

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 februari 2010

WETSONTWERP

**betreffende de vergoeding van schade als
gevolg van gezondheidszorg**

AMENDEMENTEN

Nr. 14 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 2

Het 4° aanvullen met wat volgt:

“contraceptie, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, medisch begeleide voortplanting, zwangerschapsbegeleiding, het uitvoeren van bevallingen en de donatie van organen en menselijk lichaamsmateriaal worden eveneens beschouwd als vestrekkingen van gezondheidszorg;”.

VERANTWOORDING

Deze aanvulling is nodig, want het is niet zeker dat die prestaties onder de voorgestelde definitie vallen.

Voorgaande documenten:

Doc 52 **2240/ (2009/2010):**
001: Wetsontwerp.
002 tot 004: Amendementen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 février 2010

PROJET DE LOI

**relatif à l'indemnisation des dommages
résultant de soins de santé**

AMENDEMENTS

N° 14 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 2

Compléter le point 4° par les mots suivants:

“la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la procréation médicalement assistée, l'accompagnement de la grossesse, l'accouchement et le don d'organes et de matériel corporel humain sont également considérés comme prestations de soins de santé.”.

JUSTIFICATION

Il n'est pas certain que ces prestations entrent dans la définition proposée.

Documents précédents:

Doc 52 **2240/ (2009/2010):**
001: Projet de loi.
002 à 004: Amendements.

Nr. 15 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 2

Het 5° aanvullen met wat volgt:

“foetussen en embryo’s worden eveneens beschouwd als patiënten;”.

VERANTWOORDING

In geval van een ingreep bij de moeder is het van belang dat ook vergoeding mogelijk is voor de eventuele schade die het kind ondervindt.

Nr. 16 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 2

Het 6° aanvullen met wat volgt:

“wanneer de aanvrager niet alleen het bestaan van de hierboven bedoelde schade aantoont, maar ook een verband tussen de verrichting of het verzuim van een gezondheidszorgverstrekking, wordt, tot bewijs van het tegendeel, de schade geacht te zijn veroorzaakt door een medisch ongeval.”.

VERANTWOORDING

Vaak is het onmogelijk het oorzakelijk verband aan te tonen tussen de medische handeling en de schade. In die gevallen kan het Fonds dus niet optreden. Door dat weerlegbare vermoeden in te voeren, wordt het veel makkelijker aanspraak te maken op een vergoeding van de geleden schade. Het Fonds moet dan aantonen dat er toch géén sprake was van een oorzakelijk verband.

Er zij op gewezen dat inzake arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971) al een soortgelijke bepaling bestaat.

Nr. 17 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 2

Het 7° vervangen door wat volgt:

“7° “medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”: een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg en dat:

— geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, en

N° 15 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 2

Compléter le point 5° par les mots suivants:

“le fœtus et l’embryon sont également considérés comme étant un patient;”.

JUSTIFICATION

En cas d’intervention sur la mère, il importe de prévoir que des dommages occasionnés sur l’enfant puissent faire l’objet d’une réparation également.

N° 16 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 2

Compléter le point 6° par les mots suivants:

“Lorsque le demandeur établit, outre l’existence d’un dommage comme visé ci-dessus, une relation entre la réalisation ou l’omission d’une prestation de soins de santé, le dommage est présumé, jusqu’à preuve du contraire, trouver sa cause dans un accident médical.”.

JUSTIFICATION

Dans de nombreuses situations, il sera impossible d’établir un lien de causalité certaine entre l’acte médical et le dommage. Dans ce cas, le Fonds ne pourra dès lors intervenir. En introduisant cette présomption réfragable, on facilite fortement l’accès à la réparation du dommage. Il appartient à ce moment là au fonds de prouver qu’il n’y éventuellement pas de lien de causalité.

À noter qu’une disposition analogue existe en matière d’accident du travail (loi du 10 avril 1971).

N° 17 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 2

Remplacer le point 7° comme suit:

“7° “accident médical sans responsabilité”: un accident lié à une prestation de soins de santé:

— qui n’engage pas la responsabilité d’un prestataire de soins,

— voor de patiënt abnormale schade meebrengt.

Abnormale schade is die welke niet wordt gerekend tot de meest waarschijnlijke gevolgen van een zorgverstrekking, rekening houdend met de toestand van de patiënt en de huidige stand van de wetenschap.

Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.”

VERANTWOORDING

Het wetsvoorstel houdt geen rekening met situaties waarbij gekende, maar zeldzame neveneffecten optreden, zoals verlamming na een heelkundige ingreep voor een discushernia. De wetenschap houdt er rekening mee dat in sommige gevallen een dergelijk ongeval kan optreden.

Nr. 18 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Art. 2

Een 7/1 invoegen, luidende:

“7/1. De ziekenhuizen zijn aansprakelijk voor de schade als gevolg van de in hun instelling opgelopen ziekenhuisinfecties, tenzij ze het bestaan van een externe oorzaak bewijzen.”

VERANTWOORDING

Het is aangewezen in de ontworpen wet duidelijk aan te geven dat ook ziekenhuisinfecties tot het toepassingsgebied van de wet behoren, aangezien zulks uitdrukkelijk wordt vermeld in de memorie van toelichting. Naar het voorbeeld van de wet van 15 mei 2007 dient a priori te worden bepaald dat de ziekenhuizen aansprakelijk zijn voor de in hun instelling opgelopen ziekenhuisinfecties, tenzij ze het tegendeel kunnen bewijzen.

Nr. 19 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Art. 2

Het 12° aanvullen met wat volgt:

“12° “ziekenhuisinfectie”: een infectie die de patiënt oploopt als gevolg van de verleende zorg.”

— qui cause au patient un dommage anormal.

Est anormal le dommage qui n'est pas une des conséquences les plus probables d'une prestation de soins de santé compte tenu de l'état de santé du patient et compte tenu de l'état actuel de la science.

L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.”

JUSTIFICATION

Le texte proposé ne permet pas de prendre en compte les situations d'effets secondaires connus mais peu fréquents, comme par exemple une paralysie faisant suite à une intervention chirurgicale sur hernie discale. La science prévoit également ce genre d'accident qui peut survenir parfois.

N° 18 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 2

Dans cet article, insérer un point 7/1, rédigé comme suit:

“7/1. Une infection nosocomiale est considérée comme accident médical. Les hôpitaux sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.”

JUSTIFICATION

Il est préférable également d'indiquer clairement dans la loi que les infections nosocomiales sont prises en considération puisque l'exposé des motifs le prévoit. Comme le prévoyait la loi de 2007, il est préférable de prévoir qu'a priori ce sont les hôpitaux qui sont responsables de maladies nosocomiales, sauf s'ils peuvent apporter la preuve du contraire.

N° 19 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 2

Compléter cet article par un point 12, rédigé comme suit:

“12° “maladie nosocomiale”: une infection contractée par le patient à l'occasion d'une prestation de soins de santé.”

VERANTWOORDING

Aangezien dit wetsontwerp strekt tot opheffing van de wet van 15 mei 2007, waarin schade als gevolg van infecties wordt omschreven, is het van belang dat in dit wetsontwerp de ziekenhuisinfecties worden gedefinieerd.

Nr. 20 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Art. 5

Het 2° vervangen door wat volgt:

“2° de patiënt is over een periode van 12 maanden minstens zes maanden tijdelijk ongeschikt om huishoudelijk werk te verrichten, school te lopen of te werken. De Koning kan die criteria verruimen als na evaluatie blijkt dat zij te beperkend zijn en dat te veel personen die schade hebben geleden, daardoor niet voor een vergoeding in aanmerking komen;”

VERANTWOORDING

Het begrip “arbeidsongeschiktheid”, zoals dat is gedefinieerd in het wetsontwerp, sluit uit dat kinderen, personen ten laste en bejaarden in aanmerking komen voor een vergoeding, terwijl ook hun geval bijzonder ernstig kan zijn. Dit amendement beoogt dat knelpunt weg te werken.

Er wordt in een machtiging aan de Koning voorzien om die criteria te kunnen verruimen als die te restrictief zouden blijken. Volgens de vereniging *Erreurs médicales* leiden medische ongevallen in slechts 10 % van de gevallen tot een ongeschiktheid van meer dan 25 %. Hoewel het aangewezen is de lat van bij het begin voldoende hoog te leggen, doet men er goed aan meteen de mogelijkheid van een verlaging in te bouwen, mocht blijken dat onvoldoende personen voor een vergoeding in aanmerking komen.

Nr. 21 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Art. 9/1 (nieuw)

Een artikel 9/1 invoegen, luidende:

“Art. 9/1. De bestuurder van het Fonds moet ten minste aan de volgende criteria voldoen:

1° gedurende een tijdvak van vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming, geen mandaat van niet-uitvoerend bestuurder, van uitvoerend bestuurder, van lid van het directiecomité, van persoon belast met het dagelijks bestuur of van kaderlid in een verzekeringsonderneming hebben uitgeoefend;

JUSTIFICATION

Ce projet abrogeant la loi du 15 mars 2007 où étaient définies les maladies nosocomiales, il importe de réintroduire la définition dans ce projet-ci.

N° 20 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 5

Remplacer le 2° comme suit:

“2° le patient subit une incapacité temporaire ménagère, scolaire ou de travail pendant au moins 6 mois sur une période de 12 mois. Le Roi peut élargir ces critères s’il s’avère, après évaluation, qu’ils sont trop restrictifs et empêchent trop de personnes ayant subi des dommages d’accéder à l’indemnisation.”

JUSTIFICATION

La notion d’incapacité de travail telle que définie dans le projet exclut l’indemnisation des enfants, des personnes à charge et des personnes âgées alors que leur cas peut aussi être manifestement grave. Cet amendement permet d’y remédier.

Une délégation au Roi est prévue pour permettre un élargissement des critères au cas où ils s’avéreraient trop restrictifs. Selon l’association *Erreurs médicales*, seuls 10 % des accidents médicaux provoquent une incapacité supérieure à 25 %. Si donc il est prudent de mettre la barre assez haut pour commencer, il vaut mieux prévoir dès à présent une possibilité de la baisser s’il s’avérait que trop de personnes sont indemnisées.

N° 21 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 9/1 (nouveau)

Insérer un article 9/1, rédigé comme suit:

“Art. 9/1. L’administrateur du Fonds doit au moins répondre aux critères suivants:

1° durant une période de cinq années précédant sa nomination, ne pas avoir exercé un mandat d’administrateur non-exécutif, d’administrateur exécutif, de membre du comité de direction, de délégué à la gestion journalière ou de cadre auprès d’une entreprise d’assurances;

2° niet meer dan twee opeenvolgende mandaten als niet-uitvoerend bestuurder in de raad van bestuur van het Fonds hebben uitgeoefend, dan wel dat voor een periode langer dan twaalf jaar hebben gedaan;

3° van een verzekeringsonderneming geen vergoeding of ander belangrijk voordeel van vermogensrechtelijke aard ontvangen of hebben ontvangen;

4° geen maatschappelijke rechten van een verzekeringsonderneming bezitten in de periode waarin het mandaat van bestuurder wordt uitgeoefend, noch in een periode van twee jaar voorafgaand aan de uitoefening van dat mandaat;

5° geen significante zakelijke relatie hebben of in het voorbije boekjaar hebben gehad met een verzekeringsonderneming of met een daarmee verbonden persoon, noch rechtstreeks noch als vennoot, aandeelhouder, lid van het beheersorgaan of van het leidinggevend personeel, in de zin van artikel 19, 2°, van de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven, van een vennootschap of persoon die een dergelijke relatie onderhoudt;

6° geen echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of bloed- of aanverwanten tot de vierde graad hebben die in de verzekeringsonderneming of in een daarmee verbonden vennootschap een mandaat uitoefenen van bestuurder, zaakvoerder, lid van het directiecomité, persoon belast met het dagelijks bestuur of lid van het leidinggevend personeel, in de zin van artikel 19, 2°, van de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven, of die zich een van de andere in de 1° tot 7° beschreven gevallen bevinden.

De Koning kan voorzien in bijkomende of strengere criteria.”

Nr. 22 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Art. 4

In het 1°, de woorden “wanneer de schade is veroorzaakt door” **vervangen door de woorden** “wanneer de schade gerelateerd is aan”.

VERANTWOORDING

In tal van situaties kan het oorzakelijk verband tussen de handeling en de schade niet met zekerheid worden vastgesteld. In die gevallen dreigen de vergoedingsaanvragen te worden verworpen, ook al is het zeer waarschijnlijk dat dit oorzakelijk verband bestaat. Dankzij de hier voorgestelde formulering behoudt het Fonds een beoordelingsbevoegdheid.

2° ne pas avoir siégé au conseil d'administration du Fonds en tant qu'administrateur non-exécutif pendant plus de deux mandats successifs ou pour une durée excédant douze années;

3° ne pas recevoir, ni avoir reçu, de rémunération ou un autre avantage significatif de nature patrimoniale d'une entreprise d'assurances;

4° ne détenir aucun droit social dans une entreprise d'assurances durant la période pendant laquelle le mandat d'administrateur est exercé, ni durant une période de deux ans précédant l'exercice de ce mandat;

5° ne pas entretenir, ni avoir entretenu au cours du dernier exercice social, une relation d'affaires significative avec une entreprise d'assurances ou personne liée à celle-ci, ni directement ni en qualité d'associé, d'actionnaire, de membre de l'organe de gestion ou de membre du personnel de direction, au sens de l'article 19, 2°, de la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie, d'une société ou personne entretenant une telle relation;

6° ne pas avoir, ni au sein d'une entreprise d'assurance, ni au sein d'une société liée à celle-ci, ni conjoint, ni une personne avec laquelle il cohabite légalement, ni parents, ni alliés jusqu'au quatrième degré exerçant un mandat d'administrateur, de gérant, de membre du comité de direction, de délégué à la gestion journalière ou membre du personnel de direction, au sens de l'article 19, 2°, de la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie, ou se trouvant dans un des autres cas définis aux points 1° à 7°.

Le Roi peut prévoir des critères additionnels ou plus sévères.”

N° 22 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 4

Au point 1^{er}, remplacer les mots “lorsque le dommage trouve sa cause dans” **par les mots** “lorsque le dommage est en relation avec”.

JUSTIFICATION

Il existe nombreuses relations où le lien de causalité entre l'acte et le dommage n'est pas possible à établir avec certitude. Dans ce cas, les demandes risquent d'être rejetées même s'il est très probable que ce lien existe. Avec cette formulation, on laisse un pouvoir d'appréciation au Fonds.

Nr. 23 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 26

In het eerste lid, het cijfer “60” vervangen door het cijfer “90”.

VERANTWOORDING

Met zestig dagen beschikt de aanvrager over weinig tijd om zich over het voorstel van het Fonds uit te spreken. Terzake kunnen expertises, adviezen enzovoort vereist zijn.

Nr. 24 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 5

Het 1° aanvullen met de woorden:

“, volgens de Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit”.

VERANTWOORDING

Om bepaalde geschillen te voorkomen, verdient het de voorkeur in de wet aan te geven naar welke schaal wordt verwezen.

Nr. 25 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**Art. 34/1 (*nieuw*)

In hoofdstuk 5 een artikel 34/1 invoegen, luidende:

“Art. 34/1. Artikel 35septies van het koninklijk besluit Nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ingevoegd bij de wet van 19 december 1990, wordt aangevuld met de volgende bepaling:

“Bovendien kan die erkenning alleen wordt verleend en gehandhaafd als de beoefenaar van het gezondheidszorgberoep kan aantonen dat hij een verzekering heeft gesloten bij een verzekeringsmaatschappij, overeenkomstig artikel 11/1 van de wet van ... betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.”.

N° 23 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 26

Remplacer le nombre “60” par le nombre “90”.

JUSTIFICATION

60 jours, c'est peu pour que le demandeur puisse se prononcer sur la proposition du Fonds. Cela peut nécessiter des avis, des expertises...

N° 24 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 5

Compléter le 1° par les mots suivants:

“selon le barème officiel belge des invalidités”.

JUSTIFICATION

Pour éviter certains litiges, il est préférable d'explicitier dans la loi à quel barème on fait référence.

N° 25 DE MMES **GERKENS ET SNOY**Art. 34/1 (*nouveau*)

Dans le chapitre 5, insérer un article 34/1, rédigé comme suit:

“Art. 34/1. L'article 35septies de l'AR n° 78 du 10 novembre 1967 est complété par l'alinéa suivant:

“En outre, cette agrégation ne pourra être accordée et maintenue que si le professionnel de santé peut apporter la preuve qu'il a souscrit une assurance auprès d'une entreprise d'assurance, conformément à l'article 11 /1 de la loi du ... relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.”.

VERANTWOORDING

Zich verzekeren, wordt aldus een verplichting. Thans voorziet de wet niet in die verplichting. Het gaat om een door de Orde van Geneesheren voorgeschreven gedragsregel, waarop geen enkele controle wordt uitgeoefend. Dit amendement voorziet in een sanctie als de zorgverlener niet verzekerd is, aangezien hij dan zijn erkenning verliest. Dit amendement houdt verband met amendement nr. 13.

Nr. 26 VAN DE DAMES GERKENS EN SNOY

Hoofdstuk 3/1 (*nieuw*)

Een hoofdstuk 3/1 invoegen, dat artikel 11/1 bevat, luidende:

“Hoofdstuk 3/1: Verplichte verzekering

Art.11/1. § 1. Om de schade te vergoeden die aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, moet deze een verzekering sluiten bij een verzekeringsonderneming, overeenkomstig de bepalingen in §§ 2, 3 en 4.

Met uitzondering van de tegenstrijdige bepalingen vervat in deze wet zijn de bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst toepasselijk op de overeenkomsten bedoeld in het eerste lid.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van § 3 dekt de verzekeringsonderneming alle risico's die een gevolg zijn van een schadegeval dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener.

De verzekeringsovereenkomst moet ook alle risico's dekken die het gevolg zijn van schade veroorzaakt door de organen en de aangestelden van een zorgverlener wanneer zij onder de verantwoordelijkheid en de controle van deze laatste handelen.

§ 3. De verzekeringsovereenkomst moet alle verstrekkingen dekken van personen die werkzaam zijn in de verzorgingsinstelling, alsook alle verstrekkingen die onder de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar worden uitgevoerd.

Behoudens enige andersluidende bepaling dekt de verzekering van een verzorgingsinstelling alle verstrekkingen van alle beroepsbeoefenaars die er een activiteit in hoofd- of bijberoep uitoefenen.

JUSTIFICATION

On introduit ici l'obligation d'assurance. Cette obligation n'est pas inscrite dans la loi aujourd'hui: c'est une règle déontologique édictée par l'ordre des médecins. Elle n'est absolument pas contrôlée. On prévoit ici une sanction en cas de non assurance: le prestataire perd son agrément. Cet amendement est lié à l'amendement n°13.

N° 26 DE MMES GERKENS ET SNOY

Art. 3/1 (*nouveau*)

Insérer un chapitre 3/1, comprenant l'article 11/1, rédigé comme suit:

“Chapitre 3/1: obligation d'assurance

Art. 11/1. § 1^{er}. En vue de la réparation des dommages engageant la responsabilité du prestataire de soins, celui-ci est tenu de souscrire une assurance auprès d'une entreprise d'assurances, conformément aux dispositions des §§ 2, 3 et 4.

À l'exception des disposition contraires figurant dans la présente loi, les dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre s'appliquent aux contrats visés à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Sans préjudice des dispositions du § 3, l'entreprise d'assurances couvre tous les risques résultant de la survenance d'un dommage engageant la responsabilité du prestataire.

Le contrat d'assurance doit également couvrir tous les risques résultant d'un dommage causé par les organes et les préposés d'un prestataire de soins lorsqu'ils agissent sous la responsabilité et le contrôle de ce dernier.

§ 3. Le contrat d'assurance doit couvrir toutes les prestations des personnes travaillant au sein de l'institution de soins de santé et toutes les prestations effectuées sous la responsabilité du praticien.

Sauf disposition contraire, l'assurance d'une institution de soins couvre toutes les prestations de tous les praticiens y exerçant à titre principal ou accessoire.

De in het tweede lid bedoelde andersluidende bepaling kan niet tot gevolg hebben dat de verzorgingsinstelling er niet toe gehouden is alle verstrekkingen die door de beroepsbeoefenaars in de verzorgingsinstelling worden uitgevoerd te dekken.

De bepalingen betreffende het doorberekenen van de te betalen individuele premies overeenkomstig de door een verzorgingsinstelling gesloten groepsverzekering zijn opgenomen in de Algemene Regeling van rechtsverhoudingen van elke verzorgingsinstelling; zij waarborgen de mogelijkheid tot jaarlijkse aanpassing van de individuele premies van elke beroepsbeoefenaar op basis van zijn specialisme en van zijn activiteit, zonder dat het doorberekenen van deze premies de reële kosten mogen overschrijden.

§ 4. De verzekeraar staat in voor de schade die wordt veroorzaakt door opzet of door schuld, zelfs de grove schuld, van de zorgverlener.

De bedingen die tot doel zouden hebben het bereik of de termijnen van de waarborg of van de dekking te begrenzen, in te perken of op te heffen, worden voor niet-geschreven gehouden.

De waarborg mag niet worden beperkt tot een bedrag lager dan 2 176 373,29 euro per slachtoffer.

De bedragen bedoeld in dit artikel zijn gebonden aan de spilindex 103,14 (basis 1996=100) en worden aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen op eenzelfde wijze als die geldend voor de pensioenen.”.

VERANTWOORDING

Dit amendement is gekoppeld aan het vorige. De ontworpen wet zou tot gevolg kunnen hebben dat bepaalde zorgverleners liever geen verzekering aangaan. Voor de artsen bestaat er terzake een deontologische verplichting, maar die wordt absoluut niet gecontroleerd. Als een zorgverlener er niet meer in slaagt zich te verzekeren, betekent dit dat de verzekeraars vinden dat het risico te hoog is; in dat geval is het voor de volksgezondheid beter dat die zorgverlener ermee stopt of voor andere activiteiten kiest. Dit amendement stelt een verplichte verzekering in, waarbij de tekst wordt overgenomen van de wet van 15 mei 2007, die bij dit wetsontwerp wordt opgeheven.

La disposition contraire visée à l'article 2, ne peut pas avoir pour effet que l'institution de soins n'est pas tenue de couvrir l'ensemble des prestations effectuées en son sein par des praticiens.

Les dispositions relatives à la répercussion des primes individuelles à payer en application du contrat d'assurance groupe contractée par une institution de soins sont contenues dans la Réglementation générale des rapports juridiques de chaque institution de soins; elles garantissent la possibilité d'individualiser annuellement les primes de chaque praticien en fonction de sa spécialité et de son activité sans que la répercussion de ces primes puisse excéder les coûts réels.

§ 4. L'assureur répond des dommages causés par le fait ou de la faute, même lourde, du prestataire de soins.

Les clauses qui auraient pour objet de limiter, restreindre ou supprimer l'étendue ou les délais de la garantie ou de la couverture, sont réputées non écrites.

La garantie ne peut être limitée à un montant inférieur à 2 176 373,29 euros par victime.

Les montants visés au présent article sont liés à l'indice-pivot 103,14 (base 1996=100) et sont adaptés à l'indice des prix à la consommation d'une manière identique à celle en vigueur pour les pensions.”.

JUSTIFICATION

Cet amendement est lié au précédent. La présente loi pourrait avoir pour effet de dissuader certains prestataires de s'assurer. Pour les médecins, il existe une obligation déontologique mais celle-ci n'est absolument pas contrôlée. Si un prestataire n'arrive plus à s'assurer, c'est que les assurances estiment que le risque est trop important; dans ce cas il est préférable, pour la santé publique, que ce prestataire cesse ou réoriente ses activités. Cet amendement crée l'obligation de s'assurer en reprenant le texte de la loi du 15 avril 2007, abrogée par le présent projet.

Nr. 27 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 16

Dit artikel aanvullen met het volgende lid:

“Een onafhankelijk jurist en een onafhankelijk arts moeten, met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, in het dossier de voor de aanvraag relevante elementen bepalen die aan het Fonds en de partijen kunnen worden medegedeeld.”

Nr. 28 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 26/1 (nieuw)

Een artikel 26/1 invoegen, luidende:

“Art.26/1. De aanvrager heeft toegang tot het hele hem betreffende dossier.”

Nr. 29 VAN MEVROUW **LAMBERT c.s.**

Art. 7

De volgende wijzigingen aanbrengen:

1/ paragraaf 1, eerste lid, 6° aanvullen met de woorden:

“waarvan minstens een geneesheer-hygiënist”;

2/ paragraaf 1, eerste lid aanvullen met een 8°, luidende:

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

VERANTWOORDING

Tijdens de debatten in de commissie werd de wens geuit dat in het Fonds specialisten in medisch recht zouden zeten. Daarom bepaalt dit amendement een uitbreiding van de samenstelling van de raad van bestuur van het Fonds met twee, in medisch recht gespecialiseerde, professoren of docenten in de rechten.

N° 27 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 16

Compléter cet article par l’alinéa suivant:

“Il est requis qu’un juriste et un médecin indépendants déterminent dans le dossier les éléments pertinents pour la demande, qui peuvent être communiqués au Fonds et aux parties, dans le souci de la protection de la vie privée du patient.”

N° 28 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 26/1 (nouveau)

Insérer un article 26/1, rédigé comme suit:

“Art. 26/1. Le demandeur a accès à l’entièreté du dossier le concernant.”

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Thérèse SNOY (Ecolo-Groen!)

N° 29 DE MME **LAMBERT ET CONSORTS**

Art. 7

Apporter les modifications suivantes:

1/ compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 6° par les mots:

“dont au moins un médecin hygiéniste”;

2/ compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, par un 8° libellé comme suit:

“8° deux professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical”.

JUSTIFICATION

Lors des débats en commission, le souhait a été exprimé de prévoir la présence au sein du Fonds de spécialistes du droit médical. C’est la raison pour laquelle cet amendement prévoit que la composition du Conseil d’administration du Fonds est augmentée de deux professeurs ou chargés de cours en droit, spécialisés en droit médical.

Verder zijn sommigen van mening dat de artsen niet voldoende zijn vertegenwoordigd in de raad van bestuur van het Fonds. Er wordt daarom voorgesteld dat er bij de vertegenwoordigers van de zorginstellingen minstens een geneesheer-hygiënist is. Daardoor is er een minimumaanwezigheid van 4 artsen op de bank van de zorgverstrekkers (individuele en zorginstellingen), zonder echter het globale evenwicht te wijzigen van de raad van bestuur, zoals bepaald door het ontwerp.

Nr. 30 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 7

Dit artikel aanvullen met een paragraaf 3, luidende:

“§ 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.”

VERANTWOORDING

Dit is een technische aanpassing. Deze wijziging biedt een wettelijke grond voor het toekennen van presentiegeld aan de leden van de raad van bestuur van het Fonds voor medische ongevallen.

Nr. 31 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 8

In § 2, 3°, worden de woorden “aan de wetgevende Kamers” ingevoegd tussen de woorden “aan de minister” en de woorden “en aan de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”.

VERANTWOORDING

De vergoedingsvoorziening die het ontwerp wil invoeren kon bogen op de vele jaren ervaring van het Franse systeem, zodat er een stevige grond is om prognoses te maken over de werking van het Fonds in België. Bovendien heeft het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) een gedetailleerde en wetenschappelijke studie uitgevoerd over de evaluatie van de kost van het Franse systeem in België.

Het is uiteraard pas na de eerste werkingsjaren dat men zal beschikken over cijfers en over elementen die de gerealiseerde vooruitzichten bevestigen of ontkrachten en zo nodig de omkaderende regels te verfijnen.

Par ailleurs, certains estiment que les médecins ne sont pas assez représentés au sein du Conseil d'administration du Fonds. Il est dès lors proposé de prévoir que parmi les représentants des institutions de soins se trouve au moins un médecin hygiéniste. Ceci a pour conséquence de prévoir une présence minimale de 4 médecins sur le banc des prestataires de soins (individuels et institutions de soins), sans modifier cependant l'équilibre global du Conseil d'administration tel que prévu par le projet.

N° 30 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 7

Compléter cet article par un paragraphe 3, rédigé comme suit:

“§ 3. Le Roi fixe les indemnités et jetons de présence du président, du vice-président et des membres du conseil d'administration du Fonds”.

JUSTIFICATION

Il s'agit d'une simple correction technique. La présente modification vise à créer une base légale permettant d'octroyer des jetons de présence aux membres du Conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux.

N° 31 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 8

Au § 2, 3°, insérer les mots “, aux Chambres législatives” entre les mots “au ministre” et les mots “et à la Commission fédérale “Droits du patient”.

JUSTIFICATION

Le dispositif d'indemnisation que le projet envisage de mettre en place a pu bénéficier de l'expérience de plusieurs années de fonctionnement du système français, de sorte que l'on dispose ainsi de bases solides pour établir des prévisions sur le fonctionnement futur du Fonds en Belgique. Par ailleurs, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a réalisé une étude détaillée et scientifique sur l'évaluation du coût du système en français en Belgique.

Cela étant, c'est évidemment après les premières années de fonctionnement que l'on disposera des chiffres et des éléments qui permettront de confirmer ou d'infirmer les prévisions réalisées, et au besoin, d'affiner les règles qui encadreront le dispositif.

Om het Parlement rechtstreeks te betrekken bij de jaarlijkse evaluatie is het nodig om het jaarverslag van het Fonds ook aan de Kamers te richten, naast aan de minister en de federale commissie “Rechten van de patiënt”.

Nr. 32 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 10

In 4°, de woorden “van artikel 15, zesde lid”, vervangen door de woorden “van de artikelen 15, zesde lid en 31, zesde lid.”.

VERANTWOORDING

Dit is een technische wijziging die nodig werd als gevolg van amendement nr. 40 op artikel 31, dat bepaalt dat het Fonds een vaste vergoeding van 15 % kan innen van het bedrag van de vergoeding die uiteindelijk wordt toegekend aan de patiënt, wanneer de verzekeraar een voorstel heeft geformuleerd dat manifest ontoereikend is.

Nr. 33 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 12

Paragraaf 4 aanvullen met een tweede lid, luidende:

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

VERANTWOORDING

Tijdens de debatten in de commissie werd opgemerkt dat het slachtoffer zeer goed niet dadelijk een aanvraag zou kunnen indienen bij het Fonds, maar zich integendeel eerst in der minne zou kunnen wenden tot de zorgverstrekker en/of diens verzekeraar.

In dat geval zou het ideaal zijn dat de verjaring ten aanzien van het Fonds ook zou worden gestuit tijdens de periode van het rechtstreeks onderhandelen tussen het slachtoffer en de vermoedelijke verantwoordelijke voor de schade en/of diens verzekeraar.

Afin de permettre au Parlement d'être associé directement à l'évaluation qui sera faite année après année de la loi, il est proposé de prévoir que le Fonds adresse également son rapport annuel aux Chambres, à côté du ministre et de la commission fédérale “Droits du patient”.

N° 32 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 10

Au 4° remplacer les mots “de l'article 15, alinéa 6”, par les mots “des articles 15, alinéa 6 et 31, alinéa 6.”.

JUSTIFICATION

Il s'agit d'une modification technique rendue nécessaire suite à l'amendement n° 40 à l'article 31, qui prévoit que le Fonds peut être amené à percevoir une indemnité forfaitaire de 15 % du montant de l'indemnisation finalement accordée au patient lorsque l'assureur a formulé une offre manifestement insuffisante.

N° 33 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 12

Compléter le § 4 par un alinéa 2, libellé comme suit:

“La prescription est également interrompue lorsque le demandeur exprime à l'assureur du prestataire de soins ou au prestataire lui-même sa volonté d'être indemnisé. Cette interruption cesse au moment où l'assureur, ou le prestataire de soins, fait connaître par écrit, au demandeur, sa décision d'indemnisation ou son refus.”.

JUSTIFICATION

Lors des débats en commission, il a été relevé que la victime pourrait fort bien ne pas introduire tout de suite une demande devant le Fonds, mais au contraire s'adresser d'abord à l'amiable au prestataire de soins et/ou son assureur.

Dans ce cas, la prescription à l'égard du Fonds devrait idéalement être interrompue pendant la période de négociation directe entre la victime et le responsable présumé du dommage et/ou son assureur.

Dat is het voorwerp van dit amendement, dat zich hiervoor inspireert op artikel 35, § 4, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Nr. 34 VAN MEVROUW **LAMBERT c.s.**

Art. 13

De volgende wijzigingen aanbrengen:

1/ in § 1, inleidende zin, tussen de woorden “burgerlijke rechtsvorderingen” en de woorden “die zijn ingesteld”, de woorden “met betrekking tot het medische ongeval en” invoegen;

2/ in § 2, tussen de woorden “burgerlijke rechtsvorderingen” en de woorden “wordt geschorst”, de woorden “met betrekking tot dit medische ongeval” invoegen;

3/ in § 3, tussen de woorden “een rechtsvordering” en de woorden “de verjaring”, de woorden “met betrekking tot dit medische ongeval” invoegen;

4/ In § 3, de woorden “Overeenkomstig artikel 12 § 4” weglaten.

VERANTWOORDING

Een aanvraag bij het Fonds of een rechtsvordering tegen het Fonds moet de verjaring van alle burgerlijke rechtsvorderingen die op feiten van het medische ongeval steunen kunnen schorsen, zelfs indien de partijen niet dezelfde zijn, zelfs indien de juridische grondslag niet dezelfde is (aansprakelijk of niet, strafrechtelijke inbreuk of niet, producten met gebreken) (zie artikel 13, §§ 1 en 2).

Uit wederkerigheid, moeten de ondernomen stappen (art. 12, § 4) en de burgerlijke rechtsvorderingen die op de feiten van hetzelfde medische ongeval steunen ook de verjaring van de aanvraag bij het Fonds of van een rechtsvordering tegen het Fonds schorsen. (art. 13, § 2).

Nr. 35 VAN MEVROUW **LAMBERT c.s.**

Art. 15

De volgende wijzigingen aanbrengen:

1/ het zesde lid aanvullen als volgt:

“Het Fonds informeert de derde over het bedrag dat het van plan is van hem op te vragen bij wijze van forfaitaire vergoeding en nodigt hem uit haar binnen

C'est l'objet du présent amendement, qui s'inspire pour cela de l'article 35, § 4, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

N° 34 DE MME **LAMBERT ET CONSORTS**

Art. 13

Apporter les modifications suivantes:

1/ au § 1^{er}, phrase introductive, entre les mots “des actions civiles” et les mots “intentées devant les juridictions”, insérer les mots “relatives à cet accident médical”;

2/ au § 2, entre les mots “d’une action judiciaire” et les mots “est suspendue”, insérer les mots “relatives à cet accident médical”;

3/ au § 3, entre les mots “d’une action judiciaire” et le mot “suspend”, insérer les mots “relatives à cet accident médical”;

4/ au § 3, supprimer les mots: “Conformément à l’article 12 § 4”.

JUSTIFICATION

Une demande devant le Fonds ou une action contre le Fonds doit pouvoir suspendre la prescription de toutes les actions civiles qui reposent sur les faits de l'accident médical, même si les parties à la cause ne sont pas les mêmes, même si le fondement juridique n'est pas le même (responsabilité ou non, infraction pénale, ou non, produit défectueux, ...) (voir article 13, §§ 1^{er} et 2).

Réciproquement, les démarches (art. 12, § 4) et les actions civiles qui reposent sur les faits du même accident médical doivent suspendre la prescription de la demande devant le Fonds ou une action contre le Fonds, même si les parties ou les fondements juridiques ne sont pas les mêmes. (art. 13, § 3).

N° 35 DE MME **LAMBERT ET CONSORTS**

Art. 15

Apporter les modifications suivantes:

1/ compléter l’alinéa 6 comme suit:

“Le Fonds informe le prestataire de soins, ou tout autre tiers autre que le demandeur et ses ayant-droits, du montant qu’il compte lui réclamer à titre d’indemnité

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.”;

2/ tussen het zesde en het zevende lid een lid invoegen, luidende:

“Het forfaitaire bedrag vermeld in het vorige 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: 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.”;

3/ in het zevende lid, de woorden “het vorige lid” vervangen door de woorden “het zesde lid”.

VERANTWOORDING

1/ Het zesde lid wordt aangevuld om beter rekening te houden met het advies van de Raad van State, dat heeft aanbevolen om de middelen van verdediging te voorzien waarover de derde beschikt vooraleer het Fonds beslist om een sanctie op te leggen. Het ontwerp was reeds zodanig aangepast dat men de mogelijkheid voorzag voor de derde om beroep in te stellen voor de rechtbank van eerste aanleg. Dit amendement beoogt op zijn beurt om het Fonds op te leggen om voorafgaandelijk de derde uit te nodigen om haar in kennis te stellen van zijn eventuele opmerkingen binnen een termijn van 30 dagen vooraleer haar beslissing te nemen. Om vertragende manoeuvres van de derde te vermijden, is voorzien dat het Fonds geen rekening zal houden met de opmerkingen die haar na die termijn worden meegedeeld.

2/ Deze bepaling is bedoeld om de indexering te regelen van de forfaitaire vergoeding van 500 euro voorzien in het zesde lid van artikel 15. Deze indexering is jaarlijks gebaseerd op de index van de consumptieprijzen.

3/ Aangezien er een bijkomend lid tussen het zesde en het zevende lid is ingevoegd, was het nuttig om het zevende lid te wijzigen opdat dit niet meer naar het voorgaande maar wel naar het zesde lid zou verwijzen.

forfaitaire et l'invite à lui communiquer dans le mois ses éventuelles observations à cet égard. Les éventuelles observations communiquées après l'expiration de ce délai ne sont pas prises en compte.”;

2/ insérer un alinéa entre les alinéas 6 et 7, rédigé comme suit:

“La somme forfaitaire mentionnée à l'alinéa précédent est indexée le 1^{er} janvier de chaque année sur base des fluctuations de l'indice des prix à la consommation. Le montant adapté ne peut dépasser le montant qui résulte de la formule suivante: somme forfaitaire multipliée par l'indice du mois de décembre de l'année écoulée et divisée par l'indice du mois de décembre de l'année précédant l'année qui vient de s'écouler.”;

3/ dans l'alinéa 7, remplacer les mots “de l'alinéa précédent” par les mots “du sixième alinéa”.

JUSTIFICATION

1/ L'alinéa 6 est complété afin de mieux tenir compte de l'avis du Conseil d'État, qui recommandait de prévoir les moyens de défense dont dispose le prestataire de soins ou le tiers avant que le Fonds ne décide d'infliger une sanction. Le projet avait déjà été adapté de manière à prévoir la possibilité pour ces derniers d'introduire un recours devant le tribunal de 1^{re} instance. Le présent amendement vise quant à lui à imposer au Fonds d'inviter préalablement le prestataire de soins ou le tiers à lui faire part de ses éventuelles observations dans un délai de 30 jours avant de prendre sa décision. Afin d'éviter les manœuvres dilatoires de la part du prestataire de soins ou du tiers, il est prévu que le Fonds ne tiendra pas compte des observations qui lui seront communiquées après ce délai.

2/ Cette disposition vise à régler l'indexation de l'indemnité forfaitaire de 500 euros prévue à l'alinéa 6 de l'article 15. Cette indexation se base chaque année sur l'indice des prix à la consommation.

3/ Vu l'insertion d'un alinéa supplémentaire entre le sixième et le septième alinéa, il était utile de modifier l'alinéa 7 afin que celui-ci ne renvoie plus à l'alinéa précédent mais bien au sixième alinéa.

Nr. 36 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 17

Paragraaf 2 aanvullen met een nieuwe lid, luidende:

“Het Fonds volgt het verloop van het onderzoek op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijke karakter ervan wordt gerespecteerd.”.

VERANTWOORDING

De huidige memorie van toelichting vermeldt reeds dat het Fonds moet zorgen voor het correcte verloop van de expertise, evenals over de tegensprekelijkheid ervan. Desalniettemin werd het nuttig geacht dit uitdrukkelijk te vermelden in de wet zelf. Het Fonds moet zich er dus van vergewissen dat de expert de expertise correct en zonder talmen uitvoert en dat de partijen daar loyaal aan meewerken.

Het Fonds kan bijvoorbeeld een herinnering sturen naar de expert, en hem desgevallend vervangen indien hij zijn opdracht niet vervult. Indien de partijen niet loyaal meewerken aan de expertise, dan kan het Fonds de nodige maatregelen nemen (bv. inlichtingen vragen aan de partijen).

Nr. 37 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 25

Paragraaf 3 wijzigen als volgt:

1/ in het eerste lid, de laatste zin doen vervallen;

2/ het tweede lid vervangen als volgt:

“In dat geval stuurt de aanvrager wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer die significant evolueerde, een aanvullende aanvraag naar het Fonds.”.

VERANTWOORDING

Tijdens de debatten kwam de mogelijkheid aan het licht voor het Fonds (of de verzekeraar van de zorgverlener) om, in het geval dat schade die niet volledig kan worden gekwantificeerd, de vergoeding van het meest waarschijnlijke schade voor de toekomst te beperken tot een periode van 3 maanden, een probleem opleverde.

Het leek eveneens opportuun om aan de aanvrager de mogelijkheid te bieden om een aanvullende vergoeding te vragen wanneer nog niet geconsolideerde schade toch

N° 36 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 17

Compléter le paragraphe 2 par un alinéa, rédigé comme suit:

“Le Fonds suit le déroulement de l’expertise et veille notamment au respect de son caractère contradictoire.”.

JUSTIFICATION

L'actuel exposé des motifs précise déjà que le Fonds doit veiller au déroulement correct de l'expertise, ainsi qu'à son caractère contradictoire. Il a toutefois été jugé utile de le préciser expressément dans le dispositif de la loi. Le Fonds doit donc s'assurer que l'expert diligente correctement l'expertise et que les parties collaborent loyalement à celle-ci.

Le Fonds peut par exemple adresser un rappel à l'expert, et le cas échéant le remplacer s'il ne remplit pas sa mission. Si les parties ne collaborent pas loyalement à l'expertise, le Fonds peut prendre les mesures qui s'imposent (ex. demande d'information aux parties).

N° 37 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 25

À l'article 25, § 3, les modifications suivantes sont apportées:

1/ à l'alinéa 1^{er}, supprimer la dernière phrase;

2/ remplacer l'alinéa 2 comme suit:

“Dans ce cas, le demandeur adresse une demande complémentaire au Fonds lorsque le dommage peut être entièrement quantifié ou lorsque celui-ci a évolué de manière significative.”.

JUSTIFICATION

Il est apparu lors des débats que la possibilité pour le Fonds (ou l'assureur du prestataire), dans l'hypothèse d'un dommage qui ne peut être entièrement quantifié, de limiter l'indemnisation du préjudice le plus probable pour l'avenir à une période de 3 mois posait problème.

De même, il apparaît opportun de permettre au demandeur de solliciter un complément d'indemnisation lorsqu'un dommage non encore consolidé a cependant évolué de manière

substantieel evolueerde, zonder daarom te moeten wachten op de consolidering van de schade, wat soms pas na meerdere jaren kan gebeuren.

Dit amendement schaft dus de facultatieve beperking af van het meest waarschijnlijke schade voor de toekomst voor de 3 maanden volgend op de datum van het voorstel en voorziet verder de mogelijkheid om een aanvullende vergoeding te vragen wanneer niet-geconsolideerde schade op substantiële wijze evolueerde.

Nr. 38 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 26

Dit artikel vervangen als volgt:

“§ 1. De aanvrager beschikt over een termijn van 3 maanden om het voorstel tot schadevergoeding van het Fonds te aanvaarden.

Indien de aanvrager binnen deze termijn niet reageert, stuurt het Fonds hem een herinnering bij een 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 ontbreken van een reactie van hem.

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

§ 2. Alvorens een standpunt in te nemen over het voorstel van het Fonds, kan de aanvrager ook, binnen de termijn die voorzien is in § 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 vindt kan het Fonds het bedrag van zijn voorstel aanpassen.

De termijnen voorzien in § 1 worden opgeschort tijdens de duur van het onderzoeken van de opmerkingen door het Fonds, zonder dat de nog te lopen termijn ooit minder dan 2 maand mag bedragen.

Het Fonds stuurt zijn antwoord met, desgevallend een aangepaste voorstel per aangetekende brief. Deze brief vermeldt de datum waarop de nog beschikbare termijn verstrijkt alsmede de gevolgen van het ontbreken van een reactie van hem.

substantiële, sans nécessairement devoir attendre jusqu'à la consolidation du dommage qui peut parfois intervenir après plusieurs années.

Le présent amendement supprime donc la limite facultative du préjudice le plus probable pour les 3 mois suivants la date de l'offre, et prévoit par ailleurs la possibilité de demander un complément d'indemnisation lorsqu'un dommage non consolidé a évolué de manière substantielle.

N° 38 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 26

Remplacer cet article comme suit:

“§ 1^{er}. Le demandeur dispose d'un délai de 3 mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par lettre recommandée.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suite à ce rappel, l'offre est présumée refusée. L'attention du demandeur est attirée dans la lettre de rappel sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Dans le mois de l'acceptation expresse de l'offre, le Fonds paie au demandeur l'indemnité proposée.

§ 2. Avant de prendre position sur l'offre du Fonds, le demandeur peut également, dans le délai prévu au § 1^{er}, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre. S'il l'estime opportun au vu des observations du demandeur, le Fonds peut adapter le montant de son offre.

Les délais prévus au § 1^{er} sont suspendus pendant la durée d'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir ne puisse jamais être inférieur à 2 mois.

Le Fonds adresse sa réponse avec, le cas échéant, l'offre adaptée, par lettre recommandée au demandeur. Cette lettre mentionne la date d'expiration du délai encore disponible ainsi que les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

De aanvrager kan slechts één keer opmerkingen overmaken.”.

VERANTWOORDING

Tijdens de bespreking van het ontwerp bleek dat de termijn van 60 dagen waarover de aanvrager beschikt om een standpunt in te nemen over het voorstel van het Fonds te kort was, onder meer gelet op de termijn waarover de verzekeraar en het Fonds beschikken om een voorstel voor de aanvrager te formuleren, namelijk een termijn van 3 maanden. Er wordt dus voorgesteld om de termijn op 3 maanden te brengen. Naast een uitbreiding van de termijn van 30 dagen, zal de termijn ook worden berekend in maanden, wat een eenvoudigere computatiemethode biedt van de termijnen (zoveelste tot de dag vóór de zoveelste) dan met 90 dagen te moeten rekenen.

Rekening houdend met de gevolgen voor de aanvrager indien hij niet reageert op het voorstel van het Fonds is bovendien voorzien dat het Fonds hem een herinnering zal sturen indien hij zelf niet binnen de termijn van 3 maanden reageert. Deze herinneringsbrief zal een ultieme termijn van een maand doen lopen voor de aanvrager en zal zijn aandacht moeten vestigen op de gevolgen van het ontbreken van een reactie van hem.

Bovendien is het mogelijk dat de aanvrager alvorens een definitieve houding aan te nemen, een element van het voorstel van het Fonds wil betwisten of rechtzetten, of hij wil gewoon verduidelijking van het Fonds over diens hele of gedeeltelijke voorstel. De huidige tekst verbiedt deze mogelijkheid niet, maar voorziet die ook niet formeel en omkadert die juridisch niet, onder meer met betrekking tot een eventuele opschorting van de termijnen. Er wordt dus voorgesteld om een § 2 in te voegen, die bepaalt dat de aanvrager ook, binnen de termijn gesteld in § 1, opmerkingen kan uiten over het voorstel van het Fonds en het Fonds moet hierop antwoorden. Om een sereen onderzoek van deze aanvraag door het Fonds mogelijk te maken en om de aanvrager niet te ontraden om die aanvraag te doen, is voorzien dat de termijn bedoeld in § 1 opgeschort wordt tijdens het onderzoek van deze opmerkingen door het Fonds. En om het aan de aanvrager mogelijk te maken over een minimum aan tijd te beschikken om een houding aan te nemen over het voorstel van het Fonds, in het licht van de uitleg die het heeft gegeven of over het eventuele aangepaste voorstel van het Fonds, is voorzien dat de termijn waarover de aanvrager zal blijven beschikken om een standpunt in te nemen nooit minder dan twee maanden zal mogen bedragen.

Tot slot wordt verduidelijkt dat de aanvrager slechts één keer opmerkingen aan het Fonds kan overmaken. Men moet immers vermijden dat de aanvrager de actie van het Fonds zou stilleggen door onophoudelijk opmerkingen aan het Fonds te richten, wat een eindeloze verlenging van de procedure tot gevolg zou hebben, waarvan de snelheid nochtans een essentiële doelstelling is. In dit opzicht moet men opmerken dat de aanvrager zijn standpunt al tijdens de hele duur van de procedure naar voor kan schuiven, zodat zijn volledige argumentatie in principe gekend zal zijn.

Le demandeur ne peut adresser d'observations qu'à une seule reprise.”.

JUSTIFICATION

Il est apparu lors des discussions du projet que le délai de 60 jours laissé au demandeur pour prendre position sur l'offre du Fonds était trop court, notamment eu égard au délai dont dispose l'assureur et le Fonds pour formuler une offre à l'attention du demandeur, qui est lui de 3 mois. Il est donc proposé de porter le délai à 3 mois. Outre une extension du délai de 30 jours, le délai sera également calculé en mois, ce qui offre une méthode de computation des délais plus simple (quantième à veille de quantième) que de devoir compter 90 jours.

Par ailleurs, compte tenu des conséquences pour le demandeur s'il ne répond pas à l'offre du Fonds, il est prévu qu'un rappel lui sera adressé par le Fonds à défaut de réaction de sa part endéans le délai de 3 mois. Cette lettre de rappel ouvrira un ultime délai d'un mois pour le demandeur et devra attirer son attention sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

En outre, il est possible qu'avant de prendre définitivement attitude, le demandeur souhaite contester ou rectifier un élément de l'offre du Fonds, ou encore tout simplement obtenir des éclaircissements de la part du Fonds quant à tout ou partie de l'offre. Sans l'interdire, le texte actuel ne prévoit pas formellement cette possibilité, et ne l'encadre pas juridiquement, notamment quant à une éventuelle suspension des délais. Il est donc proposé d'ajouter un § 2 qui prévoit que le demandeur peut également, dans le délai prévu au § 1^{er}, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auquel le Fonds est tenu de répondre. Afin de permettre un examen serein de cette demande par le Fonds, et pour ne pas dissuader le demandeur d'effectuer celle-ci, il est prévu que le délai visé au § 1^{er} est suspendu pendant l'examen de ces observations par le Fonds. Et pour permettre au demandeur de disposer d'un minimum de temps pour prendre attitude sur l'offre du Fonds à la lumière des explications fournies par celui-ci, ou sur l'offre éventuellement adaptée du Fonds, il est prévu que le délai qui restera au demandeur pour prendre position ne pourra jamais être inférieur à 2 mois.

Il est enfin précisé que le demandeur ne peut adresser des observations aux Fonds qu'à une seule reprise. Il faut en effet éviter que le demandeur ne paralyse l'action du Fonds en adressant sans arrêt des observations au Fonds, ce qui aurait pour conséquence une prolongation indéfinie de la procédure, dont la rapidité constitue pourtant un objectif essentiel. Il faut à cet égard relever que le demandeur peut déjà faire valoir son point de vue tout au long de la procédure, de sorte qu'en principe l'ensemble de son argumentation sera connue.

Nr. 39 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 29

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 29. Wanneer de verzekeraar van de zorgverlener door het Fonds wordt uitgenodigd om een voorstel tot schadevergoeding te formuleren overeenkomstig artikel 22, vierde lid, wordt als volgt gehandeld.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van artikel 30, verstuurt de verzekeraar van de zorgverlener bij een ter post aangetekend schrijven binnen de 3 maanden na de uitnodiging van het Fonds een voorstel tot schadevergoeding aan de aanvrager en een kopie naar het Fonds.

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

Indien de schade niet volledig kan gekwantificeerd worden, stelt de verzekeraar van de zorgverlener een voorlopige schadevergoeding voor, rekening houdend met de al gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel van de al verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige schadevergoeding 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 die significant evolueerde, een aanvullende aanvraag naar de verzekeraar van de zorgverlener.

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

VERANTWOORDING

Er werd opgemerkt dat de verwijzing door artikel 29 (dat betrekking heeft op de hypothese waarbij de verzekeraar een voorstel doet aan de aanvrager) naar de artikelen 25, §§ 1 tot 3 en 26 (die betrekking hebben op de hypothesen waarbij het Fonds een voorstel doet aan de aanvrager) om de concrete uitwerking te bepalen van het voorstel en de mededeling ervan niet opportuun was.

Artikel 25 is immers niet gemakkelijk over te brengen naar de tussenkomst van de verzekeraar, die onder meer niet gebonden is door de ernstdrempel. De computatie van de termijnen zou trouwens ook voor een probleem kunnen zorgen.

N° 39 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 29

Remplacer cet article comme suit:

“Art. 29. Lorsque l'assureur du prestataire de soins est invité par le Fonds à formuler une offre d'indemnisation conformément à l'article 22, alinéa 4, il est procédé de la manière suivante.

Sans préjudice de l'application de l'article 30, l'assureur du prestataire de soins adresse dans les 3 mois de l'invitation du Fonds, par lettre recommandée, une offre d'indemnisation au demandeur et une copie au Fonds.

Si le dommage peut être quantifié, l'offre indique un montant définitif.

Si le dommage ne peut être entièrement quantifié, l'assureur du prestataire de soins propose le versement d'une indemnité provisionnelle tenant compte des frais déjà exposés, de la nature des lésions, de la douleur endurée et du préjudice résultant des périodes d'incapacité et d'invalidité déjà écoulées. L'indemnité provisionnelle porte également sur le préjudice le plus probable pour l'avenir.

Dans ce cas, le demandeur adresse une demande complémentaire à l'assureur du prestataire de soins lorsque le dommage peut être entièrement quantifié ou lorsque celui-ci a évolué de manière significative.

L'assureur du prestataire paie l'indemnité au demandeur dans le mois de son acceptation expresse et informe le Fonds de cette indemnisation effective.”.

JUSTIFICATION

Il a été relevé que le renvoi fait par l'article 29 (qui concerne l'hypothèse dans lesquelles l'assureur fait une offre au demandeur) aux articles 25, §§ 1^{er} à 3 et 26 (qui concernent les hypothèses dans lesquelles c'est le Fonds qui fait une offre au demandeur) pour déterminer les modalités de l'offre et de sa communication était inopportun.

L'article 25 n'est en effet pas aisément transposable à l'intervention de l'assureur, qui n'est notamment pas tenu par le seuil de gravité. La computation des délais pourrait par ailleurs également poser problème.

In dat geval wordt, veeleer dan te verwijzen naar de artikelen 25 en 26, voorgesteld om rechtstreeks in artikel 29 de regels te voorzien met betrekking tot de vergoeding door de verzekeraar aan de aanvrager.

De verzekeraar stuurt een kopie van zijn voorstel en informeert het Fonds in geval van effectieve vergoeding, zodat deze elementen kunnen hernomen worden in het jaarrapport en een indicatie kunnen geven, onder meer over de pertinentie van de adviezen van het Fonds, de behandelingsduur van de dossiers en de bedragen en vergoedingsposten.

Verder is artikel 26 met betrekking tot de aanvaardings-termijnen van het voorstel van het Fonds door de aanvrager evenmin van toepassing in de relatie tussen de aanvrager en de verzekeraar.

De termijnen van artikel 26 hebben immers tot doel om de procedure voor het Fonds in de tijd te beperken. Er is geen reden om termijnen op te leggen die afwijken van het gemeen recht ten voordele van de verzekeraar, terwijl het Fonds niet meer rechtstreeks betrokken is. De verwijzing naar artikel 26 is dus niet gerechtvaardigd.

Nr. 40 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 31

Dit artikel aanvullen met het volgend lid:

“Wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar overeenkomstig het tweede lid is de verzekeraar ambtshalve aan het Fonds een forfaitaire vergoeding verschuldigd gelijk 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 manifest ontoereikend was.”.

VERANTWOORDING

Het huidige ontwerp voorziet al dat het Fonds een marginale controle zal uitoefenen op het voldoende karakter van het voorstel van de verzekeraar, door zijn advies te geven over het eventuele manifest ontoereikende karakter van het voorstel.

Dit maakt het aan de aanvrager mogelijk het advies te vragen van een specialist in vergoedingen en om het evenwicht te verbeteren in de onderhandeling tussen de patiënt en de verzekeringsmaatschappij over het bedrag van de vergoeding.

Dit gezegd zijnde, werd opgemerkt dat in Frankrijk artikel 1142-14 van de Code van Volksgezondheid wel nadrukkelijk een geldelijke sanctie voorziet ten laste van de verzekeraar van een zorgverlener, waarvan de rechter oordeelde dat die een manifest ontoereikend voorstel heeft geformuleerd.

Dans ces conditions, plutôt que de faire un renvoi à l'article 25, il est proposé de prévoir directement dans l'article 29 les règles relatives à l'offre de l'indemnisation de l'assureur au demandeur.

L'assureur adresse copie de son offre et informe le Fonds en cas d'indemnisation effective afin que ces éléments puissent être repris dans le rapport annuel et donner une indication notamment sur la pertinence des avis du Fonds, la durée de traitement des dossiers et les montants et postes d'indemnisation.

Par ailleurs, l'article 26, relatif aux délais d'acceptation de l'offre du Fonds par le demandeur, ne trouve également pas à s'appliquer dans la relation entre le demandeur et l'assureur.

En effet les délais de l'article 26 ont pour but de limiter dans le temps, la procédure devant le Fonds. Il n'y a pas de raison d'imposer des délais dérogeant au droit commun au profit de l'assureur alors que le Fonds n'est plus directement concerné. Le renvoi à l'article 26 ne se justifie donc pas.

N° 40 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 31

Compléter cet article par l'alinéa suivant:

“Lorsque le Fonds se substitue à l'assureur conformément à l'alinéa 2, l'assureur est redevable de plein droit au Fonds d'une indemnité forfaitaire équivalente à 15 % du montant de l'indemnisation totale accordée à la victime par le Fonds, ou le cas échéant, du montant établi par le juge, pour autant que ce dernier confirme que l'offre de l'assureur était manifestement insuffisante.”.

JUSTIFICATION

Le projet actuel prévoit déjà que le Fonds effectuera un contrôle marginal sur le caractère suffisant de l'offre de l'assureur, en donnant son avis sur le caractère éventuellement manifestement insuffisant de l'offre.

Ceci permet d'offrir au demandeur l'avis d'un professionnel de l'indemnisation, et d'améliorer l'équilibre dans la négociation entre le patient et la compagnie d'assurance à propos du montant de l'indemnisation.

Cela étant, il a été remarqué qu'en France, l'article 1142-14 du Code de la Santé publique prévoit quant à lui expressément une sanction pécuniaire à charge de l'assureur dont le juge estime qu'il a formulé une offre manifestement insuffisante.

Tijdens de debatten in de commissie bleek dat er bij de leden ervan de wil was om een geldelijke sanctie te voorzien ten laste van de verzekeraar van een zorgverlener die een manifest ontoereikend voorstel zou formuleren.

Dit amendement heeft daarom tot doel om ook een dergelijke sanctie van ambtswege te voorzien. Het is de bedoeling te zorgen voor een beter effectief recht op de vergoeding van het slachtoffer.

Wanneer het Fonds zich in de plaats zal stellen van de verzekeraar om de aanvrager te vergoeden, zal zo bij een dergelijke hypothese voorzien zijn dat de verzekeraar van ambtswege aan het Fonds een bedrag schuldig is gelijk aan 15 % van het totale bedrag van de vergoeding die het Fonds toegekend heeft aan de aanvrager. Dit bedrag lijkt in proportie te zijn met de nagestreefde doelstelling en is bovendien identiek met wat in Frankrijk voorzien is.

De verzekeraar blijft natuurlijk het recht hebben om het bedrag van de vergoeding voor de rechter te betwisten, evenals het principe van het manifest ontoereikend karakter van het voorstel zelf. Deze betwisting zal geformuleerd worden in het kader van de betalingsactie die het Fonds er tegen zal instellen op basis van de in de plaatsstelling. In dit geval zal de forfaitaire vergoeding hier gelijk zijn aan 15 % van het bedrag van de vergoeding vastgelegd door de rechter. Opdat de vergoeding verschuldigd zou zijn, moet de rechter uiteraard ook van mening zijn dat het voorstel van vergoeding manifest ontoereikend was, anders is de vergoeding uiteraard niet gerechtvaardigd. Verder wordt verwezen naar de uiteenzetting van de memorie van toelichting met betrekking tot het manifest ontoereikend karakter van het voorstel (zie DOC 52 2240/001, blz. 35 en 36).

Nr. 41 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 31

In het eerste lid, de tweede zin doen vervallen.

VERANTWOORDING

Het betreft een aanpassing als gevolg van de aanpassing van artikel 29, dat nu niet meer verwijst naar artikel 26, eerste lid.

Nr. 42 VAN MEVROUW LAMBERT c.s.

Art. 35

In § 1, de woorden "10 en 33" vervangen door de woorden "10, 11, 33 en 34".

Au cours des débats en commission, il est apparu qu'il existait une volonté parmi les membres de la commission de prévoir une sanction pécuniaire à charge de l'assureur d'un prestataire qui formulerait une offre d'indemnisation manifestement insuffisante.

Le présent amendement a dès lors pour but de prévoir également une telle sanction de plein droit. L'objectif poursuivi est d'assurer une meilleure effectivité du droit à l'indemnisation de la victime.

Ainsi, lorsque le Fonds se substituera à l'assureur pour indemniser le demandeur dans une telle hypothèse, il est prévu que l'assureur lui sera redevable de plein droit d'une somme équivalente à 15 % du montant total de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur. Ce montant apparaît proportionné au but poursuivi, et est de surcroît identique à ce qui est prévu en France.

L'assureur conserve bien entendu le droit de contester le montant de l'indemnisation devant le juge, et le principe même du caractère manifestement insuffisant de l'offre. Cette contestation sera formulée dans le cadre de l'action en paiement que le Fonds introduira à son encontre sur base de la subrogation. Dans ce cas, l'indemnité forfaitaire sera ici équivalente à 15 % du montant de l'indemnisation fixée par le juge. Pour que l'indemnité soit due, il faudra évidemment que le juge considère également que l'offre d'indemnisation était manifestement insuffisante, sans quoi l'indemnité ne se justifie bien entendu pas. Il est par ailleurs renvoyé aux développements de l'exposé des motifs relatifs au caractère manifestement insuffisant de l'offre (voir DOC 52 2240/001, p. 35 et 36).

N° 41 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 31

À l'alinéa 1^{er}, supprimer la deuxième phrase.

JUSTIFICATION

Il s'agit d'une adaptation consécutive à l'adaptation de l'article 29, lequel ne fait maintenant plus référence à l'article 26 alinéa 1^{er}.

N° 42 DE MME LAMBERT ET CONSORTS

Art. 35

Dans le § 1^{er}, remplacer les mots "10 et 33" par les mots "10, 11, 33 et 34".

VERANTWOORDING

Dit is een technische aanpassing opdat artikels 11 en 34 van de wet binnen 10 dagen na de bekendmaking in werking kunnen treden. Aangezien het de bedoeling is om het Fonds voor medische ongevallen op te richten en het zo snel mogelijk operationeel te maken, moet de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering personeel ter beschikking kunnen stellen van het Fonds en moet de Koning, volgens door Hem vastgelegde regels, personeel van andere federale overheidsdiensten naar het Fonds kunnen overhevelen. In het licht van diezelfde doelstelling is de inwerkingtreding van artikel 34 absoluut noodzakelijk aangezien het Fonds voor medische ongevallen hierdoor als instelling van openbaar nut van categorie B in de wet van 16 maart 1954 wordt opgenomen.

Nr. 43 VAN MEVROUW **SMEYERS**

Art. 7

Punt 2° vervangen als volgt:

“2° “Medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”: een ongeval dat zijn directe oorzaak vindt in 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 niet voorzienbare schade met zich brengt. De schade is niet voorzienbaar 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 verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.”

VERANTWOORDING

Om artikel 7, 2°, in overeenstemming te brengen met de voorgestelde definitie van artikel 2, 6°, kan men hier ook best spreken over een ongeval dat zijn directe oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg.

Tijdens de hoorzitting merkten zowel de Raad van State als verschillende partijen op dat abnormale schade aanzien kan worden als schade die had kunnen vermeden worden en die bijgevolg voortvloeit uit een fout van de zorgverlener. Om dit te vermijden is het beter te spreken van “niet-voorzienbare

JUSTIFICATION

Il s'agit d'une correction technique en vue de compléter la présente disposition afin que les articles 11 et 34 de la loi puissent entrer en vigueur dans les 10 jours suivant la publication de la loi. Étant donné que le but est de mettre en place le Fonds des accidents médicaux et de le rendre opérationnel le plus rapidement possible, l'Institut National d'assurance maladie-invalidité doit pouvoir mettre du personnel à la disposition du Fonds et le Roi doit pouvoir transférer — selon les règles qu'il établit — du personnel d'autres services publics fédéraux vers le Fonds. Dans la perspective du même objectif, l'entrée en vigueur de l'article 34 s'avère indispensable dans la mesure où il inscrit le Fonds des accidents médicaux dans la loi du 16 mars 1954 en tant qu'organisme d'intérêt public de catégorie B.

Marie-Claire LAMBERT (PS)
Jacques OTLET (MR)
Catherine FONCK (cdH)
Luc GOUTRY (CD&V)
Katia DELLA FAILLE (Open Vld)

N° 43 DE MME **SMEYERS**

Art. 7

Remplacer le 2° par ce qui suit:

“2° “Accident médical sans responsabilité”: Un accident qui trouve sa cause directe dans une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient, et qui entraîne pour le patient un dommage non prévisible. Le dommage est non prévisible lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.”

JUSTIFICATION

Afin de faire concorder l'article 7, 2°, avec la définition proposée à l'article 2, 6°, il est préférable de parler, en l'occurrence également, d'un accident qui trouve sa cause directe dans une prestation de soins de santé.

Lors des auditions, tant le Conseil d'État que différentes parties ont fait remarquer que le dommage anormal peut être considéré comme un dommage qui aurait pu être évité et qui découle donc d'une faute du prestataire de soins. Afin d'éviter cette interprétation, il est préférable de parler de “dommage

schade” zodat duidelijk is dat de betrokken zorgverlener(s) geen enkele actie hadden kunnen ondernemen die het optreden van schade had kunnen vermijden.

Sarah SMEYERS (N-VA)

Nr. 44 VAN DE DAMES DELLA FAILLE EN AVONTROODT

Art. 2

In 2°, de woorden “alsmede de beroepsbeoefenaars van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen” **doen vervallen**.

VERANTWOORDING

Gelet op het feit dat er nog altijd geen uitvoeringsbesluiten zijn bij de wet van 29 april 1999 betreffende de alternatieve geneeskunde, lijkt het ons niet zinvol deze mensen op te nemen in de *no-fault* verzekering. Wij stellen dan ook voor om deze groep uit het toepassingsgebied te halen.

Katia DELLA FAILLE (Open Vld)
Yolande AVONTROODT (Open Vld)

Nr. 45 VAN MEVROUW SMEYERS

Art. 2

In 6°, inleidende zin, het woord “directe” invoegen tussen het woord “haar” en het woord “oorzaak”.

VERANTWOORDING

De huidige definitie van het begrip “schade als gevolg van de gezondheidszorg” is te ruim en kan aanleiding geven tot misbruiken. Door in de definitie te verduidelijken dat het moet gaan om schade die haar directe oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg wordt het toepassingsgebied van de wet duidelijker afgebakend, wat de rechtszekerheid voor alle betrokkenen zeker ten goede komt.

non prévisible”, afin qu’il soit clair que le ou les prestataires de soins concernés n’auraient pu entreprendre aucune action permettant d’éviter la survenance du dommage.

N° 44 DE MMES DELLA FAILLE ET AVONTROODT

Art. 2

Dans le 2°, supprimer les mots “ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l’art médical, de l’art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l’art infirmier et des professions paramédicales”.

JUSTIFICATION

Les arrêtés d’exécution de la loi du 29 avril 1999 sur les médecines parallèles n’ayant toujours pas été pris, il ne nous semble pas judicieux d’intégrer ces personnes dans l’assurance *no-fault*. Nous suggérons dès lors d’exclure ce groupe du champ d’application de la loi.

N° 45 DE MME SMEYERS

Art. 2

Dans le 6°, phrase introductive, insérer le mot “directe” entre le mot “cause” et le mot “dans”.

JUSTIFICATION

L’actuelle définition de la notion de “dommage résultant de soins de santé” est trop large et peut donner lieu à des abus. En précisant dans la définition qu’il doit s’agir de dommages qui trouvent leur cause directe dans une prestation de soins de santé, on délimite plus clairement le champ d’application de la loi, ce qui est certainement bénéfique pour la sécurité juridique de toutes les parties concernées.

Nr. 46 VAN MEVROUW **SMEYERS**
(subamendement op amendement nr. 39)

Art. 29

In de Nederlandse versie van het voorgestelde derde lid, het woord “niet” doen vervallen.

VERANTWOORDING

In overeenstemming brengen van de Nederlandse en de Franse versie.

Sarah SMEYERS (N-VA)

Nr. 47 VAN DE HEER **BACQUELAINE c.s.**

Hoofdstuk 4/1 (*nieuw*)

Een hoofdstuk 4/1 invoegen, met als opschrift:

“Mensen die lijden aan een of meer ziekten die gerelateerd zijn aan het hepatitis C-virus of aan hiv en die vóór 1 juli 1990 in België een bloedtransfusie of een transfusie van bloedproducten hebben ondergaan”.

Nr. 48 VAN DE HEER **BACQUELAINE c.s.**

Hoofdstuk 4/2 (*nieuw*)

Een hoofdstuk 4/2 invoegen, met als opschrift:

“Mensen die lijden aan een ziekte die gerelateerd is aan thalidomide”.

Nr. 49 VAN DE HEER **BACQUELAINE c.s.**

Art. 32/1 (*nieuw*)

In het in amendement Nr. 47 bedoelde hoofdstuk 4/1, een artikel 32/1 invoegen, luidende:

“Art. 32/1. In afwijking van artikel 12, § 3, staat de bij deze wet bedoelde vergoedingsprocedure open voor al wie door het hepatitis-C-virus of door hiv werd besmet en vóór 1 juli 1990 een bloedtransfusie of een transfusie van bloedproducten heeft ondergaan en ten gevolge daarvan aan een ziekte lijdt. De betrokkenen moeten

N° 46 DE MME **SMEYERS**
(sous-amendement à l’amendement n° 39)

Art. 29

Dans le texte néerlandais de l’alinéa 3 proposé, abroger le mot “niet”.

JUSTIFICATION

Mise en concordance des textes néerlandais et français.

N° 47 DE M. **BACQUELAINE ET CONSORTS**

Chapitre 4/1 (*nouveau*)

Insérer un chapitre 4/1, rédigé comme suit:

“Les personnes souffrant de pathologie(s) liée(s) au virus de l’hépatite C ou VIH ayant subi une transfusion de sang ou de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1^{er} juillet 1990.”.

N° 48 DE M. **BACQUELAINE ET CONSORTS**

Chapitre 4/2 (*nouveau*)

Entre les chapitres 4 et 5, insérer un chapitre 4/2, rédigé comme suit:

“les personnes atteintes d’une pathologie liée à la thalidomide”.

N° 49 DE M. **BACQUELAINE ET CONSORTS**

Art. 32/1 (*nouveau*)

Dans le chapitre 4/1 précité, insérer un article 32/1, rédigé comme suit:

“Art. 32/1. Par dérogation à l’article 12, § 3, la procédure d’indemnisation prévue par la présente loi est accessible à toutes personnes contaminée par le virus de l’hépatite C ou du VIH ayant reçu une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avant le 1^{er} juillet 1990 et souffrant d’une pathologie liée à ces virus. Ces

kunnen aantonen dat zij vóór 1 juli 1990 door VHC of hiv werden besmet en een transfusie ondergingen.

De vergoedingsprocedure staat eveneens open voor de rechthebbenden van de in het eerste lid bedoelde zieken, alsook voor al wie door contact met een van hen werd besmet, op voorwaarde dat hij of zij aan-toont dat er van geen enkele andere besmettingsbron sprake was.

De in artikel 5 omschreven criteria inzake de graad van ernst zijn niet van toepassing in het raam van dit hoofdstuk.”.

Nr. 50 VAN DE HEER BACQUELAINE c.s.

Art. 32/2 (*nieuw*)

In het in amendement Nr. 48 bedoelde hoofdstuk 4/2, een artikel 32/2 invoegen, luidende:

“Art. 32/2. In afwijking van artikel 12, § 3, staat de bij deze wet bedoelde vergoedingsprocedure open voor al wie vóór 31 december 1965 schade heeft geleden als gevolg van thalidomide.

De in artikel 5 omschreven criteria inzake de graad van ernst zijn niet van toepassing in het raam van dit hoofdstuk.”.

Nr. 51 VAN DE HEER BACQUELAINE c.s.

Art. 35

Paragraaf 2 aanvullen met de woorden “, met uitzondering van de hoofdstukken 4 en 5.”.

Nr. 52 VAN MEVROUW SMEYERS c.s.

Art. 7

In § 1, de punten 1 tot 7 vervangen als volgt:

“§ 1. 1° een voorzitter;

personnes doivent pouvoir démontrer qu’elles étaient infectées par le VHC ou le VIH avant le 1^{er} juillet 1990 et qu’elles ont été transfusées avant le 1^{er} juillet 1990.

La procédure d’indemnisation est également acces-sible aux ayants droit des personnes visées à l’alinéa premier, ainsi qu’à toute personne contaminée en raison du contact qu’elle a eu avec une de ces personnes, à condition qu’elle apporte la preuve de l’absence de toute autre source de contamination.

Les critères de gravité définis à l’article 5 ne sont pas d’application dans le cadre de ce chapitre.”.

N° 50 DE M. BACQUELAINE ET CONSORTS

Art. 32/2 (*nouveau*)

Dans le chapitre 4/2 précité, insérer un article 32/2, rédigé comme suit:

“Art. 32/2. Par dérogation à l’article 12, § 3, la pro-cédure d’indemnisation prévue par la présente loi est accessible à toute personne ayant subi un dommage causé par la thalidomide avant le 31 décembre 1965.

Les critères de gravité définis à l’article 5 ne sont pas d’application dans le cadre de ce chapitre.”.

N° 51 DE M. BACQUELAINE ET CONSORTS

Art. 35

Compléter le § 2 par les mots “à l’exception du chapitre 4 et 5.”.

Daniel BACQUELAINE (MR)
Jacques OTLET (MR)
Josée LEJEUNE (MR)
Jean-Jacques FLAHAUX (MR)

N° 52 DE MME SMEYERS ET CONSORTS

Art. 7

Dans le § 1^{er}, remplacer les 1° à 7° par ce qui suit:

“1° un président;

2° zes leden die de patiënten vertegenwoordigen;

3° twee leden die de zorgverleners vertegenwoordigen, waarvan minstens een geneesheer;

4° een lid dat de zorgverleners die werken in verzorgingsinstelling vertegenwoordigt;

5° een lid dat de openbare verzorgingsinstellingen vertegenwoordigt;

6° twee leden die de private verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen;

7° twee leden die de overheid vertegenwoordigen;

8° twee leden die de verzekeraars vertegenwoordigen;

9° vier leden met een bijzondere bekwaamheid op het gebied van lichamelijke schade.”

VERANTWOORDING

De voorgestelde samenstelling van de raad van bestuur is een politieke samenstelling gebaseerd op de samenstelling van de beheerraad van het RIZIV. De samenstelling gaat echter volledig voorbij aan de eigenheid van de taken van de raad van bestuur van het Fonds. Daarom stellen wij voor om de raad van bestuur op dezelfde manier samen te stellen als de “Commissions régionales de conciliation et d’indemnisation” die in het Franse systeem, waarop dit ontwerp is gebaseerd, een gelijkaardige rol spelen.

Nr. 53 VAN MEVROUW **SMEYERS c.s.**

Art. 35

Paragraaf 1 vervangen als volgt:

“§ 1. Met uitzondering van dit artikel en de artikelen 1, 6, 7, 9, 10, 11, 33 en 34, treedt deze wet in werking de eerste dag van de zesde maand na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad.”

VERANTWOORDING

Als men de inwerkingtreding laat afhangen van een latere beslissing van de Koning, dan komt dit de rechtszekerheid niet ten goede. Een periode van zes maanden tussen de bekendmaking van deze wet en inwerkingtreding, kan ertoe leiden dat het Fonds kan worden opgericht en dat alle betrokken partijen de nodige tijd krijgen om zich voor te bereiden op de gevolgen van de nieuwe regelgeving.

2° six membres représentant les patients;

3° deux membres représentant les dispensateurs de soins, dont au moins un médecin;

4° un membre représentant les dispensateurs de soins exerçant dans un établissement de soins;

5° un membre représentant les établissements de soins publics;

6° deux membres représentant les établissements de soins privés;

7° deux membres représentant les pouvoirs publics;

8° deux membres représentant les assureurs;

9° quatre membres ayant une qualification particulière en matière de dommages corporels.”

JUSTIFICATION

La composition proposée pour le conseil d'administration est de nature politique. Elle se base sur la composition du conseil de gestion de l'INAMI. Toutefois, elle ne tient aucunement compte du caractère spécifique des tâches du conseil d'administration du Fonds. C'est pourquoi nous proposons que le conseil d'administration ait une composition similaire à celle des “Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation” dont le rôle est analogue dans le système français, sur lequel ce projet se base.

N° 53 DE MME **SMEYERS ET CONSORTS**

Art. 35

Remplacer le § 1^{er} par ce qui suit:

“§ 1^{er}. À l'exception du présent article et des articles 1^{er}, 6, 7, 9, 10, 11, 33 et 34, la présente loi entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.”

JUSTIFICATION

Faire dépendre l'entrée en vigueur d'une décision ultérieure du Roi nuit à la sécurité juridique. Une période de six mois entre la publication de la loi et son entrée en vigueur permet d'instituer le Fonds et offre à toutes les parties concernées le temps nécessaire pour se préparer aux conséquences de la nouvelle réglementation.

Aangezien het de bedoeling is om onmiddellijk te beginnen met de oprichting van het Fonds is het aangewezen dat de artikelen 11 en 34 onmiddellijk in werking treden na de bekendmaking van deze wet. In het oorspronkelijke ontwerp is dit niet het geval.

Sarah SMEYERS (N-VA)
Koen BULTINCK (VB)
Rita DE BONT (VB)

Nr. 54 VAN DE DAMES **GERKENS EN SNOY**

Art. 4

In het 1° de woorden “wanneer de schade is veroorzaakt” **vervangen door de woorden** “*wanneer het Fonds van oordeel is dat de schade is veroorzaakt*”.

VERANTWOORDING

Zie amendement Nr. 22.

Nr. 55 VAN MEVROUW **LAMBERT c.s.**

Art. 27

De woorden “binnen de 60 dagen na de kennisgeving van het voorstel van het Fonds” **vervangen door de woorden** “*voor het verstrijken van de termijn voorzien in artikel 26, § 1, in voorkomend geval verlengd in overeenstemming met § 2 van hetzelfde artikel*”.

VERANTWOORDING

Dit is een technische aanpassing die noodzakelijk werd als gevolg van de wijziging van artikel 26.

Étant donné que le but est d'entamer immédiatement la création du Fonds, il se recommande que les articles 11 et 34 entrent en vigueur immédiatement après la publication de la loi, ce qui n'est pas le cas dans le projet initial.

N° 54 DE MMES **GERKENS ET SNOY**

Art. 4

Au 1°, remplacer les mots “lorsque le dommage trouve sa cause” **par les mots** “*lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause*”.

JUSTIFICATION

Voir l'amendement n° 22.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Thérèse SNOY (Ecolo-Groen!)

N° 55 DE MME **LAMBERT ET CONSORTS**

Art. 27

Remplacer les mots “dans les 60 jours de la notification de l'offre du Fonds” **par les mots** “*avant l'expiration du délai prévu à l'article 26 § 1^{er}, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article*”.

JUSTIFICATION

Il s'agit d'une adaptation technique rendue nécessaire suite à la modification de l'article 26.

Marie-Claire LAMBERT (PS)
Jacques OTLET (MR)
Catherine FONCK (cdH)
Yolande AVONTROODT (Open Vld)
Luc GOUTRY (CD&V)