

2013•2014  
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN  
*master in de toegepaste economische wetenschappen:  
beleidsmanagement*

## Masterproef

Impact van het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem op artsen in België

Promotor :  
dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :  
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Mieke Missotten

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement*

2013•2014

FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE  
WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:  
beleidsmanagement*

## Masterproef

Impact van het nieuwe medische  
aansprakelijkheidssysteem op artsen in België

Promotor :  
dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :  
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Mieke Missotten

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste  
economische wetenschappen , afstudeerrichting beleidsmanagement*



## **Voorwoord**

Met deze eindverhandeling sluit ik mijn vierjarige opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt af. Het voltooien van deze thesis vergde veel tijd en toewijding. Via deze weg wil ik een aantal mensen bedanken die me geholpen hebben deze thesis tot een goed einde te brengen.

Vooreerst wil ik mijn promotor Wim Marneffe en co-promotor Tom Vandersteegen bedanken voor de goede begeleiding. Hun bijdrage maakte het mogelijk om dit onderzoek naar behoren uit te voeren. Bovendien stonden zij steeds klaar om nuttige feedback en kritische opmerkingen te geven waar nodig.

Verder wil ik alle artsen bedanken die even tijd hebben vrijgemaakt om de enquête in te vullen. Zonder hen was dit onderzoek namelijk niet tot stand kunnen komen. Verder wil ik radioloog en medische manager ambulante zorg Patrik Peene bedanken. Hij maakte het mogelijk om enkele resultaten van de enquête verder uit te diepen en de kwaliteit van dit onderzoek te verhogen.

Tot slot wil ik enkele mensen uit mijn persoonlijke leefomgeving bedanken. Ik wil graag mijn ouders en vriend bedanken voor de steun die ze mij gaven tijdens het schrijven van deze thesis. Ik wil in het bijzonder mijn vader bedanken die steeds klaarstond om mijn thesis even na te lezen. Ten slotte wil ik tevens mijn vrienden en medestudenten bedanken voor het verlenen van hun visie en het beantwoorden van mijn vragen.

Mieke Missotten

Diepenbeek, januari 2014

## Samenvatting

De medische wetenschap heeft zich tijdens de afgelopen decennia op een ongeziene wijze ontwikkeld. De gevolgen zijn dubbel. Enerzijds verbetert de algemene gezondheidstoestand en is de kans op genezing verhoogd. Anderzijds stijgen ook de risico's verbonden aan nieuwe behandelingen en geneesmiddelen. De mogelijk nadelige gevolgen voor de patiënt kunnen aanleiding geven tot een schadevergoedingeis. Het Belgische medische aansprakelijkheidssysteem, dat in deze context een cruciale rol speelt, onderging in het jaar 2010 een grondige hervorming. Deze eindverhandeling onderzoekt aan de hand van een literatuurstudie en een empirisch onderzoek de impact van deze hervorming op het behandelingsgedrag van artsen. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: *"Treedt er een gedragsverandering op bij zorgverleners ten gevolge van het nieuwe medisch aansprakelijkheidssysteem?"*.

Vóór 2010 konden benadeelde patiënten in België enkel beroep doen op het conventionele aansprakelijkheidssysteem. Een aantal factoren maakte dat het systeem niet optimaal was voor het bekomen van een schadevergoeding. Enerzijds was de bewijslast van de benadeelde erg hoog waardoor veel patiënten geen vergoeding kregen. Anderzijds zorgde de vrees voor een aansprakelijkheidsclaim er voor dat artsen steeds meer defensieve geneeskunde toepasten. Dit is echter kostelijk en garandeert zeker geen betere zorgkwaliteit. Om deze redenen werd in 2010 beslist tot de invoering van een tweesporensysteem. Dit houdt in dat de benadeelde patiënt zich kan richten tot de rechtbank of tot het Fonds voor Medische Ongevallen. Via het fonds is een vergoeding mogelijk bij medische schade ontstaan met of zonder fout van de zorgverlener. Deze hervorming beoogt enerzijds het bekomen van een billijke schadevergoeding voor de patiënten en anderzijds een beperking van het aantal rechtszaken tegen zorgverleners.

Het antwoord op de centrale onderzoeksvraag werd gezocht aan de hand van een enquête en bijkomende regressieanalyses. De resultaten van de enquête wezen uit dat artsen ook na de hervorming hun gedrag niet hebben aangepast en dat dus het gebruik van defensieve geneeskunde onveranderd is gebleven. Uit de regressiemodellen bleek dat de gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank en de hoogte van de verzekeringspremie bepalende factoren zijn van defensieve geneeskunde. Verder bleken ook de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming, het gewest waarin de arts werkzaam is, het specialisme dat de arts beoefent en de rechtsvorm van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is in sommige regressiemodellen een significante invloed te hebben op defensieve geneeskunde. Tot slot gaven de regressieanalyses aan dat morele- en reputatieschade geen significante invloed hebben op de houding van de

artsen. Deze conclusie is merkwaardig aangezien deze variabelen in de vakliteratuur als voornaamste oorzaken van defensieve geneeskunde worden beschouwd.

# ***Inhoudsopgave***

Voorwoord .....	1
Samenvatting .....	2
Lijst van figuren.....	8
Lijst van bijlagen.....	9
1 Probleemstelling.....	1
2 Economische relevantie .....	3
3 Formulering onderzoeksdoel, centrale onderzoeksvraag en deelvragen .....	5
3.1 De centrale onderzoeksvraag.....	5
3.2 De deelvragen.....	5
3.2.1 Deelvraag 1.....	5
3.2.2 Deelvraag 2.....	6
3.2.3 Deelvraag 3.....	6
3.2.4 Deelvraag 4.....	6
3.2.5 Deelvraag 5.....	7
3.2.6 Deelvraag 6.....	7
3.2.7 Deelvraag 7.....	7
4 Formulering onderzoeksstrategie en onderzoeksopzet.....	9
4.1 Verantwoording onderzoeksstrategie.....	9
4.2 Beschrijving onderzoeksopzet literatuurstudie.....	9
4.3 Beschrijving onderzoeksopzet praktijkgedeelte.....	9
4.4 Veronderstellingen, grenzen en beperkingen onderzoek.....	10

4.4.1	Hypothese ontwikkeling defensieve geneeskunde .....	10
4.4.2	Grenzen en beperkingen onderzoek .....	11
5	Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem .....	13
5.1	Het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem .....	13
5.1.1	Aansprakelijkheid van de arts voor eigen gedrag .....	13
5.1.2	Aansprakelijkheid van de zorgverlener voor andermans daad .....	15
5.1.3	Aansprakelijkheid van arts voor schade veroorzaakt door gebrekkige zaken .....	16
5.2	Strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem .....	17
5.3	Tekortkomingen conventionele aansprakelijkheidssysteem .....	18
5.3.1	Problemen voor de patiënt .....	18
5.3.2	Problemen voor de zorgverlener .....	19
5.3.3	Problemen voor de verzekeringsmaatschappijen .....	20
5.3.4	Problemen voor de rechtbanken .....	20
5.4	Hervormingen in andere landen en de alternatieven in België .....	21
5.4.1	Hervormingen in andere landen .....	21
5.4.2	Alternatieven in België .....	22
6	Wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg .....	25
6.1	Totstandkoming wet 15 mei 2007 .....	25
6.2	Belangrijkste krachtlijnen van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg .....	25
6.3	Vergoedbare schade .....	26



6.4	Fonds voor Medische Ongevallen .....	27
6.5	Vergoedingsprocedure .....	28
6.6	Tekortkomingen en afschaffing no fault- wet .....	28
7	Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg	
	31	
7.1	Totstandkoming wet 31 maart 2010 .....	31
7.2	Krachtlijnen wet 31 maart 2010 .....	31
7.3	Vergoedbare schade.....	32
7.4	Fonds voor Medische Ongevallen .....	33
7.5	De vergoedingsprocedure .....	34
7.6	Verwachtingen en huidige stand van zaken .....	36
8	Defensieve geneeskunde .....	39
8.1	Begrip.....	39
8.2	Oorzaken .....	39
8.3	Gevolgen.....	40
8.4	Bestaand onderzoek naar defensieve geneeskunde.....	40
9	Praktijkonderzoek.....	43
9.1	Doelstelling.....	43
9.2	Vorm en inhoud onderzoek.....	43
	9.2.1 Enquête .....	43
	9.2.2 Interview.....	44
9.3	De respondenten.....	44

9.4	De verzekering medische aansprakelijkheid .....	47
9.5	Vertrouwdheid met het medische aansprakelijkheidssysteem .....	48
9.6	Perceptie van het medische aansprakelijkheidssysteem .....	48
9.6.1	Perceptie van artsen die op de hoogte zijn van de hervorming in 2010.....	49
9.6.2	Perceptie van artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming in 2010 .....	52
9.7	Ervaring met het medische aansprakelijkheidssysteem .....	54
9.8	Regressiemodellen .....	55
9.8.1	Algemeen model defensieve geneeskunde .....	56
9.8.2	Modellen soort defensieve geneeskunde .....	57
9.8.3	Modellen specialismen naar risico op aansprakelijkheidsclaim.....	59
9.8.4	Modellen in welke mate is de arts op de hoogte van de hervorming .....	61
9.8.5	Modellen aantal claims voor de rechtbank.....	63
9.8.6	Modellen per gewest.....	64
10	Conclusie .....	67
10.1	Algemeen besluit.....	67
10.2	Beperkingen van het onderzoek.....	69
10.3	Suggesties verder onderzoek .....	70
	Lijst van geraadpleegde werken .....	72
	Lijst van bijlagen.....	75

## **Lijst van figuren**

Figuur 1 Leeftijd p. 45

Figuur 2 Hoogte verzekeringspremie p. 47

Figuur 3 In welke mate is de arts op de hoogte van de hervorming p. 48

## **Lijst van bijlagen**

Bijlage 1 Enquête

Bijlage 2 Tabel specialisme

Bijlage 3 Tabel geslacht

Bijlage 4 Tabel leeftijd

Bijlage 5 Tabel provincie

Bijlage 6 Tabel aantal jaren werkzaam

Bijlage 7 Tabel aantal uren werkzaam per werkweek

Bijlage 8 Tabel verzekeringspremie

Bijlage 9 Tabel in welke mate op de hoogte van de hervorming

Bijlage 10 Tabel aantal artsen waartegen een medische aansprakelijkheidsclaims werd ingesteld die de respondent persoonlijk kent

Bijlage 11 Tabel aantal aansprakelijkheidsclaims bij de rechtbank tegen de arts persoonlijk

Bijlage 12 Tabel aantal aansprakelijkheidsclaims bij het fonds voor medische ongevallen tegen de arts persoonlijk

Bijlage 13 Regressiemodel defensieve geneeskunde

Bijlage 14 Regressiemodel positieve defensieve geneeskunde

Bijlage 15 Regressiemodel negatieve defensieve geneeskunde

Bijlage 16 Regressiemodel Vlaanderen

Bijlage 17 Regressiemodel Wallonië

Bijlage 18 Regressiemodel Brussels Hoofdstedelijk gewest

Bijlage 19 Regressiemodel specialisten met laag risico op aansprakelijkheid

Bijlage 20 Regressiemodel specialisten met gemiddeld risico op aansprakelijkheid

Bijlage 21 Regressiemodel specialismen met hoog risico op aansprakelijkheid

Bijlage 22 Regressiemodel artsen niet op de hoogte van hervorming

Bijlage 23 Regressiemodel artsen op de hoogte van hervorming

Bijlage 24 Regressiemodel artsen zonder een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank

Bijlage 25 Regressiemodel artsen met 1 tot 5 aansprakelijkheidsclaims voor de rechtbank



# **1 Probleemstelling**

Het medisch aansprakelijkheidssysteem heeft twee hoofddoelstellingen. Enerzijds moet het systeem de mogelijkheid bieden aan, door fout van een zorgverlener, benadeelde patiënten om een gepaste schadevergoeding te bekomen. Anderzijds moet het aansprakelijkheidssysteem voorzien in voldoende prikkels om nalatigheid van zorgverleners te vermijden of te beperken.

Vóór 2010 konden benadeelde patiënten in België enkel worden vergoed op basis van het burgerrechtelijk of strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem. Geleden schade werd enkel vergoed na bewijs van schade, fout van de zorgverlener en het oorzakelijk verband tussen beide, hetgeen niet evident is. Uit onderzoek van Test-Aankoop blijkt dat ongeveer 70 procent van de patiënten die schade hebben geleden door een fout van de zorgverlener stappen wenst te ondernemen. Slechts zeven procent hiervan spande daadwerkelijk een rechtszaak aan. Voor één vijfde van de slachtoffers liet de uitspraak ongeveer vijf jaar op zich wachten.<sup>1</sup>

Toch stelt men vast dat er zich in België een procescultuur dreigt te ontwikkelen.<sup>2</sup> Blijkbaar willen steeds meer slachtoffers verhaal halen. Dit schaadt uiteraard de reputatie van de zorgverleners. Bovendien wordt hierdoor het afsluiten van een aansprakelijkheidsverzekering voor hen moeilijker en zeker duurder. Verzekeraars vinden het risico vaak te hoog en ofwel weigeren ze een verzekering aan te bieden of ze vragen onaanvaardbaar hoge premies. Zorgverleners zullen wegens bovenstaande redenen overgaan tot 'defensive medicine' oftewel defensieve geneeskunde. Er is zowel sprake van positieve als negatieve defensieve geneeskunde. Positieve defensieve geneeskunde houdt in dat zorgverleners meer dan de noodzakelijke onderzoeken en behandelingen uitvoeren om nalatigheidverwijten te vermijden. Negatieve defensieve geneeskunde daarentegen zorgt er voor dat zorgverleners teneinde risico's en aansprakelijkheid te vermijden, zullen afzien van bepaalde risicovolle behandelingen.

De "no fault-wet" van 15 mei 2007 had als doel de problemen van het civielrechtelijk en strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem te verhelpen. Deze wet voldeed echter niet aan de verwachtingen en werd na beraad afgevoerd. Er werd geopteerd voor een nieuwe wettelijke regeling betreffende de medische aansprakelijkheid. Bijgevolg werd een

---

<sup>1</sup> Test-Aankoop, 'Medische fouten:gedupeerden aan hun lot overgelaten', in:Test gezondheid 2011 nr. 105.

<sup>2</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 7.

tweesporensysteem ingevoerd waarbij het gemeenrechtelijk en het no fault aansprakelijkheidssysteem naast elkaar fungeren. Ervaart de patiënt schade door fout van de zorgverlener dan heeft hij de keuze tot de gerechtelijke procedure op basis van de gemeenrechtelijke aansprakelijkheid of tot de minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Patiënten die schade ondervinden zonder fout van de zorgverlener zullen enkel een minnelijke procedure bij het fonds kunnen instellen.

Met de invoering van het nieuwe aansprakelijkheidssysteem wenst men vooral de bewijslast van het slachtoffer te verlichten. Hoewel er nog steeds aan enkele voorwaarden moet voldaan zijn om in aanmerking te komen voor schadevergoeding via het Fonds voor Medische Ongevallen, zal er toch een heuse versoepeling ontstaan. Er is namelijk schadevergoeding mogelijk zonder bewijs van een fout van de arts, hetgeen in het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem onmogelijk was. Men verwacht dan ook dat steeds meer patiënten beroep zullen doen op de minnelijke procedure en dat het aantal rechtszaken ten aanzien van zorgverleners beperkt zal worden.<sup>3</sup> Aangezien zorgverleners overgaan tot defensieve geneeskunde wegens de vrees voor een rechtszaak, is het belangrijk om in deze nieuwe context te onderzoeken of er al dan niet een gedragsverandering zal optreden bij zorgverleners. Meer bepaald zal er onderzocht worden welke impact het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem heeft op het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen.

---

<sup>3</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 18.



## ***2 Economische relevantie***

Uit peilingen blijkt dat door het eerder bestaande medische aansprakelijkheidssysteem prikkels werden gecreëerd voor zorgverleners om kostenineffectieve behandelingen uit te voeren. Dit in het kader van de preventieve geneeskunde en met als doel aansprakelijkheid door de patiënt te vermijden. De financiële kosten van de gezondheidszorg waren dan ook opmerkelijk hoger in geval van defensieve geneeskunde.

De oorzaak van de stijgende financiële kosten bevindt zich voornamelijk bij de positieve defensieve geneeskunde. Teneinde medische aansprakelijkheid te vermijden zullen artsen meer behandelingen, testen en onderzoeken uitvoeren dan eigenlijk noodzakelijk is. Hier is vanzelfsprekend een kostenplaatje aan verbonden. Er zal een extra kost optreden door de kost van de behandeling en de benodigde medische hulpmiddelen. Bovendien moeten ook de extra personeelskosten in rekening gebracht worden.

Hoewel artsen via defensieve geneeskunde fouten en bijgevolg aansprakelijkheid proberen te ontwijken, bestaat er steeds de mogelijkheid dat ze toch een fout begaan en aansprakelijk gesteld worden. Indien deze situatie zich voordoet zullen er vooreerst kosten gemaakt worden om de medische fout te herstellen, namelijk inzake bijkomende gezondheidszorgkosten, kost van bijkomende geneesmiddelen, operatiekosten, kosten van langdurig verblijf in het ziekenhuis. Bovendien zullen er ook gerechtskosten en een mogelijke schadevergoeding gepaard gaan met de eventuele aansprakelijkheid via de rechtbank.

Naast deze financiële kosten zijn er ook niet-financiële kosten verbonden aan een rechtszaak zoals stress, verloren tijd en reputatieschade. De arts zal deze euvels proberen te vermijden door over te gaan tot zowel positieve als negatieve defensieve geneeskunde. Uit bovenstaande blijkt dat het economisch relevant is na te gaan of het nieuwe medisch aansprakelijkheidssysteem het gedrag van de zorgverleners zal veranderen, aangezien er heel wat kosten gepaard gaan met defensieve geneeskunde.



### ***3 Formulering onderzoeksdoel, centrale onderzoeksvraag en deelvragen***

In de probleemstelling werd reeds een beeld geschetst van het probleem dat zich in de praktijk stelt. Deze masterproef heeft als doel de impact van het nieuwe medisch aansprakelijkheidssysteem op het gedrag van artsen in België te onderzoeken. Dit via een korte literatuurstudie en een praktijkonderzoek. Maar eerst zullen de centrale onderzoeksvraag en haar deelvragen gepreciseerd worden.

#### ***3.1 De centrale onderzoeksvraag***

Het nieuwe aansprakelijkheidssysteem zorgt voor grondige wijzigingen omtrent de aansprakelijkheid van artsen. Via het no fault spoor is het niet langer een vereiste bewijs te leveren van een fout van de zorgverlener om een schadevergoeding te bekomen. Dit is mogelijk door de oprichting van het Fonds voor Medische Ongevallen, dat inwerking is getreden op 1 september 2012. Toch bezit de patiënt nog steeds de mogelijkheid om de zorgverlener aansprakelijk te stellen via een gerechtelijke procedure. Bovendien zal het Fonds een verhaalrecht kunnen uitoefenen op de zorgverlener ter hoogte van het bedrag van de schadevergoeding. Er zal in deze masterproef onderzocht worden of de invoering van een nieuw medisch aansprakelijkheidssysteem een impact heeft op het defensief handelen van artsen in medische context. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: *“Treedt er een gedragsverandering op bij zorgverleners ten gevolge van het nieuwe medisch aansprakelijkheidssysteem?”*.

We zullen via een literatuurstudie het vroegere en het huidige medische aansprakelijkheidssysteem omschrijven en vervolgens via een enquête onderzoeken of er zich werkelijk een gedragsverandering heeft voorgedaan bij artsen.

#### ***3.2 De deelvragen***

##### ***3.2.1 Deelvraag 1***

Vooraleer na te gaan of er zich werkelijk een gedragsverandering bij zorgverleners heeft voorgedaan, is het essentieel eerst de werking van het oude aansprakelijkheidssysteem te bespreken. Het is noodzakelijk deze te begrijpen, zodat er later kan worden ingegaan op mogelijke problemen die geleid hebben tot de hervorming in 2010. De eerste deelvraag luidt dan ook als volgt *“Welk aansprakelijkheidssysteem voor medische schade bestond er vóór 2010?”*.

Via een literatuurstudie zal een antwoord gezocht worden op deze deelvraag. Hierin zal de werking van het conventionele aansprakelijkheidssysteem uiteengezet worden. Er zullen drie schadegevallen onderscheiden worden, namelijk aansprakelijkheid van de zorgverlener voor schade veroorzaakt door eigen gedrag, voor andermans daad en gebrekkige zaken.

### **3.2.2 Deelvraag 2**

Verder wordt er bekeken waarom het oude aansprakelijkheidssysteem niet voldeed aan de verwachtingen van de betrokken partijen en een hervorming noodzakelijk was. De tweede deelvraag is : *“Wat zijn de oorzaken van de hervorming in 2010?”*.

Op deze vraag zal een antwoord worden geformuleerd via een korte literatuurstudie waarin vier specifieke groepen zullen worden besproken, namelijk de patiënt, de zorgverlener, de verzekeringsinstellingen en de rechtbanken.

### **3.2.3 Deelvraag 3**

Het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem werd onderworpen aan heel wat kritiek. Bijgevolg werd er gekozen voor de invoering van een tweesporensysteem. Er moet echter achterhaald worden welke alternatieven er destijds nog op tafel lagen en waarom deze ondergeschikt waren aan het huidige systeem. De vierde deelvraag luidt als volgt: *“Welke alternatieven werden vóór de hervorming in 2010 geïntroduceerd en waarom werden ze afgevoerd?”*.

Een antwoord op deze vraag kan bekomen worden door de raadpleging van de bestaande literatuur. In de literatuurstudie zal er dieper worden ingegaan op één van de alternatieven, namelijk het no fault-systeem. Zowel de belangrijkste krachtlijnen als de mogelijke problemen zullen besproken worden.

### **3.2.4 Deelvraag 4**

Vooraleer er een praktijkonderzoek verricht kan worden naar een gedragsverandering bij artsen is het noodzakelijk om het nieuwe aansprakelijkheidssysteem dat in 2010 werd ingevoerd te beschrijven. Deelvraag vier luidt als volgt: *“Welk systeem voor medische aansprakelijkheid werd in 2010 in België ingevoerd?”*. Op deze deelvraag zal een antwoord geformuleerd worden door middel van een literatuurstudie waarin de belangrijkste elementen van het tweesporensysteem uiteengezet zullen worden. Er zal tevens kort worden ingegaan op de verwachtingen en de huidige stand van zaken van het systeem.

### **3.2.5 Deelvraag 5**

Het begrip defensieve geneeskunde wordt steeds belangrijker in de wetenschappelijke literatuur. Naar het gebruik ervan bij artsen werden reeds enkele studies gedaan. Niettegenstaande de actualiteit van het onderwerp, is er weinig literatuur beschikbaar over de eruit volgende effecten en kosten. In deze masterproef zal defensieve geneeskunde een belangrijke rol spelen in het creëren van een link tussen het theoretische en praktijkgedeelte. Via een korte literatuurstudie zal het begrip defensieve geneeskunde alsook de oorzaken en gevolgen verduidelijkt worden. De negatieve gevolgen die het met zich meebrengt, zorgen er namelijk voor dat het noodzakelijk is de eventuele gedragsverandering van artsen te onderzoeken naar aanleiding van de hervorming. Bijgevolg is het belangrijk om dieper op deze kwestie in te gaan. De vierde deelvraag luidt als volgt: *“Wat is defensieve geneeskunde?”*.

### **3.2.6 Deelvraag 6**

Artsen vrezen aansprakelijkheid door slachtoffers van medische schade. Het is dan ook de voornaamste reden waarom ze overgaan tot defensieve geneeskunde. In de literatuur wordt bevestigd dat het burgerrechtelijk aansprakelijkheidssysteem het fenomeen in de hand werkt. Een vraag die men zich hierbij kan stellen, is tot welk soort defensieve geneeskunde artsen het meest overgaan. Deelvraag vijf luidt als volgt: *“Welke soort defensieve geneeskunde zal er het meest gebruikt worden door zorgverleners?”*.

Deze deelvraag zal onderzocht worden aan de hand van een praktijkonderzoek bij artsen. Verdere informatie hieromtrent is te vinden in de onderzoeksopzet.

### **3.2.7 Deelvraag 7**

In buitenlandse studies werd reeds onderzoek verricht naar het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen en de variabelen die er een invloed op hebben. In deze masterproef kunnen er tevens voor de Belgische context verscheidene variabelen onderscheiden worden die mogelijk een invloed hebben op het defensieve gedrag van artsen bij de behandeling van de patiënt. Mogelijke variabelen zijn bijvoorbeeld: leeftijd, geslacht, de hoogte van de verzekeringspremie, enzovoort. Een bijkomende deelvraag die men zich dus kan stellen is: *“Welke variabelen hebben een invloed op het gebruik van defensieve geneeskunde?”*.

Men kan deze deelvraag onderzoeken aan de hand van een praktijkonderzoek. Vooreerst zal er via een enquête informatie verzameld worden over de verschillende variabelen. Vervolgens kan er aan de hand van zowel enkelvoudige als meervoudige regressies onderzocht worden welke variabelen een invloed hebben op defensieve geneeskunde.



## ***4 Formulering onderzoeksstrategie en onderzoeksopzet***

Hieronder volgt de omschrijving en verantwoording van de gekozen onderzoeksstrategie, de opzet van de literatuurstudie en deze van het praktijkgedeelte.

### ***4.1 Verantwoording onderzoeksstrategie***

Deze masterproef zal bestaan uit twee onderdelen.

Vooreerst wordt via een literatuurstudie achtergrondinformatie verzameld betreffende het medisch aansprakelijkheidssysteem. Aldus wordt via secundaire bronnen een antwoord gezocht op enkele deelvragen.

Daarnaast is er ook een praktijkgedeelte. Er zal een enquête worden uitgevoerd bij artsen. Dit biedt de mogelijkheid om op rechtstreekse manier de perceptie van de zorgverleners waar te nemen en een antwoord te zoeken op de centrale onderzoeksvraag.

### ***4.2 Beschrijving onderzoeksopzet literatuurstudie***

Bij het opstellen van de literatuurstudie werden verschillende bronnen gehanteerd. Er werd veel informatie verzameld uit de relevante wetsvoorstellen en wetsontwerpen. Daarnaast werden verschillende wetten bestudeerd teneinde bepaalde begrippen te verduidelijken. De belangrijkste hiervan is de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Verder werden verschillende databanken geraadpleegd die door de Universiteit Hasselt ter beschikking worden gesteld. Hier werd hoofdzakelijk gezocht naar artikels uit wetenschappelijke tijdschriften. Het betreft grotendeels gezondheidstijdschriften. Ook het internet was een belangrijke informatiebron waarbij er naast andere internetpagina's vooral gebruik gemaakt werd van de zoekrobot Google Scholar. Verder gebruikten we de in diverse bibliotheken voorhanden literatuur. Vooral de rechtsbibliotheek van Limburg bood interessante informatie. Tenslotte raadpleegden we de literatuurlijsten van eerdere publicaties. De bronnen betreffen grotendeels deze beschikbaar in België. Er werd echter ook Engelstalige literatuur geraadpleegd.

### ***4.3 Beschrijving onderzoeksopzet praktijkgedeelte***

Het praktijkgedeelte betreft een beschrijvende studie. Hiertoe voeren we een enquête uit, dit om te achterhalen of er sprake is van een gedragsverandering bij de

zorgverleners. Er is via deze methode minimale interferentie, dat wil zeggen : er wordt informatie verzameld over de bestaande toestand. De vragenlijsten zijn opgesteld om snel, eenvoudig en goedkoop kwalitatieve en significante informatie te verzamelen over een relevante groep van respondenten. Ook de anonimiteit van de arts is verzekerd. Bijgevolg zal deze vlugger geneigd zijn cruciale informatie vrij te geven. Uiteraard is een enquêteonderzoek beperkt. Er kunnen zoals in een interview geen bijkomende vragen gesteld worden om dieper in te gaan op bepaalde aspecten. Via interviews zouden we evenwel nooit een significante groep van zorgverleners kunnen bereiken. Er kunnen echter wel naast de enquête enkele interviews gedaan worden om bepaalde resultaten van de enquête verder uit te diepen.

De vragenlijsten worden verspreid onder de verschillende artsengroepen. Er wordt beroep gedaan op beroepsverenigingen, hoofdartsen van ziekenhuizen en op zekere artsen die persoonlijk worden aangesproken. Bij persoonlijke aanspreking wordt geopteerd voor een papieren enquête, in de andere gevallen wordt de enquête online gevoerd. Enerzijds zal de enquête een inzicht creëren in het profiel van de arts. Anderzijds zal er gepoogd worden om het vertoonde gedrag van de arts te achterhalen. De ingezamelde gegevens worden geanalyseerd met het programma SPSS. De bekomen resultaten zullen een antwoord bieden op de centrale onderzoeksvraag.

#### ***4.4 Veronderstellingen, grenzen en beperkingen onderzoek***

##### ***4.4.1 Hypothese ontwikkeling defensieve geneeskunde***

Door de invoering van het tweesporensysteem verwacht men dat steeds meer patiënten een eis tot schadevergoeding zullen instellen bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Bijgevolg zullen artsen deels aansprakelijkheid kunnen ontlopen. Toch wijzen enkele politici er op dat er nog steeds voldoende aansprakelijkheidsgronden gelden ten aanzien van artsen.<sup>4</sup> Zo kunnen artsen nog steeds burgerrechtelijk of strafrechtelijk aansprakelijk gesteld worden. Bovendien is er door het Fonds voor Medische Ongevallen in welbepaalde gevallen een verhaal mogelijk op de arts ten belope van het bedrag van de schadevergoeding. Daarbovenop is de drempel voor het bekomen van een vergoeding wanneer het een medisch ongeval met aansprakelijkheid betreft erg laag. Zo moet er in tegenstelling tot bij een medisch ongeval zonder aansprakelijk niet voldaan worden aan de criteria van abnormale en ernstige schade. Bijgevolg verwacht ik dat het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen nagenoeg niet zal afnemen, maar eerder zal toenemen.

---

<sup>4</sup> Parl.St. Kamer 2009/10, nr. 2240/006, p. 52.



#### ***4.4.2 Grenzen en beperkingen onderzoek***

De studie zal onderworpen zijn aan een aantal grenzen en beperkingen. Vooreerst is defensieve geneeskunde moeilijk meetbaar. Het is namelijk niet evident om een onderscheid te maken tussen ongepaste en passende zorg. Bovendien is het moeilijk om aan aansprakelijkheid gekoppelde drijfveren te onderscheiden van andere factoren die van invloed zijn. Andere factoren kunnen bijvoorbeeld zijn: de algemene wens van de patiënt, de verwachtingen die patiënten koesteren, vertrouwen behouden en conflicten vermijden. Op deze manier zal het defensief optreden van artsen ten gevolge van de vrees voor aansprakelijkheid overschat worden.

Ten tweede kan er een probleem optreden in verband met de generaliseerbaarheid van de resultaten doordat slechts enkele categorieën van artsen zullen onderzocht worden. Tot slot zal de methode van zelfrapportage van artsen een bias kunnen opleveren, namelijk de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden. Dit kan ertoe leiden dat artsen het gebruik van vormen van defensieve geneeskunde die verspillend maar niet schadelijk zijn, zullen overschatten en vormen die leiden tot potentieel gevaarlijke praktijken zullen onderschatten.



## ***5 Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem***

Vóór de oprichting van het tweesporensysteem in 2010 bestond er in België geen specifiek systeem betreffende de aansprakelijkheid van artsen en vergoeding bij medische ongevallen. Patiënten die schade leden vóór 2010 konden enkel beroep doen op het conventionele aansprakelijkheidssysteem. In wat volgt wordt er een bespreking gegeven van respectievelijk het civielrechtelijk en strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem, alsook de redenen waarom het conventionele systeem niet voldeed aan de verwachtingen van de betrokken partijen.

### ***5.1 Het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem***

Het civielrechtelijk systeem biedt patiënten slechts één piste tot vergoeding van geleden schade. Namelijk de zorgverlener aansprakelijk stellen via een gerechtelijke procedure op basis van artikel 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek. Het betreft hier de klassieke foutaansprakelijkheid. Er wordt gesteld dat hiervoor aan drie voorwaarden dient voldaan te zijn: er moet schade zijn, die het gevolg is van een toerekenbare fout en er moet een oorzakelijk verband tussen fout en schade worden aangetoond.

Er bestaan drie mogelijke aansprakelijkheidsgronden. Vooreerst kan de patiënt de zorgverlener aansprakelijk stellen voor eigen fout. Daarnaast kan de zorgverlener ook aansprakelijk gesteld worden voor het foutieve gedrag van derden. Tot slot is er ook de mogelijkheid om de zorgverlener aansprakelijk te stellen voor een gebrekkige zaak die de schade heeft veroorzaakt.

#### ***5.1.1 Aansprakelijkheid van de arts voor eigen gedrag***

De toepassing van de aansprakelijkheid van de zorgverlener voor eigen gedrag is afhankelijk van de rechtsverhouding die er heerst tussen de zorgverlener en de patiënt. Die kan namelijk contractueel of buitencontractueel zijn.

##### ***5.1.1.1 Contractuele aansprakelijkheid***

Tegen het feit dat sinds 1835 zorgverleners aansprakelijk gesteld worden op basis van artikel 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek kwam er in de daaropvolgende jaren heel wat protest en werd er gepleit om de relatie tussen arts en patiënt te beschrijven als contractueel. Het Mercier-arrest zorgde er voor dat eerst in Frankrijk en later ook in België de verhouding patiënt/arts contractueel werd.<sup>5</sup> Artikel 1101 van het Burgerlijk

---

<sup>5</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 48-50.

Wetboek beschrijft een contract als een overeenkomst waarbij een of meer personen zich jegens een of meer andere verbinden iets te geven, te doen, of niet te doen.<sup>6</sup>

#### **5.1.1.1.1 Onderscheid tussen resultaat- en inspanningsverbintenissen**

Binnen de contractuele aansprakelijkheid kan er nog een verder onderscheid gemaakt worden inzake het soort verbintenis dat tussen de arts en de patiënt wordt afgesloten. Zo is er sprake van een resultaatverbintenis of een inspanningsverbintenis. De resultaatverbintenis verplicht de zorgkundige een welbepaalde uitkomst van de behandeling te bekomen. Een inspanningsverbintenis daarentegen verplicht de zorgverlener niet om het resultaat daadwerkelijk te bereiken, maar hij moet wel voldoende inspanningen leveren.<sup>7</sup> In de rechtspraak en rechtsleer gebruikt men met betrekking tot overeenkomsten tussen arts en patiënt meestal de term inspanningsverbintenis. De arts zal namelijk proberen met de hem beschikbare medische middelen de gezondheid van de patiënt binnen de perken van het mogelijke te verbeteren.

#### **5.1.1.1.2 Voorwaarden contractuele aansprakelijkheid**

Er kan gesteld worden dat er drie noodzakelijke voorwaarden zijn om aansprakelijkheid te bekomen voor het eigen gedrag van de arts. Een eerste voorwaarde, althans bij de inspanningsverbintenis, is het bewijs van een fout van de zorgverlener. Bij de resultaatverbintenis volstaat het te bewijzen dat het vooropgestelde resultaat niet bereikt werd. Hiertoe zal men steunen op de normatieve zorgvuldigheidsmaatstaf. De aansprakelijk gestelde zorgverlener zal bij het normatieve criterium vergeleken worden met een normale zorgvuldige hulpverlener die zich niet alleen in dezelfde beroepscategorie bevindt, maar ook in dezelfde omstandigheden.<sup>8</sup>

Daarnaast is het voor beide verbintenissen noodzakelijk dat de patiënt schade heeft geleden tengevolge van een fout van de zorgkundige. Er is sprake van schade indien er een verschil heerst tussen de huidige toestand die ontstaat na de fout van de arts en de toestand die voordien plaatsvond. De schade kan zowel materieel als moreel zijn.<sup>9</sup> De schade moet bovendien aan drie voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor

---

<sup>6</sup> Artikel 1101 Burgerlijk Wetboek

<sup>7</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 105.

<sup>8</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 135-149.

<sup>9</sup> Van Oevelen, A., Jocqué, G., Persyn, C., & De Temmerman, B. (2007). Overzicht van rechtspraak : onrechtmatige daad : schade en schadeloosstelling (1993-2006). *TIJDSCHRIFT VOOR PRIVAATRECHT*, 2, p. 933–1529.

vergoeding: de schade moet persoonlijk zijn, voldoende zeker en voortvloeien uit de krenking van een rechtmatig belang.<sup>10</sup>

De laatste voorwaarde voor het bekomen van een schadevergoeding is het bewijs van een oorzakelijk verband tussen schade en fout. Dit wil zeggen dat de patiënt moet aantonen dat hij schade heeft geleden tengevolge van een fout in hoofde van de zorgverlener. Hiertoe wordt er in het Belgisch recht aanspraak gemaakt op de equivalentie. Volgens dit principe zou elke fout waarzonder de schade niet zou hebben bestaan, beschouwd moeten worden als de oorzaak van de schade. Elke fout die voldoet aan dit principe kan leiden tot aansprakelijkheid van de zorgverlener. Hieraan moet nog worden toegevoegd dat het voldoende is dat de schade onrechtstreeks wordt veroorzaakt door de fout.<sup>11</sup>

### **5.1.1.2 Buitencontractuele aansprakelijkheid**

Artsen kunnen niet alleen contractueel maar ook buitencontractueel aansprakelijk worden gesteld. Een buitencontractuele rechtsverhouding ontstaat wanneer er geen overeenkomst bestaat tussen de zorgverlener en de patiënt. Deze rechtsverhoudingen worden uitsluitend beheerst door de burgerlijke aansprakelijkheidsregels. Schadevergoeding is dan mogelijk door zich te beroepen op de artikelen 1382 en volgende van het Burgerlijk Wetboek. De zorgverlener moet echter wel een fout begaan hebben die geleid heeft tot schade. Bovendien moet ook hier weer een causaal verband aanwezig zijn tussen fout en schade.

Buitencontractuele aansprakelijkheid kan zich voordoen in vier situaties. Vooreerst is het mogelijk dat er tussen de arts en de patiënt geen wettelijke overeenkomst werd gesloten. Verder kan de gesloten overeenkomst ongeldig zijn omdat ze niet voldoet aan de geldigheidsvereisten opgenomen in artikel 1108 van het burgerlijk wetboek.<sup>12</sup> Daarnaast is het mogelijk dat de veroorzaker van de schade geen contractuele relatie heeft met de schadelijder. Tot slot kan er enkel sprake zijn van buitencontractuele aansprakelijkheid ingeval de schade niet in verband staat met de overeenkomst gesloten tussen zorgverlener en patiënt.

### **5.1.2 Aansprakelijkheid van de zorgverlener voor andermans daad**

De zorgverlener kan niet enkel aansprakelijk gesteld worden voor zijn eigen daden, maar ook voor het foutieve gedrag van zijn ondergeschikten. Artikel 1384 van het Burgerlijk

---

<sup>10</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 370.

<sup>11</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 400-405.

<sup>12</sup> Artikel 1108 Burgerlijk Wetboek

Wetboek stelt dat men aansprakelijk kan worden gesteld voor de daden van personen waarvoor men instaat of van de zaken die men onder bewaring heeft. Een belangrijke vereiste hierbij is dat de persoon die de schade heeft veroorzaakt in ondergeschikt verband staat tot de zorgverlener. Er is sprake van een band van ondergeschiktheid indien de zorgverlener gezag, leiding en toezicht uitoefent over de daden van de aangestelde.<sup>13</sup>

De zorgverlener kan zich enkel bevrijden van de aansprakelijkheid indien hij kan aantonen dat hij de daad van de aangestelde niet heeft kunnen beletten.<sup>14</sup> Daarnaast kan ook het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld voor daden van de zorgverlener. In dit geval is het ook vereist dat er een band van ondergeschiktheid aanwezig is tussen het ziekenhuis en de zorgverlener.

### ***5.1.3 Aansprakelijkheid van de zorgverlener voor schade veroorzaakt door gebrekkige zaken***

Bij de behandeling van de patiënt wordt er meestal gebruik gemaakt van medische hulpmiddelen. Gebreken aan deze hulpmiddelen kunnen de patiënt schade berokkenen. In zowel contractueel als buitencontractueel verband kan de zorgverlener hiervoor aansprakelijk worden gesteld. In contractueel verband kan de patiënt zich beroepen op de algemene regels die gelden bij aansprakelijkheid voor eigen gedrag van de zorgverlener. De patiënt moet echter het nodige bewijs kunnen leveren, hetgeen niet eenvoudig is. Om deze reden heerst hieromtrent een soepele aanvaarding van het bewijs.<sup>15</sup>

In buitencontractueel verband kan de patiënt zich beroepen op artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek. In deze context zijn drie begrippen van belang. Vooreerst is er het begrip zaak. De patiënt kan enkel schadevergoeding bekomen wanneer de schade daadwerkelijk veroorzaakt werd door een zaak. Dat kan zowel een roerend als onroerend goed betreffen. Een tweede belangrijk begrip is het gebrek van een zaak. Volgens J. Van Ryn is een gebrek ieder abnormaal kenmerk dat van die aard is om schade te berokkenen aan derde.<sup>16</sup> Tot slot is ook de bewaring van de zaak van belang. Het is degene die de zaak onder zijn bewaring heeft, die aansprakelijk wordt gesteld. De zorgverlener kan dan enkel nog aan de aansprakelijkheid ontkomen door aan te tonen

---

<sup>13</sup> Artikel 1384 Burgerlijk Wetboek

<sup>14</sup> Artikel 1384 Burgerlijk Wetboek

<sup>15</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 627-635.

<sup>16</sup> J. VAN RYN, La responsabilité du fait des choses, J.T. 1946, 166.

dat hij niet de bewaarder is of dat de schade door het gebrek zijn oorsprong vindt in een vreemde oorzaak.<sup>17</sup>

Verder kan de patiënt ook beroep doen op de wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken. Op basis van deze wet zal de patiënt die schade heeft geleden de producent van het gebrekkige product aansprakelijk kunnen stellen. Dit kan zowel wanneer het een contractueel als een buitencontractueel verband betreft.<sup>18</sup>

## **5.2 Strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem**

Hierboven werd reeds een uiteenzetting gegeven van het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem dat aangelegenheden regelt tussen burgers, meer bepaald tussen de zorgverlener en de schadelijder. Het strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem daarentegen regelt aangelegenheden die zich voordoen tussen de zorgverlener en de staat. Er wordt in de literatuur ook wel eens naar verwezen onder de naam 'gezondheidsstrafrecht'. Het gezondheidsstrafrecht is van toepassing op medische zaken. Medische zaken zijn zaken waarbij de verdachte werkzaam is in de medische sector en wiens handelen en nalaten kan leiden tot een misdrijf.<sup>19</sup>

Een arts kan via het gezondheidsstrafrecht aansprakelijk worden gesteld indien hij tijdens zijn beroepsuitoefening gedragingen vertoont die strijdig zijn met de wet. Men spreekt in dit geval van een misdrijf. Er kunnen drie soorten misdrijven worden onderscheiden. Vooreerst is een overtreding de mildste vorm van een misdrijf. Overtredingen worden bestraft met een politiestraf. Een tweede vorm betreft de wanbedrijven die bestraft worden door de correctionele rechtbank. Tot slot worden misdaden beschouwd tot de meest ernstige vorm van een misdrijf. Ze worden dan ook bestraft door het Hof van Assisen.

Het is steeds de arts die het misdrijf heeft gepleegd die aansprakelijk wordt gesteld. In tegenstelling tot de burgerrechtelijke aansprakelijkheid is er hierbij geen schade vereist. Het louter overtreden van de wet door de arts kan leiden tot strafrechtelijke aansprakelijkheid. Misdrijven worden bestraft met een geldboete, werkstraf of een gevangenisstraf.<sup>20</sup> De ernst van de straf wordt bepaald door het soort misdrijf dat er gepleegd werd. Bovendien zullen ook pogingen tot misdrijven bestraft worden, het is

---

<sup>17</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 669-676 .

<sup>18</sup> Artikel 1 wet betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken.

<sup>19</sup> Duijst, W.L.J.M. (2009). *Gezondheidsstrafrecht*. Deventer: Kluwer, p 6.

<sup>20</sup> *Misdrijven*. (z.d.). Opgevraagd op 23 september, 2013, via [http://www.belgium.be/nl/justitie/slachtoffer/klachten\\_en\\_aangiften/soorten\\_misdrijven/](http://www.belgium.be/nl/justitie/slachtoffer/klachten_en_aangiften/soorten_misdrijven/)

vanzelfsprekend dat de straf in dit geval minder zwaar zal zijn. Voorbeelden van misdrijven in medische context zijn het toedienen van verkeerde medicatie, het foutief uitvoeren van een operatie, onvoldoende zorg verlenen, enzovoort.

### **5.3 Tekortkomingen conventionele aansprakelijkheidssysteem**

Voorafgaand werd er een bespreking gegeven van het conventionele aansprakelijkheidssysteem. Het toepassen van deze regels in realiteit brengt echter heel wat problemen met zich mee. Hieronder zal er kort op de verschillende problemen worden ingegaan per betrokken partij.

#### **5.3.1 Problemen voor de patiënt**

Artikel 1315 van het Burgerlijk Wetboek stelt dat degene die een schadevergoeding wenst, hiervoor de nodige bewijslast moet leveren.<sup>21</sup> Hieruit volgt dat de bewijslast geleverd moet worden door de patiënt. Het bewijzen van schade vormt voor de patiënt doorgaans geen probleem. Bewijs leveren van een foutieve actie van de zorgverlener en het causaal verband tussen fout en schade is echter heel wat moeilijker.

Vooreerst zal er dieper ingegaan worden op de moeilijkheden die rijzen bij het bewijzen van een fout. De patiënt die een schadevergoeding wenst te bekomen zal via artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek moeten aantonen dat er een fout is gebeurd langs de zijde van de zorgverlener.<sup>22</sup> Het aantonen van deze fout is echter geen evidentie. Een eerste moeilijkheid ontstaat doordat een medisch ongeval niet altijd te wijten is aan een foutieve handeling. Elke behandeling die een arts onderneemt is namelijk onderworpen aan een medisch risico. Een complicatie zal niet altijd te wijten zijn aan een handeling van de zorgkundige. Daarnaast is men er nooit zeker van dat het correct uitvoeren van de behandeling wel zou leiden tot een positief resultaat zonder schade.<sup>23</sup> Verder kan er ook schade ontstaan zonder de fout van een zorgverlener. In dit geval zullen patiënten geen schadevergoeding kunnen bekomen. Hierdoor zullen heel wat mensen uit de boot vallen.

Een tweede moeilijkheid waarmee de patiënt kampt is het identificeren van de persoon die de fout heeft begaan. Vooral in ziekenhuizen rijzen er hieromtrent heel wat problemen. Een patiënt komt namelijk in contact met een team van hulpverleners. Er moet echter vermeld worden dat artikel 17 novies van de wet op ziekenhuizen dit euvel

---

<sup>21</sup> Artikel 1315 Burgerlijk Wetboek

<sup>22</sup> T. VANSWEEVELT, *'De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis'*, Antwerpen, Maklu, 1997, p 821-823.

<sup>23</sup> Duijst, W.L.J.M. (2009). *Gezondheidsstrafrecht*. Deventer: Kluwer, p 6.



enigszins verhelpt. Vernoemd artikel stelt namelijk dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor tekortkomingen van de er werkzame beroepsbeoefenaars.<sup>24</sup> Een kleine nuancering stelt echter dat de regeling niet geldt wanneer het ziekenhuis uitdrukkelijk en voorafgaand aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaars aan de patiënt heeft meegedeeld dat het zelf niet aansprakelijk kan worden gesteld ingeval van fout.

De bewijslast van het oorzakelijk verband tussen fout en schade is nog moeilijker voor de patiënt. Er dient een oorzakelijk verband tussen de fout van de hulpverlener en het ontstaan van de schade worden aangetoond. Er is echter geen sprake van causaliteit indien de schade zich ook zou hebben voorgedaan zonder een fout van de hulpverlener. Indien er wel sprake is van causaliteit wil dit zeggen dat de schade zich niet of niet in dezelfde mate zou hebben voorgedaan zonder toedoen van de zorgverlener. In sommige gevallen is er echter nog een bijkomende moeilijkheid. De schade kan namelijk niet altijd voorkomen worden door het uitvoeren van een correcte medische behandeling. Het effect van een medische behandeling is in de meeste gevallen immers onzeker. Zolang er echter geen duidelijk verband bestaat tussen de fout en de schade zal de patiënt geen schadevergoeding kunnen eisen van de desbetreffende zorgverlener.<sup>25</sup> Bovendien zal de arts meestal de bewijzen van de patiënt proberen te weerleggen door het argument van een vreemde oorzaak aan te wenden en zo de verantwoordelijkheid te ontkennen of te minimaliseren. Indien de arts lukt in zijn opzet zal hij de aansprakelijkheid kunnen ontwijken en blijft de patiënt met lege handen achter.

Uitspraken van rechtbanken over gelijkaardige schadegevallen kunnen bovendien vaak erg uiteenlopend zijn waardoor de ene patiënt wel en de andere geen schadevergoeding krijgt. Daarnaast is het instellen van een gerechtelijke procedure duur en tijdrovend.<sup>26</sup> Patiënten kunnen niet altijd terugvallen op een rechtsbijstandsverzekering, waardoor de kosten hoog oplopen. Indien er na afloop geen vergoeding wordt toegekend blijven ze achter met hoge facturen. En degenen die wel hun gelijk halen, lopen het risico op een onvoldoende vergoeding. Dit zorgt er voor dat patiënten vaak weigerachtig staan tegenover een gerechtelijke procedure en dus helemaal geen schadevergoeding bekomen.

### **5.3.2 Problemen voor de zorgverlener**

Ondanks de complexiteit van een gerechtelijke procedure proberen steeds meer benadeelde patiënten langs deze weg hun gelijk te halen. Artsen zijn dan ook meer

---

<sup>24</sup> Wet 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1987

<sup>25</sup> Lierman Steven, 'Causaliteit en verlies van een kans in een medische context', *tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 2007, p. 259-273.

<sup>26</sup> BOCKEN H., *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Kluwer, Mechelen, 2008, p 79-83.

beducht voor eventuele reputatieschade en de negatieve publiciteit die ermee gepaard gaat, alsook voor strafrechtelijke gevolgen. Hierdoor doen zorgverleners meer aan defensieve geneeskunde. Dit betekent in de praktijk dat de artsen tijdens de behandeling zo weinig mogelijk risico's nemen teneinde aansprakelijkheid te vermijden. We onderscheiden positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Positieve houdt in dat zorgverleners meer onderzoeken en handelingen gaan uitvoeren dan eigenlijk nodig is. De negatieve vorm daarentegen betekent dat zorgverleners weigerachtig staan ten opzichte van bepaalde behandelingen. Ze willen aldus bepaalde risico's en de hiermee gepaard gaande aansprakelijkheid zo veel mogelijk beperken.<sup>27</sup>

### **5.3.3 Problemen voor de verzekeringsmaatschappijen**

Ook verzekeringmaatschappijen ondervinden nadelige gevolgen van de gemeenschappelijke regeling. Als uitbetaler van schadevergoedingen aan patiënten zal een toenemende schadelast hen aanzetten tot de verhoging van de verzekeringspremies. Met als gevolg dat heel wat artsen afzien van het afsluiten van een verzekering. De laatste jaren trekken verzekeraars zich dan ook terug op deze markt of bieden geen verzekeringen meer aan hoge risico groepen.<sup>28</sup>

### **5.3.4 Problemen voor de rechtbanken**

Ook de rechtbanken mogen we niet buiten beschouwing laten. In het conventionele aansprakelijkheidssysteem kunnen patiënten slechts één piste belopen om schadevergoeding te bekomen. Ze hebben enkel de mogelijkheid tot het instellen van een gerechtelijke procedure om de zorgverlener aansprakelijk te stellen en een eventuele schadevergoeding te bekomen. In België ontwikkelt zich de laatste jaren een procescultuur waardoor steeds meer patiënten hun gelijk willen halen voor de rechtbank. Bijgevolg dreigt er gerechtelijke achterstand. Daarbovenop is het instellen van een gerechtelijke procedure complex en kostelijk.<sup>29</sup>

Uit voorgaande problemen kunnen we concluderen dat het conventionele aansprakelijkheidssysteem niet volstaat om schadevergoedingseisen als gevolg van medische behandeling te regelen. Bovendien leidt het systeem tot defensieve geneeskunde. Hetgeen kostelijk is en de kwaliteit van de zorg niet steeds ten goede komt. In het praktijkonderzoek van deze masterproef zal het begrip defensieve geneeskunde centraal staan. Er zal namelijk worden onderzocht of er een

---

<sup>27</sup> The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care; D. Kessler, M. McClellan; Law and Contemporary Problems, 1997, Volume 60, Number 1: 81-106.

<sup>28</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 3.

<sup>29</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 7.

gedragsverandering plaatsvindt bij artsen door de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem. In wat volgt zullen de hervormingen die reeds in andere landen hebben plaatsgevonden, besproken worden en zal er een overzicht worden gegeven van de alternatieven die in België ter sprake kwamen en tot uitvoering zijn gekomen.

#### ***5.4 Hervormingen in andere landen en de alternatieven in België***

Wegens de problemen die in de medische wereld rijzen bij het conventionele aansprakelijkheidssysteem werd beslist op zoek te gaan naar een alternatieve wetgeving specifiek voor deze materie. Vooreerst zal een overzicht gegeven worden van de hervormingen van het medisch aansprakelijkheidssysteem die reeds in andere landen hebben plaatsgevonden. Daarnaast zal er ook een blik geworpen worden op de alternatieven die in België aan bod zijn gekomen.

##### ***5.4.1 Hervormingen in andere landen***

De vergoeding van medische ongevallen is een actueel thema. Niet alleen in België, maar ook in andere landen is men wegens de problemen betreffende het conventionele systeem op zoek gegaan naar een specifiek medisch aansprakelijkheidssysteem dat wel voldoet aan de verwachtingen van de betrokken partijen. Hieronder volgt een overzicht van de medische aansprakelijkheidssystemen uit Zweden, Frankrijk en Nieuw-Zeeland.

Vooreerst zal er dieper worden ingegaan op het systeem dat in Zweden actief is. Zweden is het eerste land dat op de proppen kwam met een no fault-vergoedingssysteem. Dit betekent dat de patiënt niet langer moet bewijzen dat de schade tot stand is gekomen door de fout van een arts om schadevergoeding te bekomen. Patiënten die schadevergoeding eisen, moeten enkel bewijs leveren van een causaal verband tussen de schade en de zorgverstrekking. Met andere woorden moet de schade naar redelijke waarschijnlijkheid veroorzaakt zijn door de zorgverstrekking. Zowel economische schade als niet-economische schade worden vergoed. Toch wordt door het instellen van drempels, plafonds en vrijstellingen niet alle schade vergoed.<sup>30</sup>

In Frankrijk vond er in 2002 eveneens een hervorming van het aansprakelijkheidssysteem plaats met als gevolg de oprichting van een openbaar fonds, namelijk het ONIAM oftewel l'office national d'indemnisation des accidents médicaux. Het fonds heeft als taak patiënten te compenseren die schade leden zonder de fout van een zorgverlener. Alsook om de procedure te versnellen en de betaling van de vergoeding te

---

<sup>30</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 866-880.

waarborgen in geval van aansprakelijkheid van de zorgverlener. Bovendien kunnen patiënten een compensatie bekomen via een alternatieve geschillenregeling bij de verzoeningscommissie. Dit kan voor, na of tijdens het bekomen van een schadevergoeding via de rechtsgang. Bovendien behouden patiënten in het Franse systeem de mogelijkheid om via een gerechtelijke procedure een schadevergoeding te bekomen. De rechter bepaalt of er al dan niet een zorgverlener aansprakelijk kan worden gesteld en indien dit niet het geval is bepaalt de rechter of de patiënt in aanmerking komt voor een vergoeding via het fonds.<sup>31</sup>

Tot slot werd ook het medisch aansprakelijkheidssysteem van Nieuw-Zeeland hervormd. Hier werd in 1972 een verzekering ingevoerd die de volledige persoonlijke schade als gevolg van een ongeval dekt. Deze allesomvattende verzekering heeft als doel om elk slachtoffer op een gelijke manier te vergoeden zonder de oorzaak van de schade in rekening te brengen. Bovendien moet ook in dit systeem geen foutbewijs geleverd worden om een vergoeding te bekomen. Desalniettemin moet de schade wel het gevolg zijn van een ongeval. Indien dit het geval is, zal de patiënt zijn recht verliezen om via het gemeenrechtelijke aansprakelijkheidssysteem een vergoeding te eisen.<sup>32</sup>

#### **5.4.2 Alternatieven in België**

Bij de zoektocht naar een specifiek aansprakelijkheidssysteem voor medische ongevallen focust België zich primair op de hervormingen die reeds in andere landen hebben plaatsgevonden. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de verscheidene alternatieven die binnen de regering aan bod zijn gekomen.

Een eerste alternatief betreft het no fault-systeem met afschaffing van het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht. Via dit systeem zouden patiënten een schadevergoeding kunnen bekomen zonder bewijs van een fout van de zorgverlener. Dit kan door zich te richten tot het Fonds voor Medische Ongevallen. De patiënten kunnen zich evenwel niet meer richten tot de gewone rechtbanken om schadevergoeding te bekomen. Om het systeem financieel haalbaar te maken, zullen er echter wel enkele beperkingen worden opgelegd aan de vergoedbare schade via het fonds.<sup>33</sup>

Een tweede alternatief betreft de coëxistentie van het no fault-systeem en het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht. In deze situatie zou het slachtoffer zelf moeten kiezen op welke

---

<sup>31</sup> Rodwin, M.A. (2011). French medical malpractice law and policy through American eyes: what it reflects about public and private aspects of American law [Elektronische versie]. *Drexel law review*, 4, 109-138.

<sup>32</sup> VANSWEEVELT, Thierry. *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, p. 860-863.

<sup>33</sup> Vansweevelt, T. (2011). De wet medische ongevallen: de krachtlijnen, de filosofie en het toepassingsgebied. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010 (pp 1-37)*. Antwerpen: Intersentia.

manier hij/zij een schadevergoeding wenst te bekomen. Op deze manier wil men voorkomen dat degene die een fout begaan heeft aan zijn aansprakelijkheid zou kunnen ontsnappen en dat het slachtoffer onvoldoende vergoed zou worden.<sup>34</sup>

Een derde alternatief is het exclusieve tweesporensysteem. Het slachtoffer heeft in dit geval de keuze of hij schadevergoeding bekomt via het no fault-systeem of op basis van het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht. De keuze die de patiënt maakt is evenwel onherroepelijk. Indien de patiënt kiest voor een vergoeding via het fonds is foutbewijs geen vereiste. Als hij/zij zich echter richt tot de rechtbank is foutbewijs wel een voorwaarde om schadevergoeding te bekomen.<sup>35</sup>

Een vierde alternatief betreft een begeleide keuze tussen de patiëntenverzekering en het gemeenrechtelijk aansprakelijkheidssysteem. Dit systeem promoot een co-existentie van het no fault-systeem en het gemeen aansprakelijkheidsrecht, waarbij patiënten begeleid worden in hun keuze tussen beiden. Er zou dan een commissie worden opgericht binnen het Fonds voor Medische Ongevallen die de aanvraag van de patiënten zou verwerken en op basis hiervan een advies vormt omtrent de te volgen procedure. Er zijn twee mogelijke procedures. Enerzijds kan het slachtoffer via het fonds een geplafonneerde schadevergoeding bekomen zonder bewijs van fout. Anderzijds kan het slachtoffer zich richten tot de rechtbank en op deze manier over een integrale schadevergoeding beschikken.<sup>36</sup>

Tot slot werd er ook een tweetrappensysteem voorgesteld. Het tweetrappensysteem betreft een verzekeringspolis die bestaat uit een ongevallenverzekering en een aansprakelijkheidsverzekering. De ongevallenverzekering zal de geleden schade dekken. De aansprakelijkheidsverzekering dekt het risico dat de arts aansprakelijk kan worden gesteld. Het systeem biedt zowel voordelen voor de patiënt als voor de arts. De patiënt bekomt via dit systeem onmiddellijk een schadevergoeding en de arts gaat op deze manier een conflictsituatie uit de weg.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup>Vansweevelt T. (2008). De historiek van de wet medische schadegevallen en alternatieven. In Bocken H., *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade* (pp.79-95). Mechelen: Kluwer.

<sup>35</sup> Vansweevelt T. (2008). De historiek van de wet medische schadegevallen en alternatieven. In Bocken H., *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade* (pp.79-95). Mechelen: Kluwer.

<sup>36</sup> Vansweevelt, T. (2011). De wet medische ongevallen: de krachtlijnen, de filosofie en het toepassingsgebied. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 1-37). Antwerpen: Intersentia.

<sup>37</sup>Vansweevelt T. (2008). De historiek van de wet medische schadegevallen en alternatieven. In Bocken H., *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade* (pp.79-95). Mechelen: Kluwer.



## **6 Wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg**

### **6.1 Totstandkoming wet 15 mei 2007**

Het conventionele aansprakelijkheidssysteem voldeed niet aan de eisen van de betrokken partijen in geval van een medisch ongeval. Bijgevolg gingen beleidsmakers op zoek naar een valabel en werkzaam alternatief. Er kwamen betreffende deze materie al snel vijf alternatieven ter sprake. Deze werden hierboven reeds kort besproken. Uiteindelijk werd er binnen de regering beslist een naar Zweeds voorbeeld no fault-systeem in te voeren. Dit met als hoofddoel door medische schade benadeelde patiënten een vergoeding te garanderen. Via dit systeem zouden namelijk niet alleen patiënten die schade hebben geleden door een medische fout maar ook degene die schade leden zonder fout van de zorgverlener kunnen worden vergoed. Er bleef evenwel de vraag of de civielrechtelijke aansprakelijkheid naast het no fault-systeem moest blijven bestaan. Ingeval van behoud zou de patiënt de keuze hebben tussen mogelijke alternatieven. Maar al snel stelde men dat het naast elkaar fungeren van beide systemen financieel niet haalbaar zou zijn.<sup>38</sup>

### **6.2 Belangrijkste krachtlijnen van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg**

De hoofddoelstelling van het no fault-systeem is het vergoeden van patiënten die schade hebben geleden tengevolge van medische behandelingen, zowel zonder als met fout van de zorgkundige. In deze context streeft men naar een efficiënte en eenvoudige procedure die de patiënt op een correcte manier zal vergoeden. Indien een medisch ongeval zich voordoet zal het slachtoffer in het no-fault systeem bijgevolg geen fout of oorzakelijk verband moeten aantonen om schadevergoeding te bekomen. De focus ligt namelijk op de schade tengevolge van gezondheidszorg. Door het verwijderen van de schadevergoeding uit de gemeenrechtelijke sfeer zal de hulpverlener echter geen volledige immuniteit bekomen. De patiënt zal steeds de mogelijkheid behouden om de zorgverlener op basis van een opzettelijke of zware fout burgerrechtelijk aansprakelijk te stellen. In alle andere gevallen is deze aansprakelijkheid echter uitgesloten.<sup>39</sup>

De zorgverlener zou in het kader van de wet immuniteit genieten. Er zijn echter enkele uitzonderingen voorzien. Er zou geen immuniteit gelden bij opzettelijke of zware fout van

---

<sup>38</sup> I. Boone, 'De rol van het aansprakelijkheidsrecht in het nieuwe vergoedingssysteem voor medische ongevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 165-168.

<sup>39</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 7-9.

de zorgverlener. Door artikel 7 §4 van de wet wordt het begrip zware fout verder vernauwd. Enkel in de in dit artikel opgesomde gevallen van zware en opzettelijke fout kon de patiënt de zorgverlener burgerrechtelijk aansprakelijk stellen.<sup>40</sup> De vergoeding bekomen via het civielrechtelijke systeem is ondergeschikt aan deze van het no fault-systeem. Het is overigens strikt uitgesloten om via beide systemen een vergoeding voor dezelfde schade te bekomen. Dit betekent concreet dat de patiënt enkel het verschil kan eisen van de schadevergoeding die door beide systemen wordt toegekend.

Het slachtoffer zou de mogelijkheid behouden zich burgerlijke partij te stellen in een strafrechtelijke procedure wanneer de schade geen opzettelijke of zware fout van de zorgverlener betreft. De schadevergoeding die het slachtoffer hierdoor kon bekomen was beperkt tot het bedrag van één symbolische euro. Dit bedrag geldt enkel wanneer de zorgkundige immuniteit geniet.<sup>41</sup> Naast de burgerlijke partijstelling was er tevens verhaalrecht mogelijk door het fonds, het gemeenschappelijk waarborgfonds, de verzekeringsondernemingen en -instellingen op twee vlakken. Vooreerst is er verhaalrecht op de zorgkundige bij opzettelijke of zware fout, en dit ten belope van het uitbetaalde bedrag. Bovendien is er ook verhaalmogelijkheid op de producent. En dit op basis van de wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken, hierna wet productaansprakelijkheid genoemd. Schade bij het verlenen van gezondheidszorg kan namelijk veroorzaakt worden door een gebrekkig product dat door de wet productaansprakelijkheid omschreven wordt als een product dat onvoldoende veiligheid biedt, ook al kan men deze veiligheid verwachten.<sup>42</sup> Indien de producent geen zorgverlener is, kan het slachtoffer hem civielrechtelijk aansprakelijk stellen. Indien de producent daarentegen wel een zorgverlener is, geniet hij nog steeds immuniteit.<sup>43</sup>

### **6.3 Vergoedbare schade**

In het no fault-systeem zou schade enkel voor vergoeding in aanmerking komen wanneer deze ontstaat door het verlenen van gezondheidszorg. Zowel economische als niet-economische schade zouden vergoed worden. Echter niet alle schade zal in aanmerking komen voor vergoeding. Schade ontstaan door opzettelijke fout van de patiënt of het afwijzen van de door de zorgverlener voorgelegde behandelingen door de

---

<sup>40</sup> Artikel 7 § 4 wet 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorgen.

<sup>41</sup> I. Boone, 'De rol van het aansprakelijkheidsrecht in het nieuwe vergoedingssysteem voor medische schadegevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 181-182.

<sup>42</sup> Artikel 5 wet 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken.

<sup>43</sup> I. Boone, 'De rol van het aansprakelijkheidsrecht in het nieuwe vergoedingssysteem voor medische schadegevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 183-188.



patiënt zouden niet tot schadevergoeding leiden. Ook schade tengevolge van de normale en voorzienbare risico's, met inachtneming van de huidige gezondheidstoestand en wetenschap, verbonden aan de behandeling werd uitgesloten van vergoeding.<sup>44</sup>

Het wetsontwerp sprak bovendien van een integrale vergoeding. Deze uitspraak moet echter genuanceerd worden. Integrale vergoeding is enkel mogelijk indien de volledige schade gedekt wordt door de wet van 15 mei 2007. Indien dit niet het geval is, zal enkel het gedeelte dat niet vergoed werd door een andere regeling, uitgekeerd worden. Bovendien en dit om de budgettaire impact te beperken voorzag men in de wet ook enkele begrenzings op de vergoeding, namelijk door middel van vrijstellingen, plafonds en een drempelwaarde.<sup>45</sup>

Hoewel het slachtoffer geen bewijs meer zou moeten leveren van een fout en het causaal verband tussen fout en schade, bleef er toch nog enige bewijslast te leveren. De patiënt zou namelijk moeten bewijzen dat er een band bestaat tussen de schade en de verleende gezondheidszorg. De exacte oorzaak van de schade dient evenwel niet te worden nagegaan.

#### **6.4 Fonds voor Medische Ongevallen**

In het kader van de wet zou er bovendien een fonds worden opgericht, waartoe de patiënt zich kan richten voor schadevergoeding. Het betreft een staatsdienst met afzonderlijk beheer.<sup>46</sup> Het Fonds voor Medische Ongevallen zou onder de rechtstreekse bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid vallen. Het fonds werd belast met verschillende opdrachten. Namelijk: een lijst bijhouden van de verzekerde zorgverstrekkers, de aanvragen tot schadeloosstelling te ontvangen, goedkeuring geven over de vergoedingsbeslissing, enzovoort.<sup>47</sup> Voor de financiering werd voorzien in een jaarlijkse toelage ten laste van de Staat en de begroting van het RIZIV. Daarnaast was er ook de bijdrage van de zorgverleners in de vorm van de aan de verzekeringsinstellingen betaalde premies. Tot slot waren er de opbrengsten uit subrogatievorderingen en financiële opbrengsten van het fonds zelf. Volgens een door het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg in 2006 gepubliceerd rapport zou de geschatte kost van het

---

<sup>44</sup> S. Lierman, 'Schade, causaliteit en toepassingsgebied van de wet medische schadegevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 109-114.

<sup>45</sup> S. Lierman, 'Schade, causaliteit en toepassingsgebied van de wet medische schadegevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 118-123.

<sup>46</sup> S. Lierman, 'Schade, causaliteit en toepassingsgebied van de wet medische schadegevallen', in H. Bocken, *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*, Mechelen:Kluwer 2008, P. 139.

<sup>47</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 35.

systeem tussen de 77 en 120 miljoen euro per jaar bedragen. Een bedrag dat de kosten van het civielrechtelijke systeem niet significant zou overtreffen.<sup>48</sup>

## **6.5 Vergoedingsprocedure**

De vergoedingsprocedure van het fonds zou als volgt verlopen. Vooreerst zou de aanvraag tot schadevergoeding worden onderzocht en daarna doorgestuurd worden naar de aangeduide verzekeraar. Deze oordeelt of er sprake is van schade en of er sprake is van een tussenkomst in de geleden schade. Op basis hiervan zou de patiënt een voorstel ontvangen van de verzekeraar, met mogelijkheid om opmerkingen te formuleren. Het voorstel van de verzekeraar en de opmerkingen van de patiënt werden daarna naar het fonds gestuurd die zich als laatste partij zal uitspreken over het dossier en de betaling uitvoert.<sup>49</sup>

In geval van onenigheid tussen het Fonds en de verzekeraars over de beslissing tot schadevergoeding zou er een arbitrageprocedure opgezet worden tussen de beide instanties. Daarnaast was er ook nog een beroep mogelijk tegen de beslissing bij het college van arbiters. In tussentijd zou de patiënt de verschuldigde schadevergoeding ontvangen van de eiser, tot er een duidelijke uitspraak is door de rechter.<sup>50</sup>

Voor het slachtoffer bleef er eveneens de mogelijkheid tot beroep tegen de beslissing van het fonds en de verzekeraar. De arbeidsrechtbank beslist in dit geval over de werkelijke schade en eventuele schadevergoeding. Er zou bovendien een waarborgfonds gecreëerd worden voor het geval de zorgverlener niet beschikt over een verzekering. Voor de slachtoffers wordt een rechtvaardige vergoeding voorzien, met plafonds om de budgettaire impact te beperken. Patiënten wiens rechten geschaad werden door een zorgverlener zonder verzekering konden zich richten tot het gemeenschappelijk waarborgfonds. Dit fonds zou alle dergelijke schadegevallen behandelen en dit op dezelfde manier als in geval van een wel verzekerde zorgverlener. Indien deze situatie zich voordoet is het fonds verantwoordelijk voor de betaling aan de patiënt. Beroep is uiteraard mogelijk.<sup>51</sup>

## **6.6 Tekortkomingen en afschaffing no fault- wet**

De wet van 15 mei 2007 betreffende medische ongevallen heeft heel wat kritiek gekregen. Een eerste opmerking door de afdeling wetgeving van de Raad van State

---

<sup>48</sup> Maréchal X, Denuit M, Vinck I, Closos J-P. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Keniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 68A (D/2007/10.273/52)

<sup>49</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 94-98.

<sup>50</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 11.

<sup>51</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 4.

betreft de gemeenrechtelijke regels. Zoals eerder vermeld zou het slachtoffer zich niet kunnen beroepen op de civielrechtelijke regels tenzij ingeval van opzettelijke of zware fout. Bijgevolg stipuleerde de Raad van State dat er discriminatie kan optreden tussen slachtoffers van medische ongevallen en deze die nog steeds geregeld worden via het gemeenrecht. Er diende worden nagegaan of het verschil in behandeling een overtreding met zich meebrengt van het grondwettelijk beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie.<sup>52</sup>

Een tweede belangrijke opmerking betreft de verplichte verzekering. Volgens het wetsontwerp was iedere zorgverstreker verplicht een verzekering af te sluiten bij een verzekeringsinstelling. Deze verzekeringsovereenkomsten worden geregeld door de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomsten. Sommige bepalingen van de wet werden integraal overgenomen in het wetsontwerp, van andere werd afgeweken. Het wetsontwerp gaf hierover geen duidelijke toelichting.<sup>53</sup>

Daarnaast had de Raad van State ook enkele opmerkingen betreffende de omschrijving van het begrip schade. Artikel 4 van het wetsontwerp omschreef de schade die in aanmerking kwam voor een vergoeding als schade die het gevolg is van de normale en voorzienbare risico's of neveneffecten. Verder in de wet werd echter nergens gepreciseerd wat men moest verstaan onder 'normale en voorzienbare risico's of neveneffecten. De precisering van dit begrip heeft evenwel een grote invloed op de beslissing van het fonds betreffende de vergoeding.<sup>54</sup>

Ook betreffende het fonds voor vergoeding van ongevallen bij medische ongevallen had de Raad enkele opmerkingen. Het fonds zou worden opgericht als een staatsdienst met afzonderlijk beheer. De aan het fonds toegewezen taken hadden evenwel niet het karakter van de bevoegdheden van een dergelijke staatsdienst. Daarom de aanbeveling het fonds op te richten als een openbare instelling met eigen rechtspersoonlijkheid. Indien toch gekozen werd voor een staatsdienst met afzonderlijk beheer diende de regelgeving hierover grondig aangepast te worden.<sup>55</sup>

De wet werd op 6 juli 2007 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en zou op 1 januari 2008 inwerking treden. Aangezien het fonds binnen deze termijn niet operationeel kon zijn, werd de datum van inwerkingtreding een eerste keer uitgesteld tot 1 januari 2009. Maar eerst dienden nog enkele Koninklijke Besluiten te worden genomen. Een werkgroep van de FOD volksgezondheid kwam echter tot het besluit dat de wet nog op heel wat

---

<sup>52</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 48-49.

<sup>53</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 51-53.

<sup>54</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 53-56.

<sup>55</sup> Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001, p. 58-61.

punten diende te worden geamendeerd. Vervolgens werd op 4 juli 2008 aan de ministerraad een voorontwerp voorgelegd. Dit had tot gevolg dat nieuwe onderhandelingen met de betrokken sectoren noodzakelijk werden. Deze hebben echter geleid tot de consensus om een systeem in te voeren dat sterk aanleunt bij het Franse systeem. Uiteraard waren aanpassingen aan de Belgische context nodig. Dientengevolge werd de wet van 15 mei 2007 opgeheven en vervangen door deze van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 9-10.

## ***7 Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg***

### ***7.1 Totstandkoming wet 31 maart 2010***

De afdeling wetgeving van de Raad van State bestookte de no fault-wet met heel wat kritiek. Bovendien werd ook binnen de regering getwijfeld aan de werking van het no fault systeem en steeds meer geneigd naar de invoering van een specifiek aansprakelijkheidssysteem voor medische ongevallen naar Frans voorbeeld. Bijgevolg werd de invoering van het no fault systeem opgeheven en beslist een tweesporensysteem te introduceren. In wat volgt zal er dieper worden ingegaan op verscheidene aspecten van het Belgische tweesporensysteem betreffende de vergoeding van medische ongevallen tengevolge van gezondheidszorg.

### ***7.2 Krachtlijnen wet 31 maart 2010***

In tegenstelling tot de no fault-wet wordt er door de invoering van de wet van 31 maart 2010 gekozen voor een tweesporensysteem waarbij de patiënt een zekere keuzevrijheid heeft bij het verkrijgen van een schadevergoeding. Hij kan een vergoeding bekomen door ofwel een gerechtelijke procedure te starten ofwel opteren voor een minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen.<sup>57</sup> Vanzelfsprekend kan er slechts een gerechtelijke procedure tot stand komen wanneer dit leidt tot aansprakelijkheid van de zorgverlener. Voor een minnelijke procedure daarentegen is dit geen vereiste. Het tweesporensysteem kan meer specifiek onderscheiden worden door het criterium aansprakelijkheid. Men kiest bewust niet voor het foutcriterium omdat het aansprakelijkheids criterium rekening houdt met aansprakelijkheid op basis van feiten en mensen waarvoor men instaat.<sup>58</sup>

Vooreerst kan het slachtoffer via de gemeenrechtelijke procedure een rechtszaak aanspannen tegen de aansprakelijke hulpverlener. Overeenkomstig de wetgeving inzake burgerrechtelijke aansprakelijkheid ligt de bewijslast van de fout, schade en het oorzakelijk verband tussen beiden bij de patiënt. De zorgverlener kan eveneens aansprakelijk gesteld worden op basis van andere aansprakelijkheidsregels zoals artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek. De verzekering van de aansprakelijke is in dit geval verantwoordelijk voor de uitbetaling van de schadevergoeding. De schade wordt in haar geheel vergoed aan het slachtoffer.<sup>59</sup> Hierbij dient opgemerkt te worden dat een

---

<sup>57</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.13.

<sup>58</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.11.

<sup>59</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.10-11

slachtoffer slechts eenmaal voor dezelfde schade vergoed kan worden. Indien na de gerechtelijke procedure de noden van de patiënt onvoldoende gelenigd zijn, zal hij dus geen aanspraak meer kunnen maken op een bijkomende vergoeding via de minnelijke procedure van het fonds.

Slachtoffers die door het toedoen van de zorgkundige schade leden maar omwille van de dure en lange procedure afzien van het aanspannen van een rechtszaak hebben nu de mogelijkheid een minnelijke procedure op te starten bij het fonds. De aansprakelijkheid kan zowel een nalaten als een handeling van de zorgkundige betreffen. Daarenboven kunnen ook slachtoffers die schade ondervonden zonder voorafgaande fout van een hulpverlener deze weg volgen en alsnog een schadevergoeding bekomen. Men spreekt dan van een medische ongeval zonder aansprakelijkheid.

### **7.3 Vergoedbare schade**

Het Fonds voor Medische Ongevallen is enkel bevoegd om schadevergoeding te verlenen aan slachtoffers die schade hebben geleden tengevolge van de verstrekking van gezondheidszorg. Er moet zowel in het geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijk als voor medische ongevallen die aanleiding geven tot aansprakelijkheid voldaan worden aan deze voorwaarde vooraleer een slachtoffer schadevergoeding kan bekomen. Indien de schade niet tot stand is gekomen tengevolge van de verstrekking van gezondheidszorg zal de patiënt zich enkel nog kunnen richten tot de gewone rechter.<sup>60</sup>

In geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zal de schade bovendien moeten voldoen aan twee bijkomende voorwaarden. Vooreerst moet de geleden schade abnormaal zijn. Dit is het geval indien ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.<sup>61</sup> De beoordeling van het begrip abnormale schade wordt onderworpen aan een objectief criterium. Dit betekent dat het verwachtingspatroon van de patiënt omtrent de zorgverstrekking buiten beschouwing wordt gelaten. Tot slot moet de schade ook voldoende ernstig zijn. Hiertoe wordt een minimale ernstdrempel gehanteerd. Zodra men deze drempel overschrijdt, kan men een schadevergoeding bekomen, in het andere geval niet. Er zijn vier voorwaarden opdat de schade als voldoende ernstig wordt beschouwd. De patiënt moet slechts voldoen aan één hiervan om schadevergoeding te bekomen. De patiënt moet door de schade ofwel een invaliditeit

---

<sup>60</sup> Lierman, S. (2011). Vergoedingsvoorwaarden van het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 39-60). Antwerpen: Intersentia.

<sup>61</sup> Artikel 2, 7° Wet 31 maart betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

van minstens 25% hebben opgelopen, ofwel overleden zijn, ofwel gedurende zes maanden arbeidsongeschikt zijn ofwel moeten zijn levensomstandigheden zwaar verstoord zijn.<sup>62</sup> Bovendien wordt om budgettaire redenen schadevergoeding tengevolge van het verlenen van gezondheidszorgen voor een esthetisch doel en schade tengevolge van experimenten uitgesloten. Artikel 2, 11° van "de wet betreffende de experimenten op de menselijke persoon" omschrijft een experiment als volgt: 'elke op de menselijke persoon uitgevoerde proef, studie of onderzoek, met het oog op de ontwikkeling van de kennis eigen aan de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen'.

Indien voldaan werd aan bovenstaande voorwaarden betreffende het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zal het fonds de volledige vergoeding aan het slachtoffer uitkeren. Er is hierbij geen tussenkomst van de verzekeraar of de zorgverlener.<sup>63</sup> Wanneer het een medisch ongeval met aansprakelijkheid van de zorgverlener betreft daarentegen is het aan de verzekeraar om de schade van het slachtoffer te vergoeden. In welbepaalde gevallen zal het fonds echter toch instaan voor vergoeding van het slachtoffer en optreden als waarborgfonds. Het fonds zal in dit geval in de plaats treden van de verzekeraar of de zorgverlener, maar zal de uiteindelijke financiële last niet zelf dragen.

Er moet echter opgemerkt worden dat het slachtoffer niet verplicht is zich tot het fonds te wenden. Via het tweesporensysteem wil men de slachtoffers er enkel toe aanzetten hiervoor te kiezen, eerder dan voor een gerechtelijke procedure te opteren. Als argument wordt aangehaald dat de procedure via het fonds eenvoudiger, sneller en efficiënter is. Bovendien is de procedure bij het fonds gratis.<sup>64</sup> Het slachtoffer kan er eveneens voor opteren beide procedures op te starten. In voorkomend geval zal de gedupeerde echter nooit twee maal kunnen worden vergoed voor dezelfde schade. Immers, indien een persoon aanspraak maakt op beide sporen, zullen zowel de rechtbank als het fonds hiervan op de hoogte worden gebracht.<sup>65</sup>

#### **7.4 Fonds voor Medische Ongevallen**

De oprichting van het Fonds voor Medische Ongevallen is een belangrijk aspect voor de inwerkingtreding van het tweesporensysteem. Het fonds zal, in tegenstelling tot de bepalingen in de wet van 15 mei 2007, worden opgericht met rechtspersoonlijkheid. De drie belangrijkste taken waarmee het fonds wordt belast zijn : het vergoeden van de patiënt bij schade zonder aansprakelijkheid van een zorgverlener, de organisatie van de

---

<sup>62</sup> Artikel 5 Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

<sup>63</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.11

<sup>64</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.85.

<sup>65</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 13.

minnelijke procedure en het verzamelen van statistieken betreffende de vergoeding en de medische ongevallen.<sup>66</sup> Het fonds fungeert enerzijds als schadefonds ingeval van een ongeval zonder aansprakelijkheid. Anderzijds zal het fonds in welbepaalde gevallen als waarborgfonds optreden indien het een ongeval met aansprakelijkheid betreft. Daarenboven treedt het fonds ook op als bemiddelaar in de context van een minnelijke procedure.<sup>67</sup>

De financiering van het fonds komt ten laste van het RIZIV. De raad van bestuur zal dan ook grotendeels bestaan uit de algemene raad van het RIZIV en daarbij enkele leden van de patiëntenorganisaties. Uit een studie van het federaal kenniscentrum blijkt dat er in België jaarlijks tussen de 80 en 140 schadegevallen van een vergoeding van het fonds kunnen genieten. Het hiertoe benodigde budget bedraagt circa 70 miljoen euro. Dit is beduidend minder dan wat er werd voorzien in het no fault-systeem. Niettegenstaande het feit dat in dit systeem budgetbeperkende maatregelen zoals de invoering van drempels, plafonds en vrijstellingen waren voorzien zou het toch een beduidende meerkost met zich hebben meegebracht. Dit biedt interessante perspectieven in die zin dat het fonds in de toekomst steeds meer schadegevallen zal kunnen vergoeden.<sup>68</sup>

## **7.5 De vergoedingsprocedure**

Iedere persoon die meent schade te hebben geleden tengevolge van gezondheidszorg of zijn rechthebbenden beschikt over het recht om gratis een advies aan te vragen bij het fonds over de eventuele aansprakelijkheid van de arts.<sup>69</sup> Het fonds zal in de adviesfase oordelen over de ernst van de schade en of de schade al dan niet zijn oorsprong vond in een fout van de zorgverlener.<sup>70</sup> Er wordt hiervoor door het fonds beroep gedaan op de beschrijving van de gebeurtenis en schade die het slachtoffer bij zijn aanvraag voegt. Het fonds heeft evenwel de mogelijkheid om extra informatie en documenten op te vragen bij de betrokken personen om zijn beslissing verder te staven. Na het bekomen van de nodige informatie zal het fonds binnen een termijn van 6 maanden beslissen over de aanvaarding van het ingediende dossier. Met andere woorden zal het Fonds voor Medische Ongevallen beslissen of het schade betreft ten gevolge van een medisch

<sup>66</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 13-14.

<sup>67</sup> Boone, I. (2011). De verhouding tussen het aansprakelijkheidsrecht en de vergoeding door het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 39-60). Antwerpen: Intersentia.

<sup>68</sup> Yerna BL, Maréchal X, Denuit M, Closon JP, Vinck I. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België; Health Services Research (HSR). Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2009; KCE Reports 107A;D/2009/10.273/16.

<sup>69</sup> Jocqué, G. (2011). Het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 39-60). Antwerpen: Intersentia.

<sup>70</sup> H. Nys, 'Het recht op vergoeding van abnormale schade als gevolg van gezondheidszorg', in rechtskundig weekblad 2012-13 nr. 9, pp. 322-334.



ongeval met aansprakelijkheid van de zorgverlener of zonder aansprakelijkheid van de arts of dat de schade door geen van beide is tot stand gekomen.<sup>71</sup> Bovendien moet het fonds bepalen of de arts over een verzekeringsovereenkomst beschikt die de mogelijke aansprakelijkheid dekt.

Na het uitbrengen van een duidelijk advies zal het fonds overgaan tot de uiteindelijke vergoeding van het slachtoffer. Het Fonds voor Medische Ongevallen staat in voor de vergoeding van slachtoffers die schade leden zonder toedoen van de zorgverlener wanneer ze van mening zijn dat de schade een voldoende hoge ernstgraad heeft.<sup>72</sup> Het fonds zal dan een voorstel tot vergoeding voorleggen aan het slachtoffer. Deze kan het voorstel aanvaarden of betwisten. Bij aanvaarding van het voorstel zal het fonds de schadevergoeding uitbetalen aan de patiënt. In geval van betwisting van het voorstel kan de benadeelde zich wenden tot de rechtbank van eerste aanleg. Evenwel, vanaf de aanvang van de rechtszaak stopt de minnelijke procedure. Bovendien kan de schadelijder alvorens over te gaan tot de burgerlijke procedure nog een tegenvoorstel formuleren aan het fonds. Het fonds kan dan eventueel en rekening houdend met de opmerkingen het voorstel aanpassen.<sup>73</sup> Indien de schadelijder akkoord gaat met het tweede voorstel van het fonds zal hij de voorgestelde schadevergoeding ontvangen en loopt de procedure tot zijn einde. Er kan bijgevolg geen bijkomende schadevergoeding meer bekomen worden via de burgerrechtelijke procedure.

Is de schade ontstaan door toedoen van de zorgverlener dan wordt het dossier meteen overgemaakt aan de verzekering van de hulpverlener. De verzekeringsmaatschappij zal zich wenden tot het slachtoffer om te beraden over een verzoek tot schadeloosstelling.<sup>74</sup> Wanneer het fonds bovendien van mening is dat de schade aangevoerd door het slachtoffer onvoldoende ernstig is, zal dit meegedeeld worden aan de patiënt en stopt de minnelijke procedure.<sup>75</sup>

In uitzonderlijke gevallen komt het fonds tussen bij fout van de zorgverlener. Dit kan zich ten eerste voordoen in geval het verzekeringscontract de aansprakelijkheid van de zorgverlener niet of onvoldoende dekt. Daarnaast kan het fonds de schadevergoeding overeengekomen tussen verzekeraar en slachtoffer betwisten. Ten slotte kan de zorgverstrekker of de verzekeraar het oordeel van het fonds betwisten. En wel inzake de

---

<sup>71</sup> Jocqué, G. (2011). Het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 39-60). Antwerpen: Intersentia.

<sup>72</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.14.

<sup>73</sup> H. Nys, 'Het recht van op vergoeding van abnormale schade als gevolg van gezondheidszorg', in rechtskundig weekblad 2012-13 nr. 9, pp. 322-334.

<sup>74</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.14.

<sup>75</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.14.

aansprakelijkheid van de hulpverlener of het niet respecteren van de termijn tot uitkering van schadevergoeding aan het slachtoffer. Het fonds komt in deze gevallen enkel tussen wanneer de schade als voldoende ernstig wordt beschouwd.<sup>76</sup>

Het fonds treedt in de drie voorafgaande situaties enkel in de plaats van de werkelijke vergoeder, het draagt niet de finale financiële last. Op elk moment kan het fonds zich eiser stellen tegen de werkelijke vergoeder. Dat kan zowel de zorgverlener als de verzekeraar zijn. Indien één van beide de aansprakelijkheid van de zorgverlener of de hoogte van het schadebedrag betwist gaat het fonds over tot een gerechtelijke procedure. Ook indien de rechter van oordeel is dat de uitgekeerde vergoeding onterecht of te hoog is, zal er geen terugvordering plaatsvinden. Dit mechanisme zorgt ervoor dat de vergoeding van het slachtoffer in geen geval in gevaar komt.<sup>77</sup>

Het fonds is in werking getreden op 1 september 2012. De verwachting is dat na deze datum het aantal gerechtelijke procedures tegenover zorgverleners zal dalen. Immers, na de inwerkingtreding zal voor het bekomen van schadevergoeding geen aantoonbare fout van de zorgverlener meer nodig zijn. Schadegevallen van voor de inwerkingtreding van de wet blijven onderworpen aan de zware bewijslast.

## ***7.6 Verwachtingen en huidige stand van zaken***

Door de invoering van het tweesporensysteem verwacht men dat steeds meer patiënten een eis tot schadevergoeding zullen instellen bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Bijgevolg zouden artsen deels aansprakelijkheid kunnen ontlopen. Toch wijzen enkele politici er op dat er nog steeds voldoende aansprakelijkheidsgronden gelden ten aanzien van artsen.<sup>78</sup> Zo kunnen artsen nog steeds burgerrechtelijk of strafrechtelijk aansprakelijk gesteld worden. Bovendien is er door het Fonds voor Medische Ongevallen een verhaal mogelijk op de arts ten belope van het bedrag van de schadevergoeding.

Uit een eerste activiteitenverslag van het Fonds voor Medische Ongevallen betreffende de periode augustus 2012 tot februari 2013 blijkt dat er reeds 754 dossiers werden ingediend. 72 van deze dossiers waren onontvankelijk. De hoge graad van onontvankelijkheid is te verklaren door het feit dat medische ongevallen die vóór 2 april 2010 gebeurd zijn onontvankelijk worden verklaard door het Fonds. Ongeveer 54 procent van het totale aantal dossiers zijn Franstalig en 46 procent is Nederlandstalig. Het

---

<sup>76</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.15-16.

<sup>77</sup> Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p.16.

<sup>78</sup> Parl.St. Kamer 2009/10, nr. 2240/006, p. 52.

merendeel van de dossiers werd ingediend door het slachtoffer zelf, namelijk 63,22 procent.<sup>79</sup>

Van het totale aantal dossiers is 86,87 procent nog steeds geopend. Geopende dossiers kunnen zich zowel in de eerste fase als in de tweede fase bevinden. De eerste fase betreft de bepaling van de ontvankelijkheid, verzameling van belangrijke documenten, enzovoort. De tweede fase betreft het juridisch of medisch onderzoek, expertise, enzovoort. De meeste dossiers doorlopen de eerste fase vrij snel aangezien men stelt dat 83 procent van de dossiers zich in de tweede fase bevindt. De eerste fase duurt gemiddeld 21 dagen. Slechts 12,47 procent van de dossiers werd reeds afgesloten. Een dossier kan gesloten worden om een verschillende redenen. Het kan onontvankelijk zijn of de schadevergoeding kan reeds aanvaard zijn door alle partijen. Tot slot is 0,66 procent van de dossiers heropend. Dit kan voorvallen wanneer er nieuwe gegevens opduiken na het afsluiten van het dossier die toch grondig onderzocht dienen te worden.<sup>80</sup>

De middelen die het fonds in 2012 ter beschikking had , bedroegen 9.159.206 euro. In 2013 steeg dit bedrag tot 9.839.977 euro. Van dit laatste bedrag werd ongeveer 110.000 euro voorzien voor betwiste zaken. 8.294.977 euro werd voorzien voor het ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigen moeten gedragen worden. De totale beheersbegroting bedroeg 3.348.611 euro in 2012 en 2.470.023 in 2013. Er is aldus een daling waar te nemen.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Activiteitenverslag Fonds voor medische ongevallen. (2012). Opgevraagd op 20 september 2013 via <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-NL.pdf>

<sup>80</sup> Activiteitenverslag Fonds voor medische ongevallen. (2012). Opgevraagd op 20 september 2013 via <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-NL.pdf>

<sup>81</sup> Activiteitenverslag Fonds voor medische ongevallen. (2012). Opgevraagd op 20 september 2013 via <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-NL.pdf>



## **8 Defensieve geneeskunde**

Een van de hoofddoelstellingen van het medisch aansprakelijkheidssysteem betreft het voorzien van voldoende prikkels om nalatigheid van zorgverleners te vermijden of te beperken. Defensieve geneeskunde speelt hierin een belangrijke rol. In het praktijkonderzoek zal nagegaan worden of er al dan niet meer defensieve geneeskunde ontstaat bij artsen door de hervorming in 2010. Vooraleer dit echter te onderzoeken, is het belangrijk dat het begrip defensieve geneeskunde, de oorzaken en gevolgen verder worden uitgediept, alsook een blik te werpen op eerder onderzoek.

### **8.1 Begrip**

Defensieve geneeskunde zijn de medische praktijken die artsen ondernemen om rechtszaken te vermijden en aldus de kwalitatieve verstrekking van zorg aan patiënten niet vooropstellen.<sup>82</sup> Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Enerzijds zullen artsen die aan positieve geneeskunde doen extra testen en behandelingen uitvoeren. Anderzijds zullen er bepaalde risicovolle behandelingen en eventueel ook bepaalde risico patiënten vermeden worden bij de negatieve variant. Zelfs indien artsen geloven in de effectiviteit van een behandeling, medische onzekerheid willen reduceren of opteren voor een behandeling omwille van financiële redenen kan dit beschouwd worden als defensieve geneeskunde. Dit is enkel zo indien het onderliggende motief het ontlopen van de aansprakelijkheid is.<sup>83</sup>

### **8.2 Oorzaken**

Het conventionele aansprakelijkheidssysteem laat de wensen te over. Artsen koesteren een steeds groter wordende angst om aansprakelijk gesteld te worden. Het is namelijk nefast voor hun carrière. Daarnaast is een gerechtelijke procedure mentaal zwaar en een vorm van tijdverlies. Zijn aansprakelijkheid zorgt er tevens voor dat hij minder patiënten kan behandelen. Daarbovenop beschikt de arts over onvoldoende tijd om veilige en kwaliteitsvolle behandelingen te implementeren. Nochtans kunnen deze toekomstige schadegevallen voorkomen.<sup>84</sup> Tengevolge van deze problemen zal de arts een lage tolerantie voor onzekerheid vertonen en ten allen tijde medische risico's proberen te vermijden. Dit door enerzijds voldoende behandelingen en/of onderzoeken uit te voeren zodat er geen verwijten van nalatigheid langs de zijde van de patiënt kunnen volgen.

---

<sup>82</sup> Rodriguez R.M, Anglin D., Hankin A. et al 'A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine', Society for academic emergency medicine, 2007.

<sup>83</sup> Manner, P.A. 'Practicing defensive medicine: not good for patients or physicians', in: AAOS Now 2007.

<sup>84</sup> E.J. Emanuel, T. Spiro, M. Calsyn, *Reducing the cost of defensive medicine*, ( Center for American progress), 2013.

Anderzijds zullen artsen risicovolle behandelingen en bepaalde risicovolle patiënten vermijden en op deze manier medische schade voorkomen.

### **8.3 Gevolgen**

De gevolgen van defensieve geneeskunde zijn vooral op financieel vlak voelbaar. Eerst zal er worden ingegaan op de kosten die gemaakt worden bij positieve defensieve geneeskunde. Vooreerst moet er rekening gehouden worden met de kost van de extra behandeling en/of het onderzoek. Daarnaast zal er ook extra personeel ingezet moeten worden. Bovendien mag men ook de kost van de medische hulpmiddelen nodig bij de uitvoering van de behandeling niet negeren. Er moet echter opgemerkt worden dat meer behandelingen en onderzoeken ook een inkomenswinst creëren voor artsen. Hierdoor wordt het in de literatuur weleens betwist of de toename in behandelingen te wijten is aan positieve defensieve geneeskunde. Aangezien artsen die de negatieve variant beoefenen net minder handelingen uitvoeren, zal er geen extra kostenplaatje aan verbonden zijn.

De betrokken partijen zouden de hogere medische kost, die positieve defensieve geneeskunde met zich meebrengt, echter wel aanvaarden indien het zou leiden tot betere medische resultaten. Er is echter weinig bewijs dat dit werkelijk het geval is. Pauker en Pauker stellen dat enige patiënten door defensieve geneeskunde een afname in de verwachte gezondheid ervaren, terwijl geen enkele patiënt een toename verwacht.<sup>85</sup> Bovendien wordt gesuggereerd dat defensieve geneeskunde contraproductief is en net het risico op wanpraktijken zou verhogen. Zo kunnen agressieve behandelingen in lage risico omstandigheden of behandelingen met een lage voorspellingswaarde net de basis vormen van een gerechtelijk proces. Positieve defensieve geneeskunde leidt bijgevolg tot hogere kosten, maar niet altijd tot een stijging van de kwaliteit van zorg. Bovendien zal ook de negatieve tegenhanger geen betere kwaliteit van de zorg voortbrengen. Door minder behandelingen uit te voeren en risicovolle patiënten niet tot het 'klantenbestand' te beschouwen, zullen velen niet de nodige medische zorg krijgen die ze nodig hebben. Hierdoor zal de kwaliteit van de zorg er niet op vooruit gaan.

### **8.4 Bestaand onderzoek naar defensieve geneeskunde**

Hierboven werd reeds een uiteenzetting gegeven van het begrip defensieve geneeskunde, de oorzaken en de gevolgen. In de praktijk werden in het buitenland reeds verscheidene studies gedaan naar het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen. De meest gehanteerde methode om deze impact te onderzoeken is via enquêtes. Zo kan men namelijk veel artsen bereiken op een goedkope en eenvoudige manier. Er moet

---

<sup>85</sup> Manner, P.A. 'Practicing defensive medicine: not good for patients or physicians', in: AAOS Now 2007.

echter opgemerkt worden dat de geselecteerde steekproeven van de studies verschillend waren. In de ene studie werd geopteerd voor een systematische selectie vanuit een lijst van huisartsen.<sup>86</sup> In andere studies werd gefocust op artsen met een hoog risico op aansprakelijkheid.<sup>87</sup>

Het merendeel van de studies stelt dat artsen steeds defensiever tewerk gaan bij het behandelen van de patiënt. Ze blijken zowel gebruik te maken van de positieve vorm als van de negatieve. Naast onderzoek naar het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen werd tevens onderzocht welke variabelen een invloed hebben op defensieve geneeskunde. Dit aan de hand van analyses. In wat volgt zullen enkele analyses worden besproken. Vooreerst werd onderzocht of er een verschil heerst tussen mannen en vrouwen wat betreft het gebruik van defensieve geneeskunde. Zo kon men concluderen dat mannen eerder overgaan tot defensieve geneeskunde dan vrouwen.<sup>88</sup> Bovendien bleek uit onderzoek in Pennsylvania dat een hogere verzekeringspremie en een lage dekking van aansprakelijkheid door de verzekering sterk geassocieerd worden met meer defensieve geneeskunde.<sup>89</sup> Overigens blijkt uit een onderzoek in Israël dat tevens het soort specialisme dat de arts beoefent en eerdere aansprakelijkheid voor de rechtbank een invloed hebben op defensieve geneeskunde.<sup>90</sup> Bovendien werd er in de meeste studies nagegaan of er geografische verschillen zijn wat betreft defensieve geneeskunde. Tot slot werd ook de invloed van een hervorming op defensieve geneeskunde reeds geanalyseerd.

In het praktijkonderzoek van deze thesis is het evenwel mogelijk om deze verschillende linken te analyseren. De focus zal echter liggen op één bepaalde link, namelijk of de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010 tot een verandering in het gebruik van defensieve geneeskunde bij artsen heeft geleid.

---

<sup>86</sup> Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners [Elektronische versie]. *British medical journal*, 310, 27-29.

<sup>87</sup> Studdert, D.M., Mello M.M., Sage W.M., et al. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293,2609-2617. Opgevraagd op 26 september, 2013.

<sup>88</sup> Bishop, T.F, Federman, A.D., Keyhani, S. (2010). Physician's view on defensive medicine: A national survey. *JAMA*, 170, 1081-1083. Opgevraagd op 20 oktober 2013.

<sup>89</sup> Studdert, M.D., Mello, M.M., Sage, W.M., et al. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment [Elektronische versie]. *Jama*, 293, 2609-2617.

<sup>90</sup> Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., et al. (2012). Defensive medicine in Israel- A nationwide survey [elektronische versie]. *Plos One*, 7, 1-7.





## **9 Praktijkonderzoek**

### **9.1 Doelstelling**

Vooraleer het mogelijk is het praktijkonderzoek uit te voeren, is het noodzakelijk om even stil te staan bij de doelstelling ervan. Het praktijkonderzoek heeft als doel om een duidelijk antwoord te bieden op de centrale onderzoeksvraag, met name of er een gedragsverandering optreedt bij artsen door de hervorming van het medische aansprakelijkheidssysteem in 2010. Het begrip defensieve geneeskunde zal hierin een belangrijke rol spelen.

### **9.2 Vorm en inhoud onderzoek**

Het praktijkonderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een enquête. De enquête werd niet door mezelf opgesteld en verspreid, maar door mijn co-promotor Tom Vandersteegen in samenwerking met mijn promotor Wim Marneffe en Tom de Gendt die heel wat contacten heeft binnen de medische wereld. De enquête werd via de Vlaamse ziekenhuizen en een aantal beroepsverenigingen verder verspreid onder de respondenten via e-mail. Het betreft aldus een online enquête. De enquête nam ongeveer een 10 à 15-tal minuten in beslag. Bovendien werd er een kort interview afgenomen met radioloog en medisch manager ambulante zorg Patrik Peene. Via dit interview konden bepaalde resultaten van de enquête verder worden uitgediept.

#### **9.2.1 Enquête**

In de enquête was een zekere structuur terug te vinden. Zo werd in het eerste deel van de enquête heel wat achtergrondinformatie verzameld over de artsen, zoals het geslacht, specialisme, leeftijd, enzovoort. Het tweede deel van de enquête focust zich eerder op de verzekering voor medische aansprakelijkheid van de arts, hetgeen niet onbelangrijk is. Vervolgens werd er via een aantal vragen gepoogd te achterhalen in welke mate artsen op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Het belangrijkste deel van de enquête betreft echter de vragen in verband met de perceptie van de arts inzake het medische aansprakelijkheidssysteem. Hierin werd namelijk rechtstreeks getoetst naar het gebruik van defensieve geneeskunde na de hervorming. Daarnaast werd ook de ervaring van artsen met het medische aansprakelijkheidssysteem bevraagd. De enquête werd afgesloten met enkele vragen betreffende het meldpunt voor medische incidenten. De volledige enquête is te vinden in bijlage 1.

Bijkomend kunnen er, aan de hand van de informatie verzameld via de enquêtes, analyses worden uitgevoerd. Op deze manier kan er worden onderzocht welke variabelen

een invloed hebben op defensieve geneeskunde. Als afhankelijke variabele  $y$  werd geopteerd voor een score per arts voor wat betreft defensieve geneeskunde. De score werd bepaald aan de hand van de stellingen in vragen 23, 24, 27 en 28. Uit deze vragen werden 10 stellingen gekozen die rechtstreeks in verband staan met defensieve geneeskunde. Artsen die helemaal niet akkoord gingen met een stelling kregen voor deze stelling een score van 1 op 5. Artsen die helemaal akkoord gingen met de stelling kregen een score van 5 op 5. Zo kon er per arts een score voor defensieve geneeskunde behaald worden op 50. Hoe hoger de score, hoe defensiever de artsen na de hervorming in 2010 zullen zijn bij het behandelen van de patiënt.<sup>91</sup>

In totaal zullen er 13 regressiemodellen ontwikkeld worden. Vooreerst zal er een algemeen model worden ontwikkeld, waarbij wordt uitgezocht welke variabelen een invloed hebben op de score defensieve geneeskunde. De andere 12 modellen zullen ontwikkeld worden aan de hand van subsampling. Dit maakt het mogelijk om een vergelijking tussen verschillende groepen van artsen te maken. Vooreerst zal er een vergelijking worden gemaakt tussen de artsen uit Vlaanderen, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk gewest. Daarnaast zullen ook de artsen die niet op de hoogte waren van de hervorming vergeleken worden met zij die wel op de hoogte waren van de hervorming. Bovendien zal er ook een opdeling gemaakt worden tussen artsen die een specialisme beoefenen met een laag, gemiddeld en hoog risico op aansprakelijkheid. Vervolgens zal er een onderscheid gemaakt worden tussen positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Tot slot zal onderzocht worden welke variabelen inspelen op de score defensieve geneeskunde van artsen die nog geen aansprakelijkheidsclaim tegen zich hebben lopen bij de rechtbank en degene die één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank.

### **9.2.2 Interview**

Op 10 januari 2014 werd er een kort interview afgenomen met Patrik Peene. In 1991 werd hij erkend als radioloog. Ondertussen is hij tevens medisch manager ambulante zorg. Vooreerst werd geprobeerd om aan de hand van dit interview te achterhalen in welke mate de geïnterviewde zijn gedrag heeft veranderd na de hervorming in 2010. Daarnaast werd onderzocht welke variabelen al dan niet een rol hebben gespeeld in deze gedragsverandering.

### **9.3 De respondenten**

Vooraleer dieper in te gaan op de verdere resultaten van de enquête, is het belangrijk om een profiel te creëren van de respondent. Dit kan aan de hand van de

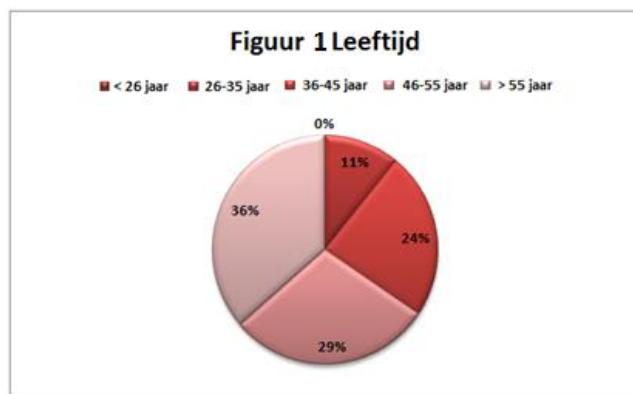
---

<sup>91</sup> Zie bijlage 1 Enquête

achtergrondinformatie bekomen via de enquête. Bovendien kon er via de score van defensieve geneeskunde per vraag onderzocht worden welke categorieën het meest of minst defensief optreden sinds de hervorming.

Het precieze aantal artsen dat de enquête heeft ontvangen, is moeilijk te achterhalen aangezien de verspreiding van de enquête verliep via de Vlaamse ziekenhuizen en de beroepsverenigingen. Van het totaal aantal respondenten zijn er echter 594 artsen die de enquête gestart zijn. Hiervan hebben 508 respondenten de enquête voltooid. Het merendeel van de bevroagden waren mannen, namelijk zo'n 73 procent. Verder blijkt dat mannen gemiddeld meer scoren op defensieve geneeskunde dan vrouwen.<sup>92</sup>

Als we vervolgens een blik werpen op de leeftijd van de ondervraagden dan kunnen we concluderen dat er geen enkele arts jonger was dan 26 jaar. Bovendien bevindt slechts 11 procent zich in de leeftijdscategorie 26-35 jaar. In de daarop volgende leeftijdscategorieën is er een stijging waar te nemen. Zo heeft 24 procent een leeftijd van tussen 36 en 45 jaar, 29 procent is tussen 46 en 55 jaar en tot slot is 36 procent ouder dan 55 jaar. Overigens neemt de score voor defensieve geneeskunde toe naarmate de artsen ouder worden. Enkel voor de artsen die zich in de leeftijdscategorie 46-55 jaar bevinden, was dit effect niet waar te nemen.<sup>93</sup> Wat het sociaal statuut betreft kunnen we vaststellen dat zo'n 92 procent zelfstandige is.



Enkel aan de respondenten die werden benaderd via de beroepsverenigingen werd gevraagd tot welk gewest ze behoorden. Hieruit bleek dat ongeveer de helft van hen een Vlaming was en dat 33 procent zijn beroep uitoefent in Wallonië. Daarnaast zijn de provincies waar de respondenten hoofdzakelijk hun beroep uitoefenen: Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen. Respectievelijk 103, 80, 48 en 112 van de ondervraagde artsen beoefenen hier hun beroep.<sup>94</sup> Overigens blijkt uit bijlage 4 dat artsen uit de provincie Henegouwen de hoogste score behalen voor wat betreft defensieve geneeskunde.

De verdeling van de artsen naar specialisme was eerder gelijk. De meest vertegenwoordigde specialismen waren anesthesie en reanimatie, heelkunde, radiologie,

<sup>92</sup> Bijlage 2 Tabel Geslacht

<sup>93</sup> Bijlage 3 Tabel Leeftijd

<sup>94</sup> Bijlage 4 Tabel Provincie

verloskunde en orthopedische heelkunde met respectievelijk 9 procent, 8 procent, 8 procent, 6 procent en 7 procent. Geen enkele van de artsen beoefent de specialismen algemene geneeskunde en arbeidsgeneeskunde.<sup>95</sup> Overigens hebben artsen die het specialisme neuropsychiatrie beoefenen een gemiddelde score voor defensieve geneeskunde van 29 op 50. Voor patholoog-anatomen was deze gemiddelde score heel wat lager, namelijk 10 op 50. Als we bovendien het aantal werkjaren van de artsen analyseren dan kunnen we concluderen dat slechts twee artsen minder dan één jaar werkzaam waren, zo'n 6 procent tussen 1 en 5 jaar, 13 procent tussen 6 en 10 jaar, 23 procent tussen 11 en 20 jaar, 28 procent tussen 21 en 30 jaar en tot slot is 30 procent meer dan 30 jaar werkzaam als arts. Daarbovenop kunnen we vaststellen dat de score voor defensieve geneeskunde stijgt naarmate de artsen langer werkzaam zijn.<sup>96</sup> Ongeveer de helft van de ondervraagde artsen, namelijk 46 procent, stelt tussen de 46 en 60 uren te werken in een werkweek. Bovendien werkt 29 procent meer dan 60 uren per werkweek. De artsen die minder dan 16 uren werken per werkweek scoren het meest op defensieve geneeskunde.<sup>97</sup>

82 procent van de artsen werkt in een ziekenhuis, waarvan 177 van de respondenten stelt dat het een openbaar ziekenhuis betreft en 212 artsen stellen dat het om een privaat ziekenhuis gaat. De overige artsen wisten niet welke rechtsvorm het ziekenhuis had waarin zij werkzaam zijn. Bovendien is 72 procent van de ondervraagde artsen werkzaam in een algemeen ziekenhuis, 6 procent in een algemeen universitair ziekenhuis en slechts 1 procent in een universitair ziekenhuis.

De artsen werden vervolgens gevraagd om hun beschikbare tijd per werkweek te verdelen over de in de enquête opgegeven taken en deze tijd uit te drukken in een percentage. Het merendeel van de respondenten stelt dat ze minder dan 10 procent van hun tijd besteden aan overige taken en nazorg. Wat het administratief werk betreft, kunnen we vaststellen dat 77 procent van de artsen 20 procent of minder dan 20 procent van zijn tijd hieraan besteed. Bijgevolg zullen artsen vooral tijd besteden aan de twee overblijvende categorieën, namelijk consultatie en behandeling van de patiënt.

Bij navraag naar het aantal patiëntencontacten werd er in de enquête een onderverdeling gemaakt tussen patiëntencontacten op de verblijfplaats van de patiënt, in de privépraktijk, in het ziekenhuis en patiëntencontacten via telefoon of e-mail. De respondenten stellen dat slechts 3 procent van hun patiëntencontacten plaatsvindt op de verblijfplaats van de patiënt. Bovendien beweert 60 procent dat ze geen contact hebben met de patiënt in de privépraktijk. Al heel wat meer patiëntencontacten vinden plaats in

---

<sup>95</sup> Bijlage 5 Tabel Specialisme

<sup>96</sup> Bijlage 6 Tabel Aantal jaren werkzaam

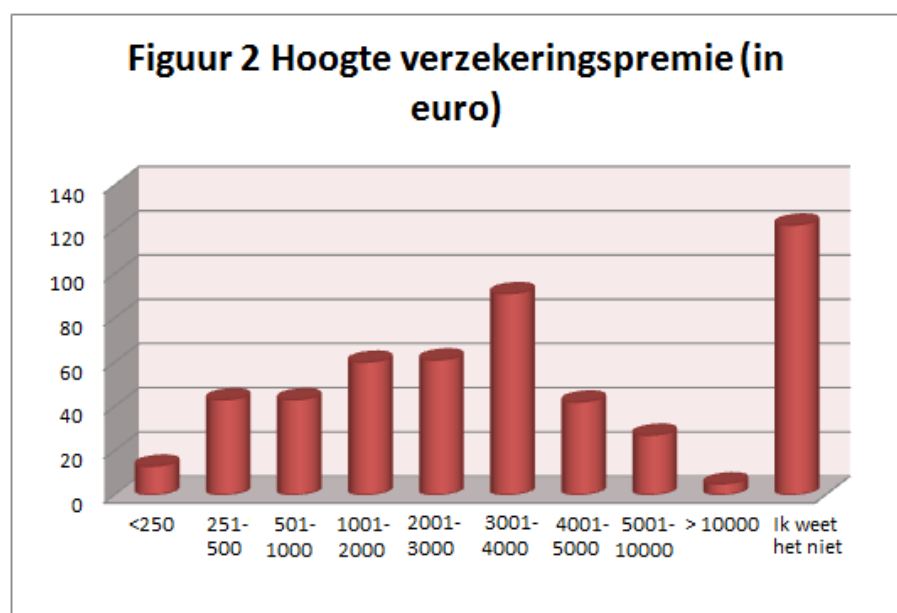
<sup>97</sup> Bijlage 7 Tabel aantal uren werkzaam per werkweek

het ziekenhuis waar de arts werkzaam is. Zo stelt 68 procent van de respondenten dat ze hier tussen de 1 en 100 patiënten ontvangen, 13 procent ontvangt tussen de 101 en 150 patiënten en tot slot ontvangt 11 procent van de artsen hier meer dan 150 patiënten. Er verlopen echter ook heel wat patiëntencontacten per telefoon of e-mail. Zo vinden er op deze manier op een werkweek door ongeveer 63 procent van de respondenten tussen de 1 en 50 patiëntencontacten plaats. Wat de verdeling van de patiëntencontacten naar medisch risico betreft, kunnen we concluderen dat 74 procent aangeeft dat 25 of minder dan 25 procent van de handelingen een hoog medisch risico heeft. Bovendien geeft 88 procent van de artsen aan dat 50 of minder dan 50 procent van hun handelingen een gemiddeld risico heeft. Tot slot kunnen we uit de data besluiten dat 55 procent van de respondenten aangeeft dat 50 of minder dan 50 procent van de patiëntencontacten een laag medisch risico inhouden en dat 29 procent van de artsen stelt dat tussen 75 en 100 procent van de handelingen een laag risico inhoudt.

#### **9.4 De verzekering medische aansprakelijkheid**

Het merendeel van de respondenten staat zelf in voor de betaling van hun verzekeringspremie betreffende medische aansprakelijkheid, namelijk zo'n 65 procent. Het kan zich echter ook voordoen dat enkel de werkgever instaat voor de betaling van premie. Dit komt voor in ongeveer 15 procent van de gevallen. Daarnaast kunnen de werkgever en de arts samen instaan voor de betaling van de premie, dit is het geval voor zo'n 20 procent van de artsen. Slechts één arts was niet in het bezit van een verzekering medische beroepsaansprakelijkheid. De artsen stellen tevens dat hun verzekeringspremie de laatste drie jaren gelijk is gebleven of gestegen. Zo stelt 35 procent dat er geen verandering is opgetreden in de premie en 14 procent dat hun premie met nul tot vijf procent is gestegen.

Opmerkelijk is dat 33 procent niet weet in welke richting de verzekeringspremie is geëvolueerd. Wat de hoogte van de premie betreft kunnen we stellen dat deze zich voor 18 procent van de artsen tussen 3001 en 4000 euro



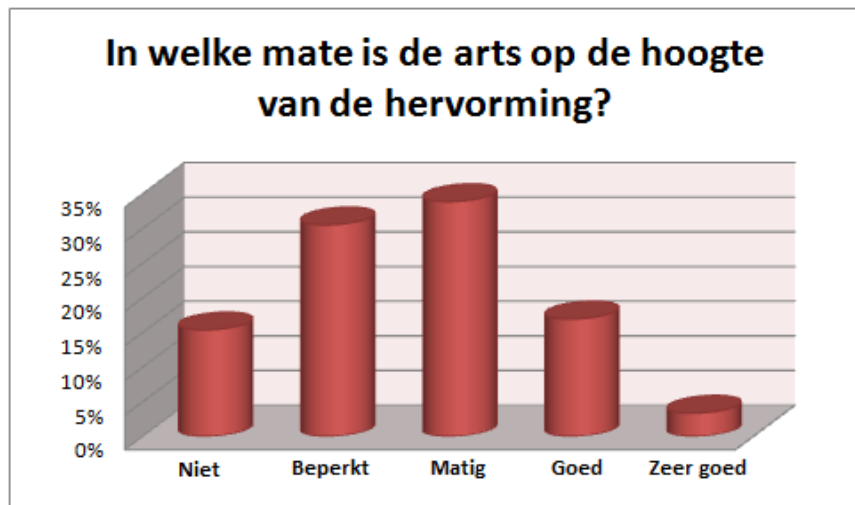
bevindt. Opmerkelijk is weer dat 24 procent niet weet hoeveel hij/zij betaald voor de

medische aansprakelijkheidsverzekering. Daarnaast kunnen we uit bijlage 8 afleiden dat de score van defensieve geneeskunde toeneemt naarmate de verzekeringspremie hoger wordt.

### **9.5 Vertrouwdheid met het medische aansprakelijkheidssysteem**

In dit onderdeel van de enquête werd gepoogd te achterhalen in welke mate artsen op de hoogte zijn van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in 2010. Dit werd gedaan aan de hand van een directe bevraging en twee controlevragen. Uit de directe bevraging blijkt dat 15 procent van de artsen niet op de hoogte is van de hervorming en slechts drie procent is zeer goed op de hoogte. Zo'n 65 procent was

beperkt tot matig op de hoogte.<sup>98</sup> Uit de eerste controlevraag blijkt dat 85 procent weet welk systeem voor medische aansprakelijkheid in België actief is. Bovendien kunnen we uit de resultaten van de tweede controlevraag besluiten dat 65



procent van de artsen er van op de hoogte is wanneer het Fonds voor Medische Ongevallen een schadevergoeding zal uitkeren aan de patiënt. De media, medische vakliteratuur en beroepsverenigingen waren de populairste manieren om op de hoogte gesteld te worden van het medische aansprakelijkheidssysteem.

### **9.6 Perceptie van het medische aansprakelijkheidssysteem**

In dit onderdeel van de enquête werd er geprobeerd om te achterhalen welke factoren en gevolgen van medische aansprakelijkheid artsen aanzetten tot zorgvuldig handelen. Alsook werden er aan de respondenten enkele stellingen betreffende defensieve geneeskunde voorgelegd, waarbij de artsen moesten aangeven in welke mate ze akkoord waren met deze stellingen. De artsen werden hiervoor opgedeeld in twee groepen, namelijk degene die op de hoogte waren van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in 2010 en degene die niet op de hoogte waren.

<sup>98</sup> Bijlage 9 Gemiddelde score defensieve geneeskunde en in welke mate op de hoogte van de hervorming

### ***9.6.1 Perceptie van artsen die op de hoogte zijn van de hervorming in 2010***

In wat volgt zal er nagegaan worden in welke mate de factoren die opgenomen werden in de enquête artsen die op de hoogte zijn van de hervorming aanzetten tot zorgvuldig handelen. Bovendien wordt ook onderzocht welke gevolgen van medische aansprakelijkheid hen het meeste aanzetten tot zorgvuldig handelen. Tot slot zullen ook de resultaten van de stellingen betreffende defensieve geneeskunde worden geanalyseerd.

#### ***9.6.1.1 Factoren die aanzetten tot zorgvuldig handelen***

Uit de resultaten van de enquête kunnen we vaststellen dat er verschillende factoren zijn die artsen aanzetten tot zorgvuldig handelen. Zo stelt ongeveer 50 procent van de artsen dat de opleiding tot zorgverlener, bijscholing en extra vorming, medische vakliteratuur, medische congressen, multidisciplinariteit van de zorgverlening en deontologische regels hen veel tot heel veel aanzetten tot zorgvuldig handelen. De overige factoren werden eerder als niet of weinig belangrijk beschouwd. Opmerkelijk is dat slechts 23 procent van de artsen stelt dat de gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank hen heel veel aanzet tot zorgvuldig handelen en dat 22 procent zelfs stelt dat het hen niet aanzet tot voldoende zorgvuldigheid. Dit is strijdig met wat men in de literatuur beweerd.

#### ***9.6.1.2 Gevolgen van medische aansprakelijkheid die aanzetten tot zorgvuldig handelen***

In de enquête werden vijf mogelijke gevolgen van aansprakelijkheid opgenomen waarbij aan de artsen gevraagd werd deze te ordenen in functie van de mate waarin ze hen aanzetten tot zorgvuldigheid. Hierbij werd één beschouwd als belangrijkste en vijf als minst belangrijkste. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de morele schade tengevolge van aansprakelijkheid artsen het meest aanzet tot zorgvuldig handelen, gevolgd door reputatieschade. De derde belangrijkste factor is het zelf moeten betalen van een schadevergoeding. De verloren praktijktijd en de stijging van de verzekeringspremie ten gevolge van aansprakelijkheid zetten artsen het minst aan tot zorgvuldig handelen.

#### ***9.6.1.3 Resultaten stellingen betreffende defensieve geneeskunde***

Aan de artsen die op de hoogte waren van de hervorming van het medische aansprakelijkheidssysteem in 2010 werden 20 stellingen voorgelegd beginnende met "Sinds de hervorming van 3 april 2010". De artsen hadden hierdoor de mogelijkheid om aan te geven in welke mate ze akkoord waren met de stellingen: helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord, helemaal akkoord of niet van toepassing. Aan de hand

van deze stellingen kan er onderzocht worden of de artsen al dan niet hun gedrag hebben veranderd sinds de hervorming. Er moet echter opgemerkt worden dat slechts 10 van de 20 stellingen rechtstreeks in verband staan met defensieve geneeskunde. Hieronder volgt een overzichtstabel waarbij er per stelling wordt aangegeven in welke mate de artsen akkoord zijn met de opgegeven stelling.

Sinds de hervorming van 3 april 2010...	Helemaal niet akkoord	Niet Akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
... heb ik mijn aantal patiënten contacten verminderd	32%	34%	24%	3%	1%
... behandel ik minder patiënten met een hoog risicoprofiel	25%	31%	23%	10%	5%
... behandel ik meer patiënten met een laag risicoprofiel	25%	33%	26%	6%	2%
... voer ik minder medische handelingen uit die risicovol zijn	24%	29%	24%	11%	6%
... voer ik meer medische handelingen uit die minder risicovol zijn	24%	34%	25%	9%	2%
... zou ik willen overstappen naar een minder risicovol	28%	37%	20%	7%	3%



<b>specialisme</b>					
<b>...verwijs ik meer patiënten door naar collega's of specialisten om een diagnose te bevestigen</b>	18%	28%	31%	15%	3%
<b>... schrijf ik meer geneesmiddelen voor</b>	27%	42%	20%	2%	1%
<b>... stel ik meer diagnostische onderzoeken voor om een diagnose te bevestigen</b>	18%	28%	23%	15%	8%
<b>... stel ik meer invasieve procedures voor om een diagnose te bevestigen</b>	19%	33%	24%	12%	3%

Uit bovenstaande tabel kunnen we afleiden dat het merendeel van de artsen helemaal niet akkoord, niet akkoord of neutraal is voor alle stellingen. Gemiddeld 24 procent van de respondenten is helemaal niet akkoord met deze tien stellingen. Bovendien stelt gemiddeld 33 procent van de artsen dat ze niet akkoord zijn. Daarnaast is gemiddeld 24 procent van de respondenten neutraal. Uit deze resultaten kunnen we afleiden dat deze artsen hun gedrag eerder niet zullen veranderen ten gevolge van de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010. Ook Patrik Peene gaf aan dat zijn behandelingsgedrag na de hervorming niet is veranderd.

## **9.6.2 Perceptie van artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming in 2010**

### **9.6.2.1 Factoren die aanzetten tot zorgvuldig handelen**

Er zijn verscheidene factoren die artsen die niet op de hoogte zijn van hervorming aanzetten tot zorgvuldig handelen. Zo stelt ongeveer 50 procent van de artsen dat de opleiding tot zorgverlener, bijscholing en extra vorming, medische vakliteratuur, medische congressen, multidisciplinariteit van de zorgverlening en procedures uitgevaardigd door het ziekenhuis hen veel tot heel veel aanzetten tot zorgvuldig handelen. De overige factoren werden eerder als niet of weinig belangrijk beschouwd.

### **9.6.2.2 Gevolgen van medische aansprakelijkheid die aanzetten tot zorgvuldig handelen**

In tegenstelling tot de artsen die op de hoogte zijn van de hervorming zal morele schade hier niet als belangrijkste factor beschouwd worden. Uit de resultaten blijkt namelijk dat artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming vooral aangezet worden tot zorgvuldig handelen door de eventuele stijging van de verzekeringspremie tengevolge van medische aansprakelijkheid. Opmerkelijk is ook dat heel wat artsen stellen dat de eventuele morele schade en reputatieschade van een aansprakelijkheidsclaim hen niet aanzet tot meer zorgvuldigheid bij de behandeling van patiënten.

### **9.6.2.3 Resultaten stellingen betreffende defensieve geneeskunde**

Aan de artsen die niet op de hoogte waren van de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010 werd eveneens gevraagd om aan te geven in welke mate ze akkoord waren met 20 stellingen. Vooraleer deze stellingen echter werden voorgelegd, werden de artsen kort op de hoogte gebracht van het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem. In tegenstelling tot de stellingen van de artsen die op de hoogte waren van de hervorming begonnen deze stellingen met "In de volgende zal ik...". Op deze manier kan er getoetst worden of de artsen al dan niet hun gedrag in de volgende jaren zullen veranderen. In onderstaande tabel volgt een overzicht met de resultaten van 10 stellingen die rechtstreeks in verband staan met defensieve geneeskunde.

<b>In de volgende jaren zal ik...</b>	<b>Helemaal niet akkoord</b>	<b>Niet akkoord</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Akkoord</b>	<b>Helemaal akkoord</b>
<b>... mijn aantal patiënten</b>					

<b>contacten verminderd</b>	23%	38%	24%	4%	3%
<b>... minder patiënten met een hoog risicoprofiel behandelen</b>	17%	29%	26%	6%	13%
<b>... meer patiënten met een laag risicoprofiel behandelen</b>	17%	29%	27%	10%	8%
<b>... minder medische handelingen uitvoeren die risicovol zijn</b>	17%	29%	23%	13%	12%
<b>... meer medische handelingen uitvoeren die minder risicovol zijn</b>	14%	32%	24%	15%	6%
<b>... willen overstappen naar een minder risicovol specialisme</b>	27%	41%	18%	5%	1%
<b>... meer patiënten doorverwijzen naar collega's of specialisten om een diagnose te bevestigen</b>	9%	32%	29%	22%	4%

<b>... meer geneesmiddelen voorschrijven</b>	22%	49%	19%	3%	0%
<b>... meer diagnostische onderzoeken voorstellen om een diagnose te bevestigen</b>	8%	32%	23%	24%	4%
<b>... meer invasieve procedures voorstellen om een diagnose te bevestigen</b>	14%	31%	24%	18%	1%

Uit bovenstaande tabel kunnen we concluderen dat het merendeel van de artsen eerder helemaal niet akkoord, niet akkoord of neutraal is voor wat de tien stellingen betreft. Gemiddeld bleek slechts zo'n 17 procent helemaal niet akkoord te zijn met de stellingen. Daarentegen meent gemiddeld 34 procent niet akkoord te zijn. Gemiddeld 24 procent van de artsen blijkt eerder neutraal te zijn. Opmerkelijk is dat, in tegenstelling tot de artsen die op de hoogte zijn van de hervorming, zo'n 22 procent stelt dat hij meer patiënten doorverwijst naar collega's om een diagnose te bevestigen en dat 24 procent meent meer diagnostische onderzoeken voor te stellen om een diagnose te bevestigen. Uit deze resultaten kunnen we concluderen dat artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming het eerder niet eens zijn met de stellingen. Toch blijkt dat zij voor enkele van de stellingen meer akkoord zijn dan degene die wel op de hoogte zijn van de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem. Bijgevolg menen artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming eerder dat zij hun gedrag niet hebben veranderd ten gevolge van de hervorming in 2010.

### ***9.7 Ervaring met het medische aansprakelijkheidssysteem***

In deze sectie zal besproken worden in welke mate de respondenten reeds ervaring hebben met het medische aansprakelijkheidssysteem. 305 van de respondenten menen dat ze één tot vijf artsen waartegen reeds een medische aansprakelijkheidsclaim werd

ingesteld persoonlijk kennen. Verder kennen 63 artsen niemand waartegen een aansprakelijkheidsclaim werd ingesteld persoonlijk, 81 respondenten kennen zes tot tien artsen persoonlijk. Slechts 11 artsen kennen 26 of meer artsen die reeds aansprakelijk werden gesteld persoonlijk. Bovendien geven 115 respondenten aan dat ze geen enkele arts uit hun eigen specialisme persoonlijk kennen die al eens medisch aansprakelijk werd gesteld. 313 artsen daarentegen kennen één tot vijf artsen persoonlijk.

Vervolgens werd onderzocht hoeveel aansprakelijkheidsclaims er tegen de arts persoonlijk werden ingesteld. Zo stellen 330 respondenten dat ze nog nooit medisch aansprakelijk werden gesteld bij een rechtbank. Verder werden 175 artsen één tot vijf keer aansprakelijk gesteld bij de rechtbank. Slechts 2 respondenten werden reeds zes tot 10 keer aansprakelijk gesteld. Geen enkele arts is al meer dan tien keer aansprakelijk gesteld. Bovendien blijkt uit bijlage 11 dat artsen die reeds één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank een hogere score voor defensieve geneeskunde hebben. Wat het aantal medische aansprakelijkheidsclaims bij het Fonds voor Medische Ongevallen betreft, kunnen we uit bijlage 12 afleiden dat slechts 46 respondenten via deze vorm één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld. Ook hier kan er gesteld worden dat meer aansprakelijkheidsclaims bij het fonds een hogere score defensieve geneeskunde met zich meebrengt. Tot slot verklaart het merendeel van de artsen dat de aansprakelijkheidsclaims tegen hen persoonlijk nog niet werden afgehandeld.

## ***9.8 Regressiemodellen***

De resultaten van de enquête werden hierboven reeds besproken. Zoals eerder vermeld is het ook mogelijk om aan de hand van deze resultaten enkele analyses uit te voeren om zo te onderzoeken welke variabelen een invloed hebben op de afhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is een score voor defensieve geneeskunde die weergeeft in welke mate het defensieve gedrag van artsen is veranderd na de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in 2010. Er zullen 13 regressiemodellen ontwikkeld worden, waarvan één een algemeen model is en de anderen submodellen. Wat de submodellen betreft zal er voor vijf categorieën onderzocht worden of er een verschil heerst voor defensieve geneeskunde. De vijf categorieën zijn: gewest, specialismen naar risico op aansprakelijkheidsclaim, in welke mate de arts op de hoogte is van de hervorming, soort defensieve geneeskunde en aantal claims voor de rechtbank. Per categorie zullen er telkens 2 à 3 regressiemodellen opgesteld worden, waarbij er steeds dezelfde onafhankelijke variabelen worden opgenomen zodat er een vergelijking kan plaatsvinden tussen de modellen. Tussen de categorieën mogen de variabelen echter wel verschillen. Hieronder volgt een overzicht van de verscheidene regressiemodellen.

### **9.8.1 Algemeen model defensieve geneeskunde**

In het algemene model zal er onderzocht worden welke variabelen inspelen op defensieve geneeskunde. Hierbij zal de score voor defensieve geneeskunde als afhankelijke variabele gehanteerd worden. Op basis van relevantie en significantie werden verschillende onafhankelijke variabelen in het model opgenomen. De onafhankelijke variabelen zijn: geslacht, gewest waar de arts werkzaam is, specialismen naar risico op aansprakelijkheid (laag, gemiddeld of hoog), rechtsvorm ziekenhuis, hoogte verzekeringspremie, in welke mate de arts op de hoogte is van de hervorming, aantal claims voor de rechtbank, reputatieschade, morele schade, gevolgen van een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank, stijging verzekeringspremie tengevolge van aansprakelijkheid en multidisciplinariteit van de zorgverlening. Het model is te vinden in bijlage 13.

Uit het algemene regressiemodel bleek dat de score voor defensieve geneeskunde van vrouwen lager is dan die van mannen ( $p=0,05$ ). Dit resultaat werd bevestigd door andere studies. Verder blijkt dat artsen uit Vlaanderen minder defensief handelen dan artsen uit het Brussels hoofdstedelijk gewest ( $p=0,004$ ). Artsen uit Wallonië daarentegen vertonen geen significant verschil ten aanzien van artsen uit het Brussels hoofdstedelijk gewest ( $p=0,102$ ). Bovendien kan er uit de resultaten worden afgeleid dat zowel artsen die een specialisme beoefenen met een gemiddeld ( $p=0,00$ ) of hoog risico ( $p=0,001$ ) op aansprakelijkheid meer scoren op defensieve geneeskunde dan degene die een specialisme beoefenen met een laag risico op aansprakelijkheid. Andere studies bevestigen dit resultaat. Bovendien verklaarde Patrik Peene dat aansprakelijkheid in radiologie, hetgeen een specialisme is met een laag risico op aansprakelijkheid, geen grote rol speelt. Daarenboven merkt hij dat artsen die een specialisme beoefenen met een hoger risico op aansprakelijkheid wel voorzichtiger handelen. Verder blijkt ook de rechtsvorm van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is significant te zijn. Zo blijkt dat artsen die werkzaam zijn in een privaat ziekenhuis minder defensieve geneeskunde gebruiken sinds de hervorming dan zij die werkzaam zijn in een openbaar ziekenhuis ( $p=0,014$ ).

Uit het model wordt tevens duidelijk dat een hogere verzekeringspremie een hogere score voor defensieve geneeskunde tot gevolg heeft. Patrik Peene stelt echter dat een hoge verzekeringspremie geen rol zou mogen spelen in defensieve geneeskunde. Daarenboven kunnen we stellen dat hoe meer een arts op de hoogte is van de hervorming, hoe lager de score voor defensieve geneeskunde zal zijn ( $p=0,002$ ). Merkwaardig is dat artsen waartegen tijdens hun loopbaan zes tot tien aansprakelijkheidsclaims werden ingesteld minder defensief optreden dan zij waar nog geen aansprakelijkheidsclaim tegen in werd gesteld. Er moet echter opgemerkt worden

dat het slechts 2 artsen betreft die reeds zes tot tien keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank. Er kan dus sterk getwijfeld worden aan de generaliseerbaarheid van deze resultaten. Bovendien zullen, net zoals de literatuur beweert, de gevolgen van een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank artsen aanzetten tot defensief handelen ( $p=0,000$ ). Verder volgt uit het regressiemodel dat hoe meer artsen aangeven dat multidisciplinariteit hen aanzet tot zorgvuldig handelen, hoe lager hun score voor defensieve geneeskunde zal zijn ( $p=0,050$ ). Hoewel in de literatuur sterk wordt aangegeven dat reputatieschade en morele schade belangrijke factoren zijn die artsen aanzetten tot defensief handelen, blijkt uit deze analyse dat deze factoren eerder als niet significant worden beschouwd ( $p=0,595$  en  $p=0,514$ ). Toch geeft de geïnterviewde aan dat reputatieschade na aansprakelijkheid een belangrijke rol kan spelen in defensieve geneeskunde. Uit de analyse blijkt echter wel dat de stijging van de verzekeringspremie ten gevolge van aansprakelijkheid artsen wel aanzet tot defensief handelen.

Uit bovenstaande resultaten kunnen we afleiden dat vooral de gevolgen van een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank, het specialisme naar risico op aansprakelijkheid en de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming in 2010 factoren zijn die een significante invloed hebben op het defensief handelen van artsen na de hervorming. Morele schade en reputatieschade daarentegen blijken geen significant effect te hebben op de score defensieve geneeskunde.

### ***9.8.2 Modellen soort defensieve geneeskunde***

Voor het soort defensieve geneeskunde kunnen er twee regressiemodellen onderscheiden worden, namelijk een model met als afhankelijke variabele de score van artsen voor positieve defensieve geneeskunde en een model met als afhankelijke variabele de score van artsen voor negatieve defensieve geneeskunde. Voor beide modellen zullen dezelfde onafhankelijke variabelen opgenomen worden namelijk: geslacht van de arts, gewest waar de arts werkzaam is, specialismen naar risico op aansprakelijkheid (laag, gemiddeld of hoog), rechtsvorm ziekenhuis, hoogte verzekeringspremie, in welke mate op de hoogte van de hervorming, aantal claims voor de rechtbank, reputatieschade, morele schade, gevolgen van een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank, stijging verzekeringspremie en deontologische regels. Doordat er voor beide modellen dezelfde afhankelijke variabelen worden opgenomen, is het mogelijk om een vergelijking te maken tussen het gebruik van positieve en negatieve defensieve geneeskunde sinds de hervorming. Hieronder volgt een vergelijking tussen beide modellen.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> Zie bijlage 14 en 15

Uit de resultaten blijkt dat het geslacht enkel significant is voor de score van artsen op negatieve defensieve geneeskunde. Zo zullen vrouwelijke artsen minder negatief defensief handelen dan mannelijke artsen ( $p=0,023$ ). Verder kan er voor zowel positieve als voor negatieve defensieve geneeskunde vastgesteld worden dat artsen die een specialismen beoefenen met een gemiddeld of hoog risico op aansprakelijkheid defensiever zullen optreden. Dit effect was eerder waar te nemen voor de positieve vorm. Vervolgens kan er uit beide modellen worden vastgesteld dat een hogere verzekeringspremie leidt tot meer defensieve geneeskunde. De reeds besproken resultaten werden tevens waargenomen in eerder onderzoek naar defensieve geneeskunde. Enkel voor de negatieve vorm van defensieve geneeskunde was het aantal aansprakelijkheidsclaims bij de rechtbank van belang. Zo blijkt dat artsen die reeds zes tot tien keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank minder defensief zullen optreden dan degene die nog nooit aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank. Er moet echter opgemerkt worden dat het slechts 2 artsen betreft die reeds zes tot tien keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank. Het is dus moeilijk om deze resultaten te generaliseren. Verder kan er uit de resultaten afgeleid worden dat de gevolgen van een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank voor beide modellen even significant zijn ( $p=0,001$ ). Hoe meer artsen aangeven dat deze gevolgen hen aanzetten tot zorgvuldig handelen, hoe defensiever deze artsen zullen optreden. Dit is een logisch resultaat dat tevens door andere studies werd bevestigd. Bovendien kan uit deze modellen tevens vastgesteld worden dat reputatieschade en morele schade geen significante invloed hebben op de score van zowel positieve als negatieve defensieve geneeskunde, hoewel men in de literatuur stelt dat er wel een verband is tussen beiden.

Enkel voor het model negatieve defensieve geneeskunde zullen de rechtsvorm van het ziekenhuis en het gewest waarin de arts werkzaam is van belang zijn. Zo blijkt dat artsen uit Vlaanderen en Wallonië minder negatief defensief zullen handelen dan artsen uit het Brussels hoofdstedelijk gewest. Daarnaast zullen artsen werkzaam in een openbaar ziekenhuis defensiever handelen na de hervorming dan artsen in een privaat ziekenhuis. Voor zowel de positieve als voor de negatieve vorm blijkt de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming een rol te spelen. Er kan echter vastgesteld worden dat deze factor een groter belang speelt in de negatieve defensieve geneeskunde. Toch kunnen we voor beiden constateren dat hoe meer artsen op de hoogte zijn van de hervorming, hoe minder defensief ze zullen handelen. Tot slot zien we dat de stijging van de verzekeringspremie ten gevolge van aansprakelijkheid en deontologische regels enkel een significante rol spelen in de negatieve defensieve geneeskunde. Zo kunnen we uit de regressieanalyse afleiden dat hoe meer artsen aangeven dat de stijging van de verzekeringspremie ten gevolge van aansprakelijkheid hen aanzet tot zorgvuldig handelen, hoe defensiever ze zullen handelen. Het omgekeerde is waar te nemen voor de



deontologische regels. Dit laatste resultaat is vreemd aangezien men net zou verwachten dat een arts die verklaart dat deontologische regels hem aanzetten tot zorgvuldigheid meer gebruik zal maken van defensieve geneeskunde.

Uit beiden regressiemodellen kunnen we besluiten dat de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank, de mate waarin de artsen op de hoogte zijn van de hervorming, het soort specialisme dat de arts beoefent en de hoogte van de verzekeringspremie significante factoren zijn voor beiden soorten defensieve geneeskunde. Bovendien kunnen we vaststellen dat de andere significante factoren meer inwerken op negatieve defensieve geneeskunde dan op positieve geneeskunde. Uit deze resultaten kunnen we evenwel niet afleiden welk soort defensieve geneeskunde het meest gebruikt wordt. Wel kunnen we op basis van de gemiddelde score voor beide categorieën hier een uitspraak over doen. Zo blijkt dat artsen gemiddeld 9 op 20 scoren op positieve defensieve geneeskunde en een score van 13 op 30 hebben voor negatieve defensieve geneeskunde. Deze scores zijn laag, maar geven toch aan dat artsen eerder neigen naar positieve defensieve geneeskunde. Ook de geïnterviewde gaf aan dat hij eerder een second opinion zou vragen dan bepaalde risicovolle patiënten te vermijden. Er moet echter opgemerkt worden dat deze bevinding onvoldoende is om een antwoord te bieden op deelvraag 6. Verder onderzoek is aangewezen.

### ***9.8.3 Modellen specialismen naar risico op aansprakelijkheidsclaim***

In deze paragraaf volgt er een bespreking en vergelijking van drie regressiemodellen. Zo werden er regressiemodellen opgesteld voor artsen die een specialismen beoefenen met een laag, gemiddeld of hoog risico op aansprakelijkheid. De afhankelijke variabele in deze modellen zal steeds de score op defensieve geneeskunde zijn sinds de hervorming in 2010. De onafhankelijke variabelen zijn: het geslacht, het aantal aansprakelijkheidsclaims voor de rechtbank, de gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank, reputatieschade, morele schade, gewest waar de arts werkzaam is, hoogte van de verzekeringspremie, leeftijd, rechtsvorm ziekenhuis, in welke mate de arts op de hoogte is van de hervorming, aantal jaren werkzaam, controle door collega's, het zelf moeten betalen van de schadevergoeding, verloren praktijktijd en deontologische regels.<sup>100</sup>

De resultaten van deze drie regressiemodellen wijzen er op dat het geslacht geen significant effect heeft op de score defensieve geneeskunde van artsen die een specialisme beoefenen met een laag, gemiddeld of hoog risico op aansprakelijkheid. Verder blijkt ook het aantal aansprakelijkheidclaims geen significant effect te hebben op

---

<sup>100</sup> Zie bijlage 19, 20 en 21

deze score. Deze twee vaststellingen zijn strijdig met wat men in de literatuur stelt. Deze strijdigheid kan ontstaan doordat er getoetst wordt of de variabelen een effect hebben op drie aparte categorieën defensieve geneeskunde. In het algemene model is er namelijk wel een effect van deze variabelen op defensieve geneeskunde waar te nemen. De gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank daarentegen werken wel in op de score defensieve geneeskunde van de drie modellen. Zo geven artsen aan dat ze meer defensief patiënten zullen behandelen naarmate ze aangeven dat de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank hen meer aanzetten tot zorgvuldigheid. Dit effect was echter het meest significant voor artsen die een specialisme beoefenen met een laag risico op aansprakelijkheid ( $p=0,001$ ) en het minst significant voor de gemiddelde risico specialisten ( $p=0,025$ ). Verder blijken morele schade en reputatieschade geen effect te hebben op de score defensieve geneeskunde voor de drie categorieën specialisten. Toch is dit verband in de literatuur sterk aanwezig en werd dit tevens bevestigd door Patrik Peene.

Enkel voor de specialisten met een hoog risico op aansprakelijkheid speelt het gewest waarin de arts werkzaam is een rol. Zo zullen artsen uit Wallonië een lagere score hebben op defensieve geneeskunde dan artsen werkzaam in het Brussels hoofdstedelijk gewest ( $p= 0,088$ ). Uit de resultaten van de drie regressiemodellen volgt dat een hogere verzekeringspremie een hogere score voor defensieve geneeskunde met zich meebrengt. Verder zullen artsen uit een specialisme met een laag risico op aansprakelijkheid aangeven dat hoe meer controle door collega's hen aanzet tot zorgvuldig handelen, hoe minder defensief ze zullen handelen ( $p=0,007$ ). Deze resultaten zijn echter tegenstrijdig. Bovendien werd enkel voor de hoge risico specialisten een effect waargenomen van leeftijd op defensieve geneeskunde. Artsen ouder dan 55 jaar zullen defensiever handelen dan artsen uit een lagere leeftijdscategorie ( $p=0,009$ ). Uit de resultaten is verder ook af te leiden dat de rechtsvorm van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is geen significant effect heeft op de score defensieve geneeskunde van artsen die een laag risico specialisme beoefenen, maar wel voor de andere categorieën. In welke mate de arts op de hoogte is van de hervorming is enkel belangrijk voor de score defensieve geneeskunde voor artsen uit een gemiddeld risico specialisme ( $p=0,031$ ). Hoe meer deze artsen op de hoogte zijn van de hervorming, hoe lager de score voor defensieve geneeskunde. Daarnaast zullen artsen uit een gemiddeld of hoog risico specialisme die aangeven dat deontologische regels hen aanzetten tot zorgvuldig handelen, minder defensief handelen in de behandeling van de patiënt. Tot slot speelt het aantal jaren dat de arts werkzaam enkel een rol in de score defensieve geneeskunde van artsen die een hoog risico specialisme beoefenen. Zo zullen artsen die 1 tot 5 jaar werkzaam zijn als arts defensiever zijn dan artsen die meer dan 30 jaar hun beroep beoefenen ( $p=0,007$ ).

Patrik Peene gaf echter aan dat zijn gedrag niet is veranderd over de jaren heen, maar dat hij enkel zekerder is geworden door de ervaring.

Uit de resultaten kunnen we stellen dat de gevolgen voor de rechtbank van aansprakelijkheid en de hoogte van de verzekeringspremie de enige variabelen zijn die significant inwerken op alle regressiemodellen. De andere variabelen zullen steeds een effect hebben op 1 of 2 van de modellen. De variabelen morele schade en reputatieschade blijken echter geen significant effect te hebben op de score defensieve geneeskunde voor de verscheidene specialismen, hoewel dit effect in de literatuur sterk wordt bevestigd. Tot slot kan uit bovenstaande resultaten besloten worden dat er slechts enkele variabelen een significant effect hebben de score defensieve geneeskunde van specialismen met een laag risico op aansprakelijkheid.

#### ***9.8.4 Modellen in welke mate is de arts op de hoogte van de hervorming***

In wat volgt zullen er twee categorieën artsen met elkaar worden vergeleken, namelijk de artsen die niet op de hoogte waren van de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010 en degene die wel op de hoogte waren van deze hervorming. Net zoals in alle andere modellen zal de verandering in defensieve geneeskunde sinds de hervorming als afhankelijke variabele dienen. De onafhankelijk variabelen in beide modellen zijn: het geslacht, specialisme waarin de arts werkzaam is naar risico op aansprakelijkheid, de hoogte van de verzekeringspremie, het aantal claims voor de rechtbank, de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank, reputatieschade, morele schade, leeftijd, rechtsvorm ziekenhuis, gewest waarin de arts werkzaam is, aantal jaren werkzaam als arts en de multidisciplinariteit van de zorgverlening. Hieronder volgt een bespreking van de resultaten.<sup>101</sup>

Vooreerst kan er opgemerkt worden dat het geslacht van de arts geen significante invloed heeft op de score defensieve geneeskunde van deze categorieën artsen. In andere studies wordt dit verband nochtans wel positief bevonden. Verder kan er ook vastgesteld worden dat het soort specialisme waarin de arts werkzaam is enkel een significant effect heeft op de score defensieve geneeskunde van artsen die op de hoogte zijn van de hervorming. Zo kunnen we stellen artsen dat uit een specialisme met een gemiddeld of hoog risico defensiever zijn bij het behandelen van de patiënt dan zij die een laag risico specialisme beoefenen ( $p=0,001$ ). Voor beide modellen kan er echter worden gesteld dat een hogere verzekeringspremie leidt tot meer defensieve geneeskunde. Dit effect was wel eerder waar te nemen bij artsen die op de hoogte waren van de hervorming. Bij de artsen die niet op de hoogte waren van de hervorming wijzen

---

<sup>101</sup> Zie bijlage 22 en 23

de resultaten er bovendien op dat zij die 1 tot 5 aansprakelijkheidclaims tegen zich hebben gehad voor de rechtbank, meer tot defensieve geneeskunde zullen overgaan dan wanneer er nog geen enkele aansprakelijkheidsclaim tegen hen werd ingesteld( $p=0,081$ ). Overigens kan er uit beide modellen geconcludeerd worden dat de gevolgen voor de rechtbank een positieve invloed hebben op de score defensieve geneeskunde. Voorgaande verbanden werden tevens in de literatuur bevestigd.

Reputatieschade blijkt net als in de voorgaande modellen geen significant effect te hebben op de score defensieve geneeskunde. Voor morele schade is echter voor de artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming wel een invloed waar te nemen. Zo kan er uit het regressiemodel afgeleid worden dat hoe meer artsen aangeven dat morele schade hen aanzet tot zorgvuldigheid, hoe lager de score voor defensieve geneeskunde zal zijn( $p=0,002$ ). Dit is tegenstrijdig met de literatuur, aangezien hierin gesteld wordt dat morele schade tengevolge van aansprakelijkheid net meer zou moeten aanzetten tot defensief handelen. Overigens blijkt de leeftijd ook enkel een rol te spelen in de score defensieve geneeskunde van artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming. Zo zullen de artsen die jonger zijn dan 55 jaar defensiever handelen dan degene die ouder zijn dan 55 jaar. Verder kan er geconcludeerd worden dat artsen die op de hoogte zijn van de hervorming en werkzaam zijn in Vlaanderen minder scores op defensieve geneeskunde dan degene werkzaam in het Brussels hoofdstedelijk gewest( $p=0,002$ ). Overigens blijkt ook voor deze categorie van artsen dat zij die werkzaam zijn in een privaat ziekenhuis minder defensief handelen dan degene die in een openbaar ziekenhuis tewerkgesteld zijn( $p=0,002$ ). Bovendien zal het aantal jaren dat de arts werkzaam is enkel een significante invloed hebben op degene die niet op de hoogte waren van de hervorming. Zo zullen artsen die tussen 1 en 5 jaar of tussen 11 en 20 jaar werkzaam zijn minder scores op defensieve geneeskunde dan de artsen die meer dan 30 jaar werkzaam zijn ( $p= 0,008$ ). Tot slot kunnen we vaststellen dat multidisciplinariteit voor beide modellen een significante factor is. Hoe meer artsen aangeven dat multidisciplinariteit van de zorgverlening hen aanzet tot zorgvuldig handelen, hoe minder artsen scores op defensieve geneeskunde. Dit resultaat is vrij tegenstrijdig aangezien men net zou verwachten dat dit zou leiden tot meer defensieve geneeskunde.

Uit bovenstaande resultaten kunnen we besluiten dat het geslacht en de morele schade tengevolge van aansprakelijkheid geen significant effect hebben op deze twee modellen. De gevolgen voor de rechtbank, multidisciplinariteit van de zorgverlening en de hoogte van de verzekeringspremie daarentegen bleken een significante invloed te hebben op de score defensieve geneeskunde van beiden groepen artsen. Verder kan er worden vastgesteld dat er meer significante factoren waren waar te nemen voor de score defensieve geneeskunde van artsen die niet op de hoogte zijn van de hervorming.

### **9.8.5 Modellen aantal claims voor de rechtbank**

In dit onderdeel zal er onderzocht worden welke variabelen inwerken op de score defensieve geneeskunde van artsen die nog nooit aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank en de artsen die reeds één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld. Op deze manier kan er een vergelijking gemaakt worden tussen beide modellen. De onafhankelijke variabelen die in beide modellen werden opgenomen zijn: geslacht, specialismen naar risico op aansprakelijkheid, de gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank, reputatieschade, morele schade, gewest waar de arts werkzaam is, de hoogte van de verzekeringspremie, aantal uren werkzaam per werkweek, rechtsvorm ziekenhuis en de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming in 2010. Hieronder volgt een bespreking en vergelijking van beide modellen.<sup>102</sup>

Vooreerst zal het geslacht slechts een bepalende factor spelen voor artsen die nog niet aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank. Vrouwen zullen namelijk minder defensief patiënten behandelen dan mannen ( $p=0,027$ ). Bovendien zal ook het specialisme enkel een rol spelen in dit model. Uit het regressiemodel kan worden afgeleid dat artsen die een specialismen beoefenen met een gemiddeld of hoog risico op aansprakelijkheid defensiever handelen dan degene werkzaam in een laag risico specialisme. In beide modellen zullen de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank een significante invloed hebben op de score defensieve geneeskunde. Hoe belangrijker men de gevolgen voor de rechtbank acht, hoe hoger de score defensieve geneeskunde. Deze variabele speelt echter een belangrijkere rol voor artsen die reeds één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld ( $p=0,001$ ). Voorgaande verbanden kunnen bevestigd worden door eerdere studies en de literatuur. Net zoals in de voorgaande modellen zullen morele schade en reputatieschade geen invloed hebben op de score defensieve geneeskunde. Daarenboven zullen artsen die nog niet aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank en hun beroep beoefenen in Vlaanderen minder defensief zijn dan artsen werkzaam in het Brussels hoofdstedelijk gewest.

Verder kan uit de resultaten worden afgeleid dat artsen die tussen 31 en 45 uren werkzaam per werkweek en nog nooit aansprakelijk werden gesteld meer scoren op defensieve geneeskunde dan degene die meer dan 60 uren werken per werkweek ( $p=0,036$ ). Daarnaast zal de hoogte van de verzekeringspremie in beide modellen een significante invloed hebben op de score defensieve geneeskunde. Hoe

---

<sup>102</sup> Zie bijlage 24 en 25

hoger de verzekeringspremie, hoe hoger de score zal zijn. Tot slot zullen de rechtsvorm van het ziekenhuis en de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming enkel een rol spelen in de score defensieve geneeskunde van artsen indien ze reeds één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank. Beiden staan in negatief verband met de score defensieve geneeskunde.

Hierboven werd het effect van de verscheidene variabelen op defensieve geneeskunde uiteengezet voor beide modellen. We kunnen hieruit besluiten dat enkel de hoogte van de verzekeringspremie en de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank een significante invloed hebben in beide modellen. Verder zullen enkel morele schade en reputatieschade geen effect op de score defensieve geneeskunde van beide categorieën artsen. Tot slot kunnen we stellen dat slechts 2 van de resterende variabelen inwerken op de score defensieve geneeskunde van artsen die één tot vijf keer aansprakelijk werden gesteld.

### **9.8.6 Modellen per gewest**

In het laatste onderdeel zullen er drie regressiemodellen met elkaar vergeleken worden. Zo zal er nagegaan worden welke variabelen een impact hebben op de score defensieve geneeskunde van artsen uit Vlaanderen, Wallonië en het Brussels hoofdstedelijk gewest sinds de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in 2010. Voor deze drie modellen zullen volgende onafhankelijk variabelen worden opgenomen: het geslacht, specialismen naar risico op aansprakelijkheid, aantal aansprakelijkheidclaims voor de rechtbank, de gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank, morele schade, reputatieschade, aantal jaren en uren werkzaam als arts, hoogte van de verzekeringspremie, leeftijd, betaling en evolutie verzekeringspremie, mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming, medische vakliteratuur, multidisciplinariteit van de zorgverlening, verloren praktijktijd en de stijging van de verzekeringspremie ten gevolge van medische aansprakelijkheid.<sup>103</sup>

Uit de resultaten blijkt dat het geslacht van de arts, de leeftijd, aantal jaren werkzaam en reputatieschade geen significante rol spelen in deze drie modellen. De specialismen met een gemiddeld risico op aansprakelijkheid daarentegen spelen wel een rol voor artsen werkzaam in Vlaanderen. Zo zullen artsen die zo'n specialisme beoefenen en hun beroep beoefenen in Vlaanderen hoger scoren op defensieve geneeskunde dan artsen die een laag risico specialisme beoefenen. Alsook speelt het aantal claims voor de rechtbank enkel een rol voor artsen in Vlaanderen. Artsen die 1 tot 5 keer aansprakelijk werden gesteld voor de rechtbank zullen defensiever te werk gaan dan artsen die nog nooit

---

<sup>103</sup> Zie bijlage 16, 17 en 18

aansprakelijk werden gesteld. Bovendien hebben de gevolgen van medische aansprakelijkheid een significante invloed op de score defensieve geneeskunde van artsen uit Vlaanderen en Wallonië. Hoe meer zij aangeven dat ze door deze gevolgen zorgvuldiger zullen handelen, hoe hoger de score defensieve geneeskunde. Verder kan er ook vastgesteld worden dat de hoogte van de verzekeringspremie een rol speelt in de score defensieve geneeskunde van artsen uit Vlaanderen en Wallonië. Hoe hoger de verzekeringspremie, hoe hoger de score defensieve geneeskunde. Dit zijn allemaal resultaten die door de literatuur bevestigd kunnen worden. Bovendien zal het aantal uren dat de arts werkzaam is per werkweek enkel een effect hebben op de score defensieve geneeskunde van deze twee modellen. Zo zullen artsen die minder dan 16 uren werkzaam zijn per werkweek in Vlaanderen defensiever zijn dan artsen die meer dan 60 uren werken. Het omgekeerde was waar te nemen voor artsen uit Wallonië.

Verder blijkt indien de werkgever instaat voor de betaling van de verzekeringspremie dit leidt tot meer defensieve geneeskunde in Vlaanderen, maar tot minder defensieve geneeskunde in Wallonië. Daarnaast heeft de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming een inwerking op de score defensieve geneeskunde van artsen uit Vlaanderen ( $p=0,001$ ). Bovendien geven artsen werkzaam in Wallonië aan dat hoe meer multidisciplinariteit hen aanzet tot zorgvuldig handelen, hoe lager de score defensieve geneeskunde zal zijn ( $p=0,005$ ). Dit effect kan tevens waargenomen worden voor artsen uit Vlaanderen ( $p=0,035$ ). Daarenboven blijken medische vakliteratuur, het zelf moeten betalen van een schadevergoeding, verloren praktijktijd en een stijging van de verzekeringspremie een positief effect te hebben op de score defensieve geneeskunde. Tot slot zullen artsen uit Wallonië die aangeven dat hun verzekeringspremie met 10 procent is gedaald meer scoren op defensieve geneeskunde dan degene die verklaren dat de verzekeringspremie gelijk is gebleven.

Uit bovenstaande resultaten kunnen we besluiten dat er geen enkele variabele inwerkt op de score defensieve geneeskunde van artsen uit het Brussels hoofdstedelijk gewest. Daarenboven zullen de variabelen geslacht, leeftijd, aantal jaren werkzaam en reputatieschade tevens geen effect hebben op de score defensieve geneeskunde van artsen uit Vlaanderen en Wallonië. Slechts enkele van de variabelen werken in op beide modellen. Toch moeten we vaststellen dat de meeste variabelen enkel inwerken op de score defensieve geneeskunde van artsen werkzaam in Vlaanderen.





## ***10 Conclusie***

In het laatste onderdeel van deze thesis zal er een algemeen besluit geformuleerd worden over de bekomen resultaten. Alsook zal er kort ingegaan worden op de beperkingen van het onderzoek. Tot slot zal er ook een blik geworpen worden op enkele suggesties voor verder onderzoek.

### ***10.1 Algemeen besluit***

Het medische aansprakelijkheidssysteem heeft de laatste jaren een sterke evolutie ondergaan. De doelstelling van deze thesis was om deze evolutie in kaart te brengen en de impact van de hervorming in 2010 op artsen te onderzoeken. Dit werd gedaan aan de hand van een literatuurstudie en een praktijkonderzoek bij artsen.

In het eerste onderdeel van deze thesis werd via een literatuurstudie de evolutie van het aansprakelijkheidssysteem besproken. Vooreerst werd het conventionele aansprakelijkheidssysteem nader bekeken. Dit systeem kan verder opgedeeld worden in het civielrechtelijk en strafrechtelijk aansprakelijkheidssysteem. Er werd echter eerder gefocust op het eerste systeem. Het civielrechtelijk aansprakelijkheidssysteem biedt benadeelde patiënten enkel de mogelijkheid om zich te richten tot de rechtbank. Er kan echter slechts een schadevergoeding bekomen worden wanneer de patiënt bewijs kan leveren van een fout van de zorgverlener, schade en een oorzakelijk verband tussen fout en schade. Dit brengt ons meteen bij de problemen die dit systeem met zich meebrengt. Zo is er een te zware bewijslast voor de patiënt en gaan steeds meer artsen over tot defensieve geneeskunde wegens de vrees voor aansprakelijkheid.

Vervolgens werd het no-fault systeem besproken. Dit systeem zou het conventionele aansprakelijkheidssysteem vervangen. Patiënten die medische schade leden konden binnen dit systeem enkel nog beroep doen op de vergoedingsprocedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Via deze weg was het namelijk mogelijk om een schadevergoeding te bekomen zonder dat men bewijs moest leveren van een fout van de zorgverlener. Dit systeem maakte het evenwel onmogelijk voor de patiënt om zich te richten tot de rechtbank, tenzij het een opzettelijke of zware fout van de zorgverlener betreft. Hoewel dit systeem er erg rooskleurig uitzag, waren er heel wat mankementen. Om deze reden werd het no fault systeem afgevoerd.

Na het fiasco van het no fault systeem werd in 2010 naar Frans voorbeeld het tweesporensysteem ingevoerd. Op deze manier verkreeg de benadeelde patiënt een zekere keuzevrijheid. De patiënt kan zich voor vergoeding van medische schade richten tot de rechtbank of tot het Fonds voor Medische Ongevallen. Zowel wanneer de schade

van de patiënt tot stand is gekomen met of zonder toedoen van de arts kan de patiënt zich richten tot het fonds. Er moet evenwel worden opgemerkt dat het fonds de patiënt die schade heeft geleden zonder fout van de zorgverlener enkel vergoed wanneer de schade voldoet aan enkele voorwaarden. Wanneer het fonds van oordeel is dat een arts de medische schade heeft veroorzaakt, zal de patiënt vergoed worden door de verzekeraar. Slechts in welbepaalde gevallen zal het fonds de schade vergoeden indien deze tot stand is gekomen door het toedoen van een zorgverlener.

Tot slot vormt het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie een link tussen de literatuur en het praktijkonderzoek. Het betreft een hoofdstuk over defensieve geneeskunde. Defensieve geneeskunde zijn de medische praktijken die artsen ondernemen om rechtszaken te vermijden en aldus de kwalitatieve verstrekking van zorg aan patiënten niet vooropstellen. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Verder kan gesteld worden dat de vrees voor aansprakelijkheid de voornaamste oorzaak is waarom artsen grijpen naar defensieve geneeskunde. Bovendien is defensieve geneeskunde kostelijk en leidt het niet altijd tot een betere zorg.

Het tweede onderdeel van deze thesis betreft een praktijkonderzoek waarin onderzocht wordt of artsen al dan niet hun gedrag zullen veranderen ten gevolge van de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010. Meer bepaald werd nagegaan of artsen meer of minder defensief zullen handelen na de hervorming.

Het onderzoek werd gevoerd door middel van een enquête. In deze enquête werd gepoogd om een antwoord te vinden op de centrale onderzoeksvraag. Door enkele stellingen voor te leggen aan de artsen werd gepoogd om te onderzoeken of artsen meer of minder defensief patiënten zullen behandelen na de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010. De artsen waren eerder helemaal niet akkoord, akkoord of neutraal met de stellingen. Hieruit kan afgeleid worden dat ze eerder aangeven dat ze hun gedrag niet zullen veranderen tengevolge van de hervorming. Er is hierbij tevens geen verschil tussen artsen die wel of niet op de hoogte waren van de hervorming.

Verder werd aan de hand van de resultaten van de enquête en enkele regressieanalyses onderzocht welke variabelen een invloed hebben op de verandering in defensieve geneeskunde. Om de regressieanalyses uit te voeren werd een score voor defensieve geneeskunde toegekend aan de artsen op basis van tien stellingen. In totaal werden er 13 regressiemodellen opgesteld, waarvan één algemeen model en 12 submodellen. Uit de resultaten van de verscheidene regressiemodellen bleek dat slechts twee variabelen steeds een invloed hadden op de score defensieve geneeskunde. Zo zullen artsen die

stellen dat de gevolgen van medische aansprakelijkheid hen aanzetten tot zorgvuldig handelen hoger scoren op defensieve geneeskunde. Tevens blijkt ook een hogere verzekeringspremie te leiden tot meer defensieve geneeskunde. Verder bleek steeds uit minstens één regressiemodel per categorie dat de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming, het gewest waarin de arts werkzaam is, het specialisme dat de arts beoefent en de rechtsvorm van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is een significante invloed hebben op defensieve geneeskunde. Zo kan er uit de resultaten worden afgeleid dat artsen die goed op de hoogte zijn van de hervorming, minder scoren op defensieve geneeskunde. Verder kunnen we stellen dat artsen werkzaam in Wallonië of Vlaanderen minder scoren op defensieve geneeskunde dan artsen werkzaam in het Brussels hoofdstedelijk gewest. De generaliseerbaarheid van dit resultaat kan echter in twijfel getrokken worden aangezien slechts 42 van de respondenten hier hun beroep uitoefenen. Bovendien blijkt indien het specialisme een significante rol speelt in de score defensieve geneeskunde dat artsen uit een specialisme met een hoog of gemiddeld risico op aansprakelijkheid defensiever blijken te zijn dan artsen uit een laag risico specialisme. Daarenboven kan er uit de resultaten worden opgemaakt dat artsen werkzaam in een privaat ziekenhuis minder scoren op defensieve geneeskunde dan wanneer de arts zijn beroep uitoefent in een openbaar ziekenhuis. Tot slot bleken morele schade en reputatieschade geen significant effect te hebben op defensieve geneeskunde, hoewel dit verband in de literatuur meermaals wordt aangehaald.

We kunnen aldus concluderen dat er geen gedragsverandering optreedt bij artsen na de hervorming van het aansprakelijkheidssysteem in 2010. Verder blijkt uit dit onderzoek dat enkel de hoogte van de verzekeringspremie en de gevolgen van aansprakelijkheid voor de rechtbank in alle regressiemodellen een invloed hebben op defensieve geneeskunde. Verder kunnen we stellen dat de mate waarin de arts op de hoogte is van de hervorming, het gewest waarin de arts werkzaam is, het specialisme dat de arts beoefent en de rechtsvorm van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is slechts een invloed hebben op sommige regressiemodellen. Tot slot blijken morele- en reputatieschade in geen enkele van de modellen een significante invloed te hebben op defensieve geneeskunde.

## ***10.2 Beperkingen van het onderzoek***

Net zoals ieder onderzoek is ook dit onderzoek onderworpen aan enkele beperkingen. Vooreerst is het moeilijk om de resultaten te generaliseren doordat er slechts een beperkte groep van artsen in België bereikt werd met de enquête. Daarenboven zijn sommige groepen van artsen onvoldoende vertegenwoordigd, waardoor enkele van de bekomen resultaten geen realistisch beeld van de werkelijkheid kunnen creëren.

Bovendien zijn de resultaten van de enquête slechts een perceptie en hebben respondenten vaak de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden. Hierdoor kan er een kloof ontstaan met de werkelijkheid, waardoor de resultaten genuanceerd moeten worden. Daarenboven is het Fonds voor Medische ongevallen op 1 september 2012 inwerking getreden. De eerste schadevergoedingen zullen echter pas begin 2014 betaald worden. Hieruit kan afgeleid worden dat het fonds enige tijd nodig heeft om de verschillende dossiers te verwerken en artsen alsnog hun gedrag in de volgende jaren kunnen veranderen wanneer de werking van het fonds optimaal is. Bovendien werden er in de enquête variabelen opgenomen die reeds in het buitenland een impact bleken te hebben op defensieve geneeskunde. In Belgische context zijn misschien andere variabelen die niet in de enquête werden opgenomen van belang. Tot slot werd er geen duidelijk antwoord gevonden op deelvraag 6, namelijk welk soort defensieve geneeskunde het meest gebruikt wordt bij artsen. Verder onderzoek hieromtrent is aangewezen.

### ***10.3 Suggesties verder onderzoek***

In het praktijkonderzoek werd aan de hand van een enquête de impact van het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem op artsen in België onderzocht. Er werd in België nog niet zoveel onderzoek gevoerd naar dit onderwerp, waardoor verder onderzoek is aangewezen. In wat volgt zullen enkele aanbevelingen gedaan worden voor verder onderzoek.

Vooreerst is het mogelijk om via een longitudinaal onderzoek de evolutie van defensieve geneeskunde na de hervorming van het medische aansprakelijkheidssysteem in kaart te brengen. Via deze methode is het mogelijk om een eventuele gedragsverandering van artsen op verschillende tijdstippen te onderzoeken. Doorheen de tijd kunnen namelijk bepaalde variabelen veranderen die een invloed hebben op het defensieve gedrag van artsen en aldus ertoe leiden dat artsen hun gedrag zullen veranderen. Een groot voordeel verbonden aan dergelijk onderzoek is dat er op verschillende tijdstippen naar het gebruik van defensieve geneeskunde kan worden getoetst. Het nadeel van zo'n onderzoek is dat het veel tijd in beslag neemt. Bovendien wordt het onderzoek steeds gevoerd onder dezelfde artsen, waardoor het risico ontstaat dat bepaalde respondenten zullen afhaken.

Verder is het aangewezen om dieper in te gaan op enkele resultaten uit de regressieanalyses. Zo kan er via verder onderzoek onderzocht worden waarom morele- en reputatieschade voor de ondervraagden geen significant effect blijken te hebben op defensieve geneeskunde. Dit kan eventueel achterhaald worden via enkele interviews met artsen uit verschillende specialismen. Bovendien kan er via deze interviews worden nagegaan waarom bepaalde categorieën van artsen meer of minder scoren op defensieve

geneeskunde. Tot slot kunnen artsen op deze manier tevens aangeven of er nog andere variabelen zijn die hen aanzetten tot defensieve geneeskunde.

We kunnen stellen dat het hier slechts om een verkennend onderzoek gaat. De resultaten van dit onderzoek kunnen eventueel leiden tot uitgebreider onderzoek naar de impact van het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem op artsen in België.

## Lijst van geraadpleegde werken

Activiteitenverslag Fonds voor medische ongevallen. (2012). Opgevraagd op 20 september 2013 via <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-NL.pdf>

Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., et al. (2012). Defensive medicine in Israel- A nationwide survey [elektronische versie]. *Plos One*, 7, 1-7.

Bishop, T.F, Federman, A.D., Keyhani, S. (2010). Physician's view on defensive medicine: A national survey.. *JAMA*, 170, 1081-1083. Opgevraagd op 20 oktober 2013.

Bocken, H.(2008). *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*. Mechelen: Kluwer.

Boone, I. (2008). De rol van het aansprakelijkheidsrecht in het nieuwe vergoedingssysteem voor medische ongevallen. In H. Bocken(Eds.), *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade* (pp. 165-188). Mechelen:Kluwer.

Boone, I. (2011). De verhouding tussen het aansprakelijkheidsrecht en de vergoeding door het Fonds voor Medische Ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010 (pp 39-60)*. Antwerpen: Intersentia.

Duijst, W.L.J.M. (2009). *Gezondheidsstrafrecht*. Deventer: Kluwer.

E.J. Emanuel, T. Spiro, M. Calsyn, *Reducing the cost of defensive medicine*, ( Center for American progress), 2013.

Jocqué, G. (2008). Verzekeringen, fondsen en vergoedingsprocedure. In H. Bocken (Eds.), *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*. Mechelen:Kluwer.

Jocqué, G. (2011). Het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010 (pp 39-60)*. Antwerpen: Intersentia.

Kessler, D., McClellan, M. (1998). The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care [Elektronische versie]. *Law and Contemporary Problems*, Volume 60, 81-106.

Lierman S. (2007). Causaliteit en verlies van een kans in een medische context [Elektronische versie]. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 259-273.

Lierman, S. (2008). Schade, causaliteit en toepassingsgebied van de wet medische schadegevallen. In H. Bocken (Eds), *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade(pp109-114)*. Mechelen:Kluwer.

Lierman, S. (2011). Vergoedingsvoorwaarden van het fonds voor medische ongevallen. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010 (pp 39-60)*. Antwerpen: Intersentia.

Manner, P.A.(2007). Practicing defensive medicine: not good for patients or physicians [Elektronische versie]. *AAOS Now*.

Maréchal X, Denuit M, Vinck I, Closon J-P. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Keniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 68A (D/2007/10.273/52)

Nys, H. (2012-2013). Het recht op vergoeding van abnormale schade als gevolg van gezondheidszorg [Elektronische versie]. *Rechtskundig weekblad*, nr. 9, pp. 322-334.

Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 3012/001.

Parl.St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001.

Parl.St. Kamer 2009/10, nr. 2240/006.

Rodriguez R.M, Anglin D., Hankin A. et al (2007). A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine. *Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14. Opgevraagd op 10 augustus, 2013, via Google Scholar.

Rodwin, M.A. (2011). French medical malpractice law and policy through American eyes: what it reflects about public and private aspects of American law [Elektronische versie]. *Drexel law review*, 4, 109-138.

Studdert, D.M., Mello M.M., Sage W.M., et al. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment [Elektronische versie]. *JAMA*, 293,2609-2617.

Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners [Elektronische versie]. *British medical journal*, 310, 27-29.

Test-Aankoop, 'Medische fouten:gedupeerden aan hun lot overgelaten', in:Test gezondheid 2011 nr. 105.

Van Oevelen, A., Jocqué, G., Persyn, C., & De Temmerman, B. (2007). Overzicht van rechtspraak: onrechtmatige daad: schade en schadeloosstelling (1993-2006). *Tijdschrift voor privaatrecht*, 2, p. 933-1529.

Van Ryn j., La responsabilité du fait des choses, J.T. 1946, 166.

Vansweevelt, T. (1997). *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*. Antwerpen: Maklu,.

Vansweevelt T. (2008). De historiek van de wet medische schadegevallen en alternatieven. In Bocken H., *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade* (pp.79-95). Mechelen: Kluwer.

Vansweevelt, T. (2011). De wet medische ongevallen: de krachtlijnen, de filosofie en het toepassingsgebied. In Boone I. & Lierman S. (Eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (pp 1-37). Antwerpen: Intersentia.

Yerna BL, Maréchal X, Denuit M, Closon JP, Vinck I. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België; Health Services Research (HSR). Brussel , Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) ; 2009 ; KCE Reports 107A;D/2009/10.273/16.



# Lijst van bijlagen

## *Bijlage 1 Enquête*

Dit onderzoek peilt naar de impact van de recente hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Een medisch aansprakelijkheidssysteem heeft een dubbele functie. Enerzijds tracht het een prikkel voor de zorgverlener te voorzien om medische handelingen met voldoende zorg te stellen. Anderzijds moet in geval van een medisch incident de patiënt gepast vergoed worden voor de geleden schade. Inzicht in de perceptie van zorgverleners over het aansprakelijkheidssysteem is in dit opzicht van grote waarde. Meer specifiek vormen artsen hieromtrent een belangrijke en interessante groep van zorgverleners. Om een goed beeld te bekomen van de impact op de Belgische arts van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem, vastgelegd in de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' d.d. 31 maart 2010, is uw medewerking van groot belang. Het duurt een 10 à 15-tal minuten om deze vragenlijst in te vullen. Voor het invullen van deze vragenlijst is het belangrijk dat de focus gericht wordt op uw ervaring met het medisch aansprakelijkheidssysteem. Er wordt een volledige anonimiteit gewaarborgd. Noch de directie van het ziekenhuis, groepspraktijk of medisch centrum, noch de personen die de gegevens van deze vragenlijst verwerken kunnen de herkomst van deelnemers achterhalen en de gegevens worden enkel globaal verwerkt.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

### **T1 ACHTERGRONDINFORMATIE**

Q1 Wat is uw geslacht?

- Vrouw (1)
- Man (2)

Q2 Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 26 jaar (1)
- 26-35 jaar (2)
- 36-45 jaar (3)
- 46-55 jaar (4)
- Ouder dan 55 jaar (5)

Q3 Wat is het sociaal statuut van uw hoofdactiviteit als arts?

- Zelfstandige (1)
- Werknemer (2)
- Ambtenaar (statutair) (3)
- Kandidaat arts-specialist(4)
- Kandidaat huisarts (5)

Q4 In welke provincie oefent u hoofdzakelijk uw beroep als arts uit?

- Antwerpen (1)
- Henegouwen (2)
- Limburg (3)
- Luik (4)
- Luxemburg (5)
- Namen (6)
- Oost-Vlaanderen (7)
- Vlaams-Brabant (8)
- Waals-Brabant (9)
- West-Vlaanderen (10)

Q5 In welk specialisme bent u hoofdzakelijk werkzaam?

- Acute geneeskunde (1)
- Algemene geneeskunde (2)
- Anesthesie-reanimatie (3)
- Arbeidsgeneeskunde (4)
- Cardiologie (5)
- Dermato-venereologie (6)
- Fysische geneeskunde en revalidatie (7)
- Gastro-enterologie (8)
- Geriatrie (9)
- Gynaecologie en verloskunde (10)
- Heelkunde (algemene chirurgie) (11)
- Inwendige geneeskunde (12)
- Klinische biologie (13)
- Medische oncologie (14)
- Neurochirurgie (15)
- Neurologie (16)
- Neuropsychiatrie (17)
- Nucleaire geneeskunde (18)
- Oftalmologie (19)
- Orthopedische heelkunde (20)
- Otorhinolaryngologie (21)
- Pathologische anatomie (22)
- Pediatrie (23)
- Plastische/reconstructieve/esthetische heelkunde (24)
- Pneumologie (25)
- Psychiatrie (26)
- Radiologie (röntgendiagnose) (27)
- Radiotherapie (28)
- Reumatologie (29)
- Stomatologie (30)
- Urgentiegeneeskunde (31)
- Urologie (32)
- Overige (33)

Q6 Hoe lang bent u reeds werkzaam als arts?

- Minder dan 1 jaar (1)
- 1-5 jaar (2)
- 6-10 jaar (3)
- 11-20 jaar (4)
- 21-30 jaar (5)
- Meer dan 30 jaar (6)

Q7 Hoeveel uren werkt u als arts gemiddeld in een werkweek?

- Minder dan 16 uren (1)
- 16-30 uren (2)
- 31-45 uren (3)
- 46-60 uren (4)
- Meer dan 60 uren (5)

Q8 In welk type instelling bent u als arts hoofdzakelijk werkzaam?

- Solopraktijk (1)
- Groepspraktijk (2)
- Medisch centrum (3)
- Ziekenhuis (4)
- Overige (5)

Q9 Welke rechtsvorm heeft het ziekenhuis waar u hoofdzakelijk werkzaam bent?

- Openbaar ziekenhuis (1)
- Privaat ziekenhuis (2)
- Ik weet het niet (3)

Q10 Onder welke categorie valt het ziekenhuis waar u hoofdzakelijk werkzaam bent?

- Algemeen ziekenhuis (1)
- Algemeen ziekenhuis met een universitair karakter (2)
- Universitair ziekenhuis (3)
- Psychiatrisch ziekenhuis (4)
- Gespecialiseerd ziekenhuis (bijv. geriatriesch ziekenhuis) (5)
- Overige (6)
- Ik weet het niet (7)

Q11 Verdeel uw beschikbare tijd over de volgende taken die u als arts in totaal gemiddeld per werkweek uitvoert. (De som van uw procentuele tijdsbestedingen per taak moet gelijk zijn aan 100%.)

- \_\_\_\_\_ Administratief werk (1)
- \_\_\_\_\_ Consultatie patiënten (2)
- \_\_\_\_\_ Uitvoeren behandelingen/ingrepen/ technische onderzoeken (3)
- \_\_\_\_\_ Nazorg (bijv. opvolging na behandeling, enz.) (4)
- \_\_\_\_\_ Overige (5)

Q12 Geef aan hoeveel patiëntencontacten u als arts gemiddeld per werkweek heeft ... Met patiëntencontact bedoelen we de consultatie van patiënten, het uitvoeren van behandelingen, ingrepen en technische onderzoeken, en nazorg door de arts persoonlijk gesteld.

	Geen (1)	1-50 (2)	51-100 (3)	101-150 (4)	meer dan 150 (5)
... op de verblijfplaats van de patiënt. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in de privépraktijk. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in het ziekenhuis. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... via telefoon/e-mail. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13 Wat is de procentuele verdeling van de patiëntencontacten, naargelang het medisch risico (zoals door uzelf gepercipieerd), die u persoonlijk als arts stelt? (De som van de procentuele verdelingen per risico moet gelijk zijn aan 100%.)

- \_\_\_\_\_ Handelingen met een laag medisch risico (1)
- \_\_\_\_\_ Handelingen met een gemiddeld medisch risico (2)
- \_\_\_\_\_ Handelingen met een hoog medisch risico (3)

## **T2 VERZEKERING MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID**

Q14 Wie staat in voor de betaling van uw verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid?

- Uzelf (1)
- Uw werkgever (ziekenhuis, groepspraktijk, medisch centrum, enz.) (2)
- Uzelf en uw werkgever (3)
- Ik heb geen verzekering medische beroepsaansprakelijkheid (4)
- Ik weet het niet (5)

Q15 In welke richting is uw verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid de laatste drie jaren geëvolueerd?

- Meer dan 10% gedaald (1)
- 6-10% gedaald (2)
- 0-5% gedaald (3)
- Gelijk gebleven (4)
- 0-5% gestegen (5)
- 6-10% gestegen (6)
- Meer dan 10% gestegen (7)
- Ik weet het niet (8)

Q16 Hoeveel bedraagt de verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid van uw hoofdstatuut als arts op jaarbasis?

- Minder dan 250 euro (1)
- 251-500 euro (2)
- 501-1.000 euro (3)
- 1.001-2.000 euro (4)
- 2.001-3.000 euro (5)
- 3.001-4.000 euro (6)
- 4.001-5.000 euro (7)
- 5.001-10.000 euro (8)
- Meer dan 10.000 euro (9)
- Ik weet het niet (10)

### **T3 VERTROUWDEHEID MET HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM**

Q17 In welke mate bent u op de hoogte van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, bepaald in de wet van 31 maart 2010?

- Niet (1)
- Beperkt (2)
- Matig (3)
- Goed (4)
- Zeer goed (5)

Q18 Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is volgens u op dit moment van kracht in België? Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelen we een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekomen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

- Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (1)
- Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (2)
- Een systeem waarin zowel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank als een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (3)
- Ik weet het niet (4)

Q19 In welk van de volgende gevallen zal het Fonds voor Medische Ongevallen een schadevergoeding uitkeren aan de patiënt?

- Altijd, zolang de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener vaststaat. (1)
- Indien de betrokken zorgverlener niet aansprakelijk wordt geacht en de geleden schade voldoende ernstig en abnormaal is. (2)
- Enkel indien de betrokken zorgverlener aansprakelijk wordt geacht, maar niet of onvoldoende verzekerd is voor zijn/haar medische beroepsaansprakelijkheid. (3)
- Ik weet het niet (4)

Q20 Hoe bent u op de hoogte geraakt van deze hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)

- Overheid (1)
- Verzekeringsmaatschappij (2)
- Collega's (3)
- Media (4)
- Opleiding/vorming (5)
- Mutualiteit, RIZIV (6)
- Medische vakliteratuur (7)
- Patiënten (8)
- Beroepsverenigingen (9)
- Medische raad (ziekenhuis) (10)
- Directie (ziekenhuis) (11)
- Andere (12)

#### T4 PERCEPTIE VAN HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

Q21 In welke mate zetten onderstaande factoren u aan om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren?

	Niet (1)	Weinig (2)	Redelijk (3)	Veel (4)	Heel veel (5)	Geen idee (6)
Opleiding tot zorgverlener (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bijscholing en extra vorming (bv. LOK) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medische vakliteratuur (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medische congressen, conferenties, studiedagen, enz. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multidisciplinariteit van zorgverlening (samenwerken met collega's, enz.) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controle door collega's (informele controle, checklist, audit, enz.) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Externe accreditatie (NIAZ, JCI, enz.) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedures uitgevaardigd door ziekenhuis en/of afdeling (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deontologische regels (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim bij het Fonds voor Medische Ongevallen (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q22 Hieronder zijn vijf mogelijke gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim. Rangschik deze naargelang ze u als arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren. Het gevolg dat u het meest aanzet plaatst u op 1, het volgende op 2, vervolgens op 3, daarna op 4 en het gevolg dat u het minst aanzet plaatst u op 5. (Rangschikken doet u door de mogelijkheden naar de juiste plaats te slepen.) Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelen we een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekommen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

- Reputatieschade (1)
- Het zelf moeten betalen van een schadevergoeding (2)
- Verloren praktijktijd (bijv. tijd die niet gespendeerd kan worden aan het behandelen van patiënten door het moeten aanwezig zijn in de rechtbank, getuigen, enz.) (3)
- Morele schade (bijv. stress, druk, enz.) (4)
- Het moeten betalen van een schadevergoeding door uw verzekeraar, met als gevolg een stijging van uw verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid. (5)

Q23 Duid aan in welke mate u akkoord bent met volgende uitspraken over uzelf. Geef daarbij aan in welke mate uw gedrag in de volgende jaren zal veranderen ten gevolge van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem van 3 april 2010. Sinds de hervorming van 2010 ...

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Neutraal (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)	Niet van toepassing (6)
... patiënten sneller op de hoogte brengen in geval van een medisch incident. (1)						
... sneller meewerken aan een onderzoek ingesteld naar aanleiding van een medisch incident. (2)						



... sneller melding maken van een medisch incident. (3)						
... sneller medische incidenten bespreken met collega's. (4)						
... sneller medische incidenten bespreken met de directie en/of medische raad.. (5)						
... meer tijd nemen om medische risico's uit te leggen aan patiënten. (6)						
... mijn aantal patiëntencontacten verminderen. (7)						
... minder patiënten met een hoog risicoprofiel behandelen. (8)						
... meer patiënten met een laag risicoprofiel behandelen. (9)						
... minder medische handelingen uitvoeren die risicovol zijn. (10)						

Q24 Duid aan in welke mate u akkoord bent met de volgende uitspraken over uzelf. Geef daarbij aan in welke mate uw gedrag veranderd is door de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem van 3 april 2010. Sinds de hervorming van 3 april 2010...

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Neutraal (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)	Niet van toepassing (6)

... voer ik meer medische handelingen uit die minder risicovol zijn. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... werk ik minder uren. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ben ik van plan om vroeger met pensioen te gaan. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... zou ik willen overstappen naar een minder risicovol specialisme. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... besteed ik meer tijd aan papierwerk, inclusief het onderhouden van patiëntendossiers. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... verwijz ik meer patiënten door naar collega's of specialisten om een correcte diagnosestelling te bekomen (second opinion). (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schrijf ik meer geneesmiddelen voor. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... stel ik meer diagnostische onderzoeken (bv. CT-scan, bloedonderzoek) voor om een diagnose te	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bevestigen. (8) ... stel ik meer invasieve procedures (bv. biopsie) voor om een diagnose te bevestigen. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... neem ik meer deel aan opleidingen, symposia, congressen, enz. om mezelf bij te scholen. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### T4 PERCEPTIE VAN HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

Q25 In welke mate zetten onderstaande factoren u aan om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren?

	Niet (1)	Weinig (2)	Redelijk (3)	Veel (4)	Heel veel (5)	Geen idee (6)
Opleiding tot zorgverlener (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bijscholing en extra vorming (bv. LOK) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medische vakliteratuur (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medische congressen, conferenties, studiedagen (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multidisciplinariteit van zorgverlening (samenwerken met collega's, enz.) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controle door collega's (informele controle, checklist, audit, enz.) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Externe accreditatie (NIAZ, JCI, enz.) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedures uitgevaardigd door ziekenhuis en/of afdeling (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deontologische regels (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q26 Hieronder zijn vijf mogelijke gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim. Rangschik deze naargelang ze u als arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren. Het gevolg dat u het meest aanzet plaatst u op 1, het volgende op 2, vervolgens op 3, daarna op 4 en het gevolg dat u het minst aanzet plaatst u op 5. (Rangschikken doet u door de mogelijkheden naar de juiste plaats te slepen.) Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelen we een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekommen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

\_\_\_\_\_ Reputatieschade (1)

\_\_\_\_\_ Het zelf moeten betalen van een schadevergoeding (2)

\_\_\_\_\_ Verloren praktijktijd (bijv. tijd die niet gependend kan worden aan het behandelen van patiënten door het moeten aanwezig zijn in de rechtbank, getuigen, enz.) (3)

\_\_\_\_\_ Morele schade (bijv. stress, druk, enz.) (4)

\_\_\_\_\_ Het betalen van een schadevergoeding door de verzekeraar, met als gevolg een stijging van uw verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid. (5)

I TER INFO: HET NO-FAULT COMPENSATIESYSTEEM VOOR MEDISCHE INCIDENTEN Sinds drie jaar is de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' van kracht. In geval van een medisch incident dat zich vóór 3 april 2010 voordeed kon/kan een patiënt enkel naar de rechtbank stappen. Bovendien moet de patiënt in dat geval, behalve de schade en de causaliteit, ook de fout van een zorgverlener kunnen bewijzen om een schadevergoeding voor zijn/haar geleden schade te bekommen. Sinds 1 september 2012 kan een patiënt die meent het slachtoffer te zijn van een medisch incident, dat na 2 april 2010 plaatsgevonden heeft, daarnaast ook kosteloos een beroep doen op het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). In tegenstelling tot een procedure voor de rechtbank hoeft de patiënt voor een procedure bij het FMO geen foutbewijs meer te leveren om vergoed te worden. In geval van een medische fout zal de verzekeraar van de betrokken zorgverlener (of de zorgverlener zelf) nog steeds moeten instaan voor de betaling van de schadevergoeding. In geval van een medisch ongeval zal de geleden schade vergoed worden door het FMO, mits voldaan wordt aan de in de wet vooropgestelde ernstgraad.

Q27 Duid aan in welke mate u akkoord bent met volgende uitspraken over uzelf. Geef daarbij aan in welke mate uw gedrag in de volgende jaren zal veranderen ten gevolge van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem van 3 april 2010. In de volgende jaren zal ik ...

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Neutraal (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)	Niet van toepassing (6)
... patiënten sneller op de hoogte brengen in geval van een medisch incident. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sneller meewerken aan een onderzoek ingesteld naar aanleiding van een medisch incident. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sneller melding maken van een medisch incident. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sneller medische incidenten bespreken met collega's. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sneller medische incidenten bespreken met de directie en/of medische raad.. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer tijd nemen om medische risico's uit te leggen aan patiënten. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mijn aantal patiëntencontacten verminderen. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... minder patiënten met een hoog risicoprofiel behandelen. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer patiënten met een laag risicoprofiel behandelen. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... minder medische handelingen uitvoeren die	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

risicovol zijn. (10)						
----------------------	--	--	--	--	--	--

Q28 Duid aan in welke mate u akkoord bent met volgende uitspraken over uzelf. Geef daarbij aan in welke mate uw gedrag in de volgende jaren zal veranderen ten gevolge van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem van 3 april 2010. In de volgende jaren zal ik ...

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Neutraal (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)	Niet van toepassing (6)
...meer medische handelingen uitvoeren die minder risicovol zijn. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... minder uren werken. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... overwegen om vroeger met pensioen te gaan. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... overstappen naar een minder risicovol specialisme. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer tijd besteden aan papierwerk, inclusief het onderhouden van patiëntendossiers. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer patiënten doorverwijzen naar collega's of specialisten om een correcte diagnosestelling te bekomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(second opinion). (6) meer geneesmiddelen voorschrijven. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer diagnostische onderzoeken voorstellen (bv. CT-scan, bloedonderzoek) om een diagnose te bevestigen. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer invasieve procedures (bv. biopsie) voorstellen om een diagnose te bevestigen. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer deelnemen aan opleidingen, symposia, congressen, enz. om mezelf bij te scholen. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q29 Hoe hoog acht u het risico dat dit kalenderjaar een medische aansprakelijkheidsclaim wordt ingesteld tegen ... Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelen we een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekomen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

- \_\_\_\_\_ ... de gemiddelde arts? (1)  
 \_\_\_\_\_ ... de gemiddelde arts uit uw eigen specialisme? (2)  
 \_\_\_\_\_ ... u als arts persoonlijk? (3)

## T5 ERVARING MET HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

Q30 Hoeveel artsen waartegen een medische aansprakelijkheidsclaim is ingesteld kent u persoonlijk? Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelt men een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekomen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

- Geen (1)
- 1-5 (2)
- 6-10 (3)
- 11-15 (4)
- 16-20 (5)
- 21-25 (6)
- 26 of meer (7)

Q31 Hoeveel artsen uit uw eigen specialisme waartegen een medische aansprakelijkheidsclaim is ingesteld kent u persoonlijk?

- Geen (1)
- 1-5 (2)
- 6-10 (3)
- 11-15 (4)
- 16-20 (5)
- 21-25 (6)
- 26 of meer (7)

Q32 Hoeveel keer werd in uw loopbaan als arts een medische aansprakelijkheidsclaim tegen u persoonlijk ingesteld ...

	0 (1)	1-5 (2)	6-10 (3)	11-15 (4)	16-20 (5)	21-25 (6)	26 of meer (7)
... bij een rechtbank? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bij het Fonds voor Medische Ongevallen? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q33 Hoe werd de laatste medische aansprakelijkheidsclaim die tegen u ingesteld werd uiteindelijk afgehandeld?

- Uitbetaling door uw verzekeraar na minnelijke schikking. (1)
- Uitbetaling door uzelf na minnelijke schikking. (2)
- Uitbetaling door uzelf en uw verzekeraar na minnelijk schikking. (3)
- Uitbetaling door uw verzekeraar na uitspraak rechtbank. (4)
- Uitbetaling door uzelf na uitspraak rechtbank. (5)
- Uitbetaling door uzelf en uw verzekeraar na uitspraak rechtbank. (6)
- Geen uitbetaling na uitspraak rechtbank. (7)
- De vordering tot schadevergoeding werd ingetrokken. (8)
- De vordering tot schadevergoeding is nog niet afgehandeld en op dit moment nog hangende. (9)



- Ik weet niet hoe de vordering tot schadevergoeding uiteindelijk afgehandeld werd. (10)
- Er werd nog geen (11)
- Overige (12)

## T6 MELDPUNT MEDISCHE INCIDENTEN

Q34 Heeft u als arts op dit moment de mogelijkheid om zich te wenden tot een intern meldpunt om het voorvallen van een medisch incident te melden? Met een meldpunt bedoelen we een centrale plaats waar zorgverleners terecht kunnen om een medisch incident op een vertrouwelijke wijze te melden.

- Ja (1)
- Nee (2)
- Ik weet het niet (3)

Q35 Heeft u als arts al eens gebruik gemaakt van dit meldpunt om het voorvallen van een medisch incident te melden?

- Ja (1)
- Nee (2)
- Ik ben nog niet op de hoogte geweest van het voorvallen van een medisch incident. (3)

Q36 Zou u gebruik maken van dit meldpunt om een medisch incident te melden...

	Ja (1)	Nee (2)
...indien deze wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...indien deze de patiënt niet kan schaden? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...indien deze de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar hem uiteindelijk ongedeerd liet? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q37 Zou u gebruik maken van een dergelijk meldpunt om een medisch incident te melden...

	Ja (1)	Nee (2)
...indien deze wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...indien deze de patiënt niet kan schaden? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...indien deze de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar hem uiteindelijk ongedeerd liet? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### T7 UW OPMERKINGEN

Q38 Mocht u nog suggesties of opmerkingen hebben omtrent de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België of deze enquête, kan u deze hieronder anoniem noteren of contact met ons opnemen via [tom.vandersteegen@uhasselt.be](mailto:tom.vandersteegen@uhasselt.be)

### *Bijlage 2 Tabel geslacht*

Def. Gen. (score op 50)

Q1	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Vrouw	19,88	136	8,043	26,8%
Man	22,28	372	9,606	73,2%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### *Bijlage 3 Tabel leeftijd*

Def. Gen. (score op 50)

Q2	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
26-35 jaar	19,24	55	9,866	10,8%
36-45 jaar	21,69	120	8,587	23,6%
46-55 jaar	20,85	148	9,177	29,1%
Ouder dan 55 jaar	22,96	185	9,441	36,4%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### ***Bijlage 4 Tabel Provincie***

Def. Gen. (score op 50)

Q4	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Antwerpen	22,47	103	8,484	22,1%
Henegouwen	24,38	29	11,484	6,2%
Limburg	21,19	80	9,347	17,2%
Luik	20,83	24	9,631	5,2%
Luxemburg	21,63	8	10,155	1,7%
Namen	23,45	11	6,861	2,4%
Oost-Vlaanderen	20,79	48	11,028	10,3%
Vlaams-Brabant	19,87	39	5,983	8,4%
Waals-Brabant	23,50	12	9,376	2,6%
West-Vlaanderen	19,98	112	9,295	24,0%
Total	21,33	466	9,241	100,0%

### ***Bijlage 5 Tabel Specialisme***

Def. Gen. (score op 50)

Q5	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Acute geneeskunde	22,63	8	8,879	1,6%
Anesthesie-reanimatie	21,48	46	7,618	9,1%
Cardiologie	20,29	14	8,888	2,8%
Dermato-venereologie	26,43	7	4,315	1,4%
Fysische geneeskunde en revalidatie	22,40	10	9,489	2,0%
Gastro-enterologie	20,73	11	5,198	2,2%
Geriatric	20,55	11	9,147	2,2%
Gynaecologie en verloskunde	22,32	31	9,786	6,1%
Heelkunde	23,64	39	9,419	7,7%
Inwendige geneeskunde	21,55	11	8,005	2,2%
Klinische biologie	12,59	22	10,107	4,3%
Medische oncologie	20,00	5	2,449	1,0%
Neurochirurgie	18,75	8	7,285	1,6%
Neurologie	23,18	11	6,400	2,2%
Neuropsychiatrie	29,33	3	8,021	0,6%
Nucleaire geneeskunde	15,80	5	10,686	1,0%
Oftalmologie	23,50	24	8,294	4,7%
Orthopedische heelkunde	25,24	37	8,745	7,3%
Otorhinolaryngologie	24,24	17	8,128	3,3%
Pathologische anatomie	10,11	9	8,667	1,8%
Pediatrie	18,83	18	7,994	3,5%
Plastische heelkunde	25,67	24	9,476	4,7%

Pneumologie	21,60	15	8,314	3,0%
Psychiatrie	15,87	15	9,523	3,0%
Radiologie	23,11	38	9,692	7,5%
Radiotherapie	22,57	7	7,976	1,4%
Reumatologie	23,83	6	8,819	1,2%
Stomatologie	21,17	18	10,810	3,5%
Urgentiegeneeskunde	20,07	14	7,560	2,8%
Urologie	23,06	16	10,331	3,1%
Overige	18,75	8	12,725	1,6%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### ***Bijlage 6 Tabel aantal jaren werkzaam***

#### **Def. Gen. (score op 50) \* Q6**

Def. Gen. (score op 50)

Q6	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Minder dan 1 jaar	13,00	2	8,485	0,4%
1-5 jaar	19,45	29	9,731	5,7%
6-10 jaar	20,64	64	9,351	12,6%
11-20 jaar	21,23	119	9,033	23,4%
21-30 jaar	21,83	141	8,956	27,8%
Meer dan 30 jaar	22,74	153	9,559	30,1%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### ***Bijlage 7 Tabel Aantal uren werkzaam per werkweek***

#### **Def. Gen. (score op 50) \* Q7**

Def. Gen. (score op 50)

Q7	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Minder dan 16 uren	25,42	12	12,710	2,4%
16-30 uren	23,10	10	7,340	2,0%
31-45 uren	21,38	102	9,116	20,1%
46-60 uren	20,87	235	9,245	46,3%
Meer dan 60 uren	22,63	149	9,154	29,3%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### ***Bijlage 8 Tabel Verzekeringspremie***

**Def. Gen. (score op 50) \* Q16**

Def. Gen. (score op 50)

Q16	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Minder dan 250 euro	13,31	13	9,464	2,6%
251-500 euro	19,70	43	10,439	8,5%
501-1000 euro	21,12	43	9,869	8,5%
1001-2000 euro	22,65	60	7,951	11,8%
2002-3000 euro	20,54	61	9,912	12,0%
3001-4000 euro	23,02	91	8,884	17,9%
4001-5000 euro	25,00	42	9,136	8,3%
5001-10000 euro	24,07	27	8,961	5,3%
Meer dan 10000 euro	31,40	5	9,209	1,0%
Ik weet het niet	20,34	122	8,390	24,1%
Total	21,64	507	9,276	100,0%

### ***Bijlage 9 Tabel In welke mate op de hoogte van de hervorming***

Def. Gen. (score op 50)

Q17	Mean	N	Std. Deviation	% of Total N
Niet	23,08	78	9,078	15,4%
Beperkt	20,88	155	9,543	30,5%
Matig	22,92	172	8,368	33,9%
Goed	20,26	86	9,884	16,9%
Zeer goed	16,06	17	10,207	3,3%
Total	21,64	508	9,267	100,0%

### ***Bijlage 10 aantal artsen waartegen een medische aansprakelijkheidsclaims werd ingesteld die de respondent persoonlijk kent***

**Def. Gen. (score op 50) \* Q31**

Def. Gen. (score op 50)

Q31	Mean	N	Std. Deviation
Geen	18,09	115	9,435
1 -5	22,19	313	8,761
6-10	23,59	49	7,626
11-15	25,56	18	10,821

16-20	34,40	5	7,403
26 of meer	25,57	7	13,202
Total	21,68	507	9,226

***Bijlage 11 aantal aansprakelijkheidsclaims bij de rechtbank tegen de arts persoonlijk***

Def. Gen. (score op 50) \* Q32\_1

Def. Gen. (score op 50)

Q32_1	Mean	N	Std. Deviation
Geen	20,53	330	9,097
1 tot 5	23,94	175	9,090
6 tot 10	14,50	2	6,364
Total	21,68	507	9,226

***Bijlage 12 aantal aansprakelijkheidsclaims bij het fonds voor medische ongevallen tegen de arts persoonlijk***

Def. Gen. (score op 50) \* Q32\_2

Def. Gen. (score op 50)

Q32_2	Mean	N	Std. Deviation
Geen	21,41	461	9,281
1 tot 5	24,43	46	8,253
Total	21,68	507	9,226

***Bijlage 13 Regressiemodel defensieve geneeskunde***

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18,925	3,433		5,512	,000
	Vrouwen	-2,645	1,339	-,118	-1,975	,050
	Vlaanderen	-4,501	1,568	-,232	-2,870	,004
	Wallonië	-2,641	1,608	-,128	-1,642	,102
	Specialisme gemiddeld risico	6,967	1,472	,339	4,733	,000

Specialisme hoog risico	6,745	1,992	,233	3,386	,001
Privaat ziekenhuis	-2,825	1,139	-,143	-2,481	,014
Premie tussen 251 en 500	4,091	2,093	,120	1,954	,052
Premie tussen 501 en 1000	-,043	2,055	-,001	-,021	,983
Premie tussen 1001 en 2000	4,340	1,925	,137	2,255	,025
Premie tussen 2001 en 3000	2,883	1,873	,092	1,539	,125
Premie tussen 3001 en 4000	4,431	1,790	,162	2,476	,014
Premie tussen 4001 en 5000	8,619	2,151	,257	4,007	,000
Premie tussen 5001 en 10000	3,480	2,204	,093	1,579	,116
Premie meer dan 10000	9,406	4,285	,122	2,195	,029
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-1,712	,544	-,187	-3,147	,002
1 tot 5 keer aansprakelijk	,666	1,191	,033	,560	,576
6 tot 10 keer aansprakelijk	-13,793	6,188	-,127	-2,229	,027
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	1,361	,354	,221	3,842	,000
Multidisciplinariteit	-,951	,484	-,111	-1,966	,050
Stijging verzekeringspremie	1,243	,710	,119	1,752	,081
Reputatieschade	,292	,548	,035	,533	,595
Morele schade	,309	,473	,039	,654	,514

a. Dependent Variable: Def. Gen. (score op 50)

### ***Bijlage 14 Regressiemodel positieve defensieve geneeskunde***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	5,271	1,672		3,153	,002
	Vrouwen	-,816	,620	-,082	-1,315	,190
	Specialisme gemiddeld risico	3,666	,682	,403	5,376	,000
	Specialisme hoog risico	3,901	,922	,304	4,232	,000
	Premie tussen 251 en 500	2,442	,971	,162	2,515	,013
	Premie tussen 501 en 1000	,096	,953	,007	,101	,920
	Premie tussen 1001 en 2000	1,930	,892	,138	2,164	,032

Premie tussen 2001 en 3000	1,197	,869	,087	1,377	,170
Premie tussen 3001 en 4000	1,453	,830	,120	1,749	,082
Premie tussen 4001 en 5000	3,135	,995	,212	3,152	,002
Premie tussen 5001 en 10000	1,519	1,018	,092	1,492	,137
Premie meer dan 10000	3,614	1,986	,106	1,820	,070
1 tot 5 keer aansprakelijk	,241	,553	,027	,436	,663
6 tot 10 keer aansprakelijk	-2,544	2,870	-,053	-,887	,376
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	,551	,165	,202	3,343	,001
Reputatieschade	-,098	,254	-,027	-,385	,700
Morele schade	,173	,219	,049	,791	,430
Vlaanderen	-1,066	,729	-,124	-1,463	,145
Wallonië	-,224	,757	-,025	-,297	,767
Privaat ziekenhuis	-,831	,529	-,095	-1,570	,118
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-,539	,252	-,133	-2,134	,034
Stijging verzekeringspremie	,353	,329	,076	1,072	,285
Deontologische regels	,038	,229	,010	,165	,869

a. Dependent Variable: Positieve Def. Gen (score op 20)

### ***Bijlage 15 Regressiemodel negatieve defensieve geneeskunde***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	13,838	2,342		5,908	,000
	Vrouwen	-1,995	,869	-,139	-2,296	,023
	Specialisme gemiddeld risico	2,779	,956	,211	2,908	,004
	Specialisme hoog risico	2,280	1,292	,123	1,765	,079
	Premie tussen 251 en 500	1,359	1,360	,062	,999	,319
	Premie tussen 501 en 1000	-,185	1,335	-,009	-,138	,890
	Premie tussen 1001 en 2000	2,585	1,250	,127	2,069	,040
	Premie tussen 2001 en 3000	1,653	1,218	,083	1,357	,176
	Premie tussen 3001 en 4000	3,078	1,164	,176	2,645	,009
	Premie tussen 4001 en 5000	5,883	1,394	,274	4,221	,000



Premie tussen 5001 en 10000	2,387	1,427	,099	1,673	,096
Premie meer dan 10000	5,493	2,783	,111	1,974	,050
1 tot 5 keer aansprakelijk	,517	,774	,040	,668	,505
6 tot 10 keer aansprakelijk	-11,087	4,021	-,159	-2,757	,006
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	,782	,231	,198	3,387	,001
Reputatieschade	,294	,355	,055	,827	,409
Morele schade	,101	,307	,020	,329	,742
Vlaanderen	-3,653	1,021	-,294	-3,577	,000
Wallonië	-2,638	1,060	-,200	-2,488	,014
Privaat ziekenhuis	-2,151	,741	-,170	-2,902	,004
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-1,214	,354	-,207	-3,432	,001
Stijging verzekeringspremie	,960	,461	,143	2,083	,038
Deontologische regels	-,643	,321	-,116	-2,005	,046

a. Dependent Variable: Negatieve Def. Gen. (score op 30)

### ***Bijlage 16 Regressiemodel Vlaanderen***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	1,921	8,880		,216	,829
	Vrouwen	-,737	1,094	-,036	-,674	,501
	Specialisme gemiddeld risico	3,209	1,270	,171	2,527	,012
	Specialisme hoog risico	1,887	1,613	,079	1,170	,243
	1 tot 5 keer aansprakelijk	1,862	1,092	,098	1,705	,089
	6 tot 10 keer aansprakelijk	-4,533	8,725	-,026	-,520	,604
	De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	,931	,321	,154	2,904	,004
	Reputatieschade	1,311	,928	,155	1,413	,159
	Morele schade	2,054	,927	,250	2,216	,027
	Leeftijd tussen 26 en 35	,756	3,318	,027	,228	,820
	Leeftijd tussen 36 en 45	1,577	2,616	,077	,603	,547

Leeftijd tussen 46 en 55	-,150	1,938	-,008	-,077	,939
Minder dan 1 jaar werkzaam	-1,973	9,257	-,011	-,213	,831
Tussen 1-5 jaar werkzaam	-4,556	3,542	-,127	-1,286	,199
Tussen 6-10 jaar werkzaam	-3,318	3,128	-,129	-1,061	,290
Tussen 11 en 20 jaar werkzaam	-2,005	2,501	-,097	-,802	,423
Tussen 21 en 30 jaar werkzaam	-1,514	1,891	-,075	-,801	,424
Premie tussen 251 en 500	-,558	1,981	-,017	-,282	,778
Premie tussen 501 en 1000	1,277	1,917	,037	,666	,506
Premie tussen 1001 en 2000	3,167	1,615	,114	1,961	,051
Premie tussen 2001 en 3000	1,754	1,612	,065	1,088	,277
Premie tussen 3001 en 4000	3,261	1,466	,145	2,224	,027
Premie tussen 4001 en 5000	5,005	1,896	,155	2,639	,009
Premie tussen 5001 en 10000	2,737	2,315	,064	1,182	,238
Premie meer dan 10000	5,415	5,087	,053	1,064	,288
Minder dan 16 werkuren	8,191	4,582	,092	1,787	,075
Tussen 16 en 30 werkuren	2,387	4,611	,027	,518	,605
Tussen 31 en 45 werkuren	-1,075	1,440	-,047	-,746	,456
Tussen 46 en 60 werkuren	-1,400	1,070	-,077	-1,308	,192
Werkgever betaalt premie	2,985	1,470	,110	2,030	,043
Uzelf en werkgever betalen premie	-,986	1,241	-,041	-,794	,428
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-1,709	,500	-,198	-3,416	,001
Medische vakliteratuur	,820	,468	,093	1,753	,080
Multidisciplinariteit	-,964	,455	-,113	-2,119	,035
Het zelf moeten betalen van schadevergoeding	1,929	,926	,252	2,082	,038
Verloren praktijktijd	1,743	,953	,211	1,828	,068
Stijging verzekeringspremie	2,337	,990	,244	2,361	,019
Premie meer dan 10 % gedaald	-1,549	4,626	-,017	-,335	,738
Premie tussen 6 en 10 % gedaald	5,450	6,266	,043	,870	,385
Premie tussen 0 en 5 % gedaald	2,482	3,930	,031	,632	,528

Premie tussen 0 en 5% gestegen	-1,654	1,448	-,062	-1,142	,254
Premie Tussen 6 en 10 % gestegen	-,634	1,669	-,020	-,380	,705
Premie meer dan 10 % gestegen	2,261	1,972	,058	1,146	,253

a. Dependent Variable: Score Def gen Vlaanderen

### ***Bijlage 17 Regressiemodel Wallonië***

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	21,855	8,570		2,550	,014
Vrouwen	-4,522	2,900	-,192	-1,560	,126
Specialisme gemiddeld risico	4,683	3,135	,219	1,494	,143
Specialisme hoog risico	1,688	4,038	,055	,418	,678
1 tot 5 keer aansprakelijk	-,018	2,251	-,001	-,008	,994
6 tot 10 keer aansprakelijk	-14,643	9,664	-,161	-1,515	,137
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	1,741	,673	,297	2,588	,013
Reputatieschade	1,206	1,573	,131	,766	,448
Leeftijd tussen 26 en 35	16,278	10,116	,425	1,609	,115
Leeftijd tussen 36 en 45	2,428	5,562	,083	,437	,665
Leeftijd tussen 46 en 55	-3,540	3,738	-,155	-,947	,349
Minder dan 1 jaar werkzaam	-22,165	13,296	-,244	-1,667	,103
Tussen 1-5 jaar werkzaam	-7,060	14,035	-,078	-,503	,617
Tussen 6-10 jaar werkzaam	-12,564	8,838	-,328	-1,421	,162
Tussen 11 en 20 jaar werkzaam	-5,872	5,710	-,215	-1,028	,309
Tussen 21 en 30 jaar werkzaam	4,594	4,024	,204	1,142	,260
Premie tussen 251 en 500	-,899	4,782	-,023	-,188	,852
Premie tussen 501 en 1000	-11,850	4,285	-,353	-2,765	,008
Premie tussen 1001 en 2000	,060	3,715	,002	,016	,987
Premie tussen 2001 en 3000	-5,982	3,719	-,188	-1,608	,115
Premie tussen 3001 en 4000	-2,856	3,752	-,098	-,761	,451

Premie tussen 4001 en 5000	1,748	4,028	,055	,434	,666
Premie tussen 5001 en 10000	3,330	4,371	,087	,762	,450
Premie meer dan 10000	12,152	9,208	,134	1,320	,194
Minder dan 16 werkuren	-15,982	8,154	-,247	-1,960	,056
Tussen 16 en 30 werkuren	3,961	6,879	,075	,576	,568
Tussen 31 en 45 werkuren	8,222	3,329	,355	2,470	,018
Tussen 46 en 60 werkuren	2,580	2,599	,128	,993	,326
Werkgever betaalt premie	-6,624	2,840	-,281	-2,332	,024
Uzelf en werkgever betalen	1,413	2,901	,061	,487	,629
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-,663	1,550	-,063	-,428	,671
Medische vakliteratuur	-1,470	1,072	-,158	-1,371	,177
Multidisciplinariteit	-2,892	,971	-,318	-2,977	,005
Het zelf moeten betalen van schadevergoeding	,284	,959	,032	,297	,768
Verloren praktijktijd	1,274	1,407	,128	,906	,370
Stijging verzekeringspremie	,359	2,184	,024	,164	,870
Premie meer dan 10 % gedaald	10,896	6,279	,205	1,735	,090
Premie tussen 0 en 5% gestegen	,912	2,919	,033	,313	,756
Premie tussen 6 en 10 % gestegen	3,978	3,460	,131	1,150	,257
Premie meer dan 10 % gestegen	2,750	3,959	,077	,695	,491

a. Dependent Variable: Score def gen Wallonië

### ***Bijlage 18 Regressiemodel Brussels Hoofdstedelijk gewest***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	53,997	34,956		1,545	,173
	Vrouwen	6,687	7,803	,362	,857	,424
	Specialisme gemiddeld risico	,140	9,930	,007	,014	,989
	Specialisme hoog risico	-11,902	14,232	-,347	-,836	,435

1 tot 5 keer aansprakelijk	11,134	8,312	,582	1,339	,229
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	3,478	1,921	,560	1,810	,120
Reputatieschade	-5,412	4,030	-,803	-1,343	,228
Morele schade	-9,714	7,048	-1,139	-1,378	,217
Leeftijd tussen 36 en 45	24,114	21,680	1,017	1,112	,309
Leeftijd tussen 46 en 55	3,542	12,051	,164	,294	,779
Tussen 1-5 jaar werkzaam	11,345	10,099	,273	1,123	,304
Tussen 6-10 jaar werkzaam	14,059	36,728	,410	,383	,715
Tussen 11 en 20 jaar werkzaam	-10,217	22,632	-,404	-,451	,668
Tussen 21 en 30 jaar werkzaam	6,328	17,424	,323	,363	,729
Premie tussen 251 en 500	12,327	11,612	,520	1,062	,329
Premie tussen 501 en 1000	-5,108	15,954	-,202	-,320	,760
Premie tussen 1001 en 2000	-15,613	15,183	-,572	-1,028	,343
Premie tussen 2001 en 3000	-14,754	20,356	-,430	-,725	,496
Premie tussen 3001 en 4000	4,791	17,002	,115	,282	,788
Premie tussen 5001 en 10000	-22,234	15,436	-,648	-1,440	,200
Premie meer dan 10000	17,600	29,621	,304	,594	,574
Minder dan 16 werkuren	10,679	18,566	,423	,575	,586
Tussen 16 en 30 werkuren	-10,019	15,386	-,292	-,651	,539
Tussen 31 en 45 werkuren	-1,450	11,208	-,067	-,129	,901
Tussen 46 en 60 werkuren	-5,317	9,599	-,298	-,554	,600
Werkgever betaalt premie	4,290	7,957	,181	,539	,609
Uzelf en werkgever betalen premie	6,439	8,381	,337	,768	,471
In welke mate op de hoogte van de hervorming	,321	2,683	,038	,120	,909
Medische vakliteratuur	6,121	7,870	,598	,778	,466
Multidisciplinariteit	-5,580	4,085	-,771	-1,366	,221
Verloren praktijktijd	-1,735	3,222	-,200	-,539	,610
Stijging verzekeringspremie	-3,790	4,554	-,449	-,832	,437
Premie meer dan 10 % gedaald	-30,909	32,041	-,533	-,965	,372
Premie tussen 0 en 5% gestegen	6,341	11,993	,267	,529	,616

Premie tussen 6 en 10 % gestegen	8,478	13,480	,204	,629	,553
Premie meer dan 10 % gestegen	24,060	15,150	,799	1,588	,163

a. Dependent Variable: Score def gen Brussel

### ***Bijlage 19 Regressiemodel specialisten met laag risico op aansprakelijkheid***

Model		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	32,129	21,789		1,475	,154
	Vrouwen	-5,934	4,003	-,230	-1,482	,152
	1 tot 5 keer aansprakelijk	2,331	4,851	,082	,481	,635
	De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	4,591	1,147	,680	4,003	,001
	Reputatieschade	-1,027	2,160	-,107	-,475	,639
	Morele schade	,477	2,304	,050	,207	,838
	Vlaanderen	-6,703	4,525	-,298	-1,481	,152
	Wallonië	-1,625	4,988	-,067	-,326	,748
	Premie tussen 251 en 500	3,687	4,120	,139	,895	,380
	Premie tussen 501 en 1000	3,029	5,895	,093	,514	,612
	Premie tussen 1001 en 2000	5,300	4,114	,194	1,288	,211
	Premie tussen 2001 en 3000	14,278	7,793	,378	1,832	,080
	Premie tussen 3001 en 4000	6,496	12,233	,080	,531	,601
	Premie tussen 5001 en 10000	-1,702	9,491	-,029	-,179	,859
	Controle door collega's	-4,778	1,621	-,554	-2,947	,007
	Verloren praktijktijd	-3,540	2,358	-,348	-1,502	,147
	Het zelf moeten betalen van schadevergoeding	-2,435	3,199	-,251	-,761	,454
	Leeftijd * tussen 26 en 35	2,723	14,461	,083	,188	,852
	Leeftijd tussen 36 en 45	1,575	8,904	,042	,177	,861
	Leeftijd tussen 46 en 55	2,310	6,083	,085	,380	,708
	Privaat ziekenhuis	-1,486	4,633	-,059	-,321	,751
	In welke mate op de hoogte van de hervorming	-,171	1,883	-,015	-,091	,928

Deontologische regels	-,643	1,769	-,053	-,363	,720
Minder dan 1 jaar werkzaam	-12,723	20,033	-,157	-,635	,532
Tussen 1-5 jaar werkzaam	-8,076	16,506	-,139	-,489	,629
Tussen 6-10 jaar werkzaam	1,857	12,797	,053	,145	,886
Tussen 11-20 jaar werkzaam	-4,257	8,023	-,113	-,531	,601
Tussen 21-30 jaar werkzaam	-4,059	5,773	-,153	-,703	,489

a. Dependent Variable: Score def gen laag risico specialisme

### ***Bijlage 20 Regressiemodel specialismen met gemiddeld risico op aansprakelijkheid***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	37,220	8,431		4,415	,000
	Vrouwen	-,205	1,842	-,010	-,111	,911
	1 tot 5 keer aansprakelijk	1,039	1,552	,057	,669	,504
	6 tot 10 keer aansprakelijk	-13,797	6,313	-,168	-2,185	,031
	De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	1,106	,487	,190	2,272	,025
	Reputatieschade	-1,021	,797	-,134	-1,280	,203
	Morele schade	-,967	,980	-,131	-,987	,325
	Vlaanderen	-3,368	1,921	-,188	-1,753	,082
	Wallonië	-2,152	1,970	-,114	-1,092	,277
	Premie tussen 251 en 500	3,033	3,304	,072	,918	,360
	Premie tussen 501 en 1000	3,429	2,662	,110	1,288	,200
	Premie tussen 1001 en 2000	3,107	2,688	,093	1,156	,250
	Premie tussen 2001 en 3000	3,645	2,401	,129	1,518	,131
	Premie tussen 3001 en 4000	5,206	2,215	,224	2,351	,020
	Premie tussen 4001 en 5000	9,498	2,482	,345	3,827	,000
	Premie tussen 5001 en 10000	5,038	2,776	,151	1,815	,072
	Premie meer dan 10000	15,966	5,530	,237	2,887	,005

Controle door collega's	,261	,542	,039	,482	,631
Verloren praktijktijd	-,718	,949	-,088	-,757	,450
Het zelf moeten betalen van schadevergoeding	-1,418	,976	-,186	-1,454	,148
Leeftijd tussen 26 en 35	1,501	5,604	,043	,268	,789
Leeftijd tussen 36 en 45	,563	3,685	,025	,153	,879
Leeftijd tussen 46 en 55	-3,705	2,471	-,185	-1,499	,136
Privaat ziekenhuis	-2,945	1,421	-,162	-2,073	,040
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-1,567	,721	-,182	-2,174	,031
Deontologische regels	-1,297	,602	-,171	-2,154	,033
Tussen 1-5 jaar werkzaam	-,893	6,156	-,020	-,145	,885
Tussen 6-10 jaar werkzaam	-,535	5,288	-,016	-,101	,920
Tussen 11 -20 jaar werkzaam	,551	3,673	,026	,150	,881
Tussen 21-30 jaar werkzaam	,427	2,399	,022	,178	,859

a. Dependent Variable: score def gen gemiddeld risico specialisme

## ***Bijlage 21 Regressiemodel specialismen met hoog risico op aansprakelijkheid***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	55,188	21,092		2,617	,047
	Vrouwen	-1,276	1,924	-,071	-,663	,536
	1 tot 5 keer aansprakelijk	3,037	1,711	,201	1,775	,136
	De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	2,446	,685	,524	3,573	,016
	Reputatieschade	-1,738	1,410	-,265	-1,232	,273
	Morele schade	-4,538	2,444	-,762	-1,857	,122
	Vlaanderen	-10,090	7,139	-,669	-1,413	,217
	Wallonië	-11,983	5,664	-,750	-2,116	,088
	Premie tussen 251 en 500	10,907	4,423	,356	2,466	,057



Premie tussen 501 en 1000	14,284	9,360	,335	1,526	,188
Premie tussen 1001 en 2000	4,918	4,786	,161	1,028	,351
Premie tussen 2001 en 3000	6,188	3,134	,243	1,974	,105
Premie tussen 3001 en 4000	-4,879	2,879	-,257	-1,695	,151
Premie tussen 4001 en 5000	18,205	3,039	,716	5,991	,002
Premie tussen 5001 en 10000	6,659	3,592	,262	1,854	,123
Premie meer dan 10000	21,193	7,563	,498	2,802	,038
Controle door collega's	1,082	1,191	,158	,909	,405
Verloren praktijktijd	-3,699	1,964	-,515	-1,883	,118
Het zelf moeten betalen van schadevergoeding	-3,776	2,622	-,623	-1,440	,209
Leeftijd tussen 36 en 45	-15,276	3,723	-,852	-4,104	,009
Privaat ziekenhuis	6,355	2,550	,415	2,492	,055
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-,552	1,123	-,094	-,492	,644
Deontologische regels	-2,118	,863	-,290	-2,454	,058
Tussen 1-5 jaar werkzaam	31,091	7,082	,730	4,390	,007
Tussen 6-10 jaar werkzaam	15,673	9,262	,368	1,692	,151
Tussen 11-20 jaar werkzaam	3,199	2,675	,194	1,196	,285
Tussen 21-30 jaar werkzaam	2,309	2,044	,140	1,130	,310

a. Dependent Variable: score def gen hoog risico specialisme

## ***Bijlage 22 Regressiemodel artsen niet op de hoogte van hervorming***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	27,628	6,568		4,207	,008
	Vrouwen	1,485	3,437	,085	,432	,684
	Specialisme gemiddeld risico	3,278	2,611	,187	1,256	,265
	Specialisme hoog risico	-,089	2,514	-,004	-,035	,973
	Premie tussen 251 en 500	6,076	3,936	,310	1,544	,183
	Premie tussen 501 en 1000	6,445	4,300	,184	1,499	,194
	Premie tussen 1001 en 2000	3,221	2,846	,125	1,132	,309

Premie tussen 2001 en 3000	-17,558	4,702	-,751	-3,734	,014
Premie tussen 3001 en 4000	8,019	4,989	,229	1,607	,169
Premie tussen 4001 en 5000	14,279	5,783	,292	2,469	,057
Premie tussen 5001 en 10000	-32,138	7,746	-,658	-4,149	,009
Premie meer dan 10000	8,266	6,506	,169	1,271	,260
1 tot 5 keer aansprakelijk	4,288	1,970	,209	2,176	,081
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	3,590	1,035	,659	3,469	,018
Reputatieschade	-,251	1,143	-,032	-,219	,835
Morele schade	-3,387	,556	-,537	-6,086	,002
Leeftijd tussen 26 en 35	25,363	6,719	1,084	3,775	,013
Leeftijd tussen 36 en 45	33,437	6,079	1,705	5,500	,003
Leeftijd tussen 46 en 55	23,866	4,876	1,020	4,895	,004
Vlaanderen	-2,506	3,196	-,143	-,784	,469
Wallonië	4,374	2,965	,232	1,475	,200
Privaat ziekenhuis	3,313	2,557	,152	1,296	,252
Tussen 1-5 jaar werkzaam	-29,587	7,089	-1,152	-4,174	,009
Tussen 6-10 jaar werkzaam	-11,393	6,323	-,444	-1,802	,131
Tussen 11-20 jaar werkzaam	-36,474	8,551	-1,676	-4,266	,008
Tussen 21-30 jaar werkzaam	-9,204	5,089	-,423	-1,809	,130
Multidisciplinariteit	-2,289	,897	-,335	-2,552	,051

a. Dependent Variable: Y2 score op 50

### ***Bijlage 23 Regressiemodel artsen op de hoogte van hervorming***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	17,680	3,525		5,015	,000
	Vrouwen	-1,675	1,494	-,073	-1,121	,264
	Specialisme gemiddeld risico	6,895	1,669	,334	4,130	,000
	Specialisme hoog risico	7,763	2,324	,264	3,340	,001
	Premie tussen 251 en 500	2,768	2,671	,070	1,036	,301
	Premie tussen 501 en 1000	,482	2,288	,015	,211	,833

Premie tussen 1001 en 2000	4,224	2,144	,132	1,970	,050
Premie tussen 2001 en 3000	3,970	2,187	,124	1,815	,071
Premie tussen 3001 en 4000	4,968	1,917	,189	2,591	,010
Premie tussen 4001 en 5000	8,960	2,301	,279	3,894	,000
Premie tussen 5001 en 10000	4,811	2,419	,133	1,989	,048
Premie meer dan 10000	8,567	5,144	,103	1,665	,098
1 tot 5 keer aansprakelijk	-,197	1,361	-,010	-,145	,885
6 tot 10 keer aansprakelijk	-13,426	6,364	-,132	-2,110	,036
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	1,501	,397	,243	3,781	,000
Reputatieschade	,078	,515	,009	,151	,880
Morele schade	,463	,521	,057	,887	,376
Leeftijd tussen 26 en 35	-3,795	4,850	-,096	-,783	,435
Leeftijd tussen 36 en 45	-,109	3,127	-,004	-,035	,972
Leeftijd tussen 46 en 55	-2,361	2,231	-,112	-1,058	,291
Vlaanderen	-5,704	1,834	-,295	-3,110	,002
Wallonië	-2,791	1,865	-,137	-1,497	,136
Privaat ziekenhuis	-3,907	1,258	-,201	-3,106	,002
Minder dan 1 jaar	-2,492	9,959	-,017	-,250	,803
Tussen 1-5 jaar	1,606	5,439	,027	,295	,768
Tussen 6-10 jaar	5,303	4,540	,143	1,168	,244
Tussen 11 en 20 jaar	1,336	3,059	,056	,437	,663
Tussen 21 en 30 jaar	1,021	2,136	,049	,478	,633
Multidisciplinariteit	-1,158	,543	-,134	-2,133	,034

a. Dependent Variable: Y1 score op 50

### ***Bijlage 24 Regressiemodel artsen zonder een aansprakelijkheidsclaim voor de rechtbank***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	17,839	4,534		3,934	,000
	Vrouwen	-3,783	1,693	-,179	-2,234	,027
	Specialisme gemiddeld risico	6,331	1,889	,311	3,352	,001
	Specialisme hoog risico	6,634	2,764	,220	2,400	,018

De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	1,042	,474	,167	2,197	,030
Reputatieschade	-,554	,704	-,061	-,788	,432
Morele schade	,287	,641	,035	,448	,655
Vlaanderen	-5,840	2,231	-,294	-2,617	,010
Wallonië	-3,162	2,233	-,151	-1,416	,159
Minder dan 16 werkuren	2,224	3,983	,047	,558	,578
Tussen 16 en 30 werkuren	2,871	4,025	,056	,713	,477
Tussen 31 en 45 werkuren	4,507	2,125	,202	2,121	,036
Tussen 46 en 60 werkuren	1,676	1,886	,083	,889	,376
Premie tussen 251 en 500	3,324	2,639	,107	1,260	,210
Premie tussen 501 en 1000	,654	2,554	,021	,256	,798
Premie tussen 1001 en 2000	4,367	2,560	,141	1,706	,090
Premie tussen 2001 en 3000	4,312	2,517	,139	1,713	,089
Premie tussen 3001 en 4000	5,975	2,607	,202	2,292	,024
Premie tussen 4001 en 5000	7,792	3,213	,193	2,425	,017
Premie tussen 5001 en 10000	1,590	3,932	,031	,404	,687
Premie meer dan 10000	9,509	6,541	,108	1,454	,148
Privaat ziekenhuis	-1,887	1,649	-,093	-1,144	,255
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-1,117	,771	-,117	-1,450	,150

a. Dependent Variable: Score 0 claims voor de rechtbank

### ***Bijlage 25 Regressiemodel artsen met 1 tot 5 aansprakelijkheidsclaims voor de rechtbank***

		Coefficients <sup>a</sup>				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	19,314	5,584		3,459	,001
	Vrouwen	-1,540	3,286	-,054	-,469	,641
	Specialisme gemiddeld risico	5,181	3,510	,244	1,476	,144

Specialisme hoog risico	5,306	4,285	,201	1,238	,220
De gevolgen van medische aansprakelijkheid voor de rechtbank	2,258	,674	,365	3,349	,001
Reputatieschade	,091	,789	,013	,115	,909
Morele schade	,451	,807	,062	,559	,578
Vlaanderen	-1,779	3,084	-,097	-,577	,566
Wallonië	-2,256	3,073	-,116	-,734	,465
Minder dan 16 werkuren	1,264	4,989	,028	,253	,801
Tussen 16 en 30 werkuren	3,737	6,464	,072	,578	,565
Tussen 31 en 45 werkuren	-,710	3,371	-,025	-,211	,834
Tussen 46 en 60 werkuren	-3,431	2,190	-,186	-1,567	,122
Premie tussen 251 en 500	,351	5,427	,008	,065	,949
Premie tussen 501 en 1000	,784	4,735	,019	,166	,869
Premie tussen 1001 en 2000	2,533	3,958	,077	,640	,524
Premie tussen 2001 en 3000	1,558	3,643	,050	,428	,670
Premie tussen 3001 en 4000	4,309	3,047	,182	1,414	,162
Premie tussen 4001 en 5000	8,242	3,383	,301	2,436	,017
Premie tussen 5001 en 10000	5,102	3,187	,186	1,601	,114
Premie meer dan 10000	11,128	6,562	,176	1,696	,094
Privaat ziekenhuis	-3,957	2,013	-,214	-1,966	,053
In welke mate op de hoogte van de hervorming	-2,367	,974	-,275	-2,431	,018

a. Dependent Variable: score 1 tot 5 claims voor de rechtbank

## Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

**Impact van het nieuwe medische aansprakelijkheidssysteem op artsen in België**

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement**

Jaar: **2014**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

**Missotten, Mieke**

Datum: **14/01/2014**