

**31 MAART 2010. - Wet betreffende
de vergoeding van schade
als gevolg van gezondheidszorg (1)**

BS 02/04/2010

Gewijzigd door:

Wet van 29/12/2010 houdende diverse bepalingen (BS 31/12/2010)

Wet houdende diverse bepalingen (I en II) 19/03/2013 – BS 29/03/2013

*Wet houdende diverse bepalingen 18/12/2016 – BS 27/12/2016
in voege vanaf 1 september 2012 (blz. 11)*

HOOFDSTUK 1. - Inleidende bepalingen

Afdeling 1. - Algemene bepaling

Artikel 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Afdeling 2. - Definities en toepassingsgebied

Art. 2.

Voor de toepassing van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten wordt verstaan onder :

- 1° « zorgverlener » : een beroepsbeoefenaar of een verzorgingsinstelling;
- 2° « beroepsbeoefenaar » : de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsmede de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;
- 3° « verzorgingsinstelling » : elke instelling die gezondheidszorg verstrekt en is gereguleerd door de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, evenals het ziekenhuis dat beheerd wordt door het Ministerie van Landsverdediging en dat gelegen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de bloedinstellingen en -centra in de zin van het koninklijk besluit van 4 april 1996 betreffende de afneming, de bereiding, de bewaring en de terhandstelling van bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong en de instellingen bedoeld in het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie;
- 4° « verstrekking van gezondheidszorg » : door een zorgverlener verstrekte diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;
- 5° « patiënt » : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;
- 6° « schade als gevolg van gezondheidszorg » : schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg en die voortvloeit uit :
 - a) ofwel een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener;
 - b) ofwel een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;
- 7° « medisch ongeval zonder aansprakelijkheid » : een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;
- 8° « verzekeraar » : een verzekeringsonderneming die in België is toegelaten of van toelating is vrijgesteld met toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen;

9° « verzekeringsinstelling » : de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen in de zin van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

10° « Het Fonds » : de bijzondere dienst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, als bedoeld in artikel 137ter van de wet betreffende de verplichtende verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

11° « de Minister » : de Ministers die bevoegd zijn voor Volksgezondheid en Sociale Zaken.

Art. 3.

§ 1. Deze wet regelt de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer of zijn rechthebbenden om, overeenkomstig de regels van het gemeen recht, de vergoeding van zijn schade voor de hoven en rechtbanken te vorderen.

§ 2. Zijn uitgesloten uit het toepassingsgebied van deze wet, de schade die het gevolg is van :

- 1° een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon;
- 2° een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 3. Het slachtoffer van schade als gevolg van gezondheidszorg of zijn rechthebbenden kunnen niet meer dan een keer worden vergoed voor dezelfde schade door een beroep te doen op de procedure voor het Fonds en de gerechtelijke weg te bewandelen of door een beroep te doen op die procedure na reeds in der minne voor die schade te zijn vergoed buiten om het even welke procedure.

HOOFDSTUK 2. - Voorwaarden voor de vergoeding door het Fonds

Art. 4.

Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht :

- 1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;
- 2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;
- 3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;
- 4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

Art. 5.

De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan :

- 1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;
- 2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;
- 3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;
- 4° de patiënt is overleden.

HOOFDSTUK 3. - De opdrachten van het Fonds voor de Medische Ongevallen

Art. 6. (opgeheven)

Art. 7. (opgeheven)

Art. 8.

§ 1. Het Fonds heeft als opdracht de vergoeding van de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden te organiseren binnen de grenzen van de artikelen 4 en 5.

In het kader van deze opdracht is het Fonds ermee belast :

- 1° te bepalen of de schade als gevolg van gezondheidszorg die de patiënt heeft geleden al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, en de ernst van de schade te beoordelen. Te dien einde, kan het Fonds :
 - a) aan iedere natuurlijke persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend te kunnen beoordelen;
 - b) een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om verduidelijking te krijgen omtrent een specifiek domein van gezondheidszorg;
- 2° vast te stellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering;
- 3° wanneer het oordeelt dat de schade voldoet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 4 en 5, de patiënt of zijn rechthebbenden te vergoeden;
- 4° wanneer het oordeelt dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, de zorgverlener of diens verzekeraar te verzoeken een voorstel te doen tot vergoeding van de patiënt of zijn rechthebbenden;
- 5° op verzoek van de patiënt of zijn rechthebbenden, van een zorgverlener of zijn verzekeraar, een bemiddeling te organiseren overeenkomstig de artikelen 1724 tot 1733 van het Gerechtelijk Wetboek. Het Fonds kan in voorkomend geval partij zijn aan de bemiddeling;
- 6° op vraag van de patiënt of zijn rechthebbenden advies te verstrekken over de toereikendheid van het bedrag van de vergoeding die door de zorgverlener of zijn verzekeraar wordt voorgesteld.

§ 2. Het Fonds heeft eveneens als opdracht :

1° op verzoek van de minister of op eigen initiatief, adviezen uit te brengen over elke aangelegenheid in verband met de preventie of de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg;

2° statistieken op te maken over vergoedingen die werden toegekend krachtens de bepalingen van deze wet;

3° een jaarlijks activiteitenverslag op te stellen dat aan de minister, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de patiënt" wordt bezorgd. Dit verslag bevat de analyse van statistische en financiële gegevens, aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen, een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het Fonds meent te moeten uitbrengen. Dit verslag bevat geen persoonsgegevens.

Art. 9. (opgeheven)

Art. 10. (opgeheven)

Art. 11. (opgeheven)

HOOFDSTUK 4. – Procedure

Afdeling 1. - De aanvraag

Art. 12.

§ 1. Elke persoon die van mening is dat hij schade als gevolg van gezondheidszorg heeft geleden of zijn rechthebbenden kunnen bij een ter post aangetekende brief bij het Fonds aanvraag doen om advies over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener inzake de geleden schade alsook over de ernst ervan.

§ 2. De aangetekende brief vermeldt :

1° de volledige identiteit van de aanvragers, en in voorkomend geval van de patiënt;

2° de datum en een omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg veroorzaakt heeft;

3° een beschrijving van de aangevoerde schade;

4° in voorkomend geval, de identiteit en het adres van de betrokken zorgverleners;

5° een opgave van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures die werden ingesteld ten gevolge van de betreffende schade;

6° alle elementen op basis waarvan de oorsprong en de ernst van de schade kunnen worden beoordeeld;

7° de eventuele reeds ontvangen vergoedingen of die in behandeling zijn, inclusief de terugbetalingen die werden of zullen worden gedaan door een verzekeringsinstelling of een verzekeraar;

8° de identiteit van de verzekeringsinstelling van de aanvrager en van de eventuele verzekeraars die de schade kunnen vergoeden.

§ 3. De aanvraag is onontvankelijk wanneer ze aan het Fonds wordt gericht na meer dan vijf jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, of van de verzwaring ervan, en van de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt, of na meer dan twintig jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.

§ 4. De in de paragraaf 3 bepaalde verjaringstermijn wordt geschorst of gestuit overeenkomstig het gemeen recht.

De verjaring wordt eveneens gestuit wanneer de aanvrager aan de verzekeraar van de zorgverlener of aan de verlener zelf zijn wil kenbaar maakt om vergoed te worden. Deze stuiting eindigt op het ogenblik waarop de verzekeraar of de zorgverlener aan de aanvrager schriftelijk kennis geeft van zijn beslissing om te vergoeden of van zijn weigering.

§ 5. De aanvraag is eveneens onontvankelijk indien :

- 1° de aanvrager reeds voor dezelfde schade een voorstel tot definitieve vergoeding van het Fonds, de verzekeraar van de zorgverlener of de zorgverlener zelf heeft aanvaard;
- 2° de aanvrager reeds vergoed is voor de schade door het Fonds, de verzekeraar van een zorgverlener of de zorgverlener zelf, krachtens een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak;
- 3° een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak de aanvraag tot vergoeding van de schade niet gegrond verklaard heeft zowel op basis van de aansprakelijkheid van een zorgverlener als op basis van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

§ 6. De aanvrager licht in voorkomend geval het rechtscollege bij wie de aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg aanhangig is gemaakt in over de indiening van een aanvraag voor het Fonds. Hij licht het Fonds ook in over de indiening van elke aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg voor een rechtbank overeenkomstig het gemeen recht.

Art. 13.

§ 1. Het versturen van de in artikel 12 bedoelde aanvraag schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval die zijn ingesteld voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde, tot de dag volgend op de dag waarop :

- 1° de aanvrager een definitief voorstel tot vergoeding aanvaardt ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;
- 2° de aanvrager een voorlopig of definitief voorstel tot vergoeding weigert ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;
- 3° het Fonds aan de aanvrager kennis geeft van een advies waarin het oordeelt dat de voorwaarden bepaald bij de artikelen 4 en 5 niet zijn vervuld;
- 4° de aanvrager aan het Fonds kennis geeft van zijn wil om een einde te maken aan de procedure voor het Fonds.

§ 2. De verjaring van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval wordt geschorst onder dezelfde voorwaarden.

§ 3. Het instellen van een rechtsvordering met betrekking tot dit medisch ongeval schorst de verjaring van de vordering bij of tegen het Fonds.

Art. 14.

Wanneer de aanvraag kennelijk onontvankelijk is, brengt het Fonds de aanvrager onmiddellijk hiervan op de hoogte. Het geeft hem de redenen of waarom de aanvraag onontvankelijk is en duidt, in voorkomend geval, de instantie aan waarbij ze kan worden ingediend.

Afdeling 2. - Behandeling van de aanvraag

Art. 15.

Binnen een termijn van een maand vanaf de ontvangst van de aanvraag bevestigt het Fonds de ontvangst hiervan.

In het kader van de behandeling van de aanvraag kan het Fonds bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen.

Binnen een termijn van een maand na de kennisgeving van de opvraging door het Fonds bezorgen de zorgverleners, de aanvrager of zijn rechthebbenden of elke andere persoon aan wie het Fonds erom vraagt, aan dit laatste alle gevraagde documenten en informatie.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden of de zorgverleners of elke andere persoon de vraag van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand na de kennisgeving, stuurt het Fonds een herinneringsbrief.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden de herinneringsbrief van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand nadat het fonds hen ervan kennis heeft gegeven, worden zij geacht afstand te doen van hun aanvraag en van de schorsende werking ervan wat de verjaring betreft. Die veronderstelde verzaking maakt een einde aan de procedure, maar belet niet in voorkomend geval later een nieuwe aanvraag te doen waarvan de ontvankelijkheid wordt beoordeeld op die datum.

Indien de zorgverlener, of elke andere persoon behalve de aanvrager en zijn rechthebbenden, binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds en behalve in geval van overmacht, niet antwoorden, zijn zij van rechtswege tegenover het Fonds een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag verschuldigd vanaf de dag die volgt op de laatste dag van de termijn, en dit tot de verzending van de gevraagde informatie en documenten, met een maximum van 30 dagen. Het Fonds brengt bij een ter post aangetekende brief de zorgverlener of elke andere persoon, dan de aanvrager of zijn rechthebbenden op de hoogte van het bedrag dat het van plan is van hem te eisen bij wijze van forfaitaire vergoeding en verzoekt hem binnen de maand zijn eventuele opmerkingen hierover mee te delen. Met de eventuele opmerkingen die meegedeeld worden na verloop van deze termijn wordt geen rekening gehouden.

Het forfaitaire bedrag vermeld in het zesde lid wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd op basis van de schommelingen van de index van de consumptieprijzen. Het aangepaste bedrag mag niet hoger zijn dan het bedrag dat resulteert uit de volgende formule : de in het zesde lid bedoelde forfaitaire som vermenigvuldigd met de index van de maand december van het verstreken jaar en gedeeld door de index van de maand december van het jaar voorafgaand aan het verstreken jaar.

Diegene die, met toepassing van het zesde lid, een bedrag verschuldigd is aan het Fonds beschikt over de mogelijkheid om een beroep in te dienen overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek.

Onverminderd zijn recht om voor de rechter te dagvaarden kan het Fonds de ingevolge het zesde lid verschuldigde bedragen bij dwangbevel invorderen. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder en de nadere regels volgens welke de vervolging bij dwangbevel wordt uitgeoefend, evenals de kosten die eruit voortvloeien en de nadere regels volgens welke ze ten laste worden gelegd.

Dit artikel doet geen afbreuk aan het recht van het Fonds, van de aanvrager of zijn rechthebbenden om tegen de zorgverlener een vordering tot schadevergoeding, een vordering tot het overleggen van bepaalde stukken overeenkomstig het vierde deel, boek II, titel III, hoofdstuk VIII, afdeling II, van het Gerechtelijk Wetboek of een vordering krachtens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt in te stellen en, in voorkomend geval, de betaling van een dwangsom te eisen overeenkomstig het vierde deel, boek IV, hoofdstuk XXIII, van het Gerechtelijk Wetboek.

De herinneringsbrief van het Fonds, verstuurd bij een ter post aangetekend schrijven, neemt, op straffe van nietigheid, de tekst van dit artikel over.

Art. 16.

Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze nog in leven is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gegeven overeenkomstig de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, **recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier** ~~toegang tot het patiëntendossier~~.

Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze overleden is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van een persoon bedoeld in artikel 9, § 4, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, **recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier** ~~toegang tot het patiëntendossier~~.

Art. 17.

§ 1. Het Fonds kan een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te krijgen over een specifieke medische aangelegenheid.

§ 2. Tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het Fonds een tegensprekelijke expertise, indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de graad van ernst bedoeld in artikel 5 bereikt.

Het Fonds wijst in dit geval een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experts aan.

In de andere gevallen kan het Fonds een dergelijke expertise organiseren.

Het Fonds volgt het verloop van de expertise op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijke karakter ervan in acht wordt genomen.

§ 3. Elke partij kan bij het Fonds om de wraking van de aangewezen expert vragen indien deze niet de nodige onpartijdigheid bezit om zijn opdracht tot een goed einde te brengen.

De expert die weet dat er wat hem betreft een reden tot wraking bestaat, meldt dit onmiddellijk aan de partijen, en verklaart zich onbevoegd, tenzij de partijen hem daarvan vrijstellen.

Indien de partijen zich akkoord hebben verklaard met de aanwijzing van de expert, kunnen ze deze slechts wraken omwille van redenen die zich hebben voorgedaan of die bekend zijn geworden na zijn aanwijzing.

Er kan hoe dan ook geen enkele wraking meer worden voorgesteld na de installatievergadering of, bij gebreke hiervan, nadat de expert zijn werkzaamheden heeft aangevat, tenzij de partij slechts nadien in kennis is gesteld van de reden tot wraking.

§ 4. Tenzij de expert zich spontaan onbevoegd verklaart, richt de partij die om de wraking van de expert vraagt een met redenen omklede aanvraag in die zin aan het Fonds, op straffe van verval binnen de vijftien dagen vanaf de datum waarop de partij kennis heeft gekregen van de redenen tot wraking.

Het Fonds deelt deze aanvraag onmiddellijk bij een ter post aangetekende brief mee aan de andere partijen en aan de expert wiens wraking wordt gevraagd, met het verzoek om binnen vijftien dagen hun opmerkingen eraan mee te delen. De expert moet verklaren of hij zijn wraking aanvaardt of betwist.

De wraking wordt toegestaan indien de expert ze aanvaardt of indien hij het stilzwijgen bewaart.

Indien de expert zijn wraking betwist besluit het Fonds bij een met redenen omklede beslissing hem te handhaven of hem te wraken. Het houdt geen rekening met de opmerkingen die door de partijen werden meegedeeld na het verstrijken van de termijn van vijftien dagen bedoeld in het tweede lid.

Indien het Fonds de wraking toestaat, wijst het onmiddellijk een andere expert aan.

§ 5. Het Fonds hoort de betrokken partijen, als ze erom vragen of als het dat wenselijk acht.

Art. 18.

De aanvrager, zijn verzekeringsinstelling, de betrokken zorgverleners, hun verzekeraars en de andere partijen bij de procedure voor het Fonds kunnen zich tijdens de procedure laten bijstaan door de persoon van hun keuze.

Art. 19.

Wanneer de feiten die aan de oorsprong liggen van de schade als gevolg van gezondheidszorg het rechtvaardigen, geeft het Fonds ze aan bij de bevoegde administratieve, tuchtrechtelijke of gerechtelijke overheden.

Art. 20. De procedure voor het Fonds is gratis voor de aanvrager.

In voorkomend geval zijn de expertisekosten ten laste van de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de schade en van zijn verzekeraar, indien de aansprakelijkheid door hem of zijn verzekeraar is erkend of indien deze is bepaald bij een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak.

Afdeling 3. - Advies van het Fonds

Art. 21.

Binnen een termijn van zes maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag stelt het Fonds in een met redenen omkleed advies of het meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, of in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, of dat de schade onder geen enkele van deze categorieën ressorteert.

Indien het Fonds van oordeel is dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, vermeldt het of de aansprakelijkheid van deze zorgverlener of die zorgverleners gedekt is door een verzekeringsovereenkomst inzake aansprakelijkheid.

Indien het Fonds meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg haar oorzaak vindt in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, vermeldt het of de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

Art. 22.

Het advies van het Fonds wordt bij een ter post aangetekende brief ter kennis gebracht van de aanvrager, in voorkomend geval van zijn verzekeringsinstelling, van de betrokken zorgverleners en, in voorkomend geval, van hun verzekeraars.

Het is vergezeld van de stukken en documenten waarop het gegrond is.

In de kennisgeving van het advies vermeldt het Fonds de mogelijke rechtsvorderingen en de termijnen waarbinnen deze moeten worden ingesteld. Als dat niet het geval is, worden de beroepstermijnen met zes maanden verlengd.

In dezelfde kennisgeving verzoekt het Fonds, indien nodig, de verzekeraar van de betrokken zorgverlener een voorstel tot vergoeding te doen ten gunste van de aanvrager, en licht het de andere partijen bij de procedure hierover in.

Art. 23.

Indien het Fonds in zijn advies besluit dat het gaat om een van de gevallen bedoeld in artikel 4, 1° of 2°, wordt gehandeld op de wijze bepaald in afdeling 4, voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

Indien het Fonds niet besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1°, of 2°, of indien het advies van het Fonds besluit dat de schade niet de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5, kan de aanvrager, onverminderd zijn gemeenrechtelijke rechtsvorderingen, overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor de rechtbank van eerste aanleg een vordering instellen tegen het Fonds om de vergoeding te verkrijgen waarop hij recht meent te hebben krachtens deze wet.

Art. 24.

Het advies van het Fonds bindt noch de aanvrager, noch de betrokken zorgverleners en hun verzekeraars, noch, in voorkomend geval, de rechter.

Afdeling 4. - Voorstel van het Fonds

Art. 25.

§ 1. Wanneer het advies besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1° of 2°, en voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, de schade de ernst vertoont die bedoeld is bij artikel 5, stuurt het Fonds, binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding naar de aanvrager bij een ter post aangetekende brief.

In het geval bedoeld in artikel 4, 3°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 30, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van de beslissing van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten.

In hetzelfde geval, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 32, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding, binnen een termijn van drie maanden die volgen op het verstrijken van de termijn van een maand waarover de verzekeraar beschikt om op de herinnering van het Fonds te antwoorden.

In het geval bedoeld in artikel 4, 4°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 31, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van zijn met redenen omkleed advies omtrent de kennelijke ontoereikendheid van het voorstel van de verzekeraar.

§ 2. Wanneer de schade kan worden gekwantificeerd, vermeldt het voorstel een definitief bedrag.

§ 3. Wanneer de schade niet volledig kan worden gekwantificeerd, stelt het Fonds de betaling van een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de reeds verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienkelijk evolueerde, een aanvullende aanvraag naar het Fonds.

§ 4. Het Fonds trekt van zijn voorstel de vergoedingen af waarop de aanvrager recht heeft krachtens een verzekeringsovereenkomst tot vergoeding van schade of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 26.

§ 1. De aanvrager beschikt over een termijn van drie maanden om het voorstel tot vergoeding van het Fonds te aanvaarden.

Indien de aanvrager binnen deze termijn niet reageert, stuurt het Fonds hem een herinnering bij een ter post aangetekende brief.

Indien de aanvrager niet reageert binnen een termijn van een maand volgend op deze herinnering, wordt het voorstel vermoed te zijn geweigerd. In de herinneringsbrief wordt de aandacht van de aanvrager gevestigd op de gevolgen van het uitblijven van zijn reactie.

Binnen een termijn van een maand na de uitdrukkelijke aanvaarding van het voorstel betaalt het Fonds de voorgestelde vergoeding aan de aanvrager.

§ 2. Alvorens een standpunt in te nemen over het voorstel van het Fonds, kan de aanvrager ook, binnen de termijn die bepaald is in paragraaf 1, opmerkingen formuleren over het voorstel van het Fonds, waarop het Fonds moet antwoorden. Indien het Fonds, gelet op de opmerkingen van de aanvrager, het opportuun acht, kan het Fonds het bedrag van zijn voorstel aanpassen.

De termijnen bepaald in paragraaf 1 worden geschorst tijdens de duur van het onderzoek van de opmerkingen door het Fonds, zonder dat de nog te lopen termijn ooit minder dan twee maanden mag bedragen.

Het Fonds stuurt zijn antwoord met, desgevallend een aangepast voorstel bij een ter post aangetekende brief aan de aanvrager. Deze brief vermeldt de datum waarop de nog beschikbare termijn verstrijkt, alsmede de gevolgen van het ontbreken van reactie.

De aanvrager kan slechts één keer opmerkingen toesturen.

Art. 27. Op straffe van verval, legt de aanvrager die het voorstel tot vergoeding van het Fonds betwist, zijn geschil overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor aan de rechtbank voor het verstrijken van de termijn bepaald bij artikel 26, § 1, in voorkomend geval verlengd in overeenstemming met paragraaf 2 van hetzelfde artikel. In het kader van die procedure is het Fonds noch gebonden door zijn advies, noch door zijn voorstel.

Art. 28. Wanneer het Fonds de aanvrager heeft vergoed met toepassing van artikel 4, 2°, treedt het in de rechten van deze laatste tegen de zorgverlener.

Noch de zorgverlener noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Afdeling 5. - Voorstel van de verzekeraar van de zorgverlener

Art. 29.

Wanneer de verzekeraar van de zorgverlener door het Fonds wordt verzocht een voorstel tot vergoeding te doen overeenkomstig artikel 22, vierde lid, wordt als volgt gehandeld.

Onverminderd de toepassing van artikel 30, stuurt de verzekeraar van de zorgverlener bij een ter post aangetekend schrijven binnen drie maanden na het verzoek van het Fonds een voorstel tot schadevergoeding aan de aanvrager en een kopie naar het Fonds.

Indien de schade kan gekwantificeerd worden, vermeldt het voorstel een definitief bedrag.

Indien de schade niet volledig kan gekwantificeerd worden, stelt de verzekeraar van de zorgverlener een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de al verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienlijk evolueerde, een aanvullende aanvraag aan de verzekeraar van de zorgverlener.

De verzekeraar van de zorgverlener betaalt de vergoeding aan de aanvrager binnen een termijn van een maand na de uitdrukkelijke aanvaarding ervan en verwittigt het Fonds van deze effectieve vergoeding.

Art. 30.

Artikel 29 doet geen afbreuk aan het recht van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten. Deze betwisting wordt door de zorgverlener of zijn verzekeraar ter kennis gebracht aan de aanvrager, in voorkomend geval van de verzekeringsinstelling van deze laatste, evenals van het Fonds.

In dat geval, en voor zover een van de voorwaarden bedoeld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar van de zorgverlener en wordt er gehandeld overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

Nadat het Fonds de aanvrager heeft vergoed, treedt het in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Art. 31.

Wanneer de aanvrager een minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener, kan hij het Fonds schriftelijk om advies vragen betreffende dit voorstel.

Binnen een termijn van twee maanden na deze aanvraag verstrekt het Fonds een met redenen omkleed advies. Indien het Fonds het voorstel kennelijk ontoereikend vindt, stelt het zich in de plaats van de verzekeraar en handelt het overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar overeenkomstig het tweede lid, is de verzekeraar van rechtswege aan het Fonds een forfaitaire vergoeding verschuldigd die gelijk is aan 15 % van het bedrag van de totale vergoeding aan het slachtoffer toegekend door het Fonds, of, in voorkomend geval, van het bedrag vastgelegd door de rechter, voor zover deze laatste bevestigt dat het voorstel van de verzekeraar kennelijk ontoereikend was.

Art. 32.

Indien het Fonds in zijn advies tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener heeft besloten, en indien in dat geval de aanvrager binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies geen minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener die aansprakelijk wordt geacht, informeert de aanvrager het Fonds daaromtrent.

Het Fonds stuurt een herinneringsbrief aan de verzekeraar van de zorgverlener, die beschikt over een termijn van een maand te rekenen van de kennisgeving van de herinneringsbrief om een voorstel te doen. De verzekeraar van de zorgverlener brengt het Fonds hiervan op de hoogte.

Bij gebrek aan reactie van de verzekeraar van de zorgverlener binnen de termijn van een maand te rekenen van de betekening van de herinneringsbrief, wordt de verzekeraar geacht de aansprakelijkheid van zijn verzekerde te betwisten. Indien een van de voorwaarden vastgesteld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar en wordt gehandeld op de wijze bepaald bij de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds, na de aanvrager te hebben vergoed, in de rechten van deze laatste.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

HOOFDSTUK 5. - Opheffings- en wijzigingsbepalingen

Art. 33.

Opgeheven worden :

- 1° de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008 en gedeeltelijk vernietigd bij arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 van het Grondwettelijk Hof;
- 2° de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008.

Art. 34.

In artikel 1 van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut worden in de categorie B de woorden « Fonds voor de medische ongevallen », in alfabetische volgorde ingevoegd.

HOOFDSTUK 6. - Inwerkingtreding

Art. 35.

§ 1. Behoudens wat dit artikel en de artikelen 1, 6, 7, 9, 10, 11, 33 en 34 betreft, bepaalt de Koning de datum van inwerkingtreding van deze wet.

§ 2. Deze wet is van toepassing op schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na de bekendmaking van de wet in het Belgisch Staatsblad.