



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over de Wet Medische Ongevallen van 31 maart 2010*

Samenvatting

De wetgever heeft met de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg¹ (hierna verkort: Wet Medische Ongevallen) een tweesporensysteem ingevoerd: de patiënt, slachtoffer van een medisch ongeval, kan kiezen of hij zich tot het Fonds Medische Ongevallen dan wel tot de rechter richt om schadevergoeding te verkrijgen. Het doel van de wetgever was om zoveel mogelijk claims naar het Fonds Medische Ongevallen te kanaliseren door het toepassingsgebied van de wet zo ruim mogelijk te definiëren, door de procedure voor de patiënt gratis te maken, door een nieuw subjectief recht op schadevergoeding toe te kennen in geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, en door een Fonds Medische Ongevallen op te richten, dat onafhankelijk zou kunnen optreden. Daarnaast was het de bedoeling de verzekeringspremies voor zorgverleners te stabiliseren en te werken aan de preventie van medische ongevallen. Verwacht wordt dat het Fonds Medische Ongevallen in september 2012 operationeel zal zijn.

Met het hoofddoel, namelijk de claims tegen zorgverleners zoveel mogelijk van de rechtbanken weg te houden, en die via administratieve weg te regelen, via een voor de patiënt kosteloze procedure, met stabilisering van de verzekeringspremies en met oog voor ongevallenpreventie, stemt de Academie volledig in.

De Academie is evenwel de mening toegedaan dat dit doel slechts gedeeltelijk werd bereikt en dat de wettelijke regeling niet coherent en voor verbetering vatbaar is.

* Het advies werd voorbereid door een bijzondere commissie, samengesteld uit de academieleden Marie-José Tassignon, Marleen Temmerman, Ben Van Camp en Thierry Vansweevelt (voorzitter), bijgestaan door Eva Neirinckx (secretaris). De bijzondere commissie vergaderde op 31 maart en 28 april 2012.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit de academieleden Guy De Backer, Dominique Declerck, Aart de Kruif (algemeen secretaris), Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven, Geneviève Laureys, Lea Maes, Simon Scharpé, Wim Stevens, Marleen Temmerman en André Van Steirteghem, keurde het advies goed op 2 juni 2012.

¹ *Belgisch Staatsblad* (verder afgekort *B.S.*), 2 april 2010.

De Academie meent:

- Ook de verstrekkingen van gezondheidszorg met een esthetisch doel, die niet door het RIZIV terugbetaald worden, zouden onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen moeten vallen.
- Ook de schade veroorzaakt door gezondheidszorg met een gebrekkig product (een geneesmiddel, medische apparatuur, prothese, besmet bloed, enz.) zou onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen moeten vallen.
- Het lot van de vorderingen wegens “wrongful birth”, “wrongful pregnancy” en “wrongful life” had in deze wet geregeld moeten worden, gelet op de tegenstrijdige rechtspraak in België. De wetgever hoort dit soort aansprakelijkheidsvorderingen wettelijk te regelen. Over dit onderwerp zal de Academie op korte termijn een omstandig advies uitbrengen.
- Er zou een wettelijke oplossing voor de slachtoffers van hepatitis C (bloedtransfusie vóór 1/7/1990) en thalidomide (inname van Softenon tussen 1960 en 1962) moeten komen.
- De schadedrempels om een schadevergoeding van het Fonds Medische Ongevallen te verkrijgen, werden hoog vastgesteld, waardoor patiënten en zorgverleners in hun hoge verwachtingen in dit systeem bedrogen zouden kunnen worden. Een mogelijkheid om dit bij te sturen bestaat erin om aan de schadedrempel van minstens zes maanden arbeidsongeschiktheid geen percentage te verbinden, en dus ook bij een *gedeeltelijke* arbeidsongeschiktheid van zes maanden de schade te vergoeden.
- Het aantal patiënten dat jaarlijks vergoed zal worden (gemiddeld tachtig), staat in schril contrast, niet alleen met de lage drempel om bij het fonds aan te kloppen, maar ook met het aantal medewerkers van het fonds, dat in dit systeem werkzaam zal zijn (dertig in de raad van bestuur, raming: tien tot twintig beheerders en minstens dertig experts).
- Er zou in een voldoende hoog budget moeten worden voorzien, opdat het Fonds Medische Ongevallen degelijke experts kan aanwerven, van wie het advies door alle partijen aanvaard zal worden.
- De integratie van het Fonds Medische Ongevallen, voorlopig zonder wettelijke basis, als een zesde dienst in het RIZIV, ondergraaft de onafhankelijkheid van dit fonds. Het wekt minstens de indruk van afhankelijkheid. Het zou beter zijn het Fonds Medische Ongevallen te integreren in de FOD Volksgezondheid.
- De verzekeringspremies van zorgverleners zullen stijgen, nu ook het aantal patiënten dat op een schadevergoeding aanspraak maakt, zal stijgen. Een jaarlijkse evaluatie van de evolutie van de verzekeringspremies van zorgverleners is noodzakelijk.
- Het Fonds Medische Ongevallen zou op dit moment dringend werk moeten maken van de preventie van ongevallen en van de aanwerving van gekwalificeerd personeel hiervoor.
- Het Fonds Medische Ongevallen zou dringend werk moeten maken van een eigen website, waarop iedereen alle informatie kan vinden over de toegang en de werking van het fonds, de schadevergoedingsvoorwaarden en de (geanonimiseerde) uitspraken van het fonds. De Franse tegenhanger kan hiervoor als voorbeeld dienen: www.oniam.fr

*
* *

I.- Inleiding

1.- De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg,² hierna genoemd de Wet Medische Ongevallen, kent een lange historiek van wetsvoorstellen, wetsontwerpen, adviezen, projecten, opgeheven no fault-wetten, enz.³

² B.S., 2 april 2010.

³ Zie daarover J.-L. FAGNART, “Principes fondamentaux de la loi sur les accidents médicaux”, *BTLS* 2011, 73; T. VANSWEEVELT, “Een nofault-systeem voor medische ongevallen in België: quo vadis?”, in *Liber Amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2008, 347 e.v.

De Wet Medische Ongevallen zelf is sinds haar publicatie tot nu toe niet het voorwerp geweest van enig advies van enig orgaan, zoals de Orde van geneesheren, een artsensyndicaat, een ziekenfonds, de federale Commissie "Rechten van de patiënt" of een patiëntenvereniging.

Nochtans brengt deze wet een belangrijke wijziging aan in de manier waarop in de toekomst medische ongevallen zullen worden behandeld en eventueel vergoed, zowel voor artsen als voor andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, voor verzorgingsinstellingen en voor patiënten.

De Academie rekent het tot haar taak om op eigen initiatief deze nieuwe wet te screenen en voorstellen tot verbetering te formuleren, dit ter bevordering van de volksgezondheid en de rechtspositie van én zorgverleners én patiënten.

De timing voor dit advies is niet toevallig: het Fonds Medische Ongevallen is nog niet in werking en zal dat naar verluidt pas zijn vanaf 1 september 2012. Het fonds kan eventueel rekening houden met dit advies in het uitwerken van zijn beleid.

Het advies is als volgt opgebouwd: eerst worden de doelstellingen van de wetgever weergegeven, nadien wordt de uitwerking ervan beoordeeld op haar effectiviteit. Om het onderscheid duidelijk te maken wordt het advies van de Academie telkens in cursief gezet.

In dit advies zal regelmatig verwezen worden naar de tekst van de Wet Medische Ongevallen. Voor het gemak van de lezer wordt daarom de tekst van de wet als bijlage bij dit advies opgenomen.

II.- Advies

2.- De wetgever had bij de uitvaardiging van de Wet Medische Ongevallen volgende doelstellingen voor ogen.

A. Het tweesporensysteem en haar toepassingsgebied

§ 1. Het tweesporensysteem

3.- Anders dan het éénspoorsysteem van de inmiddels opgeheven Wet Medische Schadegevallen van 15 mei 2007, wordt in de Wet Medische Ongevallen gopteerd voor een tweesporensysteem. De patiënt die het slachtoffer is van een medisch ongeval, heeft de keuze om de zaak voor te leggen aan ofwel de rechtbank ofwel het Fonds Medische Ongevallen.

Het algemene aansprakelijkheidsrecht blijft dus van toepassing op de zorgverleners. Vanzelfsprekend kan de benadeelde slechts eenmaal voor dezelfde schade worden vergoed.⁴

Voor de Academie is die vrije keuze van de patiënt cruciaal. De benadeelde kan niet gedwongen worden zich tot een fonds te wenden. Hij moet de vrijheid behouden voor de gewone rechter te kiezen en eventueel op zijn keuze te kunnen terugkomen.

§ 2. Uitsluiting: de esthetische handelingen die niet door het RIZIV terugbetaald worden

4.- De Wet Medische Ongevallen is van toepassing telkens een zorgverlener gezondheidszorg verstrekt. Net zoals in de Wet Patiëntenrechten⁵ wordt een verstrekking van gezondheidszorg omschreven als 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.⁶

Het doel van de wetgever is het materiële toepassingsgebied zo ruim mogelijk te maken,⁷ opdat zoveel mogelijk patiënten in zo ruim mogelijke omstandigheden een beroep op deze wet zouden kunnen doen.

In principe vallen alle verstrekkingen van gezondheidszorg onder het toepassingsgebied van de wet, met uitzondering van de experimenten op de mens in de zin van de wet van 7 mei 2004 en de esthetische handelingen die niet door het RIZIV terugbetaald worden, zoals bepaald in artikel 3, § 2, Wet Medische Ongevallen. De wetgever vond het weinig opportuun om de nationale solidariteit te laten opdraaien voor (de vergoeding van) prestaties die enkel naar goeddunken van de patiënt worden uitgevoerd.⁸

⁴ Artikel 3, § 3 Wet Medische Ongevallen.

⁵ Artikel 2, 2° Wet Patiëntenrechten.

⁶ Artikel 2, 4° Wet Medische Ongevallen.

⁷ Memorie van toelichting, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/001, p. 17-18.

⁸ *Ibid.*, 12 en 31.

De Academie is van oordeel dat de eerste uitzondering, de schade veroorzaakt door medische experimenten aanvaardbaar is, nu de wetgever een foutloze aansprakelijkheid heeft ingevoerd voor de opdrachtgever van het experiment.⁹

De Academie meent evenwel dat de uitzondering van de esthetische handelingen die niet door het RIZIV terugbetaald worden, moet worden bekritiseerd.¹⁰

Op de eerste plaats is het niet duidelijk hoe het begrip “esthetisch” moet worden ingevuld.

Maar meer fundamenteel is deze uitzondering strijdig met het doel van de wetgever aan de Wet Medische Ongevallen een zo ruim mogelijk toepassingsgebied te geven.

Zorgverstrekkingen met een esthetisch doel worden algemeen aanvaard in België. Verschillende burgers uit alle lagen van de bevolking doen een beroep op esthetische chirurgie, al dan niet onder sociale druk. Het is dus niet zo, dat esthetische chirurgie enkel een rijkere bovenlaag van de bevolking zou aanspreken. Wanneer er als gevolg van een esthetische ingreep schade ontstaat, is het daarom redelijk dat ook deze mensen op het Fonds Medische Ongevallen een beroep zouden kunnen doen.¹¹

Ten onrechte wordt een onderscheid gemaakt tussen de fysieke problemen waarmee iemand worstelt, en de psychische problemen van een persoon die niet tevreden is met zijn lichaam, en dit via esthetische chirurgie wil veranderd zien. Het reduceren van esthetische zorgverstrekkingen tot ingrepen die “naar goeddunken van de patiënt” worden uitgevoerd, houdt geenszins rekening met de psychische problemen waaronder een persoon kan lijden als gevolg van fysieke onvolkomenheden.

Het beantwoordt niet aan een objectief criterium om enkel de niet terugbetaalde esthetische verstrekkingen uit het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen te weren. Andere niet terugbetaalde medische verstrekkingen vallen wel onder het toepassingsgebied van de wet.¹²

Ook de kostprijs van de inclusie van esthetische ingrepen in de Wet Medische Ongevallen kan bezwaarlijk als argument worden ingeroepen. Er bestaan geen bewijzen dat er zich bij esthetische ingrepen veel vaker abnormale schade zou voordoen dan bij andere ingrepen.

Bovendien is het ethisch gevaarlijk om het gedrag of de motivatie van een persoon als basis te nemen voor het al dan niet aanspraak kunnen maken op een op de solidariteit gebaseerde maatschappelijke dienst.¹³ Esthetische zorgverstrekkingen worden uitgesloten, omdat zij volgens de wetgever enkel “naar goeddunken van de patiënt” worden uitgevoerd. Maar ook andere ingrepen zijn het gevolg van vrije beslissingen van patiënten. Wie zijn hele leven zwaar rookt, en/of buitensporig alcohol drinkt, of gevaarlijke sporten beoefent, en daardoor medische verzorging nodig heeft, heeft die zorgverlening ook nodig als gevolg van zijn vrije beslissing te roken, te drinken of risico's te nemen. Nochtans blijft hier de solidariteit wel spelen. Toch hebben deze personen terecht recht op geneeskundige verzorging. Ook kunnen zij terecht een beroep doen op het Fonds Medische Ongevallen. Hetzelfde zou moeten gelden voor esthetische zorgverstrekkingen.

Ten slotte werd tijdens de parlementaire discussies opgemerkt, dat de uitsluiting van verstrekkingen met een esthetische doel die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet terugbetaald worden, onvoldoende gerechtvaardigd is, en zou kunnen leiden tot een beroep voor het Grondwettelijk Hof wegens schending van het gelijkheidsbeginsel.¹⁴

§ 3. Uitsluiting: schade veroorzaakt door producten

5.- De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verklaarde in het Parlement, dat de schade als gevolg van een gebrekkig product (gebrekkig bestralingsstoel, bloed, enz.), gebruikt bij de verstrekking van gezondheidszorg, niet onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen valt.¹⁵ Net zoals bij de Wet Experimenten Menselijke Persoon, wordt als reden verwezen naar het bestaan van een specifieke wetgeving, die reeds een foutloze aansprakelijkheid heeft ingevoerd.¹⁶

De Academie is van oordeel dat deze opvatting strijdig is met de tekst van de Wet Medische Ongevallen, die geen uitzondering bepaalt voor schade veroorzaakt door gebrekkige producten. De parlementaire voorbereiding van

⁹ Artikel 29 wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, B.S., 18 mei 2004.

¹⁰ De lijst met argumenten werd ontleend aan T. VANSWEEVELT, “De Wet Medische Ongevallen”, *T. Gez./Rev. dr. santé* 2010-2011, 95-96.

¹¹ Zie ook de kritiek van R. VAN DER VEKEN, in D. VERHOEVEN, “Verslag studieavond Wet Medische Ongevallen”, in I. BOONE en S. LIERMAN (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen*, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2011, 107-108.

¹² Cf. het amendement (S. SMEYERS) op het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer* 2009-2010, nr. 2240/002, dat tot doel had alle niet vergoedbare verstrekkingen uit het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen uit te sluiten.

¹³ Zie ook: G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2010, 447.

¹⁴ G. SCHAMPS, in Verslag BURGEON, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/006, p. 27.

¹⁵ Verslag BURGEON, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/006, p. 87.

¹⁶ Wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken, B.S. 22 maart 1991.

een wet kan niet worden aangevoerd tegen de klare en duidelijke tekst van de wet, zo luidt de vaste cassatierechtspraak.¹⁷ Welnu, de tekst van de Wet Medische Ongevallen is duidelijk en bevat geen uitzondering voor schade, veroorzaakt door producten, wanneer die schade het gevolg is van een verstrekking van gezondheidszorg.

Bovendien is de schade als gevolg van een gebrekkig product ook een gevolg van een gezondheidszorgverstrekking, en bijgevolg dient dit onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen te vallen. Er anders over denken, zou strijdig zijn met het doel van de wetgever om een zo ruim mogelijk toepassingsgebied voor de Wet Medische Ongevallen te garanderen.

Beleidsmatig valt het te betreuren dat schadegevallen in de gezondheidszorg, veroorzaakt door gebrekkige producten, niet onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen zouden vallen. Het gebeurt meer dan eens, dat een schadegeval aan een gebrekkig product, gebruikt bij de zorgverstrekking, is toe te schrijven (bv. een geneesmiddel, een prothese, bloed, medische apparatuur, enz.).

Het uitsluiten van gebrekkige producten maakt de vergoedingsregeling voor medische ongevallen minder coherent. Alle slachtoffers van een medisch ongeval moeten op dezelfde wijze worden behandeld, ongeacht de oorzaak van het ongeval.¹⁸

Voor een patiënt maakt het geen verschil, of hij nu schade heeft geleden als gevolg van een product of niet. In beide gevallen is de schade een gevolg van zorgverstrekking. Dat is wat telt. Ook wanneer de patiënt schade lijdt als gevolg van een gebrekkig product bij de zorgverstrekking, is het voor hem van belang om op het Fonds Medische Ongevallen een beroep te kunnen doen.

Ten slotte kan erop worden gewezen, dat in Frankrijk de schade als gevolg van gezondheidsproducten wel onder de toepassing van de Franse wet valt.¹⁹

Ook in de rechtsleer wordt deze opvatting van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bekritiseerd, en wordt ervoor gepleit om dit soort schadegevallen wel onder de Wet Medische Ongevallen te brengen.²⁰

§ 4. Vorderingen wegens “wrongful birth”, “wrongful pregnancy” en “wrongful life”

6.- Vorderingen ingesteld wegens de geboorte van een ongewenst kind worden ingedeeld in drie categorieën. De vordering wegens “wrongful pregnancy” of “wrongful conception” wordt ingesteld door de ouders van een niet gepland, *gezond* kind tegen een derde, bv. een arts, wiens fout (mede) geleid heeft tot de verwekking van het kind. De vordering wegens “wrongful birth” doelt op de vordering van de ouders van een *gehandicapt* kind tegen een derde, bv. een arts, die hen onvoldoende informatie heeft gegeven op basis waarvan zij ofwel geen kind hadden verwekt, of abortus zouden hebben gepleegd. Ten slotte bestaat er ook nog de vordering wegens “wrongful life”, die uitgaat van het kind zelf tegen een derde, bv. een arts, omdat het gehandicapt ter wereld is gekomen.²¹

In de vorige Wet Medische Schadegevallen van 15 mei 2007 was een specifieke bepaling opgenomen i.v.m. de vorderingen wegens “wrongful birth” en “wrongful life”. In de Wet Medische Ongevallen werd elke verwijzing naar dit soort vorderingen wegens “wrongful birth” en “wrongful life” doelbewust achterwege gelaten.²² Zij worden dus niet aan een specifieke regeling onderworpen, maar vallen onder de algemene regeling van de wet.

De Academie betreurt dat de wetgever hier de kans heeft laten liggen om een duidelijk standpunt in te nemen. Op dit moment bestaat in de rechtspraak de grootste controverse over dit soort vorderingen, zeker wat betreft de vorderingen wegens “wrongful life”. Indien de wetgever zich zou hebben uitgesproken over het lot van deze vorderingen, had het nu waarschijnlijke, maar ongewenste scenario vermeden kunnen worden, dat het Fonds Medische Ongevallen verplicht wordt een standpunt in te nemen, waarbij het zich daarvoor moet baseren op een verdeelde rechtspraak, welke laatste, afhankelijk van het standpunt dat over deze controversiële aangelegenheid wordt gehuldigd, het advies van het fonds nu eens kan bijtreden, dan weer kan verwerpen. Deze rechtsonzekerheid is strijdig met het door de wetgever beoogde doel om zo veel mogelijk vorderingen van de rechtbanken weg te houden. De Academie neemt zich dan ook voor om op korte termijn specifiek over dit onderwerp een omstandig advies uit te brengen.

§ 5. Slachtoffers van hepatitis C en thalidomide

¹⁷ Cass. 30 juni 2006, *Arr. Cass.* 2006, 1548, *Pas.* 2006, I, 1569 en *T. Gez./Rev. droit santé* 2007-2008, 306, noot I. LUTTE.

¹⁸ S. LIERMAN, “Vergoedingsvoorwaarden van het Fonds voor Medische Ongevallen”, in I. BOONE en S. LIERMAN (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen*, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2011, 47.

¹⁹ Verslag BURGEON, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/006, p.16.

²⁰ T. VANSWEEVELT, “De Wet Medische Ongevallen”, *T. Gez./Rev. dr. santé* 2010-2011, 96-97; I. BOONE en S. LIERMAN in hun respectieve bijdragen in I. BOONE en S. LIERMAN (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen*, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2011, 47 en 65.

²¹ Zie recent nog: M. DILLEN en F. DEWALLENS, “Wrongful life made in Belgium: geboren worden kan uw gezondheid schaden”, (noot onder Brussel 21 september 2010), *T. Gez./Rev. dr. santé* 2011-2012, 190-197; A. HUYGENS, “Late zwangerschapsafbreking en aansprakelijkheid voor ongewenst bestaan”, (noot onder Gent 3 november 2011), *T. Gez./Rev. dr. santé* 2011-2012, 212-229.

²² J.-L. FAGNART, “Principes fondamentaux de la loi sur les accidents médicaux”, *BTLS* 2011, 80, betreurt dit en meent dat deze schade ten laste van het Fonds Medische Ongevallen moet vallen.

7.- Tijdens de parlementaire bespreking van de Wet Medische Ongevallen, werden amendementen ingediend om twee specifieke soorten slachtoffers van gezondheidszorg te vergoeden.

Aan de ene kant betrof het slachtoffers van hepatitis C, die aan chronische hepatitis, levercirrose of leverkanker lijden, en bij wie vóór 1 juli 1990 in België een bloedtransfusie werd uitgevoerd, of aan wie bloedproducten werden toegediend.²³

Aan de andere kant werd aandacht gevraagd voor de slachtoffers van het geneesmiddel thalidomide of Softenon. Zwangere vrouwen die in de periode 1960-1962 Softenon hebben ingenomen, zijn bevallen van gehandicapte kinderen. Voor deze slachtoffers zou het fonds ook moeten tussenkomen.²⁴

De amendementen werden niet aanvaard. De Wet Medische Ongevallen is logischerwijze maar van toepassing op schadeverwekkende feiten die zich na de inwerkingtreding hebben voorgedaan, namelijk vanaf 3 april 2010. Het kan niet de bedoeling zijn om de Wet Medische Ongevallen terugwerkende kracht te verlenen voor bepaalde slachtoffers, omdat zo een ongelijke behandeling zou ontstaan t.o.v. andere slachtoffers.

In navolging van het advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg²⁵ is de Academie ook van oordeel, dat deze slachtoffers niet onder de Wet Medische Ongevallen kunnen worden ondergebracht, omdat dit een discriminatie met zich zou brengen t.a.v. andere slachtoffers. Wel dringt de Academie er bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op aan om op korte termijn een initiatief te nemen om deze slachtoffers via een andere weg financieel te helpen.

B. Een subjectief recht op schadevergoeding bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid

8.- De Wet Medische Ongevallen heeft een nieuw subjectief recht voor een patiënt of zijn na(ast)bestaanden op een vergoeding bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid ingevoerd. Dus zelfs wanneer er geen zorgverlener aansprakelijk kan worden gesteld, wil de wetgever op grond van de nationale solidariteit de schade vergoeden. Weliswaar is dat recht verbonden aan twee voorwaarden: er moet sprake zijn van abnormale schade en die schade moet een bepaalde ernst vertonen, ofwel minstens 25% blijvende invaliditeit, ofwel een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes opeenvolgende maanden, ofwel een bijzondere verstoring van de levensomstandigheden van de patiënt, ofwel het overlijden van de patiënt (art. 5 Wet Medische Ongevallen).

De Academie staat positief tegenover dit nieuwe subjectieve recht op schadevergoeding ingeval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Dit verbetert aanzienlijk de rechtspositie van de patiënt en zijn rechthebbenden, die niet langer het moeilijke bewijs van een fout van de zorgverlener moeten leveren om vergoed te worden. Ook voor de zorgverlener is dit een vooruitgang, nu de patiënt die vergoed wil worden, niet noodzakelijk via een gerechtelijke procedure de aansprakelijkheid van de zorgverlener moet aantonen. Dit neemt in voorkomend geval veel druk weg van de zorgverlener.

Op de inhoudelijke formulering van het begrip ernstige schade kan wel kritiek worden geuit.

De schadedrempel van 25% blijvende invaliditeit is hoog. In vele gevallen zal die drempel niet worden gehaald, en zullen de benadeelden zich tot de rechtbank moeten wenden voor schadevergoeding, wat de wetgever juist wou vermijden.

De voorwaarde van minstens zes maanden arbeidsongeschiktheid is onduidelijk. Wordt hier een volledige of een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bedoeld? Dit moet worden verduidelijkt. Deze voorwaarde zou artsen er ook toe kunnen brengen sneller arbeidsongeschiktheid vast te stellen.

Ook de derde schadedrempel, de bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden, is onduidelijk en dient nauwkeuriger omschreven te worden.

Meer algemeen meent de Academie dat de schadedrempels te hoog werden bepaald. Volgens berekeningen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zou het Fonds Medische Ongevallen jaarlijks slechts tachtig patiënten vergoeden.²⁶ Deze kritiek klemt des te meer, wanneer men weet dat de verwachtingen in het Fonds Medische Ongevallen hoog zijn. Talrijke zorgverleners, evenals de ziekenfondsen, sturen benadeelde patiënten door naar het fonds met de boodschap dat ze daar schadevergoeding kunnen verkrijgen zonder een fout

²³ Amendementen nrs. 9 en 10 van C. FONCK en G. DALLEMAGNE op het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer 2009-2010*, nr. 2240/004, p. 4; amendement nr. 47 van BACQUELAINE op het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer 2009-2010*, nr. 2240/005, p. 22 (ook met betrekking tot schade als gevolg van een HIV-besmetting via bloed).

²⁴ Amendementen nrs. 11 en 12 van C. FONCK en G. DALLEMAGNE op het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer 2009-2010*, nr. 2240/004, p. 6; amendement nr. 48 van BACQUELAINE op het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer 2009-2010*, nr. 2240/005, p. 22.

²⁵ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, *De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie*, KCE Reports 134/A, 2010, 54 p. (www.kce.fgov.be)

²⁶ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, *Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg-Fase V: budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België*, KCE Reports 107/A, 2009, p. 10/74 (www.kce.fgov.be); Verslag BURGEON, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/006, p. 89.

te moeten aantonen. In werkelijkheid zal maar een klein aantal van de slachtoffers een schadevergoeding verkrijgen.

Deze hoge schadedrempels staan ook in contrast met de laagdrempelige toegang van het Fonds Medische Ongevallen voor de patiënt. Patiënten kunnen bij het fonds terecht via een procedure die voor de patiënt gratis, snel en eenvoudig is. Het heeft weinig zin talrijke benadeelde patiënten aan te trekken, om die met lege handen terug naar huis te sturen, omdat zij de schadedrempels niet hebben gehaald.

In dit licht moeten de schadedrempels wellicht worden herzien. Dit kan via een wetswijziging. Zonder wetswijziging kan dit ook gebeuren door aan de drempel van de zes maanden tijdelijke arbeidsongeschiktheid geen percentage te verbinden.

C. De oprichting en de werking van het Fonds Medische Ongevallen

9.- Hoeksteen van de nieuwe regeling is het Fonds Medische Ongevallen. Dit fonds zal zowel de schade vergoeden bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, als bij aansprakelijkheid van een zorgverlener, wanneer de verzekeraar van de zorgverlener de aansprakelijkheid betwist, of een kennelijk ontoereikend vergoedingsvoorstel doet, of wanneer de zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is.²⁷

De Academie sluit zich aan bij de oorspronkelijke doelstelling van de wetgever om het beheer en de vergoeding van medische ongevallen aan een (o.a. van het RIZIV) onafhankelijk fonds toe te vertrouwen, in de vorm van een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid.²⁸

De Academie heeft evenwel vernomen, dat deze oorspronkelijke doelstelling zou worden verlaten. Om de start van het fonds te bespoedigen, zou het Fonds Medische Ongevallen nu toch worden geïntegreerd in het RIZIV en daarvan een zesde dienst gaan uitmaken.²⁹

De Academie meent dat deze integratie in het RIZIV de onafhankelijkheid en autonomie van het Fonds Medische Ongevallen kan ondergraven. Het Fonds Medische Ongevallen zou beter ondergebracht worden in de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De Academie meent ook dat er een wanverhouding is tussen het aantal slachtoffers dat jaarlijks een schadevergoeding zal krijgen, namelijk tachtig, en het aantal personen dat bij de werking van het fonds betrokken is, namelijk dertig leden van de raad van bestuur, de door de wetgever geraamde tien tot twintig personeelsleden van het fonds, en zeker ook een dertigtal experts.

De Academie wijst verder op het volgende. Opdat de adviezen van de experts door alle partijen aanvaard zouden worden, moeten de door het fonds aangestelde experts kennis en gezag uitstralen, en moeten hun rapporten dus van onberispelijke kwaliteit zijn. Deze experts moet dus een degelijke opleiding hebben genoten en ervaring hebben, wat inhoudt dat het fonds hen een voldoende vergoeding moet toekennen. Er moet aldus een voldoende hoog budget ter beschikking worden gesteld voor de vergoeding van de experts.

Tot slot meent de Academie dat het Fonds Medische Ongevallen een informatiecampagne moet lanceren om het fonds meer bekendheid te geven.

Op dit moment is het zoeken naar informatie over het Fonds, en is de informatie over het fonds op officiële websites schaars, onvolledig en verouderd. Zo lezen we nu, april 2012, op de website van de Vlaamse Overheid dat het Fonds Medische Ongevallen “eind 2010 operationeel zal zijn” en dat het fonds ziekenhuisbacteriën zal vergoeden (www.vlaanderen.be). Het fonds zal wellicht pas september 2012 operationeel zijn en schade veroorzaakt door ziekenhuisbacteriën zal niet noodzakelijk vergoed worden.

Bovendien moet ook dringend werk gemaakt worden van een eigen website, waarop iedereen alle informatie kan vinden over de toegang en de werking van het fonds, de schadevergoedingsvoorwaarden en de (geanonimiseerde) uitspraken van het fonds. Het fonds kan hiervoor inspiratie zoeken bij de Franse tegenhanger: www.oniam.fr.

D. Stabilisering van verzekeringspremies

10.- De kostprijs van het hele systeem wordt door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg geschat op ongeveer 20 miljoen euro. De Staat is verantwoordelijk voor de primaire financiering van het fonds. De Staat (en niet de zorgverleners) staat alleen in voor het vergoeden van de patiënt in geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Vergoedt het fonds de patiënt in geval van aansprakelijkheid, dan heeft het fonds een verhaal op de verzekeraar of de zorgverlener. De zorgverleners blijven dus gewoon hun verzekeringspremies betalen.

Op financieel vlak is het de bedoeling van de wetgever de verzekeringspremies voor zorgverleners te stabiliseren. Aangezien het huidig aansprakelijkheidsrecht niet wordt gewijzigd, vreest de wetgever niet voor een verhoging

²⁷ Artikel 4 Wet Medische Ongevallen.

²⁸ Artikel 6 Wet Medische Ongevallen.

²⁹ S. LIERMAN, “Solidariteit bij medische schadegevallen weldra een feit”, *T. Gez./Rev. dr. santé* 2011-2012, 266.

van de verzekeringspremies van de zorgverlener.³⁰ Nu juist meer dossiers buiten de rechtbanken zouden worden afgehandeld, zouden de verzekeraars alvast op advocaten- en gerechtskosten besparen.

De Academie is een andere mening toegedaan en vreest voor een verhoging van de verzekeringspremies. Het Fonds Medische Ongevallen wordt gefinancierd door de Staat en de procedure voor het fonds is volledig gratis. Aangezien patiënten niets te verliezen hebben en een gratis advies van het fonds kunnen verwachten, is het logisch dat veel meer patiënten dan nu hun kans bij het fonds zullen wagen. Er zullen meer gevallen van aansprakelijkheid aan het licht komen en dus ook vergoed moeten worden. Bijgevolg zullen ook de verzekeringspremies stijgen. Een nauwgezette opvolging van de evolutie van de verzekeringspremies is dan ook noodzakelijk om tijdig te kunnen ingrijpen.

E. De preventie van ongevallen

11.- Een laatste doelstelling is de preventie van medische ongevallen. Het Fonds Medische Ongevallen zal talrijke aanvragen tot vergoeding van medische ongevallen ontvangen. Dit geeft een interessant overzicht van wat er kan mislopen bij het verstrekken van gezondheidszorg in België. Het fonds kan aldus talrijke ongevallen registreren en analyseren. Daaruit kunnen dan richtlijnen worden gepuurd voor de preventie van medische ongevallen.

De Academie steunt volledig deze doelstelling. Het Fonds Medische Ongevallen zal als eerste gecentraliseerde bron beschikken over een enorme verzameling van medische ongevallen. Voor de analyse van deze gevallen en het uitwerken van preventierichtlijnen is evenwel gespecialiseerd personeel nodig. Dit bevestigt nogmaals het standpunt dat het fonds beter onderdak zou vinden bij de FOD Volksgezondheid i.p.v. bij het RIZIV, dat andere wettelijke opdrachten heeft.

III.- Conclusies en aanbevelingen

De Academie wenst volgende conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de wetgever en het Fonds Medische Ongevallen te formuleren.

A- Wat het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen betreft

- Het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen moet zo ruim mogelijk zijn. Het volstaat dat er sprake is van gezondheidszorg verstrekt door een zorgverlener. Dit heeft tot gevolg, dat zowel de verstrekkingen van gezondheidszorg met een esthetisch doel die niet door het RIZIV terugbetaald worden, als de schade veroorzaakt door gezondheidszorg met een gebrekkig product (een geneesmiddel, medische apparatuur, prothese, besmet bloed, enz.) onder het toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen zouden moeten vallen.

Voor het eerste is een wetswijziging nodig, voor het tweede volstaat een beleidsbeslissing van het Fonds Medische Ongevallen.

- Gelet op de rechtsonzekerheid en de tegenstrijdige rechtspraak over het lot van de vorderingen wegens “wrongful birth”, “wrongful pregnancy” en “wrongful life”, zouden dit soort vorderingen wettelijke geregeld moeten worden. Dit zou ook aan het Fonds Medische Ongevallen de nodige rechtszekerheid bieden.

- De wetgever zou zijn belofte moeten nakomen en moeten zorgen voor een wettelijke regeling van een schadevergoeding voor de slachtoffers van hepatitis C (bloedtransfusie vóór 1 juli 1990) en thalidomide (inname van Softenon tussen 1960 en 1962).

B- Wat de werking van het Fonds Medische Ongevallen betreft

- Het Fonds Medische Ongevallen moet een onafhankelijk fonds zijn en zou dus beter worden geïntegreerd in de FOD Volksgezondheid dan in het RIZIV.

- Het Fonds Medische Ongevallen moet dringend een eigen website krijgen, waarop iedereen alle informatie kan vinden over de toegang en de werking van het fonds, de schadevergoedingsvoorwaarden en de (geanonimiseerde) uitspraken van het fonds. Hiervoor kan de Franse tegenhanger inspiratie bieden: www.oniam.fr.

³⁰ Memorie van toelichting, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 2240/001, p. 17.

- Vermits de schadedrempels om een schadevergoeding van het Fonds Medische Ongevallen te verkrijgen vrij hoog zijn, en vermits het fonds jaarlijks gemiddeld slechts tachtig patiënten zal vergoeden, moet in de informatie aan de bevolking en op de website benadrukt worden, dat het fonds slechts in uitzonderlijke gevallen zal tussenkomen;
- Een mogelijkheid om meer patiënten te vergoeden, bestaat erin om aan de schadedrempel van minstens zes maanden arbeidsongeschiktheid geen percentage te verbinden, en dus ook bij een *gedeeltelijke* arbeidsongeschiktheid van zes maanden de schade te vergoeden. Aangezien de wet geen percentage vermeldt, kan dit zonder wetswijziging doorgevoerd worden.
- De wetgever moet in een voldoende hoog budget voorzien, opdat het Fonds Medische Ongevallen degelijke experts kan aanwerven, van wie het advies door alle partijen aanvaard zal worden. De succesvolle werking van het Fonds Medische Ongevallen zal immers hoofdzakelijk afhangen van de ernst en de snelheid waarmee experts hun werk verrichten.
- De wetgever zou jaarlijks de evolutie van de verzekeringspremies van zorgverleners moeten evalueren, daar het voorspelbaar is, dat het aantal patiënten dat op een schadevergoeding aanspraak maakt, zal stijgen, en dat de verzekeraars meer schadevergoedingen zullen moeten uitbetalen, wat op de zorgverleners zal worden verhaald.
- Het Fonds Medische Ongevallen zou dringend werk moeten maken van de preventie van ongevallen en de aanwerving van gekwalificeerd personeel hiervoor.

Bijlage 1:

Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

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 » : het Fonds bedoeld in artikel 6;

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. - Het Fonds voor de medische ongevallen

Art. 6. Er wordt een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht, genaamd « Fonds voor de medische ongevallen », die ingedeeld wordt in de categorie B bepaald bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.

Onverminderd de wet van 16 maart 1954 en deze wet bepaalt de Koning de regelen betreffende de organisatie en de werking van het Fonds.

Art. 7. § 1. De raad van bestuur van het Fonds is samengesteld als volgt :

1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;

2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en de representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;

3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;

4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waaronder minstens drie artsen;

6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waaronder minstens een geneesheer-hygiënist;

7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;

8° twee professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

De raad van bestuur en elk van de groepen die erin zijn vertegenwoordigd tellen evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te oordelen of deze laatste voorwaarde is vervuld worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen beschouwd als één enkele groep.

De voorzitter en de ondervoorzitter behoren tot een verschillende taalrol.

§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen.

Hij benoemt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden voor een hernieuwbaar mandaat van zes jaar. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen.

§ 3. De Koning bepaalt de vergoedingen en het presentiegeld van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de raad van bestuur van het Fonds.

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. § 1. De personeelsformatie van het Fonds moet het dit Fonds mogelijk maken over de noodzakelijke deskundigheid te beschikken om in het bijzonder zijn medische en juridische opdrachten te vervullen.

§ 2. De leden van de raad van bestuur en het personeel van het Fonds, alsook alle permanente of occasionele medewerkers ervan, zijn gebonden door het beroepsgeheim. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hen van toepassing.

Art. 10. Voor de uitvoering van zijn taken kan het Fonds gefinancierd worden door :

1° een jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad;

2° de opbrengst van de subrogatievorderingen, die worden uitgeoefend overeenkomstig de artikelen 28, 30, 31 en 32;

3° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt;

4° de vergoedingen die aan het Fonds verschuldigd zijn krachtens de artikelen 15, zesde lid, en 31, zesde lid.

Art. 11. § 1. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stelt de diensten, het personeel, de uitrustingen en de installaties die vereist zijn voor de werking van het Fonds tegen betaling ter beschikking ervan.

§ 2. De Koning kan ook statutaire of contractuele ambtenaren van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of een andere openbare dienst naar het Fonds overdragen.

De Koning stelt de nadere regels voor de overdracht van het personeel vast bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Deze overdracht van personeel naar het Fonds gebeurt met behoud van graad en hoedanigheid. De betrokken ambtenaren behouden hun geldelijke en administratieve anciënniteit.

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 verzwaaring 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, 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, 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*.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 31 maart 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

De Minister van Justi[t]ie,
S. DE CLERCK

De Minister van Financiën,
D. REYNDERS

Met 's Lands zegel gezegeld :
De Minister van Justitie,
S. DE CLERCK

Nota

(1) *Zitting 2009-2010.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Stukken. - Wetsontwerp, 52-2240 - Nr. 1. - Amendementen, 52-2240 - Nrs. 2 tot 5. - Verslag, 52-2240 - Nr. 6. - Tekst aangenomen door de commissie, 52-2240 - Nr. 7. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 52-2240 - Nr. 8.
Integraal Verslag. - 4 maart 2010.

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Stukken. - Wetsontwerp, 52-2241 - Nr. 1. - Tekst verbeterd door de commissie, 52-2241 - Nr. 2. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 52-2241 - Nr. 1.

Integraal Verslag.- 4 maart 2010.

Senaat.

Stukken. - Ontwerp niet geëvoceerd door de Senaat, 4-1691 - Nr. 1.