

Het Fonds voor de Medische Ongevallen gaat van start: een nieuw instrument om de patiënten te beschermen

De wet op de medische ongevallen trad op 2 april 2010 in werking. Sindsdien komen slachtoffers van een medisch ongeval in aanmerking voor een eventuele vergoeding door het Fonds voor de Medische Ongevallen. Het Fonds voor de Medische Ongevallen was echter nog niet operationeel.

Op 1 september aanstaande is het zo ver: het Fonds voor de Medische Ongevallen zal dan volledig operationeel zijn, en zal de eerste dossiers kunnen beginnen behandelen.

De slachtoffers van medische ongevallen of medische fouten zullen dus volledig van dat nieuwe gemakkelijke, rechtvaardige en snelle stelsel kunnen gebruikmaken.

Waarom was er een wet en een Fonds voor de Medische Ongevallen nodig?

Voordien moest het slachtoffer van een medische fout of van een medisch ongeval absoluut de fout van de zorgverlener of van het ziekenhuis aantonen om een vergoeding te kunnen krijgen. En de patiënt moest dikwijls een echte lijdensweg afleggen: de verschillende deskundigenonderzoeken en tegenonderzoeken, de vele onkosten, procedures die jaren voor de rechtbank konden aanslepen... maakten uiteindelijk dat de patiënt twee keer slachtoffer was.

Van hun kant betaalden de zorgverleners zware verzekeringspremies om zich tegen aansprakelijkheidsvorderingen in te dekken, of durfden ze zelfs in bepaalde gevallen geen medische handelingen meer stellen die buiten de gewone ingrepen vielen. Dat vormde voor de zorgverleners een echt probleem, want het aantal processen en de verzekeringspremies gingen in stijgende lijn. Anderzijds heerste er een soort angst die een meer defensieve geneeskunde kon laten ontstaan, die voor de patiënt niet noodzakelijk beter is.

Door het optreden van het Fonds zal men voortaan lange, ingewikkelde en dure procedures, waarvan de uitslag bovendien onzeker is, kunnen vermijden die, volgens Laurette Onkelinx, *"de slachtoffers dikwijls met een gevoel van machteloosheid, ontmoediging en onrechtvaardigheid opzadelt"*.

Een echte vooruitgang in de bescherming van de patiënten

De wet creëert voor de patiënt een nieuw stelsel van sociale bescherming en een nieuw recht voor hem en zijn omgeving: een recht op een vergoeding van het medisch risico (of therapeutische risico), zonder dat de zorgverlener daarbij een fout maakt. In geval van een fout moet de verzekering betalen. Wanneer er geen fout wordt vastgesteld, komt het Fonds voor de Medische Ongevallen tussenbeide.

Het Fonds zal niet alleen kunnen ingrijpen om het slachtoffer voor een zware schade te vergoeden wanneer er geen enkele fout kan worden vastgesteld. Het zal er tevens mee worden belast om de klachten van alle slachtoffers van medische ongevallen te onderzoeken en de dossiers te behandelen, waarbij het eventueel zelf een medisch deskundigenonderzoek zal betalen. Het zal de zorgverleners en ziekenhuizen ook kunnen verplichten om bij een medisch ongeval alle nuttige inlichtingen te geven om de oorzaak van de schade nauwkeurig te kunnen vaststellen. De patiënt zal dus een eenvoudige, snelle, efficiënte en gratis procedure kunnen genieten.

Wat zijn de bijzonderheden van het Fonds?

- Het Fonds **komt tussenbeide bij een medisch ongeval** (of therapeutische risico)[1], zonder dat er een fout werd vastgesteld. De nosocomiale infecties zullen bijvoorbeeld beter worden vergoed: zij die na een zorgverlening optreden zullen in de toekomst kunnen worden vergoed indien ze een bepaalde ernstdrempel overschrijden.

- De procedure via het fonds is:
 - **gratis** voor het slachtoffer, en zal maar door de zorgverlener^[2] (of eerder zijn verzekeraar) moeten worden vergoed indien de aansprakelijkheid uiteindelijk is vastgesteld,
 - **snel**: ongeveer 6 maanden voor het advies van het Fonds, 3 maanden voor het vergoedingsvoorstel, 3 maanden voor het aanvaarden door het slachtoffer (mogelijkheid om de termijn te verlengen), en 1 maand voor de betaling. Of iets langer dan een jaar, in het ideale geval.
 - **eenvoudig**: het Fonds zal alle nodige inlichtingen verzamelen om de oorzaken van het medisch ongeval en het schadeverloop te evalueren,
 - **doeltreffend**: een tegensprekelijk medisch deskundigenonderzoek is mogelijk, zelfs verplicht voor de gevallen met een zekere ernstgraad. Het wordt georganiseerd en voorafbetaald door het Fonds, dat het ten laste van de verzekeraar van de zorgverlener zal vorderen indien zijn aansprakelijkheid uiteindelijk in aanmerking wordt genomen. Doordat het deskundigenonderzoek tegensprekelijk is, kan het later eventueel weer voor de rechter worden gebruikt.

- Het fonds vormt een **waarborg voor het slachtoffer tegen het gebrek aan verzekering**: het vergoedt het slachtoffer van een fout indien de aansprakelijke zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is.

- Het slachtoffer heeft altijd en op elk moment de mogelijkheid om de rechtbank boven het fonds te verkiezen of om het aanbod van het fonds voor de rechtbanken te betwisten.

- **De vergoeding van het fonds is volledig**: geen eigen risico en geen beperking. Er wordt alleen een ernstdrempel van de schade vastgelegd om te kunnen worden vergoed:
 - een gedeeltelijke permanente invaliditeit van minstens 25%,
 - een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van 6 opeenvolgende maanden of 6 niet opeenvolgende maanden over een periode van een jaar,
 - bijzonder zware, ook economische, verstoring van de levensomstandigheden van het slachtoffer,
 - het overlijden van de patiënt.

- **De uitbetaling aan het slachtoffer van de vergoeding gebeurt snel**, ongeacht of de aansprakelijkheden wel of niet worden betwist. Indien de verzekeraar de aansprakelijkheid van de zorgverlener betwist, vergoedt het Fonds zelf het slachtoffer - voor zover de schade een zekere ernstdrempel haalt - en keert zich daarna tegen de verzekeraar. Het slachtoffer wordt dus snel en definitief vergoed, en de kwestie van de aansprakelijkheid wordt in zijn afwezigheid beslecht.

- Het Fonds komt ook tussenbeide wanneer een verzekeraar het slachtoffer van een medisch ongeval een schadevergoeding aanbiedt die duidelijk onvoldoende is. Ook in dat geval zal het zich nadien tegen de verzekeraar keren, en zal het bij hem bij wijze van straf een bijkomende vergoeding van 15% kunnen vorderen.

De louter esthetische heekunde, uit berekening, is uitgesloten van het toepassingsdomein van de wet en dus van de terugbetaling door het fonds. De heekundige reconstructieve of herstellende ingrepen die krachtens de regelgeving op de verplichte ziekteverzekering kunnen worden terugbetaald zijn dan weer wel gedekt.

AI 400 te behandelen aanvragen

Het Fonds voor de Medische Ongevallen ontving al **127 dossiers**, maar heeft die echter nog niet kunnen beginnen behandelen aangezien de wettelijke bepalingen die de procedure regelen maar op 1 september in werking treden.

Het call center Volksgezondheid ontving al **90 telefoontjes** waarbij de beller vroeg om opnieuw door het Fonds te worden gecontacteerd zodra het in werking treedt.

De ziekenfondsen en de gespecialiseerde vzw's ten slotte hebben het Fonds meegedeeld dat ze van plan zijn om respectievelijk 110 en 81 aan het Fonds te bezorgen.

Dat vormt dus iets meer dan 400 aanvragen die het Fonds op korte termijn zal kunnen behandelen.

Budget en personeel

Het jaarlijks budget voor het Fonds voor de Medische Ongevallen wordt op 22 miljoen euro geraamd. Voor 2012 werd een budget van 12,5 miljoen euro uitgetrokken, aangezien het Fonds maar een deel van het jaar operationeel zal zijn.

Het Fonds zal met een team van ca. 25 VTE werken, en zal in het RIZIV gevestigd zijn.

Het Fonds bereiken of een aanvraag indienen

Via de telefoon: 02/790 10 90 (alle werkdagen, van 8 tot 17 uur)

Per brief:

Fonds voor de medische ongevallen
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Website: www.fam.fgov.be (vanaf 1 september).

Het Fonds stelde een modelformulier op om aanvragen in te dienen, dat via de website of op aanvraag beschikbaar is.

[1] Onder bepaalde voorwaarden:

- het ongeval moet voortvloeien uit een zorgverlening (een val op een natte vloer van het ziekenhuis wordt op deze basis dus niet vergoed),
- het mag geen gevolg zijn van de toestand van de patiënt (= normale ziekteverloop),
- de schade moet abnormaal zijn: dat is het geval wanneer 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.

[2] De kosten zullen beperkt worden tot de kosten voor door het Fonds ingerichte tegensprekelijke deskundigenonderzoek