SINT-FRANCISCUS ZIEKENHUIS
aan jouw zijde!



WAT NA EEN MEDISCH ONGEVAL?

Fonds voor Medische ongevallen

Welkom

Als u van oordeel bent het slachtoffer te zijn van schade als gevolg van gezondheidszorg in het ziekenhuis, zijn er een aantal pistes die u kan volgen:

- aangifte bij de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis en/of de arts
- ledenbehartiging via de mutualiteiten
- vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg via het Fonds voor Medische ongevallen
- vordering tot schadevergoeding ingesteld voor de hoven en rechtbanken Sinds 1 september 2012 is het Fonds voor Medische ongevallen volledig operationeel. Het Fonds voor Medische ongevallen heeft o.a. als opdracht 'de organisatie van de vergoeding van de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden binnen de voorwaarden zoals voorzien in de No Fault-wet'.

In deze brochure overlopen we stap voor stap de belangrijkste aspecten van deze nieuwe wetgeving.

Inhoud

1. Welke zijn de voorwaarden voor vergoeding door het Fonds voor Medische ongevallen?

2. Voor welke schadegevallen is het Fonds voor Medische ongevallen niet bevoegd?

3. Wat komt in aanmerking voor vergoeding?

4. Wie kan een aanvraag indienen?

5. Verloop van de procedure
    - 5.1. De aanvraag
    - 5.2. De behandeling
    - 5.3. Het advies

6. Voor meer informatie

Welke zijn de voorwaarden voor vergoeding door het Fonds voor Medische ongevallen?

Om in aanmerking te komen voor een vergoeding door het Fonds voor Medische ongevallen moet aan één van de vier onderstaande voorwaarden worden voldaan.

- De schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voorzover de schade voldoet aan één van de volgende voorwaarden inzake ernst:
  - de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25% of meer;
  - de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens 6 opeenvolgende maanden of 6 niet opeenvolgende maanden over een periode van 12 maanden;
  - de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;
  - de patiënt is overleden.

- Het Fonds voor Medische ongevallen oordeelt of de zorgverlener aansprakelijk is wanneer de zorgverlener of zijn verzekeraar deze aansprakelijkheid betwist en voor zover deze schade ernstig is (zie bovenstaande voorwaarden).

- Het Fonds voor Medische ongevallen oordeelt of de burgerlijke aansprakelijkheid niet of onvoldoende gedekt is door een verzekeringsovereenkomst.

- Het Fonds voor Medische ongevallen is van oordeel dat het voorstel van de verzekeraar kennelijk ontoereikend is.

Voor welke schadegevallen is het Fonds voor Medische ongevallen niet bevoegd?

- Een experiment op de menselijke persoon[1];
- Een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is door de ziekteverzekering;
- Schadegevallen van vóór 2 april 2010;
- Schadegevallen die al zijn verjaard[2];
- De aanvrager reeds voor dezelfde schade een voorstel tot definitieve vergoeding van het Fonds voor Medische ongevallen, de verzekeraar van de zorgverlener of de zorgverlener zelf heeft aanvaard;
- De aanvrager reeds vergoed is voor de schade door het Fonds voor Medische ongevallen, de verzekeraar van een zorgverlener of de zorgverlener zelf, krachtens een beslissing van de rechtbank waartegen geen beroep meer kan worden ingesteld;
- Reeds een beslissing van de rechtbank werd bekomen, waartegen geen beroep meer kan worden ingesteld en waarbij de vordering tot het bekomen van een schadevergoeding werd afgewezen, zowel op basis van de aansprakelijkheid van de zorgverlener als op basis van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

---

(1). Elke op de menselijke persoon uitgevoerde proef, studie of onderzoek, met het oog op de ontwikkeling van de biologische of medische kennis

(2). Het schadegeval mag bovendien niet verjaard zijn. Om dit te voorkomen moet het Fonds voor Medische ongevallen de aanvraag ontvangen hebben binnen:

- 5 jaar te rekenen vanaf de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade waarvoor een vergoeding wordt gevraagd of van de verergering van de schade.
- 20 jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt, zich heeft voorgedaan.

Wat komt in aanmerking voor vergoeding?

Schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg[3] en die voortvloeit uit:

a) een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener[4]

OF

b) een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid

Dit is een ongeval dat:

- verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg;
- dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener;
- dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt;
- en dat voor de patiënt abnormale schade[5] met zich meebrengt.

Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout kunnen niet beschouwd worden als 'medische ongevallen zonder aansprakelijkheid'.

---

(3) "Door een zorgverlener verstrekte diensten": met de bedoeling het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.

(4) Zorgverlener": een beroepsbeoefenaar of een verzorgingsinstelling.

(5) De schade is abnormaal 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.

Wie kan een aanvraag indienen?

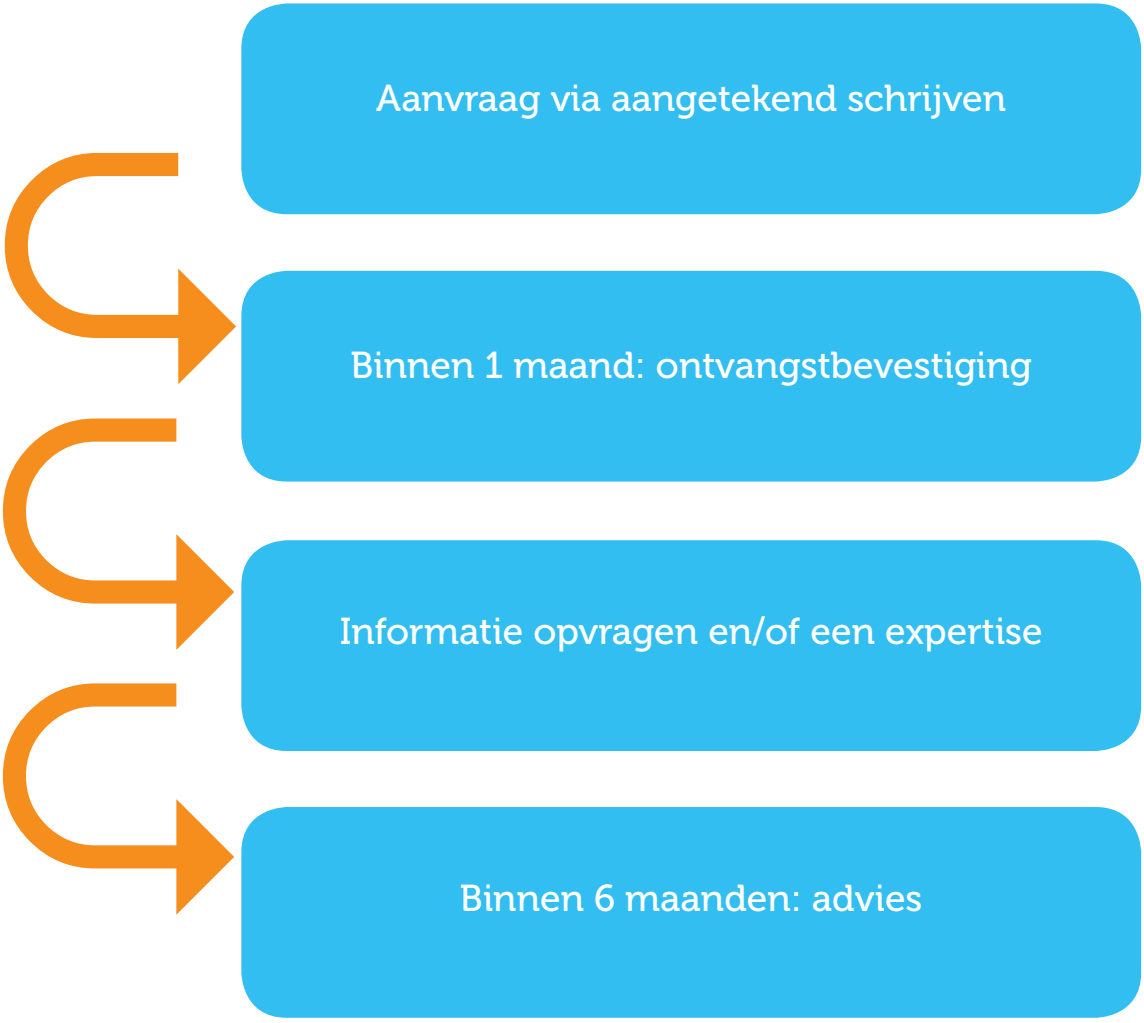
Een aanvraag bij het Fonds voor Medische ongevallen kan ingediend worden door:

1. de patiënt
2. zijn vertegenwoordiger
3. zijn rechtsopvolger
4. zijn nabestaanden

De nabestaanden van een overleden patiënt kunnen een aanvraag tot vergoeding indienen voor schade die ze zelf hebben geleden door het overlijden van de patiënt.
De nabestaanden kunnen ook een aanvraag indienen als de patiënt nog leeft. Wanneer de patiënt zelf schade geleden heeft, kan immers door weerkaatsing ook schade ontstaan bij zijn nabestaanden.
Denk bijvoorbeeld aan de vermindering van het gezinsinkomen. In dergelijk geval lijden de gezinsleden hierdoor schade. De morele schade die de partner en kinderen ondervinden bij het zien van het lijden van de patiënt is een ander voorbeeld.

Verloop van de procedure

De procedure is volledig gratis voor het slachtoffer/zijn rechthebbenden (ook indien er een expertise wordt georganiseerd).



5.1. De aanvraag

Indien u van mening bent dat u (of uw rechthebbenden) schade als gevolg van gezondheidszorg geleden heeft, kan u met een aangetekende brief aanvraag doen om advies te bekomen over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener inzake de geleden schade alsook over de ernst ervan.

In deze aangetekende brief moet het volgende staan:

- de volledige identiteit van de aanvrager(s), en in voorkomend geval van de patiënt;
- de datum en omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg veroorzaakt heeft;
- een beschrijving van de aangevoerde schade;
- in voorkomend geval, de identiteit en het adres van de betrokken zorgverlener(s);
- een opgave van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures die werden ingesteld ten gevolge van de betreffende schade;
- alle elementen op basis waarvan de oorsprong en de ernst van de schade kunnen worden beoordeeld;
- de eventuele reeds ontvangen vergoedingen of die in behandeling zijn, inclusief de terugbetalingen die werden of zullen worden gedaan door een verzekeringsinstelling of een verzekeraar;
- de identiteit van de verzekeringsinstelling van de aanvrager en van de eventuele verzekeraars die de schade kunnen vergoeden.

Het versturen van een aanvraag aan het Fonds voor Medische ongevallen schorst het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvordering op.

5.2. De behandeling

Het Fonds voor Medische ongevallen kan bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de aanvraag te kunnen beoordelen. Deze informatie moet meegedeeld worden binnen één maand.

Om de ernst van de schade te beoordelen, organiseert het Fonds voor Medische ongevallen een tegensprekelijke expertise(6). Daarnaast kan ook in andere gevallen een expertise worden georganiseerd. Het Fonds voor Medische ongevallen wijst dan een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experten aan.

Het Fonds voor Medische ongevallen hoort de betrokken partijen als ze er om vragen of als het dit wenselijk acht. Het Fonds voor Medische ongevallen kan feiten melden aan administratieve, tuchtrechtelijke of gerechtelijke overheden.

---

(6) Tegensprekelijke expertise: Het Fonds voor Medische ongevallen ziet toe op het tegensprekelijk karakter ervan. Dat betekent dat de partijen op gelijke wijze betrokken worden in de procedure en de kans krijgen om hun opmerkingen kenbaar te maken.

5.3. Het advies

Het Fonds voor Medische ongevallen stelt, binnen een termijn van 6 maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag een met redenen omkleed advies op.

Dit advies kan het volgende zijn:

- De schade is het gevolg van een aansprakelijkheid van een zorgverlener. Het Fonds voor Medische ongevallen zal in dat geval tezelfdertijd een brief sturen aan de zorgverlener en zijn verzekeraar met de vraag of ze een voorstel tot vergoeding willen overmaken. Het Fonds voor Medische ongevallen zal erover waken dat de procedure snel en correct verloopt.

- Het Fonds voor Medische ongevallen vergoedt de patiënt en/of zijn rechthebbenden zelf als:
  - de aansprakelijkheid onvoldoende of niet gedekt is door een verzekeringsovereenkomst,
  - zorgverlener of zijn verzekeraar een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds voor Medische ongevallen kennelijk ontoereikend vindt,
  - de zorgverlener of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist en de schade aan de ernstcriteria voldoet.

- De schade is het gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en aan één van de voorwaarden inzake ernst is voldaan (zie p. 4). Het Fonds voor Medische ongevallen zal dan zelf een vergoeding betalen.

- Geen van beide

Let op! Het advies van het Fonds voor Medische ongevallen is niet bindend. De aanvragers, zorgverleners of hun verzekeraars zijn niet verplicht om het advies te volgen.

Meer informatie?

Vragen over de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis?

Contacteer de ombudsdienst van het Sint-Franciscusziekenhuis:
Tel.: 011 71 54 35
E-mail: ombudsdienst@sfz.be

Vragen over de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering van de arts?

Neem contact op met de betrokken arts of met de ombudsdienst van het ziekenhuis.

Vragen over het Fonds voor Medische ongevallen?

Contacteer het Fonds voor Medische ongevallen:
RIZIV - Fonds voor Medische Ongevallen
Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Call Center: 02 790 10 90 (werkdagen tussen 08u00 en 17u00)
Website: www.fmo.fgov.be

U kan ook contact opnemen met uw mutualiteit.

Belgisch Staatsblad:
Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, B.S. 2 april 2010.

Nota's

Nota's



Publicatiedatum: September 2019, ombudsdienst
Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129 | 3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 | Fax. 011 71 50 01 | www.sfz.be