


PERSBERICHT

23 JUNI 2020

Verslag aan het federale parlement: Fonds voor de Medische Ongevallen – Organisatie en werking



In zijn verslag aan het federale parlement onderzoekt het Rekenhof in welke mate het Fonds voor de Medische Ongevallen, dat werd opgericht om slachtoffers van medische ongevallen advies te geven over de aansprakelijkheid van zorgverleners en onder bepaalde voorwaarden ook een schadevergoeding waarborgt, erin geslaagd is de doelstellingen van de wetgever te realiseren, en of het wettelijk en organisatorisch kader voldoende waarborgen biedt voor de realisatie van de opdrachten van het Fonds. De audit toont aan dat de doelstelling om medische ongevallen voortaan sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender te laten afhandelen dan bij een gerechtelijke procedure nog niet werd gerealiseerd. Bovendien zijn er in de organisatie en de werkprocessen van het Fonds tal van –soms structurele– knelpunten die belemmeren dat het Fonds zijn rol kan waarmaken. Slechts in één op de tien gevallen richten slachtoffers van een medisch ongeval zich tot het Fonds. Bovendien moeten zij gemiddeld vier jaar wachten voordat het Fonds een advies verstrekt. In de gevallen waarin het Fonds een vergoeding waarborgt, verloopt de uitbetaling ervan ook nog eens uiterst moeizaam. Daarnaast is de werkingskost voor de afhandeling van een dossier bij het Fonds buitensporig hoog in vergelijking met de bereikte resultaten, en vooral gezien het feit dat het Fonds slechts 8% van de afgehandelde dossiers gegrond en potentieel vergoedbaar acht.

Slachtoffers van medische ongevallen hebben het vaak moeilijk om te bewijzen dat hun lichamelijke schade het gevolg is van een aangetoonde of vermoede fout van een derde. Met als gevolg dat zij er vaak niet in slagen daarvoor behoorlijk vergoed te worden. Door de oprichting van het Fonds voor Medische Ongevallen had de wetgever in 2010 tot doel de afhandeling van medische ongevallen via een administratieve procedure bij het Fonds sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender te laten verlopen dan via een gerechtelijke procedure.

Ongeveer tien jaar later blijken slachtoffers van een medisch ongeval zich echter slechts in één op de tien gevallen tot het Fonds te wenden om een schadevergoeding te verkrijgen. Zij blijven er in de regel voor kiezen het ongeval zelf af te handelen met de zorgverlener en zijn verzekeraar. Het beroep op het Fonds is de voorbije jaren bovendien eerder afgenomen.

Slachtoffers die een beroep doen op het Fonds wachten nu gemiddeld vier jaar op een advies en ontvangen intussen nauwelijks informatie. Zorgverleners komen al te vaak en te lang in een onzekere situatie terecht, telkens het Fonds een dossier opent waarin zij mogelijk betrokken zijn. Hun verzekeraars geven bovendien aan dat de administratieve procedure bij

het Fonds geen gunstige invloed had op de hoogte van de verzekeringspremies die de zorgverleners verschuldigd zijn, terwijl dat een van de doelstellingen van de wetgever was.

Momenteel bedraagt de werkingskost voor afhandeling van een dossier bij het Fonds tussen 11.000 en 12.000 euro, terwijl 85% van de dossiers niet gegrond of ontvankelijk verklaard worden. In het licht van de bereikte resultaten is dit een onevenredig hoge kost.

Het Rekenhof is daarom op zoek gegaan naar een verklaring en heeft het de voornaamste knelpunten in de organisatie en de werking van het Fonds in kaart gebracht.

Het Fonds werd pas twee jaar na de inwerkingtreding van de wet medische ongevallen operationeel en kampte vanaf de start met een aantal groeipijnen. Inmiddels zijn er diverse initiatieven genomen en werd het personeelsbestand van het Fonds de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid, maar dit heeft nog onvoldoende bijgedragen tot het wegwerken van de dossierachterstand.

Het geïnformatiseerde dossierbeheerssysteem van het Fonds moet dringend verder worden afgewerkt zodat concrete operationele doelstellingen kunnen worden vooropgesteld en opgevolgd. Voorts is de financiële en budgettaire rapportering ontoereikend, heeft het Fonds geen zicht op de in te vorderen bedragen en verloopt de invordering van de ontvangsten problematisch.

Een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds doorloopt diverse administratieve processen. Daarbij staat een dossier gemiddeld tot drie vierden van de doorlooptijd – 2,5 tot 3 jaar – “in wacht” om intern verder te worden afgehandeld. Ook bij de afhandeling gaat vaak onevenredig veel tijd verloren aan de behandeling van een aanvraag, aan interne communicatie of aan de opmaak van juridische adviezen. Vooral de fase waarin een advies moet worden verstrekt vormt een flessenhals. In het bijzonder de communicatie met de slachtoffers, de zorgverleners en de verzekeraars is voor verbetering vatbaar.

Naast een adviserende en vergoedende rol heeft de wetgever het Fonds ook een bemiddelende en beleidsondersteunende rol toegekend. Die meervoudige rol blijkt in de praktijk moeilijk of zelfs niet uitvoerbaar, wat mee de oorzaak is van de problemen op het vlak van de organisatie en de administratieve processen. Een verdere evaluatie van die rol dringt zich op. De vaststelling dat het Fonds nauwelijks 8% van de afgehandelde dossiers gegrond en potentieel vergoedbaar beoordeelt, onderstreept dit.

In verhouding tot de nodige tijd en kosten voor de dossierafhandeling is de lage vergoedingsgraad moeilijk te verantwoorden. De bestaansreden zelf van het Fonds komt daardoor op de helling te staan. De relevantie van de wet medische ongevallen en de rol van het Fonds moeten grondig worden heroverwogen.

Het Rekenhof formuleerde een aantal concrete aanbevelingen over het beheer van de dienst en over het dossierbeheer, maar er is duidelijk nood aan een meer fundamentele aanpak op lange termijn. Daarbij is een essentiële rol weggelegd voor het beheerscomité.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderschrijft de vaststellingen van de audit. Ze bevestigt samen met het Fonds dat de reeds geleverde inspanningen op operationeel vlak niet volstaan, en dat een meer fundamentele aanpak is vereist. Een

werkgroep “Visie” moet het wettelijke kader en de missie van het Fonds verder evalueren. De minister geeft aan dat de uitgebreide samenstelling van het beheerscomité van het Fonds de besluitvorming bemoeilijkt.

Informatie voor de pers

Het Rekenhof controleert de openbare financiën van de federale Staat, de gemeenschappen, de gewesten en de provincies. Het draagt bij tot de verbetering van het overheidsbeheer door nuttige en betrouwbare informatie die voortvloeit uit een tegensprekelijk onderzoek, toe te zenden aan de parlementaire vergaderingen, aan de beheerders en aan de gecontroleerde diensten. Als collaterale instelling van het parlement werkt het Rekenhof onafhankelijk ten opzichte van de overheden die het controleert.

Het verslag *Fonds voor de Medische Ongevallen – Organisatie en werking* werd aan het federale parlement bezorgd. Het is samen met de samenvatting en dit persbericht terug te vinden op de website van het Rekenhof (www.rekenhof.be).