

MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID: CRISIS of UITDAGING ?

Kritische bedenkingen en voorstellen van oplossing ...

Marleen Ryelandt, advocaat te Brugge

Niet alleen in de pers, maar ook de laatste 10 jaar wordt er op congressen en colloquia, waarop zowel artsen, verzekeraars als mutualiteiten vertegenwoordigd zijn, veel aandacht besteed aan de aspecten van medische aansprakelijkheid.

Als we het hebben over medische aansprakelijkheid, dan bedoelen we hierbij zowel de strafrechterlijke als de burgerlijke aansprakelijkheid.

Beroepshalve ben ik gedurende ongeveer 10 jaar bezig met dossiers medische aansprakelijkheid.

Wat zijn hierbij mijn persoonlijke vaststellingen en bedenkingen ?

1. Heel dikwijls wordt door de patiënt of zijn/haar familie strafrechterlijke klacht neergelegd uit woede / wraak, daar waar de communicatie na het schadegeval is misgelopen. Meestal is dit het geval bij jonge dodelijke slachtoffers. Er is ook de verwachting van een sanctie met persoonlijke impact en de hoop op een preventiemaatregel, nl. dat hetzelfde zich in de toekomst niet meer zou herhalen. Het is gebleken dat in ongeveer 1 op de 7 claims het om een

strafklacht gaat, één derde kiest voor een burgerlijke procedure, de rest wordt minnelijk geregeld.

2. Er wordt ook dikwijls strafrechterlijk klacht neergelegd, teneinde gemakkelijk of gemakkelijker bewijzen te verzamelen. In een burgerlijke procedure is de bewijslast immers moeilijker en zwaarder, gelet op de toepassing van artikel 870 Gerechtelijk Wetboek welke stelt dat iedere eiser de gegrondheid en de hoegrootheid van zijn vordering dient te bewijzen. De taak tot het leveren van het bewijs in een strafzaak wordt overgenomen door het Parket of de onderzoeksrechter. Is er een klacht bij het Parket, dan neemt het Parket de

verantwoordelijkheid en de kost op zich voor het aanstellen van een medisch expert. Op een relatief gemakkelijke en eenvoudige wijze kunnen medische dossiers, waaronder ook het verpleegdossier, in beslag genomen worden, partijen en getuigen verhoord, bewijzen verzameld, medische deskundigen aangesteld.

Bij een klacht met burgerlijke partijstelling voor de Onderzoeksrechter door de patiënt of zijn/haar familieleden/erfgenamen, moet er wel eerst een aanzienlijke borgsom worden betaald, teneinde de kosten van medische expertise te dekken. Een strafklacht en strafonderzoek heeft dan weer tot nadeel dat, teneinde een strafrechterlijke veroordeling + toekenning van een schadevergoeding te bekomen, het oorzakelijk verband tussen fout/misdrijf zeker moet zijn en een "verlies van een kans" meestal leidt tot een vrijspraak.

3. Een medisch schadegeval is heel dikwijls het resultaat van een samenloop van omstandigheden, waarbij de spreekwoordelijke "wet van Murphy" speelt (spoed / tijdens het weekend / atypische presentatie van bepaalde symptomen / gebrek aan organisatie en communicatie / enz.) Dit maakt het er voor het slachtoffer (nabestaanden) niet gemakkelijker op om het bewijs te leveren van een fout in hoofde van een bepaalde arts / verpleegkundigen, laat staan het bewijs te leveren van het oorzakelijk verband tussen fout en schade, wat steeds vereist is om vergoeding te bekomen op basis van de artikelen 1382 – 1383 Burgerlijk Wetboek (buitencontractuele aansprakelijkheid).

4. Wanneer een strafprocedure op een sisser uitloopt door de vrijspraak van de arts / verpleegkundige / ziekehuis, wordt dikwijls toch nog beslist om een burgerlijke procedure op te starten. Een fout in het strafrecht wordt strikter beoordeeld dan in het burgerlijk recht. In het strafrecht speelt ook het voordeel van de twijfel en in geval van verlies van een genezings- of overlevingskans, dient er steeds vrijspraak te volgen.

Een strafrechterlijke fout vereist het bewijs van de aanwezigheid van de constitutieve bestanddelen van een strafrechterlijk misdrijf, bijv onopzettelijke slagen en verwondingen / schuldig verzuim. (materieel en moreel bestanddeel) In burgerlijke zaken is de lichtste fout reeds voldoende teneinde veroordeling en schadevergoeding te bekomen.(culpa levissima)

5. Zowel strafrechterlijke als burgerlijke procedures nemen heel wat tijd in beslag, meerdere jaren (tot 4 jaar voor een strafrechterlijke procedure en 5 jaar voor een burgerlijke procedure

zijn geen uitzondering.). In het kader van een strafprocedure wordt zo goed als steeds eerst een medisch deskundige of een college van deskundigen aangesteld. Er bestaat geen vaste termijn voor het neerleggen van een medisch verslag . (In burgerlijke zaken is er nu meer controle , aangezien de burgerlijke rechter meestal aan de deskundige een agenda oplegt. Dit alles werd recent nog gewijzigd waardoor de Rechtbank nog meer controle kan uitvoeren op de voortgang van de werkzaamheden van de aangestelde expert.)

In strafzaken zal de behandelend onderzoeker meestal ook niet geneigd zijn om de medisch expert in geval van uitblijven van verslagen en rapporten op de vingers te tikken, aangezien hij de volgende dag al opnieuw een beroep kan moeten doen op deze medische expert, in geval van bijvoorbeeld een dringende autopsie of andere opdracht. We weten

allemaal dat medische experts schaars en overbelast zijn, wat opdrachten betreft (om dan nog over de slechte en trage verloning door het Ministerie van Justitie te zwijgen).

6. Er is op het vlak van rechtspraak heel wat in beweging, er is duidelijk een beweging in de richting van een foutloze, objectieve aansprakelijkheid, waarbij de rechter eigenlijk de patiënt meer en meer tegemoet komt en de zware bewijslast die op de schouders van het slachtoffer rust, vereenvoudigt en vergemakkelijkt. (zie verder)

7. De invloed van een aansprakelijkheidsproces op de arts mag bovendien niet onderschat worden. Zeker wanneer het om een strafrechtelijke klacht gaat / de arts wordt opgeroepen voor een verhoor bij de onderzoeksrechter / in verdenking wordt gesteld / wordt geconfronteerd met een medische expertise, meestal een college van deskundigen, die over zijn handelen dienen te oordelen en waaromtrent hij zich niet kan verdedigen (aangezien in een strafonderzoek een medische expertise niet uitdrukkelijk de mogelijkheid voorziet om opmerkingen te formuleren. Cf. niet-tegenspreklijk karakter) / bij verwijzing dient de arts eveneens te verschijnen op de beklagdenbank van de Correctionele Rechtbank, zoals dit het geval is met andere al dan niet doorwinterde criminelen / ...

In het kader van een strafonderzoek, wordt de arts dikwijls verplicht om verklaringen af te leggen in het nadeel van collega's, waardoor heel dikwijls de goede werkrelatie naderhand met collega's wordt vertroebeld.

Er is de negatieve publiciteit rond een proces (de media-aandacht is meestal prominent aanwezig) / de hiermee gepaard gaande aantasting van de reputatie van de arts / de psychische last en het tijdsverlies die aan een proces zijn verbonden / de mogelijke consequenties op disciplinair vlak.

8. Er is heel wat juridische onzekerheid nopens de resultaten van een procedure, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de advocaten. De afloop van een proces hangt af van de mening en appreciatie door een magistraat. Juridische zekerheden zijn er niet. Het is een algemeen maatschappelijk gegeven dat we meer en meer naar een « gouvernement des juges » gaan, nl. de rechtbanken, die meer en meer bepaalde begrippen, fout, oorzakelijk

verband, zelf gaan invullen en interpreteren. Hierbij zijn zij dikwijls onderhevig aan maatschappelijke tendensen.

Met betrekking tot de strafrechtelijke aansprakelijkheid moet opgemerkt worden dat wat artsen betreft, dit het enig vrij beroep is dat nog blootgesteld is aan strafrechtelijke vervolging wegens beroepsfouten, dit is niet het geval bij advocaten, notarissen, accountants, journalisten, bankiers enz.(meestal gaat het dan om schuldig verzuim en onopzettelijke slagen en verwondingen) Meestal volgt dan nog eens een tuchtrechterlijk onderzoek en sancties.

9. Het American Institute of Medicine, is tot de onthutsende vaststelling gekomen dat het overlijden ten gevolge van een medische fout in de Verenigde Staten de achtste doodsoorzaak is. Toch worden er niettegenstaande het feit dat er meer claims zijn, niet meer procedures gewonnen.

Dit is niet alleen in de Verenigde Staten zo, dat is eveneens het geval in België.

VASTSTELLING VAN EEN CRISIS INZAKE MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID.

Het dient vastgesteld te worden dat alhoewel de huidige situatie inzake medische aansprakelijkheid ervaren wordt als een CRISIS (zowel voor de patiënt, de arts, als de verzekeraar) er weinig cijfergegevens en statistische gegevens voorhanden zijn met betrekking tot het aantal claims / omvang van claims / aantal en omvang van toegekende claims / ... zeker niet wat de laatste jaren betreft.

Ik ben dan ook zelf op zoek gegaan naar cijfermateriaal, zowel voor binnen- als buitenland en het moet gezegd, het cijfermateriaal is niet steeds even duidelijk en de conclusies die eruit getrokken worden niet steeds rechtlijnig.

Er zijn wel een aantal cijfers voorhanden voor de jaren 90 waarop ik verder zal ingaan, maar met betrekking tot de laatste vijf jaar is er weinig cijfermateriaal voorhanden. Die cijfers voor de jaren negentig, zijn het resultaat van een aantal enquêtes, die men uitgevoerd heeft bij artsen, verzekeringsinstellingen en mutualiteiten.

Eigenaardig, omdat er nu op wetgevend vlak heel wat voorstellen worden geformuleerd om een no-fault systeem in te voeren, welke reeds werden goedgekeurd, dit naar het voorbeeld van de Scandinavische landen, maar dat het hierbij toch noodzakelijk is te weten, wat het risicopercentage is van medische schadegevallen, claims en procedures, teneinde op een

onderbouwde manier te kunnen inschatten hoeveel een dergelijk systeem van vergoeding « no fault » zal kosten, ofwel aan de artsen, ofwel aan de gemeenschap.

Een ding is ondertussen zeker.

Er bestaat weinig twijfel nopens het feit dat in België het aantal claims tegen artsen en ziekenhuizen stijgt.

Dit wordt onder meer afgeleid uit een explosieve stijging van de premies voor een medische aansprakelijkheidsverzekering en uit de talrijk gepubliceerde rechtspraak, zowel in de gewone pers als in de vakbladen.

In een tijd van informatica is het voor mij onbegrijpelijk dat er geen exacte cijfers beschikbaar zijn.

Wel is er in de helft van de jaren 90 een enquête uitgevoerd door de Vlaamse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie waaruit bleek dat 1 op 3 gynaecologen tijdens hun carrière geconfronteerd werden met een schadeclaim.

In Frankrijk daarentegen zijn wel cijfers bekend. Tijdens de periode 1985-1994 is het aantal claims tegen artsen voortdurend gestegen van 733 tot 1.565, dit is een verhoging met 113 %.

Wanneer de beroeps carrière van een arts op gemiddeld 35 jaar wordt gesteld, dan wordt ongeveer één arts op twee tijdens zijn loopbaan met een claim geconfronteerd.

Er is wel een poging geweest tot analyse van de evolutie van de medische aansprakelijkheid in het Belgisch recht gedurende de jaren 90.

Het aantal vorderingen dat in 1998 werd ingeleid is meer dan het dubbel van het aantal vorderingen dat in 1991 werd ingesteld.

De verzekeraars van de medische burgerrechterlijke aansprakelijkheid noteerden halverwege de jaren 90 zo'n 1.900 schadeclaims per jaar. Hierbij dient dan ook nog rekening te worden gehouden met het feit dat voor talrijke ongevallen geen vergoeding wordt gevorderd en dus geen schade-aangifte wordt ingediend.

Waarschijnlijk vinden er jaarlijks in België ongeveer 4.000 ongevallen plaats die verband houden met verrichtingen inzake medische verzorging.

Niettemin is de medische veiligheid toch zeer hoog, nl. indien het aantal ongevallen vergeleken wordt met het aantal medische verrichtingen, stellen we vast dat er maar 1 medische vergissing per 20.000 uitgevoerde handelingen begaan wordt. Het risico van een medische vergissing is 0,005 % !

Wat zijn nu de resultaten van de enquêtes ?

1. Enquête bij de **ziekenhuizen**, nopens de verzekering van de beroepsaansprakelijkheid van de artsen.

- zelfstandige artsen sluiten meestal zelf een verzekering af, al dan niet in groep. Toch sluit voor de zelfstandige artsen, in zo'n 30 % van de gevallen het ziekenhuis een verzekering af.

- de kandidaat-specialisten sluiten voor een derde zelf een verzekering af. Voor de helft worden deze polissen door het ziekenhuis afgesloten.

- heel wat verzekeringspolissen van artsen, zowel individueel als collectief, voorzien in een aantal uitsluitingen, nl.:

- * uitvoering van een behandeling in staat van intoxicatie of onbekwaamheid
- * wettelijk of deontologisch niet toegelaten handelingen
- * gevaarlijke en verouderde behandelingstechnieken
- * ingrepen zonder controle- en reanimatieapparatuur
- * verzuim van bijstand te verlenen aan een persoon in nood
- * experimenten waarvan de verzekeraar niet op de hoogte is
- * gelijktijdige anesthesie
- * afwezigheid van anesthesist
- * een verzuim van de informatieplicht
- * verwisselen van patiënten
- * behandelen van verkeerd lichaamsdeel of orgaan
- * het ontbreken van weloverwogen toestemming, 'informed consent'.

Verzekeringspolissen voorzien ook dikwijls een uitsluiting in geval van bepaalde « grove fouten ».

Wat de ziekenhuizen betreft werden er over de jaren 1995 tot 1998, dus over een periode van 4 jaar, gemiddeld 510 klachten ingediend.

60 % van de klachten waren gericht tegen het ziekenhuis, 40 % tegen een zorgverstrekker.

Hoewel slechts vier jaren onderzocht werden, valt het toch op dat op deze relatief korte tijd het aantal klachten tegen ziekenhuizen met 74 % is gestegen, wat zou neerkomen op een verdubbeling van het aantal klachten op 5 jaar tijd.

De helft van de klachten zijn gesitueerd in een vijftal specialismen, hierbij springen vooral de klachten tegen gynaecologen en anesthesisten in het oog.

Bij gynecologen en geriateren worden deze klachten voornamelijk tegen de zorgverstrekkers gericht en bij anesthesisten en chirurgen tegen het ziekenhuis zelf alwaar de prestaties werden verricht.

Er is eveneens onderzocht geworden in hoeveel gevallen een klacht aanleiding gaf tot de effectieve toekenning van een schadevergoeding, al dan niet na het voeren van een gerechtelijke procedure.

Gemiddeld leiden 87 klachten op 501 tot een schadevergoeding.

De evolutie van het aantal schadevergoedingen is louter en alleen te wijten aan de toename van het aantal klachten.

We stellen wel vast dat de verhouding klachten / schadevergoedingen over de 4 onderzochte jaren ongeveer gelijk blijft, nl. 17 %.

2. Resultaten van de enquête bij de **artsen** zelf leidde tot volgende resultaten:

Met betrekking tot de artsen, die het voorwerp waren geweest van een klacht, is het zo dat in 38 % van de gevallen er geen gevolg werd gegeven aan de klacht; in 24 % van de gevallen werd de zaak via een minnelijke schikking geregeld en in 38 % van de gevallen werd een gerechtelijke procedure ingezet.

Die procedure leidde in de meeste gevallen (31 op 42 dossiers) tot een vrijspraak en in 11 gevallen tot een veroordeling.

Ziekenhuisartsen worden meer geconfronteerd met een gerechtelijke procedure.

3. Resultaten van de enquête bij de **ziekenfondsen** leidde tot volgende cijfers ;

In de periode van 1994 tot 1999, evolueerde het aantal klachten van 540 in 1994 naar 594 in 1999.

Wanneer een lid een klacht indient bij een verzekeringsinstelling, wordt er in 55 tot 80 % van de gevallen een negatief advies uitgebracht over de opportuniteit van een eventuele procedure.

Eigenaardig is dat de resultaten van een procedure, in de loop der tijd vanaf 1998, vaker negatief dan positief uitvallen.

80 % van de klachten heeft betrekking op therapeutische accidenten, ten gevolge van medisch-technische fouten.

4. Voor wat de enquête bij de **verzekeringsinstellingen** betreft, vallen volgende cijfers op ;

- het incasso voor de individuele en collectieve contracten BA Medische beroepen, uitgezonderd tandartsen, bedroeg in België in 1998 ongeveer 1 miljard Bfr.

- het aantal aangegeven schadegevallen is in de periode van 1995 tot 1999 met 60 % toegenomen. Schadegevallen worden ook sneller aangegeven.

- het maximum van de verzekerde bedragen ligt rond de 200 mio Bfr.
- 28 % wordt geregeld door middel van een minnelijke schikking, 38 % leidt tot een gerechtelijke procedure.

Wat is de toestand in het buitenland (algemene gegevens)?

In Engeland nam men aan dat het aantal claims en het schadebedrag de laatste jaren met 15 % per jaar toenam. Dit kwam overeen met 1,8 miljard pound op een totaal budget van 37 miljard pound, d.w.z. op elke 12 pound die in de gezondheidszorg wordt geïnvesteerd werd 1 pound uitgegeven aan schadeclaims. In Groot-Brittannië betalen huisartsen een 10 keer hogere premie dan hun collega's op het continent.

In Nederland is er een jaarlijkse claimsstijging van 5 % en een toename van de schadeomvang met 8 %.

En vanuit de VSA bereiken ons al jaren horrorverhalen met statistieken, die ongenueanceerd de media worden ingestuurd, en nadien heel dikwijls worden afgekraakt. De waarheid gebiedt ons evenwel te vermelden dat de laatste jaren het probleem ook daar onder controle lijkt te geraken dank zij het feit dat artsen zich beter organiseren en via onderlinge maatschappijen hun verzekeringen zelf beheren, met onder meer veel aandacht voor risicomanagement.

Eveneens kan aldaar worden vastgesteld dat de artsen zich vooraf uitermate pogen in te dekken door erg lange behandelingsovereenkomsten voorafgaandelijk te laten ondertekenen door de patiënten.

Er dient opgemerkt te worden dat het nochtans moeilijk is om vergelijkingen te maken, want de financiering van de geneeskunde in deze landen is zodanig verschillend van de onze dat elke vergelijking naar mijn oordeel a priori spaak loopt.

Ik moet dan ook eerlijkheidshalve toegeven dat ik weiger mee te doen met het geroep in België over Amerikaanse toestanden zolang geen betrouwbare, volledige en geverifieerde cijfers gepubliceerd worden.

Als de schadeclaims dan al zouden toenemen dan zijn daarvoor meerdere oorzaken te bedenken:

De toegenomen mondigheid van de patiënten wordt vaak geciteerd, maar persoonlijk betwijfel ik sterk of dit een oorzaak is. Een patiënt wordt niet plots mondig na een verwikkeling, hij is het daarvoor al; en mondiger patiënten zetten mijns inziens artsen juist aan tot grotere voorzichtigheid, niet tot minder...

De toegenomen technologie met de daaraan gekoppelde hogere verwachtingen bij het publiek speelt zeker een rol, ook artsen worden soms verblind door de hoge verwachtingen of profileren zich al te graag met vroegere successen.

De rol van de media hierin is niet te onderschatten.

De hoogte van sommige uitkeringen steekt sommige patienten de ogen uit en zet hen aan om ook eens hun kans te wagen.

De (relatief goedkope) verzekeringen rechtsbijstand stimuleren dit nog meer.

In België is er bovendien geen systeem “no cure, no pay”, zodat we ons op dit vlak nog verre van Amerikaanse toestanden bevinden.

Zoals uit de titel van huidig werkje reeds blijkt, verkeert het huidig medisch aansprakelijkheidsrecht in een **crisis**, zowel voor de arts, de patiënt als voor de verzekeraar.

1. Een crisis voor wat de patiënt betreft.

Niettegenstaande de belangrijkste doelstelling van het aansprakelijkheidsrecht de vergoeding is van de door het slachtoffer geleden schade, blijkt dat de schadelijdende patiënt talrijke hinderpalen moet overwinnen om vergoed te worden.

De aansprakelijkheid van de geneesheer kan slechts weerhouden worden, wanneer een fout, een schade en een oorzakelijk verband tussen beide zijn bewezen.

In de mate waarin de geneesheer slechts is gehouden tot een gewone middelenverbintenis, is het moeilijk om het bestaan van een fout aan te tonen. Het is aan het slachtoffer om te bewijzen dat de geneesheer zich niet heeft gedragen als een normaal, voorzichtig en toegewijd geneesheer.

Hierbij worden de handelingen van de geneesheer vergeleken met de handelingen van andere geneesheren van dezelfde specialisatie. Zo zullen de handelingen van een huisarts worden

vergeleken met de handelswijze van andere huisartsen, de handelingen van een kinderarts met deze van andere kinderartsen, ...

Daar waar het al geenszins een evidentie is om een gebeurlijke fout / onvoorzichtigheid in hoofde van de arts te bewijzen, levert het bewijs van het oorzakelijk verband de meeste problemen op.

Er moet immers worden aangetoond, dat de schade, zoals zij zich heeft voorgedaan, zich niet zou hebben voorgedaan, indien de fout niet was begaan. (cf. in België toegepaste equivalentieleer) In de mate waarin de gevolgen van een therapeutische handeling noodzakelijkerwijze onvoorspelbaar zijn, is het praktisch onmogelijk om aan te tonen dat een niet toegepaste behandeling de genezing van een patiënt zou hebben bewerkstelligd.

De patiënt draagt derhalve de bewijslast van de schade, de fout en het oorzakelijk verband.

Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met het feit dat een medisch ongeval, het gevolg kan zijn van een niet-foutieve vergissing of van een toevalligheid, wat ook een "**complicatie**" kan genoemd worden.

Het aansprakelijkheidsrecht erkent dat wij het recht hebben ons te vergissen. De geneesheer kan niet aansprakelijk worden gesteld voor een onvermijdbare complicatie die een toeval is en geen oorzaak kan vinden in het handelen van de arts (situatie van overmacht).

Met andere woorden, het slachtoffer van een medisch ongeval wordt niet vergoed indien het ongeval het gevolg is van een niet-foutieve vergissing, van een complicatie of van een niet-bewezen fout.

Er wordt inzake medische aansprakelijkheid wel een ontaarding vastgesteld van de vaststaande principes inzake aansprakelijkheid.

De rechtbanken blijken immers niet ongevoelig voor de nood van de slachtoffers van medische ongevallen. Om aan de slachtoffers een schadevergoeding toe te kennen die rechtvaardig lijkt, zijn de rechtbanken gedwongen om over te gaan tot een ware manipulatie van de rechtsprincipes.

Zo merken wij, tot onze spijt, meer en meer volgende elementen op in de recente rechtspraak:

- vooreerst ontaarding van het principe van het leveren van het bewijs van het oorzakelijk verband
- vervorming van het foutbegrip (waarbij erg snel wordt besloten tot een fout in hoofde van een arts)
- ontaarding van het begrip "de toestemming met kennis van zaken".

1. Ontaarding van het principe van het leveren van het bewijs van het oorzakelijk verband.

Het slachtoffer moet het bewijs leveren van het oorzakelijk verband tussen fout en schade, waarbij het oorzakelijk verband *zeker moet zijn*. Hieruit moet men besluiten dat de enkele vaststelling van de mogelijkheid van een oorzakelijk verband tussen de fout en de schade niet volstaat om de veroordeling van de dader van de fout te motiveren.

Meer en meer is er een evolutie in de rechtspraak dat het bewijs van het verlies van een overlevings- of genezingskans voldoende acht, als maar is bewezen dat deze kans zeker en vaststaand is of met een aan grote zekerheid vaststaande waarschijnlijkheid is bewezen.

In geval van bewijs van een zekere kans op overleving of genezing, wordt er slechts een forfaitaire schadevergoeding toegekend, een bepaald bedrag, dat ex aequo et bono, naar billijkheid en redelijkheid door de rechtbank wordt vastgesteld.

Het dient opgemerkt te worden dat in het Belgisch recht, deze schadevergoedingen zeker niet omvangrijk zijn, zeker niet ten opzichte van Amerikaanse uitspraken. Er wordt immers in het Belgische recht, inzake vergoeding van lichamelijke schade, gewerkt met vaststaande cijfers, tabellen, enz. (indicatieve tabellen welke werden opgesteld op initiatief van de vereniging van Politierechters)

Pas wanneer het oorzakelijk verband tussen fout en schade met zekerheid vaststaat, en er niet alleen gesproken wordt over de mogelijkheid / een verlies van een kans, is er recht op integrale schadevergoeding.

Ook deze integrale schadevergoeding, ingeval van overlijden, blijvende werkonbekwaamheid, enz. zijn in België zeker niet aan de hoge kant.

2. Vervorming van het foutbegrip.

Er is in de Belgische rechtspraak meer en meer een evolutie waar te nemen in de richting van resultaatsverbintenissen (in tegenstelling tot het begrip "inspanningsverbintenis"), en een foutloze, objectieve aansprakelijkheid. (in navolging van o.a. artikel 29bis WAM-Wet, zijnde de Wet op de zwakke weggebruiker)

Het niet bereiken van een bepaald resultaat leidt dan automatisch tot de aansprakelijkheid van de arts, die enkel aan zijn aansprakelijkheid kan ontkomen door een vreemde oorzaak in te roepen, zijnde de overmachtsituatie.

Zo worden als resultaatsverbintenissen gekwalificeerd:

- de belofte van een arts een patiënt te bezoeken of te opereren
- de verplichting om de juiste patiënt of het juiste lichaamsdeel te behandelen
- het niet achterlaten

- van een vreemd voorwerp in het lichaam van de patiënt na een operatie
- eenvoudige bloedanalyses
- de toediening van de correcte bloedgroep bij bloedtransfusie
- eenvoudige radiografie
- soms een sterilisatie

De verplichting om te werken met veilig medisch materiaal wordt eveneens als een resultaatsverbintenis beschouwd door de rechtspraak.

3. Bewijs van de “informed consent” (geïnformeerde toestemming), met name het bekomen van de toestemming van de patiënt, dit met kennis van zaken.

De rechtspraak legt de bewijslast voor een “informed consent” meer en meer in hoofde van de geneesheren, die inderdaad het bewijs dienen te leveren van voldoende informatie aan de patiënt. Dit is ook de evolutie van de rechtspraak in de ons omringende landen.

Terzijde dient opgemerkt dat in Frankrijk meer dan 50 % van de aansprakelijkheidsclaims tegen artsen betrekking heeft op deze “informed consent”.

In die zin dient opgemerkt te worden dat het medisch dossier en het goed bijhouden ervan, meer en meer aan belang wint, dit als bewijs ten opzichte van de rechtbank van het verstrekken van voldoende informatie. (positieve bewijslast)

De Rechtbanken hebben meer en meer de neiging te het besluiten tot een fout / onvoorzichtigheid in hoofde van de arts wanneer slechts een onvolledig / onzorgvuldig dossier kan neergelegd worden. Men vertrekt hier van het uitgangspunt dat het onzorgvuldig / onvolledig bijhouden van een patiëntendossier niet in het voordeel van de arts kan spelen, welke dit dossier dient aan te leggen / aan te vullen / bij te houden.

Besluit; de rechtspraak komt de patiënt tegemoet en de bewijslast vertoont de tendens in het Belgisch recht, om te worden vereenvoudigd!

Evenwel is het zo dat er desalniettemin door de patiënt nog andere hinderpalen moeten worden overwonnen teneinde vergoed te worden.

De complexiteit van de organisatie van het medisch handelen dient hier eveneens te worden aangestipt.

De patiënt die in ziekenhuisverband schade lijdt, moet zich immers allereerst afvragen wie hij tot schadevergoeding kan aanspreken; bv. de arts, maar welke binnen het medisch team? / de verpleegkundige / het ziekenhuis / allen samen /

Hij moet ook uitpluizen in welke rechtsverhouding hij tot de arts en het ziekenhuis staat en welke verbintenissen deze partijen hebben opgenomen.

Vaak is het niet duidelijk welke aansprakelijkheidsregel kan worden ingeroepen, omdat dit afhankelijk is onder andere van het statuut van de arts. Zo kan de arts werkzaam zijn als

orgaan / aangestelde / als werknemer of als zelfstandige. Deze statuten kunnen telkens een invloed hebben op de aansprakelijkheidsstelling.

Voor de patiënt, en heel dikwijls zelfs voor de advocaten, is het geen eenvoudige taak om op basis van de juiste aansprakelijkheidsregel de juiste persoon aan te spreken. In die zin valt het te betreuren dat België geen centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis kent, zoals die in Nederland werd ingevoerd met de Wet geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

In dit (o.a. Nederlandse) systeem moet de patiënt immers niet op zoek naar de persoon binnen het ziekenhuis die onzorgvuldig heeft gehandeld. Hem wordt een centraal adres gegeven, het ziekenhuis, waartegen hij zijn claim kan indienen.

Vele juridische moeilijkheden ontstaan wanneer een geneesheer-specialist in opleiding, een GSO, foutief een medische verbintenis uitvoert.

Strafrechterlijk en tuchtrechterlijk kan hij slechts persoonlijk aansprakelijk worden gesteld, waarbij alsdan ontegensprekelijk, zijnde zonder de minste twijfel, dient vast te staan dat de fout van de GSO de schade heeft veroorzaakt.

Burgerrechterlijk beschikt het slachtoffer echter mogelijks over meerdere aanspreekpunten.

De GSO kan persoonlijk aangesproken worden, het bewijs van een lichte fout is voldoende, tenzij de GSO optrad als werknemer, want dan dient het bewijs te worden geleverd van een zware, opzettelijke of gewoonlijk voorkomende lichte fout, en dit conform artikel 18 van de Arbeidswet.

Kan de GSO beschouwd worden als ondergeschikte, dan kan ook de stagemeeester aangesproken worden.

Tenslotte kan ook de stagemeeester een persoonlijke fout begaan door de GSO een te complexe operatie / opdracht toe te vertrouwen of door een tekort aan supervisie.

Wanneer de patiënt het slachtoffer wordt van schade toegebracht door een "gebrekkige zaak", (bv. reanimatieapparatuur welke niet goed werkt, fouten in radiologische opnamen door gebrek aan onderhoud, verstopte zuurstoftoevoer, ...) wordt hij eveneens met juridische problemen geconfronteerd. Hij moet immers kunnen opsporen wie de juridische bewaker is van de gebrekkige zaak, opdat de juiste partij zou worden aangesproken.

De verjaringstermijn is ook dikwijls een hinderpaal voor de patiënt, namelijk 5 jaar na ontdekking van de schade en kennisname van de identiteit van de dader, met een maximum van 20 jaar na het schadeverwekkend feit. (ingevoerd in 1998, art. 2262 B.W.), waarbij de burgerlijke vordering kan niet verjaren voor de strafvordering, een strafklacht zal derhalve stuitend werken.

Niet alleen is het instellen van een rechtszaak een **COMPLEXE** aangelegenheid, het is tevens duur en tijdrovend. Processen nemen verschillende jaren in beslag, soms kan er niet worden teruggevallen op een rechtsbijstandverzekering, en dan wacht de patiënt meestal een gepeperde rekening; procedure- en expertisekosten, advocatenhonoraria, enz.

Uit Amerikaanse studies blijkt dat maximaal 1 op 10 slachtoffers van een medische fout een schadeclaim indient, terwijl hiervan slechts 40 % een vergoeding krijgt. In de USA resulteert dus slechts één op 25 foutief veroorzaakte schadegevallen in schadevergoeding.

2. Een crisis voor de arts.

Het aantal claims tegen artsen en ziekenhuizen stijgt, dit is reeds gebleken uit de cijfers die ik U heb gegeven hierboven.

Over negatieve publiciteit, psychische en beroepshalve impact, hebben we het ook reeds gehad.

Er zijn bovendien de steeds hogere verzekeringspremies die dienen te worden betaald.

Soms worden bepaalde risico's uitgesloten, de vrijstellingen worden groter, de polis kan opgezegd worden, het verzekerde bedrag blijkt onvoldoende te zijn...

Negatief aan de stijging van het aantal claims is de uitoefening door sommige artsen van **defensieve** geneeskunde, ingegeven door de aansprakelijkheidsvrees (cf. Amerikaanse handelswijze). De arts kiest in eerste instantie voor zijn eigen bescherming.

Twee soorten defensieve geneeskunde kunnen worden onderscheiden:

- de negatieve defensieve geneeskunde, met name de weigering van een arts een specifiek onderzoek of ingreep te verrichten, gelet op de daarmee gepaard gaande risico's en de mogelijk tot daaruit voortvloeiende aansprakelijkheidsvorderingen (bv. uitvoeren van een keizersnede in plaats van een natuurlijke bevalling, weigering om in een ziekenhuis specifieke spoedgevallen op te vangen)

- de positieve defensieve geneeskunde, met name het voorschrijven of uitvoeren van overbodige, d.w.z. medisch niet geïndiceerde onderzoeken of behandelingen om mogelijke

nalatigheidsverwijten van de patiënten / rechtbanken te kunnen afweren (overmatig voorschrijven van radiografieën, labo-onderzoeken, enz)

De **hoge verzekeringspremies** blijken ook te leiden tot een schaarste bij bepaalde risicospecialismen.

3. Een crisis voor de verzekeraar.

Naast de patiënt en de arts lijkt ook de verzekeraar van medische aansprakelijkheidsrisico's moeilijke tijden door te maken. Dit wordt afgeleid uit de vaststelling dat verzekeringspremies voortdurend worden opgetrokken, dit om de steeds groter wordende schadelast aan te kunnen / op te vangen.

Midden de jaren 80 betaalden de artsen, meer in het bijzonder de chirurgen, anesthesisten, esthetisch chirurgen, een premie van ongeveer 18.000 Bfr per jaar (+/- 450 €). In juli 1990 werd aan de verzekeraars de toelating gegeven hun premies te verhogen tot 60.000 Bfr. (+/- 1.500 €)

Sinds 1993 is het zo dat de verzekeraars voor een premieverhoging, enkel in geval van verplichte wettelijke verzekering, de toelating nodig hebben van het Ministerie van Economische Zaken. Gezien de medische aansprakelijkheid geen verplichte verzekering (in België 2 verplichte verzekeringen, met name de brandverzekering voor huurders en de BA-verzekering motorvoertuigen) betreft, kunnen de verzekeraars in principe vrij de premies verhogen.

Voor de hoogste risicocategorie bedroeg de jaarlijkse premie in 1996 reeds 175.000 Bfr. (+/- 4.500 €)

Het is een vaststelling dat, niettegenstaande de verhoging van de premies, de geïnde premies de schadelast niet kunnen dekken. In 1993 stond tegenover 310 mio Bfr geïnde premies een schadelast van 585 mio Bfr. In 1994 werden voor 496 mio Bfr premies geïnd, terwijl de schadelast 1.063 miljoen Bfr bedroeg.

Er wordt ook vastgesteld dat de omvang van de dekking steeds meer wordt ingekrompen.

Verschillende Belgische verzekeraars hebben zich uit de markt teruggetrokken of sluiten geen nieuwe verzekeringen meer af, vooral voor de hoogste risicoklassen.

Andere verzekeraars voeren een strenge selectie door bij de kandidaat-verzekerden. Artsen die reeds een schadegeval hebben veroorzaakt, worden geweigerd. Sommige verzekeraars vragen dat de artsen ook andere verzekeringen bij hen afsluiten, waaronder brand, auto, woningverzekering, verzekering privé-leven, enz.

De omvang van de dekking wordt beperkt, er wordt voorzien in uitsluitingen, er werden er reeds een aantal door mij hierboven opgesomd, er wordt voorzien in een lijst van grove fouten.

Ook de dekking in de tijd wordt fel ingeperkt.

Vroeger waren haast alle medische aansprakelijkheidsverzekeringen van het type "fact-occurrence". In dit systeem wordt er dekking verleend op voorwaarde dat het schadeverwekkende feit, bijv de fout, zich heeft voorgedaan tijdens de duurtijd van de

verzekeringpolis, zelfs wanneer de schade ontstaat of de rechtsvordering wordt ingesteld na de duurtijd van de polis, bijv. nadat de arts met pensioen is.

Het zogenaamde uitloop- of posterioriteitsrisico wordt in dit systeem dus wel gedekt.

De meeste Belgische verzekeraars, zijn evenwel van plan of hebben dit ondertussen reeds gedaan, om een "claims-made systeem" in te voeren. In dit systeem is er maar dekking wanneer de schadeloosstelling is van de benadeelde tijdens de duur van de polis wordt ingesteld. Het grote nadeel voor de arts is dat het uitlooprisico in dit systeem niet is gedekt.

De Belgische wetgever heeft het "claims-made systeem" voor aansprakelijkheidsverzekeringen toegelaten, op voorwaarde dat er een zogenaamde "sunset-clause" in de polis wordt ingevoerd, waarbij de verzekerde arts nog verzekerd is tegen vorderingen die binnen de 3 jaar na het einde van de overeenkomst worden ingediend.

Artsen die met pensioen gaan of hun praktijk om een andere reden stopzetten, en hun polis opzeggen, kunnen evenwel nog tot 30 jaar later tot schadevergoeding worden aangesproken voor in het verleden veroorzaakte schadegevallen, voor zover natuurlijk de vordering binnen de nuttige termijn door het slachtoffer wordt ingesteld (cf. supra: 5 jaar na kennisname van schade en gebeurlijke dader).

De meeste polissen voorzien in een "fact-occurrence systeem", de verzekeringspremies voor artsen die in ziekenhuisverband werken, ligt tussen de 70.000 en de 200.000 Bfr, (in het jaar 2000)

Er is geen verplichte verzekering voor medische beroepsaansprakelijkheid waarbij ongeveer 5 % van de artsen, zou geen verzekering hebben, of zou onvoldoende verzekerd zijn.

Dit leidt tot de boutade: "je kunt beter door jouw arts overreden worden dan mismeeesterd te worden, want de wagen van de arts is immers verplicht verzekerd en zijn praktijk is dit niet !"

De steeds hogere verzekeringspremies hebben tot gevolg dat ook de honoraria stijgen.

De premies zijn de laatste 10 jaar vervijf- of zelfs vertienvoudigd.

De meeste artsen zijn zich onvoldoende bewust van de inhoud van hun polis, of de omvang van de dekking. Het is dan ook aangewezen dat niet zozeer kortzichtig gekeken wordt naar de omvang van de premie, maar ook en vooral naar de **kwaliteit van de polis** en de potentiële hiaten erin.

Het dient ook opgemerkt te worden in het kader van een verzekering, dat artsen, nadat zij geconfronteerd worden met een schadegeval, dikwijls niet goed weten hoe zij moeten reageren, nl. feiten mogen wel erkend worden, doch niet de aansprakelijkheid. Het onderscheid tussen beiden is niet steeds duidelijk waardoor artsen zich op de vlakte houden en de patiënten zich in

kwestie misbegrepen voelen en uit onmacht, dan maar een procedure opstarten. Dit gebrek aan communicatie (al dan niet bewust) werkt het aantal claims dan ook in de hand.

Wat zijn de voorstellen en alternatieven om aan deze crisis, zowel voor patiënt, arts als verzekeraar tegemoet te komen en een oplossing te bieden ?

1. Het is een feit dat een claim van een patiënt vaak voortvloeit uit een gevoel van ontevredenheid waarbij de patiënt niet wordt gehoord, en geen begrijpbare informatie krijgt.

Patiënten zijn heel dikwijls ook niet uit op geld, doch wensen voornamelijk open en volledige informatie.

In die zin zou een onafhankelijke en professionele ombudsfunctie kunnen tegemoet komen aan een eerste opvang en verstrekken van informatie. De tussenkomst van een onafhankelijke ombudsman kan bijdragen tot een correcte, serene en objectieve behandeling van klachten met vrijwaring van de fundamentele patiëntenrechten. (Wet van 2002)

2. Verplichte burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering, waarbij het “fact-occurrence systeem” het enige wettelijke toelaatbare is.

Dit zou betekenen dat er meer premies kunnen worden geïnd en beter zouden kunnen verspreid worden over de verschillende risicocategorieën.

Voor een premieverhoging zou dan de voorafgaandelijke toestemming van het Ministerie van Economische Zaken vereist zijn.

Het Ministerie zou de verzekeringsmaatschappijen kunnen aanzetten tot het beter bijhouden van cijfers van claims, teneinde een premieverhoging ook beter te ondersteunen en te verantwoorden.

Er zou tevens kunnen gedacht worden aan een verplichte rechtsbijstandverzekering in hoofde van de medische beroepen, dit voor de kosten van verdediging.

Bovendien dienen er minimumvoorwaarden te worden opgelegd voor wat de verplichte verzekering betreft, met name met betrekking tot de omvang van dekking, uitsluitingen, enz. met een verplichte uitbreiding van de verzekeringsdekking en een harmonisering van de verzekeringscontracten.

3. Artsen zouden ook zelf een sturende rol kunnen spelen door oprichting van onderlinge maatschappijen waarbij zij uitsluitingen en risk management in eigen handen nemen (dit is onder ander het geval in de VSA).

4. Met betrekking tot de omkering van de bewijslast inzake “informed consent” kan er voorgesteld worden om meer te werken met toestemmingsformulieren, zoals dit reeds in een aantal Europese landen bestaat. De inhoud van deze documenten dient evenwel duidelijk en eenduidig te worden vastgelegd. Dit kan evenwel dan weer de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt aantasten...

5. Volgens de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren dient er ook aandacht te worden besteed aan preventie van medische fouten / risk management. Er moet aandacht besteed worden aan de uitbouw van een preventiebeleid.

De civiele immuniteit van de artsen mag niet leiden tot een grotere laksheid en er dient blijvend aandacht te worden besteed aan kwaliteitszorg.

Zo wordt er in de VSA gewerkt met systemen van actieve interne audits (Lexington en Kentucky), waarbij men soms op schadeverwekkende fouten stoot, zonder dat de patiënt of zijn familie hiervan op de hoogte zijn en men een politiek voert om zelf de patiënt te contacteren en volledig en eerlijk te informeren.

Dit had tot resultaat dat kosten en claims werden vermeden, omdat bij de patiënten de factoren woede en wraak niet meer meespeelden om een zo hoog mogelijke vergoeding in de wacht te slepen.

Dient men echter slapende honden te wekken? ...

6. Tenslotte is een wetsontwerp uitgaande van de Minister DEMOTTE (welke op heden wordt besproken), voor invoering van een systeem van “no-fault” bij medische ongevallen. Het advies van de Raad van State werd reeds gevraagd en reeds tussengekomen.

Het wetsontwerp DEMOTTE voorziet een afschaffing van het huidig aansprakelijkheidsrecht voor medische ongevallen, behalve bij opzet, dronkenschap, hulpverzuim en wettelijk verboden activiteiten.

Er zou voorzien worden in de oprichting van een vergoedingsfonds, met bemiddelingscommissies.

Hierbij worden volgende bedragen voorzien:

A. Voor morele schade:

- Minimum vrijstelling: 2.500 €
- Maximum plafond; 1 Mio €

B. Voor economische schade:

- Minimum vrijstelling: 1.000 €
- Maximum plafond: 2,5 mio €

Het no-fault systeem is naar het voorbeeld van de Scandinavische landen.

1.

Er is voorzien in een systeem van verplichte verzekering voor de artsen, ook in geval van zware fout, waarbij de waarborg minimum 1 mio € per schadegeval is.

Het vergoedingsfonds is een staatsdienst met afzonderlijk beheer en staat onder rechtstreeks gezag van de Minister van Volksgezondheid.

De klachten moeten ingediend worden bij het Fonds, die de klacht ook doorgeeft aan de verzekeringsonderneming.

Er moeten statistieken worden bijgehouden van uitgekeerde vergoedingen; er wordt tevens een lijst bijgehouden van alle verzekerde zorgverleners.

Verzoeken tot schadeloosstelling dienen binnen de 5 jaar vanaf de dag dat het slachtoffer kennis heeft gehad of redelijkerwijs zou moeten hebben gehad van de schade, worden ingediend en zijn onontvankelijk indien meer dan 20 jaar sinds de dag na die waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan zijn verlopen.

Indien een arts niet zou verzekerd zijn, behandelt het fonds de klacht als een gemeenschappelijk waarborgfonds.

Gegevens die verzameld worden naar aanleiding van een schadegeval, mogen niet aan derden vrijgegeven worden; het fonds kan ook een beroep doen op experts.

Uiterlijk na 130 dagen wordt door de verzekeringsonderneming een ontwerp van vergoeding overgemaakt aan het Fonds. Het fonds beschikt over een termijn van 30 dagen om akkoord te gaan met dit voorstel.

Er kan ook een tegenvoorstel worden geformuleerd en in geval van blijvende onenigheid kunnen arbiters worden aangesteld.

Indien een bepaalde vergoeding wordt voorgesteld door het Fonds, kan het slachtoffer hiermee niet akkoord gaan en dient er beroep aangetekend te worden bij de Arbeidsrechtbank.

In geval van opzettelijke of zware fout, is er een verhaalsrecht mogelijk van het Fonds tegen de arts.

Voor de financiering van het Fonds is er een bijdrage van de Staat / een jaarlijkse toelage van het RIZIV / een bijdrage van de patiënten.

De bijdrage van de Staat zou 12 mio € bedragen.

De kostprijs voor de invoering van een dergelijk systeem in België is evenwel niet gekend.....

De nationale Raad van de Orde van Geneesheren is gewonnen voor een dergelijk no-fault systeem, voor zover beide systemen , nl van een no-fault fonds en van de burgerlijke aansprakelijkheid naast elkaar blijven bestaan en de patiënt niet gedwongen wordt om keuzes te maken.

Een no-faultsysteem met Fonds heeft tot voordeel, een snelle afhandeling van schadegevallen, dit buiten elke conflictsituatie tussen de arts en de patiënt. Ook therapeutische ongevallen zonder fout zouden aanleiding kunnen geven tot vergoeding.

Het is in ieder geval een systeem dat bevorderlijk is voor de gemoedsrust van de zorgverstrekkers en hun relatie met de patiënt.

Er dient opgemerkt te worden dat zeker 40 % van de geïnde premies door de verzekeraars besteed worden aan beheerskosten. Door invoering van het no-faultsysteem zouden de kosten voor opvolging en beheer kunnen beperkt worden, zodat meer financiële middelen ter beschikking zouden kunnen zijn voor het vergoeden van de patiënten.

Er is ook een belangrijke beperking van de kosten van expertise, procedure, enz.

De patiënt wordt ontlast van de zware bewijslast welke op hem rust bij een burgerrechtelijke procedure.

2.

Ook de Scandinavische landen, met name Zweden, Denemarken en Finland, hebben het "foutaansprakelijkheidsysteem" aangevuld met het principe van een "no-fault systeem".

Het Noorse systeem vertoont wel een aantal afwijkingen en leunt enigszins nog dicht aan bij de klassieke foutaansprakelijkheid.

In Zweden werd in 1996 de Patient Injury Act uitgevaardigd. Voordien was er op vrijwillige basis een soort van no-fault systeem met vergoedingsfonds sinds 1975 van toepassing.

Elke arts/ziekenhuis en ook de andere zorgverstrekkers zijn wettelijk verplicht een patiëntenverzekering af te sluiten. Er worden zes categorieën voorzien van schade, die voor vergoeding in aanmerking komen, nl.:

- behandelingsschade
- materiaalgebonden schade
- diagnoseschade
- infectieschade
- ongeval verbonden schade
- geneesmiddelen schade

Cruciaal criterium voor vergoeding van behandelingsschade is dat de schade vermijdbaar was door de behandeling anders uit te voeren of door een andere behandelingstechniek of methode toe te passen. Het toetsingscriterium hierbij is de ervaren specialist

Niettegenstaande de invoering van dit no-fault systeem wordt er in Zweden ook nog steeds een spectaculaire stijging van het aantal gerechtelijke schadeclaims genoteerd waarbij het aantal uitbetaalde bedragen verdubbelt om de vijf jaar.

Andere vormen van no-faultsysteem:

- Bepaalde Amerikaanse staten: voor neurologische schade bij kinderen tengevolge van de geboorte
- Frankrijk en
- UK: voor schade ten gevolge van specifieke handelingen, zoals verplichte vaccinatie en een medisch experiment. In de UK wordt er gewerkt met bemiddelingscommissies die verzoenend optreden. Er is een Protocol, dewelke een procedurereglement voorschrijft.

Ook in Frankrijk werden reeds tientallen wetsvoorstellen ingediend voor een uitgebreid no-faultsysteem. Uiteindelijk kwam het in 2002 tot een wet, dewelke voorziet in de invoering van een intermediair no-faultsysteem, met oprichting van een vergoedingsfonds en daarnaast verscheidene regionale commissies. De schade moet een zekere ernst hebben (boven de 25 % invaliditeit), het moet gaan om abnormale schade in acht genomen de gezondheidstoestand van de patient en de voorzienbare evolutie.

Een uitvoeringsbesluit voorziet in een verplichte verzekering, met franchises, plafonds, strafrechterlijke sancties in geval van niet-verzekering.

SLOT:

Zoals U zal willen opmerken is het laatste woord omtrent deze problematiek nog niet gezegd en hebben wij nog een lange weg voor de boeg alvorens deze problematiek voldoende geregeld is.

Op heden ligt er aldus een erg uitgebreid wetsontwerp / wetsvoorstel klaar, doch vrees ik een lange periode van “uitlokken van rechtspraak” alvorens men effectief in bepaalde gevallen (waaromtrent het toepassingsgebied waarschijnlijk door de respectievelijke rechtbanken en hoven zal dienen omljnd te worden) tot een foutloze vergoeding zal komen.

Interpretatie van bepaalde vage begrippen, zal ongetwijfeld tot discussies leiden, patiënten die akkoord zijn met de voorgestelde vergoeding en met toepassing van begrippen, zullen zich vooralsnog naar de Rechtbank wenden.

Het valt te verwachten dat de invoering van de vergoeding no-fault niet noodzakelijkerwijze, en voorzeker niet in den beginne, het aantal claims zal laten dalen, maar dat ook andere maatregelen zullen noodzakelijk zijn, dit op het vlak van communicatie, preventie en kwaliteitszorg.

Het valt in ieder geval te betreuren dat er geen bijkomende onderzoeken zijn gebeurd, naar aantal schadegevallen, tussenkomen, kostprijs van het no-faultsysteem, en dat er niet gedacht wordt aan een systeem van verplichte registratie van schadegevallen, die in de toekomst zullen toelaten om met kennis van zaken aan risicovoorkoming te doen.

Marleen RYELANDT
Advocatenkantoor @verlaw
Filips de Goedelaan 11
8000 BRUGGE
Tel: 050/32.07.07
Fax: 050/32.07.50
Email: marleen.ryelandt@verlaw.be
Site: www.verlaw.be