

HANDLEIDING

WAT ALS ER EEN MEDISCH ONGEVAL GEBEURT?



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 geneesheren.

¹ Artikel 5 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

Inhoud

Doel handleiding	1
1. Soorten medische ongevallen	3
1.1. Medische ongevallen zonder aansprakelijkheid	3
1.2. Medische ongevallen met aansprakelijkheid	4
2. Informatie over het medisch ongeval	4
2.1. Het recht om te weten	4
2.2. Het recht op inzage in en een afschrift van je patiëntendossier	6
2.3. Het recht op klachtenbemiddeling	7
3. Vergoeding van medische schade	8
3.1. Mogelijkheden voor vergoeding	8
3.1.1. Burgerlijke rechtbanken.....	8
3.1.2. Minnelijke schikking rechtstreeks via de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij	9
3.1.3. Het Fonds voor de Medische Ongevallen	9
3.2.1. Soorten schadevergoeding	12
4. Ondersteuning voor het slachtoffer	13
4.1. Ziekenfondsen.....	13
4.2. Een advocaat	13
5. De bevoegdheid van de Orde van geneesheren	14
6. BIJLAGEN	15
6.1. De rechten van de patiënt	15
6.2. Procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen	16

Auteur	Datum laatste aanpassing	Status
Roel Heijlen	24.07.2013	Finaal

1. 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.

1.1. 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.

1.2. 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 mogelijke complicaties met je bespreken.

2. Informatie over het medisch ongeval

2.1. 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

² Artikel 7 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

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 toestemming geeft voor een herstelbehandeling kun je ook een tweede opinie van 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 het dus gaat om een medische fout. Een ziekenhuis of

³ Artikel 6 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

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.

2.2. 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:

- ✓ 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).

⁴ Artikel 9 § 2 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

⁵ Artikel 9 § 3 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

⁶ Koninklijk besluit van 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

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 medische fout, of vermoeden dat er een fout 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 de medische fout.

2.3. 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, verpleegkundigen aan huis, 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

3. Vergoeding van medische schade

3.1. Mogelijkheden voor vergoeding

Als slachtoffer van een medisch ongeval kan je stappen ondernemen om mogelijk een schadevergoeding te bekomen. Er zijn drie mogelijkheden:

- Je kan een gerechtelijke procedure starten bij de rechtbank van eerste aanleg.
- Je kan een minnelijke schikking treffen rechtstreeks met de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij.
- Je kan je wenden tot het Fonds voor de Medische Ongevallen van de overheid. Dit Fonds zal gratis onderzoeken of je in aanmerking kan komen voor een vergoeding van hen zelf of van de verzekeraar van de zorgverlener/zorginstelling.

Deze verschillende mogelijkheden 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 complicatie waarvan de schade niet voldoende groot is, zal niet in aanmerking komen voor een schadevergoeding.

3.1.1. Burgerlijke rechtbanken

Voor het bekomen van een vergoeding voor schade door een medisch ongeval, kan je naar de burgerlijke rechtbanken stappen.

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 is dan ook best dat je eerst wat advies inwint over je kansen om een rechtszaak te winnen. De bewijslast is immers niet eenvoudig: Je moet kunnen bewijzen wie in fout was en hoe die fout in een oorzakelijk verband staat met de schade.

Kies voor een advocaat die gespecialiseerd is in medisch aansprakelijkheidsrecht en ervaring heeft met rechtszaken over medische ongevallen.⁷ (Zie ook punt 4.3.)

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. Het is niet toegestaan om gelijktijdig een procedure te hebben lopen bij zowel het Fonds voor medische ongevallen als bij de rechtbank.

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 Verjaringstermijnen zijn 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

3.1.2. Minnelijke schikking rechtstreeks via de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij

Een tweede mogelijkheid is de minnelijke schikking rechtstreeks via de zorgverlener of meestal via zijn verzekeringsmaatschappij.

Bij een rechtstreekse minnelijke schikking zal de zorgverlener of verzekeringsmaatschappij indien het slachtoffer de schade, de fout en het verband er tussen kan bewijzen, een voorstel tot schadevergoeding doen. Aangezien het contact met de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij rechtstreeks gebeurt, komt er bij deze procedure geen rechtbank of Fonds voor de Medische Ongevallen aan bod.

Uit ervaringen van slachtoffers van medische ongevallen blijkt dat het bewijzen van de fout en de onderhandelingen met verzekeringsmaatschappijen moeilijk verlopen. Slachtoffers beschikken over minder medische, juridische en financiële expertise dan de verzekeringsmaatschappijen en hun deskundigen. Hierdoor strijden de slachtoffers van medische schade met ongelijke wapens tegen de verzekeringsmaatschappij. Het slachtoffer laat zich best bijstaan door zijn mutualiteit, een gespecialiseerde advocaat en/of een expertisearts.

De voorstellen tot schadevergoeding bij deze procedure van minnelijke schikking zullen mogelijk minder hoog zijn dan bij een rechtbank.

Uit de volgende paragraaf zal blijken dat het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) de bewijslast en het bekomen van een billijke schadevergoeding van verzekeringsmaatschappijen voor de slachtoffers van medische schade voortaan kan vergemakkelijken.

3.1.3. 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. De bedoeling van deze wet is de invoering van een nieuw en toegankelijk systeem dat schade door een medisch ongeval vergoedt. Slachtoffers van medische schade, al dan niet omwille van een medische fout, moeten door de nieuwe wetgeving niet meer naar een rechtbank stappen voor een schadevergoeding. Zij kunnen voortaan ook een aanvraag indienen bij het Fonds voor de Medische Ongevallen. De oprichting van het Fonds brengt het voordeel mee dat slachtoffers van medische schade de vaak trage en kostelijke procedures voor de rechtbank voor schadevergoeding kunnen vermijden.

Door de wet zullen nu ook 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.

⁹ Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (BS 2/04/2010)

De nieuwe wet biedt de volgende mogelijkheden:

- Het slachtoffer van het medische ongeval kan de keuze maken tussen de rechtbank of het Fonds om een schadevergoeding te bekomen.
- 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 van de medische schade. 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.

De procedure voor het Fonds is gratis en zal als alles goed gaat niet langer dan een jaar in beslag nemen. 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, aanvrager of derden.

De procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen kan teruggevonden worden in bijlage 2 van deze handleiding.

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.

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 de rechtbank of een minnelijke schikking rechtstreeks via de zorgverlener of zijn verzekeringsmaatschappij.

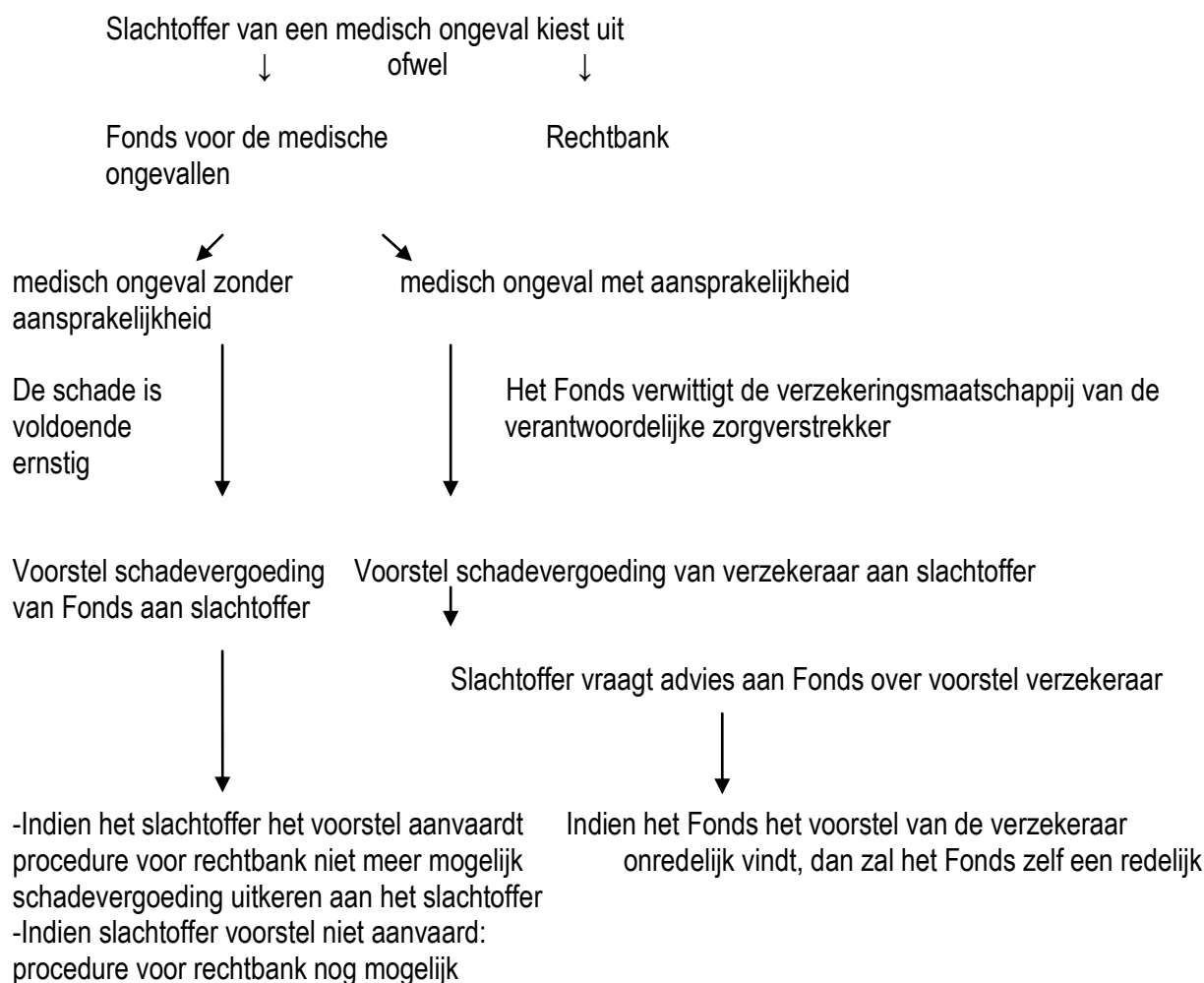
Timing

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.

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

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



3.2.1. 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, ...;
-

4. 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.

4.1. 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 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 expertises¹²;
- 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.

4.2. 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 bekommen, 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 en Medisch Falen vzw 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 worden de kosten en erelonen van advocaten, technische of medische experts, gerechtskosten, ...

¹² Een medische expertise is een bewijsmiddel om te onderzoeken of een bepaalde handeling (bijv. een medisch ongeluk) schadelijke gevolgen heeft en hoe hoog de vergoeding moet zijn.

door je verzekeringsmaatschappij betaald. 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.

Je kiest best voor een advocaat die gespecialiseerd is in medisch aansprakelijkheidsrecht en ervaring heeft met medische ongevallen.¹³ Ook indien je verzekerd bent voor de kosten en erelonen via een rechtsbijstandsverzekering, is de keuze van een advocaat volledig vrij. Let wel: indien je keuze voor een advocaat ingaat tegen het advies van je verzekeraar, dan kan het zijn dat je slechts de helft van de kosten en erelonen terugbetaald krijgt. Kijk dit na in je verzekeringscontract.

5. De bevoegdheid van de Orde van geneesheren

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

De Orde van geneesheren 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.

<p>Orde van geneesheren Nationale Raad de Jamblinne de Meuxplein 34-35</p>

¹³ 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.

B-1030 BRUSSEL
Tel.: 02.743.04.00
Fax: 02.735.35.63
www.ordomedic.be

6. BIJLAGEN

6.1. De rechten van de patiënt

Sinds 22 augustus 2002 bestaat er een wet op de patiëntenrechten.¹⁴ Deze wet geldt voor alle beroepsbeoefenaars¹⁵ 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)

In elk algemeen ziekenhuis bestaat een ombudsdienst. Daar kan je terecht met elke klacht over de

¹⁴ Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

¹⁵ Artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verplegend personeel en paramedici.

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 voorzagt 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.

6.2. 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).