

FONDS VOOR MEDISCHE ONGEVALLLEN (FMO): TOP OF FLOP?

Het dient gezegd dat justitie gedurende vele decennia vaak in het media is gekomen met het “verwijt” dat het veel te traag functioneert.

Procedures lopen te lang uit en rechtszoekenden worden ontmoedigd om nog te procederen, luidde het vaak.

Dergelijke vaststelling (terecht of onterecht) is uiteraard extra problematisch voor rechtszoekenden die ingevolge een (beweerde) medische fout ernstige lichamelijke letsels hebben opgelopen en dus wachten op de vergoeding van hun schade.

Waar die personen niet alleen geconfronteerd worden met lichamelijk lijden, werd men vaak nogmaals het slachtoffer, dit keer op financieel vlak.

Immers, de facturen lopen hoog op terwijl zeer vaak de uitkeringen die men als slachtoffer ontvangt, niet voldoende zijn om al die kosten te betalen. Dit terwijl men soms jaren lang moet wachten op enige vergoeding van de aansprakelijke partij.

De overheid wenste hieraan iets te doen en stemde de Wet betreffende vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg dd. 31 maart 2010.

Deze wet regelt dus de werking van het Fonds voor Medische ongevallen, ofwel FMO.

De achterliggende gedachte was om dergelijke schadedossiers weg te houden van de burgerlijke Rechtbanken en dit Fonds een beslissing te laten nemen waarbij het slachtoffer (indien de voorwaarden hiertoe vervuld waren) een vergoeding ontvangt van de aansprakelijke partij (of diens verzekeraar) of van het Fonds zelf.

Tevens werd een regeling uitgewerkt voor de MOZA gevallen, zijnde de Medische Ongevallen Zonder Aansprakelijkheid.

Men wilde via dit Fonds (die bemand is met mensen met een juridische en medische achtergrond) er vooral voor zorgen dat slachtoffers op “relatief korte” termijn een beslissing hadden en, eveneens binnen een “relatief korte” termijn, een vergoeding konden ontvangen (indien men aan de voorwaarden voldeed).

De kosten van zo'n procedure bij het FMO zijn merkkelijk lager dan deze van een procedure voor de burgerlijke Rechtbanken.

M.a.w. de bescherming van het slachtoffer was in voormelde regelgeving een belangrijk aandachtspunt, evenals de snelheid waarmee het dossier werd afgehandeld.

Zoals bij de oprichting van elke (overheids)instantie, kan deze maar functioneren wanneer ook de omkadering voldoende is uitgewerkt.

Waar de wet thans een achttal jaar bestaat, dient vastgesteld te worden dat het FMO in geen geval de verwachtingen (van de wetgever) kan inlossen.

Er is sprake van o.a. te weinig (competent) personeel en beschikbare medische experts.

Bovendien is ook de financiering van het Fonds een zorgenkind. Het jaarlijks budget is op geen enkele wijze toereikend om goed te kunnen functioneren en zware schadedossiers te kunnen regelen.

Het resultaat van voormelde problemen is dat er sprake is van een gigantische achterstand in de behandeling van de dossiers.

Bovendien, gezien het voormelde ondertussen meer dan gekend is bij de ziekenfondsen en verzekeraars, daalt het aantal dossiers die bij het FMO worden ingediend jaar na jaar.

Vanaf het ogenblik dat er een vermoeden van aansprakelijkheid is (en dus geen sprake van een MOZA geval) opteren de meeste slachtoffers, ziekenfondsen en verzekeraars om een klassieke procedure op te starten via de burgerlijke Rechtbanken.

Immers leert de ervaring dat een slachtoffer vlugger een beslissing (in eerste aanleg) heeft via de burgerlijke Rechtbank dan wanneer men via het FMO zijn schadeclaim indient.

Tevens dient opgemerkt te worden dat de verzekeraars op geen enkele wijze gebonden zijn door de beslissing van het FMO (dit in tegenstelling tot een vonnis of arrest uitgesproken door de rechterlijke macht).

Dit betekent dat, wanneer het FMO een aansprakelijke partij aanduidt, en die partij (of diens verzekeraar) weigert akkoord te gaan met deze besluitvorming, het Fonds (enkel in de gevallen die ernstig genoeg zijn) een vergoeding voorschiet.

Dit betekent dat voor "lichte(re)" medische ongevallen, het slachtoffer, na het uitputten van de procedure voor het FMO, uiteindelijk toch naar de burgerlijke Rechtbank moet gaan om zijn schade te claimen indien de aansprakelijke (of diens verzekeraar) weigert te betalen.

* * * * *
* *
*

De conclusie van dit alles is dat slachtoffers van ernstige medische ongevallen nog altijd gebaat zijn bij het opstarten van een klassieke procedure voor de burgerlijke Rechtbank en dus geen voordeel halen door te opteren om via het FMO een schadeclaim in te dienen.

De laatste jaren is de snelheid waarmee dergelijke dossiers voor de burgerlijke Rechtbanken worden behandeld, in belangrijke mate verhoogd.

Dit maakt dat slachtoffers voor de burgerlijke Rechtbank (vaak) (zeker bij zware letsels) binnen een termijn van anderhalf à twee jaar (na betekening van de dagvaarding) over een vonnis in eerste aanleg beschikken waarin de Rechtbank (vaak na aanstelling van een gerechtelijke expert) (1) oordeelt over de aansprakelijkheid van de zorgverlener en (2) de schade begroot.

Wat het FMO betreft, blijkt dat er thans nog dossiers moeten worden afgehandeld die ingediend zijn in 2012 of 2013.

Waar de huidige bevoegde minister voorhoudt dat ze op korte termijn de werking van het FMO zal verbeteren (ze beval o.a. een audit), stelt zich de vraag of dit de komende jaren enige concrete impact zal hebben op (1) de nog hangende dossiers en (2) de nog in te dienen dossiers.

De realiteit leert ons dan ook dat slachtoffers van (zware) medische ongevallen er nog altijd beter aan doen om een procedure op te starten bij de burgerlijke Rechtbank dan zich te wenden tot het FMO.

Waar men sneller een beslissing zal hebben, zal men ook over een beslissing beschikken die bindend is voor alle betrokken partijen, wat niet het geval is bij de beslissing van het FMO.

Welke weg het slachtoffer ook kiest, ons kantoor begeleidt slachtoffers van dergelijke zware medische ongevallen zowel bij het FMO als bij de burgerlijke Rechtbanken.

Wenst U nadere info of uitleg m.b.t. het voormelde, aarzel dan zeker niet om ons te contacteren.

Wij helpen U (en uw klanten) graag verder.

Dries LANNOO

An WILLEM

Willan Advocaten BVBA