

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2007-2008

19 MAART 2008

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg

(Ingediend door de heer Jacques Brotchi)

TOELICHTING

De wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg bevat een aantal fouten en juridische leemten die door dit wetsvoorstel zullen worden verholpen.

In de toelichting bij de wet van 15 mei 2007 (1) verklaarde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 5 april 2007 het volgende: «De toepassing van de klassieke regeling van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid op medisch vlak lijkt geen voldoening te schenken, noch voor de patiënt, nog voor de beroepsbeoefenaars, noch voor de verzekeraars. De verklaring daarvoor is dat de gewone regeling van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid niet aangepast is aan het medisch risico. (...) De slachtoffers die een rechtszaak aanspannen, worden geconfronteerd met een nog grotere traagheid van het gerecht, onder meer omdat systematisch een beroep wordt gedaan op expertises, die vaak lang duren en veel geld kosten, en ook als gevolg van het grote aantal betrokkenen (artsen, verzekeraars, slachtoffers enzovoort).».

De indiener stelt de invoering van een specifieke aansprakelijkheidsregeling voor medische zaken niet ter discussie. Maar zoals hij nu is, stelt de wet van 15 mei 2007 lange, ingewikkelde en soms onrealistische procedures in, die de patiënten niet in de gelegenheid zullen stellen in betere omstandigheden dan vandaag het geval is, vergoed te worden voor hun

(1) Gedrukt Stuk (Kamer), 5 april 2007, zitting 2006-2007, nr. 51-3012/003, blz. 6-7.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2007-2008

19 MARS 2008

Proposition de loi modifiant la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

(Déposée par M. Jacques Brotchi)

DÉVELOPPEMENTS

La loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé présente un certain nombre d'erreurs et de lacunes juridiques auxquelles la présente proposition de loi remédie.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique expliquait le 5 avril 2007, dans l'exposé de la loi du 15 mai 2007 (1), que l'application du régime traditionnel de la responsabilité civile au domaine médical ne paraît pas satisfaisante ni pour le patient, ni pour les professionnels de la santé, ni pour les assureurs. Cela s'explique par l'inadéquation du régime ordinaire de la responsabilité civile au risque médical. (...) Les victimes qui entament une action judiciaire sont confrontées à une lenteur encore plus importante de la justice, notamment en raison du recours systématique à des expertises, qui sont souvent lentes et coûteuses, et au nombre d'intervenants (médecins, assureurs, victimes, etc.).

L'auteur ne remet pas en cause l'instauration d'un régime propre de la responsabilité en matière médicale. Mais la loi du 15 mai 2007, en l'état, instaure des procédures longues, compliquées et parfois irréalistes qui ne permettront pas aux patients d'obtenir réparation de leur dommage dans de meilleures conditions qu'aujourd'hui. Notamment, la procédure d'arbitrage

(1) *Doc. parl.* (Ch.), 5 avril 2007, session 2006-2007, n° 51-3012/003, pp. 12-13.

schade. Zo is de arbitrageprocedure bij onenigheid tussen het Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij gezondheidszorg en de verzekeringsonderneming een miskleun.

Men moet de procedures dus volledig herzien. Voor meer uitleg verwijst de indiener naar de toelichting bij de artikelen van dit wetsvoorstel.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2

A. De toezichthoudende ministers waarin de wet van 15 mei 2007 voorziet, zijn de minister bevoegd voor Volksgezondheid en de minister bevoegd voor Economie. In artikel 2 van dit wetsvoorstel wordt voorgesteld die taak aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid en aan de minister bevoegd voor Consumentenzaken te geven (artikel 2, § 1, 8^o, van de wet).

B. De Raad van State heeft onderstreept dat de door de wet ingestelde verplichte verzekering niet als een aansprakelijkheidsverzekering kan worden gekwalificeerd en dat het aanbeveling verdiende dat, zowel in de tekst van het ontwerp als in de memorie van toelichting, duidelijkheid werd geschapen over de juiste aard van de verzekering.

Met die opmerking is geen rekening gehouden. Artikel 2, § 2, van het wetsvoorstel verhelpt dit verzuim door de juridische aard van betreffende verzekering te vermelden: het gaat om een persoonsverzekering (de patiënten) strekkende tot vergoeding van schade (artikel 2, § 1, 12^o, van de wet).

Om de wet van 15 mei 2007 begrijpelijker te maken, geeft dit wetsvoorstel de definitie van het begrip abnormale schade, waarnaar in volgende artikelen zal worden verwezen (artikel 2, § 1, 13^o, van de wet).

Artikel 3

Artikel 3, § 3, eerste lid, bepaalt dat de in § 1 bedoelde schade, dat wil zeggen de schade veroorzaakt door een zorgverlener, van het toepassingsgebied van de wet uitgesloten is, wanneer ze « uitsluitend en alleen door een derde, die niet de zorgverlener is, wordt veroorzaakt ».

Artikel 3, § 3, zorgt voor verwarring en zegt niets meer dan § 1 van hetzelfde artikel.

Artikel 3 van dit wetsvoorstel doet die paragraaf vervallen.

en cas de désaccord entre le Fonds des accidents soins de santé et l'entreprise d'assurance est insensée.

Il est donc nécessaire de revoir entièrement les procédures prévues. Pour de plus amples développements, l'auteur renvoie aux commentaires des articles de la présente proposition de loi.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

A. Les ministres de tutelle prévus dans la loi du 15 mai 2007 sont le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et le ministre qui a l'Économie dans ses attributions. L'article 2 de la présente proposition de loi propose de confier cette fonction au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et au ministre qui a la Protection des consommateurs dans ses attributions (article 2, § 1^{er}, 8^o, de la loi).

B. Le Conseil d'État a souligné que l'assurance obligatoire instituée par la loi « ne peut pas être qualifiée d'assurance de la responsabilité. Il est recommandé de préciser la nature exacte de l'assurance, aussi bien dans le texte du projet que dans l'exposé des motifs ».

Il n'a pas été tenu compte de cette observation. L'article 2, § 2, de la proposition de loi remédie à cette lacune en précisant le régime juridique de l'assurance dont question: il s'agit d'une assurance de personnes (les patients) à caractère indemnitaire (article 2, § 1^{er}, 12^o, de la loi).

Afin de simplifier la compréhension de la loi du 15 mai 2007, la présente proposition de loi définit la notion de dommage anormal à laquelle il sera fait référence dans ses articles ultérieurs (article 2, § 1^{er}, 13^o, de la loi).

Article 3

L'article 3, § 3, alinéa 1^{er}, énonce que les dommages visés au § 1^{er}, c'est-à-dire les dommages causés par un prestataire de soins, sont exclus du champ d'application de la loi lorsqu'ils sont « causés uniquement par un tiers autre que le prestataire ».

L'article 3, § 3, introduit une confusion et ne dit rien de plus que le § 1^{er} du même article.

L'article 3 de la présente proposition de loi le supprime.

Artikel 4

Schade wordt vergoed indien zij het gevolg is van (1°) het verlenen van gezondheidszorg, of (2°) het niet verlenen van zorg die de patiënt rechtmatig kon verwachten, rekening houdende met de stand van de wetenschap, (3°) een infectie opgelopen als gevolg van de verleende zorg (artikel 4 van de wet).

Artikel 4 van het wetsvoorstel is eenvoudiger van aanpak en valt terug op het begrip abnormale schade, dat in artikel 2 van het wetsvoorstel gedefinieerd wordt, met als doel de wettekst rationeler en eenvoudiger te maken (1).

Artikel 5

Artikel 5, § 1, van de wet wordt opgeheven omdat het over de normale schade gaat. Nu het begrip abnormale schade gedefinieerd is, is alle schade die niet aan die definitie beantwoordt, logischerwijze normaal. Het is dus overbodig ze in de wet te definiëren.

Artikel 5, § 2, derde lid, van de wet lijkt ouders van een kind dat geboren is met een zware handicap die niet tijdens de zwangerschap werd ontdekt, voldoening te geven: ze hebben het recht schadevergoeding te vragen wanneer het ontbreken van de diagnose het gevolg is « van een zware of opzettelijke fout van de zorgverlener », dat wil zeggen bijna nooit.

Artikel 5 van het wetsvoorstel herstelt het evenwicht in de vergoeding van wat voor schade ook, door te bepalen dat de ouders van een kind dat geboren is met een handicap die niet tijdens de zwangerschap is ontdekt en die abnormale schade in de zin van de wet lijden, een vergoeding voor die eigen schade kunnen vorderen (die schade kan niet de bijzondere kosten omvatten die tijdens het leven van het kind uit deze handicap voortvloeien).

Artikel 6

Artikel 6, § 1, van de wet

In zijn artikel 6 geeft de wet een aanzet tot een nomenclatuur van schade die voor vergoeding in aanmerking komt.

(1) Het geval van de infectie die werd opgelopen als gevolg van verleende zorg wordt niet meer vermeld, omdat het een gevolg is van het verlenen van gezondheidszorg. Het is dus overbodig het uitdrukkelijk te vermelden.

Article 4

Font l'objet d'une réparation les dommages qui trouvent leur cause (1°) dans une prestation de soins de santé, ou (2°) dans l'absence d'une prestation de soins de santé que le patient pouvait légitimement attendre compte tenu de l'état de la science, (3°) ainsi que les dommages résultant d'une infection contractée à l'occasion d'une prestation de soins de santé (article 4 de la loi).

L'article 4 de la proposition de loi se réfère plus simplement à la notion de dommage anormal définie dans l'article 2 de la proposition de loi, le but étant de rationaliser et de simplifier le texte législatif (1).

Article 5

L'article 5, § 1^{er} de la loi est supprimé car il traite des dommages normaux. La notion de dommage anormal ayant été définie, les dommages qui n'entreraient pas dans cette définition sont logiquement normaux. Il n'est donc plus utile de les définir dans la loi.

L'article 5, § 2, alinéa 3, de la loi feint de donner satisfaction aux parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse: ils ont le droit de demander la réparation de leur dommage lorsque l'absence de diagnostic résulte « d'une faute lourde ou intentionnelle d'un prestataire », c'est-à-dire pratiquement jamais.

L'article 5 de la proposition de loi rétablit l'équilibre dans l'indemnisation des dommages, quels qu'ils soient, en prévoyant que les parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse et qui subissent un dommage anormal au sens de la loi, peuvent demander la réparation de ce dommage propre (qui ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap).

Article 6

Article 6, § 1, de la loi

La loi, en son article 6, élabore une ébauche de nomenclature des dommages réparables.

(1) Le cas de l'infection contractée à l'occasion d'une prestation de soins de santé n'est pas retenu car il trouve sa cause dans une prestation de soins de santé. Il est donc inutile d'y référer expressément.

De wet maakt het onderscheid tussen schade die de patiënt geleden heeft en schade die zijn rechtverkrijgenden geleden hebben.

De patiënt kan vergoed worden voor de economische schade (de vermindering of het verdwijnen van de geschiktheid van de patiënt om een activiteit uit te oefenen die hem een beroepsinkomen kan verschaffen of op zijn minst een economische waarde heeft), de kosten voor het verlenen van gezondheidszorg die noodzakelijk is als gevolg van de door de patiënt geleden schade, de kosten voor ondersteunende zorg en in het bijzonder in het geval van afhankelijkheid, alsook de niet-economische schade.

De rechtverkrijgenden van de overleden patiënt kunnen worden vergoed voor hun economische schade, hun morele schade en de begrafeniskosten en de kosten voor de overbrenging van de overleden patiënt naar de plaats waar de familie hem wil laten begraven of verassen.

Dit wetsvoorstel herzielt de definitie van de economische schade die een rechtverkrijgende van een overleden patiënt kan lijden: een overledene kan zijn geschiktheid om een economische activiteit uit te oefenen niet «verminderd» zien. Artikel 6 van dit wetsvoorstel corrigeert die onzin.

Artikel 6, § 2, van de wet

De wet laat het preciseren van de vergoedingsregels over aan de Koning. Die machtiging is echter beperkt. De Koning kan weliswaar vrijstellingen en maximumbedragen vastleggen, maar de wet bepaalt de limieten ervan, niet in afgeronde cijfers, maar in ingewikkelde en volstrekt onverwachte bedragen.

Voor de zorg die het gevolg is van de schade, is noch een vrijstelling, noch een maximumbedrag mogelijk.

Voor economische schade daarentegen, kan de Koning een vrijstelling van maximum 435,27 euro vastleggen en een maximumbedrag dat niet lager mag zijn dan 2 176 373,29 euro. Voor de hulp van derden mag het maximumbedrag niet lager zijn dan 870 549,32 euro.

Voor morele schade mag de vrijstelling niet hoger zijn dan 1 741,10 euro en mag het maximumbedrag niet lager zijn dan 870 549,32 euro.

Het maximumbedrag voor begrafeniskosten mag niet lager zijn dan 4 352,75 euro.

De Koning kan ook een aantal dagen arbeidsongeschiktheid vastleggen waarvoor het slachtoffer geen recht heeft op een vergoeding.

La loi fait la distinction entre les dommages subis par le patient et ceux qui sont subis par ses ayants droit :

Le patient peut être indemnisé pour le dommage économique (réduction ou disparition de l'aptitude à se livrer à une activité de nature à lui procurer des revenus professionnels ou ayant, à tout le moins, une valeur économique), le coût des prestations de soins nécessitées par le dommage supporté par le patient, le coût des soins d'assistance et en particulier en cas de dépendance, ainsi que le dommage non économique.

Les ayants droit du patient décédé peuvent obtenir la réparation de leur dommage économique, de leur dommage moral et des frais funéraires ainsi que des frais afférent au transfert du patient décédé vers l'endroit où ils souhaitent le faire inhumer ou incinérer.

La présente proposition de loi revoit la définition du dommage économique que peut subir l'ayant droit d'un patient décédé : un défunt ne peut voir son aptitude à se livrer à une activité économique «réduite». L'article 6 de la présente proposition de loi corrige cette ineptie.

Article 6, § 2, de la loi

La loi laisse au Roi le soin de préciser les règles en matière d'indemnisation. Ce pouvoir est toutefois balisé. Si le Roi peut fixer des franchises et des plafonds, la loi en fixe les limites, non pas en chiffres ronds, mais en des montants compliqués et tout à fait inattendus.

Pour les soins nécessitées par le dommage, il ne peut y avoir ni franchise ni plafond.

En revanche, pour le préjudice économique, le Roi peut fixer une franchise maximale de 435,27 euros et un plafond qui ne peut être inférieur à 2 176 373,29 euros. Pour l'aide de tiers, le plafond ne peut être inférieur à 870 549,32 euros.

Pour le dommage moral, la franchise ne peut excéder 1 741,10 euros et le plafond ne peut être inférieur à 870 549,32 euros.

Le plafond pour les frais funéraires ne peut être inférieur à 4 352,75 euros.

Le Roi peut également fixer un nombre de jours d'incapacité de travail en deçà duquel la victime n'a pas droit à une indemnisation.

Artikel 6, § 3, van het wetsvoorstel herziet de cijfers.

Artikel 6, § 3, van de wet

De wet bepaalt in artikel 6, § 3, dat de vergoeding die krachtens de wet aan de patiënt wordt betaald geacht wordt de schade die de patiënt geleden heeft « integraal te vergoeden ».

Hierover heeft Professor Jean-Luc Fagnart (1) verklaard: « Cette réparation dite « intégrale » ne concerne que la partie du dommage qui n'est pas réparée en vertu d'une autre réglementation. Cela signifie que le patient et ses ayants droit peuvent cumuler les indemnités qu'ils obtiennent en vertu de la loi du 15 mai 2007 et les indemnités qu'ils peuvent obtenir en vertu d'une autre législation. La fiction de la réparation intégrale, proclamée à l'article 6, § 3, de la loi, est contredite par l'article 30, § 3, qui énonce que, dans certaines hypothèses, la victime (qui a obtenu la réparation intégrale de son dommage !) peut exercer un recours afin d'obtenir ... « réparation intégrale de son dommage ».

La fiction de l'article 6, § 3, s'explique sans doute par la croyance des auteurs de la loi en un prétendu principe de l'intangibilité du droit à la réparation intégrale. Ce prétendu principe est souvent proclamé par quelques pseudo-juristes qui ignorent la jurisprudence de la Cour d'arbitrage. Celle-ci a été saisie de questions préjudicielles concernant la licéité de la règle interdisant à la victime (d'un accident du travail) d'intenter une action en réparation sur la base des articles 1382 et suivants du Code civil, contre l'employeur, son mandataire ou son préposé ayant involontairement causé l'accident. La Cour d'arbitrage a décidé que, si un système d'indemnisation dérogatoire au droit commun se justifie dans son principe, « il est admissible que sa comparaison trait pour trait avec celui du droit commun fasse apparaître des différences de traitement tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, sous la réserve que chacune des règles en cause doit être conforme à la logique du système auquel elle appartient » (2).

Il faut déduire de cet arrêt que, si le législateur met en place un système d'indemnisation particulier, celui-ci diffère nécessairement du droit commun. Cette différence de traitement est admissible. La Cour d'arbitrage a confirmé cette jurisprudence (3).

(1) J.L. Fagnart, « De l'erreur médicale aux erreurs de la loi », *Forum de l'assurance*, nr. 78, november 2007, blz. 146.

(2) Arbitragehof nr. 47/2002, 13 maart 2002, *Bull. ass.*, 2002, 819, nota L. Van Gossum.

(3) Arbitragehof nr. 17/2003, 28 januari 2003, *RGDC*, 2003, 247; *NJW*, 341, nota I. Boone en H. Bocken .

L'article 6, § 3, de la proposition de loi revoit ces chiffres.

Article 6, § 3, de la loi

La loi décrète en l'article 6, § 3, que les indemnités versées au patient en vertu de la loi sont réputées « indemniser intégralement » les dommages que le patient a subis.

Le Professeur Jean-Luc Fagnart (1) estime à cet égard: Cette réparation dite « intégrale » ne concerne que la partie du dommage qui n'est pas réparée en vertu d'une autre réglementation. Cela signifie que le patient et ses ayants droit peuvent cumuler les indemnités qu'ils obtiennent en vertu de la loi du 15 mai 2007 et les indemnités qu'ils peuvent obtenir en vertu d'une autre législation. La fiction de la réparation intégrale, proclamée à l'article 6, § 3, de la loi, est contredite par l'article 30, § 3, qui énonce que, dans certaines hypothèses, la victime (qui a obtenu la réparation intégrale de son dommage !) peut exercer un recours afin d'obtenir ... « réparation intégrale de son dommage ».

La fiction de l'article 6, § 3, s'explique sans doute par la croyance des auteurs de la loi en un prétendu principe de l'intangibilité du droit à la réparation intégrale. Ce prétendu principe est souvent proclamé par quelques pseudo-juristes qui ignorent la jurisprudence de la Cour d'arbitrage. Celle-ci a été saisie de questions préjudicielles concernant la licéité de la règle interdisant à la victime (d'un accident du travail) d'intenter une action en réparation sur la base des articles 1382 et suivants du Code civil, contre l'employeur, son mandataire ou son préposé ayant involontairement causé l'accident. La Cour d'arbitrage a décidé que, si un système d'indemnisation dérogatoire au droit commun se justifie dans son principe, « il est admissible que sa comparaison trait pour trait avec celui du droit commun fasse apparaître des différences de traitement tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, sous la réserve que chacune des règles en cause doit être conforme à la logique du système auquel elle appartient » (2).

Il faut déduire de cet arrêt que, si le législateur met en place un système d'indemnisation particulier, celui-ci diffère nécessairement du droit commun. Cette différence de traitement est admissible. La Cour d'arbitrage a confirmé cette jurisprudence (3).

(1) J.L. Fagnart, « De l'erreur médicale aux erreurs de la loi », *Forum de l'assurance*, n° 78, novembre 2007, p. 146.

(2) C.A. n° 47/2002, 13 mars 2002, *Bull. ass.*, 2002, 819, note L. Van Gossum.

(3) C.A. n° 17/2003, 28 janvier 2003, *RGDC*, 2003, 247; *NJW*, 341, note I. Boone et H. Bocken.

Artikel 6 van het wetsvoorstel maakt een einde aan die onwettige fictie.

Artikel 7

Artikel 7 van het wetsvoorstel herzielt de tekst van artikel 8 van de wet van 15 mei 2007 om er de vroeger aangebrachte wijzigingen in op te nemen en aldus de wettekst rationeler en eenvoudiger te maken.

Artikel 8

Artikel 8 van het wetsvoorstel bepaalt dat de verzekeringsondernemingen hoofdelijk aansprakelijk zijn voor de betalingen ten gunste van het Fonds voor het verwezenlijken van zijn taak.

In dit wetsvoorstel wordt het Fonds gezien als een «uitbetalingsinstelling» voor de vergoedingen die verschuldigd zijn aan de patiënten die abnormale schade hebben geleden, terwijl de verzekeringsondernemingen tot taak krijgen de verzoeken tot vergoeding te behandelen (behalve in uitzonderlijke gevallen waarin een zorgverlener actief is die geen verzekering heeft).

Artikel 9

Artikel 9 van het wetsvoorstel bepaalt voor wie en onder welke voorwaarden de verzekeringsplicht geldt.

Artikel 10

Artikel 10 van dit wetsvoorstel heft artikel 11 van de wet van 15 mei 2007 op.

Artikel 11, § 1, van de wet is overbodig: op de verplichte verzekering zijn krachtens artikel 8, tweede lid, van de wet van 15 mei 2007 de bepalingen van de wet van 25 juni 1992 van toepassing. Het is niet nodig die bepaling, die is opgenomen in de wet waarvan vermeld wordt dat hij toepasselijk is, te herhalen.

De tekst van artikel 11, § 2, van de wet komt geenszins overeen met artikel 6, § 2. Hij verbiedt immers het maximumbedrag te beperken tot een bedrag lager dan 2 176 373,29 euro per slachtoffer. Toch kunnen de verzekeringsonderneming en het Fonds verplicht worden vergoedingen te betalen ten belope van 2 176 373,29 euro voor de economische schade, plus 870 549,32 euro voor de hulp van derden, plus 870 549,32 euro voor de morele schade, plus 4 352,75 euro voor de begrafeniskosten, plus een onbeperkt bedrag voor het verlenen van de zorg die noodzakelijk is als gevolg van de door de patiënt geleden schade.

L'article 6 de la proposition de loi supprime cette fiction illégale.

Article 7

L'article 7 de la proposition de loi revoit le texte de l'article 8 de la loi du 15 mai 2007 pour y intégrer les modifications apportées antérieurement et ainsi rationaliser et simplifier le texte législatif.

Article 8

L'article 8 de la proposition de loi prévoit que les entreprises d'assurances sont solidairement responsables des versements à effectuer au profit du Fonds pour l'accomplissement de sa mission.

Le Fonds est envisagé dans le cadre de cette proposition de loi comme un «organisme de paiement» des indemnités dues aux patients ayant subi un dommage anormal, les entreprises d'assurances étant chargées de traiter les demandes d'indemnisation (sauf cas exceptionnel où un prestataire de soins exercerait sans assurance).

Article 9

L'article 9 de la proposition de loi définit qui et dans quelles conditions se met en place l'obligation d'assurance.

Article 10

L'article 10 de la présente proposition de loi supprime l'article 11 de la loi du 15 mai 2007.

L'article 11 § 1^{er}, de la loi est inutile: l'assurance obligatoire est régie par les dispositions de la loi du 25 juin 1992 en vertu de l'article 8, alinéa 2, de la loi du 15 mai 2007. Il n'est pas nécessaire de reproduire cette disposition contenue dans la loi qu'elle dit applicable.

Le texte de l'article 11, § 2, de la loi ne présente aucune concordance avec l'article 6, § 2. Il interdit en effet de fixer un plafond inférieur à 2 176 373,29 euros par victime. Or, l'entreprise d'assurances et le Fonds peuvent être tenus de payer des indemnités qui peuvent atteindre 2 176 373,29 euros pour le préjudice économique, plus 870 549,32 euros pour l'aide de tierces personnes, plus 870 549,32 euros pour le dommage moral, plus 4 352,75 euros pour les frais funéraires, plus un montant illimité pour les prestations de soins nécessités par le dommage subi par le patient.

Waarom een maximum verzekeringsbedrag per slachtoffer vastleggen, terwijl elk slachtoffer krachtens de wet van de verzekeringsonderneming bedragen kan vorderen die veel hoger zijn dan de maximumbedragen waarin artikel 11, § 2 voorziet?

Artikel 11, § 3, van de wet bepaalt dat de verzekeraar het bewijs moet leveren van het feit «dat hem toelaat zich tegen de zorgverstrekker te richten» in geval van een opzettelijke fout of van een zware fout. Professor Fagnart benadrukt terecht het volgende: «on voit mal l'intérêt de répéter une règle élémentaire qui découle des articles 1315, alinéa 1^{er}, et 870 du Code judiciaire» (1).

Artikel 11, § 3, vermeldt ook dat de verzekeraar het bewijs moet leveren «van het feit dat hem van het verlenen van dekking bevrijdt». Maar in zijn artikel 11, § 1, bepaalt de wet dat 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, voor niet-geschreven worden gehouden. Hoe kan de verzekeraar het bewijs leveren van een feit dat hem van de dekking bevrijdt, terwijl het hem verboden is zich ervan te bevrijden?

Artikel 11

De wet van 15 mei 2007 richt een «Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij gezondheidszorg» op. Hoewel de Raad van State aangetoond heeft dat het Fonds een openbare instelling met eigen rechtspersoonlijkheid moet zijn (2), staat in artikel 12 dat het Fonds een Staatsdienst met afzonderlijk beheer is.

Artikel 11 van het wetsvoorstel houdt rekening met het advies van de Raad van State.

Artikel 12

Artikel 12 van het wetsvoorstel herzielt de samenstelling van het beheerscomité zoals ze is bepaald in artikel 13, § 2, van de wet van 15 mei 2007: die wijziging, die niet substantieel is, is uitsluitend ingegeven door de overweging dat in het beheerscomité de spelers van het systeem die er financieel toe bijdragen zitting moeten hebben en ook door het idee dat een comité dat beheerd wordt door tien personen die rechtstreeks bij het beheer van het Fonds betrokken zijn, efficiënter zal zijn dan wanneer er zeventien personen zitting in hebben.

(1) J.L. Fagnart, «De l'erreur médicale aux erreurs de la loi», *Forum de l'assurance*, nr. 78, november 2007, blz. 148.

(2) Raad v an State, Advies, § 8, *Parl. Stuk* (Kamer), 2006-2007, nr. 51-3012/001, 60, § 20.

Pourquoi fixer un plafond d'assurance par victime, alors que chaque victime peut, en vertu de la loi, réclamer à l'entreprise d'assurance des montants largement supérieurs aux plafonds prévus par l'article 11, § 2?

L'article 11, § 3, de la loi dispose que l'assureur doit faire la preuve du fait qui lui permet de se retourner contre le prestataire en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde. Comme le souligne le Professeur Fagnart, «on voit mal l'intérêt de répéter une règle élémentaire qui découle des articles 1315, alinéa 1^{er}, et 870 du Code judiciaire» (1).

L'article 11, § 3, énonce également que l'assureur doit faire la preuve «du fait qui l'exonère de sa garantie». Or, dans son article 11, § 1, la loi dispose que les clauses qui auraient pour effet de limiter, restreindre ou supprimer l'étendue de la garantie sont réputées non écrites. Comment l'assureur pourrait-il faire la preuve d'un fait qui l'exonère de sa garantie, alors qu'il lui est interdit de s'exonérer de celle-ci?

Article 11

La loi du 15 mai 2007 crée un «Fonds des accidents de soins de santé». Bien que le Conseil d'État ait démontré que le Fonds devait nécessairement être un organisme public jouissant d'une personnalité juridique propre (2), l'article 12 énonce que le Fonds est un service de l'État à gestion séparée.

L'article 11 de la proposition de loi intègre l'avis du Conseil d'État.

Article 12

L'article 12 de la proposition de loi revoit la composition du comité de gestion telle que prévue à l'article 13, § 2, de la loi du 15 mai 2007: l'esprit de cette modification, même si elle n'est pas substantielle, est uniquement motivée par l'idée que doivent siéger au comité de gestion les acteurs du système qui y participent financièrement et aussi par l'idée qu'un comité géré par dix personnes directement concernées par la gestion du Fonds sera plus efficace que si dix-sept personnes y siègent.

(1) J.L. Fagnart, «De l'erreur médicale aux erreurs de la loi», *Forum de l'assurance*, n° 78, novembre 2007, p. 148.

(2) C.E., Avis, § 8, *Doc. parl.* (Chambre), 2006-2007, n° 51-3012/001, 60, § 20.

Artikel 13

Zoals hierboven vermeld, is het Fonds in dit voorstel om redenen van coherentie, doeltreffendheid en eenvoud opgevat als een «uitbetalingsinstelling», (en bijkomend, indien er geen verzekeringsonderneming bij betrokken mocht zijn, als verwerker van het verzoek), terwijl de verzekeringsondernemingen de verzoeken tot schadeloosstelling behandelen.

De wet van 15 mei 2007 voorziet in een uitgebreid arbitragesysteem tussen het Fonds en de verzekeringsondernemingen, dat zo wijdbloepig is en zo slecht in elkaar zit dat het in 99% van de gevallen de behandeling van het verzoek dreigt te compliceren, in plaats van tot een rechtvaardige beslissing te leiden, wat toch het eerste doel ervan is. Voor de regeling van die arbitrageprocedure was overigens een tweede wet nodig, naast de wet waarop dit wetsvoorstel wordt ingediend: de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Ziehier hoe de minister van Volksgezondheid die arbitrageprocedure in het kort weergaf (1):

«Concreet kan het voorgestelde systeem als volgt schematisch worden voorgesteld:

— De patiënt die meent slachtoffer te zijn van vergoedbare schade krachtens dit wetsontwerp, richt zich tot het Fonds.

— Dit onderzoekt de aanvraag en stuurt ze door naar de bevoegde verzekeraar. In ieder geval behandelt de verzekeraar het dossier, maar het staat hem vrij de eventueel betaalde schadevergoeding later geheel of gedeeltelijk te recupereren bij een andere verzekeraar.

— De verzekeraar beslist tussen te komen of weigert zijn tussenkomst met als reden dat er geen schade is.

— Hij legt zijn beslissing, onder de vorm van een voorstel, voor aan de eiser, die over een termijn beschikt om aan de verzekeraar en het Fonds zijn opmerkingen over dit voorstel kenbaar te maken.

— Het voorstel van de verzekeraar, samen met de opmerkingen van de eiser, wordt overgemaakt aan het Fonds.

— Het Fonds spreekt zich uit over het dossier en, in geval van onenigheid met de verzekeraar, zijn tussen deze twee instellingen zowel een arbitrageprocedure als een beroep tegen de beslissing van het college van arbiters mogelijk. In deze twee laatste

(1) *Parl. Stuk* (Kamer), 5 april 2007, zitting 2006-2007, nr. 51-3012/003, blz. 12-13.

Article 13

Comme énoncé plus haut, dans un souci de cohérence, d'efficacité et de simplicité, le Fonds est envisagé dans le cadre de la présente proposition comme un «organisme de paiement», (et accessoirement, au cas où il n'y aurait pas d'entreprise d'assurance prise à partie, comme gestionnaire de la demande), tandis que les entreprises d'assurances gèrent les demandes d'indemnisation.

La loi du 15 mai 2007 prévoit tout un système d'arbitrage entre le Fonds et les entreprises d'assurances qui est tellement long et mal ficelé qu'il a 99% de chances de compliquer le traitement de la demande plutôt que de faire parvenir à une décision juste, son but premier. Cette procédure d'arbitrage a d'ailleurs dû faire l'objet d'une loi annexe à celle qui fait l'objet de la présente proposition de loi: la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

Voici dans quels termes le ministre de la Santé publique expliquait, schématiquement, cette procédure d'arbitrage (1):

«Concrètement, on peut schématiser le système proposé comme suit:

— Le patient qui s'estime victime d'un dommage indemnisable s'adresse au nouveau Fonds.

— Celui-ci examine la demande et la renvoie à l'assureur compétent. En tout cas, l'assureur traite le dossier, mais il lui est loisible de récupérer ultérieurement auprès d'un autre assureur tout ou partie de l'indemnisation éventuellement payée

— L'assureur prend une décision de prise en charge ou refuse son intervention au motif qu'il n'y a pas de dommage.

— Il soumet sa décision, au titre de proposition, au demandeur, qui dispose d'un délai pour communiquer à l'assureur et au Fonds ses remarques sur cette proposition.

— La proposition de l'assureur, accompagnée des remarques du demandeur, est communiquée au Fonds.

— Celui-ci se prononce sur le dossier et, en cas de désaccord avec l'assureur, une procédure d'arbitrage entre ces deux instances, ainsi qu'un recours contre la décision du collège d'arbitres, sont prévus. Dans ces deux dernières hypothèses, le demandeur perçoit

(1) *Doc. parl.* (Chambre), 5 avril 2007, session 2006-2007, n° 51-3012/003, pp. 12-13.

hypotheses, betaalt de eiser het bedrag dat zonder betwisting verschuldigd is, in afwachting van de beslissing van het college van arbiters of van de rechtbank.

— Het slachtoffer kan beroep aantekenen tegen de gemeenschappelijke beslissing van de verzekeraar en het Fonds. In dat geval spreekt de rechtbank zich uit over het bestaan van de schade en, desgevallend, over het bedrag van de te betalen schadevergoeding.»

Volgens vele gezaghebbende betrokkenen, juristen, advocaten, verzekeraars vertoont die procedure een aantal juridische leemten en fouten, zodat het hele systeem moet worden hervormd.

Dit wetsvoorstel schaft die arbitrageprocedure gewoon af. Het Fonds kan de behandeling van het verzoek delegeren aan een verzekeringsonderneming die lid is van het Fonds. Die handelt namens en voor rekening van het Fonds. Die verzekeringsondernemingen beschikken over de vereiste expertise en hebben reeds de vereiste infrastructuur om dergelijke opdrachten uit te voeren. Waarom geen gebruik maken van wat bestaat en werkt?

Waarom een dergelijk systeem van controle op de beslissingen van de verzekeringsondernemingen in het leven roepen? Die hebben er geen belang bij de patiënten die abnormale schade hebben geleden teveel te vergoeden en hebben er evenmin belang bij een zorgverlener, die zich door verkeerde behandelingen geconfronteerd ziet met een groot aantal geschillen met patiënten, teveel te beschermen. Mocht het daarenboven nodig zijn de beslissing van de verzekeringsondernemingen te betwisten, dan kan iedereen die daar belang bij heeft de zaak bij de gewone rechtscolleges aanhangig maken.

In artikel 13 vervallen de punten 3^o, 4^o, 5^o, 7^o, en 8^o van artikel 14 van de wet, die over die arbitrageprocedure gaan.

De artikelen 14 tot 25: procedure voor de behandeling van het verzoek.

Wijzigingen aan de artikelen 17, 18, 19, en 23 tot 29 van de wet van 15 mei 2007.

Artikel 17 van de wet van 15 mei 2007 stelt dat de Koning de elementen bepaalt die ter ondersteuning van het verzoek tot schadeloosstelling moeten worden verstrekt (art. 17, § 3). De verzoeker kan in het dossier alle elementen aanbrengen die hij nuttig acht voor de behandeling ervan. Indien het Fonds oordeelt dat het verzoek onvolledig is, meldt het dit, bij een ter poste aangetekende brief, aan de verzoeker, die dertig dagen de tijd heeft om zijn verzoek te vervolledigen (art. 17, § 5). Wat gebeurt er indien de verzoeker niet binnen de termijn van dertig dagen antwoordt? Daarover zegt de wet niets.

l'incontestablement dû en attendant la décision du collège d'arbitres ou du tribunal, dans l'attente de la décision du collège d'arbitres ou du tribunal.

— La victime peut introduire un recours contre la décision commune de l'assureur et du Fonds. Le tribunal se prononce alors sur l'existence du dommage et, le cas échéant, sur le montant de l'indemnité à payer.»

De l'avis autorisé de nombreuses personnes intéressées, juristes, avocats, assureurs, cette procédure contient un nombre de vides juridiques et d'erreurs tel qu'une refonte totale du système est nécessaire.

La présente proposition de loi supprime purement et simplement cette procédure d'arbitrage. Le Fonds peut déléguer le traitement de la demande à une entreprise d'assurances membre du Fonds. Celle-ci agit au nom et pour le compte du Fonds. Ces entreprises d'assurances ont l'expertise et possèdent déjà les infrastructures nécessaires pour accomplir de telles missions. Pourquoi ne pas profiter de ce qui existe et fonctionne?

Pourquoi mettre en place un tel système de contrôle des décisions rendues par les entreprises d'assurances? Celles-ci n'ont pas intérêt à trop indemniser les patients ayant subi un dommage anormal et n'ont pas non plus intérêt à trop protéger un prestataire de soins qui par sa mauvaise pratique se voit intenté un nombre important de litiges avec des patients. Et au cas où il faudrait remettre en cause la décision des entreprises d'assurances, tout qui y a un intérêt peut saisir les juridictions ordinaires.

L'article 13 supprime les points 3^o, 4^o, 5^o, 7^o, et 8^o de l'article 14 de la loi qui réfèrent à cette procédure d'arbitrage.

Articles 14 à 25: procédure de traitement de la demande.

Modification des articles 17, 18, 19, et 23 à 29 de la loi du 15 mai 2007.

L'article 17 de la loi du 15 mai 2007 prévoit que le Roi détermine les éléments à fournir à l'appui de la demande en réparation (art. 17, § 3). Le demandeur peut apporter au dossier tous les éléments qu'il juge utiles au traitement de celui-ci. Si le Fonds estime que la demande est incomplète, il en informe, par pli recommandé à la poste, le demandeur qui dispose d'un délai de trente jours pour compléter sa demande (art. 17, § 5). Que se passe-t-il si le demandeur ne répond pas dans le délai de trente jours? La loi est muette à ce sujet.

Artikel 14 van dit wetsvoorstel bepaalt dat het vergoedingsfonds een maand de tijd heeft om de ontvangst van het verzoek te bevestigen. Een maand lijkt een redelijker termijn om na te gaan of het dossier met het verzoek tot schadeloosstelling volledig is, dan wel of er aanvullende informatie moet worden gevraagd en zo ja, welke.

Wat er moet gebeuren wanneer het Fonds of de verzekeringsonderneming niet alle vereiste documenten heeft om het verzoek te behandelen, staat voortaan alleen in artikel 19 van de wet van 15 mei 2007, zoals het gewijzigd is door artikel 16 van het wetsvoorstel.

Mocht het Fonds of de verzekeringsonderneming die documenten niet verkrijgen, dan geldt artikel 23 van de wet, zoals gewijzigd door dit wetsvoorstel.

Artikel 16 van het wetsvoorstel bepaalt tevens dat het Fonds of de verzekeringsonderneming ook aan de zorgverlener bijkomende documenten of informatie kan vragen, wat in de wet van 15 mei 2007 niet het geval was.

Nadat het Fonds de ontvangst van het verzoek tot schadeloosstelling bevestigd heeft, bezorgt het dit verzoek binnen een termijn van vijftien dagen « overeenkomstig de bepalingen van artikel 10 aan de betrokken verzekeringsonderneming » (artikel 10 maakt het niet mogelijk te bepalen welke de « betrokken » onderneming is).

Artikel 15 van het wetsvoorstel maakt door het wijzigen van artikel 18 van de wet een einde aan de drukke correspondentie tussen het Fonds en de verzekeringsonderneming: voortaan behandelt ofwel het Fonds, ofwel de verzekeringsonderneming het verzoek tot schadeloosstelling. We verduidelijken die keuze in de toelichting bij artikel 13 van dit voorstel. Die aanpak is gebaseerd op wat voor de autoverzekering gebeurt.

Artikel 17 van het wetsvoorstel heft artikel 22 van de wet van 15 mei 2007 op.

Artikel 22 bepaalt dat het Fonds een beroep kan doen op experts, met name om een advies te verstrekken, wat vrij normaal lijkt. Het is overbodig dat te vermelden. Wat daarentegen volstrekt abnormaal is, is dat artikel 22 bepaalt dat de door het Fonds aangewezen experts de bevoegdheid hebben om « de in artikel 24 bedoelde beslissing te nemen », dat wil zeggen de beslissing over de ontvankelijkheid van het verzoek en het vastleggen van het vergoedingsbedrag ! Dat komt erop neer dat een expert beslissingsmacht krijgt en dat hem de hoedanigheid wordt gegeven van administratieve en rechterlijke overheid ...

Artikel 17 van het wetsvoorstel heft dat artikel op.

L'article 14 de la présente proposition prévoit que le Fonds d'indemnisation a un mois pour accuser réception de la demande. Un mois semble un délai plus raisonnable pour vérifier si le dossier de demande de réparation est complet ou s'il faut demander des renseignements complémentaires et lesquels.

Le cas où le Fonds ou l'entreprise d'assurances ne disposerait pas de tous les documents nécessaires au traitement de la demande est dorénavant exclusivement traité par l'article 19 de la loi du 15 mai 2007, tel que modifié par l'article 16 de la proposition de loi.

Si le Fonds ou l'entreprise d'assurances ne devait pas obtenir ces documents, on tombe sous l'application de l'article 23 de la loi, tel que modifié par la présente proposition de loi.

L'article 16 de la proposition de loi prévoit également que le Fonds ou l'entreprise d'assurances peut demander également au prestataire de soins des documents ou des informations complémentaires, ce qui n'était pas prévu dans la loi du 15 mai 2007.

Après avoir accusé réception de la demande de réparation, le Fonds la transmet, dans un délai de quinze jours à l'entreprise d'assurance « concernée en application des dispositions de l'article 10 » (l'article 10 ne permet pas de déterminer l'entreprise « concernée »).

L'article 15 de la proposition de loi, en modifiant l'article 18 de la loi, supprime les allers-retours entre le Fonds et l'entreprise d'assurances : dorénavant, soit le Fonds, soit l'entreprise d'assurances traite de la demande de réparation. Nous expliquons cette position dans le commentaire de l'article 13 de la présente proposition. Cette procédure est directement inspirée de ce qui se passe pour l'assurance automobile.

L'article 17 de la proposition de loi supprime l'article 22 de la loi du 15 mai 2007.

L'article 22 précise que le Fonds peut faire appel à des experts notamment en vue de rendre un avis, ce qui semble assez normal. Il n'est pas nécessaire de le préciser. Ce qui, en revanche, est tout à fait anormal, c'est que l'article 22 précise que les experts désignés par le Fonds auraient le pouvoir « de prendre la décision visée à l'article 24 », c'est-à-dire la décision concernant la recevabilité de la demande et la fixation du montant de l'indemnité ! Ce qui revient à confier à un expert un pouvoir décisionnel et à lui conférer la qualité d'autorité administrative ou d'autorité judiciaire ...

L'article 17 de la proposition de loi supprime cet article.

Ten laatste op de honderdtiende dag na de bevestiging van ontvangst van het verzoek, moet de verzekeringsonderneming haar gemotiveerd voorstel tot beslissing aan de verzoeker meedelen. De verzoeker beschikt over een termijn van dertig dagen om de verzekeringsonderneming zijn opmerkingen op het gemotiveerd voorstel tot beslissing mee te delen (art. 23).

Binnen dertig dagen na ontvangst van de opmerkingen van de verzoeker of bij gebrek aan opmerkingen van de verzoeker binnen deze termijn, brengt de verzekeringsonderneming een ontwerp van gemotiveerde vergoedingsbeslissing ter kennis van het Fonds (art. 24, § 1). Ongeacht of de verzoeker heeft ingestemd met het voorstel van de verzekeringsonderneming, beschikt het Fonds over een termijn van dertig dagen om zijn akkoord of een tegenontwerp van gemotiveerde beslissing mee te delen (art. 24, § 4).

Indien de verzekeringsonderneming niet instemt met het tegenontwerp van het Fonds, brengt zij een provisionele beslissing ter kennis van de verzoeker en bezorgt zij het Fonds hiervan een afschrift. Dat laatste « legt het dossier voor aan de arbiter overeenkomstig artikel 2 van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen ».

Artikel 18 van het voorstel behandelt het geval waarin de ontvankelijkheid van het verzoek tot schadeloosstelling betwist wordt of niet duidelijk vaststaat en/of waarin de schade betwist wordt of niet volledig gekwantificeerd of kwantificeerbaar is (artikel 23 van de wet).

Artikel 19 van dit voorstel behandelt het geval waarin de ontvankelijkheid van het verzoek niet betwist wordt en waarin de schade niet betwist wordt en gekwantificeerd werd (artikel 24 van de wet).

Artikel 21 legt vast hoe de vergoeding door het Fonds betaald wordt en heft artikel 25 van wet van 15 mei 2007 op.

Indien het Fonds en de verzekeringsonderneming het niet eens zijn, moet er een arbitragecollege worden samengesteld met « als opdracht de standpunten van het Fonds en de verzekeringsonderneming te verzoenen en, in voorkomend geval, een beslissing te nemen die wordt beschouwd als de gemeenschappelijke beslissing van het Fonds en de verzekeringsonderneming. Hiertoe beschikt het over een termijn van 80 dagen nadat de termijn vastgelegd in artikel 25 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg is verstreken » (art. 2, § 2, van de wet met betrekking tot de regeling van de geschillen). De termijn van artikel 25 is er een van tweehonderdtien dagen volgend op het bewijs van ontvangst van het volledige verzoek tot schadeloosstelling.

Au plus tard, le cent dixième jour suivant l'accusé de réception de la demande, l'entreprise d'assurance doit notifier une proposition motivée de décision au demandeur. Celui-ci dispose d'un délai de trente jours pour notifier à l'entreprise d'assurance ses observations sur la proposition motivée de décision (art. 23).

Dans les trente jours de la réception des observations du demandeur ou en l'absence d'observations du demandeur au terme de ce délai, l'entreprise d'assurance notifie un projet motivé de décision de réparation au Fonds (art. 24, § 1). Peu importe que le demandeur ait marqué son accord sur la proposition de l'entreprise d'assurance, le Fonds dispose d'un délai de trente jours pour notifier son accord ou un contre-projet de décision motivée (art. 24, § 4).

Si l'entreprise d'assurance ne se rallie pas au contre-projet du Fonds, elle notifie une décision provisionnelle au demandeur et en adresse une copie au Fonds. Celui-ci « saisit l'arbitre conformément à l'article 2 de la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends ».

L'article 18 de la proposition traite du cas où la recevabilité de la demande de réparation est contestée ou n'est pas clairement établie et/ou du cas où le dommage est contesté ou n'est pas entièrement quantifié ou quantifiable (article 23 de la loi).

L'article 19 de la présente proposition traite du cas où la recevabilité de la demande n'est pas contestée et où le dommage n'est pas contesté et a été quantifié (article 24 de la loi).

L'article 21 prévoit les modalités de paiement de l'indemnité par le Fonds et supprime l'article 25 de la loi du 15 mai 2007.

En cas de désaccord entre le Fonds et l'entreprise d'assurance, il est obligatoire de constituer un collège arbitral « ayant pour mission de régler tous les problèmes dans un délai de quatre-vingt jours à l'expiration du délai fixé à l'article 25 » (art. 2, § 2, de la loi concernant le règlement des différends). Le délai de l'article 25 est un délai de deux cents dix jours suivant l'accusé de réception de la demande complète de réparation.

Meester Fagnart beklemtoont (1): « la composition du collège arbitral peut prendre un certain temps dont le législateur ne semble pas avoir conscience. Il faut que le Fonds désigne un arbitre et que l'entreprise d'assurance fasse de même. Lorsque les deux arbitres seront informés de leur mission et l'auront acceptée, ils devront désigner « de commun accord » un troisième arbitre. Il faut parfois plusieurs semaines pour se mettre d'accord. Il se peut aussi que les deux arbitres ne se mettent pas d'accord. L'hypothèse n'est pas envisagée par la loi. ».

Wanneer het arbitragecollege samengesteld is, heeft het als opdracht de standpunten van het Fonds en van de verzekeringsonderneming te verzoenen. Het kan een « tegenexpertise » organiseren. Het hoort de verzoeker of zijn vertegenwoordiger voor het zijn beslissing neemt. Hoewel dat niet in de wet staat, moet het college vervolgens beraadslagen en zijn beslissing motiveren. Dat alles in tachtig dagen! Het is te mooi om waar te zijn ...

Die termijn van tachtig dagen die het college krijgt om zijn beslissing te nemen, gaat in « nadat de termijn vastgelegd in artikel 25 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg is verstreken » (2). De verzekeringsonderneming moet evenwel de verzoeker kennis geven van de beslissing van het arbitragecollege « binnen de termijn vastgelegd in artikel 25 van de wet van 15 mei 2007 » (art. 2, § 3, van de wet met betrekking tot de regeling van de geschillen), dat wil zeggen tachtig dagen voor de beslissing genomen wordt.

Na deze buitengerechtigde schijnregeling, kan de verzekeringsonderneming of het Fonds die de beslissing van het arbitragecollege betwist, in beroep gaan bij de arbeidsrechtbank (art. 3, § 2, van de wet met betrekking tot de regeling van de geschillen).

Artikel 21 van het wetsvoorstel heft die hele procedure gewoon op.

Artikel 22 voorziet in de procedure die moet worden gevolgd wanneer de verzoeker de beslissing van het Fonds of van de verzekeringsonderneming niet accepteert (artikel 26 van de wet).

De artikelen 23 tot 26 van de wet van 15 mei 2007 worden dus volledig herzien en de artikelen 27 tot 29 worden opgeheven. De afdelingen 3 « Behandelings-termijnen en beslissingen » en 4 « Betaling en verdeelsleutel » worden opgeheven.

(1) J.L. Fagnart, « De l'erreur médicale aux erreurs de la loi », *Forum de l'assurance*, nr. 78, november 2007, blz. 150.

(2) Die termijn bedraagt tweehonderdtien dagen volgend op het bewijs van ontvangst van het volledige verzoek tot schadeloosstelling.

Comme le souligne Maître Fagnart (1), la composition du collège arbitral peut prendre un certain temps dont le législateur ne semble pas avoir conscience. Il faut que le Fonds désigne un arbitre et que l'entreprise d'assurance fasse de même. Lorsque les deux arbitres seront informés de leur mission et l'auront acceptée, ils devront désigner « de commun accord » un troisième arbitre. Il faut parfois plusieurs semaines pour se mettre d'accord. Il se peut aussi que les deux arbitres ne se mettent pas d'accord. L'hypothèse n'est pas envisagée par la loi.

Lorsque le collège arbitral est constitué, il a pour mission de concilier les points de vue du Fonds et de l'entreprise d'assurance. Il peut faire organiser « une contre-expertise ». Il entend le demandeur ou son représentant avant de rendre sa décision. Le collège, bien que la loi ne le précise pas, devra ensuite délibérer et motiver sa sentence. Le tout en quatre-vingt jours ! On peut rêver ...

Ce délai de quatre-vingt jours accordé au collège pour rendre sa décision commence à courir « après l'expiration du délai fixé à l'article 25 de la loi du 15 mai 2007 » (2). L'entreprise d'assurance doit toutefois notifier au demandeur la décision du collège arbitral « dans le délai fixé à l'article 25 de la loi du 15 mai 2007 » (art. 2, § 3, de la loi concernant le règlement des différends), c'est-à-dire quatre-vingt jours avant que la décision soit adoptée.

Après ce simulacre de règlement extrajudiciaire, l'entreprise d'assurance ou le Fonds qui conteste la décision du collège arbitral, dispose d'un recours qui doit être introduit devant le tribunal du travail (art. 3, § 2, de la loi concernant le règlement des différends).

L'article 21 de la proposition de loi supprime purement et simplement cette procédure.

L'article 22 prévoit la procédure à suivre au cas où le demandeur n'accepte pas la décision du Fonds ou de l'entreprise d'assurances (article 26 de la loi).

Les articles 23 à 26 de la loi du 15 mai 2007 sont donc entièrement revus et les articles 27 à 29 sont supprimés. La section 3 « Délais de traitement et décisions » et la section 4 « Paiement et clef de répartition » sont supprimées.

(1) J.L. Fagnart, « De l'erreur médicale aux erreurs de la loi », *Forum de l'assurance*, n° 78, novembre 2007, p. 150.

(2) Ce délai est de deux cents dix jours après l'accusé de réception de la demande complète de réparation.

De artikelen 25 en 26: regresvordering en subrogatoire vordering.

Onder de titel «subrogatie», haalt hoofdstuk VII de regresvordering en de subrogatoire vordering door elkaar.

Artikel 30, § 1, gaat over de regresvordering: in geval van een zware of een opzettelijke fout vanwege de zorgverlener, kunnen het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, de verzekeringsondernemingen en de verzekeringsinstellingen een regresvordering instellen ten belope van het bedrag dat ze hebben uitbetaald.

Artikel 30, § 2, gaat over de subrogatie: wanneer de schade veroorzaakt is door een gebrek van een product in de zin van de wet van 25 juli 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken, treden het Fonds, het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, de verzekeringsonderneming en de verzekeringsinstellingen in de rechten die het slachtoffer ten opzichte van de producent kan laten gelden.

Die bepaling blijkt een leemte te bevatten. Waarom zou er geen subrogatoire vordering zijn tegen de verantwoordelijken voor de schade indien het om anderen dan een zorgverlener gaat?

Artikel 30, § 3, gaat over de vordering van het slachtoffer: in de gevallen bedoeld in de paragrafen 1 en 2 van artikel 30 van de wet, kan het slachtoffer, dat geacht wordt volledige schadeloosstelling voor zijn schade te hebben verkregen (art. 6, § 3), «zich aansluiten» bij de vorderingen van het Fonds, het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, de verzekeringsonderneming of de verzekeringsinstelling, om ... «zijn schade volledig terugbetaald te krijgen», iets waarvan verondersteld wordt dat het reeds gebeurd is!

Waarom overigens moet het slachtoffer «zich aansluiten» bij de vordering ingesteld door een instelling, indien het een vordering tegen een derde aansprakelijke kan instellen? Indien het slachtoffer een recht heeft, moet het vrij zijn het alleen en op eigen initiatief uit te oefenen.

Artikel 30, § 4, van de wet bepaalt dat het «Gemeenschappelijk Waarborgfonds met terugwerkende kracht de verschuldigde en niet-betaalde premies verrekent aan elke zorgverlener en verzorgingsinstelling die [...] schade heeft berokkend en geen verzekeringscontract heeft afgesloten [...]». Het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, dat de slachtoffers volledig heeft moeten vergoeden, zal dus de premies recupereren, maar de vergoedingen die het aan de slachtoffers heeft moeten betalen niet. Dat zal de zorgverleners er niet toe aanzetten een verzekering af te sluiten ...

Artikel 26 van het wetsvoorstel verhelpt die fouten en leemten volledig.

Articles 25 et 26: actions récursoire et subrogatoire

Sous le titre «subrogation», le chapitre VII de la loi mélange les actions récursoires et subrogatoires.

L'article 30, § 1, traite de l'action récursoire: en cas de faute lourde ou intentionnelle d'un prestataire de soins, le Fonds commun, les entreprises d'assurance et les organismes assureurs peuvent exercer une action récursoire à concurrence de ce qu'ils ont payé.

L'article 30, § 2, traite de l'action subrogatoire: lorsqu'un dommage est dû au défaut d'un produit au sens de la loi du 25 juillet 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, le Fonds, le Fonds commun, l'entreprise d'assurance et les organismes assureurs sont subrogés dans les droits dont dispose la victime contre le producteur.

Cette disposition semble lacunaire. Pourquoi n'y aurait-il pas une action subrogatoire contre les responsables du dommage s'ils sont autres qu'un prestataire de soins?

L'article 30, § 3, traite de l'action de la victime: dans les cas visés aux paragraphes 1 et 2 de l'article 30 de la loi, la victime qui est réputée avoir obtenu la réparation intégrale de son dommage (art. 6, § 3), peut «se joindre» au recours exercé par le Fonds, le Fonds commun, l'entreprise d'assurance ou l'organisme assureur, pour obtenir la ... «réparation intégrale de son dommage», qu'elle est censée avoir déjà obtenue!

Au surplus, si la victime peut agir contre un tiers responsable, pourquoi doit-elle «se joindre» au recours exercé par une institution? Si elle a un droit, elle doit être libre de l'exercer seule et de sa propre initiative.

L'article 30, § 4, de la loi dispose que le Fonds commun de garantie récupère avec effet rétroactif les primes dues et non payées auprès de chaque prestataire de soins qui a provoqué un dommage sans avoir conclu un contrat d'assurance. Le Fonds commun, qui a donc dû indemniser intégralement les victimes, va donc récupérer les primes mais pas les indemnités qu'il aura dû verser aux victimes. Ceci n'incitera pas les prestataires de soins à conclure une assurance ...

L'article 26 de la proposition de loi revoit entièrement ces erreurs et lacunes.

Artikel 27 : inkomsten van het Fonds.

De wet heeft de financiering van de schadeloosstelling van de slachtoffers niet georganiseerd. Hij bepaalt dat de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, financieringsbronnen kan invoeren en vastleggen, alsook nadere regels voor de toepassing van de financieringsbronnen waarin de wet voorziet (jaarlijkse toelage ten laste van de Staat, jaarlijkse toelage ten laste van de begroting van het RIZIV, enz.).

Een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad bepaalt ook het jaarlijks maximum van de bijdragen betaald door de verzekeringsondernemingen (art. 31, § 2), wat bevestigt dat de verdeling van de financiële lasten over het Fonds voor de vergoeding en de verzekeraars een essentieel element in het ingestelde mechanisme is (art. 26, § 2).

De koninklijke besluiten betreffende de financiering moeten bij wet worden bekrachtigd, ten laatste één jaar na de inwerkingtreding ervan. Bij ontstentenis van een bekrachtiging hebben zij geen uitwerking meer (art. 31, § 3).

Artikel 27 van het wetsvoorstel herzielt artikel 31 van de wet van 15 mei 2007.

*
* *

Article 27 : revenus du Fonds

La loi n'a pas organisé le financement de l'indemnisation des victimes. Elle prévoit que le Roi peut, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, instaurer et fixer des sources de financement, ainsi que des règles et modalités pour l'application des sources de financement prévues par la loi (dotation annuelle à charge de l'État; dotation annuelle à charge du budget de l'INAMI; etc.).

Un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres fixe également le plafond annuel des contributions payées par les entreprises d'assurance (art. 31, § 2), ce qui confirme que la clé de répartition des charges financières entre le Fonds d'indemnisation et les assureurs est un élément essentiel du mécanisme mis en place (art. 26, § 2).

Les arrêtés royaux concernant le financement doivent être confirmés par une loi, au plus tard un an après leur entrée en vigueur. À défaut, ils cessent de produire leurs effets (art. 31, § 3).

L'article 27 de la proposition de loi revoit l'article 31 de la loi du 15 mai 2007.

Jacques BROTCHE.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de grondwet, behoudens artikel 29, dat een aangelegenheid als bedoeld in artikel 77 van de Grondwet regelt.

Art. 2

Artikel 2, van de wet van 15 mei 2007 betreffende vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, wordt gewijzigd als volgt:

A. In § 1, 8^o, wordt het woord «Economie» vervangen door het woord «Consumentenzaken»;

B. § 1 wordt aangevuld als volgt:

« 12^o «patiëntenverzekering»: persoonsverzekering strekkende tot vergoeding van schade, die onder tak 1 van bijlage 1 valt van het Koninklijk Besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen;

13^o «abnormale schade»: schade die:

— ofwel kon worden voorkomen, rekening houdend met de toestand van de patiënt en de stand van de wetenschap op het ogenblik van het verlenen van de zorg of op het ogenblik waarop de zorg rechtmatig kon worden verwacht;

— ofwel niet kon worden voorkomen, maar die de patiënt of de personen die hem kunnen vertegenwoordigen in de zin van de artikelen 12 tot 15 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt onbekend was;

— ofwel niet kon worden voorkomen en de patiënt bekend was, maar die uiterst ernstig is en los staat van de oorspronkelijke toestand van de patiënt en van de verwachte ontwikkeling van die toestand.

De schade wordt als onbekend voor de patiënt beschouwd wanneer hij aantoonst of zijn rechtverkrigenden aantonen dat de zorgverlener de bepalingen van artikel 7 en 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met voeten heeft getreden. ».

Art. 3

Artikel 3, § 3, van dezelfde wet wordt opgeheven.

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution, à l'exception de l'article 29 qui règle une matière visée à l'article 77 de la Constitution.

Art. 2

À l'article 2, de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé sont apportées les modifications suivantes:

A. dans le § 1^{er}, 8^o, les mots «l'Économie» sont remplacés par les mots «la Protection des consommateurs»;

B. le § 1^{er} est complété comme suit:

« 12^o «assurance patients»: assurance de personnes à caractère indemnitaire relevant de la branche 1 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances;

13^o «dommage anormal»: dommage qui est:

— soit évitable, compte tenu de l'état du patient et des données acquises de la science au moment de la prestation de soins accomplie ou qui pouvait légitimement être attendue;

— soit inévitable mais inconnu du patient ou des personnes pouvant le représenter au sens des articles 12 à 15 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient;

— soit inévitable et connu du patient, mais présentant un caractère d'extrême gravité sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état.

Le dommage est considéré comme inconnu du patient lorsque celui-ci ou ses ayants droit démontre(nt) que le prestataire de soins a violé les dispositions des articles 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ».

Art. 3

L'article 3, § 3, de la même loi est abrogé.

Art. 4

Artikel 4 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 4 — De patiënten, alsook hun rechtverkrijgenden, worden door het Fonds onder de in deze wet bepaalde voorwaarden vergoed voor de abnormale schade met als oorzaak of één van de oorzaken het verlenen van gezondheidszorg door een zorgverlener, of het niet verlenen van zorg die de patiënt rechtmatig kon verwachten.»

Art. 5

In artikel 5 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A. § 1 wordt opgeheven;

B. § 2, derde lid, wordt vervangen als volgt:

«Indien de ouders van een kind dat geboren is met een handicap die niet tijdens de zwangerschap werd ontdekt, abnormale schade lijden in de zin van deze wet, kunnen zij de vergoeding vorderen voor die eigen schade. Die schade kan niet de bijzondere kosten omvatten die tijdens het leven van het kind uit deze handicap voortvloeien.»

Art. 6

Artikel 6 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 6 — § 1. De patiënt en zijn rechtverkrijgenden worden door het Fonds vergoed overeenkomstig de gemeenrechtelijke regels inzake burgerrechtelijke aansprakelijkheid, onverminderd de bepalingen van dit artikel.

§ 2. De in § 1 bedoelde schadevergoeding wordt beperkt tot het gedeelte van de schade die niet wordt vergoed krachtens een andere reglementering.

§ 3. De Koning kan de door het Fonds verschuldigde vergoedingen beperken, door vrijstellingen en maximumbedragen vast te leggen.

Voor de vergoeding van de economische schade die voortvloeit uit arbeidsongeschiktheid, kan de Koning een vrijstelling vastleggen van ten hoogste 500 euro en een maximale vergoeding die niet lager mag zijn dan 2 000 000 euro.

Voor de vergoeding van de kosten die voortvloeien uit de hulp van derden, kan de Koning een maximale vergoeding vastleggen waarvan het bedrag niet lager mag zijn dan 1 500 000 euro.

Art. 4

L'article 4 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 4 — Les patients, ainsi que leurs ayants droit, sont indemnisés par le Fonds dans les conditions prévues par la présente loi du dommage anormal trouvant sa cause ou l'une de ses causes soit dans une prestation de soins de santé effectuée par un prestataire de soins, soit dans l'absence d'une prestation de soins que le patient pouvait légitimement attendre.»

Art. 5

À l'article 5 de la même loi sont apportées les modifications suivantes:

A. le § 1^{er} est abrogé;

B. le § 2, alinéa 3, est remplacé par la disposition suivante:

«Lorsque les parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse subissent un dommage anormal au sens de la présente loi, ils peuvent demander la réparation de ce dommage propre. Celui-ci ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap.»

Art. 6

L'article 6 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 6 — § 1^{er}. Le patient et ses ayants droit sont indemnisés par le Fonds, conformément au droit commun de la responsabilité civile, sous réserve des dispositions du présent article.

§ 2. La réparation visée au § 1^{er} est limitée à la partie du dommage qui n'est pas réparée en vertu d'une autre réglementation.

§ 3. Le Roi peut limiter les indemnités dues par le Fonds, en fixant des franchises et des plafonds.

Pour la réparation du préjudice économique résultant d'une incapacité de travail, le Roi peut fixer une franchise d'un montant de maximum 500 euros et un plafond d'indemnisation qui ne peut être inférieur à 2 000 000 d'euros.

Pour la réparation du dommage causé par les frais résultant de l'aide de tiers, le Roi peut fixer un plafond d'indemnisation dont le montant ne peut être inférieur à 1 500 000 euros.

Voor de vergoeding van de morele schade, kan de Koning een vrijstelling vastleggen van ten hoogste 2 500 euro en een maximale vergoeding waarvan het bedrag niet lager mag zijn dan 750 000 euro.

De bedragen bedoeld in dit artikel zijn gekoppeld aan de spilindex 103,14 (basis 1996 = 100) en worden aangepast aan de index van de consumptieprijzen op eenzelfde wijze als die welke geldt voor de pensioenen.».

Art. 7

Artikel 8 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 8 — Met het oog op de vergoeding van de in artikel 4 bedoelde abnormale schade, moet de zorgverlener een «patiëntenverzekering» afsluiten, die alle risico's dekt die voortvloeien uit een geval van abnormale schade als bedoeld in hoofdstuk II van deze wet».

Art. 8

Artikel 9 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 9 — De verzekeringsondernemingen die de «patiëntenverzekering» aanbieden, zijn hoofdelijk verplicht ten gunste van het Fonds de nodige betalingen te verrichten opdat het zijn opdracht kan vervullen».

Art. 9

Artikel 10 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 10 — De «patiëntenverzekeringsovereenkomst» die door een beroepsbeoefenaar wordt afgesloten, dekt alle zorg die wordt verleend door personen die onder zijn verantwoordelijkheid werken.

De «patiëntenverzekeringsovereenkomst» die door een verzorgingsinstelling wordt afgesloten, dekt de beroepsbeoefenaars die hun functie in de verzorgingsinstelling uitoefenen — zelfs al is het in bijberoep — voor al hun activiteiten, zelfs de ambulante.

Wanneer een beroepsbeoefenaar een functie uitoefent in verscheidene verzorgingsinstellingen, moet hij voor de aanvang van elk kalenderjaar aan elk van die instellingen mededelen welke instelling hij als de hoofdinstantie beschouwt.

Alleen deze laatste moet de «patiëntenverzekeringsovereenkomst» voor die beroepsbeoefenaar af-

Pour la réparation du dommage moral, le Roi peut fixer une franchise d'un montant de maximum 2 500 euros et un plafond d'indemnisation d'un montant qui ne peut être inférieur à 750 000 euros.

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.»

Art. 7

L'article 8 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 8 — En vue de la réparation des dommages anormaux visés à l'article 4, le prestataire de soins est tenu de souscrire une «assurance patients» couvrant tous les risques résultant de la survenance d'un dommage anormal visé au chapitre II de la présente loi».

Art. 8

L'article 9 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 9 — Les entreprises d'assurances qui pratiquent l'«assurance patients» sont solidairement tenues d'effectuer au profit du Fonds les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission».

Art. 9

L'article 10 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 10 — Le contrat d'«assurance patients» souscrit par un praticien couvre toutes les prestations des personnes travaillant sous sa responsabilité.

Le contrat d'«assurance patients» souscrit par une institution de soins couvre, pour toutes leurs activités même ambulatoires, les prestataires qui exercent leurs fonctions, ne serait-ce qu'à titre accessoire dans l'institution de soins.

Lorsqu'un prestataire exerce des fonctions dans plusieurs institutions de soins, il est tenu de notifier à chacune d'elles l'identité de l'institution qu'il considère comme l'institution principale, et ce avant le début de chaque année civile.

Seule celle-ci est tenue de souscrire le contrat d'«assurance patients» pour ce praticien. Elle com-

sluiten. Ze bezorgt het Fonds een afschrift van de kennisgevingen die ze ontvangt. Bij ontstentenis van die kennisgeving, wordt de beroepsbeoefenaar geacht zijn hoofdberoep in elke verzorgingsinstelling uit te oefenen.

De beroepsbeoefenaar die gedekt is door een «patiëntenverzekeringsovereenkomst» die is afgesloten door een verzorgingsinstelling, wordt onder voorbehoud van onderstaand lid van de verzekering vrijgesteld.

De bepalingen betreffende het toerekenen van de te betalen individuele premies overeenkomstig de door een verzorgingsinstelling afgesloten «patiëntenverzekeringsovereenkomst» 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 toerekenen van deze premies de reële kosten kan overschrijden.».

Art. 10

Artikel 11 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 11

In artikel 12, § 1, eerste lid, van dezelfde wet, worden de woorden «Staatsdienst met afzonderlijk beheer opgericht zoals bedoeld in artikel 140 van de gecoördineerde wetten op de Rijkscompatibiliteit van 17 juli 1991» vervangen door de woorden «openbare instelling met eigen rechtspersoonlijkheid opgericht».

Art. 12

In artikel 13, § 2, van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A. het 1^o tot 8^o wordt vervangen als volgt :

« 1^o drie zorgverleners, onder wie ten minste een doctor in de geneeskunde;

2^o drie leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen die de «patiëntenverzekering» aanbieden;

3^o een vertegenwoordiger van de minister bevoegd voor Financiën;

4^o een vertegenwoordiger van de minister bevoegd voor Volksgezondheid;

5^o een vertegenwoordiger van de minister bevoegd voor Consumentenzaken;

munique au Fonds une copie des notifications qu'elle reçoit. À défaut de cette notification, le praticien est réputé exercer à titre principal dans chaque institution de soins.

Le praticien couvert par un contrat d'«assurance patients» souscrit par une institution de soins de santé est dispensé de l'assurance sous réserve de l'alinéa ci-dessous.

Les dispositions relatives à la répercussion des primes individuelles à payer en application du contrat d'«assurance patients» contractée par une institution de soins sont contenue 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».

Art. 10

L'article 11 de la même loi, est abrogé.

Art. 11

À l'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la même loi, les mots «service de l'État à gestion séparée au sens de l'article 140 des lois sur la comptabilité de l'État coordonnées le 17 juillet 1991» sont remplacés par les mots «organisme public jouissant d'une personnalité juridique propre».

Art. 12

À l'article 13, § 2, de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

A. les points 1^o à 8^o sont remplacés comme suit :

« 1^o trois prestataires de soins, dont au moins un docteur en médecine;

2^o trois représentants des entreprises d'assurances pratiquant l'«assurance patients»;

3^o un représentant du ministre ayant les Finances dans ses attributions;

4^o un représentant du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

5^o un représentant du ministre ayant la Protection des consommateurs dans ses attributions;

6° een vertegenwoordiger van de verzekeringsinstellingen;

7° een vertegenwoordiger van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

8° een vertegenwoordiger van de patiëntenorganisaties.»

B. hij wordt aangevuld met het volgende lid :

«De voorzitter en de ondervoorzitter van het beheerscomité worden aangewezen door de leden van het comité. Het comité legt zijn huishoudelijk reglement vast.»

Art. 13

In artikel 14 van dezelfde wet worden het 3°, 4°, 5°, 7° en 8° opgeheven.

Art. 14

In artikel 17 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A. in § 4 van dezelfde wet worden de woorden «Binnen vijftien dagen na verzending van het volledige verzoek tot schadeloosstelling» vervangen door de woorden «Binnen een maand na ontvangst van het verzoek»;

B. § 5 wordt opgeheven.

Art. 15

Artikel 18 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt :

«Art. 18 — Het Fonds kan de behandeling van het verzoek delegeren aan een verzekeringsonderneming die lid is van het Fonds. Zij handelt in naam en voor rekening van het Fonds. Voor dit administratief werk ontvangt zij een forfaitaire vergoeding waarvan het bedrag door de Koning wordt bepaald.»

Art. 16

In artikel 19 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A. in § 1, worden na de woorden «, bezorgen zij» de woorden «binnen een maand na ontvangst van het verzoek tot schadeloosstelling» ingevoegd;

6° un représentant des organismes assureurs;

7° un représentant de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité;

8° un représentant des associations de patients.»

B. il est complété par l'alinéa suivant :

«Le président et le vice-président du comité de gestion sont désignés par les membres du comité. Celui-ci fixe son règlement d'ordre intérieur.»

Art. 13

À l'article 14 de la même loi, les points 3°, 4°, 5°, 7° et 8° sont abrogés.

Art. 14

À l'article 17 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

A. au § 4 de la même loi, les mots «Dans les quinze jours de la demande de réparation complète» sont remplacés par les mots «Dans le mois de la réception de la demande»;

B. le § 5 est abrogé.

Art. 15

L'article 18 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 18 — Le Fonds peut déléguer le traitement de la demande à une entreprise d'assurances membre du Fonds. Celle-ci agit au nom et pour le compte du Fonds. Elle perçoit, pour le travail de gestion, une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé par le Roi.»

Art. 16

À l'article 19 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

A. au § 1^{er}, les mots «Dans le mois de la réception de la demande de réparation,» sont insérés avant les mots «Lorsque l'entreprise d'assurances ou le Fonds estime»;

B. in § 1, worden de woorden «en/of de zorgverlener» ingevoegd tussen de woorden «de verzoeker» en de woorden «, bij een ter post aangetekende brief»;

C. in § 2, eerste lid, worden de woorden «bezorgt de verzoeker de verzekeringsonderneming of het Fonds alle gegevens waarover hij beschikt of waarover hij kan beschikken» vervangen door de woorden «bezorgen/bezorgt de verzoeker en/of de zorgverlener de verzekeringsonderneming of het Fonds alle gegevens waarover zij/hij beschikken/beschikt»;

D. het tweede lid van dezelfde paragraaf wordt opgeheven.

Art. 17

Artikel 22 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 18

Artikel 23 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 23 — § 1. Binnen drie maanden na de bevestiging van de ontvangst van het verzoek, moet het Fonds of de verzekeringsonderneming die belast is met de behandeling van het verzoek een gemotiveerd antwoord geven wanneer:

— de ontvankelijkheid van het verzoek betwist wordt of niet duidelijk vaststaat,

— of wanneer de schade betwist wordt of niet volledig gekwantificeerd of kwantificeerbaar is.

§ 2. Wordt binnen de termijn van drie maanden bedoeld in § 1 geen gemotiveerd antwoord gegeven, dan is het Fonds van rechtswege verplicht een forfaitair bedrag van 250 euro per dag te betalen.

Dat bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de verzoeker bij ter post aangetekende brief herinnerd heeft aan de vervaldag van de termijn bedoeld in § 1. Het is niet langer verschuldigd op de dag volgend op de ontvangst van het gemotiveerd antwoord of van het gemotiveerd vergoedingsvoorstel.

Indien de vertraging toe te schrijven is aan de verzekeringsonderneming die belast is met de behandeling van het verzoek, moet deze laatste het Fonds de forfaitaire vergoedingen die het de verzoeker moet betalen, terugbetalen.»

Art. 19

Artikel 24 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

B. au § 1^{er}, les mots «et/ou au prestataire de soins» sont insérés entre les mots «adresse au demandeur» et les mots «par courrier recommandé»;

C. au § 2, alinéa 1^{er}, les mots «et/ou le prestataire de soins» sont insérés entre les mots «le demandeur» et les mots «fournit à l'entreprise» et les mots «ou dont il peut disposer» sont supprimés;

D. l'alinéa 2 du même § 2, est abrogé.

Art. 17

L'article 22 de la même loi, est abrogé.

Art. 18

L'article 23 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

«Art. 23 — § 1^{er}. Dans les trois mois à compter de l'accusé de réception de la demande, le Fonds ou l'entreprise d'assurances chargée du traitement de la demande, est tenu de donner une réponse motivée lorsque :

— la recevabilité de la demande est contestée ou n'est pas clairement établie,

— ou que le dommage est contesté ou n'est pas entièrement quantifié ou quantifiable.

§ 2. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au § 1^{er}, le Fonds est de plein droit tenu au paiement d'une somme forfaitaire de 250 euros par jour.

Cette somme est due à partir du jour où le demandeur a rappelé, par lettre recommandée, l'échéance du délai visé au § 1^{er}. Elle cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation.

Si le retard est imputable à l'entreprise d'assurances chargée du traitement de la demande, celle-ci est tenue de rembourser au Fonds les indemnités forfaitaires qu'il doit payer au demandeur.»

Art. 19

L'article 24 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 24 — § 1. Binnen een termijn van drie maanden volgend op de bevestiging van ontvangst van het verzoek, moet het Fonds of de verzekeringsonderneming belast met de behandeling van het verzoek een gemotiveerd vergoedingsvoorstel doen, wanneer:

— de ontvankelijkheid van het verzoek niet betwist wordt,

— de schade niet betwist wordt en gekwantificeerd is.

§ 2. Wanneer de schade kwantificeerbaar is, maar niet volledig gekwantificeerd is omdat de letsels van het slachtoffer nog niet geconsolideerd zijn, moet het Fonds of de verzekeringsonderneming die met de behandeling van het verzoek belast is, een voorschot voorstellen.

Het voorschot heeft betrekking op de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, de verdragen pijn en de schade die voortvloeit uit de reeds verstreken periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Het voorschot heeft tevens betrekking op de meest waarschijnlijke schade in de toekomst. Wat de toekomst betreft, kan het beperkt worden tot de meest waarschijnlijke schade voor de drie maanden volgend op de datum waarop de verzoeker zijn verzoek tot schadeloosstelling heeft ingediend.

In het in het tweede lid bedoelde geval, moet het definitieve vergoedingsvoorstel ter kennis van de verzoeker worden gebracht binnen een termijn van drie maanden volgend op de datum waarop het Fonds of de verzekeringsonderneming die met de behandeling van het verzoek belast is, van de consolidatie op de hoogte werd gebracht.

§ 3. Wordt er binnen de in § 1 bedoelde termijn van drie maanden geen voorstel gedaan, dan moet het Fonds van rechtswege een aanvullend bedrag betalen, dat tegen de wettelijke rentevoet wordt berekend op het vergoedingsbedrag of het voorschot dat het Fonds aan de verzoeker heeft voorgesteld of dat de rechter hem heeft toegekend, gedurende een termijn die loopt van de dag volgend op het verstrijken van de reeds vermelde termijn van drie maanden tot de dag volgend op de ontvangst van het voorstel door de verzoeker, of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of het arrest waardoor de schadeloosvergoeding wordt toegekend, in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie geldt wanneer het bedrag in het in § 1 bedoelde voorstel niet wordt uitbetaald binnen dertig werkdagen nadat de verzoeker dat voorstel aanvaard heeft. In dat geval loopt de termijn van de dag volgend op de aanvaarding tot de dag na de dag van uitbetaling van het bedrag aan de verzoeker.

Dezelfde sanctie geldt wanneer het bedrag in het in § 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De

«Art. 24 — § 1^{er}. Dans un délai de trois mois à compter de l'accusé de réception de la demande, le Fonds ou l'entreprise d'assurances chargée du traitement de la demande, doit présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque:

— la recevabilité de la demande n'est pas contestée et,

— le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

§ 2. Lorsque le dommage est quantifiable mais n'est pas entièrement quantifié parce que les lésions de la victime ne sont pas encore consolidées, le Fonds ou l'entreprise d'assurances chargée du traitement de la demande doit présenter une offre d'avance.

L'avance porte sur les frais déjà exposés, la nature des lésions, la douleur en durée et le préjudice résultant des périodes d'incapacité temporaire déjà écoulées. L'avance porte également sur le préjudice le plus probable pour l'avenir. Elle peut, pour l'avenir, être limitée au préjudice le plus probable pour les trois mois suivant la date à laquelle le demandeur a présenté sa demande d'indemnisation.

Dans l'hypothèse visée à l'alinéa 2, la proposition définitive d'indemnisation doit être notifiée au demandeur dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle le Fonds ou l'entreprise d'assurances chargée du traitement de la demande, a été informé de la consolidation.

§ 2. Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé au § 1^{er}, le Fonds est tenu de plein droit au paiement d'une somme complémentaire, calculée au taux de l'intérêt légal, sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par lui ou octroyée par le juge au demandeur, pendant un délai qui court du jour suivant l'expiration du délai de trois mois précité, jusqu'au jour suivant celui de la réception de l'offre par le demandeur ou, le cas échéant, jusqu'au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée, est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1^{er} n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent l'acceptation de cette offre par le demandeur. Dans ce cas, le délai court du jour suivant l'acceptation jusqu'au lendemain du jour où la somme a été versée au demandeur.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1^{er} est manifestement

intrest wordt berekend op het verschil tussen het in het voorstel vermelde bedrag en het bedrag dat wordt vermeld in het vonnis of het arrest over dat voorstel dat in kracht van gewijsde is gegaan. De termijn loopt van de dag volgend op de dag waarop de vermelde termijn van drie maanden verstrijkt tot de dag van het vonnis of het arrest.»

Art. 20

De titel «Afdeling 3. — Behandelingstermijnen en beslissingen» wordt opgeheven.

Art. 21

Artikel 25 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 25 — Het Fonds betaalt het bedrag dat wordt vermeld in het voorlopige of definitieve voorstel aan de verzoeker uit binnen vijftien dagen volgend op de kennisgeving van het voorstel.»

Art. 22

De titel «Afdeling 4. — Betaling en verdeelsleutel» wordt opgeheven.

Art. 23

Artikel 26 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 26 — § 1. Indien de verzoeker het gemotiveerde antwoord bedoeld in artikel 23 of het voorlopige of definitieve voorstel bedoeld in artikel 24 niet aanvaardt, kan hij tegen het Fonds een vordering instellen voor de rechtbanken van de rechterlijke orde. Die vordering moet, op straffe van verval, worden ingesteld binnen zes maanden volgend op de kennisgeving van de beslissing over het betwiste voorstel.

§ 2. Elke beslissing of elk voorstel waarvan kennis wordt gegeven aan de verzoeker, vermeldt de mogelijkheid om in beroep te gaan en de termijn waarbinnen dat beroep moet worden ingesteld. Bij ontstentenis loopt de termijn niet.»

Art. 24

De artikelen 27 tot 29 van dezelfde wet worden opgeheven.

insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois précité jusqu'au jour du jugement ou de l'arrêt.»

Art. 20

Le titre «Section 3. — Délais de traitement et décisions» est supprimé.

Art. 21

L'article 25 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 25 — La somme faisant l'objet de l'offre provisoire ou définitive est versée par le Fonds au demandeur, dans les quinze jours de la notification de l'offre.»

Art. 22

Le titre «Section 4. — Paiement et clef de répartition» est supprimé.

Art. 23

L'article 26 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 26 — § 1^{er}. Si le demandeur n'accepte pas la réponse motivée visée à l'article 23 ou l'offre provisoire ou définitive visée à l'article 24, il peut intenter contre le Fonds une action portée devant les tribunaux de l'ordre judiciaire. Cette action doit, sous peine de forclusion, être introduite dans les six mois qui suivent la notification de la décision de l'offre contestée.

§ 2. Toute décision ou offre notifiée au demandeur mentionne la possibilité d'un recours et le délai dans lequel ce recours doit être introduit. À défaut, le délai ne court pas.»

Art. 24

Les articles 27 à 29 de la même loi, sont abrogés.

Art. 25

De titel «Hoofdstuk VII. — Subrogatie» wordt vervangen door de titel «Hoofdstuk VII. — Diverse rechtsmiddelen».

Art. 26

Artikel 30 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 30 — Ten belope van het bedrag dat het heeft uitbetaald, kan het Fonds een regresvordering instellen tegen de zorgverlener die een zware fout of een opzettelijke fout heeft gemaakt en de schade heeft veroorzaakt.

Indien de schade veroorzaakt is door een gebrek van een product in de zin van de wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken, treedt het Fonds in de rechten die het slachtoffer krachtens deze wet kan laten gelden.

Het Fonds stelt een regresvordering in tegen de zorgverlener of zorgverleners die geen verzekeringscontract heeft/hebben afgesloten overeenkomstig bovenstaand hoofdstuk IV en die een schadegeval heeft/hebben veroorzaakt als bedoeld in deze wet. Deze terugvordering heeft betrekking op alle uitbetaalde bedragen, verhoogd met de intresten, die worden berekend tegen het dubbele van de wettelijke rentevoet.

In de gevallen bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, kan de benadeelde persoon tegen de zorgverlener een vordering instellen die strekt om de schade die niet wordt gedekt door het Fonds, of die niet volledig wordt gedekt, volledig terugbetaald te krijgen.»

Art. 27

Artikel 31 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 31 — § 1. De eigen inkomsten van het Fonds zijn de opbrengsten van de vorderingen die overeenkomstig artikel 30 worden ingesteld, alsook de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt.

§ 2. Het Fonds wordt gefinancierd met eigen inkomsten en met de bijdragen van zijn leden, te weten de Staat, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de groep van verzekeraars die in België de «patiëntenverzekering» aanbieden.

§ 3. De Koning kan, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, nadere

Art. 25

Le titre «Chapitre VII. — Subrogation» est remplacé par le titre «Chapitre VII. — Recours divers».

Art. 26

L'article 30 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 30 — À concurrence de ce qu'il a payé, le Fonds peut exercer une action récursoire contre le prestataire de soins qui a commis une faute lourde ou intentionnelle et a causé le dommage.

Si le dommage est dû au défaut d'un produit au sens de la loi du 25 février 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, le Fonds est subrogé dans les droits dont dispose la victime en vertu de cette loi.

Le Fonds récupère à charge du prestataire ou des prestataires de soins qui n'ont pas conclu un contrat d'assurance conformément au chapitre IV ci-dessus et qui ont provoqué un dommage visé dans la présente loi. Ce recours porte sur l'intégralité des sommes payées augmentées des intérêts calculés à un taux correspondant au double du taux légal.

Dans les cas visés aux alinéas 1^{er}, 2 et 3, la personne lésée peut intenter contre le prestataire de soins une action tendant à la réparation intégrale des dommages qui ne sont pas couverts par le Fonds ou qui ne sont pas intégralement couverts.»

Art. 27

L'article 31 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

«Art. 31 — § 1^{er}. Les revenus propres du Fonds sont les revenus des actions exercées conformément à l'article 30 ainsi que les produits financiers recueillis sur les sommes dont le Fonds dispose.

§ 2. Le financement du Fonds est assuré par ses revenus propres et par les contributions de ses membres, à savoir l'État, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, et le groupe des assureurs pratiquant en Belgique l'«assurance patients».

§ 3. Par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut fixer des règles et modalités

regels vastleggen voor de toepassing van § 2. Hij kan op dezelfde wijze andere financieringsbronnen invoeren en vaststellen.

Het jaarlijks maximum van de bijdragen betaald door de verzekeringsondernemingen wordt door de Koning bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dat maximum mag niet hoger zijn dan 49 % van de begroting van het Fonds.

§ 4. De in dit artikel bedoelde koninklijke besluiten worden bij wet bekrachtigd, ten laatste een jaar na de inwerkingtreding ervan. Bij ontstentenis van een bekrachtiging binnen die termijn hebben zij geen uitwerking meer.»

Art. 28

In artikel 32 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- A. het eerste en derde lid worden opgeheven;
- B. in het tweede lid wordt het woord « maand » vervangen door het woord « jaar ».

Art. 29

De wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, wordt opgeheven.

Art. 30

Deze wet treedt in werking op de dag waarop zij in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

25 januari 2008.

pour l'application du § 2. De la même manière, il peut instaurer et fixer d'autres sources de financement.

Le plafond annuel des contributions payées par les entreprises d'assurances est fixé par le Roi, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres. Ce plafond ne peut excéder 49 % du budget du Fonds.

§ 4. Les arrêtés royaux visés au présent article sont confirmés par une loi, au plus tard un an après leur entrée en vigueur. À défaut de confirmation dans ce délai, ils cessent de produire leurs effets.»

Art. 28

À l'article 32 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

- A. les alinéas 1 et 3 sont abrogés;
- B. à l'alinéa 2, le mot « mois » est remplacé par le mot « an ».

Art. 29

La loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, est abrogée.

Art. 30

La présente proposition de loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

25 janvier 2008.

Jacques BROTCHE.