

EVALUATIE EN VERGOEDING VAN LICHAAMELIJKE SCHADE

Evaluatie en vergoeding van lichamelijke schade

Jan MATTHYS

Derde herziene editie

 **INTERSENTIA**
Antwerpen – Gent – Cambridge

Evaluatie en vergoeding van lichamelijke schade. Derde herziene editie
Jan Matthys

© 2020 Lefebvre Sarrut Belgium NV
Hoogstraat 139/6 – 1000 Brussel

ISBN 978-94-000-1290-5
D/2020/7849/184
NUR 825
Gedrukt in de Europese Unie

Verantwoordelijke uitgever: Paul-Etienne Pimont, Lefebvre Sarrut Belgium NV
Lay-out: Crius Group, Hulshout

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Ondanks alle aan de samenstelling van de tekst bestede zorg, kunnen noch de auteurs noch de uitgever aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele schade die zou kunnen voortvloeien uit enige fout die in deze uitgave zou kunnen voorkomen.

Dit boek is eveneens digitaal beschikbaar op www.stradalex.com en www.jurisquare.be.

VOORWOORD

Slachtoffers van ziekten of ongevallen willen vooral een snelle vergoeding, maar dat is slechts mogelijk indien er een goede samenwerking is tussen alle actoren die bij het evalueren van letselschade betrokken zijn: slachtoffers, daders, hun advocaten, artsen, verzekeraars ...

Inderdaad, de moderne technologie heeft ongetwijfeld de kwaliteit van ons leven naar een hoger niveau getild. Maar de van langsom meer gesofisticeerde machines in de industrie, in de landbouw, in het dagelijkse leven en het jachtige verkeer brengen ook meer ongevallen met zich mee. En daar komen nu nog pandemieën bij!

De bevolking doet ook steeds meer beroep op medische interventies en ondanks het toepassen van de recentste technieken en procedures zijn deze ingrepen niet van gevaren gevrijwaard. De nevenwerkingen en complicaties kunnen dus ook hier gezondheidsschade en tijdelijke of blijvende letsels geven.

De terroristische aanslagen in Brussel hebben ook de schade door radicaal geweld en racistisch terrorisme in de actualiteit gebracht.

Al deze problemen veroorzaken tijdelijke en definitieve gezondheidsschade die, alvorens hersteld of vergoed te worden, geëvalueerd moet worden door een deskundig onderzoek, waarvan de regels en het verloop uitgebreid in dit boek worden besproken.

Het deskundig onderzoek is het enige wettelijk gereguleerde en doeltreffende middel om de menselijke schade te evalueren. Om zich in alle onafhankelijkheid en onpartijdigheid een juist oordeel te kunnen vormen over deze schade, moet de deskundige over alle klinische en technische resultaten beschikken van het schadegeval (verslagen, RX, bloeduitslagen ...) die het medisch dossier bevatten. De arts-deskundige moet natuurlijk ook goed de sociale wetgeving en de wettelijke regels kennen die van toepassing zijn op een gerechtelijke expertise.

De huisarts en de behandelende artsen moeten meewerken aan het bekomen van alle voordelen voor een patiënt, maar, uit hoofde van artikel 102 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, zonder mee te werken aan niet-gerechtvaardigde claims.

Het is een algemene vraag dat er meer rechtszekerheid, rechtseenheid, rechtvaardigheid, efficiëntie, snelheid en een betere betaalbaarheid moeten zijn, willen we deze mooie wensen ook effectief bereiken.

Het vergoedingsbeleid moet worden gestuurd naar een betere en meer efficiënte, daadwerkelijke integratie van de verschillende tussenkomen partijen samen met de instanties die als derde-betaler optreden zoals mutualiteiten, RVA,

zowel sociale als private verzekeringen ... Ook moet de re-integratie van slachtoffers prioritair gesteld worden.

Op 18 december 2016 werd een “Nationaal College voor Socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid” via een KB opgericht, maar de wettelijke basis ervan werd reeds aangenomen in 2006 door artikel 89/1 van de wet van 13 juli 2006 inzake beroepsherinschakeling.

De belangrijkste doelstelling was het uitwerken van gestandaardiseerde methoden ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, om zo de evaluaties op elkaar af te stemmen, niet alleen in de verschillende takken van de sociale zekerheid maar ook in samenwerking met bepaalde verzekeringen, zoals de arbeidsongevallenverzekeraar.

Sinds zijn oprichting heeft het college 5 commissies opgericht om zijn opdrachten te vervullen. Commissie 1 had tot doel een juridische inventaris op te stellen en voorstellen te formuleren voor synergieën tussen wetgevingen. De commissie *1bis* volgde haar eind 2018 op met als taak de concrete uitwerking van gemeenschappelijke en moderne evaluatiemethoden van de arbeidsongeschiktheid in de socialezekerheidsstelsels, ook voor het ambtenarenapparaat. Commissie 2 had een methodologisch doel: de ontwikkeling van multidisciplinaire benaderingen ter evaluatie van de resterende werkcapaciteit. Commissie 3 heeft als onderwerp de opleiding en revalorisatie van de verzekeringsarts en de aanverwante beroepen. Commissie 4 werd in september 2017 opgericht om te beantwoorden aan een specifiek verzoek van mevrouw de minister belast met Sociale Zaken en Volksgezondheid: de uitwerking van een referentiesysteem inzake de duur van de arbeidsongeschiktheid.

In het kader van het mandaat dat het werd toevertrouwd, heeft het college in de loop van zijn vierjarig bestaan getracht de doelstellingen, die het werd opgelegd door de voornoemde wet van 13 juli 2006, te bereiken door antwoorden te bieden op de uitdagingen die enerzijds voortvloeien uit het toenemende tekort aan arts-deskundigen in de sociale zekerheid en anderzijds uit de paradigma-verschuiving die voorrang geeft aan de herinschakeling qua ondersteuning van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden. Dit door de integratie van maatschappelijke evoluties zoals de toenemende behoefte aan communicatie tussen de actoren op het terrein, de bekommernis om billijkheid en transparantie voor de sociaal verzekerden en de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de evaluatie in een steeds meer multidisciplinaire context en met de opkomst van nieuwe technologische mogelijkheden. Er wordt zelfs voorgesteld een “interfederaal medisch evaluatieagentschap” op te richten (d.w.z. met één enkele werkgever). Dit agentschap zou een driedelige doelstelling nastreven: een uniformering bevorderen van de beoordeling van het arbeidsvermogen, zowel op het vlak van de gehanteerde criteria als op het vlak van de bekwaamheid van de evaluatoren, de bijscholing van de evaluatoren organiseren, en de zichtbaarheid en de erkenning van het beroep van arts-deskundige in de sociale zekerheid verbeteren en zo de aantrekkelijkheid ervan verhogen.

We wensen deze initiatieven van ganser harte succes toe, maar de weg daarnaar is nog lang en hobbelig ...

Met dit boek willen we alvast op een klare en gedetailleerde wijze inzicht verschaffen over alle belangrijke aspecten van de evaluatie van de menselijke schade. Dit boek is dan ook een handleiding die in geen enkele bibliotheek mag ontbreken van allen die met deze problematiek geconfronteerd worden, te beginnen met de slachtoffers zelf, maar ook alle professionelen die met deze materie begaan zijn, zowel als rechter, als jurist, als advocaat, als arts die te maken krijgt met evaluatie van menselijke schade zowel in de privé als in de sociale sector of als sociale dienstverlener.

Het professioneel bijstaan van patiënten en slachtoffers bij het bekomen van hun rechten, met respect voor de belangen van de maatschappij, is blijk geven van rechtvaardigheid, solidariteit en medeleven.

INHOUD

<i>Voorwoord</i>	v
<i>Gebruikte afkortingen</i>	xxiii
<i>Verantwoording</i>	xxv

Hoofdstuk 1.

Inleiding	1
Afdeling 1. Inleiding	1
Afdeling 2. Hoe schade oplossen?	2
Afdeling 3. Wie moet wat bewijzen?	4
Afdeling 4. Hoe het causaal verband bewijzen?	5
Afdeling 5. Waarom een deskundig onderzoek?	6
Afdeling 6. De sectorale evaluatie	7
Afdeling 7. De structuur van dit boek	12

Hoofdstuk 2.

Algemene principes	15
Afdeling 1. Welke schade kan worden vergoed?	15
§ 1. Fout	17
§ 2. Schade	18
§ 3. Het oorzakelijk verband	19
§ 4. De schade moet zeker zijn	19
§ 5. De schade moet direct zijn	21
§ 6. De schade moet persoonlijk zijn	21
§ 7. De schade moet legitiem zijn	22
Afdeling 2. Het principe van de integrale vergoeding	22
Afdeling 3. Kan men het onherstelbare herstellen?	24
Afdeling 4. Zal men vergoed worden?	25
Afdeling 5. De cumul en het subrogatierecht	27
Afdeling 6. De schadebeperkingsplicht	27
Afdeling 7. Geen oog om oog of tand om tand	28

Hoofdstuk 3.

Arbeidsongevallen en beroepsziekten	31
Afdeling 1. Het arbeidsongeval en de beroepsziekte privésector	31

§ 1.	Historische achtergrond	31
§ 2.	Definitie van een arbeidsongeval en beroepsziekte	33
§ 3.	Het vermoeden van causaal verband	33
§ 4.	Huidige situatie?	34
§ 5.	Wettelijke referenties	35
§ 6.	De formele vereisten	36
§ 7.	De erkenningsprocedure van een arbeidsongeval	37
	A. De vier constitutieve elementen van een arbeidsongeval	37
	B. Constitutieve elementen van een arbeidsongeval op de weg.	41
	C. Wettelijk vermoeden van causaal verband tussen plotselinge gebeurtenis en letsel.	42
	D. De banale dagtaak als plotselinge gebeurtenis	43
	E. De herziening, het hervaal en de verergering	45
§ 8.	De evaluatie.	45
§ 9	De vergoeding.	48
	A. Forfaitaire vergoeding	48
	B. Andere prestaties	49
	C. Cumulregels	49
	D. Een verkeersongeval als ongeval van en naar het werk: dubbele vergoeding?	50
§ 10.	Beroepsziekten	53
	A. Korte historiek	53
	B. Wettelijke referenties	54
	C. Hoe is de huidige situatie?	55
	D. Uitkeringen bij “arbeidsongeschiktheid”	56
	1. Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid	56
	2. Tijdelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid	57
	3. Blijvende arbeidsongeschiktheid	57
	E. Hoe berekent het Fonds voor Beroepsziekten de arbeids- ongeschiktheid?	57
	F. De blootstellingscriteria van Fedris.	58
	G. Voorstel tot hervorming beroepsziektewet	59
Afdeling 2. Het arbeidsongeval en de beroepsziekte openbare sector		62
§ 1.	De arbeidsongevallen in de openbare sector.	62
	A. De wet van 3 juli 1967 en de toepassings-KB's	62
	B. Statutairen en contractuelen.	63
	C. Toepassingsveld rationae materiae	64
	D. Ten laste genomen vergoedingen.	64
	E. Verschil in behandeling met de privésector.	65
	F. Zowel in TAO als BAO	68
	G. Betere regeling in de publieke sector.	70
	H. Blijvende arbeidsongeschiktheid (BAO).	70

I. Wat en hoe evalueren?	71
J. Wedertewerkstelling en hervat.	74
K. De ambtenaar, de werkgever, Medex en de herverzekeraar.	75
L. De rol van Medex	78
M. Het besluit van medische expertise (eerste aanleg)	81
N. Beroepsprocedure door Medex	82
O. Voor de arbeidsrechtbank	84
P. Aanvraag tot herziening	86
Q. Statuut van de herverzekeraar	86
R. De rol van Fedris	88
S. Verschilpunten met de AOW van 10 april 1971	89
T. Voorstel tot hervorming	90
§ 2. Het slachtoffer heeft soms twee vergoedingssystemen.	92
§ 3. Beroepsziekten in de openbare sector	93
A. Procedure beroepsziekte openbare sector	95
B. Bewijslast in de openbare sector	96
C. Vergoeding in de openbare sector	96
D. Praktische toepassing BZ in de openbare sector	96

Hoofdstuk 4.

Schade door geweldpleging en terrorisme	99
--	-----------

Afdeling 1. Principe en voorwaarden tot schadevergoeding	99
--	----

Afdeling 2. Integrale doch geplafonnerde schadevergoeding.	99
--	----

Afdeling 3. Procedure en vervaltermijn	103
--	-----

Afdeling 4. Strategie	104
---------------------------------	-----

Hoofdstuk 5.

Verkeersongevallen.	105
------------------------------------	------------

Afdeling 1. Inleiding	105
---------------------------------	-----

Afdeling 2. Algemene regels.	106
--------------------------------------	-----

Afdeling 3. De zwakke weggebruiker.	107
---	-----

§ 1. Inleiding	107
--------------------------	-----

§ 2. Het oorzakelijk verband	111
--	-----

§ 3. Iedereen gedekt als zwakke weggebruiker?	112
---	-----

§ 4. Wat met zelfmoord(pogingen)?	113
---	-----

§ 5. Uitbreiding bescherming t.o.v. spoorrijtuigen	115
--	-----

§ 6. Het begrip ongeval.	117
----------------------------------	-----

§ 7. Het begrip “verkeer”	118
-------------------------------------	-----

§ 8. Het begrip “betrokkenheid” van het motorrijtuig	119
--	-----

§ 9. De schade en de vergoeding	122
---	-----

§ 10. De manier van vergoeden.	123
--	-----

Afdeling 4. Vergoedingsstrategie	124
Afdeling 5. De strafrechtelijke procedure	126
Afdeling 6. De burgerlijke procedure	128
Afdeling 7. Een minnelijke overeenkomst	130
Afdeling 8. De exclusieve bevoegdheid van de politierechtbank	132
Afdeling 9. Administratieve stappen na een (dodelijk) ongeval?	133
Afdeling 10. Het gemeenschappelijk motorwaarborgfonds (GMWF)	136
§ 1. Informatieopdracht	137
§ 2. Vergoedingsopdracht	137
§ 3. Tussenkomstwaarborgfonds bij grote rampen	139
Afdeling 11. Slachtoffer van een auto-ongeval in het buitenland	140
Afdeling 12. Slotbeschouwingen	142

Hoofdstuk 6.

De medische fout en het medisch ongeval

Afdeling 1. De medische fout	143
§ 1. Korte geschiedenis	143
§ 2. Evolutie	146
§ 3. Wat is een medische fout?	149
§ 4. Een foutieve diagnose: missen is menselijk!	151
§ 5. Toepassing van het foutbegrip op het medisch handelen	154
§ 6. Een lichte fout	160
§ 7. Het verlies van een kans	161
Afdeling 2. De plichten van een “goede” arts	161
§ 1. De plicht om kwalitatief goede geneeskunde te verstrekken	161
§ 2. De inspannings- en middelenverbintenis	162
§ 3. De resultaatsverbintenis	163
§ 4. De verplichte voorlichting en informatieverstrekking	165
§ 5. De verplichting om de veiligheid te garanderen	170
Afdeling 3. De ombudsdiensten	173
Afdeling 4. Strafrechtelijke en gemeenrechtelijke fouten?	174
§ 1. Te volgen strategie?	176
§ 2. Het strafwetboek	181
§ 3. Procedures bij het opvorderen van een arts	183
§ 4. Consequenties van de strafrechtelijke procedure	185
§ 5. Waar moet men dagvaarden?	189
Afdeling 5. Het medisch ongeval en de medische fouten	189
§ 1. Inleiding	189
§ 2. De huidige situatie	191
§ 3. De huidige verzekering beroepsaansprakelijkheid artsen	192
Afdeling 6. Het Fonds voor medische ongevallen	197
§ 1. Wettelijke bepalingen van de wet van 31 maart 2010 (WVSG)	197

§ 2. Het Fonds voor medische ongevallen	198
§ 3. Facultatieve strategie	199
§ 4. De “verstrekking” als oorzaak van het medisch ongeval	201
§ 5. Het therapeutisch falen is niet gedekt	202
§ 6. MOZA: de schade moet “onvoorspelbaar” en “abnormaal” zijn	203
§ 7. Het algoritme van de vergoeding als MOZA.	208
§ 8. De voordelen van het Fonds: gratis adviesverstrekking en strikte termijnen	209
§ 9. De nadelen van het Fonds: de schade moet zeer ernstig zijn	210
§ 10. Te voeren procedure	214
§ 11. Strikte termijnen voor adviesverlening: niet gerespecteerd	215
§ 12. Het opstellen van statistieken	217
§ 13. Opvragingsrecht medische informatie door het FMO	219
§ 14. De subrogatoire tussenkomst van het FMO	220
§ 15. Een betere bescherming voor de slachtoffers?	221
§ 16. Welke schadevergoeding mag men verwachten?	223
§ 17. Wat met nosocomiale infecties?	224
§ 18. Wat met wrongful birth?	228
§ 19. Toepassingsgebied van de Wet Medische Ongevallen.	229
§ 20. Snelle en gratis adviesverlening door het Fonds	229
§ 21. Besluit	230
Afdeling 7. De vergoedingsstrategie	232
§ 1. Een claim in gemeen recht	233
§ 2. Een claim via het FMO	234
§ 3. De strafrechtelijke procedure.	235
§ 4. Het FMO en latere betwistingen	235
Afdeling 8. Enkele casussen	237
Afdeling 9. Conclusie.	242
Hoofdstuk 7.	
De asbestbesmetting.	245
Afdeling 1. Inleiding	245
Afdeling 2. Vergoeding door Fedris	250
Afdeling 3. Vergoeding door het Asbestfonds.	251
§ 1. Mesotheliom, asbestose en pleurale verdikkingen.	253
§ 2. Pleurale plaques uitgesloten van vergoeding.	253
§ 3. Blootstellingscriteria	254
§ 4. Mesotheliom en kanker	255
§ 5. Asbest en eierstokkanker	256
§ 6. Procedureregels en snelle vergoeding.	256
§ 7. Het Asbestfonds heeft 2.700 asbestslachtoffers vergoed	257
§ 8. Twee soorten vergoeding	258

§ 9. In geval van “fysieke arbeidsongeschiktheid”	258
§ 10. Cumulregeling	259
§ 11. Immunisatie van de werkgever	259
Afdeling 4. Vergoeding door de aansprakelijke van de asbestbesmetting	260
Afdeling 5. De verantwoordelijkheid van de overheid?	263
Afdeling 6. Conclusie: zeer beperkte vergoeding!	264

Hoofdstuk 8.

Gewaarborgdinkomensverzekering	265
---	------------

Afdeling 1. Inleiding	265
Afdeling 2. Uitsluitingen	269
Afdeling 3. Betwistingen en conflicten.	272

Hoofdstuk 9.

Het oorzakelijk verband tussen schade en letsel.	275
---	------------

Afdeling 1. Inleiding	275
Afdeling 2. De verschillende causaliteitstheorieën	276
§ 1. De equivalentietheorie	277
§ 2. De theorie van de adequate oorzaak.	278
Afdeling 3. Toepassing van de equivalentieleer bij arbeidsongevallen	280
§ 1. Problemen bij een laattijdige manifestatie van het letsel.	281
§ 2. Post hoc ergo propter hoc	281
§ 3. De rol van de arts-deskundige.	282
Afdeling 4. Toepassing van de equivalentieleer in gemeen recht.	283
Afdeling 5. De reële oorzaak	286
Afdeling 6. De causaliteit en de graad van ernst van de schade.	288
Afdeling 7. De causaliteit en de “aansprakelijke”	289
§ 1. Meerdere aansprakelijken.	290
§ 2. De gevolgen van overmacht	291
Afdeling 8. De voorafbestaande toestand	291
§ 1. De medicolegale benadering	291
§ 2. De juridische benadering	294
§ 3. Latent of zichtbaar	295
§ 4. De voorafbestaande toestand en de medische fout	295
§ 5. De voorafbestaande toestand en de beoordeling van het oorzakelijk verband	296
§ 6. De formule ven Gabrieli	297
§ 7. Een terugkeer naar een voorafbestaande toestand.	298
§ 8. Een verergering	298
§ 9. De voorafbestaande toestand in gemeen recht	299
Afdeling 9. Het oorzakelijk verband en het verlies van een kans.	302

§ 1. Jurisprudentie: verschillende cassatiearresten en lagere rechtbanken ..	303
§ 2. Een verlies van kans bij afwezigheid van “informed consent”	309

Hoofdstuk 10.

De verjaring	313
Afdeling 1. Inleiding	313
Afdeling 2. De verjaring in gemeen recht	316
§ 1. De buitencontractuele aansprakelijkheid	317
§ 2. Het actieve slachtoffer	320
§ 3. De contractuele aansprakelijkheid	321
§ 4. Van contractuele naar extracontractuele aansprakelijkheid?	325
Afdeling 3. De verjaring in het strafrecht	326
Afdeling 4. Verjaring bij medische ongevallen	328
Afdeling 5. Verjaring bij het Fonds voor Medische Ongevallen	329
Afdeling 6. Verjaring bij verkeersongevallen	330
Afdeling 7. De verjaring bij arbeidsongevallen	330
§ 1. Algemene regel	330
§ 2. Herziening	331
§ 3. Vordering tot betaling van vergoedingen wegens verergering	331
§ 4. Terugvordering van onverschuldigde bedragen	332
§ 5. Het beginpunt van de verjaring bij arbeidsongeschiktheid	333
§ 6. Verjaringstermijnen waarvoor de AOW geen specifieke termijnen oplegt	334
§ 7. Dodelijk arbeidsongeval	336
§ 8. Stuiting van de verjaring	337
Afdeling 8. De verjaring en verzekeringen	337
Afdeling 9. De impact van de verjaring op de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid artsen	340
Afdeling 10. Het voorbehoud en de verjaring van het voorbehoud	341

Hoofdstuk 11.

Het deskundig onderzoek	347
Afdeling 1. Inleiding	347
Afdeling 2. Waarom is een medische expertise nodig?	349
§ 1. Het voorstel van een officiële lijst van deskundigen	352
§ 2. Huidige situatie	354
§ 3. De keuze van rechter	354
§ 4. Moet het steeds een dokter zijn?	356
Afdeling 3. Hoe letsels, ongeschiktheden, persoonlijke ongeschiktheid en handicaps beoordelen?	357

Afdeling 4. Typologie van de verschillende expertises	363
§ 1. Unilaterale expertises	364
§ 2. Minnelijke expertises	366
§ 3. Strafrechtelijke expertises	371
§ 4. Expertises bij verkeersongevallen	374
§ 5. De gerechtelijke expertise (in gemeen recht)	374
§ 6. Arbeidsongevallen	375
§ 7. Expertises door het Fonds voor medische ongevallen	376
§ 8. Deskundigen in de sociale zekerheid	376
Afdeling 5. De hoofdrolspelers bij een deskundig onderzoek	377
§ 1. De aanwezigheid en de rol van de advocaat	377
§ 2. De verschillende soorten artsen die kunnen tussenkomen	379
§ 3. De bijstandsarts van het slachtoffer	380
§ 4. De raadsartsen van de verzekering	381
§ 5. Andere consulenten, ergologen	385
Afdeling 6. Het verloop van de gerechtelijke expertise	386
§ 1. Hoe wordt de deskundige ingelicht?	386
§ 2. Het aanvaarden van de opdracht	386
§ 3. Het oproepen van de partijen	387
§ 4. De eerste expertisезitting	388
§ 5. Het samenstellen van het dossier	391
§ 6. De preliminaria	392
§ 7. Het eindverslag van de deskundige	394
Afdeling 7. De verzoeningsopdracht van de deskundige	396
Afdeling 8. Het medisch beroepsgeheim bij expertises	396
Afdeling 9. De burgerlijke aansprakelijkheid van de arts-deskundige	400
Hoofdstuk 12.	
De vereiste kwaliteiten van elke deskundige	403
Afdeling 1. Inleiding	403
Afdeling 2. Algemene regels van het deskundig onderzoek	405
Afdeling 3. Onpartijdigheid en vermijden van belangenconflicten	406
Afdeling 4. De tegensprekelijkheid van de procedure	408
Afdeling 5. Het respecteren van een redelijke termijn	411
Afdeling 6. De deskundige moet eigenhandig zijn onderzoek uitvoeren	413
Afdeling 7. De deskundige geeft een medisch en geen juridisch advies	413
Afdeling 8. De deskundige moet zich aan zijn opdracht houden	413
Afdeling 9. Theoretische en praktische kennis	414
Afdeling 10. Aan een redelijke kostprijs	415
Afdeling 11. Het statuut en de rol van de gerechtsdeskundige	416
Afdeling 12. De opleiding tot deskundige	416
Afdeling 13. Bijscholing	417

Afdeling 14. Regelmatige contacten met de andere beoefenaars	418
Afdeling 15. De ervaring van de deskundige	419
Afdeling 16. De vereisten van een goed deskundig verslag	419
Afdeling 17. Een grote luisterbereidheid	422
Afdeling 18. Nut van bijkomend advies?	423
Afdeling 19. Welke onderzoeken mogen niet gebeuren?	426
Afdeling 20. Simulatie en aggravatatie	428
Afdeling 21. Mag een gerechtsdeskundige arts nog een privépraktijk hebben?	431
Afdeling 22. De wraking of de vervanging van de deskundige	432

Hoofdstuk 13.

De medicolegale technieken 437

Afdeling 1. Het bepalen van de verschillende schadeposten	437
§ 1. Inleiding	437
§ 2. De morele schade	438
§ 3. De materiële schade	439
§ 4. De rol van de deskundige	441
Afdeling 2. De lichamelijke schade in gemeen recht	442
Afdeling 3. Hoe schade oplossen?	443
Afdeling 4. Wie moet wat bewijzen?	443
§ 1. Het slachtoffer	443
§ 2. Hoe bewijzen?	444
§ 3. Het causaal verband tussen de plotselinge foutieve gebeurtenis en de letsels	445
Afdeling 5. In concreto	446
Afdeling 6. Overzicht van enkele schadeposten	448
Afdeling 7. De indicatieve tabel	448
§ 1. Inleiding	448
§ 2. De beperkingen van de indicatieve tabel	454
§ 3. De voordelen van de indicatieve tabel	455
§ 4. Het dubbele forfait	456
§ 5. Naar een Europese integratie?	457
§ 6. Besluit	457
Afdeling 8. Het barema	458
Afdeling 9. De consolidatie	464
Afdeling 10. Het hervat, de verergering en de reserves	466

Hoofdstuk 14.

Het beroepsgeheim en de patiëntenrechten 467

Afdeling 1. Inleiding	467
---------------------------------	-----

§ 1.	Beknopt historisch overzicht van het medisch beroepsgeheim	468
§ 2.	Van absoluut naar relatief.	470
§ 3.	Het recht op privacy en het zelfbeschikkingsrecht op informatie	471
A.	De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens	472
B.	Het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden	472
C.	De Belgische Grondwet: artikel 22	473
D.	De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens van 8 december 1992	473
E.	De wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid	475
Afdeling 2.	Het beroepsgeheim in de zin van artikel 458 van het Strafwetboek	476
§ 1.	Begrip.	477
§ 2.	Beroepsgeheim versus discretieplicht.	477
§ 3.	Verschillende interpretaties	478
§ 4.	Uitzonderingen	479
§ 5.	Zwijgrecht	480
§ 6.	Artikel 458 <i>bis</i> van het Strafwetboek.	480
§ 7.	GDPR, nieuwe wetgeving en jurisprudentie	481
Afdeling 3.	Het beroepsgeheim en de arts-deskundige	482
Afdeling 4.	Het beroepsgeheim in Code van de geneeskundige plichtenleer	484
Afdeling 5.	Het beroepsgeheim en de arbeidsovereenkomst	486
Afdeling 6.	De bescherming van persoonlijke gegevens in de sociale zekerheid	487
§ 1.	De ziekte- en persoonlijke ongeschiktheidsverzekering; ZIV	487
§ 2.	De arbeidsongevallenwet (AOW) en het beroepsgeheim	488
Afdeling 7.	Beroepsgeheim en wetgeving over privéverzekeringen.	491
Afdeling 8.	De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002	494
Afdeling 9.	De persoonlijke notities blijven geheim.	497
Afdeling 10.	Het beroepsgeheim en privéverzekeringen	499
Afdeling 11.	De Wet Medische Ongevallen (WMO)	501
Afdeling 12.	De Vreemdelingenwet en het beroepsgeheim.	502
Afdeling 13.	Besluit	504
 Hoofdstuk 15.		
De verschillende actoren		507
Afdeling 1.	De rechter	507
Afdeling 2.	De advocaat	512
Afdeling 3.	De verzekeraar	513

Afdeling 4. De rol van de huisarts of de bijstandsarts	514
Afdeling 5. De collectieve solidariteitsfondsen	518

Hoofdstuk 16.

De manieren van vergoeding	521
Afdeling 1. Inleiding: rente of kapitaal?	521
Afdeling 2. De geïndexeerde rente is de meest volledige.	522
Afdeling 3. Kapitalisatie en splitsingsmethode.	526
Afdeling 4. Jurisprudentie kapitalisatie versus forfait	531
Afdeling 5. Sterftetafels en levensduur	532
Afdeling 6. De forfaitaire vergoeding per punt.	534
Afdeling 7. Enorm verschil in vergoeding.	538
Afdeling 8. Ernstige persoonlijke ongeschiktheid zonder BAO (en omge- keerd)	539
Afdeling 9. Het bruto- of het nettoloon	540
Afdeling 10. Zwaar gehandicapte personen.	543
Afdeling 11. Macro-economisch kader van lage rentes	544
Afdeling 12. Toekomstige inflatie?	545
Afdeling 13. De derde-betaler	546

Hoofdstuk 17.

De verschillende schadeposten.	547
Afdeling 1. Inleiding	547
Afdeling 2. De medische kosten	551
Afdeling 3. De persoonlijke ongeschiktheid als “morele schade”	552
Afdeling 4. De arbeidsongeschiktheid als materiële schadepost	560
§ 1. De arbeidsongeschiktheid doorgelicht.	565
§ 2. De relatie tussen fysieke schade en arbeidsongeschiktheid	566
§ 3. De psychologische aspecten van arbeidsongeschiktheid	573
§ 4. De volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid.	574
§ 5. De gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid.	575
§ 6. De consolidatie.	575
§ 7. Blijvende arbeidsongeschiktheid (BAO)	576
§ 8. De methode van FEDRIS voor het bepalen van de BAO.	577
§ 9. Mentale aspecten van arbeidsongeschiktheid.	580
§ 10. Kleine percentages arbeidsongeschiktheid	582
§ 11. Verhoogde inspanningen	582
§ 12. Verschillende conceptuele visies over arbeidsongeschiktheid	585
§ 13. De vereiste arbeidsongeschiktheid op het ziekenfonds	586
§ 14. Arbeidsongeschiktheid bij iemand die niet werkt?	589
§ 15. Het brutoloon of het nettoloonverlies vergoeden?	591

§ 16. Het loonverlies in de toekomst?	591
§ 17. Het loonverlies van zelfstandigen?	592
§ 18. Wat met het extraprofessionele loonverlies?	593
§ 19. De economische schade als ge(pre)pensioneerde	593
§ 20. Het loonverlies betaald door derden en de subrogatie.	594
§ 21. Wie moet de re-integratie betalen?	598
§ 22. Zijn de vergoedingen voor arbeidsongeschiktheid belastbaar?	598
§ 23. De herinschakeling laten primeren.	599
A. Het schadeloosstellingsbeleid is vooral op vergoeden gericht.	599
B. De grote versnippering in de arbeids- en verzekeringsgeneeskundige wereld	599
C. De toenemende specialisatie in de bedrijven.	600
D. De toenemende werkloosheid.	600
E. De beperking van de wedertewerkstelling bij dezelfde werkgever	600
F. De keuze van het slachtoffer tussen herstel en vergoeding	600
G. Secundair ziektegewin.	601
H. Het nastreven van de vergoeding remt het herstel	603
§ 24. De gezende arbeid?	604
Afdeling 5. De huishoudschade	606
Afdeling 6. De esthetische schade	613
§ 1. Inleiding	613
§ 2. De schaal van Julin	615
§ 3. De consolidatiedatum van de esthetische schade.	619
§ 4. Jurisprudentie.	619
§ 5. De rol van de arts-deskundige.	621
§ 6. Besluit	622
Afdeling 7. Het quantum doloris (pijnen)	623
Afdeling 8. Extraprofessionele of postlucratieve schade	626
Afdeling 9. De genoegenschade	627
Afdeling 10. De seksuele schade	630
Afdeling 11. De schade doordat men geen gezin meer kan stichten	636
Afdeling 12. De noodzaak aan prothesen en de vernieuwing ervan.	638
Afdeling 13. Genegenheidsschade of schade door weerkaatsing	640
Afdeling 14. De successierechten en notariskosten	641
Afdeling 15. De hulp van derden.	642
§ 1. Inleiding	642
§ 2. Algemene principes.	647
§ 3. Wat is hulp van derden?	650
§ 4. Welke methode om de hulp van derden te evalueren?	651
§ 5. Naar een bredere evaluatie van de HvD in gemeen recht	657
§ 6. Evaluatie per tijdseenheid of gebruik van een schaal?	658
§ 7. Welke vergoeding voor de hulp van derden?	660

§ 8. Praktisch voorbeeld	664
§ 9. Prothesen en orthesen	667
§ 10. Besluit	667
Afdeling 16. Het verlies van een schooljaar	668
§ 1. Inleiding	668
§ 2. Het verlies van schooljaar als morele schade	669
§ 3. De prijs van een schooljaar	670
§ 4. De uitgestelde loopbaan	672
§ 5. Een jaar langer niet productief levensonderhoud	674
§ 6. De “juvenile schade”	675
Afdeling 17. Schade wegens een gemiste kans	675
Afdeling 18. Schade bij overlijden en repercussie op nabestaanden	676
§ 1. De begrafenis kosten	677
§ 2. Schade ex haerede	678
§ 3. De morele schade bij overlijden	679
§ 4. De economische schade na overlijden	681
Afdeling 19. Andere bijzondere morele schade	682
Hoofdstuk 18.	
Enkele speciale topics	685
Afdeling 1. De evaluatie van het kind	685
§ 1. De fysiologie van de groei	685
§ 2. Het kind als slachtoffer	685
§ 3. Orthopedische problemen bij kinderen	688
§ 4. Hersentrauma’s bij kinderen	690
A. Frequentie en gevolgen van hersentrauma’s	690
B. Het nut van de magnetische resonantie	692
C. Posttraumatische epilepsie	692
D. Aangepaste Glasgow Coma Scale voor kinderen	692
§ 5. De handelingsbekwaamheid van het kind	693
§ 6. Het kind als juridische persoon	693
§ 7. Specificiteit van schade bij kinderen	695
§ 8. Vergoeding: rente of kapitaal?	696
§ 9. Het verlies van een schooljaar en de juvenile schade	697
§ 10. Specificiteit van de morele schade bij het kind	697
§ 11. De gereflecteerde schade	698
§ 12. Hoe en wanneer consolideren bij kinderen?	698
§ 13. Het voorzien in de nodige reserves	700
Afdeling 2. De evaluatie van de bejaarde persoon	701
§ 1. Inleiding	701
§ 2. Implicaties op de schadevergoeding	701
§ 3. Reserves bij oudere personen?	702

Afdeling 3. Hersentrauma's (HT's)	702
§ 1. Inleiding	702
§ 2. Soorten HT's	703
§ 3. Een onderwaardering van de schade?	710
§ 4. De evaluatie van hersentrauma's	711
§ 5. Barema's	713
§ 6. De specificiteit van hersentrauma's	713
§ 7. Enkele veel voorkomende consequenties van hersentrauma's	714
A. Het postcommotioneel syndroom (PCS)	714
B. Motorische sequelae	716
C. Cognitieve stoornissen	716
D. Het frontaal syndroom	717
E. Gemengde cognitieve en sensitivo-motorische stoornissen	718
F. De posttraumatische epilepsie, parkinsonisme, dementie	720
G. Psychische sequelae en PTSD	721
Afdeling 4. Kinderen met hersentrauma's	725
Afdeling 5. Hersentrauma's bij de bejaarde persoon	725
Afdeling 6. De vergoeding na hersentrauma's	725
Afdeling 7. Behandeling en hulp van derden	727
Afdeling 8. Evaluatie in het geval van blijvende coma	728
Hoofdstuk 19.	
De rol van de bijstandsdokter	729
Hoofdstuk 20.	
Besluit	733
Afdeling 1. Synthese van de verschillende stelsels	733
Afdeling 2. Ongelijkheid is troef	735
<i>Bijlage</i>	741

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ALGI	aantasting van de lichamelijke en geestelijke integriteit
AO	arbeidsongevallen
AOW	Arbeidsongevallenwet
Arbh.	arbeidshof
Arbrb.	arbeidsrechtbank
Arr.Cass.	arresten van het Hof van Cassatie
BA	Bulletin des assurances
BAO	blijvende arbeidsongeschiktheid
BS	Belgisch Staatsblad
BTSZ	Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid
BW	Burgerlijk Wetboek
BZ	beroepsziekten
Cass.	Hof van Cassatie
CGT	cognitieve gedragstherapie
Corr.	correctionele rechtbank
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
EVRM	Europees Verdrag van de Rechten van de Mens
FAO	Fonds voor Arbeidsongevallen (nu Fedris)
FBZ	Fonds voor Beroepsziekten (nu Fedris)
FOD	federale overheidsdienst
Ger.W.	Gerechtelijk Wetboek
GSO	geneesheer specialist in opleiding
HODA	housekeeping damage scale
IAB	Internationaal Arbeidsbureau
ICF	international classification of functioning
Inf.RIZIV	Informatieblad van het RIZIV
IT	indicatieve tabel
IV	integratievergoeding
IVSZ	internationale vereniging voor sociale zekerheid
IVT	inkomensvervangende tegemoetkoming
JT	Journal des tribunaux
JTT	Journal des tribunaux du travail
Jur.Liège	Jurisprudence de la Cour d'Appel de Liège
KB	koninklijk besluit
MME	minnelijke medische expertise

MOZA	medisch ongeval zonder aansprakelijkheid
MTC	Medisch Technisch Comité (bij FEDRIS)
OBSI	Officiële Belgische Schaal tot vaststelling van de persoonlijke ongeschiktheid
o.c.	opere citato
Panopticon	Tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk.
Parl.Doc.	Parlementaire documenten
Parl.St.	Parlementaire stukken
Pas.	Pasicrisie belge
PmH	Persoon met een handicap
Pol.	politierechtbank
PTSD	post traumatic stress disease
RCJB	Revue critique de jurisprudence belge
RGAR	Revue générale des assurances et des responsabilités
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RVA	Voor België: Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
RVT	rust- en verzorgingstehuis
RW	Rechtskundig Weekblad
TAO	tijdelijke arbeidsongeschiktheid
TSR	Tijdschrift voor sociaal recht
WAM	Wet Aansprakelijkheid Motorvoertuigen
WEMS	Werkgroep Evaluatie van de Menselijke Schade
WHO	World Health Organisation
WLVO	Wet Landsverzekeringen 25 juni 1992
WPR	Wet Patiëntenrechten
WVSG	Wet Vergoeding Schade Gezondheidszorg
WVV	Wetenschappelijke Vereniging Verzekeringsgeneeskunde
ZIV	ziekte- en persoonlijke ongeschiktheidsverzekering

VERANTWOORDING

Slachtoffers van ongevallen of ziekten willen vooral een snelle vergoeding, maar dat is slechts mogelijk indien er een goede samenwerking is tussen alle actoren die bij het evalueren van letselschade betrokken zijn: slachtoffers, daders, hun advocaten, artsen, verzekeraars ...

Inderdaad, de moderne technologie heeft ongetwijfeld de kwaliteit van ons leven naar een hoger niveau getild. Maar de van langsom meer gesofisticeerde machines in de industrie, in de landbouw, in het dagelijkse leven en het jachtige verkeer brengen ook meer ongevallen met zich mee. En daar komen nu nog pandemieën bij!

De bevolking doet ook steeds meer beroep op medische interventies en ondanks het toepassen van de recentste technieken en procedures, zijn deze ingrepen niet van gevaren gevrijwaard. De nevenwerkingen en complicaties kunnen dus ook hier gezondheidsschade en tijdelijke of blijvende letsels geven.

Ook na de terroristische aanslagen in Brussel kwamen alweer schadevergoedingen in het nieuws naar aanleiding van de schade door radicaal geweld en racistisch terrorisme.

Al deze problemen veroorzaken tijdelijke en definitieve gezondheidsschade die, alvorens hersteld of vergoed te kunnen worden, geëvalueerd moet worden door een deskundig onderzoek, waarvan de regels en het verloop uitgebreid in dit boek worden besproken.

Het deskundig onderzoek is het enige wettelijk gereguleerde en doeltreffende middel om de menselijke schade te evalueren. Om zich in alle onafhankelijkheid en onpartijdigheid een juist oordeel te kunnen vormen over deze schade, moet de deskundige over alle klinische en technische resultaten beschikken van hun schadegeval (verslagen, RX, bloeduitslagen ...) die het medisch dossier bevatten. De arts-deskundige moet natuurlijk ook goed de (sociale) wetgeving kennen en de wettelijke regels die van toepassing zijn op een gerechtelijke expertise.

De huisarts en de behandelende artsen moeten meewerken aan het bekomen van een billijke vergoeding voor een patiënt, maar, uit hoofde van artikel 102 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, zonder mee te werken aan niet-gerechvaardigde claims.

Het is een algemene vraag dat er meer rechtszekerheid, rechtseenheid, rechtvaardigheid, efficiëntie, snelheid en een betere betaalbaarheid moeten zijn, willen we deze mooie wensen ook effectief bereiken.

Het vergoedingsbeleid moet worden gestuurd naar een betere en meer efficiënte, daadwerkelijke integratie van de verschillende tussenkomende partijen, samen met de instanties die als derde-betaler optreden zoals mutualiteiten, RVA, sociale en private verzekeringen ... Ook moet de re-integratie van slachtoffers prioritair gesteld worden.

Op 18 december 2016 werd via KB een “Nationaal College voor Socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid” opgericht, als uitloper van de wet van 13 juli 2006 inzake beroepsherinschakeling.

De belangrijkste doelstelling was het uitwerken van gestandaardiseerde methoden ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, om zo de evaluaties op elkaar af te stemmen, niet alleen in de verschillende takken van de sociale zekerheid maar ook in samenwerking met bepaalde verzekeringen, zoals de arbeidsongevallenverzekeraar.

Sinds zijn oprichting heeft het college verschillende commissies opgericht om deze opdracht te vervullen. Commissie 1 had tot doel een juridische inventaris op te stellen en voorstellen te formuleren voor synergieën tussen de diverse wetgevingen. Er werden concrete voorstellen gedaan tot gemeenschappelijke en moderne evaluatiemethoden van de arbeidsongeschiktheid in de socialezekerheidsstelsels.

Commissie 2 had een methodologisch doel: de ontwikkeling van multidisciplinaire benaderingen ter evaluatie van de resterende werkcapaciteit. Commissie 3 heeft zich gebogen over de opleiding en de revalorisatie van de verzekeringsarts en de aanverwante beroepen. Commissie 4 kreeg tot taak een nieuw referentiesysteem uit te werken inzake de steeds toenemende duur van de arbeidsongeschiktheid ...

Het college heeft in de loop van zijn vierjarig bestaan getracht deze doelstellingen te bereiken door antwoorden te bieden op de uitdagingen die voortvloeien uit het toenemende tekort aan artsen-deskundigen die in staat zijn lichamelijke beperkingen te evalueren in de sociale zekerheid en in de privésector. Anderzijds werd er gezocht naar een antwoord op de paradigmaverschuiving die voorrang geeft aan de herinschakeling qua ondersteuning van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden. Er werd vastgesteld dat er meer nood is aan integratie van de vastgestelde maatschappelijke evoluties om een antwoord te bieden op de genomen behoefte aan communicatie tussen de actoren op het terrein, in alle transparantie ten opzichte van de sociaal verzekerden.

Er werd zelfs voorgesteld een “interfederaal medisch evaluatieagentschap” op te richten (d.w.z. met één enkele werkgever) om de kwaliteit en de efficiëntie van de evaluaties te verbeteren. Dit agentschap zou een driedelige doelstelling nastreven: een uniformisering bevorderen van de beoordeling van het arbeidsvermogen en van de gehanteerde criteria. Ook de bekwaamheid van de als deskundige evaluatoren en hun bijscholing werd prioritair geacht om meer zichtbaarheid en bekendheid te geven aan het beroep van arts-deskundige in de sociale zekerheid en daarbij de aantrekkelijkheid ervan te verhogen.

We wensen deze initiatieven van ganser harte succes toe, maar ondanks de vele moeizame vergaderingen blijven ons land en onze systemen nog te veel versnipperd. De weg naar het bereiken van de voorgenomen doelstellingen is daarom nog lang en hobbelig ... En bovenal ontbreekt de politieke wil daartoe.

Met dit boek willen we alvast op een klare en gedetailleerde wijze inzicht verschaffen over alle belangrijke aspecten van de evaluatie van de menselijke schade. Dit boek is dan ook een handleiding die in geen enkele bibliotheek mag ontbreken van hen die met deze problematiek geconfronteerd worden, te beginnen met de slachtoffers zelf, maar ook van alle professionelen die met deze materie begaan zijn als rechter, als jurist, als advocaat, als arts, zowel in de privé- als in de sociale sector of als sociale dienstverlener.

Het professioneel bijstaan van patiënten en slachtoffers bij het bekomen van hun rechten, met respect voor de belangen van de maatschappij, is blijk geven van rechtvaardigheid, solidariteit en medeleven.

Ter afsluiting van deze inleiding doe ik een oproep tot jullie om mij maximaal te documenteren over aanvullende jurisprudentie en mij attent te maken op foutieve gegevens. Ik dank u hiervoor bij voorbaat.

Alle opmerkingen of feedback zijn ten zeerste welkom.

Jan Matthys
Prins Boudewijnstraat 128
Tel.: 0475/24.75.92
1083 Brussel
yan.matthys@gmail.com

Ik wens u alvast veel leesplezier.

