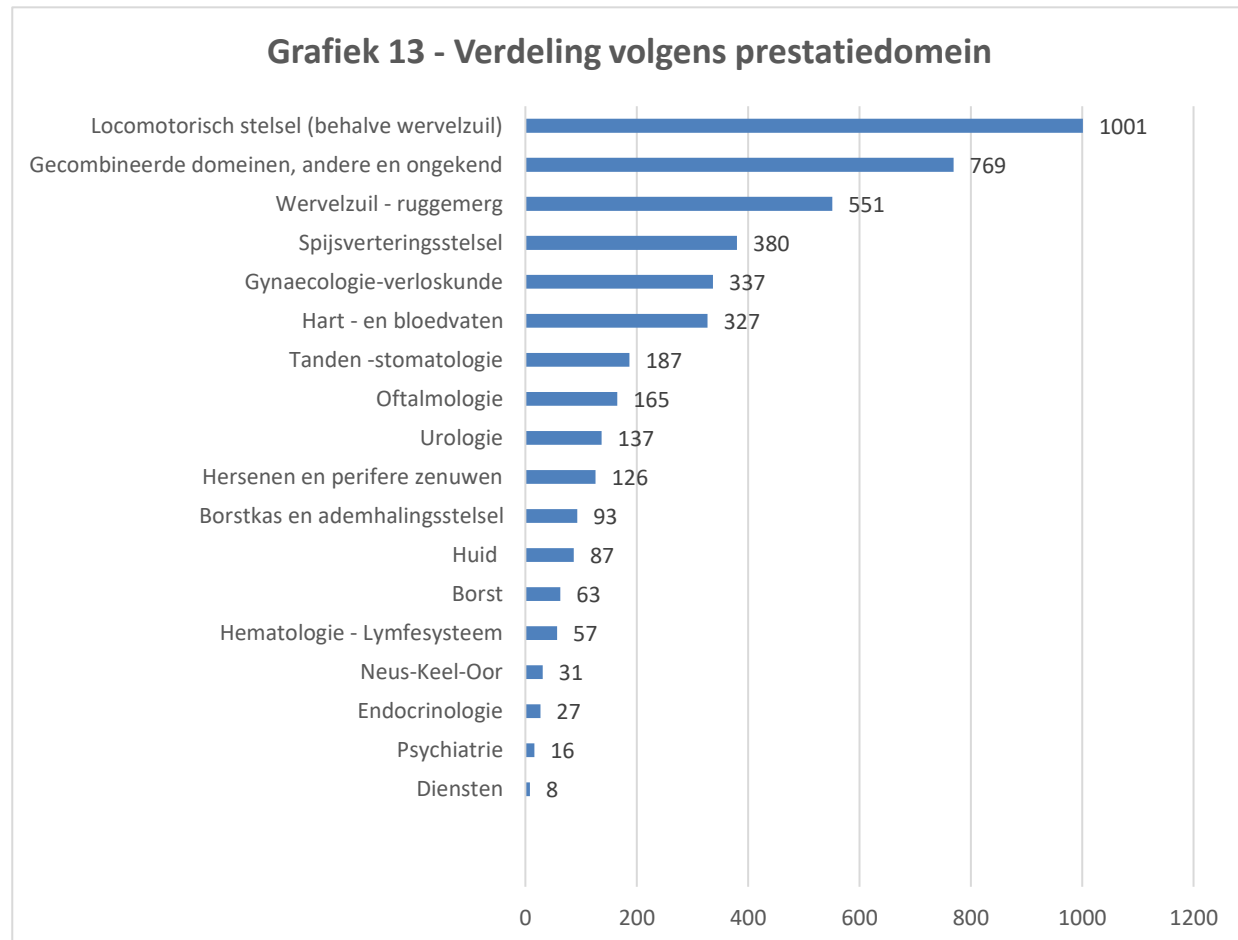
b. Verdeling volgens leeftijd en geslacht

Grafiek 12 toont de verdeling volgens leeftijd en geslacht van slachtoffers op het moment van het medisch ongeval.



c. Prestatiedomeinen

Grafiek 13 toont de verdeling van de medische verstrekkingen over de verschillende domeinen die aan de basis liggen van het medisch ongeval (gebaseerd op de internationale ICHI¹³-classificatie, met hergroepering voor deze grafiek).



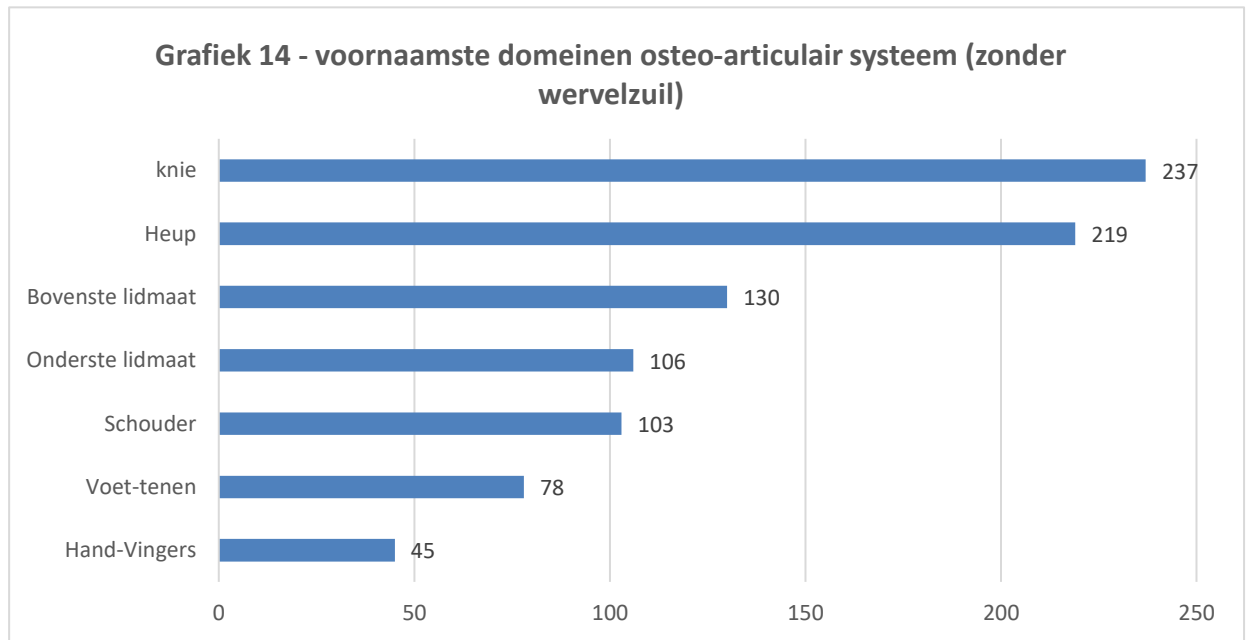
Het grootste aantal dossiers betreffen prestaties uitgevoerd ter hoogte van het locomotorisch of osteo-articulair stelsel met uitsluiting van de wervelzuil (31,35 %), de wervelzuil (17,26%), het spijsverteringsstelsel (11,90%), hart- en bloedvaten (10,24%) en gynaecologie -verloskunde (10,55 %). Dit stemt overeen met de vaststellingen van de voorgaande jaren. Een belangrijke restgroep bestaat uit niet specifiek codeerbare domeinen of combinaties van domeinen.

Onder "diensten" valt de kwaliteit van toerusting of orthesen zoals brillen en heeft ook betrekking op diensten zoals verpleegkundig toezicht en vervoer.

¹³ International Classification of Health Intervention

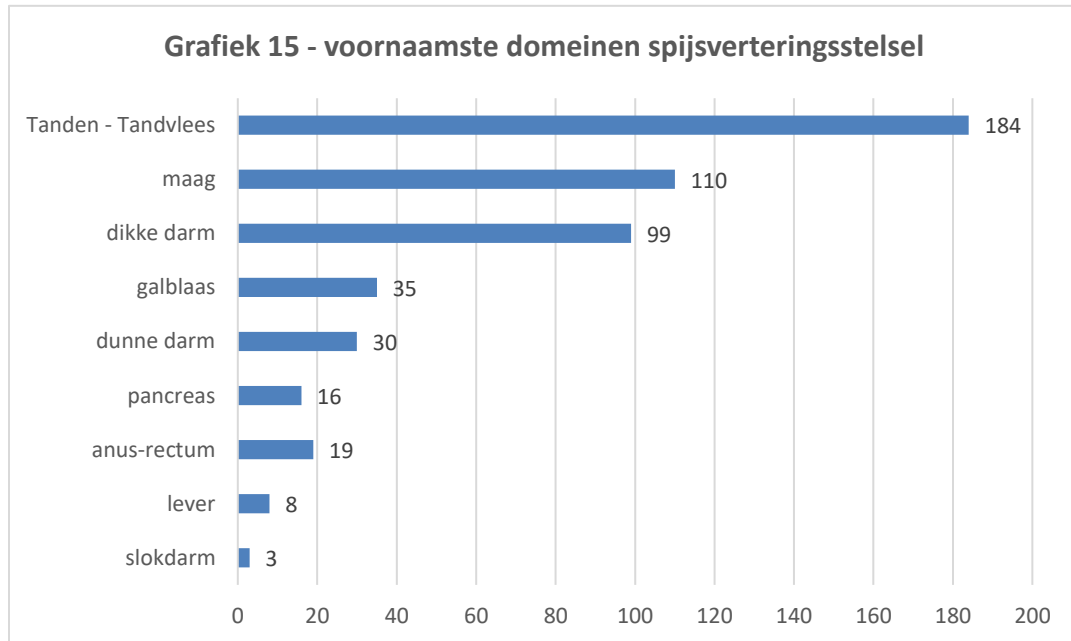
ORTHOPEDISCHE INGREPEN

Grafiek 14 specificeert de belangrijkste anatomische zones van het osteoarticulair systeem die in het kader van een medisch ongeval het vaakst worden gerapporteerd. Knie- en heup zijn duidelijk de meest voorkomende anatomische zones van zorgverstrekking binnen de orthopedie.



INGREPEN IN VERBAND MET HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

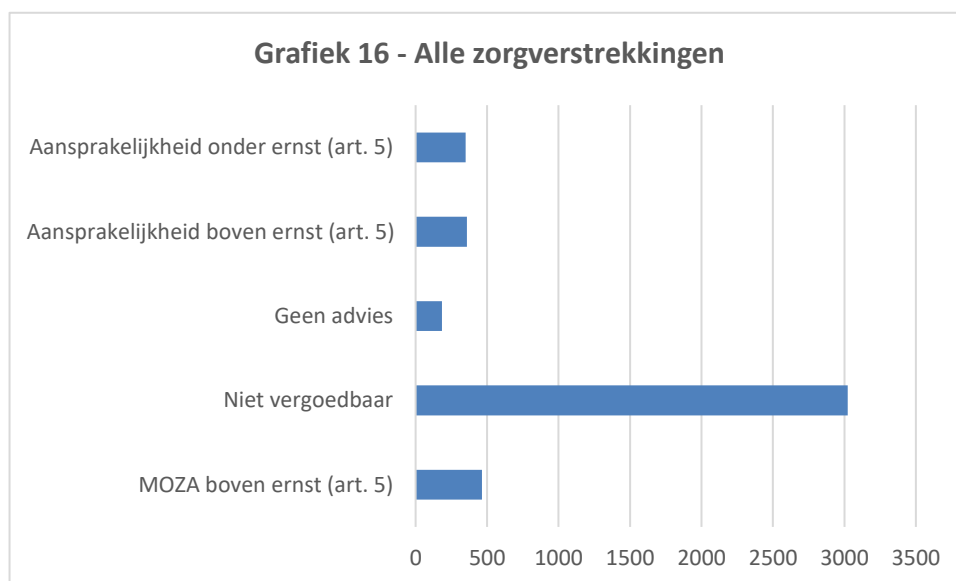
Grafiek 15 specificeert de anatomische zones van het spijsverteringsstelsel die in het kader van een medisch ongeval het vaakst worden gerapporteerd. De tandheelkundige dossiers staan bovenaan, maar daarin wordt uiterst zelden het ernstcriterium bereikt.



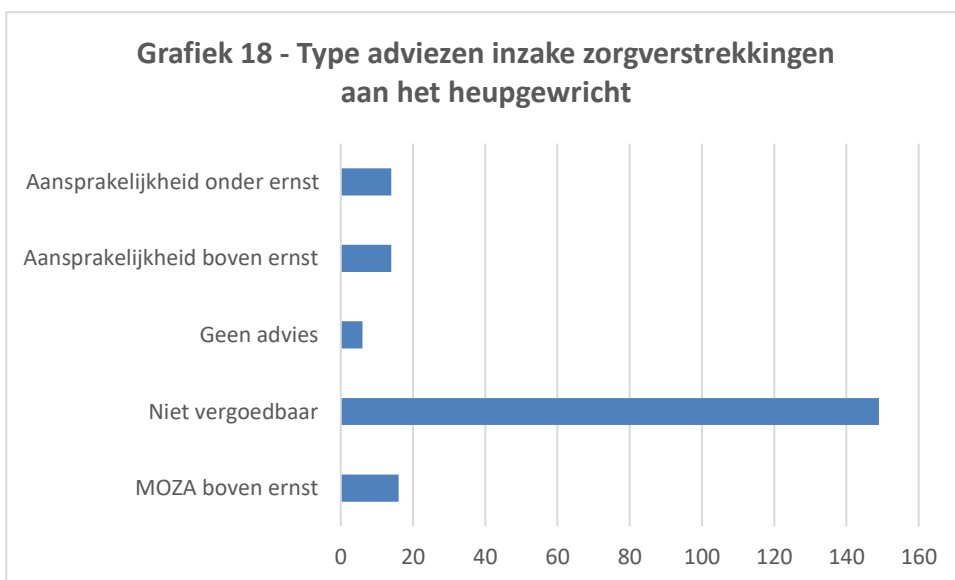
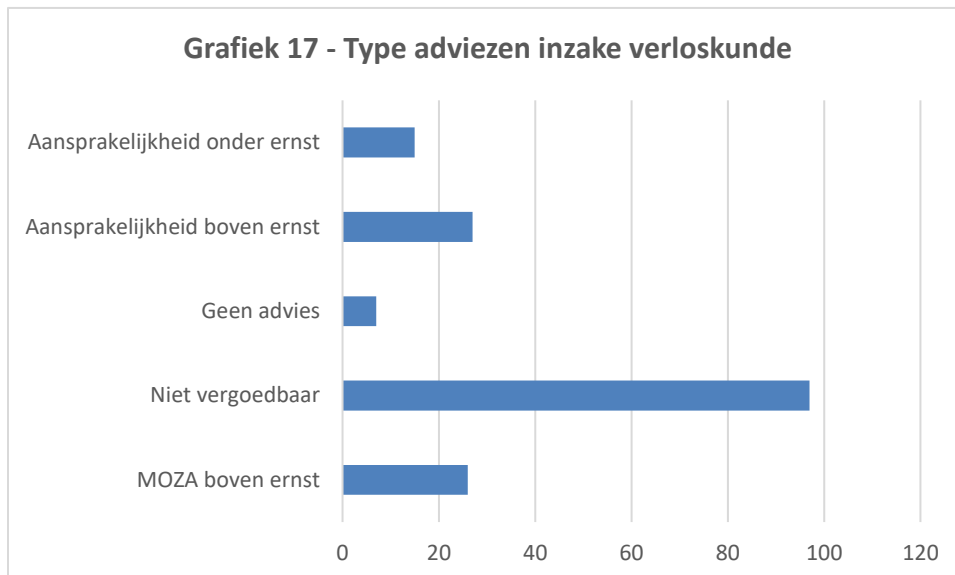
d. Soorten adviezen in het algemeen en met betrekking tot bepaalde types van verstrekkingen

Volgende grafieken splitsen de dossiers medische ongevallen op in functie van het type advies dat we hebben gegeven sinds de oprichting van het Fonds. Grafieken 17 en volgende analyseren elk de uitgevoerde prestaties op een specifieke anatomische zone.

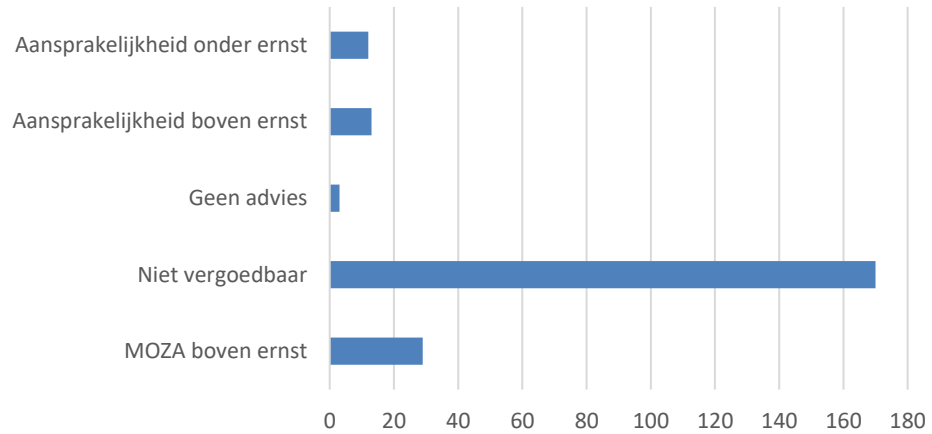
ALLE ZORGVERSTREKKINGEN



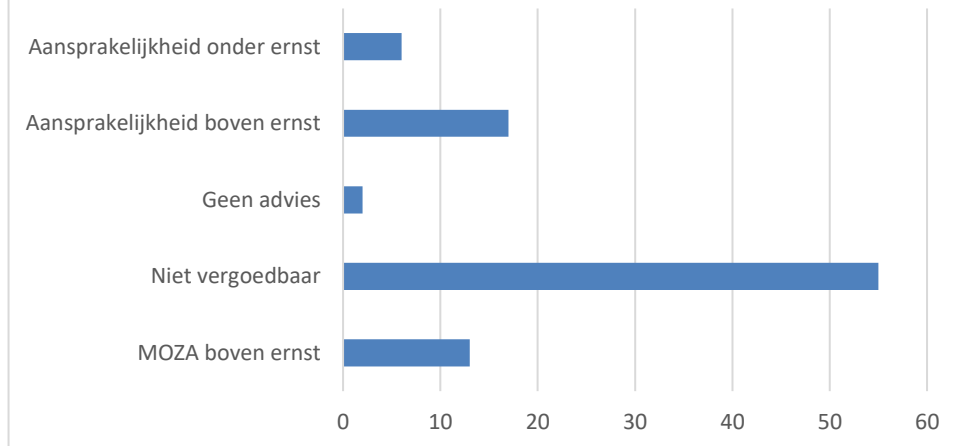
SOORTEN ADVIEZEN VOOR BEPAALDE TYPES VAN ZORGVERSTREKKINGEN



Grafiek 19 - Type adviezen inzake zorgverstrekingen aan de knie

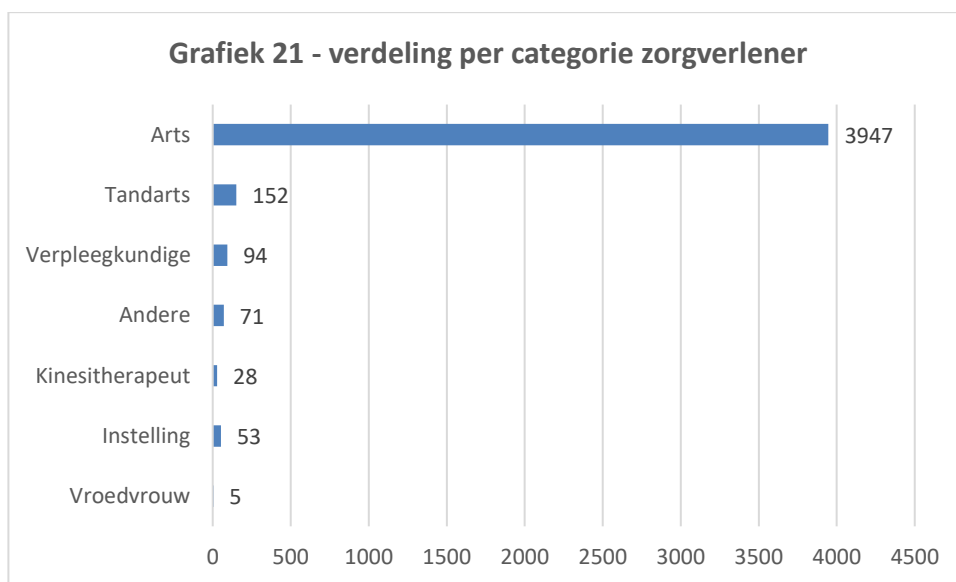


Grafiek 20 - Type adviezen inzake zorgverstrekingen aan de maag

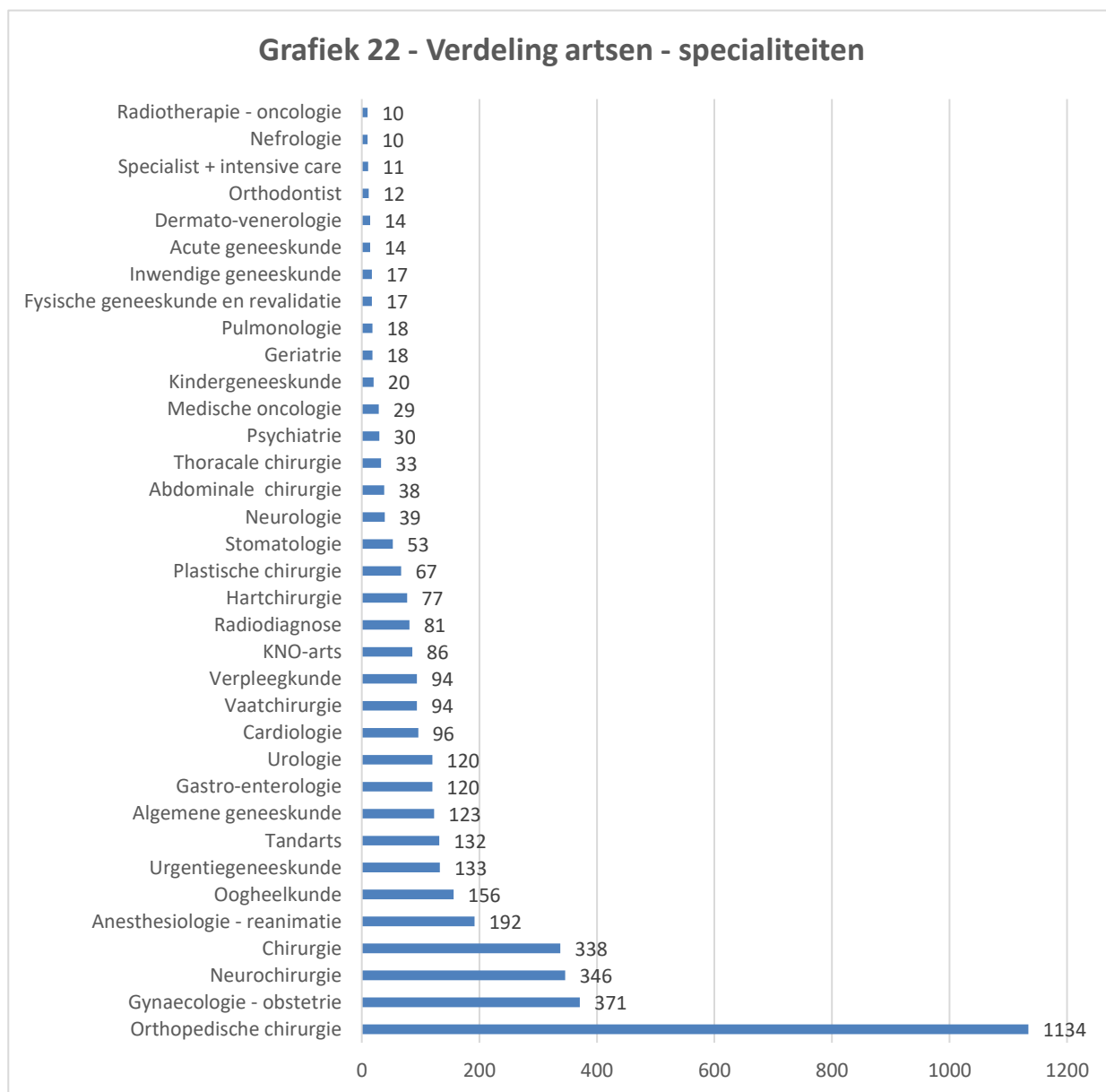


e. Type zorgverleners

Grafiek 21 splitst de dossiers medische ongevallen op volgens de betrokken categorie zorgverleners.



Grafiek 22 splitst de dossiers medische ongevallen op volgens specialisme binnen de betrokken categorie "Artsen".



III. Juridische activiteiten, opvolging en statistieken

GESCHILLEN

1. Algemeen

De juristen gebruiken EUNOM-E, het gemeenschappelijk geschillenplatform van het RIZIV, om dossiers te beheren waarvoor een juridisch geschil loopt. De cijfers die we op basis hiervan geven in onderstaande tabellen kunnen afwijken van de cijfers in het vorig jaarverslag wegens correcties of herberekening.

2. Categorieën

Het Fonds kan in eerste instantie optreden **als eiser** in het kader van een subrogatievordering¹⁴ met het oog op het terugvorderen van de uitbetaalde vergoeding, meestal vergoed krachtens artikel 4,3¹⁵, maar mogelijks ook op basis van artikel 4,2¹⁶ of artikel 4,4¹⁷ van de wet medische ongevallen.

Het Fonds kan vervolgens ook optreden als verwerende partij (geïntimeerde) in de beroepsfase in geval van een ongunstig vonnis voor de verzekeraar na een subrogatievordering of als eisende partij (appellant) na een ongunstig vonnis voor het Fonds.

Het Fonds kan ook optreden **als verweerder** bij een betwisting over het advies. Dit gebeurt wanneer het Fonds heeft besloten dat er geen sprake is van een aansprakelijkheid, of van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en er dus geen aanleiding is tot vergoeding. De aanvrager kan dan krachtens artikel 23,§2 van de wet medische ongevallen een vordering instellen tegen het Fonds om de vergoeding te krijgen waarop hij recht meent te hebben.

Het Fonds kan vervolgens optreden als appellant in het kader van een beroepsprocedure die het instelt tegen een voor het Fonds ongunstig vonnis, of als geïntimeerde wanneer het beroep wordt ingesteld door het slachtoffer, voor wie het vonnis ongunstig is.

Bij een ongunstig arrest is er in alle gevallen nog cassatieberoep mogelijk, maar dit is eerder uitzonderlijk.

Tenslotte kan de aanvrager het voorstel tot vergoeding vanwege het Fonds **betwisten** op grond van artikel 27 van de wet medische ongevallen. De afgelopen vijf jaar betreft het een twintigtal dossiers.

¹⁴ Art. 28 van de wet medische ongevallen

¹⁵ Betwisting van aansprakelijkheid van de zorgverlener.

¹⁶ Aansprakelijkheid van de van de zorgverlener wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt.

¹⁷ De verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt doet een voorstel tot vergoeding dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

a. *Opgestarte geschillen jaar na jaar*

Tabel 14 - Opgestarte geschillen met het Fonds als eiser of verweerder en per type rechtbank																	
Jaar dat het geschil is opgestart	Procedures ingeleid door het Fonds in eerste aanleg		Procedures ingeleid door het Fonds in graad van beroep			Procedures ingeleid door het Fonds - Hof van Cassatie			Procedures ingeleid tegen het Fonds in eerste aanleg			Procedures ingeleid tegen het Fonds in graad van beroep			Procedures ingeleid tegen het Fonds - Hof van Cassatie		To-taal
	Fonds als eiser								Fonds als verweerder								
	NL	FR	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	
2021	12	16	5	1					23	12	1	8	4				82
2022	4	16	6						20	18	1	4				1	70
2023	11	27	1	2					18	16		7	1				83
2024	11	22	3	5	1				32	23	1	9	6				113
2025	5	17	3	5				1	17	27	1	14	8				98
Bron : Fonds voor de Medische Ongevallen																	

In tabel 14 zien we dat het Fonds in 2025 31 procedures heeft ingeleid bij de Nederlandstalige en Franstalige rechtbanken. Van de 31 procedures met het Fonds als eiser zijn er in 2025 22 ingeleid in eerste aanleg, 8 procedures in hoger beroep en 1 in cassatie.

“Het Fonds als eiser in eerste aanleg” zijn meestal terugvorderingsprocedures om de uitbetaalde vergoedingen terug te vorderen bij de zorgverlener en zijn verzekeraar die in het advies van het Fonds aansprakelijk werd geacht. “Het Fonds als eiser in hoger beroep of cassatieberoep” betreft zowel een door het Fonds initieel ingeleide procedure als een door het slachtoffer initieel ingeleide procedure.

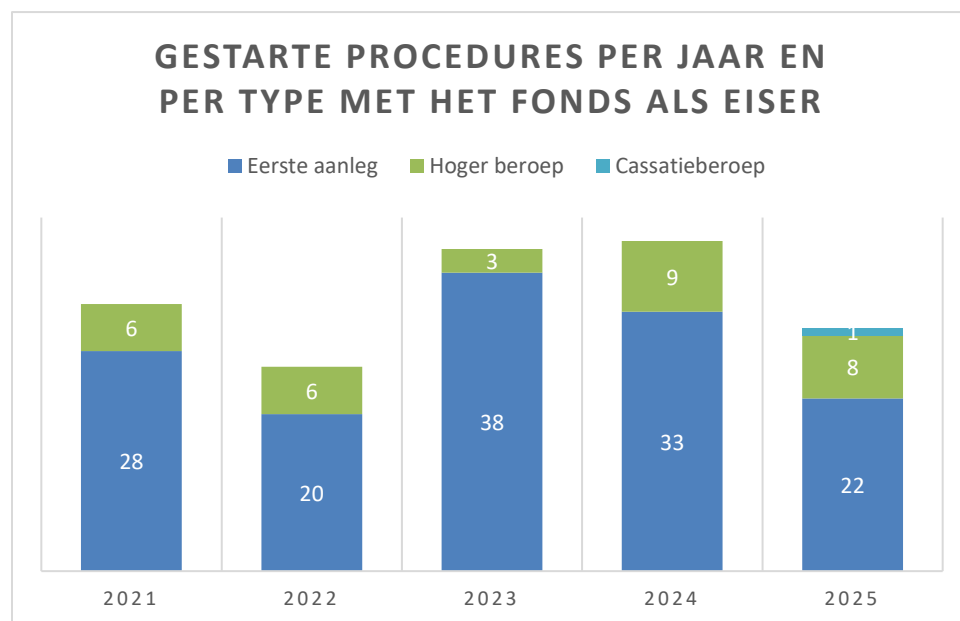
Daarnaast zien we in dezelfde tabel het aantal procedures ingeleid tegen het Fonds, met het Fonds als verweerder. In 2025 werd het Fonds in 45 procedures gedagvaard op grond van artikel 23, § 2 van de wet na een advies verleend door het Fonds waarin het de betaling van een vergoeding weigert. In 22 gevallen is er een procedure in graad van beroep ingeleid tegen het Fonds.

“Het Fonds als verweerder in hoger beroep of cassatieberoep” betreft vorderingen die worden ingesteld tegen een vonnis of arrest ten gunste van het Fonds, een beslissing uitgesproken in het kader van de uitoefening van zijn terugvorderingsrecht tegen de verzekeraar of in het kader van een betwisting van een advies waarin de betaling van een schadevergoeding wordt geweigerd.

Evolutie van het aantal opgestarte geschillen jaar na jaar met het Fonds als eiser

Volgende grafiek illustreert de evolutie van de geschillen ingeleid door het Fonds per type rechtbank.

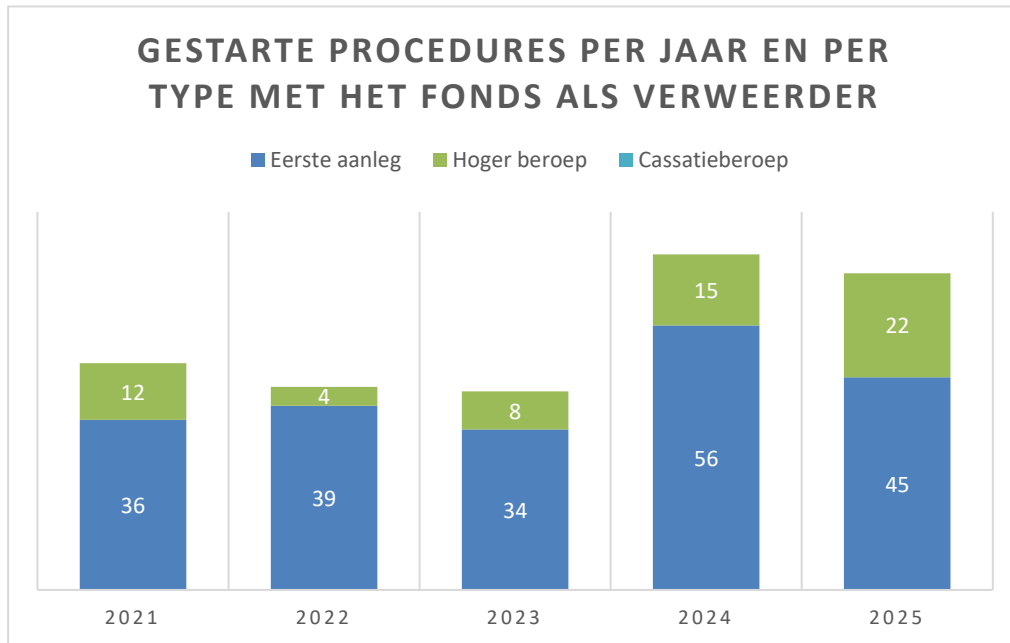
Grafiek 23



Evolutie van het aantal opgestarte geschillen jaar na jaar met het Fonds als verweerder

Grafiek 24 illustreert de evolutie van het aantal ingeleide geschillen tegen het Fonds per type rechtbank.

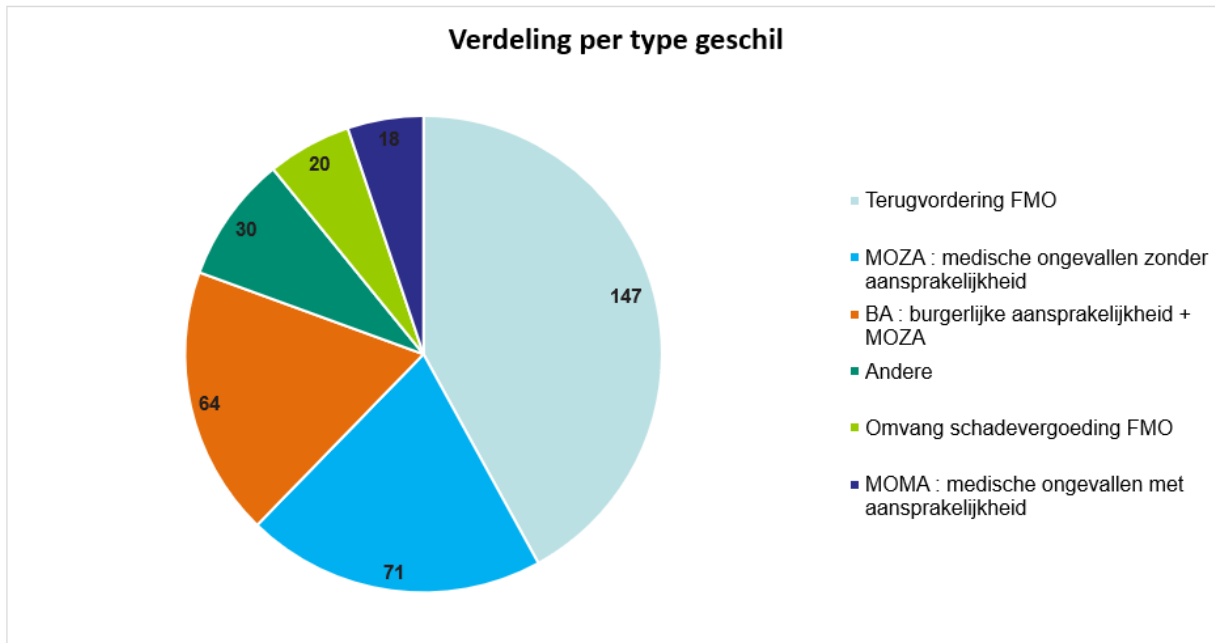
Grafiek 24



Grafische weergave van het type geschil of reden geschil

Grafiek 25 geeft een globaal beeld weer van de reden of het onderwerp van het geschil van de laatste 5 jaar.

Grafiek 25¹⁸



¹⁸ Het aandeel “andere” in grafiek 25 heeft bijvoorbeeld betrekking op geschillen inzake de ernst. Met betrekking tot een 18-tal dossiers is het type geschil in deze grafiek niet opgenomen.

b. Resultaat van de procedures

Tabel 15 – Aantal beslissingen jaar na jaar en het resultaat van deze beslissingen														
Jaar van de uitspraak		Resultaat van procedures ingeleid <u>door</u> het Fonds in eerste aanleg		Resultaat van procedures ingeleid <u>door</u> het Fonds in graad van beroep		Resultaat van procedures ingeleid <u>door</u> het Fonds bij het Hof van Cassatie		Resultaat van procedures ingeleid <u>tegen</u> het Fonds in eerste aanleg		Resultaat van procedures ingeleid <u>tegen</u> het Fonds in graad van beroep		Resultaat van procedures ingeleid <u>tegen</u> het Fonds - Hof van Cassatie		Totaal aantal beslissing en per jaar
		Fonds als eiser						Fonds als verweerder						
FMO		Voor-deel	Na-deel	Voor-deel	Na-deel	Voor-deel	Na-deel	Voor-deel	Na-deel	Voor-deel	Na-deel	Voor-deel	Na-deel	
2021	NL	3							3		1			7
	FR		1					1			1			3
2022	NL	3	6					5	4	2	1			21
	FR	1		2				5		1				9
2023	NL	3	4	1				8	4	1	1			22
	FR	4	3					3						10
2024	NL		2		1			5	2					10
	FR	3	2	2	1			4	3		1			16
2025	NL	8	1	1				17	1	1				29
	FR	5	6					1	5	2	2			21
	D				1									1
Bron : Fonds voor de Medische Ongevallen														

In tabel 15 zien we het aantal beslissingen en het resultaat (in het voordeel of nadeel van het Fonds) in eerste aanleg, in graad van beroep en in cassatieberoep met het Fonds als eiser en daarnaast met het Fonds als verweerder.¹⁹ Onderstaande grafieken illustreren de evolutie van deze resultaten.

Toelichtende nota bij de cijfers “voordeel/ nadeel” inzake de geschillen van het Fonds

De cijfers met betrekking tot de geschillen die door het Fonds als “voordeel” of “nadeel” worden gekwalificeerd, moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

De momenteel gehanteerde definities laten immers niet altijd toe om rechterlijke beslissingen met voldoende zekerheid in de ene dan wel de andere categorie onder te brengen. In de praktijk vertonen bepaalde geschillen immers een genuanceerde uitkomst die zich niet laat vatten in een louter binaire benadering.

Zo betekent het feit dat het Fonds in dossiers betreffende beroepen inzake de vergoedingsbedragen wordt veroordeeld, geenszins automatisch dat het Fonds de procedure heeft verloren. Het komt voor dat de veroordeling betrekking heeft op een bedrag dat lager ligt dan het bedrag dat het Fonds aanvankelijk had voorgesteld, waardoor een vereenvoudigde kwalificatie geen recht doet aan de juridische en financiële realiteit van het dossier.

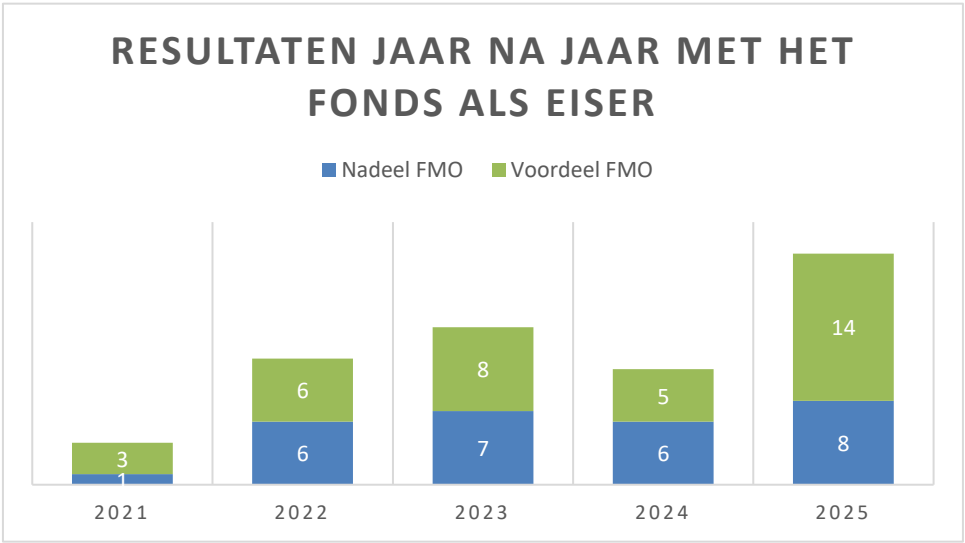
Deze methodologische beperkingen zijn gekend en maken duidelijk dat een grondige reflectie nodig is over de structurering, de kwalificatie en de relevantie van de beschikbare geschillendata. In het kader van de uitbouw van het Datawarehouse van het Fonds en met de aanwerving in 2026 van een

¹⁹ Het aandeel “andere” is niet opgenomen in tabel 15, aangezien het over het algemeen niets zegt over het eindresultaat van het geschil. Het heeft veelal betrekking op het aanstellen van een gerechtelijk deskundige, maar ook, weliswaar in veel mindere mate, op de bevoegdheid van de rechter. In enkele gevallen zien we ook een gemengd vonnis of arrest (deels gegrond/deels ongegrond).

data-analist, zal een doorgedreven analyse worden uitgevoerd om de definities te verfijnen, de datakwaliteit te verbeteren en op termijn een meer pertinente en realiteitsgetrouwe lezing van de procesresultaten van het Fonds mogelijk te maken.

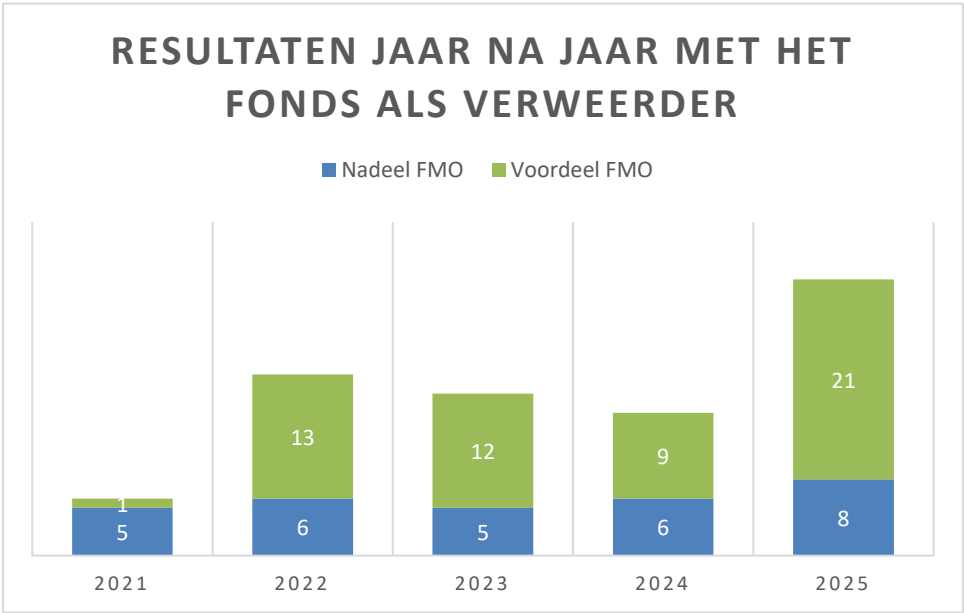
Evolutie van de resultaten (voordeel/nadeel) jaar na jaar met het Fonds als eiser

Grafiek 26



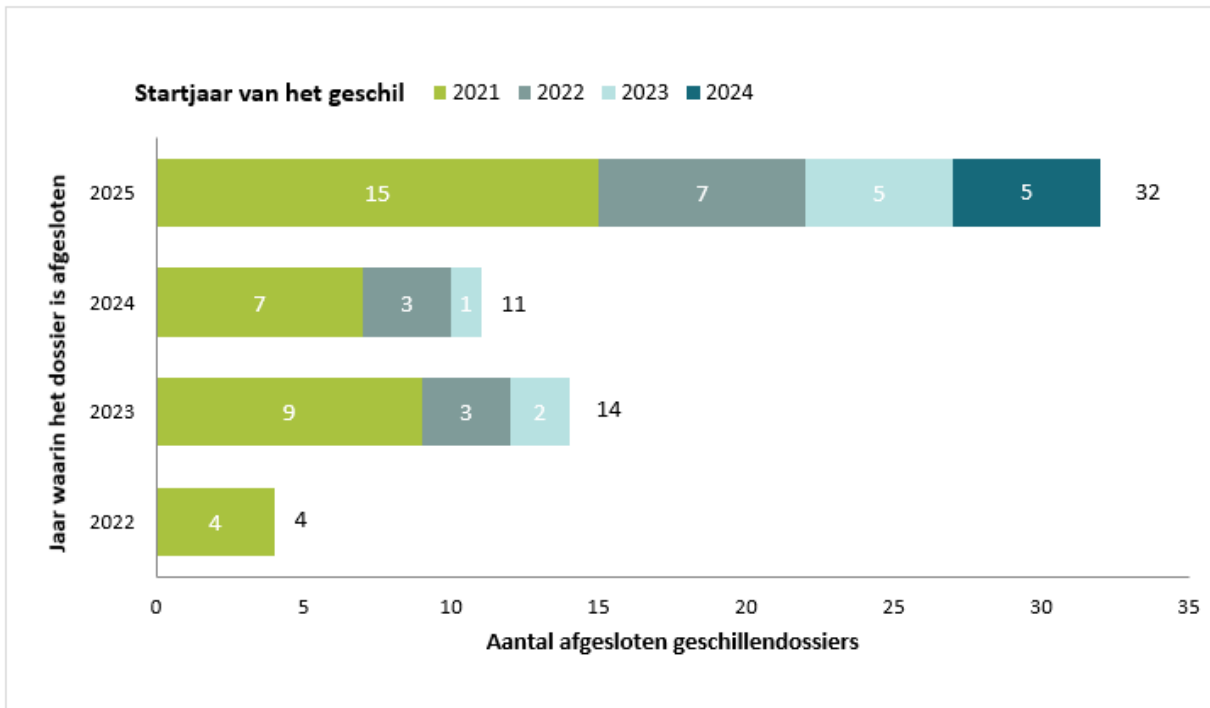
Evolutie van de resultaten (voordeel/nadeel) jaar na jaar met het Fonds als verweerder

Grafiek 27



Evolutie van het aantal afgesloten geschillendossiers jaar na jaar

Grafiek 28



Grafiek 28 geeft de evolutie weer van het aantal afgesloten geschillendossiers. In de grafiek ziet u zowel het startjaar van het geschil, als het jaar waarin het dossier is afgesloten.

Een afgesloten dossier wil niet per se zeggen dat er een beslissing van de rechtbank beschikbaar is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er gaandeweg door één van de partijen afgezien wordt van de procedure, waardoor het dossier de status “afgesloten” krijgt.

In één dossier kunnen zich ook meerdere procedures hebben voorgedaan.

In onderstaande tabel zien we het aantal opgestarte en nog lopende dossiers per opstartjaar.

Tabel 16 – Aantal opgestarte en nog lopende geschillendossiers per opstartjaar		
Opstartjaar	Opgestarte dossiers	Lopende dossiers
2021	66	31
2022	59	46
2023	74	66
2024	91	86
2025	73	73
Bron : Fonds voor de medische ongevallen		

Deel 4

Financieel beheer en omkadering

Na de bespreking van de statistieken met betrekking tot de “opdrachten” van het Fonds, analyseren we nu het budget en de realisaties voor het jaar 2025 met betrekking tot de verschillende opdrachten van het FMO.

Dit vierde deel is dan ook gewijd aan de financiële informatie met betrekking tot het dienstjaar 2025. De analyse wordt opgesplitst in twee luiken: enerzijds de opdrachten van het Fonds (vergoedingen) en anderzijds de werkingsuitgaven van het Fonds (beheersbudget). In tegenstelling tot de voorgaande boekjaren beperkt de analyse zich uitsluitend tot de vergelijking tussen de begroting 2025 en de realisaties van datzelfde jaar, om de leesbaarheid te bevorderen.

Naast de cijfers met betrekking tot de vergoedingen zullen wij ook de financiële statistieken bespreken die verband houden met de expertises die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van het Fonds, ongeacht of het gaat om eenzijdige expertises, tegensprekelijke expertises of adviesaanvragen bij advocaten en gespecialiseerde deskundigen.

Tot slot zullen wij ook de gegevens met betrekking tot de geschillen behandelen, met inbegrip van de betaling van advocaten in het kader van juridische procedures die door het Fonds worden gevoerd, evenals de ontvangen inkomsten.

I. Vergelijking begroting en realisaties 2025

Met betrekking tot het referentiejaar van dit rapport, is het interessant om de begroting te vergelijken met de realisaties om inzicht te krijgen in de bestedingsgraad van de begroting. Daarom bevat de onderstaande tabel de gegevens met betrekking tot de begroting en de realisaties 2025.

Tabel 17 – Begroting en realisaties 2025				
Rubriek	Begroting 2025	Realisaties 2025	Verschil	Benuttingsgraad
Opdrachten				
Geschillen	2.200.000 €	2.027.687 €	172.313 €	92,17%
Erelonen, andere dan geschillen	300.000 €	267.037 €	32.963 €	89,01%
Vergoedingen	29.480.000 €	29.009.170 €	470.830 €	98,40%
Catastrofale schadegevallen	5.000.000 €	1.256.425 €	3.743.575 €	25,13%
Tegensprekelijke expertises	2.520.000 €	2.085.216 €	434.784 €	82,75%
TOTAAL Opdrachten	39.500.000 €	34.645.534 €	4.854.466 €	87,71%
Beheer				
Personeelskosten	6.399.396 €	6.227.830 €	171.566 €	97,32%
Gewone werkingskosten	459.346 €	409.215 €	50.131 €	89,09%
Roerende investeringen	2.490 €	0 €	2.490 €	00,00%
Werkingskosten Informatica	1.504.138 €	1.465.554 €	38.584 €	97,43%
Investeringen Informatica	255.598 €	255.598 €	0 €	100,00%
Belastingen en geschillen	32.225 €	19.685 €	12.540 €	61,09%
TOTAAL Beheer	8.653.192 €	8.377.881 €	275.312 €	96,82%
GBAAL TOTAAL	48.153.192 €	43.023.415 €	5.129.778 €	89,35%

De eerste vaststelling die uit deze tabel kan worden gedaan, is dat het globale budget van het FMO voor 2025 voor **89%** werd benut, wat betekent dat de gerealiseerde uitgaven ongeveer 89% van het toegekende budget vertegenwoordigen. Concreet komt dit neer op uitgaven ten belope van 43.023.415 € op een totaalbudget van 48.153.192 €, wat resulteert in een globale onderbenutting van ongeveer **11%** van het budget. Deze benuttingsgraad ligt lager dan die van het vorige jaar, wat voornamelijk kan worden verklaard door de onderbenutting van bepaalde budgetposten die verband houden met de opdrachten van het Fonds. De daling van de globale benuttingsgraad ten opzichte van 2024 is te verklaren door een lager gebruik van het opdrachtenbudget. Deze daling houdt voornamelijk verband met de post “catastrofale schadegevallen”.

Bij een meer gedetailleerde analyse van de opdrachten blijkt dat deze voor **88%** van het voorziene budget werden uitgevoerd. De klassieke schadevergoedingen vertegenwoordigen, zoals in voorgaande jaren, het grootste deel van de uitgaven, met een bijzonder hoge uitvoeringsgraad van **98%** van het budget.

Daarentegen vertoont de post met betrekking tot catastrofale schadegevallen een lage benuttingsgraad van 25%. Zo werd slechts 1.256.425 € uitgegeven op een voorzien budget van 5.000.000 €. Ter herinnering: catastrofale schadegevallen betreffen vergoedingen van meer dan 1.000.000 € en zijn van nature moeilijk voorspelbaar. Het uitblijven van grote uitgaven in deze categorie verklaart in belangrijke mate de waargenomen afwijking tussen het budget en de globale realisaties van de opdrachten.

De andere posten met betrekking tot de opdrachten vertonen de volgende uitvoeringsgraden:

- Geschillen: 92% van het budget
- Erelonen andere dan geschillen: 89% van het budget
- Tegensprekelijke expertises: 83% van het budget

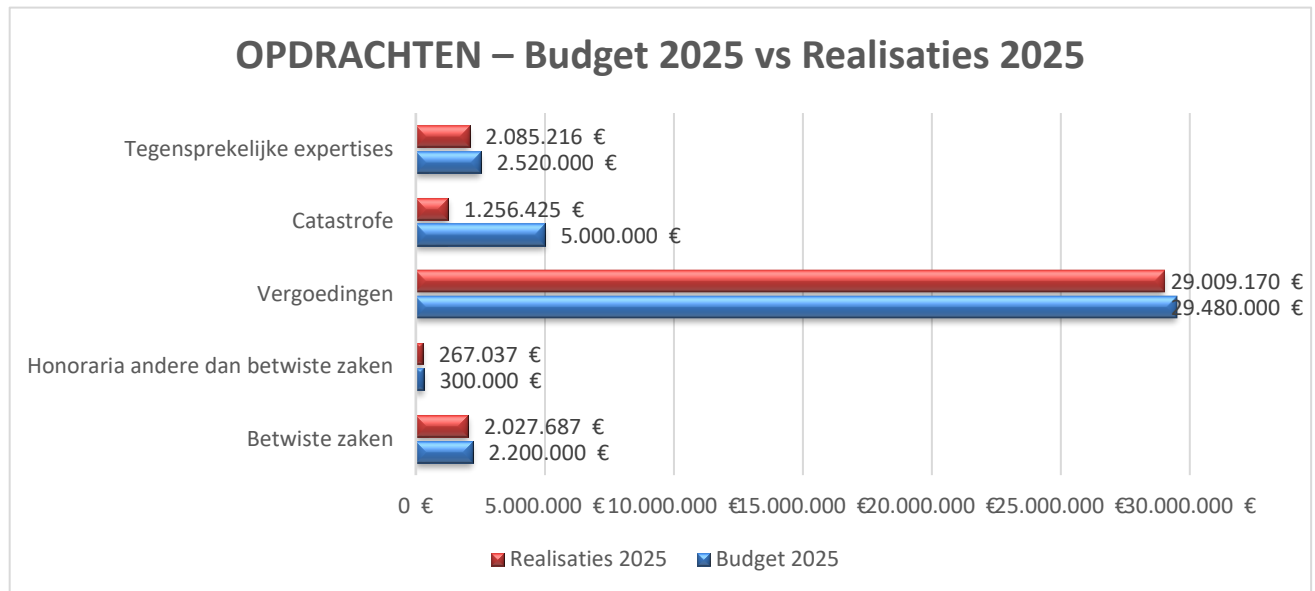
Deze resultaten wijzen op een globaal coherente aanwending van de middelen die aan de operationele activiteiten van het Fonds zijn toegewezen.

Wat het beheersbudget betreft, werd dit benut ten belope van 97% van het totale budget, wat een stijging betekent ten opzichte van 2024 (ongeveer 92%). De personeelsuitgaven vormen het grootste aandeel van dit budget, met een uitvoeringsgraad van 97%. De uitgaven voor IT-werking vertonen eveneens een hoge uitvoeringsgraad van 97%, terwijl de IT-investeringen volledig werden gerealiseerd (100%).

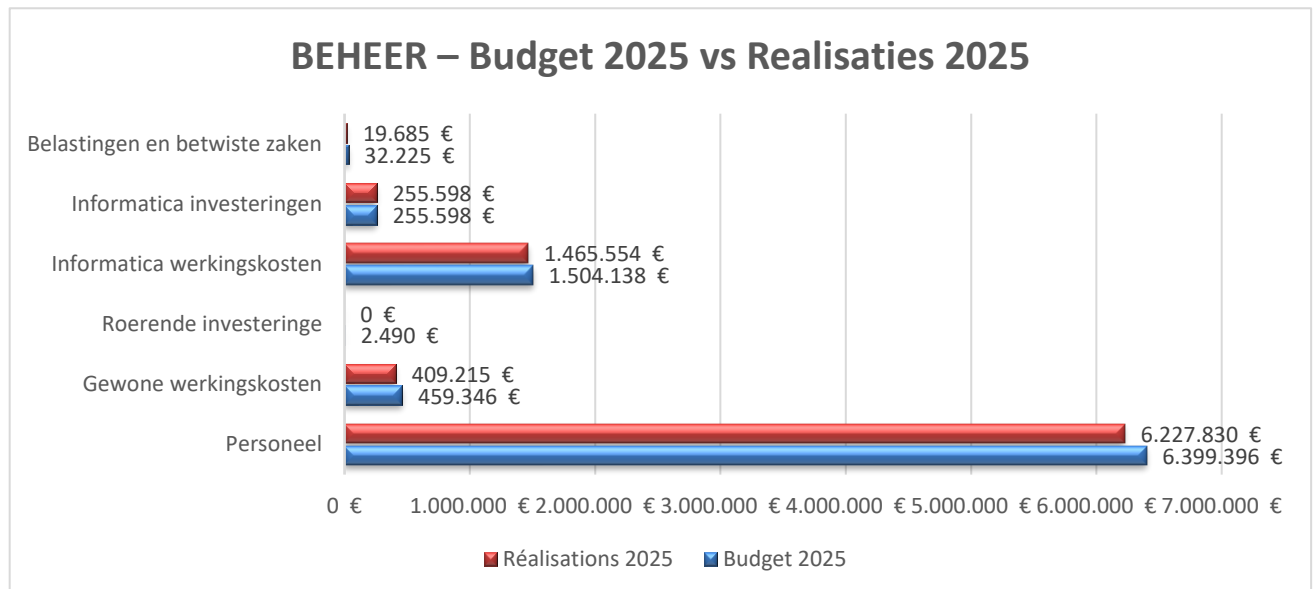
Daarentegen blijven bepaalde categorieën onderbenut, in het bijzonder de materiële investeringen en de posten belastingen en geschillen.

De onderstaande grafieken geven een beter visueel overzicht van deze vaststellingen.

Grafiek 29



Grafiek 30



II. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

In dit deel worden de statistieken en informatie weergegeven met betrekking tot de kosten van de expertises en de schadevergoedingen.

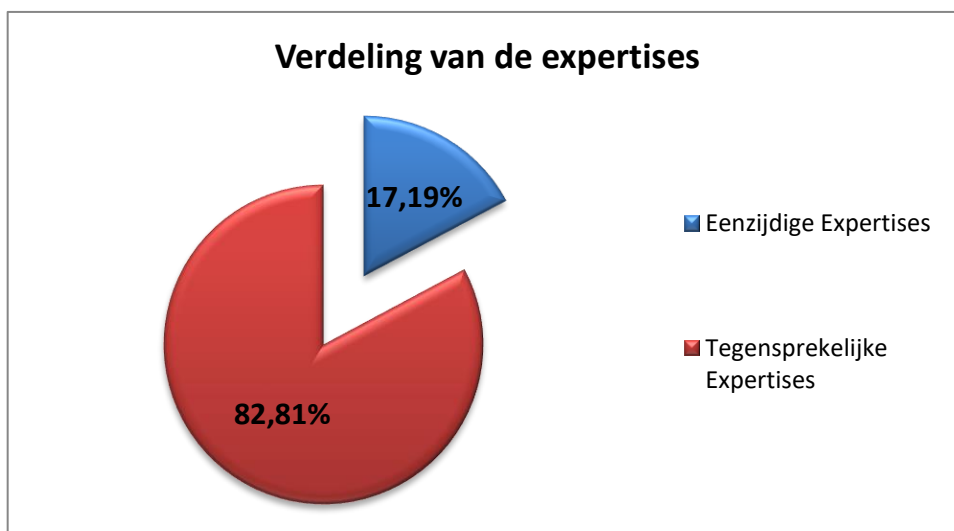
De onderstaande statistieken hebben voornamelijk betrekking op de kosten van de expertises, evenals op de verdeling van de uitgaven tussen de eenzijdige expertises, de adviesaanvragen bij advocaten (met name voor de herlezing van vergoedingsvoorstellen en het opstellen van juridische adviezen) en de tegensprekelijke expertises.

Tabel 18 – Kosten van de expertises en vergoedingen

Type	Aantal gefactureerde expertises / uitbetaalde vergoedingen	Totaalbedrag	Gemiddeld bedrag
EXPERTISES	634	2.291.736,59 €	3.614,73 €
Eenzijdige expertises	109	206.520,44 €	1.894,68 €
Tegensprekelijke expertises	525	2.085.216,15 €	3.971,84 €
ADVOCATENKOSTEN	868	2.088.202,68 €	2.405,76 €
Adviesaanvragen	21	60.516,16 €	2.881,72 €
Geschillen	847	2.027.686,52 €	2.393,96 €
Vergoedingen (Kapitaal)	216	28.797.117,68 €	133.319,99 €
Vergoedingen (Catastrofale schadegevallen)	1	1.256.424,71 €	1.256.424,71 €
Vergoedingen (Renten)	91	212.052,07 €	2.330,24 €
TOTAAL	1.810	34.645.533,73 €	-

De tegensprekelijke expertises blijven veruit talrijker dan de eenzijdige expertises. Zij vertegenwoordigen namelijk ongeveer 83% van alle expertises, tegenover 17% voor de eenzijdige expertises (zie onderstaande grafiek). Deze verdeling ligt in lijn met die van de voorgaande jaren.

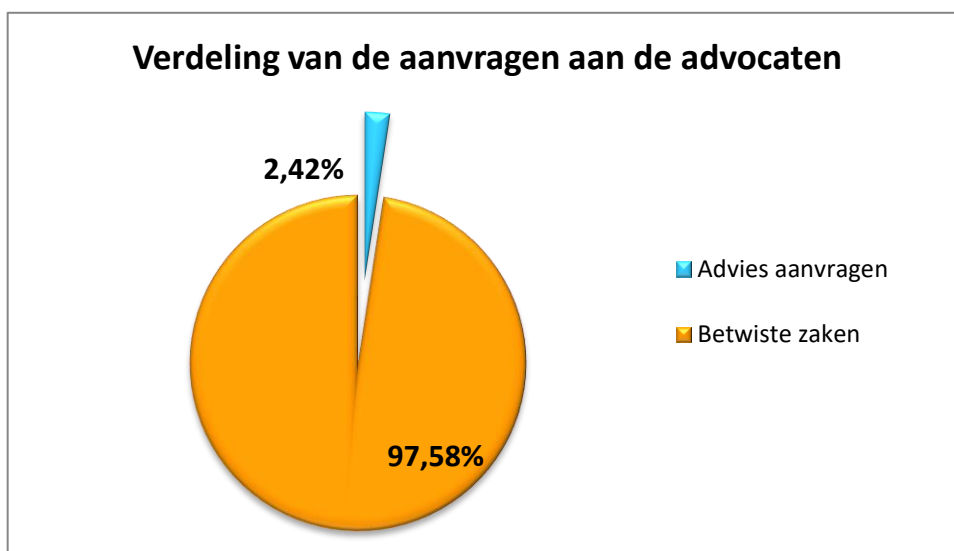
Grafiek 31



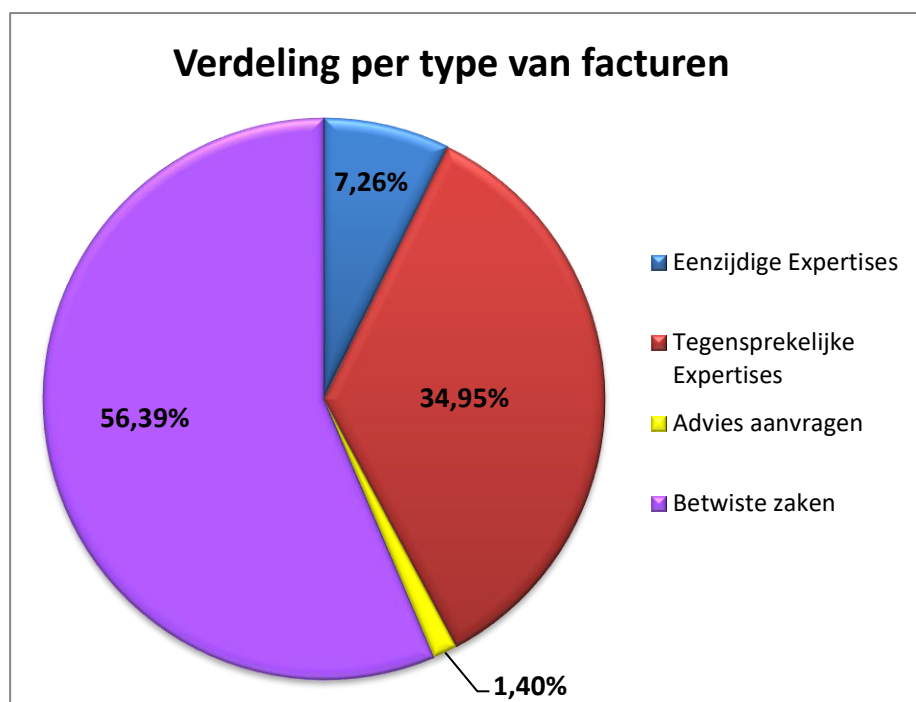
Op het vlak van kosten vertegenwoordigen de tegensprekelijke expertises eveneens het grootste deel van de uitgaven voor expertises, met een totaalbedrag van 2.085.216 €, tegenover 206.520 € voor de eenzijdige expertises. De gemiddelde kost van een tegensprekelijke expertise bedraagt ongeveer 3.972 €, tegenover ongeveer 1.895 € voor een eenzijdige expertise.

Wat de advocatenkosten betreft, stellen wij vast dat bijna 98% van de aanvragen bij advocaten betrekking heeft op de vertegenwoordiging van het Fonds in het kader van gerechtelijke procedures. Dit betekent een stijging van ongeveer 11% ten opzichte van het voorgaande jaar, wat de trend bevestigt die de afgelopen jaren werd waargenomen. Het aantal dossiers dat voor de rechtbank wordt gebracht, neemt immers voortdurend toe, wat zich vertaalt in een toenemende vraag naar juridische bijstand.

Grafiek 32



Grafiek 33



Wanneer we de kostprijs per type expertise analyseren, blijkt dat de tegensprekelijke expertises de hoogste kost vertegenwoordigen, met een gemiddelde van 3.971,84 € per factuur. Dan volgen de adviesaanvragen, met een gemiddelde kostprijs van 2.881,72 € per factuur, de gerechtelijke expertises met een gemiddelde kostprijs van 2.393,96 € per factuur, en ten slotte de eenzijdige expertises met een gemiddelde kostprijs van 1.894,68 € per factuur.

Wat de vergoedingen betreft, vormen deze veruit de belangrijkste uitgavenpost. De kapitaalvergoedingen vertegenwoordigen het grootste deel van de uitbetaalde bedragen, namelijk 28.797.118 €, wat neerkomt op een gemiddeld bedrag van 133.320 € per dossier. De renten blijven veel beperkter, met een totaalbedrag van 212.052 € voor **10 dossiers**, wat een gemiddeld bedrag van 2.330 € per dossier vertegenwoordigt.

Tot slot werd in 2025 één enkel catastrofaal schadegeval geregistreerd, voor een totaalbedrag van 1.256.425 €, wat het uitzonderlijke maar potentieel zeer kostelijke karakter van dergelijke dossiers illustreert.

De eerste onderstaande tabel geeft de jaarlijkse evolutie weer van het bedrag aan schadevergoedingen dat het Fonds gedurende de afgelopen vijf boekjaren heeft uitbetaald, terwijl de tweede tabel een uitsplitsing geeft van de in 2025 uitbetaalde schadevergoedingen volgens hun type.

Tabel 19 – Door het Fonds uitbetaalde schadevergoedingen			
Jaar van betaling	Uitbetaalde schadevergoedingen	Type telling	Aantal dossiers / betalingen
2021	14.114.903,98 €	Dossiers	122
2022	16.385.085,05 €	Dossiers	116
2023	18.572.034,66 €	Dossiers	133
2024	21.609.861,62 €	Dossiers	167
2025	30.265.594,46 €	Dossiers	180

De belangrijkste vaststelling die uit de eerste tabel kan worden afgeleid, is dat de stijgende trend van de uitgekeerde schadevergoedingen zich in 2025 verder doorzet en zelfs versterkt. De door het Fonds uitbetaalde schadevergoedingen bedragen immers meer dan 30 miljoen euro, tegenover 21,6 miljoen euro in 2024, wat neerkomt op een bijzonder aanzienlijke stijging van ongeveer 40%.

Deze evolutie bevestigt de aanhoudende groei van de schadevergoedingsactiviteiten van het Fonds, dat in 2025 een historisch hoog niveau heeft bereikt. Ze weerspiegelt zowel een toename van het totale bedrag aan uitbetaalde schadevergoedingen als een intensivering van de behandeling van de dossiers.

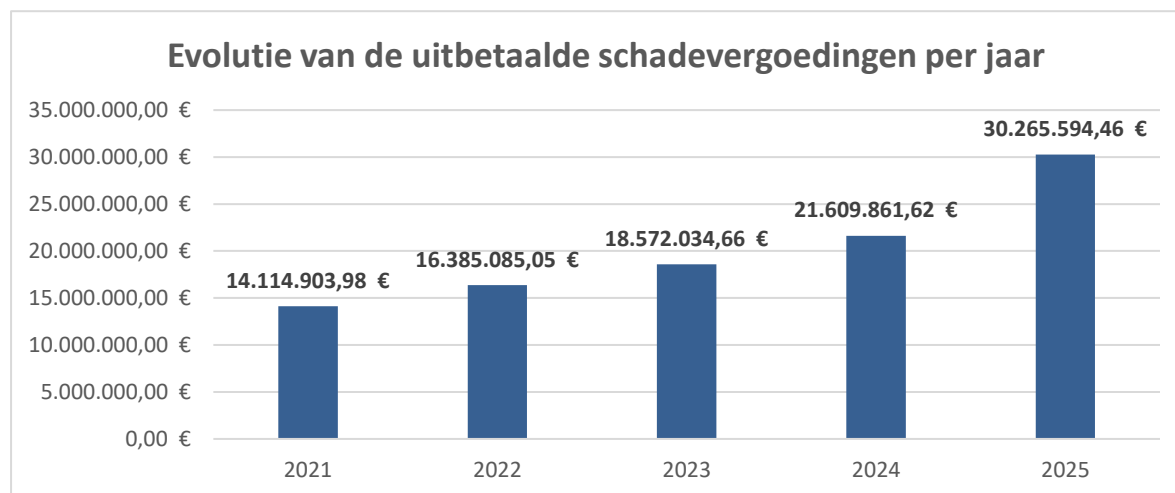
Tabel 20 – Uitsplitsing van de schadevergoedingen 2025		
Type schadevergoeding	Bedrag	Aantal dossiers
Schadevergoedingen in kapitaal	28.797.117,68 €	169
Catastrofale schadegevallen	1.256.424,71 €	1
Renten	212.052,07 €	10

De tweede tabel geeft een overzicht van de verdeling van de in 2025 uitbetaalde schadevergoedingen. De schadevergoedingen in kapitaal vertegenwoordigen veruit het grootste deel van de uitbetaalde bedragen, met een totaal van 28.797.117 € voor 169 dossiers. Zij vormen daarmee de belangrijkste categorie van de door het Fonds behandelde schadevergoedingen.

Catastrofale schadegevallen blijven beperkt in aantal, met slechts één geregistreerd dossier, maar vertegenwoordigen niettemin een aanzienlijk bedrag van 1.256.425 €. Dit bevestigt hun uitzonderlijke karakter en hun potentieel belangrijke financiële impact.

Tot slot blijven de renten beperkt, met een totaal uitbetaald bedrag van 212.052 € in het kader van 10 dossiers. Deze dossiers gaven in de loop van het jaar aanleiding tot 91 rentebetalingen, goed voor een gemiddeld bedrag van 2.330 € per betaling. Dit bevestigt het relatief beperkte aandeel van dit type schadevergoeding in de totale structuur van de uitbetaalde schadevergoedingen.

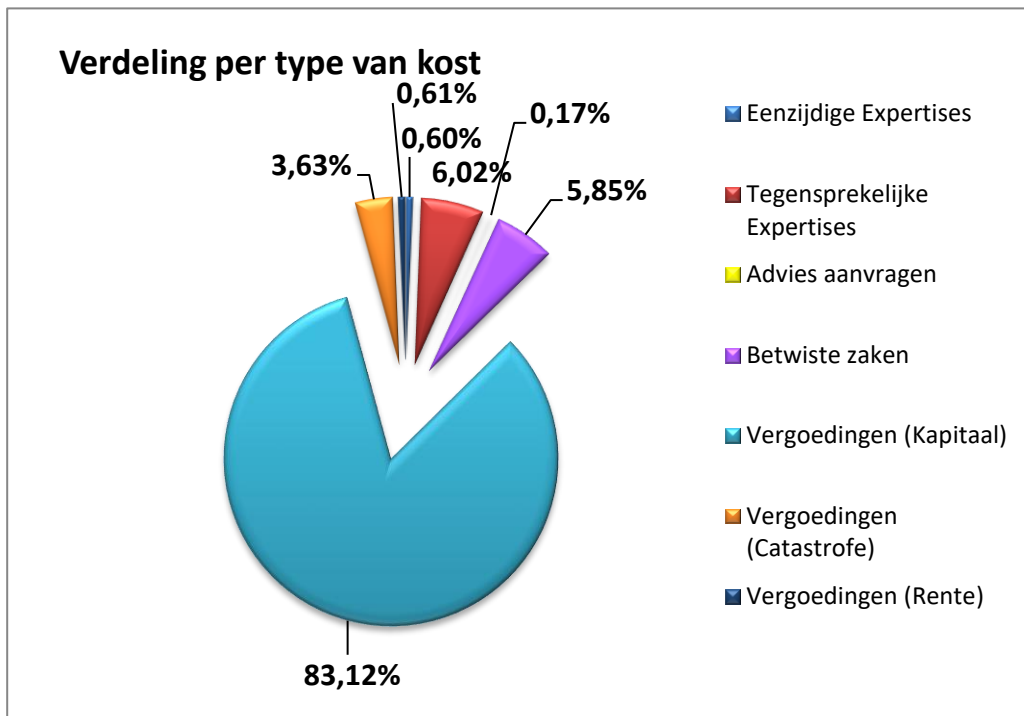
Grafiek 34



Wanneer men de vergoedingsbedragen vergelijkt met de kosten van de expertises en de advocaten, is het duidelijk dat de vergoedingen veruit het grootste deel van de uitgaven vertegenwoordigen. Deze bedragen namelijk meer dan 30 miljoen € in 2025, tegenover ongeveer 4,4 miljoen € voor het geheel van de expertises en de kosten verbonden aan geschillen.

De vergoedingen nemen dus het overgrote deel van de uitgaven van het Fonds voor hun rekening, wat hun structurele gewicht binnen de globale activiteit duidelijk bevestigt.

Grafiek 35



We sluiten dit deel over de financiële gegevens af met een bespreking van de terugvorderingen die het Fonds ontvangt naar aanleiding van uitgekeerde vergoedingen. In 2025 heeft het Fonds een bedrag van 1.505.349,93 € gerecupereerd, wat overeenkomt met een volledige of gedeeltelijke terugvordering van eerder uitgekeerde bedragen. Het bedrag van de terugvorderingen hangt af van verschillende parameters, waaronder het aantal ingestelde geschillen, het aantal verkregen vonnissen, desbetreffende schadebedragen, evenals de complexiteit van de dossiers en de duur van de procedures.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van alle bedragen die sinds 2021 door het Fonds werden teruggevorderd en ontvangen, ingedeeld in drie categorieën: gerechtskosten, diverse honoraria en vergoedingen.

De gerechtskosten omvatten de bedragen die werden gerecupereerd naar aanleiding van gerechtelijke beslissingen, zoals bepaalde rechtsplegingsvergoedingen. De diverse honoraria hebben hoofdzakelijk betrekking op de terugvordering van onterecht betaalde bedragen, met name in het kader van expertises of andere prestaties. Tot slot omvatten de vergoedingen de bedragen die werden gerecupereerd bij aansprakelijke derden of betrokken instanties.

Tabel 21 – Bedragen die het Fonds heeft gerecupereerd			
Jaar	Gerechtskosten	Diverse honoraria	Vergoedingen
2021	6	3	12
	10.031,81 €	33.437,36 €	532.966,41 €
2022	27	5	5
	94.042,04 €	6.892,89 €	183.649,18 €
2023	36	7	13
	42.744,61 €	20.879,18 €	692.758,01 €
2024	38	22	22
	72.194,57 €	101.966,92 €	1.912.235,12 €
2025	48	12	16
	96.287,85 €	47.323,87 €	1.505.349,93 €
Totaal aantal	155	49	68
Totaal bedrag	315.300,88 €	210.500,22 €	4.826.958,65 €

Verantwoordelijke uitgever: Pedro Facon, Galileelaan 5/01, 1210 Brussel

Realisatie: Fonds voor de medische ongevallen van het RIZIV

Grafisch design: Communicatiedienst

Foto: CANVA Pro

Publicatiedatum: September 2026