



## Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheids- zorg

Naar aanleiding van de veelvuldige kritiek op de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, werd besloten om een nieuwe wet te stemmen.

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg organiseert een nieuw vergoedingssysteem en heft de wet van 15 mei 2007 op.

Met betrekking tot de inwerkingtreding dient verwezen te worden naar artikel 35 van de wet

- § 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.

Het nieuwe systeem zal in werking treden op een nader te bepalen datum door de Koning. De artikelen met betrekking tot de creatie van het Fonds zijn daarentegen reeds wel in werking getreden.

### I. Nieuwigheden van de wet van 31 maart 2010.

De wet van 31 maart 2010 tracht in de eerste plaats een antwoord te bieden op de pijnpunten die de vorige wet verweten werden. De voornaamste nieuwigheid is het instellen van een twee-sporen-systeem voor het verkrijgen van een schadevergoeding. Het slachtoffer heeft de keuze om via de rechtbank dan wel via het Fonds voor medische ongevallen ingesteld door de wet, schadevergoeding te eisen.

Een tweede nieuwigheid is dat men niet langer spreekt van de noties 'fout' en 'therapeutisch risico' maar van "het feit dat aanleiding geeft tot aansprakelijkheid" en van "medisch ongeval zonder aansprakelijkheid". De wet van 31 maart 2010 definieert schade als gevolg van gezondheidszorg als:

*"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".*

Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is:

*"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 wet verduidelijkt dat het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid" zijn.*

In tegenstelling tot dat wat de wet van 2007 voorzag, voorziet de nieuwe wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg dat de vergoeding integraal moet zijn. Er zijn geen plafonds of vrijstellingen voorzien.

## II. Opdrachten van het Fonds

Om schadeloos gesteld te worden, moest het slachtoffer in principe de fout van de zorgverlener, de schade en het oorzakelijk verband bewijzen. Voortaan kan het slachtoffer van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid getroffen door abnormale schade tijdens het verstrekken van gezondheidszorg door een zorgverlener, vergoed worden zonder het bewijs van een fout te moeten leveren.

De schade wordt als abnormaal beschouwd:

*“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”.*

Om vergoed te worden door het Fonds, moet de schade wel ernstig genoeg zijn. Dat betekent dat één van volgende vier voorwaarden vervuld moet zijn :

- “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”.*

Van het toepassingsgebied van de wet worden uitgesloten, zowel de schade die het gevolg is van een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon als de schade die het gevolg is van 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.

Het Fonds heeft niet alleen de opdracht om de schade die het gevolg is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid te vergoeden zoals hierboven uitgelegd. Artikel 4 van de wet voorziet dat het Fonds het slachtoffer ook vergoedt wanneer: (1°) het Fonds oordeelt 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, of (2°) wanneer het Fonds oordeelt dat de schade is 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, of (3°) nog 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.

In deze gevallen vergoedt het Fonds het slachtoffer en treedt het in de rechten van de aanvrager om zich te laten terugbetalen door de zorgverlener of zijn verzekeraar.



Wet van  
31 maart 2010  
betreffende de  
vergoeding van  
schade als  
gevolg van  
gezondheids-  
zorg  
vervolg

### III. Procedure voor het Fonds

Eenieder die van oordeel is dat hij schade ten gevolge van gezondheidszorg heeft geleden (of zijn rechthebbenden) kan 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.

Om ontvankelijk te zijn, moet de aanvraag aan het Fonds worden gericht binnen de vijf jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gekregen 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. In ieder geval wordt de aanvraag aan het Fonds gericht binnen de twintig jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.

Opdat de aanvraag ontvankelijk zou zijn, mag de aanvrager voor dezelfde schade geen voorstel tot definitieve vergoeding aanvaard hebben of reeds schadevergoeding ontvangen hebben van het Fonds of krachtens een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak. De aanvraag zal tevens onontvankelijk zijn indien een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak de aanvraag tot vergoeding van de schade niet gegrond verklaard heeft.

De procedure voor het Fonds is gratis voor de aanvrager en de partijen kunnen zich laten bijstaan door een persoon naar keuze.

### IV. Advies en voorstel van het Fonds

Binnen een termijn van zes maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag formuleert het Fonds een met redenen omkleed advies waarin het ofwel uiteenzet dat de schade als gevolg van gezondheidszorg één van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners (het vermeldt of de aansprakelijkheid van deze zorgverlener of die zorgverleners gedekt is door een verzekeringsovereenkomst inzake aansprakelijkheid en in de kennisgeving van het advies verzoekt het de verzekeraar een voorstel tot vergoeding te doen), ofwel in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (het Fonds vermeldt of de schade de nodige ernst vertoont), ofwel dat de schade onder geen enkele van deze categorieën ressorteert.

Wanneer uit het advies blijkt dat er aanleiding is tot vergoeding, 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. De aanvrager heeft dan de keuze om al dan niet te aanvaarden. Indien het slachtoffer het voorstel weigert, dan kan hij zijn geschil voorleggen aan de rechtbank binnen een termijn van drie maanden.

Wanneer de schade kan worden berekend, vermeldt het voorstel een definitief bedrag. Indien dit niet het geval is, is de vergoeding voorlopig 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. Wanneer de schade volledig kan worden berekend of wanneer ze aanzienlijk evolueerde, stuurt de aanvrager een aanvullende aanvraag naar het Fonds.

Het hof van Cassatie heeft in het arrest van 14 september 2009 beslist dat overeenkomstig artikel 137, vierde lid van de Ziekenhuiswet gecoördineerd op 10 juli 2008 een afzetting om dringende reden niet zonder advies van de medische raad gegeven kan worden, wanneer het feit ter rechtvaardiging ervan sinds ten minste drie werkdagen bekend is aan de beheerder die er zich op beroept. Indien het feit dat de afzetting om dringende reden rechtvaardigt in een voortdurende tekortkoming bestaat, oordeelt de ziekenhuisbeheerder zelf het tijdstip vanaf wanneer die tekortkoming elke professionele samenwerking onmiddellijk en definitief onmogelijk maakt.

Bij het Grondwettelijk Hof was een verzoek ingediend tot vernietiging van artikel 152, §2 tweede lid en §4 tweede lid van de Ziekenhuiswet dat de verbintenistarieven en het aanrekenen van supplementen van geconventioneerde en niet-geconventioneerde geneesheren regelt. De indieners van het verzoek tot vernietiging bekritiseerden de uitbreiding van de onmogelijkheid om honorariumsupplementen in de volgende twee hypothesen aan te rekenen: wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen en wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen. Er werd een schending aangevoerd van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet (gelijkheidsbeginsel) in zoverre artikel 152 van de Ziekenhuiswet de verbonden en de niet-verbonden geneesheren op identieke wijze zou behandelen ten aanzien van de mogelijkheden om honorariumsupplementen aan te rekenen en, anderzijds, in zoverre zij een onverantwoord verschil in behandeling zou invoeren onder de niet-verbonden geneesheren of onder de geneesheren indien geen akkoord van kracht is, naargelang hun patiënt wordt opgenomen in een individuele kamer wegens de onbeschikbaarheid van een andere kamer of om medische redenen, alsook een onverantwoord verschil in behandeling onder de patiënten. Het Grondwettelijk Hof oordeelde in een arrest van 29 oktober 2009 dat vermits de beslissing om al dan niet tot de akkoorden toe te treden aan de beoordeling van de geneesheren wordt overgelaten en ieder van hen vrij kan bepalen dat te doen, de bestreden maatregel niet *a priori* als discriminerend moet worden beschouwd. Door te beletten om af te wijken van de verbintenistarieven of van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming heeft de wetgever een maatregel genomen die redelijk is verantwoord. Er kan immers worden vermoed dat de personen die in een individuele kamer moeten verblijven om redenen die verband houden met hun gezondheidstoestand of met de technische voorwaarden van het onderzoek, de behandeling of het toezicht of om redenen die verband houden met de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken van onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers niet de mogelijkheid hebben gehad het tarief van de verzorging dat op hen zou worden toegepast, te beoordelen en te bespreken, in tegenstelling tot de patiënten die vragen om in een individuele kamer te verblijven nadat zij op voldoende wijze zijn ingelicht over de gevolgen van hun keuze. Het Grondwettelijk Hof heeft het beroep dus verworpen. Artikel 152 van de Ziekenhuiswet blijft bijgevolg bestaan.

\*

Voor vragen of opmerkingen bij deze nieuwsbrief kan u steeds terecht bij  
Mr. Stefaan Callens ([stefaan.callens@callens-law.be](mailto:stefaan.callens@callens-law.be)) (ver. uitg.).