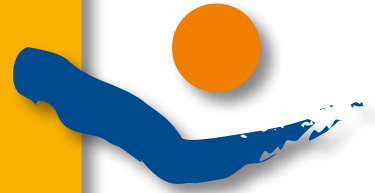
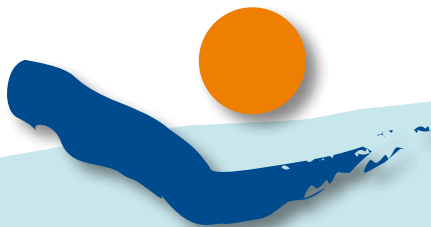


PRAKTISCH

Hoe een vergoeding krijgen in geval van **medische schade?**



Onafhankelijke
Ziekenfondsen



Een uitgave van de ***Onafhankelijke Ziekenfondsen***

Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel

T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04

commu@mloz.be

—

Cover > Reporters

Foto's > Isopix

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2011
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

Hoe een vergoeding krijgen in geval van **medische schade?**

Heb je een ingreep ondergaan of medische verzorging gekregen die je gezondheid onherstelbare schade heeft berokkend? Wil je hiervoor een vergoeding krijgen? Dan bestaan er verschillende mogelijkheden om een vordering in te dienen, waaronder een aanvraagprocedure bij het Fonds voor medische ongevallen.

Welke zijn de voor- en nadelen van de verschillende opties? Hoe kan je het Fonds voor medische ongevallen inschakelen? Welke procedure moet daarbij gevolgd worden?

Deze brochure wil duidelijkheid scheppen in de juridische jungle van de vergoeding van medische ongevallen. Naast een gedetailleerd overzicht van de stappen die je moet ondernemen, vind je in deze brochure ook concrete voorbeelden terug en een antwoord op al je prangende vragen.

A man in a dark suit, white shirt, and blue striped tie walks towards the camera in a grand, ornate lobby. He is carrying a brown leather briefcase in his right hand and a folder in his left. The lobby features high ceilings, large windows, and decorative architectural elements. In the background, two other men in suits are walking away. A yellow banner with white text is overlaid on the image.

Hoe een **vergoeding** krijgen?



De **verschillende mogelijkheden**

Heb je schade geleden als gevolg van medische verzorging en wil je hiervoor een vergoeding krijgen? **Dan zijn er verschillende mogelijkheden:**

1. Vordering bij de burgerlijke rechtbank

Dit wordt ook de **gemeenrechtelijke procedure** genoemd. Als slachtoffer vraag je aan de rechter om je dossier te analyseren, zodat hij de betrokken zorgverlener* kan dwingen tot het vergoeden van de geleden schade.

Opgelet: het slachtoffer kan via deze procedure enkel vergoed worden als de rechtbank een fout van de zorgverlener vaststelt.

*** Wat verstaan we onder 'zorgverlener'?**

Het kan bv. gaan om een huisarts, een specialist, een verpleegkundige, een tandarts, een kinesitherapeut, een apotheker of zelfs een ziekenhuis, ...

Nadelen:

- **De fout en het oorzakelijke verband bewijzen:** je moet de schade, de fout van de zorgverlener en het oorzakelijke verband tussen beide bewijzen. Met andere woorden, als slachtoffer moet je bewijzen dat de schade veroorzaakt werd door een fout van de zorgverlener. Als de aansprakelijkheid van de zorgverlener niet bewezen kan worden, dan krijg je geen vergoeding. In de praktijk blijkt dit bewijs vaak moeilijk te leveren.
- **Lange duur:** de burgerlijke procedure voor de rechter duurt heel lang. Soms kan het meer dan 10 jaar, tot zelfs 20 jaar, duren vooraleer er een schadevergoeding verleend wordt.
- **Hoge kostprijs:** naar de rechtbank stappen is vaak erg duur vanwege de gerechtskosten, de advocaatkosten en vaak ook de expertisekosten.

2. Minnelijke schikking rechtstreeks bij de zorgverlener (of zijn verzekeringsmaatschappij)

Je kan altijd contact opnemen met de zorgverlener om hem te informeren over de schade die je hebt opgelopen.

Hier gelden dezelfde regels als voor de procedure voor de rechter: je moet de schade, de fout en het verband tussen beide bewijzen.

Nadelen:

- **Bestaan van een fout:** in de praktijk zal de zorgverlener slechts akkoord gaan om over te gaan tot een minnelijke schikking als het slachtoffer kan bewijzen dat hij wel degelijk een fout heeft begaan.
- **Schadevergoeding minder hoog:** het is mogelijk dat de vergoeding minder hoog is dan de vergoeding die je bij een andere mogelijkheid tot schadevergoeding zou krijgen.

3. Minnelijke schikking voor het Fonds voor medische ongevallen

Als slachtoffer heb je ook het recht om een aanvraag tot schadevergoeding in te dienen bij het Fonds voor medische ongevallen. Onder bepaalde voorwaarden kan dit Fonds je een vergoeding toekennen als de schade die je hebt geleden ofwel het gevolg is van een fout van de zorgverlener ofwel van een medisch ongeval (zie p. 8).

Opgelet: deze procedure is enkel mogelijk voor schade veroorzaakt sinds 2 april 2010. Vóór deze datum zijn alleen de andere twee procedures mogelijk.

Voordelen van het Fonds voor medische ongevallen voor het slachtoffer

- **Medisch ongeval:** het slachtoffer kan een vergoeding krijgen in geval van een medisch ongeval en in geval van een ziekenhuisinfectie. Vroeger kon het slachtoffer enkel in geval van een fout een vergoeding krijgen voor de rechter.
- **Bewijs:** het slachtoffer moet niet meer bewijzen dat de zorgverlener een fout begaan heeft. Hij moet enkel het bestaan bewijzen van zijn schade en het oorzakelijke verband met de medische handeling. Het is het Fonds zelf dat zich bezighoudt met de analyse van het dossier dat werd ingediend door het slachtoffer.
- **Termijn van de vergoeding:** in principe zou het slachtoffer een vergoeding moeten krijgen binnen een termijn van een jaar vanaf de indiening van zijn volledige dossier bij het Fonds.
- **Kostprijs:** de procedure voor het Fonds is gratis voor het slachtoffer. Het Fonds neemt de expertisekosten ten laste. Indien het slachtoffer zich laat bijstaan door een advocaat, moet hij die natuurlijk wel betalen.



Wat is een **medisch ongeval**?

Een **medisch ongeval** is een daad

- die een schade veroorzaakt waarvoor de zorgverlener niet aansprakelijk is
- EN die niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt of de voorziene evolutie ervan
- EN die een abnormale schade met zich meebrengt voor de patiënt

Schade waarvoor de zorgverlener niet aansprakelijk is

De schade mag niet te wijten zijn aan een fout van de zorgverlener. Het is daarom dat men spreekt van een 'ongeval'.

Schade die niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt

De schade mag niet het gevolg zijn van een verergering van de toestand van de patiënt. Het Fonds is bedoeld om **onvoorziene gevolgen** van een medische verstrekking te vergoeden.

Het Fonds moet de dossiers dus geval per geval evalueren. Het is nodig om rekening te houden met alle factoren in verband met de patiënt: zijn leeftijd, zijn medische antecedenten, zijn natuurlijke aanleg, ...

Voorbeeld: een darmperforatie, een septische shock, een algoneumodystrofie (gevoelverlies of verlamming als gevolg van een ingreep)

Ongeval dat een abnormale schade met zich meebrengt voor de patiënt

De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had mogen voordoen, rekening houdend met:

- de huidige stand van de wetenschap
- de toestand van de patiënt
- de voorspelbare evolutie van de toestand van de patiënt

Het gaat dus niet om een medisch ongeval als, met de wetenschappelijke kennis op het moment van de verstrekking, de schade **vermeden** had kunnen worden **door elke andere zorgverlener** in dezelfde omstandigheden.

Bepaalde verstrekkingen zullen **nooit** beschouwd kunnen worden als een medisch ongeval:

- **falen van de therapie:** de ziekte blijft verergeren.
Voorbeeld: een patiënt die lijdt aan een verbrijzeling van de tussenwervelschijven, ondergaat een ingreep. Ondanks het plaatsen van schijven en schroeven die de verbrijzeling verlichten, blijft de patiënt rugpijn hebben.
- **Een diagnosefout zonder aansprakelijkheid:** een gewone diagnosefout is op zich geen medisch ongeval.
Voorbeeld: een patiënt heeft vaak last van maagpijn en raadpleegt verschillende zorgverleners. Op basis van de resultaten van de onderzoeken, komen ze allemaal tot de diagnose van een gastralgie. Enkele maanden later blijkt dat de patiënt in werkelijkheid hartproblemen had en een bypass nodig had.
- **Proeven op mensen**
Voorbeeld: een persoon gaat akkoord om nieuwe geneesmiddelen of behandelingen te testen die nog niet beschikbaar zijn op de markt.
- **Puur esthetische verstrekkingen:** dit zijn verstrekkingen waarvoor het akkoord van de adviserend geneesheer niet verkregen werd (noodzakelijk om terugbetaald te kunnen worden).
Voorbeeld: borstvergroting, liposuctie, ...

Kort samengevat:

Het medisch ongeval

- moet onverwacht zijn
- moet betrekking hebben op een verstrekking ZONDER FOUT
- brengt een abnormale ernstige schade met zich mee

A man in a dark suit and patterned tie is the central focus, looking thoughtfully towards the left. He is holding a white marker with both hands. In the foreground, the back of a woman's head and shoulder is visible on the left, and the shoulder and arm of a man in a white shirt are on the right, suggesting a meeting or discussion. The background shows a window with a grid pattern.

Enkel schade die **ernstig genoeg**
is, wordt vergoed

Voorwaarden om een vergoeding te krijgen van het Fonds voor medische ongevallen

Het Fonds kent de slachtoffers een vergoeding toe voor schade voortkomend uit

- ofwel een medisch ongeval
- ofwel een fout van de zorgverlener

Bepaalde voorwaarden moeten echter vervuld zijn.

Welke zijn de voorwaarden in geval van een medisch ongeval?

Het Fonds is niet opgericht met de bedoeling alle slachtoffers van een medisch ongeval te vergoeden. Enkel schade die **ernstig genoeg** is, wordt vergoed door het Fonds.

Wat verstaan we onder 'ernstig genoeg'?

- **Het slachtoffer lijdt aan een permanente invaliditeit van minstens 25 %**

Het gaat om elk negatief gevolg voor de fysieke of mentale gezondheid dat een weerslag heeft op het dagelijkse leven. De invaliditeit is **blijvend** als een behandeling niets meer aan die toestand kan veranderen. Men beoogt hier dus de invaliditeit die voortvloeit uit de blijvende fysieke letsels die de patiënt zal overhouden na het einde van de medische behandeling.

Voorbeeld: amputatie van een arm, verlamming van de benen, ...

- **Het slachtoffer is tijdelijk arbeidsongeschikt gedurende minstens 6 maanden over een periode van 1 jaar**

Slachtoffers die niet werken, kunnen een van de andere voorwaarden inroepen om hun schade te laten erkennen.

- **De schade veroorzaakt ernstige problemen, ook van financiële aard, in het dagelijkse leven van het slachtoffer**

Dankzij dit criterium kan men rekening houden met schade die een bijzonder zware invloed heeft op het leven van het slachtoffer, maar die niet kan worden ondergebracht in een van de vorige 2 categorieën. De evaluatie gebeurt geval per geval.

- **Het slachtoffer is overleden aan de gevolgen van het medisch ongeval**

In dat geval zijn het de erfgenamen die de aanvraag bij het Fonds kunnen indienen.

Welke zijn de voorwaarden in geval van een fout van de zorgverlener?

In geval van een fout kan het slachtoffer een vergoeding krijgen bij het Fonds, wat de ernst van de schade ook is. Er bestaat echter een uitzondering wanneer de zorgverlener het bestaan van de fout tegenspreekt. In dat geval kan het Fonds het slachtoffer enkel vergoeden indien de schade voldoende ernstig is (zelfde criteria als voor het medisch ongeval).

Procedure voor het Fonds



De bedoeling van het Fonds is om een vergoedingsprocedure in te voeren die **sneller** verloopt dan voor de rechter. In principe zou het slachtoffer, indien alle voorwaarden vervuld zijn, een vergoeding moeten krijgen binnen een **termijn van een jaar**, te rekenen vanaf de indiening van de (volledige) aanvraag bij het Fonds.

Welke verschillende stappen moet je ondernemen?

1. Adviesaanvraag

Elke persoon die stelt dat hij het slachtoffer is van schade die voortvloeit uit een zorgverstrekking (of zijn erfgenamen) kan een adviesaanvraag indienen bij het Fonds. Het volstaat om een **aangetekende** brief te sturen met vermelding van de volgende gegevens:

- volledige identiteit van de persoon die de aanvraag indient (naam, voornaam, adres, rijksregisternummer, ...)
- datum en omschrijving van het feit dat aan de oorsprong ligt van de schade
- precieze omschrijving van de geleden schade
- identiteit en adres van de betrokken zorgverlener(s)
- procedures voor de (burger- of straf-) rechter indien ze voor deze schade al ingediend werden door het slachtoffer
- alle elementen die kunnen helpen om de oorzaak en de ernst van de schade in te schatten
- de vergoedingen die eventueel al ontvangen werden voor deze schade, bv. via een hospitalisatieverzekering, het ziekenfonds, ...
- naam van het ziekenfonds van het slachtoffer en eventuele verzekeraars die in aanmerking kunnen komen om de schade te vergoeden



Opmerking: in de praktijk is het mogelijk dat de wachttijden langer zijn bij de oprichting van het Fonds.

2. Is de aanvraag ontvankelijk?

Vooraleer het Fonds de inhoud van het dossier onderzoekt, controleert het of de aanvraag aan alle voorafgaande voorwaarden voldoet, zeker als de schade meerdere jaren geleden heeft plaatsgevonden. Bij een te grote periode tussen de schade en de aanvraag kan er sprake zijn van een 'verjaring'. Alvorens een aanvraag in te dienen, kan je altijd aan je ziekenfonds raad vragen over de verjaring.

Bovendien moet het feit dat aan de oorsprong ligt van de schade dateren vanaf **2 april 2010**.

Het slachtoffer mag voor zijn schade ook nog geen vergoeding gekregen hebben:

- niet van het Fonds zelf
- en ook niet van de zorgverlener of zijn verzekering

3. Behandeling van de aanvraag

In de maand na de ontvangst van de aanvraag bevestigt het Fonds aan het slachtoffer dat het zijn aanvraag goed ontvangen heeft. Het zal nadien het dossier grondig analyseren.

Toegang tot medische documenten

Het Fonds kan aan elke persoon (slachtoffer, betrokken zorgverlener of degene die het slachtoffer verzorgd heeft, ziekenhuis, verzekeringsinstelling, ...) vragen om het, **binnen de maand**, alle documenten te bezorgen die nodig zijn voor de analyse van het dossier.

Het Fonds heeft slechts toegang tot het medisch dossier van het slachtoffer indien de persoon hiervoor vooraf de toestemming gegeven heeft, zelfs wanneer de persoon die het dossier ingediend heeft niet het slachtoffer zelf is (maar bijvoorbeeld een van zijn erfgenamen). Indien het slachtoffer overleden is, moet het Fonds een gemotiveerde aanvraag indienen bij de erfgenamen van het slachtoffer

om toegang te krijgen tot het dossier. Bovendien moet men er zeker van zijn dat de overledene zich tijdens zijn leven niet verzet heeft tegen de raadpleging van zijn medisch dossier.

Een beroep op medische expertise

Indien het Fonds dit nodig acht, dan kan het aan gespecialiseerde zorgverleners vragen om een medische expertise uit te voeren. Deze expertise is **volledig gratis** voor het slachtoffer (wat een duidelijk voordeel betekent tegenover de gerechtelijke procedure waarbij de expertise betaald moet worden door het slachtoffer en de kosten hoog kunnen oplopen).

4. Antwoord van het Fonds: binnen de 6 maanden

In principe moet het Fonds zijn advies geven binnen de 6 maanden na ontvangst van de aanvraag van het slachtoffer. Het kan verschillende soorten advies geven:

- **GEEN fout en GEEN voldoende ernstig medisch ongeval**

Het slachtoffer heeft bijgevolg geen recht op een vergoeding van het Fonds. Mogelijk beroep: het slachtoffer kan naar de rechtbank van eerste aanleg stappen. Het slachtoffer zal in dat geval zijn schade, de fout van de zorgverlener en het oorzakelijke verband tussen beide moeten bewijzen.

- **Voldoende ernstig medisch ongeval**

Het Fonds zelf vergoedt het slachtoffer. In principe doet het hem een voorstel tot schadevergoeding binnen de 3 maanden na het advies.

- **Fout van de zorgverlener**

Indien het Fonds vindt dat de schade voortkomt uit een fout van de zorgverlener, dan vraagt het aan de zorgverlener om een voorstel tot schadevergoeding te doen aan het slachtoffer.

Opgelet! Als de zorgverlener niet of onvoldoende gedekt is door zijn verzekering, doet het Fonds zelf een voorstel tot schadevergoeding aan het slachtoffer.



De schadevergoeding

Wanneer het Fonds van oordeel is dat de opgelopen schade het gevolg is van een fout of een medisch ongeval, dan kan het slachtoffer een vergoeding krijgen ofwel van het Fonds ofwel van de verzekeraar van de zorgverlener.

Vergoeding in geval van medisch ongeval

In geval van een medisch ongeval krijgt het slachtoffer een vergoeding van het Fonds zelf. De vergoeding heeft betrekking op alle aspecten van de opgelopen schade (fysieke, morele, esthetische schade, schade tijdens de periodes van invaliditeit of arbeidsongeschiktheid, ...).

- Indien de schade nog kan evolueren, kent het Fonds een **voorlopige vergoeding** toe. Het zal het dossier opnieuw analyseren wanneer de geleden schade definitief is.
- Kan de schade niet meer evolueren, dan stelt het Fonds een **definitief bedrag** voor als vergoeding.

Het Fonds stuurt het voorstel tot schadevergoeding binnen de **3 maanden** na het advies via aangetekende brief naar het slachtoffer. Het slachtoffer beschikt dan over een termijn van **4 maanden** om het aanbod te aanvaarden of te weigeren. Eens deze termijn verstreken is, wordt het aanbod als geweigerd beschouwd.

- Indien het slachtoffer het aanbod van het Fonds aanvaardt, zal hij binnen de maand vergoed worden.
- Indien het slachtoffer het aanbod van het Fonds niet aanvaardt, kan hij altijd in beroep gaan tegen het advies van het Fonds voor de rechter (zie p. 16).

Schadevergoeding in geval van een fout

Als het Fonds van mening is dat de schade voortkomt uit een fout van de zorgverlener, dan vraagt het de verzekeraar van deze laatste om een voorstel tot schadevergoeding te formuleren.

Er zijn drie situaties mogelijk:

1. De verzekeraar erkent de fout en gaat akkoord om een schadevergoeding voor te stellen

Als het slachtoffer dit wenst, kan hij het advies van het Fonds vragen over het bedrag van het aangeboden voorstel. Indien het Fonds vindt dat het voorstel

- **voldoende is:** dan kan het slachtoffer zelf kiezen of hij het aangeboden voorstel aanvaardt of niet
- **overduidelijk onvoldoende is:** dan doet het Fonds zelf een voorstel tot schadevergoeding aan het slachtoffer. Het slachtoffer is vrij om dit te aanvaarden of niet, binnen een termijn van 3 maanden.

2. De verzekeraar aanvaardt de fout van de zorgverlener niet en weigert om een schadevergoeding voor te stellen

Indien, in geval van een medisch ongeval, de geleden schade beantwoordt aan de vereiste criteria inzake de ernst van de schade, dan kan het Fonds zelf een schadevergoeding voorstellen aan het slachtoffer.

3. De zorgverlener is niet of onvoldoende verzekerd

Het Fonds stelt zelf een vergoeding voor aan het slachtoffer. Aanvaardt hij dit, dan zal het Fonds zelf het slachtoffer binnen de maand na de aanvaarding vergoeden.

Het slachtoffer gaat niet akkoord met het advies van het Fonds

Als het slachtoffer niet akkoord gaat met het advies of het voorstel aangeboden door het Fonds, dan kan hij altijd voor de rechter in beroep gaan tegen het Fonds.

Opgelet: indien de rechter oordeelt dat er geen sprake is van een fout of een medisch ongeval, dan verliest het slachtoffer het aangeboden voorstel van het Fonds.

2 mogelijkheden om een vordering in te dienen, 1 ENKELE vergoeding

Om een schadevergoeding te krijgen, kan het slachtoffer zowel bij de rechter als bij het Fonds een vordering indienen. Hij kan wel slechts één vergoeding krijgen.

Indien het slachtoffer de vergoeding van het Fonds aanvaardt, dan kan hij niet meer naar de rechtbank stappen voor dezelfde schade.

Hij kan evenmin nog vergoed worden door het Fonds als hij al een vergoeding gekregen heeft bij een minnelijke schikking of voor de rechter.



Hoe kan **je ziekenfonds** je helpen?

Je bent het slachtoffer van schade, maar de procedure lijkt je te ingewikkeld?
Je ziekenfonds staat steeds voor je klaar!

Werd je schade veroorzaakt door een feit dat dateert van vóór 2 april 2010?

Je ziekenfonds zal je dossier analyseren om te bepalen of er een fout kan vastgesteld worden bij de zorgverlener. Is dat het geval, dan kan het ziekenfonds contact met hem opnemen in een poging om een minnelijke schikking te bereiken in je dossier.

Werd je schade veroorzaakt door een feit dat dateert vanaf 2 april 2010?

Je ziekenfonds zal je bijstaan gedurende de hele procedure voor het Fonds, vanaf de indiening van je aanvraag tot het voorstel tot schadevergoeding aangeboden door het Fonds.

FAQ

Hoeveel kost de procedure?

De procedure voor het Fonds is volledig gratis (geen procedurekosten). Je kan je laten bijstaan door een persoon naar keuze.

Opgelet: als je ervoor kiest om je te laten bijstaan door een advocaat, moet je zijn erelonen betalen.

Wie betaalt de expertisekosten?

In tegenstelling tot de procedure voor de rechtbank, zijn de expertisekosten bij het Fonds nooit ten laste van het slachtoffer. Ze zijn ten laste van het Fonds of, in geval van een fout, ten laste van de zorgverlener.

Zal het bedrag van de schadevergoeding hetzelfde zijn als wanneer ik naar de rechtbank gegaat was?

Jawel, je zal volledig vergoed worden voor je schade. Er is geen plafond of franchise. Het Fonds houdt rekening met alle aspecten van de geleden schade (bv. de fysieke en esthetische schade, de morele schade, de voortdurende pijn, de schade veroorzaakt door de periode van arbeidsongeschiktheid, de diverse kosten die voortvloeien uit de schade, ...).

Kan ik tegelijk een schadevergoeding eisen voor het Fonds en voor de rechtbank?

Je hebt de keuze om een vordering in te dienen bij de rechter of bij het Fonds. Indien de twee procedures tegelijk opgestart worden, moet je het Fonds en de rechter hiervan op de hoogte brengen. De rechter moet het advies van het Fonds afwachten vooraleer hij zich over het dossier kan uitspreken. De bedoeling van deze procedure is om het aantal ingediende dossiers voor de rechter te beperken.

Wat is de wachttijd om een vergoeding te kunnen krijgen?

Zijn alle voorwaarden vervuld en aanvaard je het voorgestelde aanbod? Dan moet je in principe een vergoeding krijgen binnen de termijn van een jaar, vanaf de indiening van je volledige dossier bij het Fonds.



Nuttige adressen

Je ziekenfonds

Heb je nog vragen over de vergoeding van je schade? Wil je dat je ziekenfonds je bijstaat tijdens de procedure? Dan kan je je steeds richten tot de dienst Ledenverdediging van je ziekenfonds. Ze zullen je met plezier verder helpen!

Fonds voor medische ongevallen

Tervurenlaan 211
1150 Brussel

FOD Volksgezondheid

Call-Center 02 524 97 97

Brochures en praktische
info om u te helpen

—
www.mloz.be



de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen groepeert:



euromut
onafhankelijk ziekenfonds

securex
humain capital. matter.

PARTENA
onafhankelijk ziekenfonds

omnimut
mutualité libre de wallonie

PARTENA MUT

Étate
Krankenkasse