

WAT ALS ER EEN MEDISCH ONGEVAL GEBEURT? HANDLEIDING



1. Doel handleiding

Als patiënt heb je recht op een kwaliteitsvolle zorg.¹ Het is de taak van ziekenhuizen en zorgverleners om te zorgen voor een optimale en veilige behandeling van patiënten. Dit houdt in dat een ziekenhuis en zorgverleners alles in het werk zullen stellen om onnodige schade voor jou als patiënt te vermijden. Toch kan het voorkomen dat een medisch ongeval gebeurt. Zo is een ziekenhuis bijvoorbeeld een complexe omgeving waarin risico's bestaan. Daarbij komt dat missen menselijk is.

Patiënten die het slachtoffer worden van medische ongevallen zitten met vele vragen. Welke rechten heb je als slachtoffer, wat kan je ondernemen om schadevergoeding te bekommen, wie kan je ondersteuning bieden, waar kan je terecht met vragen of klachten, ...? In deze handleiding besteden we hier aandacht aan. De volgende zaken komen aan bod:

- soorten medische ongevallen;
- rechten in verband met informatie over het medische ongeval;
- mogelijkheden voor de vergoeding van medische ongevallen;
- instanties die ondersteuning bieden voor het slachtoffer;
- de bevoegdheid van de Orde van artsen.

¹ Artikel 5 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002

Inhoud

1. Doel handleiding.....	1
Inhoud	2
2. Soorten medische ongevallen.....	3
2.1. Medische ongevallen zonder aansprakelijkheid.....	3
2.2. Medische ongevallen met aansprakelijkheid	4
3. Informatie over het medisch ongeval.....	5
3.1. Het recht om te weten	5
3.2. Het recht op inzage in en een afschrift van je patiëntendossier.....	6
3.3. Het recht op klachtenbemiddeling.....	7
4. Vergoeding van medische schade	8
4.1. Mogelijkheden voor vergoeding	8
4.1.1. Minnelijke oplossing rechtstreeks via de zorgactor of zijn verzekeraar.....	9
4.1.2. Minnelijke medische expertise	9
4.1.3. Gerechtelijke procedures	10
4.1.4. Het Fonds voor de Medische Ongevallen.....	10
4.2. Informatie over medische expertises.....	13
4.3. Soorten schadevergoeding	14
5. Ondersteuning voor het slachtoffer.....	14
5.1. Ziekenfondsen	14
5.2. Een advocaat.....	15
5.3. Een bijstandsarts	15
6. De bevoegdheid van de Orde van artsen.....	16
7. BIJLAGEN	17
7.1. De rechten van de patiënt	17
7.2. Procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen	19

Auteur	Datum laatste aanpassing	Status
Roel Heijlen	19.08.2016	Ontwerp

2. Soorten medische ongevallen

Stel je de volgende situaties voor:

- een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis voor een operatie aan zijn rechterknie. Na de operatie merkt de patiënt dat niet zijn rechterknie, maar zijn linkerknie werd geopereerd;
- tijdens een ziekenhuisverblijf raakt een patiënt besmet met een ziekenhuisbacterie waar hij een periode van werkonbekwaamheid aan overhoudt;
- een patiënt ondergaat een standaardoperatie die hem een hele nasleep van ernstige complicaties oplevert;
-

In al deze gevallen is er sprake van medische ongevallen en kunnen patiënten geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen waar ze financiële, psychische en sociale gevolgen van dragen. De vragen die deze patiënten zich vaak stellen is wat ze als slachtoffer van een medische ongeval kunnen ondernemen om erkenning, hulp en mogelijk een financiële compensatie te krijgen.

Om op dergelijke belangrijke vragen te antwoorden, is het vooreerst belangrijk om een onderscheid te maken tussen verschillende situaties waarin een medisch ongeval kan optreden. We maken een onderscheid tussen enerzijds medische ongevallen zonder aansprakelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling en anderzijds medische schadegevallen met aansprakelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling.

Begrip aansprakelijkheid:

Aansprakelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling: een zorgverlener of zorginstelling is aansprakelijk als hij volgens de wet verantwoordelijk kan worden gesteld voor schade, een ongeluk of een nalatigheid.

2.1. Medische ongevallen zonder aansprakelijkheid

Binnen de geneeskunde zijn bepaalde medische ongevallen nooit volledig uit te sluiten. Soms kunnen er ondanks de juiste uitvoering van een behandeling toch problemen ontstaan die negatieve gevolgen hebben voor de patiënt. Daarnaast moeten zorgverleners soms bewust risico's nemen door een behandeling met mogelijke neveneffecten op te starten. Het risico op neveneffecten wordt dan genomen omdat het gewenste effect van de behandeling van groter belang wordt geacht dan de ernst van de schade of de kans op het ontstaan ervan. In het geval van bijvoorbeeld een complicatie of een berekend risico zal de zorgverlener of zorginstelling mogelijk niet aansprakelijk zijn voor de medische schade.

Begrippen “complicatie” en een “berekend risico”:

Complicatie: Wanneer een medische behandeling volledig juist uitgevoerd wordt (“volgens het boekje”), kunnen er toch problemen ontstaan tijdens of door de behandeling. Deze problemen worden dan complicaties genoemd. Complicaties zijn niet hetzelfde als medische fouten: bij een medische fout is de behandeling niet juist uitgevoerd en zijn er daardoor problemen ontstaan. Bij complicaties ontstaan de problemen ondanks de juiste behandeling.

Berekend risico: elke medische ingreep kent, ook bij correcte uitvoering, een zeker percentage falen, complicaties en bijwerkingen die, afhankelijk van de ernst van het onderliggend lijden, tot op zekere hoogte wordt geaccepteerd. De risico’s van medische interventies kunnen immers niet geheel worden uitgesloten maar dienen op een juiste wijze te worden afgewogen voordat men besluit tot een medische handeling.

2.2. Medische ongevallen met aansprakelijkheid

In het geval van een medisch ongeval met aansprakelijkheid kan een zorgverlener of zorginstelling verantwoordelijk worden gesteld voor de schade die de patiënt heeft opgelopen. De schade is ontstaan door een medische fout of nalatigheid en had vermeden kunnen worden. Voorbeelden van medische schadegevallen met aansprakelijkheid van de zorgverlener of de zorginstelling:

- een verkeerd lichaamsdeel dat werd geopereerd;
- medisch materiaal dat na de operatie niet werd verwijderd uit het lichaam van de patiënt,
- een verkeerde dosis medicatie die werd toegediend;
- een ziekenhuisinfectie omwille van duidelijke gebrekkige hygiëne binnen het ziekenhuis;
-

Begrip “medische fout”:

Medische fout: Een medische fout is een verwijtbare tekortkoming van de zorgverlener. Hij heeft bijvoorbeeld bepaalde voorgeschreven handelingen niet uitgevoerd en onvoldoende inspanning geleverd om schade te voorkomen.

Fout of complicatie?

Opgelet! Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen een fout en een complicatie. Een medische ingreep kan gepaard gaan met onbedoelde gevolgen. Dit betekent echter nog niet dat de zorgverlener een fout heeft gemaakt. Aan elke ingreep is namelijk een kleine of grote kans op complicaties verbonden. De arts moet vooraf het risico op mogelijke complicaties met je bespreken.

3. Informatie over het medisch ongeval

3.1. Het recht om te weten

Als patiënt heb je recht op alle informatie die je een beter inzicht geeft in je gezondheidstoestand en de (vermoedelijke) evolutie ervan.² Als slachtoffer van een medisch ongeval heb je dus ook recht om te weten wat er juist gebeurd is en welke medische gevolgen het heeft. De informatie moet gegeven worden in een duidelijke taal. Dat betekent dat men rekening moet houden met je leeftijd, je opleiding, je psychische draagkracht,

Goede en betrokken zorgverleners zullen een medisch ongeval open, volledig en eerlijk bespreken met de patiënt (of de naaste verwanten van de patiënt indien deze laatste overleden is). Tijdens het gesprek met de zorgverlener(s) over het medisch ongeval dien je te weten te komen wat er precies gebeurd is en wat dat voor je betekent. Dit is belangrijk om te vermijden dat je in de toekomst nog met vragen blijft worstelen. Later kan het immers een stuk lastiger zijn om nog een goed antwoord te vinden.

Stel daarom de volgende vragen:

- Wat is er gebeurd?
- Hoe kon dit gebeuren?
- Wat zijn op dit moment de gevolgen voor mij?
- Wat zijn de (mogelijke) gevolgen in de toekomst?
- Wat is er al gedaan of kan er gedaan worden om de schade te beperken?
- Met wie kan ik contact opnemen als ik nog verdere vragen heb?
- Zal het ziekenhuis of de zorgverlener(s) maatregelen nemen om herhalingen van een dergelijk medisch ongeval te voorkomen?
- Bestaat er in het ziekenhuis een patiëntveiligheidsbeleid? Worden ongevallen geregistreerd? Werd ook mijn voorval geregistreerd?
- Is of zijn de betrokken zorgverlener(s) verzekerd voor medische ongevallen? Zo ja, bij welke verzekeraar?

Voor het gesprek over het medisch ongeval kan je je laten bijstaan door een familielid, vriend of vertrouwenspersoon.

In sommige gevallen wordt er een herstelbehandeling voorgesteld. Als je echter geen vertrouwen meer hebt in de zorgverlener of zorgverleners die betrokken waren bij je medisch ongeval, dan heb je het recht om te kiezen voor een andere zorgverlener.³ In het geval dat het ziekenhuis geen andere zorgverleners ter beschikking heeft die de behandeling kunnen uitvoeren, dien je mogelijk naar een ander ziekenhuis te gaan. Voordat je

² Artikel 7 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002

³ Artikel 6 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002

toestemming geeft voor een herstelbehandeling kan je indien gewenst ook een tweede opinie aan een andere zorgverlener vragen.

Opgelet! Hou voor ogen dat tijdens een eerste gesprek met de zorgverlener het misschien nog niet duidelijk is hoe groot de schade juist is en of deze het gevolg is van een medische fout of dat sprake is van een complicatie. De lijn tussen een medische fout en een complicatie is soms heel dun en meestal is nader onderzoek nodig. Alle ziekenhuizen en de (meeste) artsen hebben een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid. De verzekeraar zal onderzoeken of het ziekenhuis of de arts aansprakelijk kan gesteld worden voor het medisch ongeval en er dus een fout is gebeurd. Een ziekenhuis of arts kan zelf moeilijk zeggen dat zij aansprakelijk zijn omdat hun verzekeraar mogelijk meent van niet. Wel kunnen het ziekenhuis of de arts duidelijk aan de patiënt meedelen dat zij de zaak ernstig nemen en dat zij hun verzekeraar onmiddellijk op de hoogte brengen zodat deze het ongeval spoedig kan onderzoeken.

Belang van wederzijds begrip voor een goede dialoog

Opgelet! Geïnformeerd worden over een medisch ongeval kan sterke emoties zoals verdriet, boosheid, angst, ... veroorzaken. Indien je te geëmotioneerd bent en daardoor niet meer helder kan nadenken, kan je vragen om het gesprek met de zorgverlener(s) even te onderbreken of uit te stellen naar een later tijdstip. Het is steeds belangrijk dat beide partijen, het slachtoffer en de zorgverlener(s), respectvol met elkaar omgaan en naar elkaar luisteren. Weet bijvoorbeeld als slachtoffer dat een goede en betrokken zorgverlener het zelf ook erg zal vinden dat er iets is misgegaan. Indien er geen begrip wordt getoond voor elkaar en er op een negatieve manier gecommuniceerd wordt (“harde” taal, verwijten, beschuldigingen en dreigementen), dan kan het onderlinge contact tussen de zorgverlener(s) en het slachtoffer verstoord geraken.

3.2. Het recht op inzage in en een afschrift van je patiëntendossier

Als patiënt heb je recht op een zorgvuldig bewaard patiëntendossier. Als er iets misgaat bij of na je behandeling, dan wordt dit genoteerd in je patiëntendossier. Je mag je patiëntendossier altijd inkijken⁴, maar eerst moet je wel een aanvraag doen. Na je aanvraag krijgt de zorgverlener 15 dagen om je dossier voor te bereiden.

Je hebt ook het recht om een afschrift⁵ te vragen van je patiëntendossier of een deel daarvan, bijvoorbeeld het operatieverslag. Je zal de werkelijke kostprijs (bijvoorbeeld de kopiekosten) moeten betalen. De maximumprijzen voor het afschrift zijn wettelijk vastgelegd⁶:

⁴ Artikel 9 § 2 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002

⁵ Artikel 9 § 3 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002

⁶ KB 2 februari 2007 tot vaststelling van het maximumbedrag per gekopieerde pagina dat de patiënt mag worden gevraagd in het kader van de uitoefening van het recht op afschrift van het hem betreffende patiëntendossier

- ✓ max. 0,10 euro per pagina;
- ✓ max. 5 euro voor medische beeldvorming;
- ✓ max. 10 euro per CD-Rom;
- ✓ max. 25 euro in totaal.

Wat indien een patiënt overleden is door een medisch ongeval?

Het dossier van een overleden patiënt kan niet zomaar ingekeken worden. Eerst en vooral is de inzage beperkt tot een aantal nabestaanden:

- de echtgenoot of (al dan niet samenwonende) partner;
- bloedverwanten tot en met de tweede graad (ouder, kind, broer, zus, kleinkind, grootouder).

Bovendien is de inzage gekoppeld aan een aantal voorwaarden:

- de nabestaanden moeten een voldoende gemotiveerde en specifieke reden hebben om het dossier in te kijken. Die reden moet belangrijk genoeg zijn om de privacy van de overleden patiënt op te heffen. De inzage kan bijvoorbeeld nodig zijn in verband met een aansprakelijkheidsprocedure bij een medisch ongeval;
- het recht kan enkel uitgeoefend worden via een beroepsbeoefenaar, de nabestaanden kunnen het patiëntendossier dus niet zelf inkijken;
- de nabestaanden kunnen enkel om die documenten vragen die verband houden met de gemotiveerde reden;
- de patiënt mag zich tijdens zijn leven niet tegen de inzage verzet hebben zodat zijn privacy gerespecteerd wordt.

Opgelet! Patiënten die het slachtoffer worden van een medisch ongeval, of vermoeden dat er een ongeval is gebeurd, doen er goed aan daar zoveel mogelijk informatie over te verzamelen: noteer zelf wie er wat heeft gedaan op welk moment, neem eventueel foto's, vraag een kopie van je medisch dossier, haal er je huisarts bij, enz ... Kan je dat zelf niet doen, vraag dan hulp aan een familielid, vriend of vertrouwenspersoon. Het verzamelen van verschillende bewijzen is essentieel wanneer je vermoedt dat er bewust belangrijke informatie voor je wordt achtergehouden en je meent dat je patiëntendossier niet correct of volledig werd ingevuld om dingen te verbergen. De bewijzen die je verzamelt, kunnen later eventueel gebruikt worden in bepaalde (juridische) procedures die je wil ondernemen tegen de verantwoordelijke(n) voor het medisch ongeval.

3.3. Het recht op klachtenbemiddeling

Stel dat je patiëntenrechten niet worden gerespecteerd. Je krijgt bijvoorbeeld geen informatie over het medisch ongeval of de communicatie met de betrokken zorgverlener(s) verloopt moeilijk of gebrekkig. In dat geval kan je beroep doen op een ombudsdienst. Hetzelfde geldt wanneer het je geweigerd wordt om inzage te krijgen in je patiëntendossier of om een afschrift ervan te bekomen.

De ombudspersoon beluistert je klacht, bemiddelt tussen de betrokken partijen en zoekt naar een bevredigende oplossing. Als er geen oplossing wordt bereikt, zal je geïnformeerd worden over mogelijke verdere stappen. De dienstverlening van de ombudsdienst is gratis.

Ieder ziekenhuis heeft een ombudsdienst. Voor klachten over zorgverleners die niet in een ziekenhuis werken (zoals huisartsen, tandartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, ...) kan je terecht bij de Federale Ombudsdienst "Rechten van de patiënt":

Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt"
Victor Hortaplein 40 bus 10, 1060 Brussel
Tel: 02/524.85.20
E-mail: bemiddeling-patientenrechten@gezondheid.belgie.be

4. Vergoeding van medische schade

4.1. Mogelijkheden voor vergoeding

In bepaalde gevallen wensen slachtoffers een financiële compensatie voor de geleden schade. Slachtoffers van een medisch ongeval en hun rechthebbenden hebben verschillende opties om hun vraag tot schadevergoeding te laten behandelen. Men kan volgende pistes onderzoeken

- een minnelijke oplossing rechtstreeks via de zorgactor of zijn verzekeraar,
- een minnelijke medische expertise,
- een strafrechtelijke of burgerrechtelijke procedure bij een rechtbank of
- een procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen. Deze overheidsinstelling onderzoekt onder bepaalde voorwaarden of je in aanmerking kan komen voor schadevergoeding. Meer informatie over de werking van het Fonds vind je op de website www.fmo.fgov.be

Iedere procedure heeft afhankelijk van de aard van het medisch ongeval en de ernst van de schade zijn voor- en nadelen. Zo kunnen er verschillen zijn op vlak van kostprijs, de duur van de procedure, de bewijslast, de ontvankelijkheid, enzovoort. Je kan je hieromtrent best laten adviseren door ofwel de juridische dienst van je mutualiteit ofwel een advocaat gespecialiseerd in medisch aansprakelijkheidsrecht. Ook bijstandsartsen kunnen een belangrijke rol spelen. (Meer informatie over bij wie je terecht kan voor ondersteuning vind je in hoofdstuk 5 van deze handleiding).

De verschillende pistes worden vervolgens uiteengezet.

Let wel! Niet ieder slachtoffer van een medisch ongeval zal gerechtigd zijn om een schadevergoeding te krijgen. Bijvoorbeeld: een slachtoffer van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid waarvan de schade niet voldoende groot is, zal niet in aanmerking komen voor een schadevergoeding.

4.1.1. Minnelijke oplossing rechtstreeks via de zorgactor of zijn verzekeraar

Bij een rechtstreekse minnelijke oplossing wend jij en je mutualiteit of advocaat zich direct tot de zorgverlener of het ziekenhuis met een vraag om schadevergoeding te krijgen. De zorgverleners of het ziekenhuis zullen in de meeste gevallen beroep doen op hun verzekeraar om het ongeval te onderzoeken en de vraag tot schadevergoeding te behandelen.

Indien het slachtoffer de schade, de fout en het causaal verband daartussen duidelijk kan bewijzen, zal de zorgactor of zijn verzekeraar mogelijk bereid zijn om een voorstel tot schadevergoeding doen.

Een dergelijke oplossing kan enkel tot stand komen indien alle partijen bereid zijn om het geschil minnelijk te regelen. Deze regeling kan interessant zijn indien de schade beperkt is en er een duidelijke fout is gebeurd. Je kan via deze regeling immers andere langere, omslachtige en duurdere procedures vermijden. Het schadevergoedingsvoorstel dient evenwel redelijk te zijn. De persoon of instantie die je verdedigt (bijvoorbeeld je mutualiteit of advocaat) heeft de taak om over deze redelijkheid te waken.

4.1.2. Minnelijke medische expertise

Bij een minnelijke medische expertise stellen zowel de betrokken zorgactor als het slachtoffer een arts aan. De arts die jij of je ziekenfonds aanstelt - ook bijstandsarts genoemd - zal je tijdens de procedure verdedigen. Jouw bijstandsarts en de bijstandsarts van de zorgactor zullen het medisch ongeval, de schade en het oorzakelijk verband onderzoeken en proberen om een akkoord te bereiken. Komen deze twee artsen niet overeen, dan kunnen ze samen nog een derde arbiter-arts aanstellen. Wanneer ze er niet in slagen om samen een arbiter-arts aan te duiden, zal een rechter beslissen wie de arbiter-arts wordt. Het oordeel van de arbiter-arts is in de meeste gevallen beslissend. Als de arbiter-arts moet optreden, ligt jouw lot dus in zijn handen (tenzij op voorhand werd overeengekomen dat de uitkomst van de minnelijke medische expertise nog aanvechtbaar is).

Voor de organisatie van een minnelijke medische expertise wordt er een protocol opgesteld waarin onder andere het doel, de inhoud en het karakter (bindend of niet) beschreven wordt. Dit protocol moet door alle partijen ondertekend worden. Een minnelijke medische expertise heeft als voordeel dat het een snelle procedure betreft, minder kostelijk is in vergelijking met gerechtelijke procedures en de mogelijkheid biedt tot wederzijdse toegevingen.

De procedure is evenwel niet altijd geschikt voor medische ongevallen. Zeker voor complexe medische ongevallen, conflictueuze situaties en zaken met minderjarigen valt deze procedure af te raden. De voorstellen tot schadevergoeding bij deze procedure van minnelijke medische expertise zullen mogelijk ook minder hoog zijn dan bij een procedure voor een rechtbank of het Fonds voor de Medische Ongevallen.

4.1.3. Gerechtelijke procedures

Wie een vergoeding voor schade door een medisch ongeval wenst, kan een gerechtelijke procedure overwegen.

Als je opteert om naar de rechtbank te gaan, moet je er rekening mee houden dat gerechtelijke procedures jaren kunnen aanslepen en de kosten hoog kunnen oplopen als je geen rechtsbijstandverzekering hebt. Het valt dan ook aan te raden dat je eerst advies inwint over je kansen om een rechtszaak te winnen. De bewijslast in een burgerrechtelijke procedure is immers niet eenvoudig. Je moet kunnen bewijzen wie in fout was en hoe die fout in een oorzakelijk verband staat met de schade.

In bepaalde gevallen kan er ook gekozen worden voor een strafrechtelijke procedure waarbij bijvoorbeeld een onderzoeksrechter het medisch ongeval onderzoekt. De keuze voor een burgerlijke of strafrechtelijke procedure bespreek je best met je advocaat die jou de strategische mogelijkheden met betrekking tot je zaak kan toelichten.

Kies voor een advocaat die gespecialiseerd is in medisch aansprakelijkheidsrecht en ervaring heeft met rechtszaken over medische ongevallen.⁷ (Zie ook punt 5.2. op pagina 15).

Naar de rechtbank gaan, is steeds mogelijk tenzij je klacht reeds verjaard⁸ is of als je een voorstel tot schadevergoeding van het Fonds voor de Medische Ongevallen of de verzekeraar hebt aanvaard.

4.1.4. Het Fonds voor de Medische Ongevallen

Sinds 31 maart 2010 is er een wet⁹ die de oprichting van een Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) heeft geregeld. Personen, die menen het slachtoffer van een medisch ongeval te zijn en vergoeding willen, kunnen voortaan advies vragen aan dit Fonds. De wet voerde ook een nieuw recht in waardoor slachtoffers van medische ongevallen zonder medische aansprakelijkheid een vergoeding kunnen krijgen als hun schade ernstig is. Vóór de totstandkoming van de wet was dit niet het geval.

Het Fonds voor de medische ongevallen onderzoekt dus op aanvraag of een iemand in aanmerking kan komen voor een schadevergoeding voor een medisch ongeval. In bepaalde

⁷ Specialisaties en voorkeursmateries van advocaten vind je soms vermeld in de Gouden Gids, de website van de Orde van Vlaamse Balies (www.advocaat.be) of op de website van de advocaat of het advocatenbureau zelf. Je kan steeds aan een advocaat vragen of hij de nodige ervaring heeft om je zaak te behandelen.

⁸ In het geval van een contractuele verhouding met een arts of het ziekenhuis geldt er een verjaringstermijn van 10 jaar om een vordering in te stellen. Indien er geen behandelingsovereenkomst was (bijvoorbeeld in het geval van spoed), geldt er een verjaringstermijn van 5 jaar vanaf de dag waarop de patiënt de schade heeft vastgesteld en 20 jaar te rekenen vanaf de dag volgend op de dag waarop de medische handeling gebeurd is.

⁹ Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 2 april 2010

gevallen (zoals een medisch ongeval met voldoende ernstgraad) betaalt het Fonds zelf een vergoeding aan het slachtoffer of zijn rechthebbenden.

De wet had onder andere als doel om dure en lange gerechtelijke procedures voor zowel patiënten als zorgverleners te beperken. Procedures voor de rechtbank blijven wel nog mogelijk.

Kort samengevat bepaalde de wet van 31 maart 2010 het volgende:

- Het slachtoffer van het medische ongeval of zijn rechthebbenden kunnen de keuze maken tussen de rechtbank of het Fonds om zijn vraag tot schadevergoeding te laten behandelen.
- Het Fonds vergoedt de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. De schade van het slachtoffer moet voldoende ernstig zijn om in aanmerking te komen voor een vergoeding door het fonds. Onder “ernstig” verstaat het Fonds:
 - een patiënt die lijdt aan een blijvende invaliditeit van 25% of meer;
 - een patiënt die gedurende minstens zes maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden volledig invalide is;
 - een patiënt die overleden is;
 - bijzonder ernstige verstoringen in de levensomstandigheden, ook economisch, die het gevolg zijn van het medisch ongeval.

Al naargelang de situatie, kan een ziekenhuisinfectie beschouwd worden als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid of als een medische misser.

- Indien er medisch ongeval is waarvoor een zorgverlener aansprakelijk gesteld kan worden, dan contacteert het Fonds de verzekeringsmaatschappij van de zorgverlener.¹⁰ De verzekeringsmaatschappij van de zorgverlener moet dan een voorstel van schadevergoeding doen aan het slachtoffer. Op aanvraag kan het Fonds ook een bemiddeling organiseren tussen het slachtoffer en de verzekeringsmaatschappij.
- Het slachtoffer kan advies vragen aan het Fonds over het voorstel tot schadevergoeding van de verzekeraar. Indien het Fonds oordeelt dat het voorstel van de verzekeraar onredelijk is, dan zal het Fonds zelf een redelijke schadevergoeding uitkeren aan het slachtoffer. Voorwaarde is dat de vereiste ernstgraad bereikt moet zijn. Vervolgens zal het Fonds de uitgekeerde schadevergoeding trachten terug te vorderen van de verzekeraar via de rechtbank.
- Wanneer het slachtoffer het voorstel van schadevergoeding van de verzekeraar of het Fonds aanvaardt, dan is een procedure voor de rechtbank niet meer mogelijk. Als het slachtoffer het voorstel niet aanvaardt, dan blijft een procedure voor de rechtbank echter wel mogelijk. Het slachtoffer kan in geen enkel geval twee keer worden vergoed voor dezelfde schade. Het is dan ook niet toegestaan om gelijktijdig

¹⁰ Als de zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is, zal het Fonds een vergoeding uitkeren aan het slachtoffer. Vervolgens zal het Fonds de uitgekeerde schadevergoeding trachten terug te vorderen van de zorgverlener.

een procedure te hebben lopen bij zowel het Fonds voor medische ongevallen als bij de rechtbank.

De procedure voor het Fonds is gratis. Een ander voordeel is dat de bewijslast voor het slachtoffer soepel is: het slachtoffer moet geen fout meer bewijzen, maar enkel zijn schade en het verband met de medische handeling. Het Fonds heeft de bevoegdheid om zelf verdere informatie op te vragen bij de zorgverlener, de aanvrager of derden.

Voor wie?

De nieuwe regeling geldt voor de slachtoffers van medische ongevallen die sinds 2 april 2010 plaatsvonden. Het slachtoffer die gebruik wil maken van het Fonds moet dat binnen de twintig jaar na de medische handeling doen of binnen de 5 jaar nadat hij de schade heeft vastgesteld en weet waar ze veroorzaakt is.

De wet is niet van toepassing op schade die het gevolg is van:

- Een medisch experiment¹¹;
- Gezondheidszorg met een esthetisch doel die niet wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (bv. borstvergrotingen).

Slachtoffers van een medisch ongeval, dat veroorzaakt werd vóór 2 april 2010, zullen voor schadevergoeding beroep moeten doen op een rechtbank, een minnelijke medisch expertise of een minnelijke oplossing rechtstreeks via de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij. Er moet daarbij uiteraard worden nagegaan of de feiten nog niet verjaard zijn.

Opstart en werking

Het Fonds voor de medische ongevallen is sinds 1 september 2012 operationeel. Slachtoffers van medische ongevallen, die sinds 2 april 2010 plaatsvonden, kunnen er gratis een aanvraag voor schadevergoeding indienen.

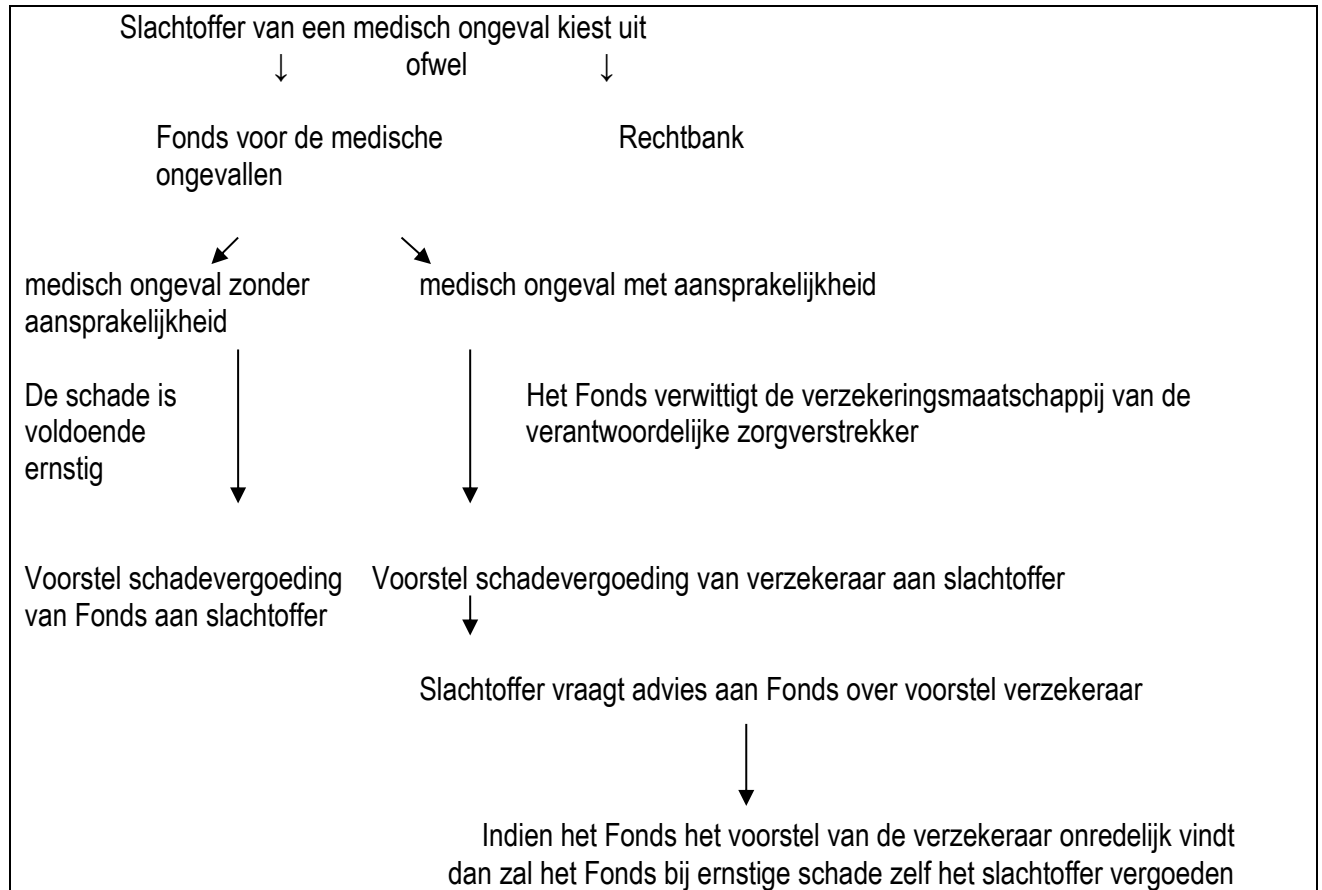
Uitleg over de werking van het Fonds en de voorwaarden om schadevergoeding te bekomen is beschikbaar op de website www.fmo.fgov.be. Op de website staat ook een aanvraagformulier om slachtoffers te helpen hun aanvraag bij het Fonds voor de medische ongevallen in te dienen. De procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen kan worden teruggevonden in bijlage 2 van deze handleiding (zie pagina 19).

Opgelet! Het was de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever om de procedure van het Fonds niet langer dan een jaar te laten duren. Deze timing wordt evenwel niet gehaald. Het Fonds kampt momenteel met een achterstand in dossiers. Deze achterstand, de complexiteit van sommige medische ongevallen en het vinden van geschikte experts die het medisch

¹¹ In de zin van de Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon

ongeval kunnen onderzoeken, bemoeilijken het om een aanvraag bij het Fonds op een jaar tijd af te ronden. Gelet op de huidige achterstand van het Fonds houdt men best rekening met de langere duurtijd van deze procedure. In het geval van kleinere schade kan het zoeken naar een minnelijke oplossing rechtstreeks via de zorgverlener of zijn verzekeraar mogelijk een interessante piste zijn om sneller tot een oplossing te komen.

SCHEMA: WET VAN 31 MAART 2010 VOOR DE VERGOEDING VAN MEDISCHE ONGEVALLEN



4.2. Informatie over medische expertises

Net zoals bij de minnelijke medische expertise worden er bij gerechtelijke procedures en procedures van het Fonds voor de Medische Ongevallen vaak medische expertises georganiseerd. Tijdens zo'n expertise evalueren expertise-artsen aangeduid door een rechtbank of het Fonds al dan niet samen met de bijstandsartsen van de betrokken zorgactor(en) en het slachtoffer de oorzaak en ernst van de medische schade. Medische expertises zijn voor patiënten vaak geen aangename ervaring. Om patiënten te informeren en adviseren over medische expertises stelde het Vlaams Patiëntenplatform daarom de handleiding "*Medische expertise in het kader van verzekeringen: informatie en tips voor patiënten*" op. Je kan deze handleiding gratis downloaden op de website www.vlaamspatiëntenplatform.be of opvragen via het telefoonnummer 016 23 05 26.

4.3. Soorten schadevergoeding

Welke schade kan zoal vergoed worden? Enkele voorbeelden:

- Het verlies van inkomen omwille van tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid;
- Morele schade voor de pijn die het slachtoffer moet lijden, voor de activiteiten (tuin, sport, hobby, ...) die hij niet meer of moeilijker kan uitoefenen, ...;
- Esthetische schade bv. door een onnodig litteken;
- Medische kosten voor bijkomende geneeskundige verzorging door het schadegeval, de verplaatsingskosten naar het ziekenhuis, ...;
- De hulp van derden die nodig is voor bijvoorbeeld huishoudelijke taken omdat het slachtoffer deze taken niet meer of moeilijker kan doen;
- De volgende vergoedingen worden voorzien indien het slachtoffer overleden is omwille van een medisch ongeval: begrafenis kosten, inkomensverlies voor het gezin, morele schadevergoeding voor de nabestaanden, ...;
- ...

5. Ondersteuning voor het slachtoffer

Als slachtoffer van een medisch ongeval kan je nood hebben aan ondersteuning. Waar kan je terecht voor advies, hulp bij de procedure van het Fonds voor medische ongevallen, het neerleggen van een klacht bij de rechtbank of een andere instantie, ...? De volgende organisaties of personen kunnen je mogelijk helpen.

5.1. Ziekenfondsen

De meeste ziekenfondsen bieden een dienst “ledenverdediging” aan. Hiervoor kun je terecht bij hun juridische dienst. Je kan er onder andere raad en bijstand voor medische ongevallen krijgen.

Mogelijke acties die het ziekenfonds voor of met jou kan ondernemen:

- advies geven over de haalbaarheid van een procedure;
- hulp bij de aanmaak en het indienen van je schadedossier bij de zorgactor en zijn verzekeraar, het Fonds voor de Medische Ongevallen of een andere instantie;
- het opvolgen van je schadedossier bij het Fonds of de verzekeraar;
- bijstand bieden bij medische expertises;
- raad geven over een vergoedingsvoorstel;
- het aanstellen van een advocaat.

Informeer bij de juridische dienst van je ziekenfonds op welke manier en onder welke voorwaarden zij je kan helpen bij je medisch ongeval.

5.2. Een advocaat

Je kan beroep doen op een advocaat voor advies over de stappen die je kunt ondernemen als slachtoffer van medische schade, over de haalbaarheid om een schadevergoeding te bekomen, enzovoort. Daarnaast kan een advocaat je bijstaan bij de procedure voor het Fonds voor de Medische Ongevallen of bij onderhandelingen en bemiddelingen (bijvoorbeeld met de verzekeringsmaatschappij van de betrokken zorgverlener). Wil je graag een rechtszaak inspannen, dan kan de advocaat je verdedigen voor de rechtbank.

In tegenstelling tot de dienstverlening van het ziekenfonds is de dienstverlening van een advocaat niet gratis.

Een advocaat ontvangt een ereloon en een vergoeding voor de gemaakte kosten (zoals briefwisseling, verplaatsingskosten, telefoons). Er bestaan geen vaste tarieven. Een advocaat bepaalt zelf welke financiële afspraken hij met zijn cliënt maakt. Als je over een rechtsbijstandverzekering beschikt dan kunnen de kosten en erelonen van advocaten, technische of medische experts, gerechtskosten, ... door je verzekeringsmaatschappij betaald worden. Een rechtsbijstandverzekering zit soms vervat in je familiale verzekering. Vraag dus bij je verzekeringsagent of makelaar na of je familiale verzekering rechtsbijstand voorziet bij procedures voor medische ongevallen. Ga ook zeker na of er verzekeringsgrenzen zijn: tot welk grensbedrag komt de rechtsbijstand maximum tussen? De kosten die boven het grensbedrag liggen, moet je uit eigen zak betalen. Je hebt recht om vrij een advocaat te kiezen. Je rechtsbijstandsverzekeraar mag je geen keuze opdringen.

Je kiest best voor een advocaat die gespecialiseerd is in medisch aansprakelijkheidsrecht en ervaring heeft met medische ongevallen.¹²

5.3. Een bijstandsarts

Een bijstandsarts is een gespecialiseerde arts inzake lichamelijke schade en aansprakelijkheidskwesties, die je belangen bij een medische expertise kan behartigen.

Een bijstandsarts

- stelt samen met jou een dossier op over de medische feiten,
- laat de nodige onderzoeken doen die de oorzaak van de schade of je medische klachten kunnen uitwijzen,
- kan je verdediging opnemen tijdens een expertise omdat hij net als de artsen van de rechtbank, het Fonds voor Medische Ongevallen of de tegenpartij over de nodige kennis en ervaring beschikt,
- waakt erover dat je krijgt waar je recht op heb.

¹² Specialisaties en voorkeursmateries van advocaten vind je soms vermeld in de Gouden Gids, op de website van de Orde van Vlaamse Balies (www.advocaat.be) of op de website van de advocaat of het advocatenbureau zelf. Je kan steeds aan een advocaat vragen of hij de nodige ervaring heeft om je zaak te behandelen.

Alvorens bepaalde procedures op te starten, kan je bij de meeste bijstandsartsen ook terecht voor een eerste advies:

- Hoe is de schade juist ontstaan?
- Gaat het over een medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid?
- Wat zijn de slaagkansen om een procedure voor schadevergoeding te winnen?

Indien je over rechtsbijstand beschikt, kunnen de kosten van een bijstandsarts net zoals bij een advocaat door de rechtsbijstandverzekering gedekt worden. (Zie 5.2.). Je vraagt dit best na je verzekeringsagent- of makelaar. Er bestaan helaas geen lijsten of databanken met bijstandsartsen. Voor het vinden van een bijstandsarts zal je op internet-zoekmachines moeten zoeken via bijvoorbeeld termen als “bijstandsarts”, “bijstandsgeneesheer” of “medische expertise”. Je kiest best een onafhankelijke bijstandsarts die vaak voor slachtoffers optreedt. Als je gebruik maakt van een advocaat dan hij/zij je mogelijk iemand suggereren. Je kan ook contactgegevens van bijstandsartsen opvragen bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

6. De bevoegdheid van de Orde van artsen

Wat doet de Orde van artsen en welke rol kan zij spelen bij medische schade?

De Orde van artsen waakt over de eer, de waardigheid, de bescheidenheid en eerlijkheid van het artsenberoep. Wanneer een arts een deontologische fout heeft gemaakt, kan je een klacht neerleggen bij de Orde van geneesheren. Zij kennen geen schadevergoedingen toe, maar kunnen de arts op professioneel vlak sanctioneren met een vermaning, schorsing of een schrapping van de lijst van de Orde. Voorbeelden van deontologische fouten in het geval van medische schade:

- dronkenschap;
- geen kennis over de uitgevoerde behandelingen;
- het niet verzekeren van de wachtdienst;
- plichten tegenover de patiënt niet nakomen;
- geen continuïteit van de zorg waarborgen;
-

De Provinciale Raden van de Orde van geneesheren zijn bevoegd om te onderzoeken en te oordelen of een arts een deontologische fout heeft gemaakt. Je wordt als klager zelf niet uitgenodigd op de zitting van de Provinciale Raad en je wordt ook niet ingelicht over het besluit van deze Raad. De reden voor deze geheimhouding is om te vermijden dat de beslissing van de Orde invloed heeft op burgerlijke rechter waarin er andere regels voor bewijsvoering gelden.

De contactgegevens van de Provinciale Raden kun je opvragen bij de Nationale Orde van Geneesheren of terugvinden op hun website.

Orde van geneesheren

Nationale Raad
de Jamblinne de Meuxplein 34-35
B-1030 BRUSSEL
Tel.: 02.743.04.00
Fax: 02.735.35.63
www.ordomedic.be

7. BIJLAGEN

7.1. De rechten van de patiënt

Sinds 22 augustus 2002 bestaat er een wet op de patiëntenrechten.¹³ Deze wet geldt voor alle beroepsbeoefenaars¹⁴ die diensten verstrekken met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.

Als patiënt heb je de volgende rechten:

- het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5 van de wet)
- het recht op vrije keuze van je beroepsbeoefenaar (art. 6)
- het recht op informatie (art. 7)

TIP: Als patiënt heb je het recht op informatie over de aard en duur van de behandeling, de risico's die eraan verbonden zijn, alternatieve behandelingen, de kostprijs, ... Geeft de arts je deze informatie niet spontaan, dan heb je het recht ernaar te vragen en een antwoord te krijgen. Je hebt recht op informatie in een duidelijke taal. Dat betekent dat men rekening moet houden met je leeftijd, je opleiding, je psychische draagkracht, ...

- het recht om te weten (art. 7)
- het recht om niet te weten (art. 7)
- het recht op toestemming of weigering (art. 8)

TIP: Geen enkele medische handeling kan zonder je toestemming opgestart of voortgezet worden.

- rechten in verband met inzage in je patiëntendossier (art. 9)

TIP: Je kan je patiëntendossier dat zich in een ziekenhuis bevindt rechtstreeks opvragen bij dat ziekenhuis. Je kan het ook via je huisarts doen en het dan samen met hem of haar bekijken.

- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)
- het recht op pijnbehandeling (art. 11 bis)
- het recht op klachtenbemiddeling (art. 11)

¹³ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 2 april 2010

¹⁴ Artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verplegend personeel en paramedici.

In elk algemeen ziekenhuis bestaat een ombudsdienst. Daar kan je terecht met elke klacht over de opname, de behandeling of het verblijf. De dienstverlening is gratis. Ben je niet tevreden over de aanpak, dan kan je “hogerop” klacht indienen bij de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”.

De wet op de patiëntenrechten voorziet ook dat patiënten een vertrouwenspersoon en een vertegenwoordiger kunnen aanduiden.

De vertrouwenspersoon: Een vertrouwenspersoon is een door jou gekozen persoon die je kan bijstaan bij het uitoefenen van je rechten als patiënt. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als je informatie krijgt van een zorgverlener of als je je patiëntendossier wil raadplegen.

De vertegenwoordiger: Een vertegenwoordiger oefent je rechten wanneer je zelf niet (meer) bekwaam bent om dit te doen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer je minderjarig bent, in coma raakt, dement wordt, ...

Meer informatie over je patiëntenrechten vind je in de brochure ***Ken je rechten als patiënt*** van het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

7.2. Procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen

Stap 1) De aanvraag

Elke persoon die meent het slachtoffer van een medisch ongeval te zijn of zijn rechthebbenden kunnen via een aangetekende brief een aanvraag indienen bij het Fonds om het schadegeval te onderzoeken.

De aangetekende brief dient het volgende te vermelden:

- de volledige identiteit van de aanvragers (alook van de patiënt indien de aanvragers de rechthebbenden van het slachtoffer zijn);
- de datum wanneer het medisch schadegeval gebeurd is en een omschrijving van de gebeurtenis die de schade veroorzaakt heeft;
- de identiteit en het adres van de betrokken zorgverleners indien van toepassing;
- een overzicht van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures die werden ingesteld omwille van de schade;
- alle elementen die kunnen dienen om de oorzaak en de ernst van de schade te beoordelen;
- eventuele vergoedingen voor de schade die reeds ontvangen zijn of die zullen ontvangen worden, bijvoorbeeld door een mutualiteit of een verzekeraar;
- de identiteit van de mutualiteit van de patiënt of een verzekeringsmaatschappij die de schade mogelijk kunnen vergoeden.

Stap 2) Behandeling van de aanvraag

Termijn: Nadat het Fonds de aangetekende brief gekregen heeft, bevestigt het Fonds binnen een maand de ontvangst van aanvraag.

Acties Fonds:

- Het Fonds vraagt alle documenten en informatie op aan het slachtoffer of zijn rechthebbenden, de zorgverleners of elke andere persoon om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade te beoordelen (indien een zorgverlener weigert om informatie te bezorgen, dan zal hij boetes aan het Fonds moeten betalen!)
- Tenzij de aanvraag onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het Fonds een tegensprekelijke expertise indien er ernstige aanwijzingen zijn de schade de ernstgraad bereikt. Het Fonds wijst in dat geval een onafhankelijke expert of indien nodig een college van experts aan. Het staat iedere partij vrij om zich tijdens de tegensprekelijke expertise te laten bijstaan door een persoon naar keuze. (De mogelijkheid bestaat om een of meerdere experts te wraken indien er getwijfeld wordt over zijn of hun onpartijdigheid!)

Stap 3) Advies van het Fonds

Termijn: Binnen de zes maanden na ontvangst van de aanvraag, verstuurt het Fonds een aangetekende brief met een gemotiveerd advies. Deze brief bevat tevens de stukken en documenten waarop haar advies gebaseerd is.

Inhoud Advies:

Het Fonds kan in haar advies oordelen dat:

- A. de schade haar oorzaak vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners;
- B. de schade te wijten is aan een medisch ongeval zonder medische aansprakelijkheid;
- C. de schade onder geen enkele van deze categorieën valt en dus niet van toepassing is voor het Fonds.

Scenario A) schade die te wijten is aan een medisch ongeval zonder medische aansprakelijkheid

Het advies vermeldt of de vereiste ernstgraad bereikt is om in aanmerking te komen voor een schadevergoeding van het Fonds.

Scenario B) schade die haar oorzaak vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners

De aangetekende brief met het advies van het Fonds vermeldt of de aansprakelijkheid van de zorgverlener(s) gedekt is door een verzekering. Als dat zo is, wordt deze brief met het advies ook bezorgd aan de verzekeraar van de zorgverleners met het verzoek om een voorstel tot schadevergoeding te doen aan het slachtoffer.

(Het advies van het Fonds bindt noch de aanvrager, noch de zorgverleners en hun verzekeraars, noch de rechter).

Stap 4) Voorstel van het Fonds of van de verzekeraar

Scenario A) Voorstel van het Fonds

Verschillende subscenario's:

Scenario A1. Medisch ongeval zonder aansprakelijkheid met vereiste ernstgraad

-Het Fonds doet binnen de drie maanden na haar advies een voorstel tot vergoeding aan de aanvrager

Scenario A2. De zorgverlener is aansprakelijk voor de schade maar is niet of onvoldoende verzekerd

-Het Fonds doet binnen de drie maanden na haar advies een voorstel tot vergoeding aan de aanvrager

Scenario A3. De zorgverlener of zijn verzekeraar betwist de aansprakelijkheid

-Het Fonds doet binnen de drie maanden na de kennisname van de beslissing van de zorgverlener of verzekeraar om de aansprakelijkheid te betwisten een voorstel tot vergoeding aan de aanvrager. Voorwaarde is dat de vereiste ernstgraad bereikt is.

Scenario A4. Het Fonds stelt zich in de plaats van de verzekeraar van de zorgverlener omdat zij het voorstel van de verzekeraar ontoereikend vindt

-Het Fonds doet binnen de drie maanden na haar advies over het voorstel van de verzekeraar zelf een voorstel tot vergoeding aan de aanvrager

Aanvaarding door de aanvrager:

-De aanvrager beschikt over een termijn van drie maanden om het voorstel van het Fonds te aanvaarden

-De aanvrager kan binnen de drie maanden na het voorstel opmerkingen formuleren waarop het Fonds moet reageren. Op basis van de opmerkingen kan het voorstel mogelijk aangepast worden.

-Na de uitdrukkelijke aanvaarding van het voorstel betaalt het Fonds binnen een maand de voorgestelde vergoeding aan de aanvrager.

Scenario B) Voorstel van de verzekeraar

Verschillende subscenario's:

Scenario B1: De verzekeraar betwist de aansprakelijkheid van de zorgverlener niet

-De verzekeraar doet binnen de drie maanden na het verzoek van het Fonds tot schadevergoeding (*stap 3*) een voorstel aan de aanvrager en bezorgt een kopie van dit voorstel aan het Fonds

Scenario B2: De verzekeraar betwist de aansprakelijkheid van de zorgverlener

-De zorgverlener of zijn verzekeraar brengen de aanvrager en het Fonds op de hoogte van de betwisting

-Het Fonds zal zich in de plaats stellen van de zorgverlener of zijn verzekeraar indien de vereiste ernstgraad bereikt is → zie scenario A3.

Aanvaarding door de aanvrager:

-De aanvrager kan het Fonds schriftelijk om advies vragen over het voorstel van de verzekeraar. Binnen de twee maanden na deze aanvraag zal het Fonds een gemotiveerd advies uitbrengen.

-Indien het Fonds het voorstel ontoereikend vindt, zal hij zich in de plaats stellen van de verzekeraar → zie scenario A4.

(Wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van een zorgverlener of zijn verzekeraar dan zal het Fonds de uitgekeerde schadevergoeding trachten terug te vorderen van hun via de rechtbank).

Opgelet! Zoals reeds aangehaald in deze handleiding kampt het Fonds voor de Medische Ongevallen met een achterstand in dossiers. De termijnen, die in deze procedure beschreven staan, zijn gebaseerd op de termijnen die de wetgever in de wet van 31 maart 2010¹⁵ vooropstelde. Gelet op de achterstand, de complexiteit van sommige medische ongevallen en het vinden van geschikte experts die het medisch ongeval kunnen onderzoeken, worden verschillende van deze termijnen momenteel niet gehaald. Het Fonds onderneemt momenteel allerlei initiatieven om de achterstand weg te werken en de procedures te optimaliseren.

¹⁵ Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, BS 2 april 2010