



Uw schadeclaim: wat gebeurt er mee?

Uw zorginstelling is voor aansprakelijkheid verzekerd bij MediRisk. Dat betekent dat wij schadeclaims van patiënten behandelen. In deze brochure leest u hoe dat in zijn werk gaat.

Het kan helaas gebeuren dat een behandeling in een zorginstelling, bijvoorbeeld een ziekenhuis, niet loopt zoals de bedoeling was. Als patiënt kunt u de zorginstelling of de zorgverlener, zoals een arts of verpleegkundige, aansprakelijk stellen voor schade. Maar als er

iets fout is gegaan, betekent dat niet altijd dat de zorgverlener iets fout heeft gedaan. Daarom bekijkt MediRisk of de betrokken zorgverlener medisch onzorgvuldig heeft gehandeld en of dat handelen tot schade heeft geleid.

De behandeling van uw claim

Verzamelen van informatie

U heeft twee formulieren ontvangen, een machtigingsformulier en een informatieformulier letselschade. Met het machtigingsformulier geeft u MediRisk expliciet toestemming om uw gegevens op te vragen bij het ziekenhuis. Het informatieformulier letselschade geeft ons een eerste indruk van uw situatie en uw schade.

Uw privacy is gewaarborgd

Wij behandelen uw persoonsgegevens met de grootste mogelijke zorgvuldigheid en vertrouwelijkheid. In het privacy statement op [onze website](#) leest u over welke persoonsgegevens wij verzamelen. Daarin staat ook hoe wij met uw persoonsgegevens omgaan wanneer uw zorginstelling en eventueel andere zorgverleners bij ons verzekerd zijn, u contact met ons zoekt of wanneer u een schadeclaim bij ons heeft ingediend. Ook leggen we uit waarvoor we uw persoonsgegevens gebruiken, hoe de gegevens beveiligd zijn, wie er toegang hebben en wat uw rechten zijn.

Uw claim wordt beoordeeld

Een schadebehandelaar en een medisch adviseur beoordelen uw claim. Zij onderzoeken wat er is gebeurd en bepalen of uw claim wordt erkend of afgewezen. Wij werken daarbij volgens de gedragscode GOMA 22 en doen in principe binnen drie maanden nadat we de claim van de zorginstelling hebben ontvangen een uitspraak over de aansprakelijkheid. U ontvangt hierover een brief van ons. Er zijn twee uitspraken mogelijk over uw claim: de aansprakelijkheid wordt erkend of afgewezen.

Aansprakelijkheid wordt erkend

Als het ziekenhuis onzorgvuldig heeft gehandeld en dat handelen tot schade heeft geleid, dan heeft u recht op een vergoeding. Bekeken wordt wat de medische gevolgen zijn van het onzorgvuldig medisch handelen. De hoogte van de vergoeding hangt af van uw omstandigheden, zoals de ernst van het letsel, uw leeftijd, inkomen en gezinssituatie. U kunt een voorschot krijgen op de schadevergoeding als u door het onzorgvuldig handelen van de zorgprofessional kosten heeft moeten maken. Dit gebeurt vooruitlopend op de definitieve vaststelling van de schade.



Persoonlijk gesprek

Als de aard van de claim daar aanleiding toe geeft en u daar prijs op stelt, komt één van onze medewerkers of een externe schaderegelaar naar u toe voor een kennismaking. U kunt vertellen waarom u een claim heeft ingediend en wij geven een toelichting op hoe de behandeling van een claim in zijn werk gaat. U ontvangt daarvan een gespreksverslag zodat u alles nog eens rustig kunt nalezen.

Aansprakelijkheid wordt erkend als:

1. uw zorgverlener verwijtbaar onzorgvuldig heeft gehandeld
2. u aantoonbare schade heeft geleden en
3. de schade het directe gevolg is van het onzorgvuldig handelen van uw zorgverlener.

Aansprakelijkheid wordt afgewezen

Als uw schadeclaim wordt afgewezen, heeft u geen recht op schadevergoeding. Dit is dus ook het geval als een zorgverlener onzorgvuldig heeft gehandeld, maar de schade niet daardoor is veroorzaakt. Als u het niet eens bent met de afwijzing dan kunt u dit uiteraard aangeven.

Wij adviseren u in dat geval uw inhoudelijke bezwaren in een brief of e-mail aan de schadebehandelaar kenbaar te maken. Er wordt dan nogmaals zorgvuldig naar uw claim gekeken.

Worden we het niet eens over de afwijzing van uw claim, dan kunt u het volgende overwegen:

1. In gezamenlijk overleg een onafhankelijk deskundige te vragen uw claim opnieuw te beoordelen;
2. Uw claim voor te leggen aan de Geschilleninstantie Zorginstellingen;
3. Het besluit aan de rechter voor te leggen.

Onafhankelijk ervaringsonderzoek

De behandeling van een schadeclaim kan een grote impact hebben op u en uw naasten. Daarom werkt MediRisk voortdurend aan het verbeteren van de behandeling van schadeclaims. Samen met verzekeraars Centramed en VVAA doen wij een doorlopend onderzoek naar de ervaring van u en andere patiënten met de behandeling van schadeclaims. Met uw ervaring kunnen wij de behandeling van schadeclaims nog verder verbeteren. Het onderzoek wordt volledig anoniem uitgevoerd door onafhankelijk onderzoeksbureau Q-Consult Insurance. Slachtofferhulp Nederland en Patiëntenfederatie Nederland zijn ook betrokken bij de opzet van het ervaringsonderzoek.

U kunt per e-mail benaderd worden voor dit onderzoek. Uw antwoorden worden anoniem opgeslagen en zijn niet tot uw claimdossier te herleiden. Uw privacy is daarmee gewaarborgd. Uw antwoorden hebben geen invloed op de behandeling van uw schadeclaim.

Hoe snel is uw claim afgehandeld?

U hoort in beginsel binnen drie maanden of uw claim wordt erkend of afgewezen. Duurt het langer, dan laten wij u weten wat de reden voor de vertraging is, bijvoorbeeld omdat wij nog wachten op informatie van derden of van een medisch adviseur. Wij realiseren ons hoe belastend het voor u kan zijn als blijkt dat meer tijd nodig is voor de behandeling van uw claim. Daarom doen wij ons best u zo snel mogelijk inhoudelijk te berichten. Indien mogelijk kunnen we samen bekijken hoe we het proces kunnen versnellen.

Aansprakelijkheid erkend

Als wij aansprakelijkheid erkennen, betekent dat niet dat uw claim direct kan worden afgehandeld. MediRisk zal eerst de omvang van de schade bepalen die het gevolg is van onzorgvuldig medisch handelen. Het is afhankelijk van uw persoonlijke situatie hoe dit onderzocht wordt en hoeveel tijd daarvoor nodig is. Het onderzoek kan enige tijd in beslag nemen. Mocht het nodig zijn, dan verstrekken wij een voorschot voor de kosten die u maakt.

Gedragscode GOMA 22

In de gedragscode GOMA 22 staan aanbevelingen voor een zorgvuldige en adequate behandeling van een claim. GOMA staat voor Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. Als één van de initiatiefnemers van de GOMA 22 werkt MediRisk volgens deze aanbevelingen. In dat kader streeft MediRisk bij

de afhandeling van claims naar een klimaat van wederzijds vertrouwen, transparantie en samenwerking. De GOMA 22 is een initiatief van De Letselschade Raad en is opgesteld door vertegenwoordigers van onder meer de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, het Verbond van Verzekeraars en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Colofon

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van MediRisk B.A.