

Fonds voor de Medische Ongevallen – Organisatie en werking

Het Fonds voor de Medische Ongevallen werd bij wet van 31 maart 2010 (de “wet medische ongevallen”) opgericht om slachtoffers van medische ongevallen na een medisch en juridisch onderzoek advies te geven over de vraag of een zorgverlener aansprakelijk is voor het ongeval en hen een aantal waarborgen voor de effectieve vergoeding van de schade te bieden. Aldus vormt het een alternatieve weg voor de afhandeling van het ongeval via minnelijke of gerechtelijke weg. Het Fonds is een autonome dienst van het Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Het Rekenhof heeft onderzocht in welke mate het Fonds erin geslaagd is de doelstellingen van de wetgever te realiseren en of het wettelijke en organisatorische kader voldoende waarborgen biedt voor de realisatie van de opdrachten van het Fonds.

Realisatie van de doelstellingen

De wetgever wilde dat medische ongevallen dankzij de administratieve procedure bij het Fonds voortaan sneller, eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender konden worden afgehandeld dan bij een gerechtelijke procedure, en dit in het belang van alle betrokken partijen. Deze doelstellingen konden in de praktijk nog niet worden gerealiseerd.

Zo richten slachtoffers van een medisch ongeval zich slechts in één op de tien gevallen tot het Fonds om een schadevergoeding te verkrijgen en blijven zij er in de regel voor kiezen om het ongeval zelf af te handelen met de zorgverlener en zijn verzekeraar. Het beroep op het Fonds neemt de voorbije jaren zelfs nog verder af.

Slachtoffers moeten nu gemiddeld vier jaar wachten voordat het Fonds een advies verstrekt. Zij ontvangen al die tijd nauwelijks informatie, en nadat het (niet-bindende) advies is verstrekt, moet het slachtoffer vaak nog zelf een regeling zien te treffen met de verzekeraar van de zorgverlener. In het beperkte aantal gevallen waarin het Fonds een vergoeding waarborgt, verloopt de uitbetaling ervan uiterst moeizaam.

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, hoewel de wet medische ongevallen dit beoogde.

Momenteel bedraagt de gemiddelde dossierkost tussen 11.000 en 12.000 euro, terwijl 85 % van de dossiers niet gegrond of ontvankelijk zijn. In het licht van de bereikte resultaten is dit een onevenredig hoge kost.

Uitgaand van de vaststelling dat de doelstellingen van de wetgever nog niet konden worden waargemaakt, onderzocht het Rekenhof welke knelpunten zich voordoen in de organisatie en de werkprocessen van het Fonds. Daarnaast ging het na welke conceptuele knelpunten beletten dat het Fonds ten volle zijn adviserende, vergoedende, bemiddelende en beleidsondersteunende rol kan spelen, zoals dit door de wetgever werd vooropgesteld.

Operationele knelpunten

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, maar toch blijven er belangrijke operationele knelpunten. Zo werd het personeelsbestand van het Fonds de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid, maar blijven er moeilijkheden op het vlak van aanwerving en effectieve beschikbaarheid. De uitbreiding van het personeelsbestand heeft onvoldoende bijgedragen tot het wegwerken van de dossierachterstand, waardoor een evaluatie van de opdrachten en van de administratieve processen bij het Fonds noodzakelijk blijft.

Het geïnformatiseerde dossierbeheerssysteem DAMO moet dringend verder worden afgewerkt. Op de eerste plaats moet DAMO kunnen worden gebruikt als een voldoende gedetailleerd en betrouwbaar meetsysteem aan de hand waarvan concrete operationele doelstellingen kunnen worden vooropgesteld en opgevolgd.

Ten slotte 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.

Procesmatige knelpunten

Een aanvraag tot tussenkomst van het Fonds doorloopt diverse administratieve processen. Het Fonds deelt de afhandeling van een dossier op in drie fasen. In de eerste fase wordt nagegaan of de aanvraag ontvankelijk is. Zo ja, dan wordt in een tweede fase op basis van medisch en juridisch onderzoek in een advies bepaald of er al dan niet sprake is van een *vergoedbaar* ongeval. Tot slot wordt dan in de derde fase de verzekeraar van de zorgverlener aangesproken of wordt een *vergoedingsvoorstel* opgemaakt (naargelang het gaat om een medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid). Daarnaast moet het Fonds ook (gerechtelijke) betwistingen van zijn beslissingen beheren.

Een dossier bij het Fonds staat gemiddeld tot drie vierden van de doorlooptijd – 2,5 tot 3 jaar – louter “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 tweede fase vormt een flessenhals.

Sinds 2017 zijn enkele initiatieven genomen en wordt bv. minder een beroep gedaan op externe expertises. Toch is er nog veel ruimte voor verbetering: kennelijk ongegronde aanvragen kunnen sneller worden afgehandeld en het dossierbeheer moet actiever worden gestuurd en opgevolgd. De hiaten in de afwikkeling van de dossiers (bv. in het beheerssysteem en de manier van vergoeden en terugvorderen) en in de communicatie met de slachtoffers, de zorgverleners en de verzekeraars, moeten daarbij zo snel mogelijk worden opgelost.

Conceptuele knelpunten

De wetgever heeft aan het slachtoffer van een medisch ongeval een laagdrempelige toegang verzekerd tot een fonds dat zowel een adviserende, vergoedende, bemiddelende als beleidsondersteunende rol heeft. Dat concept is echter in de praktijk moeilijk of soms zelfs niet uitvoerbaar, wat mee de oorzaak is van de vermelde problemen op het vlak van de organisatie en de administratieve processen, en is aan evaluatie toe. De vaststelling dat door het Fonds nauwelijks 8 % van de afgehandelde dossiers gegrond en (potentieel) vergoedbaar worden beoordeeld, onderstreept dit.

De opdrachten van het Fonds op het vlak van beleidsondersteuning of preventie, de tussenkomst bij discussies over de verzekeringsdekking of de vergoedingsvoorstellen van verzekeraars, en de organisatie van een bemiddelde schaderegeling zijn niet uitvoerbaar of niet uitgevoerd. Meerdere begrippen en voorwaarden moeten worden verduidelijkt via een gezaghebbend standpunt vanuit het Fonds.

De te grote focus op het eenzijdige karakter van de procedure voor het Fonds leidt ertoe dat het nut van een tegensprekelijk debat verloren gaat en er te weinig een beroep wordt gedaan op andere vormen van geschillenregeling.

In verhouding tot de nodige tijd en kosten voor de dossierafhandeling, is de vaststelling dat slechts een relatief klein aandeel aanvragen gegrond wordt verklaard, moeilijk te verantwoorden.

De lage vergoedingsgraad zet de bestaansreden zelf van het Fonds op de helling, wat noopt tot heroverweging van de relevantie van de wet medische ongevallen en de rol van het Fonds. De concrete aanbevelingen die het Rekenhof formuleerde over het beheer van de dienst en over het dossierbeheer zullen niet volstaan. Er is duidelijk nood aan een meer fundamentele aanpak op lange termijn. Daarbij is een essentiële rol weggelegd voor het beheerscomité, met alle daarin vertegenwoordigde stakeholders.

In zijn antwoord erkent het Fonds dat het op twee moeilijk oplosbare problemen stuit: de opgebouwde dossierachterstand en de moeilijke zoektocht naar een evenwicht tussen snelheid en zorgvuldigheid in de afhandeling van de dossiers. Het Fonds neemt echter geen standpunt in over de conceptuele knelpunten en geeft aan dat een oplossing voor de problemen ten gronde niet tot zijn bevoegdheid behoort of dat deze wordt belemmerd door een strategische houding van de verzekeraars om adviezen van het Fonds systematisch te betwisten, een visie die het Rekenhof niet deelt.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderschrijft de vaststellingen van de audit. Ze bevestigt 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.