



D.A.S. SPECIAAL

DE RECHTEN VAN DE PATIËNT: HET FONDS VOOR MEDISCHE ONGEVALLLEN TREEDT IN WERKING!

Ziekenhuisinfecties, medische blunders... Volgens een recente medische enquête steeg het aantal dossiers met betrekking tot medische fouten in 5 jaar met 15%. Het federale kenniscentrum voor de gezondheidszorg meldt bovendien dat tijdens hun hospitalisatie per jaar ongeveer 2.600 patiënten vroegtijdig overlijden door de gevolgen van longontsteking en bloedinfectie!...

Het is voor een patiënt al uiterst moeilijk om het bewijs te leveren van een medische fout. En wat als er geen aansprakelijkheid is van de zorgverlener?

Sinds 1 september heeft de patiënt een bijkomende mogelijkheid. Het lang aangekondigde Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) gaat eindelijk van start. Het fonds voorziet een vergoeding voor slachtoffers van medische fouten, die tot nu toe vaak lang moesten wachten op hun geld. Is dit de miraceloplossing zoals sommige media suggereren? Kan iedereen nu zomaar aankloppen bij het Fonds? Hoe zal dit Fonds te werk gaan? Wat betekent dit nu concreet voor u en uw klanten? Heeft een Rechtsbijstandsverzekering voor medische fouten geen zin meer? D.A.S. antwoordt op uw vragen.

KRIJGEN D.A.S. –KLANTEN DEKKING VOOR DE SCHADE OPGELOPEN DOOR MEDISCHE FOUTEN OF EEN THERAPEUTISCH INCIDENT?

Elke klant correct verzekerd bij D.A.S. met een polis rechtsbijstand voor het privéleven kan een medisch ongeval aangeven. Ook als het om een therapeutisch incident zonder fout gaat. (Deze dekking valt onder de waarborg "Samenloop contractuele en extracontractuele aansprakelijkheid" of "Algemene Contracten").

In overleg met u en de patiënt beslissen we welke weg de beste oplossing biedt.

- Via het **FMO**: D.A.S. begeleidt de verzekerde in de procedure en betaalt de kosten voor de bijstand volgens de polisvoorwaarden

- Via de **rechtbank**: D.A.S. betaalt alle kosten van de juridische procedure tot het maximum voorzien in de polisvoorwaarden.

MOET DE VERZEKERDE ONMIDDELIJK KIEZEN TUSSEN EEN PROCEDURE BIJ HET FONDS OF EEN PROCEDURE BIJ DE RECHTBANK?

Neen, de aanvrager kan tezelfdertijd een aanvraag indienen bij het Fonds en bij de rechtbank. Dit is niet aan te raden omdat in dit geval de rechtbank de gerechtelijke procedure zal schorsen totdat de procedure bij het Fonds beëindigd is. De aanvrager moet zowel het Fonds als de rechtbank verwittigen van de andere procedure.

Als de benadeelde patiënt het aanbod van het Fonds niet definitief aanvaardt, kan hij nog naar de rechtbank stappen. Maar als de rechtbank zijn vordering afwijst, kan de patiënt zich niet meer tegen het Fonds keren.

WIE KAN EEN DOSSIER INDIENEN BIJ HET FMO?

Patiënten met schade die:

- Ofwel voortvloeit uit een feit dat aanleiding geeft tot **de aansprakelijkheid** van een zorgverlener,
- Ofwel veroorzaakt wordt door **een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid**, zoals een medisch risico.
- Schade die het gevolg is van een **experiment** of van een **verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een es-**
thetisch doel is uitgesloten uit het toepassingsgebied van deze wet.

Essentieel is dat het fonds bevoegd is voor schade veroorzaakt vanaf 02/04/2010.

WAT DOET HET FONDS?

Het Fonds zal bepalen of de schade als gevolg van gezondheidszorg al dan niet aanleiding geeft tot aansprakelijkheid van een zorgverlener en zal de ernst van de schade te beoordelen

A. Medisch ongeval **zonder aansprakelijkheid**

Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden in overeenstemming met het gemeen recht wanneer de schade is veroorzaakt door **een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid**

(voor zover de schade voldoet aan één van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst).

Met medisch ongeval wordt bedoeld:

- Een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat **geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener**,
- dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en,
- dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. 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. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Voorwaarden van ernst van de schade (art. 5)

De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan:

- De patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25% of meer.
- De patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes maanden opeenvolgend of niet opeenvolgend over een periode van twaalf maanden.
- De schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt.
- De patiënt is overleden.

B. Medisch ongeval met aansprakelijkheid

Als uit het onderzoek van het FMO blijkt dat de schade veroorzaakt is door een feit waarvoor een zorgverlener aansprakelijk is dan zal het FMO de verzekeraar van deze zorgverlener verzoeken de schade te vergoeden.

Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden in overeenstemming met het gemeen recht:

- Wanneer het Fonds oordeelt dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze zorgverlener of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist voor zover de schade ernstig is (artikel 5 bepaalde voorwaarden),
- Wanneer het Fonds oordeelt of het vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet gedekt is of niet voldoende gedekt is door een verzekeringsovereenkomst (en zonder rekening te houden met de ernst van de schade),
- Als de verzekeraar die de aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade veroorzaakte een vergoedingsvoorstel formuleert dat voor het Fonds onvoldoende is.

WIE VERGOEDT?

Het Fonds zal in sommige gevallen een schadevergoeding uitbetalen in de plaats van de zorgverlener of zijn verzekeraar. Het Fonds zal zo tussenkomen in geval van betwisting, door de zorgverlener of zijn verzekeraar, van de aansprakelijkheid zoals erkend door het Fonds, alsook indien de zorgverlener niet of niet voldoende is verzekerd of ten slotte, indien het vergoedingsvoorstel door de zorgverlener of zijn verzekeraar kennelijk ontoereikend is. In voormelde hypothesen, zal het Fonds zich

wenden tot de zorgverlener of zijn verzekeraar voor de terugvordering.

HOEVEEL BEDRAAGT DE VERGOEDING?

Er bestaan in België geen vaste regels voor het berekenen van een schadevergoeding. Door de jaren heen hebben de rechtbanken een gemeenrechtelijke schaderegeling ontwikkeld op basis van de rechtspraak. Als het slachtoffer zijn schade niet exact kan becijferen, kan hij beroep doen op de 'Indicatieve tabel' die de schade op een forfaitaire wijze bepaalt. Het Fonds hanteert dezelfde vergoedingsprincipes om de schade te bepalen, verminderd met de eventuele vergoeding van de ziekte- en invaliditeitsverzekering of een privéverzekeraar.

HOE LANG DUURT HET VOORALEER EEN ANTWOORD WORDT GEFORMULEERD?

Binnen de maand nadat de patiënt een volledige aanvraag heeft ingediend, krijgt hij een ontvangstbevestiging. Vanaf dat moment zal worden onderzocht of het dossier al dan niet ontvankelijk is. Het Fonds zal een advies geven binnen een termijn van 6 maanden. Indien de patiënt recht heeft op een vergoeding, ontvangt hij een voorstel binnen de 3 maanden na de uitspraak. Als hij het voorstel uitdrukkelijk aanvaardt, wordt hem het bedrag uitgekeerd tijdens de maand daarop.

KAN HET FONDS ADVIES GEVEN OVER HET VERGOEDINGSVOORSTEL VAN DE VERZEKERAAR?

In geval van een vergoedingsvoorstel door de verzekeraar kan de aanvrager aan het Fonds advies vragen over dit voorstel. Als het Fonds dit voorstel kennelijk ontoereikend vindt, kan het Fonds een ander voorstel doen.

WAT ALS ER VOOR DE SCHADE AL EEN VERGOEDING IS BETAALD?

Schade kan niet meer dan een keer worden vergoed. Indien de patiënt al een definitief voorstel tot vergoeding heeft aanvaard, hetzij via gerechtelijke, hetzij via minnelijke weg, kan u geen ontvankelijke aanvraag meer indienen bij het Fonds.

CONCLUSIE?



Het Fonds kan bij vraag tot tussenkomst steeds motieven invoeren om het verzoek af te wijzen. Zo ook zal de beoordeling van de ernst (art. 5 van de wetgeving) wellicht voor heel wat discussies zorgen. In dit geval, zal het slachtoffer de weigering moeten aanvechten! Bij betwistingen kan de patiënt zich wenden tot de rechtbank van eerste aanleg.

Het staat buiten kijf dat de bijstand van D.A.S. als rechtsbijstandsverzekeraar ook hier absoluut noodzakelijk is.

D.A.S. UW REDDER IN NOOD



DE JUISTE KEUZE
DE BESTE KWALITEIT